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

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

Sitzung vom Nr. 2025-1324 Seduta del 30/12/2025

DER GENERALDIREKTOR
IL DIRETTORE GENERALE
CHRISTIAN KOFLER

UNTERSTÜTZT
COADIUVATO

VOM SANITÄTSDIREKTOR
DAL DIRETTORE SANITARIO
JOSEF WIDMANN

VOM VERWALTUNGSDIREKTOR
DAL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
LUCA ARMANASCHI

UND VON DER PFLEGEDIREKTORIN
E DALLA DIRETTRICE TECNICO ASSISTENZIALE
MARIANNE SILLER

Betreff:

GENEHMIGUNG DES INTEGRIERTEN TÄTIGKEITS- UND ORGANISATIONSPLANS (ITOP) DES SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBES 2026-2028.

Oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) DELL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE 2026-2028.

Beschlussentwurf Nr. 1528/25 Proposta di Deliberazione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Genehmigung des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans (ITOP) des Südtiroler Sanitätsbetriebes 2026-2028.

Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 2026-2028.

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 dal frontespizio:

nach Einsichtnahme in das Gesetzesdekret Nr. 80, vom 09.06.2021, "Dringende Maßnahmen zur Stärkung der Tätigkeit der öffentlichen Verwaltungen, die für die Umsetzung des Nationalen Aufbau- und Resilienzplans (PNRR) und für die Effizienz der Justiz erforderlich sind", umgewandelt durch das Gesetz Nr. 113 vom 06.08.2021;

visto il decreto-legge n. 80, del 09.06.2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge n. 113, del 06.08.2021;

berücksichtigt, dass in Artikel 6 des genannten Gesetzesdekrets 80/2021 der Tätigkeits- und Organisationsplan (PIAO) als einheitliches Planungs- und Governance-Dokument eingeführt wird. Ziel ist, die gesamte Planung, die die Verwaltungen bisher als Einzelpläne ausarbeiteten, zusammenzuführen;

considerato che l'articolo 6, del citato decreto-legge 80/2021 introduce il Piano di attività e organizzazione (PIAO), quale documento unico di programmazione e governance, con la finalità di riunire in esso tutta la programmazione, finora inserita in vari piani che le amministrazioni erano tenute a predisporre;

nach Einsichtnahme in das Dekret des Ministeriums für öffentliche Verwaltung Nr. 132, vom 30. Juni 2022, das die Verordnung über die Festlegung des Inhalts und des Standardformates des integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans enthält;

visto il decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n. 132, recante il regolamento relativo alla definizione del contenuto e lo schema tipo del Piano integrato di attività e organizzazione;

unter Berücksichtigung, dass Art. 7, des LG Nr. 3/2017 unter Buchstabe d) vorsieht, dass „der Generaldirektor für den Erlass des integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans sowie der Maßnahmen zur Jahresplanung" verantwortlich ist;

tenuto conto dell'art. 7, della LP 3/2017, che alla lettera d) dispone che "Il direttore generale è responsabile dell'adozione del piano integrato di attività e organizzazione e degli atti di programmazione annuale";

unter Berücksichtigung des "Begleitdokuments des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans 2025-2027" des Unabhängigen Bewertungsorgans UBO, vom 14. Jänner 2025;

considerato il "Documento di Monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027" dell'Organismo Indipendente di Valutazione OIV, del 14 gennaio 2025;

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

1) aus den in den Prämissen angeführten Gründen den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 2026-2028, als einziges allumfassendes Dokument zur Dreijahresplanung zu genehmigen;

2) festzuhalten, dass vorliegende Maßnahme keine direkten Ausgaben mit sich bringt;

3) den „Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) des Südtiroler Sanitätsbetriebes 2026-2028" an den Landesrat für Gesundheitsvorsorge und Gesundheit zu übermitteln.

D E L I B E R A

1) per i motivi citati in premessa di approvare il piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028, quale documento di programmazione triennale omnicomprensivo;

2) di dare atto, che il presente provvedimento non comporta spese dirette;

3) di trasmettere il "Piano di attività e organizzazione (PIAO) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 2026–2028" Assessore a Prevenzione sanitaria e Salute.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan

2026 - 2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Inhaltsverzeichnis

VORWORT **3**
ABSCHNITT 1 – ANAGRAFISCHE DATEN DER VERWALTUNG **5**
1.1 Anagrafische Daten der Verwaltung **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 Strategische Ziele 14
2.2.2 Jahresziele 21
2.2.3 Indikatoren zur Performance 25
2.3 Korruptionsrisiken und Transparenz **34**
2.3.1 Prävention der Korruption 34
2.3.2 Strategische Ziele und Indikatoren 2026–2028 56
2.3.3 Transparenz und Integrität 63
2.4 Physische und digitale Erreichbarkeit **65**
2.4.1 Physische Erreichbarkeit 65
2.4.2 Digitale Erreichbarkeit und „leichte" Sprache 69
2.5 Vereinfachung **73**
ABSCHNITT 3 – ORGANISATION UND HUMANRESSOURCEN **75**
3.1 Organisationsstruktur **75**
3.2 Dreijähriger Personalbedarfsplan **78**
3.2.1 Personalbedarf 78
3.2.2 Strategie zur Deckung des Personalbedarfs 80
3.3 Organisation der agilen Arbeit **82**
3.4 Ausbildung des Personals **85**
3.5 Dreijahresplan der positiven Tätigkeiten und Gender Equality Plan – Chancengleichheit und Ausgewogenheit der Geschlechter **89**
3.5.1 Analyse der Personaldaten und Überwachung Chancengleichheit und Ausgewogenheit der Geschlechtergleichstellung 90
3.5.2 Dreijahresplan der positiven Aktionen 96
3.5.3 Gender Equality Plan (GEP) 97
3.5.4 Vorbeugung von Gewalt gegen Mitarbeiter 98
3.6 Plan zur Rationalisierung des Einsatzes von instrumenteller Ausrüstung **100**
3.7 Ökologische Nachhaltigkeit **101**
ABSCHNITT 4 - ÜBERWACHUNG **105**
4.1 Maßnahmen zur Überwachung der Performance **105**
4.2 Überwachung Internal Audit **105**
4.3 Unabhängiges Überwachungsbewertungsorgan - UBO **106**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

4.4 Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung des Dreijahresplans zur Korruptionsvorbeugung DPKPT und der Transparenzverpflichtungen.....106
4.5 Überwachung der Organisation und der Humanressourcen 107
4.6 Überwachung der Qualität der Dienste 107
4.6.1 Patientenzufriedenheit..... 107
4.6.2 Mitarbeiterzufriedenheit..... 109
ANLAGEN..... 112

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

VORWORT

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP), der durch Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 80 vom 9. Juni 2021 eingeführt und durch das Gesetz Nr. 113 vom 6. August 2021 umgewandelt wurde, stellt das einzige Planungs- und Verwaltungsdokument dar, in dem, in reduzierter und vereinfachter Form, viele der Pläne, die bisher die öffentlichen Verwaltungen jährlich erstellen mussten, zusammengeführt sind: Performance, Personalbedarf, Gleichstellung der Geschlechter, agiles Arbeiten, Antikorruption, Transparenz und andere.
Mit der Einführung des ITOP will der Südtiroler Sanitätsbetrieb eine integrierte und umfassende Sicht auf die wichtigsten Planungsdokumente gewährleisten, um die Qualität und Transparenz der Dienstleistungen für Bürger und Unternehmen, sowie die schrittweise Neugestaltung der Prozesse, auch im Hinblick auf das Zugangsrecht, und die Berichterstattung innerhalb des Betriebes sowie auch nach außen sicherzustellen. Der ITOP verkörpert somit ein einheitliches und umfassendes Instrument, das eine vollständige Analyse des Betriebes und die Planung aller seiner Ziele ermöglicht.

Darüber hinaus hat sich der ITOP zum Ziel gesetzt, die Planungs- (und Berichterstattungssysteme) auch auf die Messung des Outcomes und des geschaffenen öffentlichen Nutzens auszurichten.

Der ITOP hat eine dreijährige Laufzeit, wird aber jährlich aktualisiert und definiert:

- die programmatischen und strategischen Leistungsziele;
- die Strategie zur Verwaltung der Humanressourcen und die organisatorische Entwicklung, auch durch den Einsatz von agilem Arbeiten, und die jährlichen und mehrjährigen Ausbildungsziele, die eingesetzt werden:
  - zur Erreichung der vollständigen Digitalisierung
  - zur Entwicklung von technischem Wissen und Sozial- und Führungskompetenzen
  - zur kulturellen Entwicklung und der bildungsbezogenen Qualifikationen des Personals in Bezug auf ihren Beschäftigungsbereich
  - zu der Steigerung der Karrierechancen der Mitarbeiter;
  - Begleitung von Strategien zur Organisationsentwicklung, wie z. B. die Entwicklung der territorialen Pflege.
- die Instrumente und Ziele zur Rekrutierung neuer Ressourcen und die Aufwertung interner Ressourcen, sehen zusätzlich zu den üblichen Formen der Rekrutierung, die Quantifizierung der verfügbaren Stellen innerhalb der gesetzlich festgelegten Grenzen für die Laufbahnentwicklung des Personals vor.
- die Instrumente und Schritte zur Erreichung einer vollständigen Transparenz der Aktivität und der Verwaltungsorganisation sowie zur Erreichung der Ziele im Bereich der Antikorruption;
- die Liste der Verfahren, die vereinfacht und überarbeitet werden sollen, durch den Einsatz von Technologien, auf der Grundlage der Rückmeldungen der Nutzer, sowie die Planung der Aktivitäten;
- die Modalitäten und Maßnahmen, die digitale und physische Barrierefreiheit im Südtiroler Sanitätsbetrieb für Bürger über 65 Jahre und für Bürger mit Beeinträchtigungen zu erreichen;
- die Modalitäten und Maßnahmen, die Gleichstellung der Geschlechter in vollem Umfang zu respektieren;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gemäß Artikel 1 des Ministerialdekrets Nr. 81/2022 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die folgenden Dokumente in den ITOP übernommen:

- Personalbedarfsplan (PFP – Piano die Fabbisogni di Personale);
- Plan zur Rationalisierung des Einsatzes von Instrumentenzuweisungen (PRSD – Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali);
- Performanceplan (PdP – Piano delle Performance);
- Plan zur Prävention von Korruption und Transparenz (PtPCT – Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza);
- Organisationsplan für agiles Arbeiten (POLA – Piano Organizzativo del Lavoro Agile);
- Positiver Aktionsplan (PAP – Piano di Azioni Positive).

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes wurde von der Verwaltungsdirektion koordiniert, in Zusammenarbeit mit den Abteilungen, die an der Ausarbeitung der Planungsdokumente beteiligt waren.

Um schon Ende Dezember 2025 mit allen Betriebseinheiten des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit den Zielvereinbarungen für das Jahr 2026 beginnen zu können, wird der vorliegende Plan innerhalb 31.12.2025 genehmigt. Folglich sind die Personaldaten mit Stichdatum 30.09.2025 angeführt und nicht mit dem des 31.12.2025.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ABSCHNITT 1 – ANAGRAFISCHE DATEN DER VERWALTUNG

1.1 Anagrafische Daten der Verwaltung

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, in diesem Dokument als Südtiroler Sanitätsbetrieb bezeichnet, ist im Sinne des Art. 4 des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21.04.2017 "Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes" eine Hilfskörperschaft des Landes; er ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Er dient dem Schutz, der Förderung und der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Übereinstimmung mit den europäischen, staatlichen, regionalen und lokalen Gesetzesvorschriften und in Übereinstimmung mit den Vorgaben und Zielen, die im Landesgesundheitsplan enthalten sind.

Er ist darum bemüht, in den vielen täglichen klinischen und Betreuungsabläufen, die Ressourcen wirksam, effizient und wirtschaftlich korrekt einzusetzen. Unter den institutionellen Aufgaben sticht besonders die kontinuierliche Analyse und Deckung der gesundheitlichen Bedürfnisse und der Nachfrage an Gesundheitsdienstleistungen der Betreuten, durch Erbringung und Ankauf von Leistungen und Dienstleistungen von mit dem Sanitätsbetrieb akkreditierten Strukturen, immer nach dem Prinzip der Angemessenheit der erbrachten Leistungen, Gesamtheit des sanitären Angebotes und wirtschaftlicher Vereinbarkeit, hervor.

Die strategische Ausrichtung des Sanitätsbetriebes zielt darauf ab, Betreuungsangebote und Organisationsprozesse anzubieten, die den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bürger gerecht werden können, dies auch durch angemessene Dienstleistungen, um die Betreuung ständig zu verbessern, und die immer komplexeren Anforderungen zu erfüllen, auch mit Hilfe der sich weiter entwickelnden Technologie und Wissens.

In Bezug auf die eigenen Ziele, verfolgt der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Werte der Allgemeinheit, der Solidarität, der Zugangsgleichheit, der Nachhaltigkeit, der Qualität, der Transparenz, der Befähigung, der Gleichheit der Geschlechter, der Würde und des Rechts auf Beteiligung in den Entscheidungsprozessen.

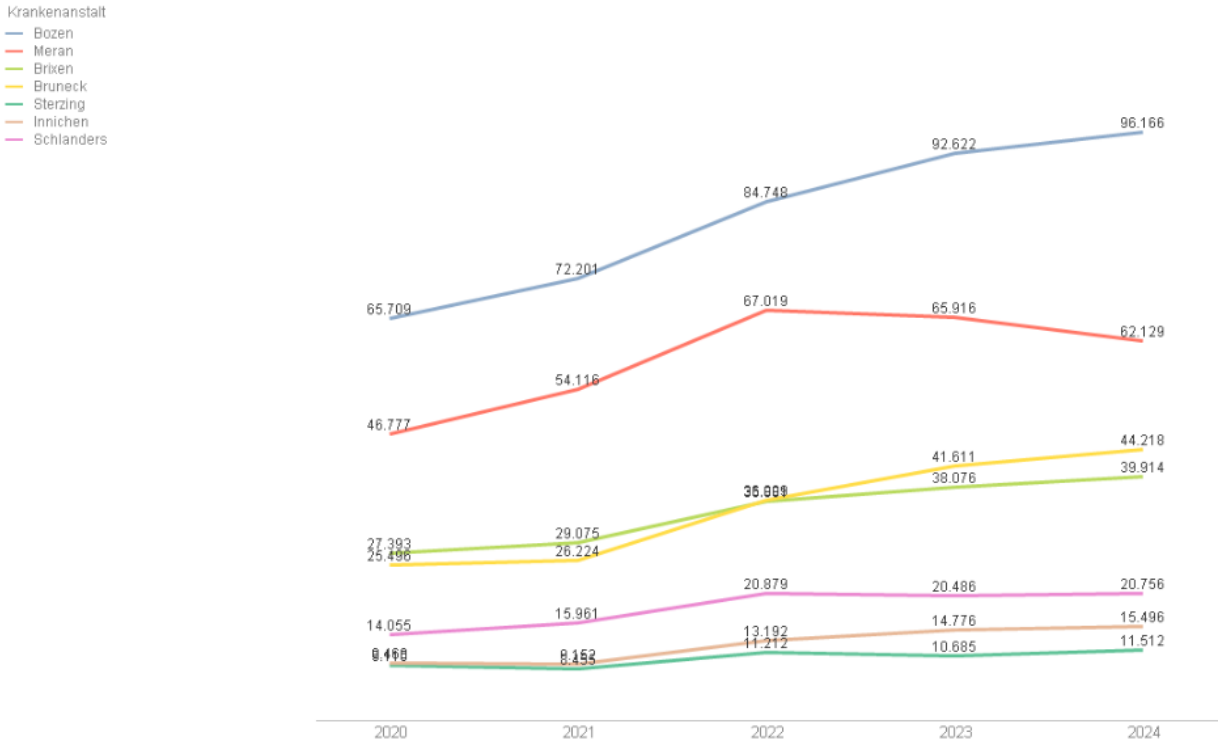
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat seinen Rechtssitz in Bozen, T.A. Edison-Straße 10/D und die Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211.

Alle Kontaktinformationen, wie Telefonnummern, die institutionellen PEC– und Mailadressen finden Sie auf der Seite www.sabes.it.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

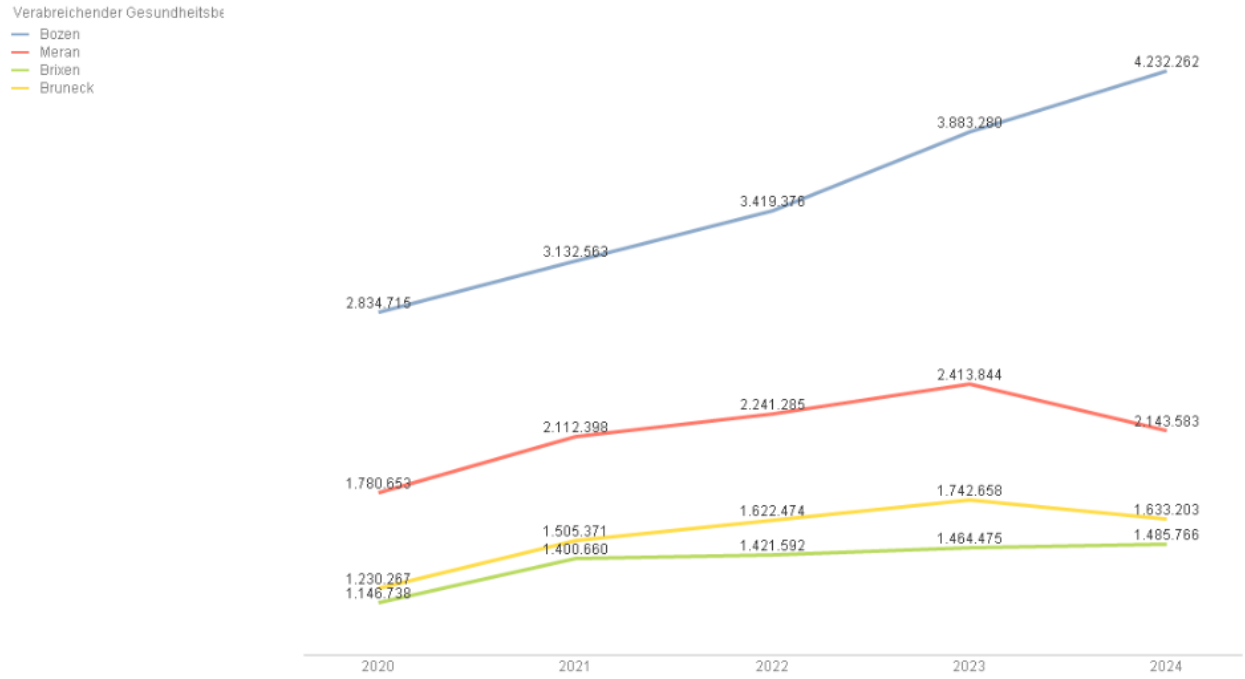
Kennzahlen zum Südtiroler Sanitätsbetrieb

Zugänge zur Notaufnahme je Krankenhaus



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

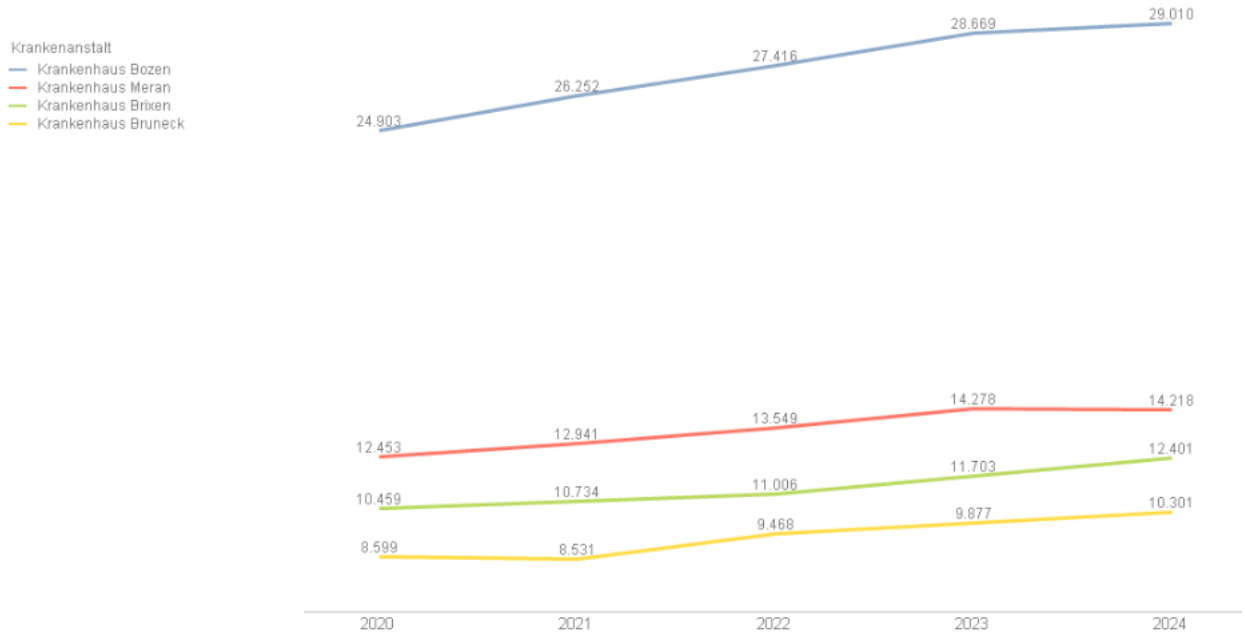
Anzahl fachärztliche Leistungen (ambulante fachärztliche Leistungen) je Gesundheitsbezirk (mit Notaufnahme und vertragsgebundenen Einrichtungen)



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

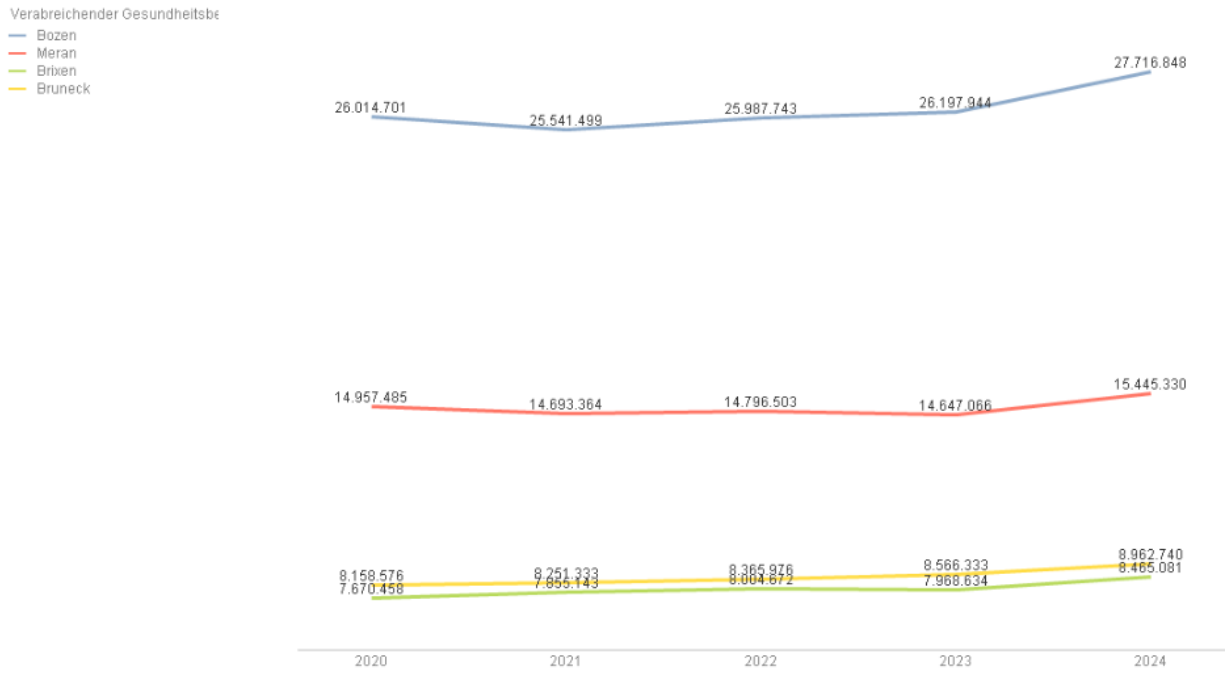
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Krankenhausaufenthalte (stationär und Tagesklinik)



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

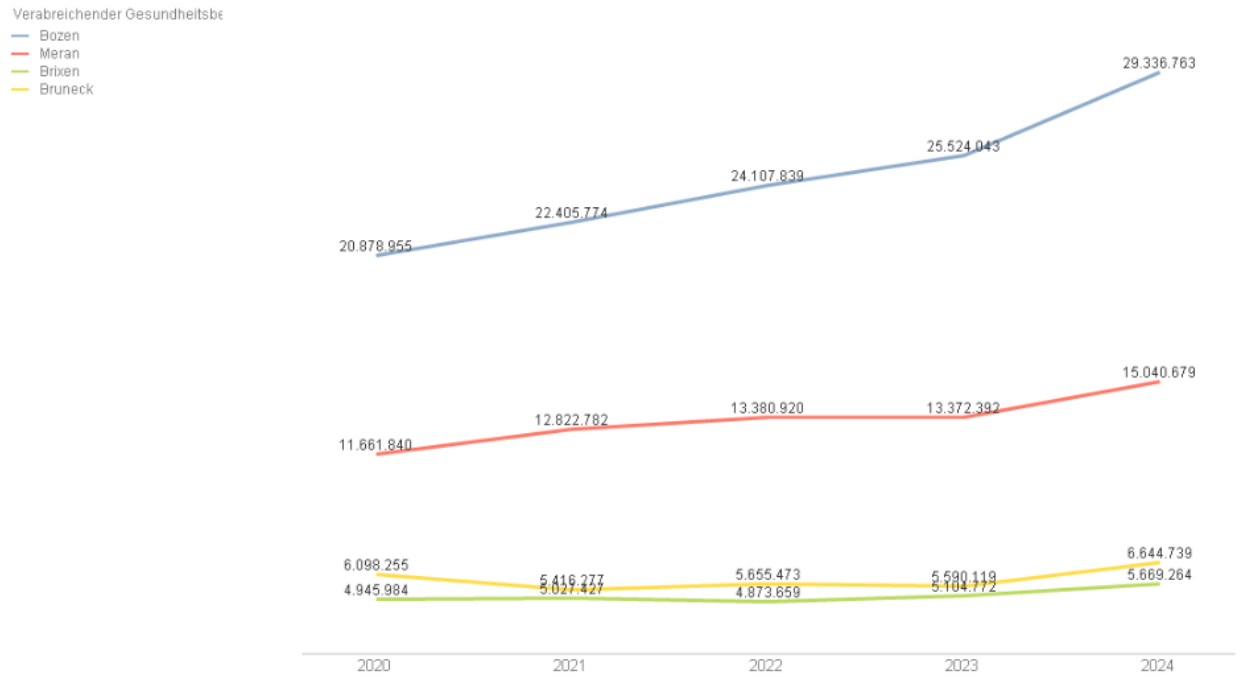
Vertragsgebundene Pharmazeutik je Gesundheitsbezirk (in Euro)



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

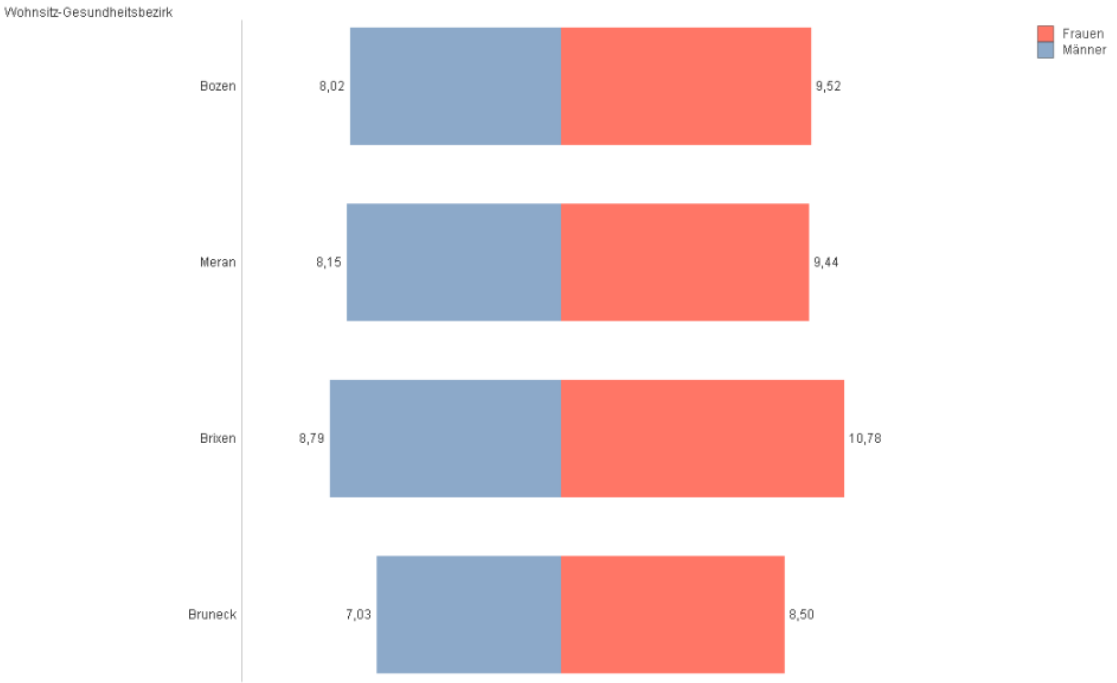
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Ausgabe für Arzneimittel im Krankenhaus je Gesundheitsbezirk (in Euro)



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

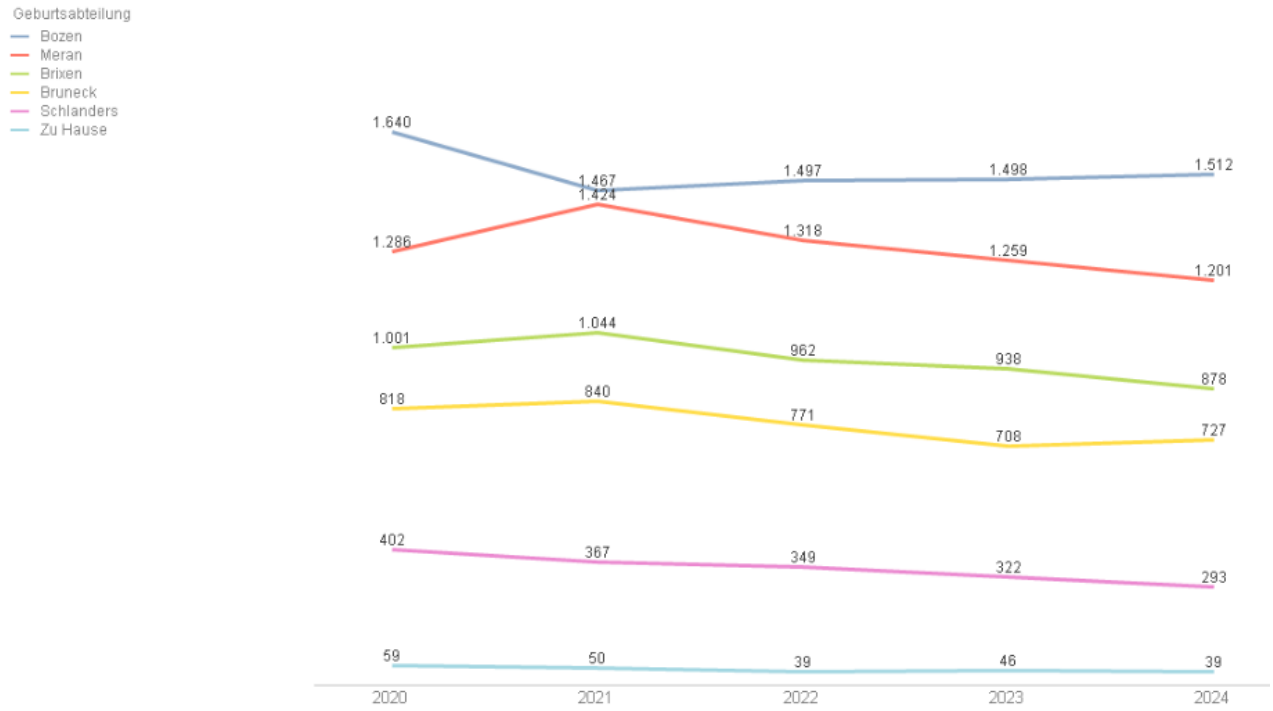
Antibiotikaverbrauch je Gesundheitsbezirk – Jahr 2024 auf 1000 Einwohner/Tag



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Neugeborene je Geburtsabteilung



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

1.2 Analyse des externen Umfeldes

Betreuungsberechtigte Wohnbevölkerung

Demographische, soziosanitäre Indikatoren und Struktur der Bevölkerung

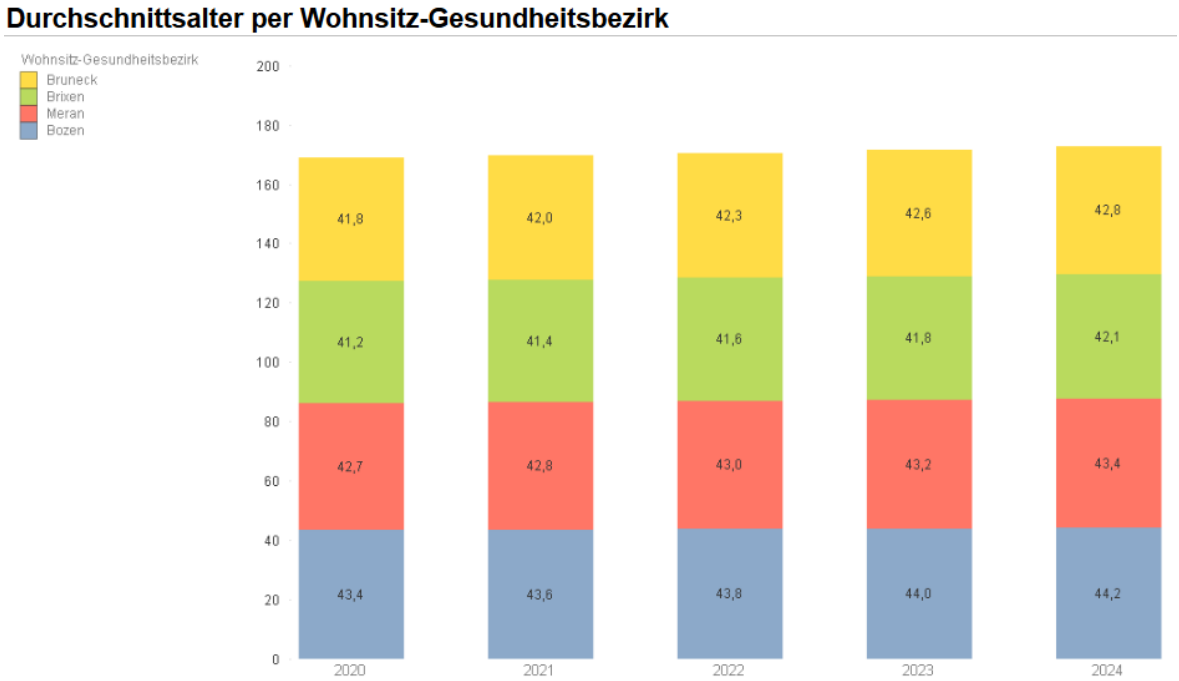
Das Einzugsgebiet des Südtiroler Sanitätsbetriebes hat eine Einwohnerzahl von 539.386 auf einem Gebiet von 7.398km². Knapp die Hälfte der Einwohner lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (43,9%), etwa ein Viertel im Gesundheitsbezirk Meran (26,2%) und je etwa ein Achtel in den Gesundheitsbezirken von Brixen (14,8%) und Bruneck (15,1%). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den Einzugsgebieten der beiden Gesundheitssprengel Bozen Stadt (19,7 %) und Meran (10,9 %).



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

Die demografische Analyse zeigt eine kontinuierliche Alterung der Bevölkerung. 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. Eine zentrale Rolle für die Planung im Gesundheitsbereich spielt in naher Zukunft der Pflegebedarf der Hochbetagten, welcher stark ansteigen wird und mit dem daraus resultierenden Anstieg des Bedarfs an Gesundheitsdiensten und der Notwendigkeit, diese ständig an die Entwicklung des nosologischen Rahmens anzupassen.

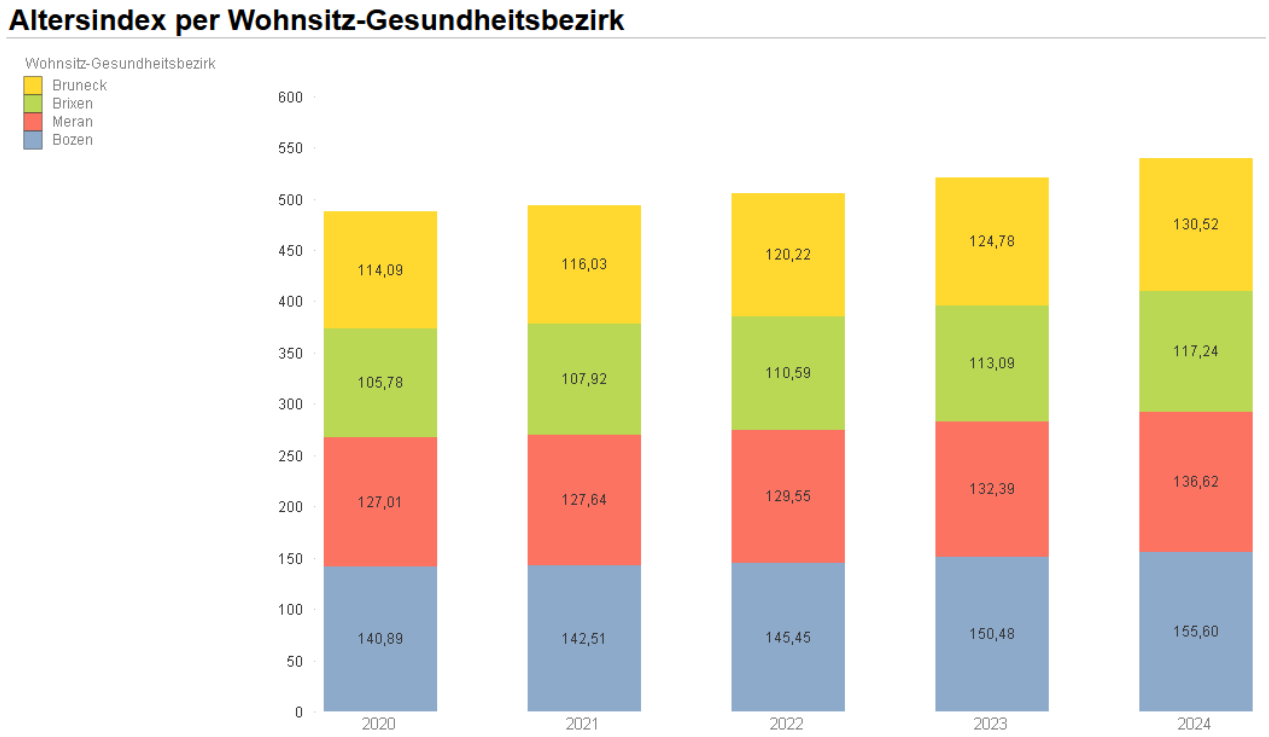
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



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

Aufbau und Lebenserwartung der Bevölkerung

Der Altersindex liegt bei 140,5 Senioren (65 Jahre und darüber) auf 100 Kinder (zwischen 0 und 14 Jahren). Dieser Index ist in den letzten Jahren um 13 Punkte gestiegen, wobei der Index für die Frauen (159,8%) höher liegt als für die Männer (122,4%). Der Index auf Provinzebene liegt jedoch weiterhin deutlich unter dem auf Staatsebene, der bei 199,8% liegt.

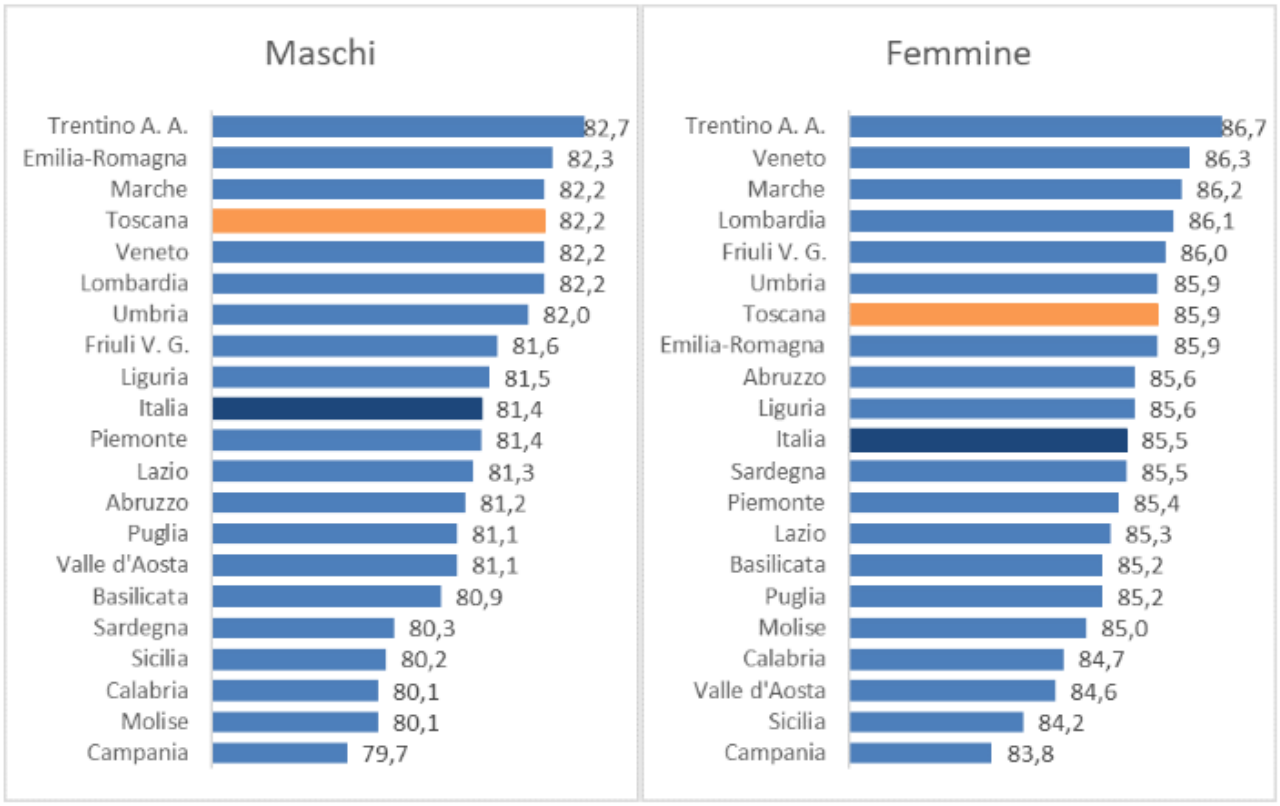


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Lebenserwartung liegt bei der Geburt bei 82,7 Jahren für die Männer und bei 86,6 für die Frauen, was deutlich höher ist als der nationale Durchschnitt (81,4 für die Männer und 85,5 für die Frauen). Die Lebenserwartung ist nach der Covid – 19 Pandemie, in der sie gesunken war, wieder angestiegen.
Die Region Trentino Südtirol wird im interregionalen Vergleich als das Gebiet mit der besten Lebenserwartung bei der Geburt eingestuft.

Figura 5. Speranza di vita alla nascita, per genere - Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT



Quelle: ISTAT 2024

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, 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 31,7 % (praktisch 1 von 3). Frauen haben ein etwas höheres Risiko, an mindestens einer chronischen Krankheit zu erkranken, als Männer.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sterblichkeit nach Ursache

Die Quelle für die folgenden Daten bildet das Sterblichkeitsregister der Provinz, das die Informationen der Todesbescheinigungen des ISTAT verwaltet und ausarbeitet und die Todesursache zuordnet.

Die Todesfälle unter der einheimischen Bevölkerung beliefen sich 2024 auf 4.559, was eine Sterblichkeitsrate von 845,2 Personen auf 100.000 bedeutet.

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.

Auch 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.

Weitere Einzelheiten zum externen Umfeld, in dem der Südtiroler Sanitätsbetrieb tätig ist, mit den Schwerpunkten Bildung und Beschäftigung, Unternehmensinsolvenzen, Sicherheit und Straftaten sowie dem Korruptionswahrnehmungsindex finden Sie in Abschnitt 2.3 des beschreibenden Teils über Korruptionsrisiken und Transparenz

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 soziale Wohlergehen der Bevölkerung.

Der Sanitätsbetrieb hat sich zum Ziel gesetzt, die Betreuung nach hohen Qualitätsstandards durch interdisziplinäre 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-Ingineering 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 grüßte Verbesserung erreicht werden soll, fest. Die Hauptziele und -indikatoren sind im vorliegenden Dokument im Abschnitt Performance detailliert dargestellt.

2.2 Performance

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

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb entwickelt seinen Performancezyklus, indem er die strategischen Ziele, die er sich für den Dreijahreszeitraum setzt, definiert und die er über das Jahrestätigkeitsprogramm bemisst und das Ergebnis jährlich bewertet.

2.2.1 Strategische 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 definiert werden, die im Rahmen der mehrjährigen Planung zu verwirklichen sind.

(Siehe Beschluss des Generaldirektors Nr. 861/2025 „Genehmigung des Systems zur Messung und Bewertung der Performance (SMBP) des Südtiroler Sanitätsbetriebes").

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Für den Dreijahreszeitraum 2026–2028 hat sich der Südtiroler Gesundheitsbetrieb **7 strategische Ziele** gesetzt, von denen die ersten drei **für das Jahr 2026 als vorrangig** angesehen werden:

1. Ausbau der wohnortnahen Versorgung gemäß PNRR

Der Nationale Plan für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) spielt weiterhin eine wichtige Rolle bei der Planung der Aktivitäten des Südtiroler Sanitätsbetriebes. Er ist in sechs Missionen unterteilt, von denen insbesondere die sechste das Thema „Gesundheit" betrifft, und zwar mit zwei Elementen:

- C1: Nahversorgungsnetze, Strukturen und Telemedizin für die territoriale Gesundheitsfürsorge: vorgesehen ist die verstärkte Vernetzung vom Krankenhaus und Territorium und eine Intensivierung der auf dem Territorium erbrachten Dienstleistungen durch die Stärkung und Schaffung von territorialen Strukturen und Einrichtungen (z. B. Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser), territorialen Einsatzzentralen (WONE), die Stärkung der häuslichen Pflege und der Familien- und Gemeinschaftspflege, den Ausbau der Telemedizin, die Neuorganisation von Familienberatungsstellen und eine verbesserte Integration der Sozialdienste. Voraussetzung dafür ist die Definition und Umsetzung einer Reform der wohnortnahen Gesundheitsdienste, die Strukturen und Standards für die Unterstützung in dem Gebiet, in Übereinstimmung mit den einschlägigen nationalen Vorgaben, festlegt. Der Fokus liegt auf den Ausbau der Prävention, die integrierte Versorgung von chronisch kranken Menschen auf der Grundlage der Betreuungspfade und die Stärkung der Palliativversorgung.

  Bei der Ausweitung den territorialen und häuslichen Diensten wird gemäß dem Ministerialdekret Nr. 77/2022 und gemäß den Beschlüssen der Landesregierung zur Hauskrankenpflege (z.B. BLR Nr. 907/2022, BLR Nr. 419/2024, BLR Nr. 712/2024, BLR Nr. 66/2025, BLR Nr. 67/2025, BLR Nr. 413/2025, LG Nr. 5/2025) vorgegangen.
- C2: Innovation, Forschung und Digitalisierung des nationalen Gesundheitswesens: Die mit dieser Komponente verbundenen Ziele sind die Modernisierung des technologischen und digitalen Zentrums, mehrere Maßnahmen für ein sicheres und nachhaltiges Krankenhaus, die Stärkung der technologischen Infrastruktur und der Instrumente für die Sammlung, Verarbeitung und Analyse von Daten, die Simulation mit der Aktivierung der elektronischen Gesundheitsakte (EGA) und neuer Ministerialdatenflüsse, die Weiterentwicklung technischer, beruflicher, digitaler und verwaltungstechnischer Fähigkeiten des Personals mit Studienstipendien für Allgemeinmediziner, Management-Trainings und Kurse zur Prävention von pflegebezogenen Infektionen (ICA).

2. Weiterentwicklung des Krankenhaus-, Territorial- und Verwaltungsinformationssystems mit Online-Diensten für externe und interne Nutzer.

Im Laufe des Jahres 2023 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Beschluss Nr. 977, einen IT-Masterplan genehmigt, der die strategischen Leitlinien 2023-2025 festhält, in Bezug auf technologische Innovation und digitale Transformation der wichtigsten Leistungen und der klinischen und betreuungsbezogenen Prozesse enthält, die vom Südtiroler Sanitätsbetrieb im Krankenhaus-, Territorial- und Verwaltungsbereich eingeführt wurden.

Um die zahlreichen darin vorgesehenen Maßnahmen zeitnah umzusetzen und angesichts der Tatsache, dass der digitale Übergang auch einen kulturellen und organisatorischen Wandel erfordert, beabsichtigt die Betriebsleitung, eine Reihe von Tätigkeiten und ein Organisationsmodell zur Unterstützung des

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Veränderungsmanagements einzuführen, wobei sie sich der Hebel der Kommunikation, Schulung und kontinuierliche Unterstützung bedient, die alle internen und externen Interessengruppen einbezieht. (Siehe Beschluss des Generaldirektors Nr. 925/2024 „Einführung eines Organisationsmodells für die digitale Umstellung des Krankenhausbereiches im Südtiroler Sanitätsbetrieb“)

Die für 2025 geplanten Tätigkeiten werden gemäß den Vorgaben des Schreibens des Landesgesundheitsressorts vom 31. Juli 2025 mit dem Titel „Neuverhandlung BSC 2025” fortgesetzt, welche mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1069 vom 26. November 2024 genehmigt wurde. Diese Maßnahmen bilden die operative Grundlage für die für 2026 geplanten Tätigkeiten, darunter:

- Die neuen Anwendungen werden derzeit auf allen Betriebsebenen, sowohl in Krankenhäusern als auch auf territorialer Ebene, eingeführt. Darüber hinaus werden verschiedene Integrationen verwaltet, die den sicheren Austausch aller Gesundheitsinformationen über die Gesundheitsakte ermöglichen werden. Der Abschluss dieser Tätigkeiten ist für Ende 2026 vorgesehen.
- Die Verbreitung der Anwendungen in den Bezirken Brixen und Bruneck hat begonnen. Die Umsetzung der laut Projekt vorgesehenen Tätigkeiten erfolgt gemäß den Richtlinien des Beschlusses Nr. 925/2024, wobei die auf Bezirksebene eingerichteten Task Forces im Mittelpunkt der Tätigkeiten stehen. Es besteht ein Entwicklungsplan zwischen der aktuellen und der neuen Anwendung, der die Integration der Funktionen für eine kontinuierliche Betriebsabwicklung ermöglicht. Bis 2025 werden in den Krankenhäusern des Bezirks Brixen die Software für die Verwaltung der chirurgischen Tätigkeit (Digistat), die ambulante Krankenakte NGH CCE ambulant und die Software für die Notaufnahme (NGH_PS) eingeführt. Die vollständige Einführung der verbleibenden Module NGH_ADT und NGH_CCE in den Abteilungen in Brixen sowie die Einführung in den Krankenhäusern des Bezirks Bruneck wird bis Ende 2026 abgeschlossen sein.
- Die Einführung der Krankenhausanwendungen in den Bezirken Bozen und Meran ist abgeschlossen, und derzeit laufen die Arbeiten zur Sicherung der Anlage sowie zur Weiterentwicklung der Integrationen und Anwendungsfunktionen. Die Fertigstellung dieser Maßnahmen ist bis Ende 2025 vorgesehen, mit der Aktivierung der Order Entry für das Analyselabor im Krankenhaus von Meran. Diese Maßnahmen bilden die Voraussetzung für die Konsolidierung der Funktionen der Krankenhausanwendungen im Jahr 2026 in den Krankenhäusern von Bozen und Meran.
- Die Verbreitung der Anwendungen, vor allem Vormerkzentrale/Kasse und Ambulanzakte, bei privaten Einrichtungen, die für die Verwaltung der im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) durchgeführten Tätigkeiten akkreditiert sind, hat begonnen. Diese Initiative zielt darauf ab, das Sicherheits- und Qualitätsniveau der Versorgung zu verbessern, indem die Rückverfolgbarkeit von Informationen zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen angeglichen wird. Bis 2025 werden die ersten Fachambulanzen der akkreditierten privaten Einrichtungen für Orthopädie und Kardiologie und Augenheilkunde auf NGH aktiviert. Im Laufe des Jahres 2026 wird die Erweiterung auf andere Zentren und Fachgebiete erfolgen, sofern die Bedingungen gemäß den Liefervereinbarungen, die der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit den akkreditierten privaten Einrichtungen unterzeichnet hat, gegeben sind.
- Die Verbreitung der neuen Vormerkzentrale ist ein entscheidendes Element für die Verbesserung der Integration zwischen den verschiedenen Systemen, um die Verwaltung der Gesundheitswege operativ zu unterstützen. Die Verbreitung des CUP umfasst drei Hauptphasen:
  - als interne Aktivitätsplanung, die bereits 2025 in Brixen gestartet und 2026 im Rest des Betriebs abgeschlossen wird;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- als CUPP-Prävention und als Modul für die Akzeptanz und Inkasso an den Schaltern des Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit in Bozen und Meran im Laufe des Jahres 2026;
- als Modul für die Buchung, Akzeptanz und Inkasso an allen Schaltern, Callcentern und Diensten des Gesundheitsbetriebs im Laufe des Jahres 2026.

- Entwicklung neuer BI-Instrumente für den Austausch von Unternehmensdaten. Diese Entwicklung wird eine Zentralisierung der Informationen und der Kontrolle über die Abteilungssysteme gewährleisten, um die klinische Governance und das Produktivitätsmanagement zu verbessern. Diese Instrumente werden in Absprache mit der Abteilung Controlling teilweise im Laufe des Jahres 2025 und teilweise im Laufe des Jahres 2026 zur Verfügung gestellt.

3. Steuerung der Wartezeiten

Die Eindämmung der Wartezeiten stellt für den Südtiroler Gesundheitsbetrieb eine wichtige Herausforderung dar, deren vorrangiges Ziel es ist, jedem Bürger eine seinen Gesundheitsbedürfnissen angemessene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, unter Wahrung der Rechte des Einzelnen, des Gesundheitsschutzes und des Grundsatzes des gleichberechtigten Zugangs zu Leistungen.

Es ist daher von grundlegender Bedeutung, dieses Recht der Bürger mit geeigneten Strategien zur Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verbinden, die darauf abzielen, den tatsächlichen Gesundheitsbedarf der Bevölkerung zu erfassen, Unangemessenheiten zu reduzieren und die verfügbaren Ressourcen mit der Gewährleistung wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) in Einklang zu bringen. Ebenso wichtig für die Verkürzung der Wartezeiten ist die Steuerung des Versorgungsangebots.

Die Steuerung der Wartelisten muss daher verschiedene Interventionsbereiche berücksichtigen, die die Nachfrage nach Leistungen und das Versorgungsangebot betreffen. Darüber hinaus müssen die Angemessenheit der Verschreibungen und der Organisation sowie die Systeme für die Verschreibung, Buchung und Erbringung von Leistungen berücksichtigt werden. Schließlich ist eine genaue und kontinuierliche Überwachung der Wartezeiten erforderlich.
Zu diesem Zweck wird die Einrichtung der Task Force für die Steuerung der Wartezeiten für ambulante Leistungen (TFW) erwähnt, die mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 888 vom 20.08.2024 in Übereinstimmung mit dem Gesetzesdekret Nr. 73/2024 eingerichtet wurde. Diese hat die Aufgabe, die Arbeit der „Zentralstelle für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung und der Wartezeiten und Wartelisten (UCG)" (BLR Nr. 801/2024) und des „Einzigen Landesbeauftragten für die Gesundheitsversorgung (RUAS)" zu unterstützen.

4. Gesundheitsprävention

Der neue Landespräventionsplan (PPP), im Einklang mit den Richtlinien des neuen Nationalen Präventionsplans (PNP) 2026–2030, wird das zentrale Planungsinstrument im Bereich der Prävention für den Südtiroler Sanitätsbetrieb darstellen.

Insbesondere beabsichtigt der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Zeitraum 2026–2028, sein Engagement im Bereich der Prävention zu festigen und auszubauen, indem die strategische Ausrichtung auf vorrangige Themen gelenkt wird, die eine organisatorische Stärkung sowie gezielte Investitionen in personelle Ressourcen und fachliche Kompetenzen erfordern. Der gewählte Ansatz basiert auf einer integrierten Sichtweise von Gesundheit, die die zentrale Rolle von Umwelt-, sozialen und verhaltensbezogenen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Determinanten für das Wohlbefinden der Bevölkerung und die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems anerkennt.

Einer der Grundpfeiler dieser Strategie ist die Förderung einer gesunden Ernährung, die nicht nur als Maßnahme zur Vorbeugung chronischer Erkrankungen verstanden wird, sondern auch als Bildungs- und Kulturgut. Geplant sind gezielte Interventionen in alltäglichen Lebens- und Arbeitskontexten, mit dem Ziel, das Lebensmittelangebot in Kantinen – einschließlich Betriebskantinen – und in Verkaufsautomaten zu verbessern. Gleichzeitig sollen durch Informationskampagnen und Schulungsmaßnahmen sowohl die Bevölkerung als auch Unternehmer der Lebensmittelkette zu bewussten Entscheidungen befähigt werden.

Parallel dazu sollen die Impfdeckung verbessert werden, und zwar durch verschiedene Maßnahmen: von der risikobasierten Kommunikation auf wissenschaftlicher Grundlage über die Vereinfachung der Zugangswege bis hin zur Integration von Impfungen in gesundheitsfördernde Programme in Schulen und am Arbeitsplatz. Ziel ist es, Informations- und Organisationsbarrieren zu überwinden, die einer vollständigen Teilnahme an Impfprogrammen entgegenstehen, und so zur Erreichung der durch die Indikatoren der Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) vorgegebenen Standards beizutragen.

Ein weiteres strategisches Handlungsfeld betrifft den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Umwelt und Klimawandel. Im Einklang mit nationalen und internationalen Vorgaben sollen sektorübergreifende Maßnahmen entwickelt werden, die gesunde, nachhaltige und resiliente Lebensräume fördern. Dazu gehören die Förderung aktiver Mobilität, die Aufwertung von Grün- und Wasserflächen im städtischen Bereich, die Überwachung der Umweltauswirkungen auf die Gesundheit und der Schutz von gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie die Schulung des Gesundheits- und technischem Personals zu Risiken im Zusammenhang mit dem Klimawandel.

Schließlich stellt die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Workplace Health Promotion – WHP) ein zentrales Interventionsfeld dar, insbesondere für die Altersgruppe der 25- bis 65-Jährigen. Es sollen betriebliche Programme entwickelt werden, die gesunde Lebensstile unterstützen. Diese Maßnahmen werden durch Evaluations- und Monitoringinstrumente begleitet, um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit langfristig zu gewährleisten.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird insbesondere im Bereich der Prävention zwei grundlegende Querschnittsstrategien verfolgen: Gesundheitliche Chancengleichheit und Gesundheitskompetenz. Gesundheitliche Chancengleichheit soll durch gezielte Maßnahmen zur Verringerung von Ungleichheiten beim Zugang zu Präventionsdiensten gefördert werden, mit besonderem Augenmerk auf vulnerable Bevölkerungsgruppen und soziale Gesundheitsdeterminanten. Gesundheitskompetenz hingegen wird durch Initiativen gestärkt, die die Fähigkeit der Bürgerinnen und Bürger verbessern, Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um bewusste Entscheidungen zu treffen und die angebotenen Leistungen angemessen zu nutzen. Diese Strategien, integriert in die verschiedenen Interventionsbereiche, tragen dazu bei, ein inklusiveres, wirksameres und nachhaltigeres Präventionssystem zu schaffen.

5. Konsolidierung des Risikomanagements

Das Gesundheitswesen zählt zu den komplexesten und sensibelsten Bereichen unserer Gesellschaft. Die Qualität der Versorgung und die Sicherheit von Patient*innen hängen entscheidend von einem wirksamen Risikomanagement ab, das Risiken systematisch erkennt, bewertet, steuert und überwacht.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb wurde mit der Errichtung der Organisationseinheit für die klinische Führung und der Ernennung eines klinischen Risikomanagers ein strategischer Rahmen geschaffen.

Risikomanagement dient der Prävention und Reduktion von Gefahren klinischer, organisatorischer, technischer und finanzieller Art; es stabilisiert Prozesse und erhöht deren Effizienz und Verlässlichkeit. Zentrales Instrument ist das dynamische Enterprise-Risikomanagement (ERM), das eine organisationsweite Sicht auf Risiken ermöglicht und die Entscheidungsfindung auf allen Ebenen unterstützt.

Die Umsetzung ministerieller Vorgaben sowie die Orientierung an Standards wie „Accreditation Canada" und „Phoenix – *Standard für das Management der Gesundheitsrisiken*" stärken diesen Ansatz. Erfolgsfaktoren sind die aktive Mitarbeitereinbindung, eine gelebte Sicherheitskultur und transparente Kommunikation.

Ein systemischer Ansatz verbindet zudem die Erfassung unerwünschter (schwerwiegender) Ereignisse mit der Analyse von Wirksamkeitsindikatoren, um Leistungen messbar zu machen. Die Digitalisierung der Krankengeschichte ermöglicht dabei standardisierte Datenerfassung, kontinuierliche Prozessüberwachung und verbesserte Nachvollziehbarkeit. Informationssysteme auf Basis der integrierten elektronischen Krankenakte machen Inkonsistenzen und Risikobereiche sichtbar.

Überwachungsindikatoren erlauben die Bewertung der Versorgungsqualität und die frühzeitige Erkennung von Schwachstellen. Eingebettet in eine Risikolandkarte lassen sich Risiken nach Schweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit klassifizieren und priorisieren. Diese Landkarte wird zum strategischen Steuerungsinstrument im Sinne der klinischen Führung.

Durch den Einsatz von Audits, evidenzbasierten Leitlinien, abgestimmten Betreuungspfaden und Qualitätssicherungsinstrumenten wird eine Sicherheitskultur gefördert, die kontinuierliches Lernen und gezielte Innovationen ermöglicht.

Nur durch ein systematisches, integratives und digital gestütztes Risikomanagement – basierend auf betrieblichem Risikomapping und internationalen Standards – kann der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens begegnen und eine sichere, hochwertige Versorgung nachhaltig zu gewährleisten.

6. Olympische Winterspiele Milano-Cortina 2026

Die Olympischen Winterspiele Milano-Cortina 2026 sind ein sportliches Großereignis, bei dem zahlreiche Athleten, Funktionäre, Medienvertreter und Zuschauer aus aller Welt zusammentreffen. In der Autonomen Provinz Bozen werden die Biathlonwettbewerbe in Antholz ausgetragen. Neben der sportlichen Organisation nimmt die medizinische Versorgung eine zentrale Rolle ein.

Die Südtiroler Landesregierung hat daher mit Beschluss Nr. 646 vom 26.08.2025 den Südtiroler Sanitätsbetrieb beauftragt die medizinische Versorgung (Medical Services) bei den Olympischen Winterspielen 2026 in Antholz zu organisieren.

Hauptziele:
Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Betreuung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Aufbau eines medizinischen Netzwerks rund um die Wettkampfstätte (Biathlon-Arena Antholz), das olympische Dorf (Olympische Polyklinik) und die öffentlichen Krankenhäuser (Olympische Krankenhäuser)
- Bereitstellung von Notfallstationen (Medical Station) für Athleten und Zuschauer, mobilen medizinischen Teams und Transportmöglichkeiten (sowohl zu Boden als auch zu Luft)
- Einbindung der Blaulichtorganisationen (Rettungsdienst, Bergrettung)

Versorgung von Athleten

- Schnelle, prioritäre Diagnostik und Behandlung bei Verletzungen
- Betreuung bei Erkrankungen
- Zusammenarbeit mit den medizinischen Teams der verschiedenen teilnehmenden Sportnationen

Versorgung von Zuschauern und Personal

- Aufbau medizinischer Anlaufstellen für Zuschauer, Medienvertreter, Arbeitskräften usw. in der Wettkampfstätte (Biathlon-Arena Antholz)

Öffentliche Gesundheitsvorsorge

- Definition von Infektionsschutzmaßnahmen und Hygienevorgaben (Trinkwasser, Lebensmittel)
- Aufbau eines Überwachungssystems zur Früherkennung von Krankheitsausbrüchen
- Umsetzung von Covid19-, Influenza-, Norovirus-Präventionsplänen usw., je nach aktueller epidemiologischer Lage
- Gewährleistung der landesweiten medizinischen Versorgung für die Bevölkerung und Touristen im Allgemeinen

Krisenmanagement und Notfallplanung

- Risikoanalyse für mögliche Krisenszenarien und Notfälle
- Erstellung von Notfallplänen für Sonder- und Großschadenslagen (MANV)
- Durchführung von Simulationen und Notfallübungen vor Beginn der Spiele
- Zusammenarbeit mit der Agentur für Bevölkerungsschutz, Exekutive, Rettungsdienst und Feuerwehr

Logistische und organisatorische Anforderungen

- Personalplanung: Einsatzplanung für Ärzte, Krankenpfleger, Sanitäter und sonstigem Personal
- Personalschulung: Einweisung des Personals in die Einsatzstandorte sowie Information über medizinische und organisatorische Abläufe
- Ausrüstung und Infrastruktur: Organisation und Bereitstellung von Notfallausrüstung, Medikamenten, medizin-technischen Geräten usw., auch in Zusammenarbeit mit lokalen Partnerorganisation und der Stiftung Milano-Cortina 2026
- Kommunikation: Koordination über verschiedenen Leitstellen (MOC, Landes- und Gemeindeleitstelle, Lagezentrum, Landesnotrufzentrale), Nutzung bewährter Alarmierungs- und Informationssysteme

Nachhaltigkeit und Nachbereitung

- Nachhaltiger Einsatz der zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen
- Nutzung der aufgebauten medizinischen Infrastruktur über die Spiele hinaus
- Evaluation der medizinischen Versorgung nach den Spielen zur Verbesserung künftiger Großveranstaltungen
- Schulung und Fortbildung des eingesetzten Personals mit langfristigem Nutzen für das öffentliche Gesundheitswesen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die medizinische Versorgung bei den Olympischen Winterspielen 2026 erfordert eine hochgradig koordinierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. Ziel ist es, eine umfassende Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau sicherzustellen - für Athleten, Olympische Familie, Besucher und das lokale Umfeld. Nur durch sorgfältige Planung, moderne Ausstattung und erfahrenes Personal kann ein reibungsloser Ablauf der Spiele gewährleistet werden.

7. Einführung des ICD-10-Kodierungssystems in Synergie mit dem neuen IT-System NGH

Die Einführung des ICD-10-Kodierungssystems ist ein grundlegender strategischer Schritt zur Optimierung der Klassifizierung von Diagnosen und medizinischen Verfahren. Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Einführung des neuen informatischen Systems NGH, das die korrekte Erstellung und Übermittlung der erforderlichen Daten an die nationalen Systeme, insbesondere an das Neue Gesundheitsinformationssystem (NSIS) gewährleisten soll.

Die größte Herausforderung ist eine doppelte: Einerseits muss ein reibungsloser und technisch korrekter Übergang vom bisherigen Kodierungssystem zum neuen ICD-10-Standard gewährleistet werden, andererseits muss sichergestellt werden, dass das NGH-System voll funktionsfähig ist und Daten gemäß den nationalen Vorschriften ohne Kodierungsfehler oder Unstimmigkeiten in den klinischen Daten generieren kann.

Um die Wirksamkeit des Umsetzungsprozesses zu überwachen und den Grad der Einführung durch die Gesundheitseinrichtungen zu bewerten, wurden die folgenden Leistungsindikatoren festgelegt:

- Prozentsatz der Abteilungen, die in der Verwendung des ICD-10-Systems geschult wurden, mit dem Ziel, ein umfassendes und einheitliches Wissen über die neue Kodierung unter dem Gesundheitspersonal sicherzustellen.
- Prozentsatz der Krankenhausabteilungen mit speziell für die Verwendung der ICD-10-Kodierung geschultem Personal, um operative Kompetenzen bei der Registrierung von Diagnosen und Verfahren sicherzustellen.
- Prozentsatz der korrekt validierten ICD-10-Kodierungen, d. h. ohne Fehler in den generierten und an die nationalen Systeme übermittelten Datensätzen.
- Prozentsatz der im NGH-System aktiven Abteilungen, der den Grad der Verbreitung und tatsächlichen Nutzung der neuen informatischen Plattform angibt.
- Prozentsatz der Abteilungen, die NGH für die Kodierung und klinische Verwaltung nutzen, als Beweis für die Integration zwischen der ICD-10-Kodierung und den klinischen Versorgungsprozessen.
- Prozentsatz des Gesundheitspersonals, das an den ICD-10-Schulungsmodulen teilgenommen hat, als Maß für das Engagement für die Weiterbildung und die aktive Beteiligung am Wandel.
- Prozentsatz der gemeldeten Kodierungsfehler, der zur Überwachung kritischer Punkte und zum rechtzeitigen Ergreifen von Korrektur- und Unterstützungsmaßnahmen dient.

2.2.2 Jahresziele

Mit der Jahresplanung bricht der Südtiroler Sanitätsbetrieb die strategischen Ziele der mehrjährigen Pläne und Programme, in Jahresziele herunter. Sie werden auf Betriebsebene durch das Jahrestätigkeitsprogramm und, innerhalb der Betriebsabteilungen, durch die Aushandlung von Jahreszielen mit den jeweiligen Führungskräften umgesetzt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Das Jahrestätigkeitsprogramm 2026 wurde mittels Beschlusses des Generaldirektors Nr. 1127 vom 18.11.2025 genehmigt. Die vollständige Liste der im Jahrestätigkeitsprogramm 2026 festgelegten Ziele ist im Anhang zu diesem Dokument verfügbar (siehe Anhang 2.2.2 „Programma operativo annuale - Jahrestätigkeitsprogramm 2026"). Für jedes, im Jahrestätigkeitsprogramm aufgeführtes Ziel werden neben der Beschreibung des Ziels auch die entsprechenden Indikatoren, Bewertungskriterien und betroffenen Bereiche angegeben.

Die Ziele auf der Ebene der operativen Einheiten und des einzelnen Mitarbeiters mit den entsprechenden Indikatoren und Zielvorgaben werden in den Zielbögen, die mit den Leitern der einzelnen Strukturen und den einzelnen Mitarbeitern vereinbart wurden, detailliert wiedergegeben.

Bei der Formulierung der Ziele für das Bezugsjahr berücksichtigt der Südtiroler Sanitätsbetrieb die für den Gesundheitsbereich vorgesehenen Pläne und Leitlinien, sowohl auf nationaler als auch auf Landesebene. Dazu gehören unter anderem der aktuelle Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 (Beschluss LR Nr. 1331/2016), der Landespräventionsplan 2021 – 2025 (Beschluss LR 1123/2021), der Landesplan für die Verwaltung der Wartezeiten 2019 – 2021 (Beschluss LR 915/2019), der mit der Einführung des Nationalen Plans zur Verwaltung der Wartezeiten vom 21.01.2019 umgesetzt worden ist. Er berücksichtigt auch die Ergebnisse, die im Rahmen der auf nationaler Ebene durchgeführten Systeme zur Bewertung der Gesundheitsleistung erfasst werden, wie z. B. den „piano nazionale esiti", das „System zur Leistungsbewertung regionaler Gesundheitssysteme - Netzwerk der Regionen" und das „Neue Garantiesystem der wesentlichen Betreuungsstandards" (Nuovo Sistema di Garanzia – NSG) – (Ministerialdekret vom 12. März 2019). Darüber hinaus werden auch die Bestimmungen zum Schutz der Privatsphäre, zur Transparenz und zur Korruptionsbekämpfung berücksichtigt, wie sie im Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) festgelegt sind. Schließlich berücksichtigt das Jahrestätigkeitsprogramm die Ziele, die in den Leitlinien der Landesregierung für das Jahr 2026 nach der Methode der „Balanced Scorecard" enthalten sind, die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 840 vom 17.10.2025 genehmigt wurde.

Um den Beitrag der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2026 zur Erreichung der drei für das Jahr 2026 als prioritär erachteten strategischen Ziele gemäß Punkt 2.2.1 des vorliegenden Plans hervorzuheben, wurden diese Ziele in Cluster zusammengefasst. Die entsprechende Klassifizierung ist in einer eigenen Spalte des dem vorliegenden Dokument beigefügten Jahresarbeitsprogramms dargestellt.

Um den Beitrag zur Schaffung des öffentlichen Wertes durch die einzelnen Maßnahmen und Betriebsziele hervorzuheben, wurden diese im Rahmen des Jahrestätigkeitsprogramms- je nach Prävalenz - einer der vier im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan vorgesehenen Dimensionen zugeordnet.
Die vier Dimensionen, durch die der Wertbeitrag und Nutzen für die Gesellschaft angestrebt wird, sind:

1. Garantie der Qualität der Unternehmenstätigkeit;
2. Garantie der Transparenz der Betriebstätigkeit;
3. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für Bürger und Unternehmen;
4. Kontinuierliche und schrittweise Vereinfachung und Neugestaltung der Prozesse, auch im Hinblick auf das Zugangsrecht.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Jahresziele, mit denen der Sanitätsbetrieb seinen Auftrag verfolgen und zur Steigerung des öffentlichen Wertes beitragen will, sind in fünf Makrogruppen zusammengefasst, wie in den jährlichen Planungsrichtlinien der Landesregierung vorgesehen.
Die für das Jahr 2026 vorgesehenen Makrobereiche werden im Folgenden aufgelistet und kurz erläutert, wobei für jeden von diesen die wichtigsten Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2026 angegeben werden:

A. Ausbau der territorialen Betreuung und Integration der sozio-sanitären Betreuung

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb beabsichtigt, die Organisation und das Angebot im Gesundheitsbereich weiter zu verbessern. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der territorialen Betreuung und der damit verbundenen Integration der sozio-sanitären Betreuung. Die Ziele dieses Makrobereichs beziehen sich insbesondere auf die erste Komponente der Mission 6 des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) mit der Umsetzung des zwischen der Autonomen Provinz Bozen und dem Ministerium abgeschlossenen Institutionellen Entwicklungsvertrags (CIS), der unter anderem die Einrichtung von Gemeinschaftshäusern und -krankenhäusern vorsieht, die einen weiteren Impuls für die integrierte häusliche Pflege darstellen. Weitere Ziele, die im Jahrestätigkeitsprogramm 2026 für diesen Makrobereich vorgesehen sind, beabsichtigen die Intensivierung der psychiatrischen Versorgung im Entwicklungsalter und im Suchtbereich.
Darüber hinaus wird auch der Abschluss der Umstrukturierung und die Umsetzung des Präventionsdepartements berücksichtigt.
Als wichtiges Ziel ist die Entwicklung der Telemedizin anzusehen.

B. Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement

Für den Sanitätsbetrieb stellt die Eindämmung der Wartezeiten, wie bereits berichtet, ein strategisches Ziel dar. Der Schwerpunkt der Ziele für 2026 liegt sowohl auf den ambulanten fachärztlichen Leistungen als auch auf den stationären chirurgischen Leistungen.
Dieser Bereich umfasst auch Maßnahmen zur Verbesserung der Angemessenheit, die ebenfalls auf eine Eindämmung der Wartezeiten abzielen.
In diesem Makrobereich wird auch den Zielen besondere Aufmerksamkeit gewidmet, die die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen, die Erreichung bzw. Aufrechterhaltung hoher Pflegestandards durch Schaffung eines Umfelds, das die Erweiterung der beruflichen Fähigkeiten fördert, anstreben.
Dazu zählen die Vervollständigung des Netzwerks für Palliativpflege und die Neuorganisation des Netzwerks für Zahnpflege. Schließlich ist noch die Optimierung der pharmazeutischen Versorgung und der medizinischen Geräte sowie die Verstärkung der Präventionsinitiativen zu erwähnen.

C. Humanressourcen: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Planungs- und Kontrollsystemen und -verfahren

Neben der ständigen Verbesserung der Kompetenzen des bereits beschäftigten Personals durch Aus- und Weiterbildung ist es wichtig, neue qualifizierte Mitarbeiter zu rekrutieren und diese gezielt zu halten.
Das Engagement für den Ausbau des Studiengangs „Medicine and Surgery" an der Università Cattolica del Sacro Cuore mit Sitz in Bozen wird auch im Jahr 2026 fortgesetzt. Nach Akkreditierung des Lehrganges für "Medicine & Surgery" (MS) der Università Cattolica Del Sacro Cuore (UCSC) im Sommer 2024 hat im

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Oktober desselben Jahres das erste Semester des ersten akademischen Jahres 2024/2025 mit 60 Studierenden begonnen. In den kommenden Jahren sollen jährlich neue Jahrgänge zu jeweils 60 Studierenden starten. Zudem sind regelmäßige Reakkreditierungen durch das Ministerium vorgesehen.
Darüber hinaus will der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Projekte zur Optimierung der Governance fortsetzen und vor allem in die Reorganisation, Planung und Kontrolle investieren. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der endgültigen Verabschiedung der Betriebsordnung und seiner schrittweisen Umsetzung sowie der Verbesserung der Informationsflüsse und der administrativen Verwaltung des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR).
Schließlich gehört auch die Stärkung der geschlechtsspezifischen Medizin zu den zu verfolgenden Zielen.

D. Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation

Um auf die anstehenden Herausforderungen angemessen reagieren zu können, müssen innovative Wege beschritten werden. In dieser Hinsicht kommt der Informationstechnologie eine vorrangige Rolle zu, die auch im Bereich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung viele Möglichkeiten bietet: von der Vormerkung von Leistungen über das Abholen der Ergebnisse bis hin zur elektronischen Gesundheitsakte, die den Bürger von der Geburt bis zum Tod begleitet. Von großer Bedeutung in diesem Makrobereich ist die Einführung von Informationssystemen sowohl im Krankenhaus als auch in der territorialen Pflege.
Ein besonderes Engagement gilt der Umsetzung und Verwaltung der nationalen und landesbezogenen Informationsflüsse.
Dieser Bereich umfasst auch Ziele, die auf den Ausbau der Telemedizin und Projekte hinsichtlich der künstlichen Intelligenz ausgerichtet sind.

E. Entwicklung von Netzwerken für die Krankenhausversorgung. Überwachung der Qualität und der Ergebnisse

In Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans 2016-2020 hat der Sanitätsbetrieb das Ziel, einen Vorschlag für die Reorganisation des Krankenhausnetzwerks zu erarbeiten, in dem die Abteilungen und verbindlichen Zusammenarbeiten, die Fachgebiete und die zu erbringenden Leistungen, die von den einzelnen Strukturen erbracht werden können, nach einem Hub-and-Spoke-Modell identifiziert werden, die Bezugspunkte auf Betriebsebene festgelegt und die Art und Weise der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks, sowie die klinischen und verwaltungstechnischen Abläufe innerhalb des Betriebs definiert werden.
Im Hinblick auf die Entwicklung des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung wird besonderes Augenmerk auf die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und Versorgungsprozesse gelegt: Für 2026 gilt großes Interesse dem Onkologie-Netzwerk und der Umstrukturierung des Zentrums für Brustkrebs-Chirurgie, der Verbesserung der Leistungen im Bereich der Prothesenchirurgie und der Rate der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte. Darüber hinaus wird die Weiterentwicklung des Modells zur Qualitätskontrolle öffentlicher und privater Einrichtungen fortgesetzt. In den ersten Monaten des Jahres wird ein besonderer Schwerpunkt auf der Gewährleistung eines effektiven und effizienten Gesundheitsdienstes während der Olympischen Winterspiele 2026 in der Provinz Bozen liegen.

Um die Angemessenheit der Formulierung der Ziele der Jahresplanung zu gewährleisten, ist schließlich vorgesehen, dass diese:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- relevant und sachdienlich im Hinblick auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft, den institutionellen Auftrag, die politischen Prioritäten und die Strategien der Verwaltung sind;
- spezifisch und messbar in konkreter und klarer Form sind;
- eine deutliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Dienstleistungen und Tätigkeiten bewirken
- sich auf einen bestimmten Zeitraum beziehen, der in der Regel ein Jahr beträgt;
- den Referenzwerten entsprechen, die sich aus national und international festgelegten Standards und aus Vergleichen mit ähnlichen Verwaltungen ergeben;
- vergleichbar mit der Produktivitätsentwicklung der Verwaltung, wenn möglich unter Bezugnahme auf mindestens die letzten drei Jahre sind;
- in Bezug auf die Quantität und Qualität der verfügbaren Ressourcen angemessen sind.

2.2.3 Indikatoren zur Performance

Der Zyklus der Performance im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Verhandlung von Zielen zielt auf die Verbesserung der Qualität der angebotenen Leistungen und Dienstleistungen ab, und auf die Steigerung der beruflichen Fähigkeiten durch die Anerkennung der Verdienste und die Auszahlung von Prämien für die von Einzelpersonen und Organisationseinheiten erzielten Ergebnisse.

Das System besteht aus drei grundlegenden Phasen: Planung, Budgetierung Zielvereinbarung und Messung der Ergebnisse sowie abschließende Bewertung.

Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte der drei Phasen kurz dargestellt.

1. Planung

Die Planungsphase fällt in den Zuständigkeitsbereich der Betriebsdirektion, die mit Hilfe des Jahrestätigkeitsprogrammes (JTP) die Leitlinien und Jahresziele von Betriebsbedeutung festlegt und sich dabei auf die strategischen Ziele für den dreijährigen Bezugszeitraum bezieht. Das Programmierungsdokument enthält in der Regel auch alle Ziele, die die Landesregierung dem Generaldirektor jährlich über die Balanced scorecard (BSC) zuweist.
Zusätzlich zu den im Jahrestätigkeitsprogramms festgelegten Zielen definiert und überwacht der Betrieb weitere betriebsrelevante Ziele, die den einzelnen operativen Einheiten zugewiesen werden.

2. Zielvereinbarung

Für jede operative Einheit des Betriebes wird auf der Grundlage des Jahrestätigkeitsprogramms ein Budgetbogen (jährliche Zielvereinbarung) mit den zu verfolgenden Zielen erstellt. Für jedes dieser Ziele werden das erwartete Ergebnis, die Bewertungskriterien, der Betriebsreferent und die zugewiesene Gewichtung angegeben. Die Zielvereinbarung kann und soll auch von den operativen Einheiten selbst vorgeschlagene Ziele enthalten. Die Zielvereinbarung wird am Ende der Verhandlung vom Leiter der operativen Einheit und seinem direkten Vorgesetzten unterzeichnet.
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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Zweck ein Prämiensystem vorsehen. Die Zielvereinbarung ist somit für alle als Führungskräfte des sanitären und des Verwaltungsbereichs eingestuften 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.

3. Leistung und Messung der Ergebnisse, Reporting und Bewertung

Im Rahmen des Monitorings wird geprüft, ob die Tätigkeit mit den zugewiesenen Zielen und den erwarteten Ergebnissen übereinstimmt, um gegebenenfalls die erforderlichen Korrekturmaßnahmen zu ergreifen.

Bei numerischen Indikatoren kann 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.

Bei größeren Abweichungen zwischen den festgestellten und den erwarteten Werten besteht nach einer Überprüfung der Gründe und etwaiger Veränderungen im internen und externen Kontext die Möglichkeit, die Ziele innerhalb 30.09. zu überarbeiten.

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

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.

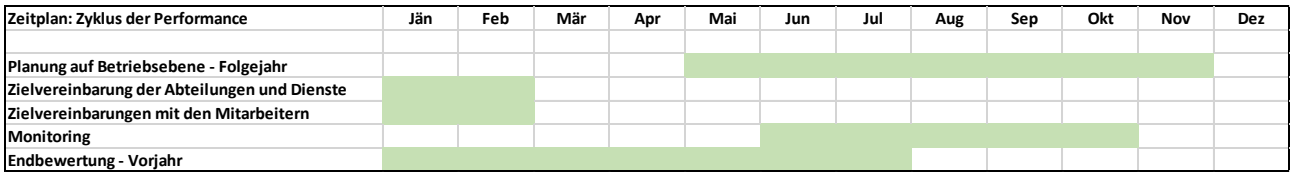
Seit Ende 2023 hat das Unabhängige Bewertungsorgan - UBO seine Arbeit auch in unserem Betrieb aufgenommen. Es ist für die Überwachung der allgemeinen Funktionsweise des Bewertungssystems, der Transparenz und der Integrität der internen Kontrollen zuständig und erstellt einen jährlichen Bericht über den 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 Zyklus der Performance folgt in der Regel dem in der nachstehenden Grafik dargestellten Zeitplan.



Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INDIKATOREN

Ergebnisindikatoren stellen grundlegende Instrumente zur Bewertung der Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung dar, da sie das Endergebnis der erbrachten Leistungen auf den Gesundheitszustand des Patienten messen. Sie ermöglichen nicht nur die Beurteilung der Angemessenheit klinischer Behandlungspfade, sondern auch die Einschätzung der Gesamtwirkung gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die Bevölkerung.
In Italien erfolgt die Erhebung und Analyse dieser Indikatoren über strukturierte Systeme zur Überwachung und Leistungsbewertung, die sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene tätig sind. Zu den wichtigsten gehören:

- Das Nationale Ergebnisprogramm (Programma Nazionale Esiti – PNE), das detaillierte Informationen zu Leistungsvolumen, klinischen Ergebnissen und zur Qualität der in Krankenhäusern erbrachten Versorgung liefert.
- Das Bewertungssystem der Leistungsfähigkeit der regionalen Gesundheitssysteme – Netzwerk der Regionen, das darauf abzielt, die Performance der verschiedenen regionalen Strukturen zu vergleichen und eine kontinuierliche Verbesserung zu fördern.
- Das Neue Garantiesystem (Nuovo Sistema di Garanzia – NSG), ein Instrument, das durch das Ministerialdekret vom 12. März 2019 eingeführt wurde, um die Gesundheitsversorgung zu überwachen und die Erbringung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) durch die italienischen Regionen zu überprüfen. Es ist seit dem 1. Januar 2020 in Kraft.

Nachfolgend sind einige Indikatoren aufgeführt, die von der Südtiroler Sanitätsbetrieb überwacht werden:

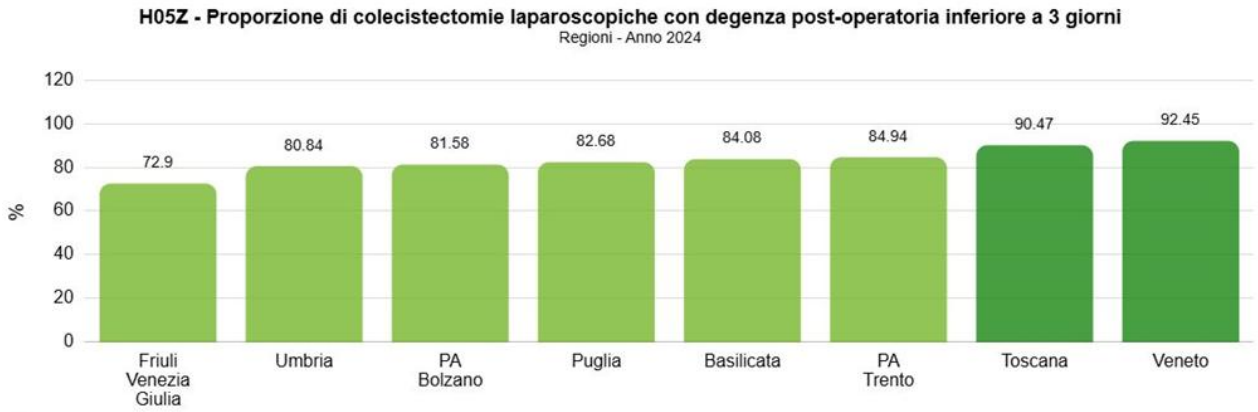
Laparoskopische Cholezystektomie: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit einem postoperativen Aufenthalt von weniger als 3 Tagen

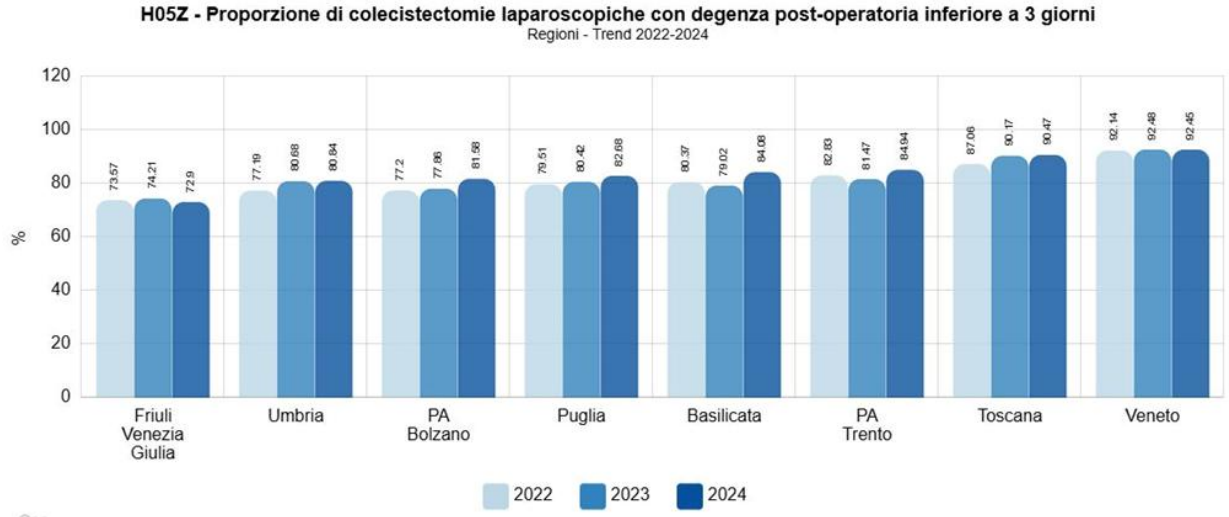
Der Anteil der Hospitalisierungen mit einem postoperativen Aufenthalt von weniger als 3 Tagen, nimmt kontinuierlich zu:

Krankenhaus	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Krankenhaus Bozen	62,30	72,22	68,10	73,48	76,81
Krankenhaus Meran	61,45	69,70	70,53	70,71	83,50
Krankenhaus Brixen	70,45	81,67	77,61	80,28	84,21
Krankenhaus Bruneck	80,28	88,16	86,05	80,19	83,02
Krankenhaus Sterzing	80,00	83,67	94,29	83,33	78,57
Krankenhaus Innichen	85,71	77,78	80,00	50,00	100,00
Krankenhaus Schlanders	47,92	71,11	82,81	87,14	96,00
Totale	**66,00**	**76,56**	**77,35**	**77,71**	**82,74**

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge





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

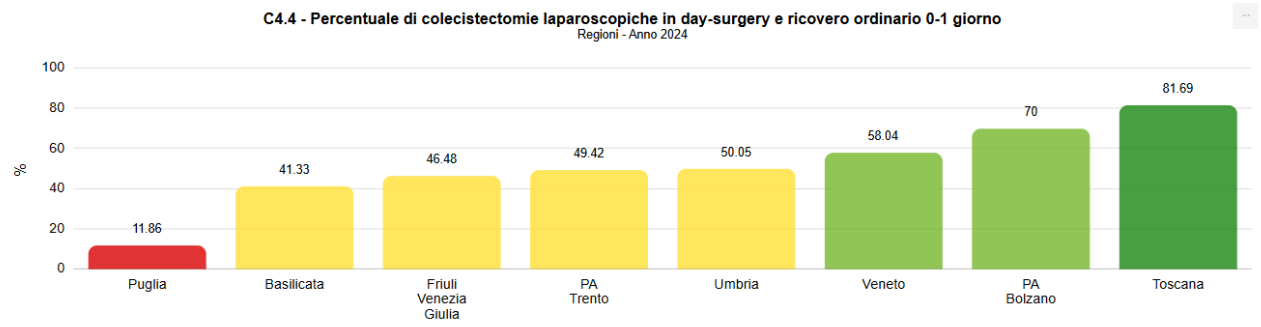
Prozentsatz Laparoskopische Cholezystektomien in der Tageschirurgie und im normalen Krankenhausaufenthalt 0–1 Tag

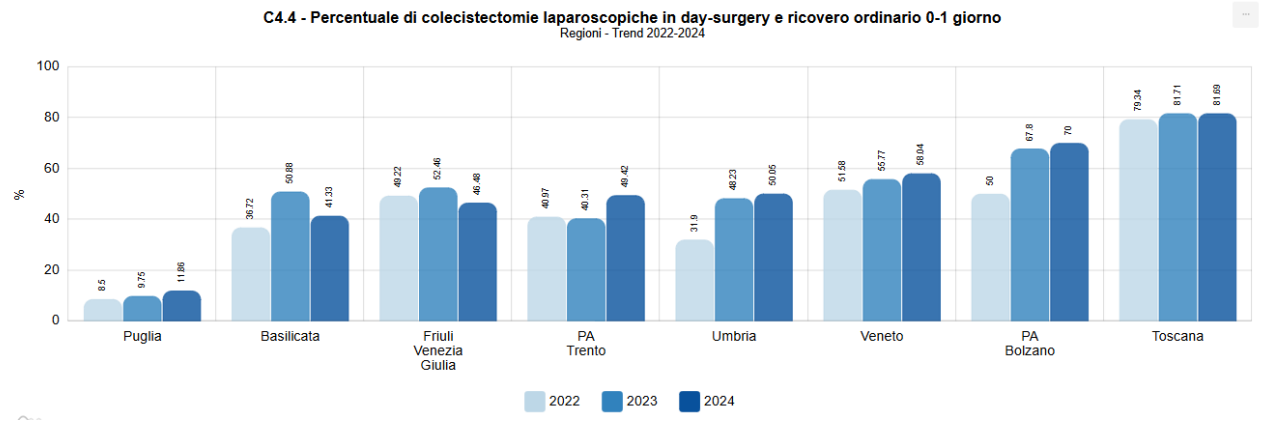
Die Autonome Provinz Bozen weist eine überdurchschnittliche Performance beim Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien in der Tageschirurgie und bei gewöhnlichen Krankenhausaufenthalten von 0 bis 1 Tagen auf, der im Vergleich zur Vorperiode (2023) leicht zunimmt.

Krankenhaus	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Krankenhaus Bozen	38,46	74,07	46,81	57,14	74,53
Krankenhaus Meran	27,50	72,73	89,13	92,86	87,27
Krankenhaus Brixen	65,52	84,62	71,74	70,69	66,67
Krankenhaus Bruneck	74,29	72,73	72,73	79,10	72,73
Krankenhaus Sterzing	5,56	9,52	18,75	31,82	25,00
Krankenhaus Innichen	66,67	62,50	75,00	50,00	100,00
Krankenhaus Schlanders	2,63		4,92	60,94	69,12
Totale	**37,70**	**54,79**	**50,86**	**67,58**	**70,76**

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge





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

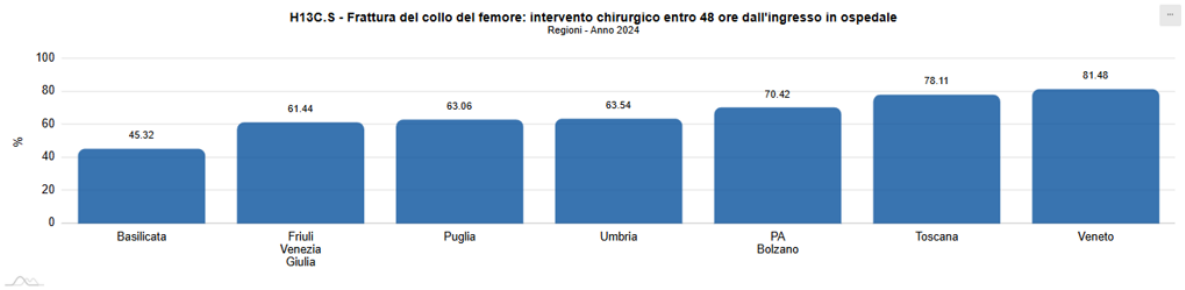
Schenkelhalsfraktur: Operation innerhalb von 48 Stunden nach Einlieferung in die Klinik

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

Krankenhaus	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Krankenhaus Bozen	70,03	74,46	79,42	75,50	88,72
Krankenhaus Meran	77,93	86,41	87,20	83,19	77,18
Krankenhaus Brixen	93,51	92,42	93,29	84,56	82,24
Krankenhaus Bruneck	89,86	84,27	86,03	89,12	86,71
Krankenhaus Sterzing	100,00	100,00	96,77	100,00	97,37
Krankenhaus Innichen	89,29	92,86	95,92	94,55	92,73
Krankenhaus Schlanders	80,65	96,88	95,45	81,82	87,50
Totale	**81,07**	**83,49**	**86,03**	**82,57**	**85,38**

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



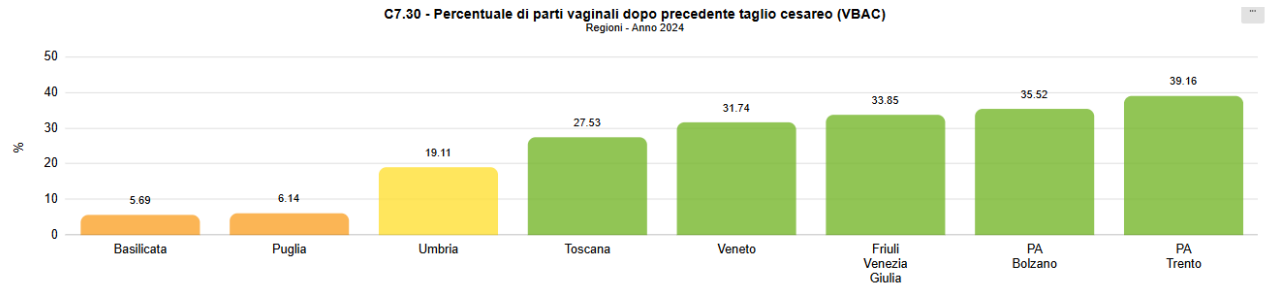
Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant'Anna Pisa

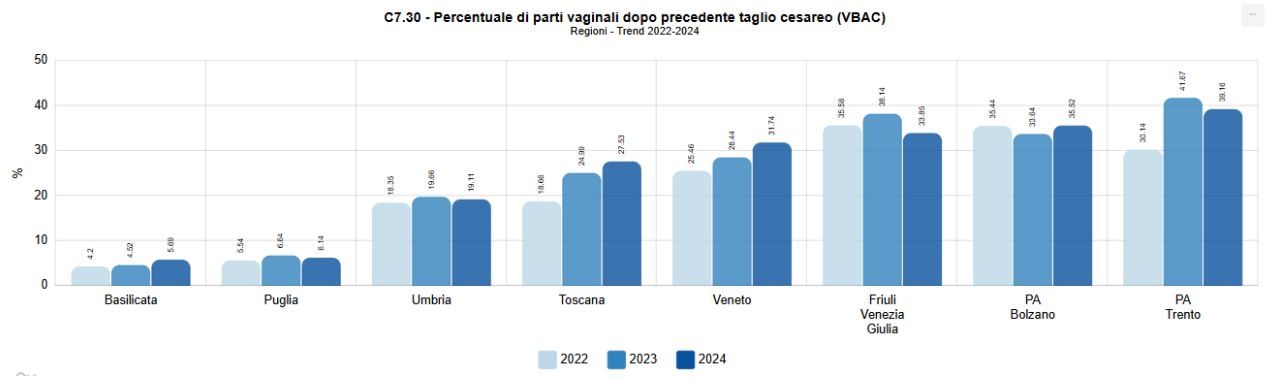
Anzahl vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt

Geburtsabteilung	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	232	195	202	215	190
Meran	160	172	141	159	149
Brixen	140	171	141	135	122
Bruneck	111	94	107	100	90
Schlanders	63	55	52	43	35
Zu Hause	2			2	2
Totale	**708**	**687**	**643**	**654**	**588**

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

Der Anteil vaginaler Geburten bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt ist im Vergleich zur Vorperiode (2023) leicht angestiegen und der Südtiroler Sanitätsbetrieb gehört in dieser Hinsicht italienweit zu den Spitzenreitern.





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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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
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
Schenkelhalsbruch: Mortalität nach 1 Jahr	592	5,24	4,88	1,04

Quelle: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Ausgabe 2024

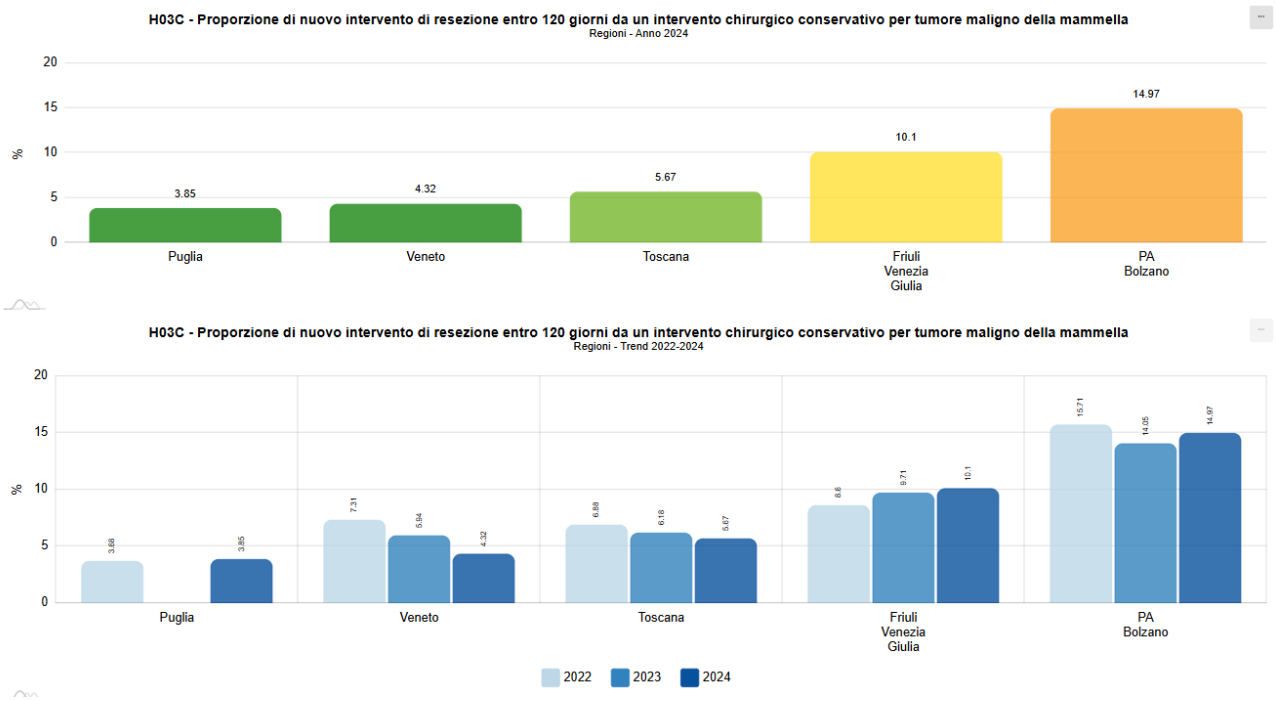
Nb. Es wurden nur statistisch signifikante Indikatoren berücksichtigt (p-Wert kleiner/gleich 0,05) und sie müssen zusammen mit dem rohen und angepassten % (adj %) des relativen Risikos (RR) interpretiert werden, das die Beziehung zwischen zwei Raten/ Proportionen oder der Überschuss oder Mangel an Risiko für diesen Indikator im Vergleich zum nationalen Durchschnitt darstellt. 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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 besser positionieren. Das Ergebnis ist im Vergleich zur Vorperiode (2023) nahezu unverändert.



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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**
Ischämischer Schlaganfall: mortalität nach 30 Tagen	494	7,09	6,91	0,75
Laparoskopische Cholezystektomie mit ordentlichem Aufenthalt: Komplikationen nach 30 Tagen	736	5,03	4,14	2,19
Anteil der Rekonstruktionsoperationen an der Brust oder der Einsetzung von Expandern an der Index-Krankenhauseinweisung wegen Abbruchchirurgie bei invasivem Brustkrebs	67	53.73	58,42	0,83
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 bei malignem Brustkrebs – mit neuen Variablen	314	14,93	14,29	3,09
Vaginale Geburt: Nachfolgende Krankenhausaufenthalte im Wochenbett	5.957	0,79	0,77	1,27
Kniearthroskopie: Nachoperation innerhalb von 6 Monaten	2.124	1,60	1,60	1,89
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 im Jahr 2024 berücksichtigt (p-Wert kleiner/gleich 0,05) und sie müssen zusammen mit dem rohen und angepassten % (adj %) des relativen Risikos (RR) interpretiert werden, das die Beziehung zwischen zwei Raten/ Proportionen oder der Überschuss oder Mangel an Risiko für diesen Indikator im Vergleich zum nationalen Durchschnitt. 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 italienichen Durchschnitt die gleiche Eintrittswahrscheinlichkeit
- Relatives Risiko (RR) > 1: Das Eintreten des Ereignisses ist wahrscheinlicher

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.3 Korruptionsrisiken und Transparenz

Der vorliegende Abschnitt zur Zusammenfassung der Antikorruptionsmaßnahmen wurde in Übereinstimmung mit der Checkliste der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) (Sitzung vom 23.07.2025) erstellt. Dabei wird die Darstellungsklarheit, die logische und systematische Kohärenz, das Vorhandensein präziser Indikatoren und Zielvorgaben, die Einbindung der Stakeholder sowie die Öffnung zur öffentlichen Konsultation gewährleistet.

Die Daten zu den Korruptionsrisiken sind mit Stand Oktober 2025 aktualisiert.

2.3.1 Prävention der Korruption

Ziele von öffentlichem Wert und Umsetzung in der Antikorruptionsstrategie

Das bereits in Abschnitt 2.1 erläuterte Konzept des öffentlichen Werts ist Leitlinie für die Antikorruptions- und Transparenzstrategie des Südtiroler Sanitätsbetriebes, die sich auf die folgenden vier Makroziele stützt:

- **Rechtmäßigkeit**
  Diese wird durch die Erfassung und Überwachung von Korruptionsrisiken, die Regulierung von Vergabeverfahren, den Umgang mit Interessenkonflikten, die Rotation des Personals in Risikobereichen, soweit dies operativ möglich ist, obligatorische Schulungen und die Zusammenarbeit zwischen Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.), UBO und den Ansprechpartnern der einzelnen Bereiche verfolgt. Präventions- und Kontrollmaßnahmen, einschließlich mehrstufiger Bilanzzertifizierungs-Systeme und Audits, gewährleisten die Einhaltung der Vorschriften und die administrative Korrektheit.
- **Transparenz**
  Dies wird durch die systematische Veröffentlichung von Daten im Abschnitt „Transparente Verwaltung", die öffentliche Konsultation der Interessengruppen, die Digitalisierung von Verfahren, die Rückverfolgbarkeit von Entscheidungen, die Berichterstattung über Sponsoring und Spenden (Beschluss Nr. 55/2021), die transparente Verwaltung von Wartelisten und freiberuflichen Tätigkeiten sowie die Förderung sicherer Kanäle für Whistleblowing umgesetzt. Klare Indikatoren und regelmäßige Audits gewährleisten die Sichtbarkeit und Überprüfbarkeit der Betriebsmaßnahmen.
- **Integrität**
  Sie wird verwirklicht durch die Aktualisierung des Verhaltenskodex (Beschluss Nr. 112/2025) und dessen Integration in die Schulungsprogramme, die Durchführung regelmäßiger Kurse und Online-Module, die aktive Förderung einer Kultur der Meldung und der individuellen Verantwortung, die Aufnahme von Antikorruptionskriterien in die Leistungsbewertungssysteme, die Anwendung geregelter Verfahren für Sponsoring und Spenden, vorbeugende Behandlung von Interessenkonflikten und die direkte Einbeziehung der Mitarbeiter in die Erfassung und Überwachung von Risiken.
- **Vertrauen der Bürger in die Institutionen**
  Sie wird durch die Qualität und Gerechtigkeit der erbrachten Dienstleistungen, die Transparenz der Verfahren, die Beteiligung der Öffentlichkeit, die Berichterstattung über die Ergebnisse und die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse gestärkt. Die Akkreditierung für Exzellenz, die transparente Verwaltung von Spenden, der Schutz der Rechte der Nutzer, die informatische Sicherheit und der Schutz personenbezogener Daten tragen zusätzlich dazu bei, das Vertrauen in das öffentliche Gesundheitssystem zu stärken.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Zu den konkreten Maßnahmen gehört die 2025 begonnene Einrichtung eines Bereichs in einfacher Sprache auf der Betriebshomepage, der die Website für alle Bürgerinnen und Bürger, einschließlich derjenigen mit kognitiven oder sprachlichen Benachteiligungen, zugänglicher und benutzerfreundlicher machen soll. Diese Initiative zielt darauf ab, die Nähe und das Vertrauen der Bevölkerung gegenüber dem Gesundheitsbetriebs zu fördern.

Korruptionsprävention und Transparenz

Der Südtiroler Gesundheitsbetrieb, der in einem autonomen und mehrsprachigen Umfeld tätig ist, erkennt die Korruptionsprävention und die Förderung der Transparenz als wesentliche Elemente an, um die Integrität der Verwaltungstätigkeit und das Vertrauen der Bürger unter Einhaltung der nationalen und landesweiten Vorschriften zu gewährleisten.

Der Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DPKPT), der Teil des ITOP 2026–2028 ist, wird vom Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.) und vom Transparenzbeauftragter (T.B.) unter Einbindung der Betriebsreferenten und mit Zustimmung des Generaldirektors ausgearbeitet. Die Betriebsreferenten legen den Plan in Übereinstimmung mit dem Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) und den Richtlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) fest.

Im Plan sind definiert:

- die Personen:

es werden die an der Prävention beteiligten Personen mit ihren jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten angegeben (der Antikorruptionsbeauftragte, die Führungskräfte, die Mitarbeiter, die Referenten);

  - Risikobereiche;
  - Angabe der Methodik zur Durchführung der Risikobewertung;
  - Bekämpfungs- und Präventionsmaßnahmen;
  - Planung und Vorhersage von Schulungszyklen und Festlegung der Zielgruppen;
  - Verabschiedung von Ergänzungen zum Verhaltenskodex für öffentliche Bedienstete;
  - Zeitplan und Modalitäten für die Umstrukturierung der Betriebsstruktur.

Der Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) koordiniert gemeinsam mit den Betriebsreferenten die Analyse des externen (Territorium) und internen (Organisation) Kontexts, um Korruptionsrisiken zu identifizieren und zu bewerten. Der Plan berücksichtigt die durch den Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) 2025 und die Richtlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) eingeführten gesetzlichen Neuerungen und aktualisiert die Betriebsverfahren.

Aktualisierung zu den Neuerungen des Nationalen Antikorruptionsplans 2025 und Integration in den ITOP

Im Jahr 2025 führte der Nationale Antikorruptionsplan (NAKP) eine neue Strategie mit strategischen Leitlinien, Jahreszielen, Maßnahmen, Indikatoren und Zielvorgaben ein, um die Planung und Überwachung der Integritätspolitik zu stärken. Der Nationale Antikorruptionsplan (NAKP) gliedert sich in einen allgemeinen Teil (operative Leitlinien für den ITOP) und einen speziellen Teil zu öffentlichen Aufträgen, Unvereinbarkeit/Inkompatibilität und Transparenz.

Der ITOP 2026–2028 des Südtiroler Sanitätsbetriebs übernimmt diese Neuerungen schrittweise, aktualisiert die Risikokartierung und die Überprüfungsverfahren und stärkt die Digitalisierung und

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Rückverfolgbarkeit bei öffentlichen Aufträgen. Es wurden neue Leistungsindikatoren eingeführt, die Überwachungsmaßnahmen verbessert und die Schulungen zu Korruptionsbekämpfung und Transparenz verstärkt.
Der Plan enthält einen Abschnitt, der der öffentlichen Konsultation und der Aktualisierung der Transparenzverfahren gewidmet ist, mit dem Ziel, die Kultur der Integrität und Legalität im Einklang mit nationalen und internationalen Standards zu festigen. Der Betrieb verpflichtet sich, seine Verfahren entsprechend den gesetzlichen Entwicklungen und den Vorgaben der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) regelmäßig zu überwachen und zu aktualisieren.

Modalitäten der öffentlichen Konsultation und Beteiligung der Interessengruppen
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb betrachtet die öffentliche Konsultation und die Einbeziehung der Interessengruppen als grundlegend für die Gewährleistung von Transparenz und Qualität bei den Strategien zur Korruptionsprävention. In Übereinstimmung mit dem von der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) für den Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) 2025 eingeleiteten nationalen Prozess sieht der Dreijahresplan klare und umsetzbare Modalitäten für die öffentliche Einsichtnahme vor.

Angewandte Modalitäten
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb garantiert:

- einen Tag für Stakeholder zu den Themen Transparenz, Korruptionsprävention, Leistung und Datenschutz;
- die Konsultation des Entwurfs des Abschnitts über Korruptionsbekämpfung und Transparenz;
- die Möglichkeit, Kommentare an den Antikorruptionsbeauftragten (AKB) und an den Transparenzbeauftragten (TB) per institutioneller E-Mail zu senden.

Die öffentliche Bekanntmachung legt die Bedingungen und Modalitäten für die Teilnahme fest und gewährleistet Zugänglichkeit und Gleichbehandlung.

Verwaltung der Beiträge
Die eingegangenen Beiträge werden vom Antikorruptionsbeauftragten (AKB) und vom Transparenzbeauftragten (TB) im Hinblick auf eine mögliche Aufnahme in den Plan geprüft. Bei wesentlichen Änderungen wird ein zusammenfassender Bericht mit den Bemerkungen und Bewertungen veröffentlicht. Die öffentliche Konsultation, sowohl am dafür vorgesehenen Tag als auch in der Phase der Beitragssammlung, ist ein konkretes Instrument, um Transparenz, die gemeinsame Nutzung strategischer Entscheidungen und die kontinuierliche Verbesserung des Korruptionspräventionssystems zu gewährleisten.
Die Analyse der Korruptionsrisiken berücksichtigte:

- die organisatorische Komplexität in den vier Bezirken;
- die zweisprachige Abwicklung der Verfahren;
- die Interaktion mit öffentlichen und privaten Einrichtungen;
- die Daten von ASTAT und sozioökonomische Indikatoren, die ein allgemein weniger korruptionsförderndes Umfeld zeigen.

Laut den Daten des Landes und des Staates weist Südtirol eine unter dem Staatsdurchschnitt liegende Rate an angezeigten Straftaten auf. Auch Proxy-Indikatoren (Beschäftigung, Insolvenzen, Schulbildung, Geburtenrate) bestätigen ein weniger risikobehaftetes Umfeld.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die interne Analyse berücksichtigte die organisatorische Komplexität, die zweisprachige Verwaltung und die Beziehungen zu Behörden. Die Kartierung der Entscheidungsprozesse in den Risikobereichen ist die wichtigste Präventionsmaßnahme, die gemäß dem Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) und den lokalen Besonderheiten durchgeführt wird. Die Überwachung überprüft die Wirksamkeit der Maßnahmen und ermöglicht deren Aktualisierung.

Im Jahr 2025 hat der Betrieb die Kartierung unter Einbeziehung von Branchenvertretern und unter Verwendung folgender Instrumente aktualisiert:

- anonyme zweisprachige Fragebögen;
- Sensibilisierungsveranstaltungen;
- Analyse der fördernden Faktoren.

Alle Verantwortlichen haben zur Verarbeitung der Daten für die Kartierung und Überwachung beigetragen.

Erhebung zur Wahrnehmung von Korruption und operative Empfehlungen

Operative Empfehlungen

Vorgeschlagene Verbesserungsmaßnahmen:

- Stärkung der internen Kommunikation zu Antikorruptionsmaßnahmen durch Informationskampagnen und diversifizierte Kanäle.
- Ausbau gezielter Schulungen zu den Themen Korruptionsbekämpfung, Whistleblowing und Pantouflage, auch für neue Mitarbeiter.
- Förderung einer Kultur des Vertrauens und der Transparenz durch die Würdigung korrekt bearbeiteter Meldungen und die Einbeziehung der Führungskräfte.
- Überwachung und Verbesserung der Meldekanäle durch Sammlung anonymisierter Rückmeldungen zu wahrgenommenen Hindernissen.
- Anpassung der Kommunikation an die verschiedenen Berufsprofile, auch mit visuellen Mitteln.

Neue Bögen der Risikokartierung

Eine absolute Neuheit, die 2025 eingeführt wurde, ist die strukturelle Neugestaltung der Risikokartierung, die einen Qualitätssprung im Präventionssystem bedeutete.

Die neuen Bögen wurden entwickelt, um:

- die Klarheit, Verständlichkeit und operative Nutzbarkeit zu verbessern;
- eine direktere und transparentere Verbindung zwischen den Risikoprozessen, den bereits ergriffenen und den geplanten Gegenmaßnahmen herzustellen.

Jeder Bogen enthält nun:

- spezifische Präventionsziele, die auf den operativen Kontext abgestimmt sind;
- messbare Indikatoren sowohl für die Bewertung des Risikoniveaus als auch für die Überwachung des Grades der Zielerreichung.

Diese methodische Neuerung ermöglicht es dem Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.), die strategische Risikoüberwachung zu verbessern, wodurch die Überwachung effektiver und die Korrekturmaßnahmen gezielter werden. Insbesondere ermöglicht das Vorhandensein von Indikatoren den Übergang von einer beschreibenden zu einer bewertenden Logik, wodurch die Integration zwischen Korruptionsprävention und Leistungsmessung gefördert wird.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Im Rahmen des Dreijahresplans 2026–2028 wird dr Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) folgende Maßnahmen ergreifen:

- Aktualisierung der Analyse- und Berichterstattungsmethoden;
- Integration der Indikatoren in die Überwachungszyklen;
- Stärkung der Zusammenarbeit mit dem UBO und den Referten des Bereichs, um die Kohärenz zwischen den Zielen der Korruptionsbekämpfung und den Managementzielen zu gewährleisten.

Die Bewertung des Korruptionsrisikos erfolgte wie in den Vorjahren anhand einer qualitativen Skala (niedrig–mittel–hoch) in Übereinstimmung mit den methodischen Vorgaben der nationalen Antikorruptionspläne 2019 und 2022. Dieser Ansatz ermöglicht eine im Zeitverlauf vergleichbare Auswertung, wobei schrittweise strukturiertere Analyseelemente und Leistungsindikatoren integriert werden, die mit der neuen Formulierung der Datenblätter eingeführt wurden.
Was den internen Kontext betrifft, so wurde der Plan 2026–2028 unter Berücksichtigung der Kartierung der im Laufe des Jahres 2025 überwachten Entscheidungsprozesse erstellt, wie in den Anhängen 2.3.1.1 „Beschreibender Teil der Korruptionsprävention und Transparenz" und 2.3.1.2 „Modellierung der Entscheidungsprozesse und Risikoanalyse" dargelegt.

Die in Anhang I des Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) 2019 identifizierten Risikobereiche wurden schematisch und tabellarisch neu formuliert, wobei die bereits in den vorherigen Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) und den Leitlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) enthaltenen Bestimmungen berücksichtigt wurden. Das Ergebnis ist, soweit es in die Zuständigkeit des Südtiroler Sanitätsbetriebs fällt, eine Tabelle, die zwischen allgemeinen Risikobereichen (die allen öffentlichen Verwaltungen gemeinsam sind) und spezifischen Bereichen des Gesundheitswesens unterscheidet.
Weitere Informationen und die vollständigen Dokumente finden sie im Abschnitt „Korruptionsprävention" auf der Website des Betriebs, wo der ITOP und die entsprechenden Anhänge veröffentlicht sind und kostenlos heruntergeladen werden können:
https://home.sabes.it/de/transparenteverwaltung/korruption.asp.

Für die Kartierung der Bereiche wurden bei der Risikoanalyse folgende Elemente berücksichtigt:

- Identifizierung des Entscheidungsprozesses – und etwaiger Teilschritte –, die als risikobehaftet gelten, da sie unter einen der gesetzlich festgelegten oder faktischen „Korruptionsrisikobereiche" fallen;
- in Bezug auf die einzelnen Entscheidungsprozesse Bewertung des Korruptionsrisikos durch dessen Identifizierung, Analyse und Gewichtung;
- Beschreibung der begünstigenden Faktoren: d. h. der Faktoren unterschiedlicher Art, die die Umsetzung risikobehafteter Verhaltensweisen ermöglichen oder begünstigen;
- Identifizierung, Analyse und Einführung von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf den einzelnen Prozess.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Kartierung und Überwachung der Entscheidungsprozesse Anfang Dezember 2025 abgeschlossen wurden und das Ergebnis dieser Tätigkeit in der Kartierung der Risikobereiche im oben genannten Anhang enthalten ist.
Für das Jahr 2025 wird die Kartierung der bereits identifizierten Tätigkeiten bestätigt, die im Folgenden detailliert dargestellt werden:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

1. Maßnahmen zur Erweiterung des Rechtsbereichs der Adressaten (ohne oder mit direkter und unmittelbarer wirtschaftlicher Auswirkung)
2. Öffentliche Aufträge
3. Personalbeschaffung und -verwaltung
4. Verwaltung von Einnahmen, Ausgaben und Vermögen
5. Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen und Sanktionen
6. Aufträge und Ernennungen
7. Rechtsangelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten
8. Freiberufliche Tätigkeiten
9. Wartelisten
10. Pharmazeutika, Geräte und andere Technologien: Forschung, Versuche und Sponsoring
11. Maßnahmen nach einem Todesfall im Krankenhaus
12. Arbeitsmedizinischer Dienst
13. Sportmedizinischer Dienst
14. Betriebsveterinärdienst
15. Dienst für Suchterkrankungen
16. Dienst für Unterkünfte und Kindertagesstätten
17. Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit
18. Betrieblicher Dienst für Lebensmittelhygiene und Ernährung
19. Abteilung Technik und Vermögen
20. Abteilung Medizintechnik
21. Abteilung Informatik
22. Umweltmedizin
23. Mykologische Aufsichtsbehörde
24. Logistik
25. Internal Auditing

Im Jahr 2025 wurde im Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz eine Ausweitung der Risikokartierung gegenüber dem Vorjahr verzeichnet.
Dieses Ergebnis ergibt sich aus:

- einer Weiterentwicklung der Organisationsstruktur, die eine Aktualisierung und Vertiefung der zu überwachenden Prozesse erforderlich machte;
- einer engeren Zusammenarbeit zwischen dem Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) und den Referenten, die eine umfassendere und bewusstere Erfassung der Risikobereiche ermöglichte.

Die Ausweitung der Risikokartierung spiegelt nicht eine Zunahme von Korruptionsphänomenen wider, sondern eine verbesserte Analyse- und Präventionsfähigkeit im Einklang mit den Zielen der kontinuierlichen Verbesserung des Präventionssystems.
Als Bereiche mit dem höchsten Risiko wurden identifiziert:

- **Öffentliche Aufträge und Gesundheitsversorgung**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Prozesse mit hohem Korruptionsrisiko aufgrund ihrer wirtschaftlichen Bedeutung, der Ermessensfreiheit bei Entscheidungen und der häufigen Interaktion mit externen Akteuren. Besondere Aufmerksamkeit muss der Nachvollziehbarkeit der Verfahren und der Rotation der Aufgaben gewidmet werden, die wesentliche Maßnahmen zur Risikominderung darstellen.

- **Personalmanagement**

  Umfasst Auswahlverfahren, Führungsaufgaben und interne Mobilität. Das Risiko hängt mit möglicher Begünstigung, Interessenkonflikten und mangelnder Transparenz bei der Auswahl und Karriereentwicklung zusammen.

- **Verwaltung von Immobilien und Betriebsmitteln**

  Umfasst Miet- und Wartungsverträge, Veräußerungen und Käufe. Das Risiko hängt mit der Bewertung der Vermögenswerte, der Auswahl der Lieferanten und der Vermögensverwaltung zusammen, mit potenziellen kritischen Punkten in Bezug auf Transparenz und Kontrolle.

- **Beziehungen zu externen Parteien**

  Wie Stiftungen, Verbände und Sponsoren. Diese Beziehungen können zu Interessenkonflikten, mangelnder Transparenz oder ungerechtfertigten Vorteilen führen, insbesondere wenn klare Regeln und wirksame Kontrollen fehlen.

- **Freiberufliche Tätigkeit innerhalb der Einrichtung**

  Dies umfasst heikle wirtschaftliche und organisatorische Aspekte wie Terminverwaltung, Rechnungslegung und Vereinbarkeit mit der institutionellen Tätigkeit. Dieser Bereich erfordert besondere Aufmerksamkeit, um Missbrauch oder Verzerrungen zu vermeiden.

- **Wartelisten, Pharmazie, Arbeitsmedizin und territoriale Dienstleistungen**

  Sektoren mit hoher sozialer und gesundheitlicher Sensibilität, in denen die Verwaltung von Prioritäten, Verschreibungen und Ressourcen zu Risiken wie Begünstigungen, Druck von außen oder Missbrauch führen kann.

- **Digitalisierung klinisch-administrativer Prozesse**

  Die Einführung digitaler Systeme birgt Risiken in Bezug auf die Datensicherheit, die Transparenz automatisierter Entscheidungen und die Verwaltung von Berechtigungen. Die Rückverfolgbarkeit und der Schutz von Informationen müssen unbedingt gewährleistet sein.

  Alle Inhalte im Zusammenhang mit der Erfassung von Prozessen mit Korruptionsrisiko, der Analyse, Bewertung und Behandlung von Risiken sowie der Planung allgemeiner Maßnahmen und der Tabelle der Veröffentlichungspflichten sind in einem einzigen, leicht einsehbaren Anhang mit einem navigierbaren Index zusammengefasst.

Getroffene Präventionsmaßnahmen

Transparenz und Bürgerzugang

Der Betrieb zielt darauf ab, organisatorische und verfahrenstechnische Maßnahmen im Einklang mit dem Nationalen Antikorruptionsplan und den Richtlinien der Provinz schrittweise zu verstärken und dabei einen integrierten und nachhaltigen Ansatz zur Risikoprävention zu verfolgen. Einige Maßnahmen sind bereits in

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Kraft, während andere noch in der Definitionsphase oder in der ersten Anwendungsphase sind. Zu den wichtigsten Maßnahmen gehören:

- die Rotation des Personals in Risikobereichen, soweit dies mit den erforderlichen beruflichen Spezialisierungen und Sprachkenntnissen vereinbar ist;
- die Digitalisierung von Verfahren und die Rückverfolgbarkeit von Entscheidungen, auch durch das betriebsinterne Beschlussfassungssystem;
- die Entwicklung interner Kontrollen und regelmäßiger Audits mit Unterstützung der Innenrevision;
- die obligatorische Schulung in den Bereichen öffentliche Ethik, Transparenz und Korruptionsprävention, die in italienischer und deutscher Sprache auch über eine E-Learning-Plattform angeboten wird;
- die Aktualisierung des Verhaltenskodexes des Betriebs und die Einführung spezifischer Vorschriften (Whistleblowing, Spenden);
- die Einführung von Instrumenten zum Umgang mit Interessenkonflikten, Unübertragbarkeiten und Unvereinbarkeiten.
- Der Betrieb gewährleistet die Veröffentlichung der im Gesetzesdekret 33/2013 vorgesehenen Daten im Abschnitt „Transparente Verwaltung" der institutionellen Website, der in italienischer und deutscher Sprache verfügbar ist. Es gibt eine Stelle für die Bearbeitung von Anträgen auf einfachen und allgemeinen Zugang zu Verwaltungsinformationen, die auch eventuelle kritische Punkte überwacht.

Überwachung und Aktualisierung

Der Verantwortliche für Korruptionsprävention überwacht jährlich die Umsetzung der im Plan vorgesehenen Maßnahmen mit Unterstützung der Referenten der Gesundheitsbezirke, um die tatsächliche Umsetzung und die Übereinstimmung mit den Präventionszielen zu überprüfen. Zu den Aktivitäten gehören die Erstellung der Plattform der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC), die Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Bewertungsorgan zur Angleichung der Ziele der Korruptionsbekämpfung und der Leistungsziele sowie Stichprobenkontrollen in sensiblen Bereichen (Pantouflage, außerinstitutionelle Aufgaben, Ausschreibungskommissionen, Unvereinbarkeit und Inkompatibilität).

Im Jahr 2025 wurde die Überwachung durch die Einführung eines neuen zweisprachigen Kontrollbogens verstärkt, der Ziele, Indikatoren und Gegenmaßnahmen integriert. Es wurden 320 Bögen gesammelt und 25 Gespräche mit den Bereichsbeauftragten geführt, was den partizipativen und transparenten Ansatz bestätigt.

Für 2026 wird sich die Überwachung auf außerinstitutionelle Aufgaben, Prüfungskommissionen und Interessenkonflikte, Unvereinbarkeit und Inkompatibilität, im Plan erfasste risikoreiche Prozesse, Kontrollen inkompatibler Tätigkeiten und Integritätsvereinbarungen konzentrieren. Der Betrieb hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingerichtet, die vom Leiter der Abteilung Controlling und vom Verantwortlichen für Korruptionsprävention koordiniert wird, um eine integrierte Überwachung und Gesamtbewertung der Antikorruptionsstrategie zu gewährleisten und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen zu fördern.

Interne Kontrollen

Das Modell des Zertifizierungsprozesses (Percorso Attuativo di Certificabilità, PAC) gewährleistet die Ordnungsmäßigkeit der Verwaltung, Buchhaltung und Geschäftsführung durch:

- Kontrollen der ersten Ebene: Verantwortliche der Verfahren, die in die Prozesse integriert sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Zweite Ebene: Fachfunktionen (Korruptionsbekämpfung, Geldwäschebekämpfung, Risikomanagement, Sicherheit, Datenschutzbeauftragter, Allgemeine Angelegenheiten) für die Ausrichtung und Überwachung.
- Kontrollen der dritten Ebene: unabhängige interne Revision zur Absicherung der Betriebsleitung und Funktion für Akkreditierung und Qualität im klinischen Bereich.

Im Jahr 2025 hat die interne Revision die folgenden risikoreichen Prozesse überprüft: Rückstellungen für Risiken und Aufwendungen, Berechnung der Abfertigungen, Finanzwesen, Einkäufe über dem EU-Schwellenwert. Es wurden Verbesserungsbereiche mit Korrekturmaßnahmen identifiziert, die 2026 überwacht werden sollen.
Der Auditplan 2026-2028 sieht vor: Überprüfungen der informatischen Sicherheit, der Geschäftskontinuität, der direkten Kreditvergabe, des Bedarfsmanagements, der Vereinbarungen mit akkreditierten Privatpersonen und der ambulanten Leistungen.
Der Plan zur Bekämpfung der Geldwäsche für 2026 sieht hingegen folgende Aktivitäten vor: Betriebsbewertung, Überprüfung anhand von Indikatoren der Einheit für Finanzinformationen (UIF), spezielle Vorschriften, interner Kanal für verdächtige Transaktionen.

Bilanzzertifizierungsverfahren

Im Jahr 2025 hat der Gesundheitsbetrieb 17 Zertifizierungsverfahren unter Berücksichtigung der Betriebsumstrukturierung (neues Organigramm), der bei den Audits festgestellten Mängel und der betrieblichen Erfordernisse aktualisiert und neu beschlossen. Diese Verfahren, die bereits vom Generaldirektor genehmigt wurden, stärken die Kohärenz zwischen Prozessen und Verantwortlichkeiten. Darüber hinaus befinden sich vier weitere Verfahren in der Genehmigungsphase durch die Finanzabteilung, und weitere Verfahren (z. B. zu Anlagevermögen) werden derzeit ausgearbeitet und werden über Archiflow zur Beschlussfassung vorgelegt.
Die Zertifizierungsverfahren bilden auch die organisatorische und regulatorische Grundlage für die Kontroll- und Berichterstattungsaktivitäten im Zusammenhang mit dem Nationalen Plan für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR).

Rolle des Unabhängigen Bewertungsorgan (UBO) im ITOP: Integration von Leistung und Korruptionsprävention

In ihrem Beschluss Nr. 7 vom 17.1.2023 beschreibt die Nationale Antikorruptionsbehörde (ANAC) die Zusammenarbeit zwischen Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten (AKTB) und UBO für eine bessere Integration zwischen dem Bereich Korruptionsbekämpfung und Transparenz und dem Bereich Leistung des PIAO. Zu diesem Zweck überprüft das UBO gemäß den Aufgaben und Zuständigkeiten, die ihr von der Autonomen Provinz Bozen mit dem Dekret des Landeshauptmanns Nr. 43 vom 20. November 2020 „Durchführungsbestimmungen für das Unabhängige Bewertungsorgan und das technische Kollegium, die beim Südtiroler Sanitätsbetrieb eingerichtet wurden" übertragen wurden:

- die Kohärenz zwischen den Zielen der Korruptionsbekämpfung und der Transparenz, die im Abschnitt zur Korruptionsbekämpfung und im Abschnitt zur Performance des ITOP enthalten sind, wobei auch die Angemessenheit der entsprechenden Indikatoren bewertet wird;
- dass bei der Messung und Bewertung der Leistung die Ziele der Korruptionsprävention und der Transparenz berücksichtigt werden;
- die eingegangenen Meldungen über etwaige Mängel bei der Umsetzung der Maßnahmen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Inhalte des Jahresberichts des Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten (AKTB) und deren Kohärenz in Bezug auf die strategischen Ziele der Korruptionsprävention und Transparenz, die im entsprechenden Abschnitt des ITOP definiert sind, sowie auf die anderen in den anderen Abschnitten festgelegten Ziele.

Sollten sich aus der Analyse kritische Punkte und/oder Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Übereinstimmung zwischen den strategischen Zielen und den Maßnahmen zur Korruptionsprävention mit den im Bericht dargelegten Punkten ergeben, kann das UBO Abhilfemaßnahmen und Anpassungen vorschlagen, um die festgestellten kritischen Punkte in Bezug auf die Wirksamkeit und Effizienz der Präventionsstrategie zu beseitigen.

Personal

Die Personalverwaltung ist ein strategischer Bereich, in dem Korruptionsrisiken bestehen, insbesondere in Bezug auf: außerinstitutionelle Aufgaben, unvereinbare Tätigkeiten, Pantouflage, Prüfungskommissionen und Interessenkonflikte.

In der ersten Hälfte des Jahres 2025 führte der Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) spezifische Audits zu diesen Themen durch, deren Ergebnisse überwiegend positiv waren. Es wurden jedoch einige Bereiche identifiziert, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen und für die bereits Maßnahmen zur Harmonisierung der Verfahren und zur Verbesserung der administrativen Nachverfolgbarkeit eingeleitet wurden, darunter:

- die potenzielle Überschreitung der vorgesehenen Einkommensgrenzen;
- die Erteilung mehrjähriger Genehmigungen;
- Überwachung der Einheitlichkeit der Kontrollpraktiken zwischen den Bezirken;
- Gewährleistung der systematischen Übermittlung der Genehmigungen an das Anwesenheitsbüro, um die Rückverfolgbarkeit und die administrative Kontrolle sicherzustellen.

Diese Erkenntnisse werden 2026 überwacht, mit dem Ziel, die Kohärenz und Wirksamkeit des Genehmigungssystems zu stärken, auch im Lichte der durch die jüngsten Landesvorschriften eingeführten Neuerungen.

Als Ergebnis der Überprüfung wurden in jedem Fall operative Empfehlungen formuliert, darunter:

- Ausweitung der Stichprobenkontrollen;
- Einführung von Selbsterklärungen zu außerinstitutionellen Tätigkeiten;
- Einführung eines statistischen Stichprobensystems zu Kontrollzwecken.

Die Schulungen wurden durch gezielte Kurse zu den Themen Korruptionsbekämpfung, Interessenkonflikte und Transparenz für alle Mitarbeiter mit einem praktischen und partizipativen Ansatz verstärkt.

Nach Inkrafttreten des Landesgesetzes Nr. 8 vom 14. Juli 2025, mit dem Artikel 13 des Landesgesetzes Nr. 6 vom 19. Mai 2015 geändert wurde, wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2026 eine neue umfassende Regelung für die außerdienstlichen Tätigkeiten von Beschäftigten im öffentlichen Dienst eingeführt.

Die Rechtsvorschrift definiert detailliert die ohne Genehmigung zulässigen, die verbotenen und die ausnahmsweise genehmigungsfähigen Tätigkeiten und führt klarere und detailliertere Kriterien für die Bewertung der Vereinbarkeit mit dem Dienst, des Risikos von Interessenkonflikten und der Transparenz ein. Angesichts dieser Gesetzesänderungen ist es notwendig, die bereits zu diesem Thema formulierten internen Empfehlungen zu überarbeiten, um die Übereinstimmung mit dem neuen Rechtsrahmen zu gewährleisten. Infolgedessen müssen auch die Kontroll- und Überwachungstätigkeiten des Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) neu gestaltet werden. Diese Aktualisierungen werden in das

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Überwachungssystem und in die Planung der Stichprobenkontrollen aufgenommen, mit dem Ziel, die Risikokontrolle zu verstärken und die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu gewährleisten.

Freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit (FIT)

Die freiberufliche Tätigkeit innerhalb des Krankenhauses wird überwacht, um Risiken wie Interessenkonflikte, Begünstigungen und Überschneidungen mit der institutionellen Tätigkeit zu vermeiden. Der Betrieb hat ein dreistufiges Genehmigungs- und Kontrollsystem eingeführt: vorherige Genehmigung, Nachverfolgung der Tätigkeiten und Überwachung des Umfangs. Eine Unternehmensverordnung regelt die Kontrollen und Sanktionen im Falle von Verstößen. Es sind separate Zeiten und Räume, die Überwachung von Wartelisten und die Veröffentlichung von Informationen vorgesehen. Im Jahr 2025 wurde ein Projekt zur Automatisierung der Zahlungen und zur Verstärkung der internen Kontrollen von Zeitplänen, Terminkalendern und Ressourcennutzung gestartet. Die Verwaltung der Einnahmen wird geregelt, um Transparenz und Rückverfolgbarkeit zu gewährleisten. Die FIT wird kontinuierlich überwacht, um die Einhaltung der Vorschriften zu gewährleisten und die Kontrollen im Einklang mit den Vorgaben der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) und des Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) zu verstärken. Im Jahr 2025 sind 240 Ärzte für die FIT zugelassen, was insgesamt 774,25 Wochenstunden entspricht.

Präventionsmaßnahmen und Verstärkung der Kontrollen im IT-Bereich

Im Laufe des Jahres 2024 wurde die informatische Abteilung erstmals spezifischen Audits unterzogen, wobei der Schwerpunkt auf dem Umgang mit informatischen Vorfällen, den Sicherheitsmaßnahmen für Protokolle und den logischen Zugriffen lag. Die Audits lieferten nützliche Hinweise für die kontinuierliche Verstärkung der internen Kontrollen und die Formalisierung der Verfahren im Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung.

Als Reaktion auf diese Feststellungen und im Einklang mit dem Ziel, die informatische Sicherheit und die Rückverfolgbarkeit von Zugriffen zu verbessern, entwickelte der Betrieb Ende 2025 ein Verfahren für die Verwaltung von Protokollen und digitalen Identitäten, in dem Rollen, Verantwortlichkeiten und Kriterien für die Aufbewahrung, Integrität und Vertraulichkeit von Daten in Übereinstimmung mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (EU-Verordnung 2016/679) und dem Kodex für digitale Verwaltung (Gesetzesdekret 82/2005) festgelegt wurden.

Parallel dazu wurde ein Plan zur Stärkung des internen Kontrollsystems im Bereich Cybersicherheit auf den Weg gebracht, der die schrittweise Einführung fortschrittlicher technologischer Instrumente vorsieht. Einige davon wurden bereits implementiert, wie beispielsweise das Multi-Faktor-Authentifizierungssystem (MFA), während andere sich noch in der Evaluierungsphase oder in der ersten Anwendungsphase befinden. Zu den geplanten Lösungen gehören:

- Log-Management für die zentrale Erfassung und Analyse von Systemprotokollen;
- SIEM für die Echtzeitüberwachung und automatische Korrelation von Sicherheitsereignissen;
- PAM für die Verwaltung privilegierter Zugriffe (z. B. Systemadministratoren);
- MFA, bereits aktiv, zur Stärkung der Benutzerauthentifizierung durch mehrere Faktoren.

Diese Maßnahmen sind Teil eines umfassenderen Plans zur Anpassung an die Anforderungen der Richtlinie (EU) 2022/2555 (NIS2), die in Italien mit dem Gesetzesdekret 138/2024 umgesetzt wurde, und stehen im Einklang mit der Sicherheits- und Cybersicherheitsrichtlinie, die 2025 durch einen Betriebsbeschluss offiziell verabschiedet wurde. Dieses Dokument mit dem Titel „Politik und Organisationsmodell für Cybersicherheit" legt die organisatorischen, technologischen und Verfhrensstandards für den Schutz der informatischen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Systeme und Betriebsdaten fest, auch in Übereinstimmung mit dem Gesetz 90/2024 und den entsprechenden Leitlinien.
In diesem Zusammenhang hat die Verwaltungsleitung eine treibende Rolle übernommen und dem Leiter der informatischen Abteilung ein spezifisches individuelles Ziel für 2025 zugewiesen, das auf die vollständige Umsetzung der Richtlinien und Verfahren im Bereich der informatischen Sicherheit abzielt. Diese Verpflichtung wurde durch eine offizielle Mitteilung formalisiert, die auf die Verpflichtungen gemäß Gesetzesdekret 138/2024 verweist.
Zu den vorgesehenen Auflagen gehören:

- die Definition kritischer digitaler Dienste;
- die Bewertung von informatischen Risiken;
- die Einführung technischer und organisatorischer Maßnahmen (Verschlüsselung, Datensicherung, Zugriffsverwaltung, Schulungen);
- die Verwaltung und Meldung von Vorfällen;
- die Zusammenarbeit mit der Agentur für nationale Cybersicherheit (ANC);
- die Ernennung eines Verantwortlichen für die informatische Sicherheit;
- die kontinuierliche Überwachung und regelmäßige Audits;
- die Entwicklung von Plänen zur Aufrechterhaltung des Betriebs.

Für 2026 hat der Betrieb folgende strategische Prioritäten festgelegt:

- die Genehmigung und Veröffentlichung der derzeit in der Fertigstellungsphase befindlichen informatischen Verfahren;
- die Fertigstellung der Integration der internen Kontrollsysteme im informatischen Bereich;
- die Förderung spezifischer Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter der Informatik;
- die strukturierte Einführung der Funktion des Chief Information Security Officer (CISO), einer zentralen Figur für die Governance der informatischen Sicherheit, in Übereinstimmung mit der NIS2-Verordnung und den Vorgaben der ANC.

Diese Maßnahmen stehen auch im Einklang mit den Bestimmungen des Grenzabkommens zwischen der Autonomen Provinz Bozen und der Autonomen Provinz Trient, das die Stärkung der informatischen Sicherheit und den Austausch bewährter Verfahren zwischen den beiden Gebietskörperschaften fördert.
Schließlich ist anzumerken, dass für den Entscheidungsprozess im Bereich der informatischen Sicherheit – Aktivierung/Deaktivierung von Benutzern – ein computergestütztes Verfahren (Workflow) zur Beantragung und Erteilung von Zugangsdaten zur Betriebssoftware für neue Mitarbeiter eingeführt wurde.

Öffentliche Aufträge – Risikokartierung, getroffene Maßnahmen und Perspektiven für eine Verstärkung

Der Bereich der öffentlichen Aufträge war Gegenstand einer detaillierten Kartierung und einer systematischen Überwachung, da er als einer der Bereiche mit dem höchsten Korruptionsrisiko anerkannt ist. Die Tätigkeiten konzentrierten sich auf kritische Phasen und Prozesse, darunter:

- Vergaben über dem EU-Schwellenwert und Direktvergaben;
- Festlegung des Gegenstands und der Qualifikationsanforderungen;
- Verwaltung der Ausschreibungskommissionen und Vertragsänderungen;
- Überprüfung von Interessenkonflikten und der Einzigartigkeit der Leistungen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die 2025 aktualisierten Überwachungsbögen zeigen die wichtigsten potenziellen Korruptionsereignisse, die begünstigenden Faktoren (z. B. übermäßiger Ermessensspielraum, Interessenkonflikte, mangelnde Transparenz) und die bereits umgesetzten Bekämpfungsmaßnahmen auf, darunter:

- Ex-ante- und Stichprobenkontrollen, auch unter Einbeziehung der zuständigen Führungskraft und der Internen Revision;
- Begründungspflicht bei Vertragsentscheidungen, insbesondere bei Direktvergaben und Verhandlungsverfahren;
- Überprüfung des Vorhandenseins aktiver Vereinbarungen (ACP/CONSIP) und Verwendung elektronischer Verzeichnisse (SICP, MEPAB, MEPA);
- vorläufige Konsultationen und dokumentierte Marktuntersuchungen;
- systematische Veröffentlichung der Unterlagen auf institutionellen Portalen (z.B. www.bandi-altoadige.it und www.sabes.it);
- Rechtmäßigkeitsprotokolle und vorbeugende Erklärungen der Ausschreibungskommissare;
- Überprüfung des Strafregisters für die Mitglieder der Ausschüsse;
- kontinuierliche Fortbildung der Einzigen Verfahrensverantwortlichen (EVV).

Im Jahr 2025 wurden aktualisiert:

- die Standard-Ausschreibungsunterlagen mit Klauseln zur Gleichstellung der Geschlechter und zur Preisüberprüfung;
- das Ernennungsschreiben zum Einzigen Verfahrensverantwortlichen (EVV) mit Verweis auf den Verhaltenskodex;
- Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Abteilung für Technik und Vermögen grundsätzlich die für die Verwaltung von Ausschreibungen im Zusammenhang mit „Bauarbeiten" durch die ACP erforderlichen Formulare und Unterlagen unter Berücksichtigung der in Übereinstimmung mit den einschlägigen Vorschriften erstellten Leitfäden einhält.

Derzeit wird eine neue digitale Plattform für das Beschaffungsmanagement eingeführt, die über Alarmfunktionen, Rückverfolgbarkeit und Interoperabilität zwischen den verschiedenen verwendeten Informationssystemen verfügt und mit dem Gesetzesdekret 36/2023 im Einklang steht. Der Betrieb hat sich dem von der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) geförderten Qualifizierungssystem für Vergabestellen angeschlossen und setzt die Zusammenarbeit mit der Autonomen Provinz Trient zur Durchführung gemeinsamer Verfahren fort.

In Übereinstimmung mit dem Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) 2025 und dem Gesetzesdekret 209/2024 wird der Betrieb im Jahr 2026 Folgendes prüfen:

- die Einführung von Vor-Ort-Kontrollen, auch unangekündigten, im Rahmen der verfügbaren Ressourcen;
- die schrittweise Einführung digitaler Lösungen für das integrierte Lebenszyklusmanagement von Verträgen, die auf Rückverfolgbarkeit, Zugänglichkeit und die Nutzung der gesammelten Erfahrungen ausgerichtet sind.

In Bezug auf Direktvergaben betonen der Nationale Antikorruptionsplan (NAKP) 2025 und das Vademecum der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) die Notwendigkeit, die Rückverfolgbarkeit, die Begründung von Entscheidungen und die Einhaltung des Rotationsprinzips zu stärken. Die Betriebsvorschriften für Beschaffungen unterhalb der Schwellenwerte, die 2024 aktualisiert und mit Beschluss des Generaldirektors

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr. 2024-001405 vom 23.12.2024 genehmigt wurden, sehen eine genaue Gliederung der Verfahren und Zuständigkeiten vor.

Integritätsvereinbarungen im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb verabschiedet und aktualisiert in Umsetzung des Gesetzes 190/2012, des Gesetzes über öffentliche Aufträge (Gesetzesdekrete 50/2016 und 36/2023) und der Richtlinien der Nationale Antikorruptionsbehörde (ANAC) Integritätsvereinbarungen, die für alle Wirtschaftsteilnehmer in Vergabeverfahren verbindlich sind. Die Vereinbarung regelt das Verhalten von Wirtschaftsteilnehmern und Mitarbeitern und schreibt Loyalität, Transparenz und Korrektheit bei Ausschreibungen und der Vertragserfüllung vor.

Die Vereinbarung:

- verbietet Angebote oder Forderungen nach Geld/Vorteilen in Übereinstimmung mit der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) und den lokalen Vorschriften (LG. 16/2015, ACP 37/2021);
- verpflichtet zur Meldung von Versuchen illegaler Handlungen;
- führt abgestufte Sanktionen ein (Ausschluss, Widerruf, Kündigung, Meldung an die Nationale Antikorruptionsbehörde (ANAC));
- erfordert die vollständige Annahme, um an Ausschreibungen teilnehmen zu können;
- gilt auch für Konsortien und temporäre Unternehmensverbünde.

Die Aktualisierung ist für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 mit der Einführung neuer Klauseln vorgesehen. Der Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.) koordiniert Aktualisierungen, Schulungen, Verbreitung, Überwachung und erteilt Vorabgenehmigungen; er erstellt Berichte und meldet kritische Punkte. Die Generaldirektion genehmigt Änderungen und gewährleistet organisatorische Maßnahmen. Die Einkaufsabteilung nimmt den Pakt in die Vorschriften auf, überprüft die Unterzeichnungen und verhängt Sanktionen. Die Kommissionen erklären die Abwesenheit von Konflikten und melden Unregelmäßigkeiten. Alle Mitarbeiter halten sich an die Klauseln, melden Risiken und enthalten sich im Falle eines Konflikts.

Der Betrieb verstärkt die Kontrollen der Vertragsbeziehungen durch die Aktualisierung der Vorschriften für Beschaffungen unterhalb der Schwellenwerte, der Richtlinien für Ausschüsse, der Transparenzpflichten und der regelmäßigen Überwachung. Der Pakt wurde am Tag der Transparenz (21.10.2025) vertieft und bekräftigt damit das Bekenntnis zu Legalität und Transparenz.

Verwaltung von Sponsoring

Im Rahmen der Strategien zur Korruptionsbekämpfung und Transparenz erkennt der Sanitätsbetrieb die Bedeutung einer regulierten und nachvollziehbaren Verwaltung von Sponsoring an, um institutionelle, Ausbildungs- und Kommunikationsinitiativen zu unterstützen, ohne die Unparteilichkeit zu beeinträchtigen. Es ist vorgesehen, das Genehmigungsverfahren für die Verordnung über Sponsoringverträge abzuschließen und damit die Rechtmäßigkeit und Transparenz zu stärken. Die Maßnahmen umfassen:

- Anwendung der Kriterien der Unparteilichkeit, Öffentlichkeit und Gleichbehandlung (Art. 134 Gesetzesdekret 36/2023);
- Nachverfolgbarkeit von Vorschlägen und Verträgen durch Standardverfahren und Veröffentlichung von Bekanntmachungen und Beschlüssen;
- transparente Berichterstattung über Einnahmen und Ausgaben;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- strenge Regelung von ECM- und individuellen Sponsoringmaßnahmen, um Begünstigungen oder persönliche Vorteile zu vermeiden.

Diese Maßnahmen stärken auch ohne endgültige Verordnung die organisatorische Integrität und beugen ethischen und reputationsbezogenen Risiken vor, indem sie eine Kultur der Transparenz und Legalität fördern.

Maßnahmen nach Todesfällen im Krankenhaus

Der Bereich der Leichenhalle wurde aufgrund möglicher organisatorischer und dokumentarischer Probleme, insbesondere bei der Verwaltung von Leichen und der Kommunikation mit den Angehörigen, in die Risikobereiche für 2025 aufgenommen. Es handelt sich um einen sensiblen Bereich, der Transparenz und Respekt vor der Würde erfordert.

Zu diesem Zweck wurde 2023 das Betriebsverfahren ID 9963/23 eingeführt, das 2024 aktualisiert und im Intranet veröffentlicht wurde. Es wurde von der Sanitätsdirektion und von der Pflegedirektion erstellt und definiert den Prozess für die vorschriftsmäßige Verwaltung von Leichen mit Standardformularen, klaren Zuständigkeiten und hygienisch-sanitären Maßnahmen. Die integrierte Überprüfung 2025 des Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.) mit der Klinischen Führung bestätigte die aktuellen und korrekt angewandten Verfahren ohne kritische Punkte. Für 2026 sind keine weiteren Überwachungsmaßnahmen vorgesehen, sofern keine neuen gesetzlichen Anforderungen hinzukommen. Der Betrieb wird gezielte Schulungen für das Personal der Pathologischen Anatomie und der ärztlichen Direktionen prüfen.

Mögliche Verbesserungen für die Zukunft:

- digitale Instrumente zur Rückverfolgbarkeit von Leichen und Dokumenten;
- vereinfachtes Register für die Kommunikation mit Angehörigen;
- Qualitätsindikatoren für Leichenhallen;
- mehrsprachiger Online-Informationsleitfaden.

Diese Vorschläge werden auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen bewertet, um eine angemessene und transparente Überwachung zu gewährleisten.

Schulung

Die Schulung ist ein zentrales Instrument der Antikorruptionsstrategie, das im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen (Gesetz 190/2012, Gesetzesdekret 33/2013, Gesetz 113/2021) und dem Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) steht. Der Betrieb verfolgt einen mehrstufigen Ansatz, um die Kultur der Ethik und Legalität zu verbreiten. Von 2018 bis 2025 wurden Kurse zu den Themen Korruptionsbekämpfung, Transparenz, Interessenkonflikte, Unvereinbarkeit, Whistleblowing und Pantouflage durchgeführt.

Im Zweijahreszeitraum 2024–2025 wurde das Angebot durch einen integrierten E-Learning-Kurs zu Korruptionsbekämpfung, Transparenz und Datenschutz (zweijähriges Zertifikat) und ein aktualisiertes Modul zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen erweitert. Zu den Veranstaltungen im Jahr 2025 gehören:

- Kurs „Korruptionsbekämpfung und Interessenkonflikte” (9. Mai);
- Kurs über den Aktenzugang und Bürgerzugang (25. September);
- Tag der Transparenz (21. Oktober);
- vier Informationsveranstaltungen für Primare.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) hat bei den Treffen der Chefärzte praktische Beiträge geleistet und dabei die Rolle von Kontrollen, Beispiele für klinische Audits, Konfliktmanagement und Präventionsinstrumente erläutert. Diese Aktivitäten bilden die Grundlage für den Ausbildungsplan 2026–2028, der Fachmodule für Führungskräfte, Einzige Verfahrensverantwortliche (EVV) und Ausschreibungskommissionen, obligatorische E-Learning-Schulungen und On-the-Job-Training vorsieht. Ziel ist es, ein ethisches und transparentes Umfeld zu schaffen, in dem man sich bewusst ist, dass kontinuierliche Weiterbildung eine unverzichtbare Investition in die Verwaltungsqualität und Korruptionsprävention ist.

Rotation

Die im Nationalen Antikorruptionsplan (NAKP) vorgesehene Personalrotation ist ein Instrument zur Verhinderung von Machtkonzentrationen und Interessenkonflikten, insbesondere in Risikobereichen. Im Jahr 2025 erfolgte sie hauptsächlich durch natürliche Fluktuation, wodurch die Kontinuität der Dienstleistungen gewährleistet wurde.

Für die nächsten drei Jahre beabsichtigt der Betrieb, operative Hypothesen für eine schrittweise Umsetzung zu prüfen:

- Kartierung sensibler Positionen;
- Einholung von Stellungnahmen zu potenziellen Konflikten (z. B. Aufgaben in privaten Einrichtungen);
- Erstellung eines Registers kritischer Bereiche.

Im Gesundheitswesen ist die Rotation mit Komplexitäten verbunden, die mit der Spezialisierung, dem Mangel an austauschbaren Profilen und der Notwendigkeit der Kontinuität der Versorgung zusammenhängen. Die Nationale Antikorruptionsbehörde (ANAC) (Empfehlung vom 21.10.2021) betont, dass sie schrittweise und nicht strafend geplant werden muss. Das Fehlen formeller Rotationen im Jahr 2025 ist daher auch eine organisatorische Entscheidung, bis die vorläufige Kartierung und Analyse abgeschlossen ist.

Für 2026:

- möglicher Dreijahresplan für Rotationen in Risikobereichen (Aufträge, Personal, FIT);
- „funktionale" Rotationen ohne Standortwechsel durch Umverteilung von Aufgaben;
- Überwachung der Auswirkungen durch Audits und Feedback.

Die Rotation ist auch ein zentrales Thema der aktuellen Organisationsreform, die kurz vor dem Abschluss steht und eine Überprüfung der Kompetenzen und eine Neuzuweisung von Führungspositionen auf Betriebsbasis mit sich gebracht hat. Neue Mitarbeiter wurden eingestellt und nach Auswahlverfahren sind strategische Neueinstellungen vorgesehen:

- neue Direktorin der Apotheke des Krankenhauses Bozen;
- neuer Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Bozen, beide aus Sanitätsbetrieben außerhalb des Landes.

Diese Ernennungen stärken den Wandel und die Transparenz im Einklang mit den Zielen der Korruptionsbekämpfung.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Im Jahr 2025 gingen beim Amt des Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) 12 Anträge auf Stellungnahme zu potenziellen Interessenkonflikten ein, die beispielsweise folgende Bereiche betrafen:

- außerinstitutionelle Tätigkeiten bei Unternehmen, die Geschäftsbeziehungen mit dem Betrieb unterhalten;
- Tätigkeiten in privaten Gesundheitseinrichtungen, die Vertragspartner sind;
- die Teilnahme an Kommissionen für Zivilinvalidität;
- die nicht genehmigte Werbung für private Einrichtungen.

Der Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) gab begründete und dokumentierte Stellungnahmen ab, um Korruptionsrisiken vorzubeugen und Unparteilichkeit und Transparenz zu fördern. Diese Tätigkeit wurde durch eine Fachschulung für Führungskräfte und Verantwortliche am 9. Mai 2025 unterstützt.

Laut Nationaler Antikorruptionsbehörde (ANAC) wurden 2024 auf nationaler Ebene über 1.200 Fälle von Interessenkonflikten in der öffentlichen Verwaltung gemeldet, wobei das Gesundheitswesen aufgrund der starken Interaktion zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor sowie der Verwaltung von Fonds und Aufträgen besonders betroffen war. Die Zahl der vom Betrieb im Jahr 2025 bearbeiteten Fälle ist gering, aber das Phänomen bleibt relevant. Der Betrieb ist bestrebt, die Kultur der Meldung und das Bewusstsein der Mitarbeiter durch gezielte Schulungs- und Kommunikationsinitiativen in den monatlichen Sitzungen der Ärzte und Pflegekräfte zu stärken.

Maßnahmen, die für den Dreijahreszeitraum 2026-2028 geprüft werden

Um das System zur Vermeidung von Interessenkonflikten zu stärken, prüft der Betrieb die Möglichkeit, folgende Maßnahmen zu ergreifen, soweit dies mit den verfügbaren Ressourcen und den gesetzlichen Entwicklungen vereinbar ist:

- Ausbau des Systems der vorbeugenden Selbsterklärung durch die Integration entsprechender Abschnitte in die Antragsformulare für außerinstitutionelle Aufträge, mit dem Ziel, potenziell kritische Situationen leichter erkennbar zu machen;
- Einrichtung eines Registers der vom Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.) abgegebenen Stellungnahmen als nützliches Instrument zur Gewährleistung einer einheitlichen Auslegung, der Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und einer größeren Transparenz in den Bewertungsprozessen;
- Förderung einer Kultur der freiwilligen Meldung, auch durch die Aufnahme von praktischen Beispielen und Fallstudien in die Betriebsschulungen, um das Personal für die mit Interessenkonflikten verbundenen Risiken und deren Bewältigung zu sensibilisieren.

Auch für den Zeitraum 2026-2028 bestätigt der Betrieb seine Absicht, die Einführung einer umfassenden Betriebsverordnung zu prüfen, die systematisch und präzise die Themen Interessenkonflikte, Unvereinbarkeit, Inkompatibilität und das Phänomen des Pantouflage regelt.

Dieses Regelwerk kann, sofern es verabschiedet wird, dazu beitragen, die ethische und rechtliche Aufsicht des Betriebs zu stärken, indem es einen klaren und einheitlichen Bezugsrahmen für den Umgang mit potenziell kritischen Situationen im Einklang mit den Vorgaben der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) und den im öffentlichen Sektor geltenden bewährten Verfahren bietet.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Geldwäschebekämpfung

In Übereinstimmung mit den Vorgaben der Nationalen Schule für Verwaltung und der Einheit für Finanzinformationen (UIF) müssen die Verwaltungen über Instrumente verfügen, die dem Geldwäscherisiko angemessen sind, sowie über wirksame Mechanismen zur Erkennung und Meldung verdächtiger Transaktionen. Im Jahr 2025 hat der Betrieb eine interne Reflexion über die am stärksten exponierten Bereiche (Spenden, Sponsoring, Mittel aus dem Nationalen Konjunktur- und Resilienzplan) eingeleitet, vor dem Hintergrund des bevorstehenden Ausscheidens des Verantwortlichen für die Geldwäschebekämpfung. Für Anfang 2026 ist die Ernennung eines neuen Referenten mit Erfahrung in den Bereichen interne Kontrollen und administrative Compliance vorgesehen.

Für den Dreijahreszeitraum 2026–2028 werden folgende Ziele geprüft:

- Einführung eines betriebsinternen Protokolls zur Bekämpfung der Geldwäsche mit Kriterien, Zuständigkeiten, Informationsflüssen und operativen Modalitäten für die Risikobewertung und die Bearbeitung von Meldungen;
- Durchführung gezielter Schulungen für Führungskräfte und Verfahrensverantwortliche in den am stärksten exponierten Bereichen (Einkauf, Vermögen, Spenden);
- Integration des internen Meldesystems und der Maßnahmen zur Bekämpfung der Geldwäsche mit vertraulichen und geschützten Kanälen, um rechtswidriges Verhalten rechtzeitig zu erkennen;
- Grundausbildung auch in deutscher Sprache.

Diese Maßnahmen sind Teil eines Plans zur Stärkung des Systems zur Korruptionsprävention und zur Förderung der Integrität im Einklang mit den Grundsätzen der Transparenz und der materiellen Rechtmäßigkeit.

Organisatorische Maßnahmen und Kontrollaktivitäten zur Unterstützung der Umsetzung des PNRR

Die Umsetzung des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) hat für den Südtiroler Sanitätsbetrieb die Einführung eines komplexen Systems für Governance, Kontrolle und Berichterstattung erforderlich gemacht, das den Anforderungen an Rückverfolgbarkeit, Transparenz und Rechtmäßigkeit entspricht. Im Jahr 2025 wurden 95 PNRR-Projekte mit einem Gesamtwert von über 206 Millionen Euro genehmigt, die sich auf alle Investitionsbereiche der Mission 6 (Gemeindehäuser, Einsatzzentralen, Digitalisierung, Großgeräte, Telemedizin usw.) verteilen.

Ende 2024 wurde ein strukturiertes System interner Kontrollen für den PNRR formalisiert, mit einem Organisationsmodell, Koordinierungsstrukturen, Durchführungsverfahren und Informations- und Kommunikationsmodalitäten. Im Jahr 2025 wurde das System weiter konsolidiert durch:

- die Einrichtung einer operativen Leitstelle unter Einbeziehung der Einheitlichen Verfahrensverantwortlichen zur übergreifenden Koordinierung der Tätigkeiten;
- die Erstellung eines operativen Leitfadens mit Rollen, Verantwortlichkeiten und Dokumentenflüssen;
- der Einführung eines integrierten digitalen Archivierungssystems (Archiflow + ReGiS) zur Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit und digitalen Speicherung;
- der Festlegung formalisierter Kontrollchecklisten mit halbjährlicher Berichterstattung und Abhilfemaßnahmenplänen, für die die Einheitlichen Verfahrensverantwortliche verantwortlich sind;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Durchführung detaillierter Dokumentenprüfungen von Rechnungen, Aufträgen, DURC, DNSH-Erklärungen, Interessenkonflikten, Nichtvorliegen von Doppelfinanzierungen usw.;
- Einführung einer Stichprobenprüfung von Projekten auf der Grundlage gemischter Kriterien (Betrag, Art, manuelle Auswahl);
- Erstellung von Halbjahresberichten durch die interne Revision mit Unterstützung externer Unternehmen.

Beobachtungen, die im Rahmen der Kontrolltätigkeiten in den PNRR-Berichten gemacht wurden

Im Rahmen der Überprüfung einer Stichprobe von Abrechnungen wurden verschiedene punktuelle Bemerkungen formuliert, die es ermöglichten, die dokumentarische und interpretative Kontrolle des Betriebs zu verstärken. Insbesondere wurden einige formale Ungenauigkeiten bei der Erstellung der Bescheinigungen über das Nichtvorliegen einer Doppelfinanzierung umgehend behoben, wobei besonderes Augenmerk auf die korrekte Angabe von Daten und Buchungsreferenzen gelegt wurde.

Darüber hinaus wurde das Fehlen spezifischer Anhänge in einigen Unterlagen behoben, wobei berücksichtigt wurde, dass deren Verpflichtung je nach Berichtsdatum und den geltenden gesetzlichen Bestimmungen variieren kann (z. B. "Do No Significant Harm" DNSH-Bescheinigungen, Mehrwertsteuerabgleich SP, Erklärungen zum Recht auf Arbeit von Menschen mit Behinderungen, Berichte zur Gleichstellung der Geschlechter).

Die Beratung der Einzigen Verfahrensverantwortlichen (EVV) wurde weiter verstärkt, insbesondere hinsichtlich der Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen und der Bewertung der beizufügenden Unterlagen, auch im Hinblick auf die regulatorischen Entwicklungen und die Klarstellungen der zuständigen Behörden (wie der Steuerbehörde und der staatlichen Rechnungsprüfungsbehörde).

Darüber hinaus wurden die Auslegungsmodalitäten geklärt, um von Fall zu Fall zu bestimmen, ob das Fehlen eines Dokuments einen formalen Mangel darstellt oder durch zeitliche oder rechtliche Faktoren gerechtfertigt ist.

Diese Erkenntnisse, die bereits in das Kontrollsystem aufgenommen wurden, haben zur Aktualisierung der operativen Checklisten und zur Stärkung der Transparenz, Rückverfolgbarkeit und Konformität beigetragen, die im Nationalen Plan für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) und im Nationalen Antikorruptionsplan vorgesehen sind.

Die Ergebnisse der Kontrolltätigkeiten und die entsprechenden Aktionspläne wurden der Geschäftsleitung halbjährlich im Rahmen der offiziellen Sitzungen des Verwaltungsrats vorgelegt, was zur Stärkung der strategischen Überwachung und zur Verbreitung einer Kultur der Legalität und der organisatorischen Verantwortlichkeit beitrug.

Maßnahmen zur Stärkung und Weiterentwicklung der Kontrollen laut Nationalem Plan für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) für 2026

In Fortführung der bereits eingeleiteten Maßnahmen prüft der Betrieb für das Jahr 2026 die Möglichkeit, weitere Maßnahmen zur Stärkung des Kontrollsystems umzusetzen, darunter:

- die Fortsetzung der kontinuierlichen Kontrollen, die systematisch nach Abschluss jedes Rechnungsabschlusses durchgeführt werden sollen;
- die mögliche Einführung eines automatisierten Stichprobensystems, um mehr Objektivität und Transparenz bei der Auswahl der zu prüfenden Projekte zu gewährleisten;
- die Aktivierung von betriebsübergreifenden Kooperationen, auch mit dem Landesbetrieb für Gesundheitsdienste in Trient (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS)), zum

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Austausch von operativen Instrumenten (Checklisten, Berichtsvorlagen) und zur Durchführung gemeinsamer Auditsimulationen;

- die Verbesserung der Ausbildung der Einzigen Verfahrensverantwortlichen (EVV), auch durch die Schaffung eines gemeinsamen Archivs mit Schulungsmaterialien, das digital zugänglich ist.

Diese Maßnahmen stehen im Einklang mit den Vorgaben des Ministeriums für Wirtschaft und Finanzen – Rechnungshof (MEF-RGS) und den Grundsätzen des Nationalen Antikorruptionsplans (NAKP)) und tragen dazu bei, die Rechtmäßigkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit öffentlicher Investitionen zu gewährleisten. Eine Beschreibung der entsprechenden Bilanzzertifizierungsverfahren ist im Abschnitt „Interne Kontrollen" vorgesehen.

Akkreditierung zur Exzellenz

Die Betriebsdirektion hat in Absprache mit den Bezirksdirektionen den Prozess der Akkreditierung zur Exzellenz durch Accreditation Canada, den weltweit führenden Anbieter für die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen, eingeleitet. Das Ziel ist es, auf freiwilliger Basis die Patientenversorgung sowohl in den Prozessen als auch in den Ergebnissen zu verbessern und ein hohes Maß an Transparenz zu gewährleisten.

Nach dem Audit 2024 (151 Besuche in zwei Wochen in allen Bezirken) hat der Betrieb die internationalen Qualitätsstandards erfüllt und das Platin-Niveau erreicht. Der Erhaltungszyklus 2024–2027 umfasst die Überwachung, Schulung und Konsolidierung der obligatorischen organisatorischen Praktiken mit digitalen Instrumenten und internen Audits. Die Abteilung für Klinische Führung organisierte vier praktische und interaktive Seminare für Fachleute aus den Bezirken.

Die Direktion hat die Fortsetzung des Programms beschlossen und den Dreijahreszeitraum 2025–2027 zur Aufrechterhaltung des Programms eingeleitet. Es wurde ein Verhandlungsverfahren für die Vergabe des Dienstes zur erneuten Akkreditierung gemäß dem Standard Qmentum International eingeleitet. Der Vertrag wurde am 4. März 2025 unterzeichnet.

Verhaltenskodex für öffentliche Bedienstete

Der nationale Verhaltenskodex, aktualisiert durch den Präsidialerlass 81/2023, führt Neuerungen hinsichtlich der korrekten Nutzung von Technologien und sozialen Medien, der obligatorischen Ethikschulung und der Vermeidung von Interessenkonflikten ein. Im Jahr 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetreib seinen Kodex aktualisiert, indem er die gesetzlichen Änderungen übernommen und Bestimmungen zu Sorgfalt, Loyalität, Unparteilichkeit und Korrektheit integriert hat, mit besonderem Augenmerk auf die Beziehungen zur Öffentlichkeit, den Einsatz digitaler Technologien und das Konfliktmanagement. Der neue Text wurde am 18. Februar mit Beschluss Nr. 112/2025 verabschiedet.

Die Inhalte wurden in die Schulungskurse aufgenommen, mit Modulen, die der Prävention ethischer Risiken gewidmet sind. Im Dreijahreszeitraum 2026–2028 wird Folgendes bewertet:

- weitere Aktualisierung des Kodex;
- ein obligatorisches Schulungsmodul für neue Mitarbeiter und Mitarbeiter, die eine neue Position übernehmen;
- ein System zur Überwachung der Anwendung mit Ethik-Audits, Selbstbewertungen und Stichprobenkontrollen unter Einbeziehung der internen Kontrollfunktion.

Im Jahr 2024 wurde der Kodex in die Artikel über die Beziehungen zur Öffentlichkeit und den Einsatz von Technologien integriert und damit an die Änderungen des Präsidialerlasses 62/2013 angepasst. Am 11.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

November 2025 wurde eine Online-Schulung zur Vorstellung des Kodex durchgeführt, die vom Einzigen Garantiegremium und der Vertrauensberaterin organisiert wurde.
Diese Maßnahmen stärken die Kultur der Verantwortung und Integrität im Einklang mit den Grundsätzen der Rechtmäßigkeit und Transparenz.

Whistleblowing

Im Jahr 2025 gingen beim Betrieb 10 Whistleblowing-Meldungen ein, die folgende Themen betrafen:

- Misshandlung von Patienten;
- unberechtigte Freistellung aus familiären Gründen;
- unbefugte außerinstitutionelle Tätigkeiten;
- Schwarzarbeit;
- direkte Beauftragung in Interessenkonflikten;
- falsche Anwesenheitsbescheinigungen;
- unangemessene Beauftragungsverfahren;
- Besuche bei Freunden während der Arbeitszeit;
- vorgetäuschte Krankheit und nicht genehmigte außerinstitutionelle Tätigkeiten;
- unangemessenes Verhalten zwischen Arzt und Patient.

Die Meldungen wurden unter Wahrung der Vertraulichkeit und der durch die geltenden Rechtsvorschriften vorgesehenen Schutzmaßnahmen bearbeitet. Darüber hinaus wurde eine interne Whistleblowing-Regelung verabschiedet und ein zweisprachiger Fragebogen zur Wahrnehmung von Korruption erstellt, der im Sommer 2025 verteilt wurde.
Der Südtiroler Sanitätsbetreib verfügt bereits über eine spezielle Online-Plattform für die Bearbeitung von Meldungen, die den gesetzlichen Anforderungen (Gesetzesdekret 24/2023) entspricht und sowohl für Mitarbeiter als auch für Bürger zugänglich ist.
Im Jahr 2026 wird der Sanitätsbetrieb:

- die Förderung des Meldekanals fortsetzen, auch durch interne Informationskampagnen;
- die Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen für Hinweisgeber überwachen, auch durch interne Audits.

Zur Bekämpfung von Korruption ist die gesetzliche Einführung des Whistleblowings gemäß Gesetz 179/17 von Bedeutung: „Bestimmungen zum Schutz von Personen, die Straftaten oder Unregelmäßigkeiten melden, von denen sie im Rahmen eines öffentlichen oder privaten Arbeitsverhältnisses Kenntnis erlangt haben".
Zu diesem Punkt sieht Absatz 5 des Artikels 1 des genannten Gesetzes vor, dass in Übereinstimmung mit den entsprechenden Richtlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC)und nach Anhörung des Datenschutzbeauftragten die Verwendung von Methoden, auch informatischer Art, und gegebenenfalls von Verschlüsselungsinstrumenten vorgesehen ist, „um die Vertraulichkeit der Identität des Hinweisgebers und den Inhalt der Meldungen und der entsprechenden Unterlagen zu gewährleisten".
Aufgrund des Gesetzesdekrets Nr. 24 vom 10.03.2023 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen elektronischen Kanal für Whistleblowing-Meldungen eingerichtet. Das Meldesystem (das auch Bürgern offensteht, die eine Meldung machen möchten) nutzt die in den einschlägigen Rechtsvorschriften vorgesehene Technologie.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Weitere Einzelheiten sind unter „Transparente Verwaltung" „Weitere Inhalte" „Meldung von rechtswidrigem Verhalten (sog. WHISTLEBLOWING)" verfügbar.

Disziplinarverfahren und Tätigkeiten der für Disziplinarverfahren zuständigen Organisationseinheit (U.P.D.)

Die für Disziplinarverfahren zuständige Organisationseinheit (U.P.D.) hat ihre Tätigkeit im Jahr 2025 nach dem zentralisierten Modell fortgesetzt, indem sie die Verfahren gemäß Art. 55-bis des Gesetzesdekrets Nr. 165/2001 verwaltet und die Anwendung des Verhaltenskodex überwacht hat.

Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen den über den Whistleblowing-Kanal bearbeiteten anonymen Meldungen und der Einleitung von Disziplinarverfahren: Die eingegangenen Meldungen können, sofern sie begründet sind, die Grundlage für die Einleitung eines Disziplinarverfahrens durch die für Disziplinarverfahren zuständige Organisationseinheit (U.P.D.) bilden.

Im Laufe des Jahres wurden 8 neue Disziplinarverfahren eingeleitet, von denen 6 mit folgenden Ergebnissen abgeschlossen wurden: 3 Gehaltskürzungen für einen Monat, 1 Verweis, 1 Suspendierung für 7 Tage, 1 Einstellung des Verfahrens. Die Verstöße betrafen das Fernbleiben von einer ärztlichen Untersuchung, nicht genehmigte außerberufliche Tätigkeiten, Verstöße gegen Dienstpflichten, körperliche Übergriffe, Diebstahl und Verstöße gegen Sicherheitsvorschriften.

Die zentralisierte Verwaltung und die Nachverfolgbarkeit der Verfahren gewährleisten Einheitlichkeit, Gleichbehandlung und Transparenz im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen und dem mehrstufigen internen Kontrollsystem.

Spenden

Im Jahr 2025 wurden Spenden in die kartierten Bereiche aufgenommen, da sie potenziell Risiken wie Beeinflussung, Interessenkonflikte oder mangelnde Transparenz ausgesetzt sind. Der Betrieb hat bereits eine interne Regelung verabschiedet, mit dem Ziel, die Verwaltung von Spenden und unentgeltlichen Verträgen zu vereinheitlichen und die erforderlichen Unterlagen sowie den Genehmigungsablauf für den Abschluss von Verträgen festzulegen.

Die Verwaltung von Sachspenden wird durch den Betriebsbeschluss Nr. 2021-A-000037 und den Landesbeschluss Nr. 192 vom 02.01.2006, Art. 16, geregelt. Darüber hinaus wurde ein Register für Zuwendungen eingerichtet, in dem die unentgeltlich erhaltenen Güter mit Angaben zu Datum, Beschreibung, Wert und Lieferant aufgeführt sind.

Die Aufnahme dieses Bereichs in die neue Überwachungskartei stellt eine weitere Stärkung der strukturierten und transparenten Verwaltung von Spenden dar.

Mit der Verabschiedung der Verordnung über Schenkungen und Leihgaben (Beschluss des Generaldirektors Nr. 55/2025) hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb eine umfassende und aktualisierte Regelung für die Verwaltung von Zuwendungen und unentgeltlichen Verträgen eingeführt, die den Grundsätzen der Transparenz, Unparteilichkeit und guten Verwaltungspraxis entspricht.

Die Verordnung setzt die gesetzlichen Bestimmungen zur Korruptionsprävention und Transparenz (Gesetz 62/2022) um und gilt für alle Spenden von beweglichen Gütern, Immobilien, Geld, Dienstleistungen, Beratungen und unentgeltlichen Leihgaben. Sie definiert genau:

- die Arten von Spenden (von geringem Wert, von nicht geringem Wert, mit oder ohne Auflagen);
- die für die Einreichung des Vorschlags erforderlichen Voraussetzungen und Unterlagen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- das Prüfungsverfahren und die beteiligten Stellen (empfangende operative Einheit, Technischer Beratungsausschuss, Generaldirektion oder Bezirksdirektor);
- die Modalitäten für die Annahme und Registrierung von Verträgen.

In Übereinstimmung mit den Vorgaben der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) gelten Spenden von Privatpersonen im Rahmen öffentlicher Aufträge als korruptionsgefährdet (Gesetzesdekret 36/2023 und Gesetz 190/2012). Daher hat der Betrieb Präventionsmaßnahmen ergriffen, darunter:

- die Formalisierung einer internen Regelung zur Regelung des Erwerbs von Gütern und Dienstleistungen ohne finanzielle Aufwendungen;
- die Veröffentlichung der Urkunden im Abschnitt „Transparente Verwaltung";
- die Ausarbeitung von Vereinbarungen, die auf Transparenz und Gleichbehandlung ausgerichtet sind;
- die Erfassung und regelmäßige Veröffentlichung der erhaltenen Zuwendungen unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen.

Wartend auf die Einrichtung des öffentlichen telematischen Registers „Transparente Gesundheit", das gemäß Art. 5 des Gesetzes 62/2022 vorgesehen und vom Büro für Transparenz, Archiv und Protokoll betreut wird, wurde das Register der Schenkungsakte für das Jahr 2024 online veröffentlicht. Es enthält Details zu den erhaltenen Gütern, unterteilt nach Warenklasse, Datum, Menge, Wert und Lieferant.
Im Laufe des Jahres 2026 kann der Betrieb erwägen:

- die Erstellung des Bereichs „Transparente Gesundheit" für die telematische Veröffentlichung der Daten zu Spenden gemäß den Vorgaben der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) abzuschließen;
- das Spendenregister öffentlich über die institutionelle Website zugänglich zu machen;
- Stichprobenkontrollen vorzusehen, um die Übereinstimmung zwischen den erhaltenen Spenden und den angegebenen Zwecken zu überprüfen.

2.3.2 Strategische Ziele und Indikatoren 2026–2028

Zusammenfassung und Gliederung nach Themenbereichen

Zusammenfassend stellt der Integrierte Plan 2026–2028 ein strategisches und operatives Instrument dar, um eine weit verbreitete Kultur der Integrität, Transparenz und Legalität innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebs zu fördern. Die für den Dreijahreszeitraum vorgesehenen Maßnahmen – von der Digitalisierung der Kontrollen über gezielte Schulungen, das Management von Interessenkonflikten bis hin zur informatischen Sicherheit, zur Regulierung von Sponsoring und Spenden sowie zur Stärkung der Maßnahmen gegen Geldwäsche und Whistleblowing – belegen das Engagement des Betriebs, Risikobereiche zu überwachen und eine verantwortungsvolle, ethische und qualitätsorientierte Verwaltung zu fördern.
Der gewählte Ansatz, der auf messbaren Indikatoren, systematischen Überwachungen und einer bereichsübergreifenden Einbindung aller Strukturen basiert, bildet eine solide Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen und für die Festigung des Vertrauens der Bürger in das öffentliche Gesundheitssystem.
Nachfolgend sind die strategischen Ziele für den Zeitraum 2026–2028 in tabellarischer Form aufgeführt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Tabelle Nr. 1: Strategische Ziele für den Zeitraum 2026–2028

ID	Verantwortlichkeit	Thematischer Bereich	Ziele 2026-2028	Monitoring-Indikator
1	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Korruptionsprävention und Transparenz	- Aktualisierung der Analyse- und Reportingmethoden - Integration der Indikatoren aus den Risikomapping-Bögen in die Monitoringzyklen - Stärkung der Verbindung zwischen Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.), UBO und Bereichsverantwortlichen - Erweiterung des Monitorings auf Sponsoring und Kontrolle der außerinstitutionellen Tätigkeiten gemäß neuer Gesetzgebung des Landes	Neues Format des Jahresberichts und gemeinsame Nutzung mit UBO
2	Internal Audit	Assurance	- Prüfungen zur informatischen Sicherheit, Direktvergaben, Bedarfsmanagement, Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen und ambulanten Leistungen	Anzahl abgeschlossener Audits und veröffentlichter Berichte
3	Geldwäschebeauftragte/r	Compliance & Regulatorisches Risiko – Geldwäsche	- Einführung einer Betreibsrichtlinie - Zielgerichtete Schulungen für Führungskräfte und Verfahrensverantwortliche - Integration von Whistleblowing und Geldwäscheprävention - Aktualisierung einer Geldwäscheklausel im Integritätspakt	Vorhandensein der genehmigten Geldwäsche-Richtlinie; Anzahl der Kursteilnehmer; aktualisierte Integritätspakte mit Geldwäscheklausel
4	Interne Revision	Betrugsrisikomanagement	Stärkung des Systems zur Betrugsprävention und -erkennung durch Durchführung einer speziellen Bewertung und Einführung einer unternehmensweiten Anti-Betrugsrichtlinie	Durchführung einer Betrugsbewertung; Genehmigung und Verbreitung der Anti-Betrugsrichtlinie
5	Amt für Anwesenheit und Intramoenia-Tätigkeit	Freiberufliche Intramoenia-Tätigkeit (FIT)	- Geografische Erweiterung der Kontrollen außerhalb des Bezirks Bozen über Zeiten, Kalender und Räume - Erweiterung der Abendöffnungszeiten der Kassen - Reaktivierung der Automatischen Kassen	Anzahl oder Prozentsatz der durchgeführten Kontrollen
6	IT-Abteilung	IT-Sicherheit	- Genehmigung von IT-Verfahren - Integration interner Kontrollsysteme im IT-Bereich - Implementierung der Funktion des Chief Information Security Officer (CISO)	Anzahl genehmigter IT-Verfahren; formelle Ernennung des CISO
7	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Schulung	- Fortsetzung der Pflichtschulungen - Zielgerichtete Interventionen mit Praxisfällen in monatlichen Sitzungen der Pflegekoordinatoren und Chefärzte - Fachmodule für Führungskräfte, Einzige Verfahrensverantwortliche EVV und Kommissare - Stärkung des Trainings am Arbeitsplatz	Steigerung der Schulung im Bereich Korruptionsprävention und Transparenz; Steigerung des Anteils geschulten Personals; Anzahl aktivierter Fachmodule; Anzahl der durchgeführten

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortlichkeit	Thematischer Bereich	Ziele 2026-2028	Monitoring-Indikator
				Schulungsstunden; Anteil geschulten Personals
8	Interne Revision / Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Stärkung der Risikoanalyse und Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Verwaltung europäischer Mittel und des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz PNRR	- Kontinuierliche Kontrollen - Automatisierte Stichproben - Interbetriebliche Zusammenarbeit	Anzahl geprüfter PNRR-Abrechnungen
9	Personalverwaltung / Kommunikationsabteilung / Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Überarbeitung und Verbesserung der internen Regelungen (Verhaltenskodex, Interessenkonfliktmanagement)	- Aktualisierung des Betriebs-Kodex - Pflichtschulung für Neueinstellungen - Monitoring der Kodex-Anwendung - Stärkung der präventiven Selbsterklärung - Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.) -Gutachtenregister - Förderung der Meldekultur	Vorhandensein des Schulungsmoduls; Anzahl abgeschlossener Ethik-Audits; Anzahl registrierter Gutachten des Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.); Aktualisierung und Einführung des Verhaltenskodex
10	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Whistleblowing	- Förderung des Meldekanals - Digitale Plattform - Monitoring der Schutzmaßnahmen	Anzahl eingegangener Meldungen; durchschnittliche Antwortzeit auf Meldungen
11	Transparenz	Spenden	Bis zur Einrichtung des öffentlichen elektronischen Registers „Sanità trasparente" gemäß Art. 5 L. 62/2022, geführt vom Büro für Transparenz, Archiv und Protokoll, wird eine Datei mit der Liste der im Laufe des Jahres als Spende erhaltenen Güter veröffentlicht	Stichprobenkontrollen zur Kohärenz der Spenden; Veröffentlichung im Transparenzbereich der institutionellen Website; Anzahl durchgeführter Stichprobenkontrollen
12	Transparenz	Bürgerzugänge	Stichprobenkontrollen der registrierten Bürgerzugänge; nachfolgende Korrekturanweisungen an die zuständigen Stellen zur Sicherstellung der Richtigkeit der Registerführung	Anzahl durchgeführter Stichprobenkontrollen
13	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB) und	Informationsflüsse	Verbesserung der Organisation der Informationsflüsse und der internen/externen Kommunikation	Anzahl versendeter Mitteilungen/Informationen; Feedback der Stakeholder

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortlichkeit	Thematischer Bereich	Ziele 2026-2028	Monitoring-Indikator
	Kommunikationsabteilung			
14	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Digitalisierung	Digitalisierung der Bögen und der Aktivitäten zur Risikoerfassung, -bewertung und -überwachung	Anzahl digitalisierter Bögen; Aktualisierungszeiten der Mappings
15	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Stärkung der Risikoanalyse	Stärkung der Risikoanalyse und Präventionsmaßnahmen bei öffentlichen Ausschreibungen und Personalauswahl	Anzahl durchgeführter Kontrollen; Anzahl umgesetzter Maßnahmen
16	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter (AKTB)	Koordination mit anderen Kontrollfunktionen	Koordination der Korruptionspräventionsstrategie mit der Geldwäsche- und Terrorismusfinanzierungsprävention	Anzahl integrierter Maßnahmen; Vorhandensein von Koordinationsprotokollen

Monitoring der zweiten Ebene durch Indikatoren, Zielwerte und thematische Audits

Nachdem die mehrjährigen strategischen Ziele des Betriebs im Bereich Korruptionsprävention und Transparenz vorgestellt wurden, die die gesamte Organisation betreffen und den Rahmen für die Förderung von Integrität und Legalität bilden, ist es wichtig zu betonen, dass die Korruptionsprävention auch durch ein operatives, wiederkehrendes und spezialisiertes Monitoring umgesetzt wird.

Ab 2025 wurde neben den strategischen Systemindikatoren – die die Gesamtleitung des Betriebs im Dreijahreszeitraum steuern und alle Organisationsebenen einbeziehen – ein Set von jährlichen Indikatoren und Instrumenten eingeführt, das speziell dem Monitoring der zweiten Ebene gewidmet ist und dem Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) anvertraut wurde.

Diese Entwicklung stellt nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung dar, sondern einen echten Qualitätssprung in der Betriebskultur der Transparenz und Integrität: Das Monitoring der zweiten Ebene wird durch Instrumente bereichert, die darauf ausgelegt sind, eine immer genauere, dynamische und den tatsächlichen Bedürfnissen der Organisation entsprechende Kontrolle zu gewährleisten.

Jeder Indikator wurde ausgewählt, um ein klares und messbares Bild der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen zu liefern, sodass bei kritischen Situationen schnell eingegriffen und bewährte Praktiken hervorgehoben werden können.

Das System basiert auf geplante Audits und einer präzisen Berichterstattung, die es ermöglicht, die Aufmerksamkeit auf Schlüsselthemen wie außerinstitutionelle Tätigkeiten, Kommissionen, Integritätspakte, Sponsorings und Situationen von Unvereinbarkeit hochzuhalten.

Diese Indikatoren sind darauf ausgelegt, eine ständige und zeitnahe Kontrolle über die Umsetzung der Maßnahmen zur Korruptionsprävention und Transparenz zu gewährleisten, kritische Punkte zu erkennen, Fortschritte zu messen und gezielt in besonders sensible Bereiche einzugreifen.

Nachfolgend wird das gesamte Set der jährlichen Indikatoren vorgestellt, jeweils mit dem entsprechenden Zielwert und der Frist, als Beleg für einen systematischen und auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Ansatz, der die strategische Langzeitperspektive ergänzt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Tabelle Nr. 2: Ziele und jährliche Indikatoren

ID	Verantwortlichkeit	Indikator	Target/Ziel	Frist
17	Führungskräfte, die vom Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) einbezogen werden	Übermittlung an den Antikorruptionsbeauftragten (A.K.B.) von eventuellen Aktualisierungen der Liste aller Prozesse, die dem Dienst/Büro/Abteilung/Struktur zugeordnet sind (JA/NEIN)	Sicherstellen, dass der Antikorruptionsbeauftragte (A.K.B.) über einen aktuellen Überblick der organisatorischen Prozesse verfügt, der für eine korrekte Kartierung und das Management von Korruptionsrisiken notwendig ist.	31.12. eines jeden Jahres
18	Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.)	Durchführung einer Stichprobenkontrolle bezüglich der Verwaltung von außerinstitutionellen Aufgaben	Transparenz gewährleisten, Interessenkonflikte verhindern und die Betriebsintegrität stärken	31.12. eines jeden Jahres
19	Antikorruptionsbeauftragter (A.K.B.)	Durchführung einer Stichprobenkontrolle bei Mitarbeitenden und bei vertraglich gebundenen Strukturen zur Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften zu Unvereinbarkeiten und Interessenkonflikten gemäß Art. 1, Absatz 62, Gesetz vom 23. Dezember 1996, Nr. 662	Legalität, Transparenz und Integrität stärken	31.12. eines jeden Jahres
		Durchführung einer Stichprobenkontrolle Überwachung gemäß L.G. 21.07.2022, Nr. 6 und L.G. 19.05.2015, Nr. 6, der Konformität und Integrität der Verfahren zur Ernennung von Kommissionen bei Wettbewerben für Führungskräfte und andere	Interessenkonflikte und Korruptionsrisiken im Südtiroler Sanitätsbetreib verhindern	31.12. eines jeden Jahres

Die Indikatoren sind mit einem Zyklus von geplanten Audits auf vierteljährlicher Basis verbunden, die folgende Themenbereiche abdecken:

Audit 1: Außerinstitutionelle Tätigkeiten

Audit 2: Teilnahme an Prüfungskommissionen

Audit 3: Integritätspakte

Audit 4: Risikobereiche, die im Dreijahresplan zur Korruptionsprävention identifiziert wurden

Audit 5: Sponsorings

Audit 6: Situationen von Unvereinbarkeit und Unzumutbarkeit

Audit 7: Kontrollen gemäß Art. 1, Abs. 62, Gesetz Nr. 662/1996

Diese Audits bilden die operative Grundlage zur Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Präventionsmaßnahmen und zur Erstellung des Kapitels zur Korruptionsprävention im ITOP.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Mapping-Blätter und Indikatoren zur Umsetzung der Maßnahmen zur Korruptionsprävention
Eine Neuerung im Jahr 2025 betrifft die Mapping- und Bewertungsblätter für Korruptionsereignisse, die – für jede spezifische Präventionsmaßnahme – die Umsetzungsindikatoren, Zielwerte und vorgesehenen Fristen enthalten, die von den jeweiligen Verantwortlichen der gemappten Prozesse festgelegt wurden.

Tabelle Nr. 3: Indikatoren zur Umsetzung der Maßnahmen zur Korruptionsprävention nach Makroprozess

ID	Makroprozess	Verantwortlichkeit	Indikator	Target/Ziel	Frist
20	Bereich Ausgaben und Einnahmen	Abteilung Finanzen	Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
21	Personal	Abteilung Verwaltung des Personals	Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
			Rotation	50% Umsetzung	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
			Ethik und Verhalten	Ja	31.12.2026
22	Erwerb und Entwicklung des Personals, Prämien, Aufträge und Ernennungen	Abteilung Personalentwicklung	Rotation	100%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
			Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Kontrollen	Umsetzung bis 50%	31.12.2026
23	Öffentliche Verträge	Abteilung Einkauf, Technik, Medizintechnik	Transparenz	Konform	31.12.2026
			Schulung	50%	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
			Kontrollen	bis 25% und 100% (bei Unteraufträgen)	31.12.2026
24	Pharmazie, Geräte und andere Technologien	Abteilung Leistungen und Territorium	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Makroprozess	Verantwortlichkeit	Indikator	Target/Ziel	Frist
25	Akkreditierte Privatstrukturen – Wartelisten	Abteilung Leistungen und Territorium	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
			Schulung	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Vereinfachung	Ja	31.12.2026
26	Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten		Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
27	Informatische Sicherheit	Abteilung Informatik	Regulierung	Konform	31.12.2026
			Kontrollen	100%	31.12.2026
28	Arbeitsmedizin	Betrieblicher Dienst Arbeitsmedizin und Inspektionsabteilung Arbeitsmedizin	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
29	Sportmedizin	Betrieblicher Dienst für Sportmedizin	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
			Schulung	25%	31.12.2026
30	Hygiene der Produktion, Lagerung und Vermarktung von Lebensmitteln tierischen Ursprungs; Tiergesundheit und Hygiene der Tierhaltung und Tierproduktion	Betrieblicher Veterinärdienst	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
31	Miniwohnungen und andere Wohnlösungen	Verwaltungsleitung Krankenhaus Bozen	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
32	Betriebskindergärten und vertraglich gebundene Mikrostrukturen	Verwaltungsleitung Krankenhaus Bozen	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
33	Betreuung und Rehabilitation von Suchterkrankungen	Dienst für Abhängigkeiten – DFA	Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Rotation	100%	31.12.2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Makroprozess	Verantwortlichkeit	Indikator	Target/Ziel	Frist
34	Immobilien- und Vermögensverwaltung	Abteilung Technik	Kontrollen	100%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
35	Lebensmittelhygiene	Betrieblicher Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
36	Prävention, Schutz und Kontrolle von Umwelt- und Chemierisiken	Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit – Umweltmedizin	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
37	Gesundheitsschutz und Sicherheit; Genehmigungen oder Konzessionen	Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit	Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Transparenz	Konform	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Vereinfachung	Ja	31.12.2026
			Regulierung	Konform	31.12.2026
38	Weiterbildung	Abteilung Personalentwicklung	Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
39	Fuhrpark – PKW	Logistikbüro BZ	Transparenz	Konform	31.12.2026
			Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
40	Spenden	Abteilung Technik	Kontrollen	100% Umsetzung	31.12.2026
41	Überwachung, Kontrollen, Inspektionen	Büro für Internal Audit			
42	Lager / Logistik	Logistikbüro BZ	Regulierung	Konform	31.12.2026
			Schulung	25%	31.12.2026
			Rotation	Umsetzung bis 25%	31.12.2026
			Kontrollen	Umsetzung bis 25%	31.12.2026

2.3.3 Transparenz und Integrität

Im Jahr 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb verschiedene Tätigkeiten durchgeführt, darunter die Übernahme der Vorlagen der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC)- (Beschluss Nr. 495/2024), die Organisation eines Online-Kurses zum Thema Zugang zu Dokumenten und Bürgerrechten sowie die

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Veröffentlichung neuer Dokumente, wie beispielsweise: das Register der Zuwendungen, die Whistleblowing-Verordnung und die aktuellen Daten gemäß Art. 23-bis des Gesetzesdekrets Nr. 33/2013. Sie führte drei Überprüfungen der Veröffentlichungspflichten durch, indem sie sich mit den Referenten austauschte und die Ergebnisse allen Referenten und der Betriebsdirektion mitteilte. Sie führte monatliche Überprüfungen durch, insbesondere zum allgemeinen Zugang zu Dokumenten und zum Bürgerzugang.
Die strategischen Ziele des Südtiroler Sanitätsbetriebs für den Dreijahreszeitraum 2026-2028 stehen im Einklang mit denen der Vorjahre und lassen sich wie folgt zusammenfassen: Aufbau einer zugänglicheren öffentlichen Verwaltung durch die Veröffentlichung von Daten und Informationen.
Zu den Initiativen zur Förderung der Transparenz gehören verschiedene Kommunikations- und Informationstätigkeiten:

- Betriebswebsite;
- MySabes (Intranet): interne Plattform zur Information der Mitarbeiter, zur Verbreitung von Dokumenten und Neuigkeiten;
- Betriebs-E-Mail: schnelles und sicheres Mittel zum Versenden von Rundschreiben und Mitteilungen an das Personal und PEC;
- Karte der Gesundheitsdienstleistungen;
- Broschüren für Patienten: praktische Informationen über den Zugang zu Einrichtungen und Dienstleistungen;
- Betriebszeitschrift (One);
- Beilagen zum Thema Gesundheit in lokalen Tageszeitungen: Bereiche, die der Verbreitung neuer Dienstleistungen und Projekte gewidmet sind;
- Treffen mit den Referenten; Schulungen und Transparenztage.

Im Dreijahreszeitraum 2023-2025 fanden zwei Transparenztage statt: am 09.10.2024 und am 21.10.2025.
Weitere Informationen sind im Abschnitt „Transparente Verwaltung” > Weitere Inhalte > Weitere Daten > Transparenztag einsehbar.
Seit 2023 werden Siteimprove-Instrumente eingesetzt, um die Zugriffe auf den Abschnitt „Transparente Verwaltung” zu überwachen. Jährlich werden Daten zu den meistbesuchten Seiten, der Dauer der Besuche, der Absprungrate und den Ausstiegsraten veröffentlicht. Darüber hinaus steht ein Online-Fragebogen zur Verfügung, um Feedback zur Nutzung und Verständlichkeit der Informationen zu sammeln, das für zukünftige Verbesserungen nützlich ist. Weitere Einzelheiten sind in den entsprechenden Abschnitten des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan enthalten.

Zu den Veröffentlichungspflichten wird auf die Anlage 2.3.3 „Liste der geltenden Veröffentlichungspflichten“ verwiesen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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. Dieses Konzept erstreckt sich auch auf die Nutzung von Computersystemen und Informationstechnologien in Braille-Schrift und in Formaten, die von jedem Benutzer leicht gelesen und verstanden werden können.

Artikel 3 des genannten gesetzgebenden Dekrets sieht vor, dass der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan 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 geplanten Maßnahmen wird im Folgenden berichtet.

Gesundheitsbezirk Bozen

Der Schwerpunkt der physischen und digitalen Zugänglichkeit liegt auf allen Standorten des Gesundheitsbezirks Bozen, sowohl im Krankenhausbereich als auch auf dem Territorium. Die Umsetzung ist derzeit im Bereich des Krankenhauses am größten.

- Alle Standorte sind ohne Treppen und somit auch mit Hilfsmitteln für Menschen mit Beeinträchtigung zugänglich. Darüber hinaus ist das Bozner Krankenhaus mit Schildern für Blinde und Sehbehinderte ausgestattet. Es gibt speziell eingerichtete Schalter, die von Personen, die auf Hilfsmittel angewiesen sind, genutzt werden können.
- Alle Standorte sind mit Aufzügen ausgestattet, wobei die Aufzüge im Krankenhaus Bozen mit Braille-Schildern versehen sind.
- Ein Teil der Aufzüge ist mit einer akustischen Etagenanzeige ausgestattet.
- Ein Teil der Außentüren der Ambulatorien ist in der neuen Klinik mit Braille-Schildern ausgestattet.
- Rund um das Krankenhaus gibt es einige Bereiche, die mit Rillen für sehbehinderte und blinde Menschen ausgestattet sind, die bis zum Infopoint-Schalter reichen.
- Einige Kassen und Infopoint-Schalter in der neuen Klinik sind für Rollstuhlfahrer geeignet und verfügen über einen niedrigen Schalter.
- Die Beschilderung und die Totems zur Beseitigung von Warteschlangen erleichtern den Bürgern den Zugang zu den Dienstleistungen.
- Die Beschilderung in der neuen Klinik wurde auf die Bedürfnisse von Menschen über 65 und mit Beeinträchtigung abgestimmt (Schriftgröße, Texturfarben).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Die Beschilderung in den Ambulatorien der Augenheilkunde ist detaillierter und größer. Außerdem gibt es einen Schauwürfel für Menschen, die an Farbenblindheit leiden.
- Auf den Bildschirmen werden die verschiedenen Veranstaltungen des Gesundheitsbezirks Bozen und andere Nachrichten, die für die Benutzer von Interesse sind, angezeigt. Die Positionierung der Anzeigen mit Beseitigung von Warteschlangen dient auch der Erleichterung von Gehörlosen und allgemein älteren oder gebrechlichen Personen.
- Es gibt Haltegriffe, um die Mobilität von Rollstuhlfahrern an den Eingängen zu erleichtern.
- In baulicher Hinsicht wurden die neue Klinik und deren Toiletten so konzipiert, dass möglichst viele Handläufe vorhanden sind und jede Art von architektonischer Barriere vermieden wird.
- Am Eingang der Notaufnahme (Nordeingang) wurden Porphyrwürfel durch glatte Pflastersteine ersetzt, um die Zugänglichkeit für Rollstuhlfahrer und Menschen mit Krücken oder Gehstöcken zu erleichtern.
- Die Krankenhäuser und Bezirke sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und/oder Privatfahrzeugen erreichbar und verfügen über Invalidenparkplätze in unmittelbarer Nähe.
- Seit 2023 gibt es im Krankenhaus Bozen einen Begleitdienst, der Patienten zur Verfügung steht, die Schwierigkeiten haben, sich auf den Abteilungen zurechtzufinden. Im Bedarfsfall stellt der Begleitdienst einen Rollstuhl zur Verfügung und ruft den Krankenwagen für den Heimweg.

Geplante Maßnahmen

- Ausweitung der neuen Beschilderung auf die beiden Pavillons W. und L. Böhler.
- Wayfinding: System zur Unterstützung der Krankenhausnutzer bei der Orientierung im Raum mit Hilfe einer Fotonavigation auf ihrem Smartphone (z. B. Alzheimer-Patienten).
- Anpassung der Büros und des Front-Office-Bereichs für bessere Zugänglichkeit und Nutzbarkeit.
- Neugestaltung von Büros und Schalterräumen: insbesondere bei der Installation von Multifunktionsschaltern und Kassenautomaten.
- Beschilderung der Eingänge zu den verschiedenen Strukturen, Stockwerken und Räumen mit vereinfachter Darstellung der Organisation des Unternehmens durch Angabe der Abteilungen, Ämter und/oder Dienste und der jeweils zuständigen Leiter, um die vollständige Zugänglichkeit und Verständlichkeit der Daten zu gewährleisten.
- Erweiterung der neuen Krankenhausbeschilderung im roten und blauen Turm.
- Einführung eines digitalen Aufrufsystems mittels Monitors in den Krankenhausdiensten für Zahnheilkunde und Diabetologie.
- Installation von Multifunktionsschaltern, die es den Patienten ermöglichen, selbstständig die Annahme, die Bezahlung eines Tickets, den Ausdruck des Befundes und die Vormerkung einer Gesundheitsleistung vorzunehmen.

Gesundheitsbezirk Meran

Die physische Erreichbarkeit bezieht sich auf alle Standorte im Gesundheitsbezirk Meran (Krankenhäuser Meran und Schlanders, Sprengel Meran, Sprengel Lana, Naturns, Schlanders, Mittelvinschgau, Obervinschgau, St. Leonhard in Passeier).

- Alle Standorte sind ohne Treppen und daher auch mit Hilfsmitteln für Menschen mit Beeinträchtigung zugänglich. Darüber hinaus ist das Krankenhaus Meran mit Hinweisschildern für Blinde und Sehbehinderte ausgestattet. Es gibt speziell ausgestattete Schalter für Menschen mit Beeinträchtigung.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Die Krankenhausstrukturen von Meran und Schlanders sind mit automatischen Zugangs- und Innentüren ausgestattet, welche einen einfachen Zugang ermöglichen.
- Alle Standorte sind mit einem Aufzug ausgestattet und die Aufzüge im Krankenhaus Meran verfügen über eine Beschilderung in Blindenschrift. Im Krankenhaus Meran gibt es außerdem ein Blindenleitsystem.
- Die Krankenhäuser und Sprengel sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und/oder Privatfahrzeugen erreichbar, mit der Verfügbarkeit von Behindertenparkplätzen in unmittelbarer Nähe.
- Das Amt für Verwaltungsaufgaben der Sprengel ist bei Vorhandensein eines Behindertenparkausweises auch mit Privatfahrzeugen erreichbar.
- Die Bartheken des Krankenhauses Meran sind mit einem speziell für Rollstuhlfahrer zugänglichen Bereich ausgestattet.
- Seit 2023 gibt es im Krankenhaus Meran einen Begleitdienst für Patienten, die Schwierigkeiten haben, sich in den Abteilungen zurechtzufinden. Im Bedarfsfall stellt der Begleitservice einen Rollstuhl zur Verfügung und ruft den Krankenwagen für die Rückfahrt nach Hause.

Geplante Maßnahmen

- Anpassung der Büros und Empfangsbereiche: insbesondere im Sprengel Meran und Mittelvinschgau zur Wahrung der Privatsphäre der Bürger.
- Die Beschilderung und die Totems zur Beseitigung von Warteschlangen erleichtern den Bürgern den Zugang zu den Dienstleistungen.
- Neuordnung der Büros und Front-Office-Bereiche: insbesondere im Krankenhaus Meran werden weitere Multifunktionsschalter und Kassenautomaten installiert.
- Durch die Installation von Bildschirmen in den Wartebereichen sollen sämtliche Informationen leichter für Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht werden.
- Im Krankenhaus Meran soll ein neuer Zugang für die geplanten Krankentransporte geschaffen werden, wodurch eine mögliche Gefahrenzone für Fußgänger im Bereich der Eingänge entschärft, wird
- Der Patientenbegleitdienst soll ausgeweitet werden und wird mit zusätzlichen Rollstühlen ausgestattet.

Gesundheitsbezirk Brixen

Die physische Zugänglichkeit wird für alle Standorte im Bezirk Brixen (Krankenhäuser Brixen und Sterzing, Sprengel Brixen-Umgebung, Sprengel Klausen, Sprengel Wipptal, Bad Bachgart) herangezogen und gemessen.

- Alle Standorte sind ebenerdig ohne Treppen und somit auch mit Hilfsmittel für Personen mit Einschränkungen zugänglich.
- Alle Standorte sind mit einem Aufzug ausgestattet.
- Die Krankenhäuser, die Sprengel Brixen-Umgebung, Klausen und Wipptal, Bad Bachgart und das künftige Gemeinschaftshaus Brixen sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und/oder Privatfahrzeugen mit Parkmöglichkeiten in unmittelbarer Nähe erreichbar.
- Das Amt für Verwaltungsaufgaben der Sprengel ist bei Vorhandensein eines Behindertenausweises auch mit Privatfahrzeugen erreichbar. Im Jahr 2025 sind im Amt barrierefreie Zugangsmodalitäten ermöglicht worden, indem eine automatische Tür beim Eingang installiert worden ist, anstelle der

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

bisherigen schweren Tür, welche es den behinderten Mitmenschen schwer gemacht hatte Zugang zu den notwendigen Schaltern zu ermöglichen

- Die Krankenhäuser in Brixen und Sterzing sind mit so genannten „Totems" ausgestattet, die Hinweise auf die Lage der verschiedenen Ambulanzen und deren Wege enthalten.
- Im Krankenhaus Brixen ist bereits seit vorigem Jahr ein Lotsendienst eingerichtet, der die Orientierung im Krankenhausbereich erleichtert. Hier ist heuer im Jahr 2025 auch eine Anzeige in den Krankenhäusern angebracht worden, dass dieser Dienst existiert, wobei alle möglichen Dienste sehr genau aufgelistet worden sind. Zu den Aufgaben der freiwilligen Lotsen gehört:
  - die Weitergabe von Informationen an ambulante Patienten bzw. Krankenhausbesucher
  - die Begleitung von Personen zu den entsprechenden Abteilungen/Diensten
  - die Übernahme der Krankentransportpatienten
  - die Hilfestellung bei der Erledigung von Formalitäten

  Der Freiwillige gibt die entsprechenden Informationen richtig und vollständig weiter, begleitet die Personen/Patienten, immer falls gewünscht, zur entsprechenden Abteilung/Dienst und er ist nach der Annahme jeglicher Patienten dafür verantwortlich, dass die Anmeldung durchgeführt wird und die nötigen Formalitäten, die für die Visiten nötig sind, getätigt werden. Personen/Patienten im Rollstuhl oder mit einer Sehbehinderung werden in der entsprechenden Form begleitet.

  Der Freiwillige ist für die Umlagerung von Patienten und für die Verlegung von Patienten zwischen den Krankenhausabteilungen nicht verantwortlich (kann in einem zweiten Moment angedacht werden). Des Weiteren ist der Lotse bei den Visiten selbst nicht dabei, außer es wird explizit vom Patienten gewünscht, zudem agiert der Lotsendienst nicht als Vermittler bzw. Übersetzer zwischen ärztlichem Personal, Pflegekräften und Patienten. Wenn Privatpersonen bzw. KTW-Patienten vom Lotsendienst begleitet werden, haben sie grundsätzlich keine Priorität am Anmeldeschalter oder an der Kasse. Der Lotsendienst hat nur im Notfall Priorität, wenn der Patient aufgrund des äußerst schlechten Gesundheitszustandes auf keinen Fall an der Kasse oder auf seine Nummer warten kann und sofortige ärztliche Versorgung benötigt.

Geplante Maßnahmen

- Psychiatrisches Wohnheim Sterzing: hier wird in diesen Tagen und nächsten Wochen noch die Umsiedlung des Wohnheimes in eine neue Struktur in Trens/Freienfeld erfolgen, wo eine vollkommene Barrierefreiheit gegeben ist; in den nächsten Jahren erfolgt die Planung und der Umbau des Psychiatrischen Wohnheims Sterzing in der Nähe des Krankenhauses in Sterzing, immer barrierefrei.
- Gemeinschaftshaus Sterzing: Es werden Pläne für die Renovierung des Gebäudes ausgearbeitet, um auch hier die vollständige physische Zugänglichkeit zu gewährleisten, die bisher nur in begrenztem Maße gegeben ist.
- Anpassung der Front-Office-Bereiche im Amt für die Verwaltung der Krankenhäuser im KH Brixen, welche nun für 2026 vorgesehen ist: dies erfolgt sobald die automatisierten Kassen installiert werden.

Diese Maßnahmen wurden in Abstimmung mit den Behindertenverbänden durchgeführt.

In regelmäßigen Abständen werden von der Stadt Brixen Treffen organisiert, zu denen Vertreter der Behindertenverbände, Vertreter der Stadtverwaltung und Vertreter des Gesundheitsbezirks Brixen eingeladen werden. Bei diesen Treffen werden die vom Sanitätsbetrieb und genauer gesagt vom Gesundheitsbezirk Brixen geplanten Arbeiten in den verschiedenen Einrichtungen vorgestellt und die von

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

den verschiedenen Verbänden eingeforderten Aktionen präsentiert. Diese Treffen sind ein Forum für den Informationsaustausch, um u.a. den verschiedenen Nutzern zu erläutern, welche Maßnahmen übernommen bzw. durchgeführt werden können und welche aus rein technischen Gründen nicht umsetzbar sind.

Gesundheitsbezirk Bruneck

Die physische Zugänglichkeit bezieht sich auf alle Standorte im Gesundheitsbezirk Bruneck (Krankenhäuser Bruneck und Innichen, Bruneck-Umgebung, Gadertal, Tauferer Ahrntal, Hochpustertal)

- Alle Standorte sind ohne Stufen bzw. Treppen und somit auch mit Hilfsmitteln für Beeinträchtigte erreichbar. Es gibt speziell eingerichtete Schalter für Menschen, die auf Hilfsmittel angewiesen sind.
- Alle Standorte sind mit Aufzügen ausgestattet und die meisten Aufzüge in den Einrichtungen des Gesundheitsbezirks Bruneck sind mit Braille-Zeichen ausgestattet.
- Die Krankenhäuser und Sprengel sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und/oder Privatfahrzeugen erreichbar, Behindertenparkplätze befinden sich in unmittelbarer Nähe.
- Das Amt für Verwaltungsaufgaben des Sprengels ist zu Fuß bzw. mit dem Privatfahrzeug erreichbar, wenn ein Behindertenparkausweis vorhanden ist.
- Die Krankenhäuser in Bruneck und Innichen verfügen über automatische Zugangstüren und Innentüren für die am stärksten beanspruchten Bereiche.
- Die bettenführenden Abteilungen sind mit Handläufen ausgestattet.

Geplante Maßnahmen

- Installation von Bildschirmen im Krankenhaus Bruneck, welche die verschiedenen Veranstaltungen des Gesundheitsbezirks Bruneck anzeigen. Die Aufstellung der Displays trägt dazu bei, dass das gesamte Krankenhauspersonal sowie externe Besucher über aktuelle Veranstaltungen, Kongresse und Schulungen informiert werden.
- Wiedereröffnung des direkten Zugangs zwischen der Haltestelle Bruneck Nord und dem Krankenhaus Bruneck.
- Direkter Zugang zur Notaufnahme des Krankenhauses Bruneck über die Karl-Toldt-Straße.
- Errichtung einer Tiefgarage am Krankenhaus Innichen in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Innichen.
- Errichtung eines zusätzlichen Baukörpers im Innenhof des Krankenhauses Innichen, der für die Annahme und den Empfang genutzt wird, und Errichtung eines neuen Haupteingangs unter Berücksichtigung der Vorschriften für barrierefreien Zugang.
- Beschilderung an den Eingängen zu den verschiedenen Abteilungen, Stockwerken und Räumen mit vereinfachter Darstellung der Organisation des Betriebes mit Angabe der Abteilungen, Büros und/oder Dienste und der jeweiligen Verantwortlichen, um eine vollständige Zugänglichkeit und Verständlichkeit der Daten zu gewährleisten.

Ab 2025 wird im Krankenhaus in Bruneck ein Lotsendienst eingeführt, um die Orientierung im Krankenhausbereich zu erleichtern.

2.4.2 Digitale Erreichbarkeit und „leichte" Sprache

Wie bereits erwähnt, ist unter Zugänglichkeit der gleichberechtigte Zugang und Benutzbarkeit von elektronischen Diensten und Notdiensten, von Informationen, Kommunikationen, einschließlich Computersystemen und Informationstechnologien in Blindenschrift und in leicht lesbaren und

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

verständlichen Formaten, zu verstehen, und zwar durch den Einsatz spezifischer Maßnahmen für die diversen Beeinträchtigungen oder durch Assistenzmechanismen und die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Maßnahmen im IT-Bereich: Verfahren, Geräte und Dienstleistungen

Von besonderer Bedeutung, wie in der Einleitung dargelegt, sind die Anpassungen der Unternehmensinformationssysteme im Hinblick auf Barrierefreiheit, insbesondere in Bezug auf die Zugangs- und Servicemöglichkeiten, die der Sanitätsbetrieb online bereitstellt, und zwar:

1. INSTITUTIONELLE WEBSITE: Ein überwiegend informatives Tool, das Nachrichten, Initiativen, Daten und Zahlen zu den etlichen Aktivitäten der verschiedenen Bereiche des Betriebs bereitstellt. https://www.sabes.it
2. WEBSITE FÜR DEN ONLINE-ABRUF VON BEFUNDEN: Ein Instrument, das Bürgern einen einfachen Zugang zu den Dokumenten über diagnostische Untersuchungen ermöglicht, die von den Laboren in Südtirol und den betriebseigenen Röntgenabteilungen durchgeführt wurden. https://refonline.sabes.it/Privacy/Index?lang=it-IT
3. SANIBOOK: Die Website, die Bürgern die Buchung, Einsichtnahme und Verwaltung von Terminen für den Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglicht.
   https://appcuppmobile.civis.bz.it/main/home

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb greift die Absicht der Vorschrift auf, die ein weiteres wichtiges Instrument zur Bekämpfung der digitalen Kluft und zur Förderung eines inklusiven digitalen Wandels einführt, und ergreift alle Maßnahmen, um die Ziele der Barrierefreiheit zu erreichen und zu maximieren.
Insbesondere beabsichtigt die Vorschrift:

- Die Selbstevaluierung der Barrierefreiheit auf die eigenen Online-Seiten anzuwenden, mit besonderem Augenmerk auf nicht-textliche Inhalte, Videos, Bilder und deren alternative Unterstützungen, horizontale und vertikale Abstände, die Nutzbarkeit über die Tastatur, Farbpaletten usw. durchzuführen.
- Die Überprüfung der Konformität der vom Sanitätsbetrieb bereitgestellten Anwendungen und Tools mit den Vorgaben der Norm UNI CEI EN 301549 vom Dezember 2021 „Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen der IKT", insbesondere in Bezug auf die Stufe „AA" der Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.0);
- Gemäß den AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) -Richtlinien betreffen die Konformitätsprüfungen der Webseiten folgende Aspekte:
  a. Dokumente in Form von Webseiten;
  b. In Webseiten eingebettete Dokumente, die zur Darstellung verwendet werden oder dazu bestimmt sind, zusammen mit der Webseite, in die sie eingebettet sind, dargestellt zu werden;
  c. Software im Webseitenformat oder in Webseiten eingebettete Software, die zur Darstellung verwendet wird oder dazu bestimmt ist, zusammen mit der Webseite, in die sie eingebettet ist, dargestellt zu werden.
- Die jährliche Erstellung und Veröffentlichung der Barrierefreiheitserklärung;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Die jährliche Erstellung und Veröffentlichung der Barrierefreiheitsziele, insbesondere die Maßnahmen, die darauf abzielen, Mitarbeitenden mit Beeinträchtigung Arbeitsplätze mit IKT (Informations- und Kommunikationstechnik) bereitzustellen, wie in den AgID-Richtlinien vorgesehen;
- Die Planung und Umsetzung von Korrekturmaßnahmen, die im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung identifiziert wurden, um den Stufe-4-Wert der durchschnittlichen Gesamtqualität zu erreichen;
- Die Anwendung der von der AgID bereitgestellten Werkzeuge für die gründliche Bewertung und Überwachung.

Maßnahmen im Bereich der Unterstützung von Dienstleistungen

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat sich das Ziel gesetzt, in allen Bereichen, die besondere Aufmerksamkeit für die Themen Barrierefreiheit erfordern, effektiv tätig zu werden.

Zunächst sei daran erinnert, dass die an den Schaltern erbrachten Dienstleistungen durch Barrierefreiheit, Nutzbarkeit und Effektivität gekennzeichnet sein müssen, zugänglich für alle Personen ohne Diskriminierung, mit besonderem Augenmerk auf Aspekte der Identifikation der Person und der Möglichkeit, dass die Person ihren Willen autonom ausdrücken kann.

In Bezug auf diesen Punkt wird die schrittweise Einführung von Instrumenten, die es ermöglichen, Zustimmungen und Bescheinigungen elektronisch zu erfassen, beispielsweise durch die Verwendung einer grafometrischen elektronischen Unterschrift, so gestaltet, dass vollständige Barrierefreiheit und maximale Nutzbarkeit gewährleistet sind.

Zweitens hält der Südtiroler Sanitätsbetrieb, im Einklang mit dem Geist und den Zielen der genannten UNI-Norm, es für wichtig, die genauen Vorgaben dieser Norm in allen Verfahren zur Beschaffung von IT-Gütern und -Dienstleistungen sowie in den Aufträgen zur Entwicklung von bereits vom Südtiroler Sanitätsbetreib genutzten Systemen zu verwenden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb beabsichtigt, insbesondere bei der Entwicklung neuer Anwendungen, sich an den entsprechenden Leitlinien der AgID zu orientieren.

Auch im Einklang mit dem Geist der hier genannten Normen und Leitlinien möchte der Südtiroler Sanitätsbetrieb Maßnahmen ergreifen, nicht nur in Bezug auf die Anwendungen und Web-Funktionen, die den Bürgern zur Verfügung stehen, sondern auch für die Anwendungen, die von den Mitarbeitern und Vertragsärzten genutzt werden.

Ein konkretes Beispiel für diesen Bereich ist das neue Portal, das den Allgemeinmedizinern und den Kinderärzten zur Verfügung steht und darauf abzielt, Dienstleistungen bereitzustellen, die, auch wenn nur indirekt, dem Bürger zugutekommen (z. B. Verschreibung nicht dringender Transporte, ergänzende Unterstützung, Basismedizinische Dienste).

Auch diese Portale werden einen Anpassungsprozess durchlaufen, wie es für die direkt an den Bürger gerichteten Dienstleistungen vorgesehen ist.

Maßnahmen im Bereich der Büroautomatisierungstools

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat schließlich schon seit Längerem Kriterien zur Auswahl der am häufigsten von den Mitarbeitern verwendeten Systeme eingeführt – wie Textverarbeitungsprogramme, Tabellenkalkulationen, Präsentationen und Kollaborationssysteme –, um die vollständige Barrierefreiheit für die Nutzer zu gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Insbesondere hat sie für alle ihre Mitarbeiter Büroautomatisierungstools eingeführt, die nicht nur vollständig zugänglich für den Benutzer sind, sondern auch erweiterte Funktionen zur Überprüfung der Barrierefreiheit von Dokumenten und Dateien enthalten, die mit diesen Systemen erstellt wurden. Dies wird auch durch die Bereitstellung von barrierefreien Dokumentvorlagen für die gängigen Dateitypen ermöglicht.
Auch für die Zusammenarbeit, insbesondere für die Verwaltung von Videokonferenzen und Online-Arbeitsbesprechungen, umfasst das eingesetzte Tool zahlreiche Funktionen, die Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten dabei unterstützen, den Besprechungen beizuwohnen und sich einzubringen, Nachrichten zu lesen und an Diskussionen teilzunehmen. Dies geschieht durch die Aktivierung von Transkriptionen und Untertiteln, durch Hinzufügen des Videos eines Gebärdensprachdolmetschers und durch die Maximierung der Inklusion der Nachrichten und des Inhalts, die geteilt werden sollen.
Es wird als wesentlich erachtet, im Rahmen der Umsetzung dieses Operativen Plans dieselben Ziele auch auf die vertikalen Anwendungen auszuweiten, die in den verschiedenen Betreibsbereichen genutzt werden, beginnend mit den Anwendungen für die Patientenakte in Stationen, Ambulanzen und Fachabteilungen. Dabei soll ein Dialog mit den Anbietern der Hauptlösungen, die im Südtiroler Sanitätsbetrieb vorhanden sind, eröffnet werden.

„Einfache Sprache"

Das Gesetzesdekret Nr. 222/2023 zielt auch darauf ab, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Information und Kommunikation in Braille-Schrift sicherzustellen, einschließlich Computersystemen und Informationstechnologien in leicht lesbaren und verständlichen Formaten
Zu diesem Zweck beabsichtigt der Südtiroler Sanitätsbetrieb eine Sektion seiner Homepage in so genannter „einfache Sprache" mit einer Reihe von Unterabschnitten von vorrangigem Interesse einzurichten.
„Einfache Sprache" bezieht sich auf eine vereinfachte und standardisierte Variante der Sprache, welche sich durch eine einfachere Ausdrucksweise und eine spezielle visuelle Form auszeichnet. Dies kommt vor allem Menschen mit kognitiven Schwierigkeiten, aber auch mit Lern- und Sprachschwierigkeiten im Allgemeinen zugute.
In diesem Sinne hat das Amt für Gesundheitskommunikation die Ausarbeitung eines Grundkonzepts (mit Planungs- und Projektphase) 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.
Dieser Bereich wurde daher im Laufe des Jahres 2025 mit einigen grundlegenden Inhalten erstellt und Ende des Jahres online gestellt. Eine konkrete Präsentation des Bereichs steht jedoch noch aus.
Die ersten Maßnahmen, welche 2025 umgesetzt wurden, sind Teil einer längerfristigen, mehrjährigen Planung, die die weitere und kontinuierliche Entwicklung des neuen Bereichs vorsieht.
Mit Hilfe eines erfahrenen Partners werden weitere Inhalte implementiert. Dabei richtet sich die Auswahl der Inhalte nach dem größten Nutzen für die benachteiligten Gruppen. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit und mit spezifischer Beratung durch den erwähnten externen Partner, der auf leichte Sprache und Fragen der Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Informationen für Menschen mit Behinderungen spezialisiert ist.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.5 Vereinfachung

Maßnahmen zur Vereinfachung der Prozesse

Die Vereinfachung der Verwaltungsabläufe ist ein strategischer Ansatz zur Korruptionsprävention im Südtiroler Sanitätsbetrieb. Die Reduzierung der bürokratischen Komplexität, die Einschränkung der Ermessensspielräume und die Förderung der Rückverfolgbarkeit und Transparenz der Verfahren sind zentrale Ziele des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans.

Im Dreijahreszeitraum 2026–2028 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Einklang mit den Empfehlungen der Nationale Antikorruptionsbehörde (ANAC) und dem Nationalen Antikorruptionsplan einen strukturierten Prozess zur Überarbeitung und Digitalisierung der Verfahren eingeleitet, der folgende Ziele verfolgt:

- Vereinfachung der Dokumentenflüsse und Einführung von Systemen für Massensignaturen;
- Digitalisierung der Veröffentlichungsverfahren im Bereich „Transparente Verwaltung";
- die Einführung digitaler Instrumente für die Verwaltung ausgewählter Gesundheitsprozesse (z. B. Impfungen, Verschreibungen, Berichterstattung);
- die Rationalisierung der Entscheidungsprozesse durch die Einrichtung einheitlicher Kompetenzzentren und die Standardisierung der Tätigkeiten in den verschiedenen Bezirken;
- die Vereinfachung des Zugangs zu Informationen und Dokumenten, auch durch unterstützende Instrumente und gezielte Schulungen.

Zu den im Jahr 2025 umgesetzten Initiativen gehören:

- das neue Impfregister des Landes mit vereinfachten Formularen und Massensignaturen;
- die Anpassung an ELVS 2.0 und die automatisierte Fehlerverwaltung;
- die Digitalisierung von Anträgen und Genehmigungen über den Intranetbereich für Mitarbeiter;
- die Vereinheitlichung der Kassensysteme und der verzögerten Rechnungsstellung zwischen den Bezirken;
- die Umsetzung von Richtlinien und Verfahren zur Cybersicherheit;
- die schrittweise Ausweitung der Patientenanrufe mit Nummer und der integrierten ELVS-Termine.

Interne Audits zeigen, dass die Digitalisierung und Standardisierung der Prozesse bereits zu einer besseren Rückverfolgbarkeit, Transparenz und Einheitlichkeit der Kontrollen geführt haben, wodurch das Risiko von Undurchsichtigkeit und Willkür bei den Verfahren für Einkauf, Personalverwaltung, Lagerhaltung und Rechnungslegung verringert wurde.

Der reguläre Auditprozess sieht in der Regel die Bewertung der Möglichkeit einer Vereinfachung und Neugestaltung der untersuchten Verfahren vor, die gegebenenfalls durch spezifische, an den Prozessverantwortlichen gerichtete und mit diesem abgestimmte Handlungsaufforderungen formalisiert wird. Der mögliche Einsatz von Technologie wird stets einer vorläufigen Kosten-Nutzen-Analyse unterzogen, die mit Unterstützung der Abteilung Informatik durchgeführt wird.

Der angestrebte öffentliche Nutzen konkretisiert sich in der Entwicklung der Governance, der Verbesserung der Planung und Kontrolle sowie der Durchführung der im Auditplan 2025 vorgesehenen Überprüfungen.

Verbesserungsmaßnahmen und Empfehlungen:

- Vollständige Digitalisierung der Kaufanträge und Vereinheitlichung der Betreibsformulare;
- Verbesserung der Rückverfolgbarkeit der Lagerabläufe und der computergestützten Bestandsverwaltung;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Formalisierung und Verbreitung detaillierter Betriebsabläufe für Kontrollen, um die Rotation der Ressourcen und die Trennung der Aufgaben zu gewährleisten;
- Einführung automatisierter Überwachungssysteme zur Überprüfung von Daten und Leistungen;
- Förderung der kontinuierlichen Schulung des Personals zu neuen Verfahren und digitalen Instrumenten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verwaltungsvereinfachung im Südtiroler Sanitätsbetrieb ein bereichsübergreifender Prozess ist, der alle Betriebsbereiche umfasst und zu mehr Effizienz, Transparenz und Korruptionsbekämpfung führt, mit konkreten Vorteilen sowohl für die interne Organisation als auch für die Nutzer.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ABSCHNITT 3 – ORGANISATION UND HUMANRESSOURCEN

3.1 Organisationsstruktur

Analyse des internen Umfelds

Organisation und Aufgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebes

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist eine Körperschaft des Landes mit öffentlicher Rechtspersönlichkeit und Verwaltungsautonomie.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb übernimmt alle Kompetenzen, die den Sanitätsbetrieben durch die geltende nationale Gesetzgebung zu diesem Thema eingeräumt werden, sowie diejenigen, die im Gesundheitsplan des Landes enthalten sind.

Das Landesgesetz Nr. 3 vom 21.04.2017 „Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes" regelt die Gesundheitsbetreuung in Südtirol und ihre Organisation.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist für die Betriebsstrategie, die operative Planung und die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in Übereinstimmung mit den wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) und auf der Grundlage der Prinzipien der Effizienz und Wirksamkeit bei der Nutzung der verfügbaren Ressourcen, die das Verwaltungshandeln kennzeichnet, verantwortlich. Der Sanitätsbetrieb gewährleistet eine umfassende Betreuung der Bevölkerung und garantiert die Kontinuität der Versorgung durch die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten auf koordinierte Weise, d.h. durch die Zusammenarbeit mit dem sozialen Sektor, zum Zweck der sozio-sanitären Integration im gesamten Landesgebiet. Um diese Aufgaben zu erfüllen, arbeitet der Sanitätsbetrieb in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans, den sektorspezifischen Plänen und den Richtlinien und Bestimmungen der Landesregierung.

Zu diesem Zweck garantiert der Südtiroler Sanitätsbetrieb die wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) und die zusätzlichen Betreuungen (extra-LEA), die von der Landesregierung festgelegt werden, wobei er sich auch der Leistungen bedient, die direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb verwaltet oder von anderen öffentlichen und privaten Körperschaften erbracht werden, und zwar auf der Grundlage der qualitativen und quantitativen Eigenschaften, die durch vertragliche Vereinbarungen festgelegt sind und unter Berücksichtigung der Haushaltsbeschränkungen.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist sich der Bedeutung der Entwicklung von Formen der Zusammenarbeit und der Synergien mit lokalen Institutionen bewusst, die als Träger der Interessen der Gemeinschaft eine wichtige Rolle als Impulsgeber, Mitbeteiligte und Kontrolleure der Arbeit des Südtiroler Sanitätsbetriebes einnehmen. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb verfolgt seine Ziele, indem er die Aktivitäten und Entscheidungen des Betriebes nach kollegialen Gesichtspunkten, entsprechend den jeweiligen Zuständigkeiten, ausrichtet.

Das territoriale Gebiet des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist die Autonome Provinz Bozen und ist in vier Gesundheitsbezirke unterteilt:

- Gesundheitsbezirk Bozen;
- Gesundheitsbezirk Meran;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Gesundheitsbezirk Brixen;
- Gesundheitsbezirk Bruneck.

Die Landesregierung legt die territorialen Grenzen der Gesundheitsbezirke fest. Die Gesundheitsbezirke sind nach den Einzugsgebieten, die durch die geltenden Bestimmungen festgelegt sind, in Gesundheitssprengel eingeteilt.

Auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips sind die Gesundheitsbezirke für die Verwaltung des Gesundheitswesens sowie die Zusammenarbeit mit dem sozialen Sektor zum Zwecke der sozialen und gesundheitlichen Integration in ihrem jeweiligen territorialen Bereich verantwortlich. Insbesondere sind die Gesundheitsbezirke für die Verwaltung des jeweiligen Bezirkskrankenhauses mit einem oder, wo vorgesehen, mehreren Standorten verantwortlich.

Der Gesundheitssprengel garantiert den Schutz der Gesundheit der im Nationalen Gesundheitsdienst (SSN) eingeschriebenen Personen als Bezugszentrum auf territorialer Ebene und bietet seine Dienste in einem Kontext an, der durch eine starke und progressive Integration mit den sozialen Diensten gekennzeichnet ist. Dieser garantiert auch die Kontinuität der Betreuung durch die volle Nutzung der Ressourcen, die das Netzwerk von Allgemeinmedizinern und frei gewählten Kinderärzten bietet.

Darüber hinaus filtert der Sprengel den Zugang zu Krankenhausleistungen, ambulanten Facharztleistungen und zusätzliche Leistungen, die vom Landesgesundheitsdienst bezahlt werden, und verteilt sie je nach Verfügbarkeit und Zuständigkeit dem untergeordneten Gesundheitsbezirk.

Folgende Krankenhäuser sind im Sanitätsbetrieb tätig:

- Landeskrankenhaus Bozen,
- Bezirkskrankenhaus Meran-Schlanders mit den Standorten Meran und Schlanders,
- Bezirkskrankenhaus Brixen-Sterzing mit den Standorten Brixen und Sterzing,
- Bezirkskrankenhaus Bruneck-Innichen mit den Standorten Bruneck und Innichen.

Die Krankenhäuser des Landesgesundheitsdienstes sind Einrichtungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes, die Aufgaben der Krankenhausbetreuung nach den Bestimmungen des Gesetzes, der Verordnungen und der in der Landes- und Betriebsgesundheitsplanung enthaltenen Richtlinien und Vorgaben wahrnehmen.

Die Koordinierung der Leistungserbringung basiert auf einem mehrstufigen Versorgungsmodell, das zwischen Grundversorgung, spezialisierter Versorgung und Versorgung mit hochkomplexen Behandlungen unterscheidet. Die Grundversorgung umfasst Leistungen, die jeder Krankenhausstandort für die Bevölkerung als Mindestmaß an medizinischer Versorgung bereitstellen muss. Zusätzlich zur Grundversorgung können an jedem Krankenhausstandort Spezial- oder Überweisungsbereiche eingerichtet werden. Hochkomplexe Operationen und Behandlungen sind in erster Linie im Landeskrankenhaus Bozen konzentriert, was jedoch nicht ausschließt, dass diese Art von Leistungen auch in anderen Gesundheitsbezirken angesiedelt sein können.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In Bezug auf die Führungsorganisation des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird darauf hingewiesen, dass mit Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 217 vom 30.09.2013 das neue Organigramm der Verwaltungsleitung der Sanitätsbetrieb genehmigt wurde, das auf der Website des Südtiroler Sanitätsbetriebes in der Rubrik „Transparente Verwaltung", Unterabschnitt „Organisation", „Gliederung der Ämter" veröffentlicht wurde.

Mit Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 717 vom 20.12.2018 wurde dann die "Änderung des vorläufigen Organisationsaktes des Südtiroler Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen und die Genehmigung des Organigramms für die administrative, technische und berufliche Leitung" verabschiedet.

Nach dem Prinzip der guten Leistung und der Wirtschaftlichkeit der öffentlichen Verwaltung können Management- und Verwaltungspositionen optimiert werden, womit eine erhebliche Rationalisierung der technisch-administrativen Prozesse erfolgt. Daher wurde zur besseren Ressourcenverteilung ein Projekt zur Betriebsreorganisation beschlossen (für weitere Details siehe Beschlüsse des Generaldirektors Nr. 682 vom 25. Juni 2024und Nr. 717 vom 20. Dezember 2018), das in kurzer Zeit abgeschlossen sein wird.
Es wird daher auf die neue Fassung der Betriebsordnung und seiner Anhänge verwiesen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.2 Dreijähriger Personalbedarfsplan

3.2.1 Personalbedarf

Das vorliegende Dokument hat das Ziel den Personalbedarf des Betriebes für die Jahre 2026, 2027 und 2028 in Anbetracht der Vorgaben des Landes, der betrieblichen Planungsziele, der wichtigsten Trends, die den Bereich Gesundheit im Allgemeinen betreffen und der Auswirkungen des nationalen Planes für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR) aufzuzeigen.

Der dreijährige Personalbedarfsplan ist integrierender Bestandteil des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans (ITOP). Er hat den Zweck die Qualität der angebotenen Dienste an den Bürgern zu verbessern und den öffentlichen Wert des Betriebes und somit das Gemeinwohl zu steigern.

Mit Hilfe dieses Instruments werden die Abwicklung von Wettbewerben und die Personalaufnahme optimiert. Zudem wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in den neuen territorialen Strukturen, welche aufgrund des PNRR in den nächsten Jahren realisiert werden, zusätzliches Personal benötigt wird.

Ausgehend vom aktuellen Personalstand haben die Betriebsdirektion, die einzelnen Gesundheitsbezirke und Betriebsabteilungen für den Dreijahreszeitraum die zusätzlich benötigten vollzeitäquivalenten Stellen (VZÄ) geplant und der Betriebsdirektion vorgeschlagen. Dabei wurde der Ausbau von bereits bestehenden Diensten sowie auch neue Projekte berücksichtigt und entsprechend begründet. Die Sicherstellung der Mindeststandards für das Pflegepersonal in den Akutabteilungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist dabei berücksichtigt.

Neue Dienste nicht PNRR:

- Aufbau plastische Chirurgie im Krankenhaus Bozen
- Eröffnung eines Dienstes für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen
- Psychiatrische Reha-Struktur im Gesundheitsbezirk Brixen
- Intensivierung der Palliativbetreuung
- Ausbau der Hospizbetten
- Ausbau der Strahlentherapie
- Aktivierung der Programme für die Mundgesundheit
- Errichtung eines territorialen pharmazeutischen Dienstes
- Stationäres Psychotherapiezentrum für Jugendliche

Ein wesentlicher Teil der Neuanstellungen, sind auf die laut Nationalem Wiederaufbau- und Resilienzplan (PNRR) neu zu schaffenden Dienste zurückzuführen.

Folgende Dienste/Strukturen werden auf dem Territorium laut PNRR-Vorgaben neu aufgebaut:

- 12 Gemeinschaftshäuser (Jahre 2025 und 2026)
- 4 Einheiten der Betreuungskontinuität (Jahre 2025 und 2026)
- 3 Gemeinschaftskrankenhäuser (Jahr 2026)

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Personalanforderungen reichen vom Bereich Prävention bis hin zur Akutversorgung und Rehabilitation im Krankenhaus und auf dem Territorium und beinhalten auch die Supportdienste der Verwaltung.

Der Personalbedarf an Verwaltungsmitarbeitern beinhaltet sowohl die Gesundheitsdienste als auch die Verwaltungsdienste.

ERGEBNIS DER PERSONALBEDARSPLANUNG INSGESAMT

Der dreijährige Personalbedarf von 522,9 vollzeitäquivalenten Mitarbeitern entspricht einer Steigerung von ca. 5% gegenüber dem aktuellen Stand (Werkverträge und andere Vertragsformen inbegriffen). Mehr als ein Drittel davon bezieht sich auf die PNRR-Vorhaben.

Personalbedarf Südtiroler Sanitätsbetrieb 2026-2028 pro Berufsfigur in Vollzeitäquivalenten und unterteilt in Nationaler Aufbau- und Resilienzplan (PNRR) ja/nein

	PNRR		
Berufsfigur	**ja**	**nein**	**Gesamtergebnis**
Biomedizinischer Labortechniker/in		1,5	1,5
Dentalhygieniker		7,6	7,6
Ergotherapeut/in		6,0	6,0
Ernährungstherapeut/in		0,5	0,5
Erzieher/in		11,5	11,5
Fachkraft der allgemeinen Dienste/Portier-Telefonvermittler		1,0	1,0
Fachkraft der Mensa		0,8	0,8
Fachkraft der Ökonomatsdienste	2,0	13,0	15,0
Fachlehrer/in		1,0	1,0
Ingenieur/in		2,0	2,0
Krankenpfleger/in	140,3	89,7	229,9
Logopäde/in	1,0		1,0
Medizinisch-röntgentechnische/r Assistent/in		10,5	10,5
Pflegehelfer/in OSS	57,0	54,5	111,5
Physiotherapeut/in	9,5	3,5	13,0
qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in		2,0	2,0
Sanitäre/r Leiter/in - Arzt/Ärztin	25,3	8,3	33,5
Sanitäre/r Leiter/in - Psychologe/in	1,5	6,0	7,5
Sozialassistent/in	5,0	2,0	7,0
spezialisierte Hilfskraft		1,0	1,0
Verwaltungsinspektor/in		2,0	2,0
Verwaltungssachbearbeiter/in	35,4	21,8	57,1
Gesamtergebnis	**276,9**	**246,0**	**522,9**

Personalbedarf Südtiroler Sanitätsbetrieb 2026-2028 pro Berufsfigur in Vollzeitäquivalenten nach Bereich

Berufsfigur	**Gesundheits-dienst**	**Technischer Dienst**	**Verwaltungs-dienst**	**Gesamt-ergebnis**
Biomedizinischer Labortechniker/in	1,5			1,5

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dentalhygieniker	7,6			7,6
Ergotherapeut/in	6,0			6,0
Ernährungstherapeut/in	0,5			0,5
Erzieher/in	11,5			11,5
Fachkraft der allgemeinen Dienste/Portier-Telefonv.			1,0	1,0
Fachkraft der Mensa			0,8	0,8
Fachkraft der Ökonomatsdienste		13,0	2,0	15,0
Fachlehrer/in	1,0			1,0
Ingenieur/in		1,0	1,0	2,0
Krankenpfleger/in	229,9			229,9
Logopäde/in	1,0			1,0
Medizinisch-röntgentechnische/r Assistent/in	10,5			10,5
Pflegehelfer/in OSS	111,5			111,5
Physiotherapeut/in	13,0			13,0
qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	2,0			2,0
Sanitäre/r Leiter/in - Arzt/Ärztin	33,5			33,5
Sanitäre/r Leiter/in - Psychologe/in	7,5			7,5
Sozialassistent/in	7,0			7,0
spezialisierte Hilfskraft			1,0	1,0
Verwaltungsinspektor/in		1,0	1,0	2,0
Verwaltungssachbearbeiter/in	32,4	0,5	24,3	57,1
Gesamtergebnis	**476,4**	**15,5**	**31,0**	**522,9**

3.2.2 Strategie zur Deckung des Personalbedarfs

Freie Stellen werden in erster Linie durch interne Mobilitätsverfahren besetzt. Dies erfolgt, um verschiedenen Bedürfnissen und Möglichkeiten gerecht zu werden: um internen Versetzungsanträgen im Hinblick auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter nachzukommen, um den Grundsatz der Rotation einzuhalten, um berufliches Wachstum und Austausch zu gewährleisten und um die für die Qualität der Dienstleistungen am besten geeigneten Ressourcen zu finden.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird versucht, die Stellen durch externe Mobilitätsverfahren zwischen den Körperschaften des bereichsübergreifenden Bereiches zu besetzen. Sobald die oben genannten Versuche abgeschlossen sind, leitet der Südtiroler Sanitätsbetrieb öffentliche Auswahlverfahren ein, dem ein öffentliches Verfahren zur Erteilung befristeter Aufträge in Erwartung der Ergebnisse der Auswahlverfahren vorausgeht.

Zur Steigerung der Attraktivität des Sanitätsbetriebes tragen die im Kollektivvertrag vorgesehenen Institute der beruflichen Entwicklung in Form von Organisationspositionen und beruflichen Aufträgen bei. Diese Form der beruflichen Laufbahn, die eine Alternative zur Führungslaufbahn darstellt, ermöglicht es, die für den Sanitätsbetrieb strategisch wichtigsten Spezialisierungen und persönlichen Fähigkeiten aufzuwerten. Diese Möglichkeiten werden über die Homepage und Recruitingprozesse den Bürgern kommuniziert.

Der Sanitätsbetrieb sorgt für seine Sichtbarkeit in den sozialen Medien und auf der eigenen Website, indem er regelmäßig Bekanntmachungen und Ausschreibungen veröffentlicht. Darüber hinaus werden

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

jährlich zwei Veranstaltungen für angehende Absolventen der Gesundheitsberufe und für angehende Ärzte organisiert. Dabei werden Aus- und Weiterbildung, Karrierechancen, Netzwerke mit internationalen Spitzenkliniken, Benefits, die Anstellungsmethoden, die wirtschaftliche und rechtliche Behandlung, welche von den Kollektivverträgen vorgesehen ist, sowie die allgemeine Organisation des Landesgesundheitsdienstes vorgestellt. Was die Ärzte betrifft, so zielt die Veranstaltung darauf ab, die möglichen Alternativen für die Ausbildung und Einstellung von Fachärzten aufzuzeigen.

Regelmäßig präsentiert sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb in den wichtigsten Medizinuniversitäten, um geeignetes medizinisches Personal anwerben zu können. Jedes Jahr ist eine Präsentation der Facharztausbildungen an der Medizinischen Universität Innsbruck und anderen strategisch wichtigen Universitäten vorgesehen, welche für alle Studierenden der Universität offen ist.

Darüber hinaus ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Vertretern im Hochschulrat der Freien Universität Bozen vertreten, die Anpassungen der Studienprogramme der verschiedenen Studiengänge vorschlagen, den Sanitätsbetrieb vor Studentengruppen präsentieren und die Universitätsprofessoren in die Vorbereitung von Ausschreibungen und Auswahlverfahren einbeziehen.

Seit 2025 wird der Studiengang Medicine und Surgery angeboten, welcher von der Università Cattolica del Sacro Cuore in Zusammenarbeit mit dem Land Südtirol und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb durchgeführt wird und erfolgt am Universitären Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe Claudiana. Dort werden die theoretischen Vorlesungen und der praktische Unterricht abgehalten, während die klinische Ausbildung im Südtiroler Sanitätsbetrieb und in den Einrichtungen des Landeskrankenhausnetzwerks absolviert wird. Ziel des Studiengangs ist es, dem Ärztemangel entgegenzuwirken, die Attraktivität Südtirols im Gesundheitssektor zu steigern und neue Karrieremöglichkeiten zu schaffen.

Im Laufe des Jahres 2025 wird die Unterstützung der neuen Bewerber weiterhin nach dem Modell „One Stop Shop" fortgesetzt. Ziel des One Stop Shop ist es, den Bewerbern einen einzigen Ansprechpartner für alle Angelegenheiten rund um die zukünftige Tätigkeit im Südtiroler Sanitätsbetrieb zu bieten. Der One Stop Shop bietet außerdem eine umfassende Unterstützung bei den verschiedenen bürokratischen Phasen, die mit der Einstellung verbunden sind. Insbesondere garantiert die Anlaufstelle eine individuelle Begleitung der Fachkräfte, die eine Anstellung beim Südtiroler Sanitätsbetrieb anstreben, indem sie die persönlichen Bedürfnisse analysiert und als Schnittstelle zu den verschiedenen Ansprechpartnern fungiert. Die Themen, bei denen Unterstützung geleistet wird, reichen von der Anerkennung von Qualifikationen, über Fragen im Zusammenhang mit Zweisprachigkeit und sprachlicher Zugehörigkeit, der Eintragung ins Berufsregister, der Wohnungssuche bis hin zur Anstellung. Darüber hinaus ermöglicht sie den Fachkräften Kontakte zu den relevanten Abteilungen und Diensten zu knüpfen, eine verlässliche Gehaltsprognose zu erhalten und in den Einstellungsverfahren begleitet zu werden. Die Tätigkeit der Anlaufstelle wird fortgesetzt und, in Erwartung einer möglichen personellen Aufstockung, wird es möglich sein, das Thema weiter zu vertiefen. Um das Interesse an Gesundheitsberufen zu steigern, wird der Weg der praxisnahen Ausbildung im Rahmen von Praktika „Übergreifenden Kompetenzen und Orientierung in der Berufswelt" für die vierten und fünften Klassen der Oberschulen fortgeführt, mit dem Ziel, die Berufsorientierung zu fördern.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.3 Organisation der agilen Arbeit

Gemäß Ministerialdekret 24/06/2022 Nr. 81 ist der Organisationsplan für agile Arbeit in den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) aufgenommen worden. Im Einklang mit den jüngsten rechtlichen und technologischen Innovationen und mit dem Ziel, eine größere organisatorische Flexibilität zu fördern, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die agile Arbeit (Smart Working) eingeführt. Dieser neue Ansatz bietet den MitarbeiterInnen die Möglichkeit, ihre Aufgaben außerhalb des Betriebes zu erledigen und dabei ein hohes Maß an Effizienz und Produktivität aufrechtzuerhalten.

Ziele von Smart Working:

- Förderung der Work-Life-Balance;
- Steigerung der Produktivität und des Wohlbefindens der MitarbeiterInnen;
- Reduzierung von Reisezeiten und -kosten;
- Verbesserung der Arbeitsorganisation, Gewährleistung von Flexibilität und Verantwortung.

Der bereichsübergreifende Kollektivvertrag BÜKV vom 12/02/2008 sieht die agile Arbeit (Smart Working) als eine der Formen der Arbeitszeitflexibilität und Vorschriften zum Schutz der Arbeitszeit- und Lebensqualität vor.

Gemäß Art. 19 "bekräftigen die Verhandlungspartner die Verpflichtung, die vertraglich festgeschriebenen Leistungen den effektiv erbrachten Leistungen möglichst anzupassen und dabei auch flexible Arbeitszeitmodelle und Formen des Arbeitszeitmanagements ausfindig zu machen."

Im zweiten Teilvertrag des bereichsübergreifenden Kollektivvertrages für den Dreijahreszeitraum 2019-2021 vom 3. Dezember 2020 wurden die Rahmenbedingungen zur agilen Arbeit definiert:

- Agile Arbeit kann eine befristete oder unbefristete Dauer haben
- Agile Arbeit beruht auf dem Erreichen vereinbarter Ziele und/oder Leistungen
- In Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des Dienstes können Arbeitstätigkeiten im agilen Arbeitsmodus nach einem frei verwalteten Zeitplan durchgeführt werden, in der Regel innerhalb der täglichen Arbeitszeiten zwischen 06.00 und 20.00 Uhr. Je nach Dienstbedarf können genaue Zeitvorgaben und Zeiten der Erreichbarkeit definiert und vereinbart werden. In jedem Fall muss die Einhaltung der gesetzlichen und kollektivvertraglichen stündlichen und täglichen Ruhezeiten gewährleistet sein, und während der Ruhezeiten muss das Recht auf Unterbrechung der Verbindung gewährleistet sein.
- Im Rahmen der dienstlichen Erfordernisse können Tätigkeiten im agilen Arbeitsmodus ohne Einschränkung des Arbeitsplatzes ausgeführt werden.
- Die Agile Arbeit berechtigt keine Überstundenleistungen und gibt kein Anrecht auf Essensgutscheine.

Der obgenannte Kollektivvertrag sieht vor, dass die individuelle Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und das betroffene Personal folgendes vorsehen muss:

- die Dauer der Vereinbarung
- die allgemeine Beschreibung der auszuführenden Tätigkeiten und die zu erreichenden Ziele
- die Anzahl der Tage und/oder Halbtage pro Woche oder die Anzahl der Tage und/oder Halbtage Agiler Arbeit, die flexibel genutzt werden können, bezogen auf einen Zeitraum

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- bei Notwendigkeit, den Zeitrahmen innerhalb welchem die Arbeitstätigkeit ausgeführt werden muss und die Mindestzeiten der Erreichbarkeit
- die Ruhepausen mit Anrecht auf Unterbrechung der Verbindung
- die Merkmale des Ortes/der Orte an dem/denen agile Tätigkeiten ausgeübt werden können
- die für agiles Arbeiten erforderliche technische Ausrüstung sowie die von den Verwaltungen zur Verfügung gestellte Ausrüstung
- die Bedingungen der Kündigungsfrist.

Aufgrund dieser Regelung hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Rundschreiben vom 29/03/2022 verabschiedet, mit welchem die Richtlinien zur Abwicklung von Smart Working festgelegt worden sind.

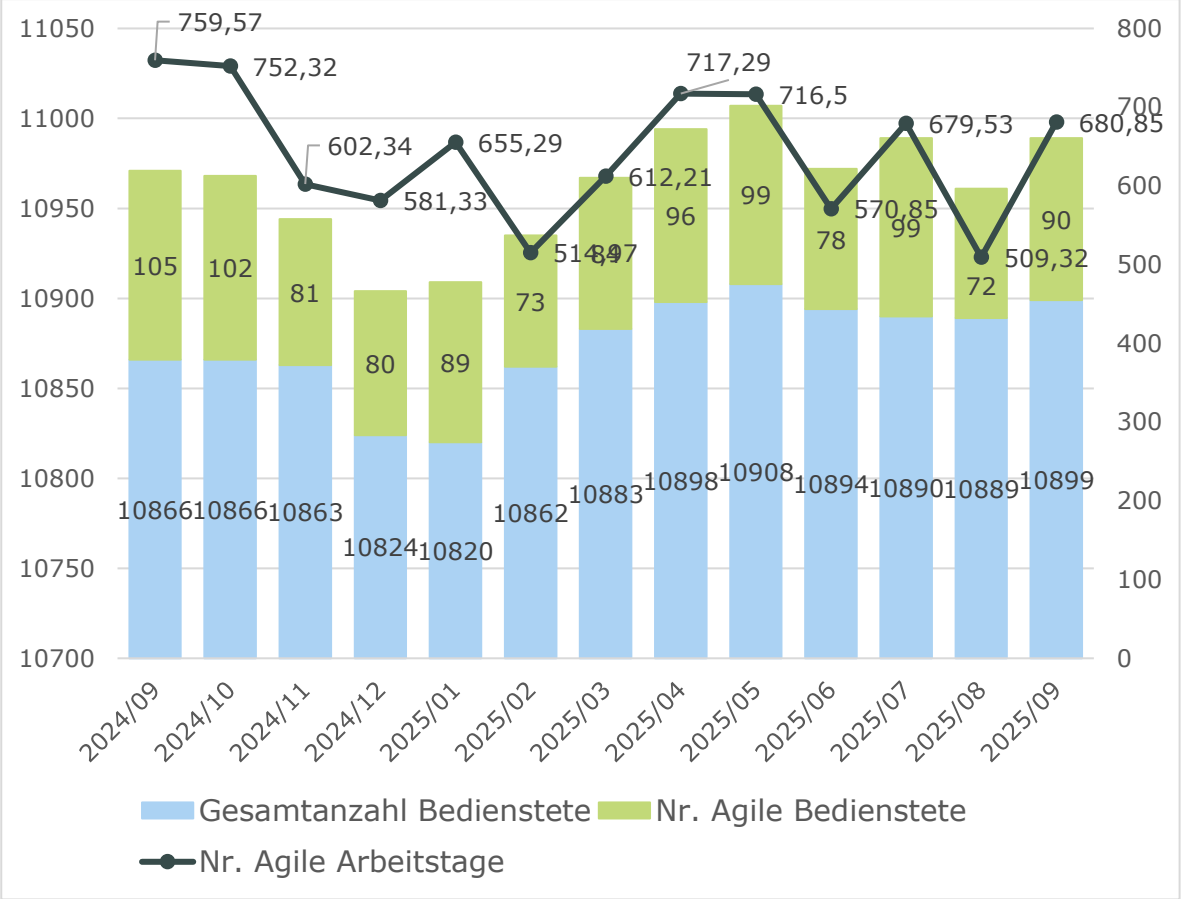
Eine individuelle Vereinbarung zwischen der direkt vorgesetzten Führungskraft und der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter muss unterzeichnet werden, damit Smart Working genutzt werden kann.

Ein Formular für die individuelle Vereinbarung ist dem Rundschreiben beigelegt.

Eine Vorlage für die Festlegung der Ziele und die Leistungsmessung ist ebenfalls beigefügt.

Daten zum Smart Working von September 2024 bis September 2025

Bedienstete insgesamt, agile Bedienstete und agile Arbeitstage:



PERSONALSTAND ZUM 30.09.2025

Am 30.09.2024 waren 10.899 Bedienstete im Südtiroler Sanitätsbetrieb beschäftigt.

Die nach Berufsbildern aufgegliederte Personalsituation ist folgender Tabelle dargestellt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Personale dipendente al 30.09.2025 - Bedienstetes Personal zum 30.09.2025			
Contratti - Verträge	**Profilo professionale - Berufsprofil**		**Numero - Anzahl**
INCARICHI - PROVISORISCHE AUFTRÄGE	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	3
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	66
	Assistenti tecnici	Fachassistenten	2
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	29
	Biologi	Biologen	10
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	85
	Fisico/a	Physiker/in	2
	Ingegnere/a	Ingegnere/a	1
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	15
	Medici	Ärzte	445
	Odontoiatri	Zahnärzte	4
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	4
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	34
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	30
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	21
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	90
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	12
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	47
	Psicologi	Psychologen	7
	Veterinari	Tierärzte	4
INDETERMINATI - UNBEFRISTET	Analista-sistemista EDP	DV-Analytiker/in - Systembetreuer/in	8
	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	98
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	424
	Assistente religioso	Seelsorger/in	21
	Assistente sociale	Sozialassistent/in	57
	Assistente tecnico/a specializzato/a	Spezialisierte/r Fachassistent/in	17
	Assistenti tecnici	Fachassistenten	16
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	519
	Avvocato/essa	Rechtsanwalt/anwältinnen	5
	Bagnino/a massaggiatore/rice	Bademeistermasseur/in	1
	Biologi	Biologen	27
	Chimici	Chemiker	1
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	588
	Commesso/a	Amtswart/in	5
	Dirigenti area amministrativa	Dirigenti area amministrativa	79
	Esperto/a delle prof.ni sanitarie	Experte/in der Gesundheitsberufe	27
	Farmacisti	Apotheker	30
	Fisico/a	Physiker/in	7
	Ingegnere/a	Ingegnere/a	7
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	88
	Medici	Ärzte	1079
	Odontoiatri	Zahnärzte	4
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	31
	Operatore/rice EDP	DV-Operator/in	5
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	584
	Opert. tecn. specializzato/a addetto/a al servizio odontoiatrico	Spezialisierte Fachkraft bestimmt für den zahnärztlichen Dienst	10
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	704
	Prof.ni atipiche del ruolo sanitario	Atypische Berufe des Sanitätsstellenplanes	8
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	499
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	3557
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	155
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	486
	Programmatore/ice-analista EDP	Programmierer/in DV-Analytiker/in	22
	Psicologi	Psychologen	241
	Tecnico/a edile	Bautechniker/in	3
	Tecnologo/a alimentare	Lebensmitteltechnologe/in	1
	Veterinari	Tierärzte	37
SOSTITUZIONI - VERTRETUNGEN	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	3
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	19
	Assistente sociale	Sozialassistent/in	7
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	3
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	29
	Farmacisti	Apotheker	1
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	6
	Medici	Ärzte	21
	Odontoiatri	Zahnärzte	1
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	1
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	6
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	15
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	53
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	337
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	1
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	14
	Psicologi	Psychologen	20
Totale - Gesamt			10899

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.4 Ausbildung des Personals

Der Betriebsplan für die ständige Weiterbildung (BPsW) wird mit Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebs genehmigt, um alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Südtiroler Sanitätsbetriebes über die ständige Weiterbildung, die organisiert wird und zu denen sie Zugang haben, zu informieren. Diese Information ist hilfreich für die Planung der individuellen ständigen Weiterbildung und zur Erstellung des eigenen Weiterbildungsdossier sowie zur Ausarbeitung von Entwicklungsplänen von Teams (Weiterbildungsdossiers von Teams).

Der BPsW stellt somit ein Instrument für die strategische Orientierung der beruflichen Fortbildung dar und wird von Vorschlägen, die im Inneren der operativen Einheiten der Mitarbeiter und deren direkten Vorgesetzten entstehen, ergänzt.

Das Angebot entspricht den Weiterbildungszielen des Landes, die wiederum die nationalen Ziele übernehmen und dient zur Erreichung der betrieblichen Ziele.

Die Ausrichtung des Landesgesundheitsplanes 2016-2020 berücksichtigend, muss die ständige Weiterbildung folgende Themenbereiche vorsehen:

- Die Prävention und die Gesundheitsförderung
- Wohnortnahe Betreuung und soziosanitäre Versorgung:
    - die Rolle der Beteiligten und die notwendigen Veränderungen
    - Betreuung von Personen mit chronischen Erkrankungen
    - Betreuung in den stationären Einrichtungen
    - Hauspflege
    - Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen
    - Betreuung von Minderjährigen
    - Betreuung von Frauen und Familien
- Stationäre Versorgung:
    - Krankenhausnetz und Leistungsprofile
    - Betreuung von Personen im akuten Zustand
    - die Organisationsstruktur
- Betreuung von Personen in einem besonderen Zustand: mit onkologischen Erkrankungen, psychischen Störungen und mit Demenz
- Komplementärmedizin
- Landesübergreifende Versorgung
- Personalentwicklung.

Die wichtigsten Entwicklungsbereiche des Südtiroler Sanitätsbetriebes:

- Personalentwicklung
- Führungskräfteentwicklung
- Einführung eines Coaching Programmes für alle Führungskräfte
- Verstärkung der Zusammenarbeit mit der Charité in Berlin im Bereich Weiterbildung
- Medizinisch rechtliche Aspekte und Berufshaftung
- Umsetzung des Landespräventionsplanes
- Pharmazeutik, medizinische Geräte, innovative Diagnostik und Therapie
- klinisches Risikomanagement

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Management der COVID 19 -Epidemie
- Verwaltung der Wartezeiten
- Umsetzung des Chronic Care Model
- Sozio-sanitäre Eingliederung
- Leading an Empowered Organization
- Lean Healthcare
- Datenschutz und Trasparenz
- Relationship based Care
- Digitalisierung und Telemedizin
- Zusammenarbeit mit internationalen Körperschaften
- PNRR
- Accreditation Canada
- Panflu (Piano pandemico influenzale)
- Innovation, Clinical Research and bedside teaching

Das zuvor Erwähnte, sowie die Regelung auf dem Gebiet der verpflichtenden Weiterbildung berücksichtigend, werden folgende Themenbereiche festgelegt:

- Akkreditierung, Zertifizierung, Qualität und Patientensicherheit
- Bereich Notfall/Rettungsdienst
- Ethik
- Fachspezifische Kompetenzen auf allen Ebenen in der Organisation
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeiten
- Management und Leadership
- Notwendige Fähigkeiten zur Durchführung von Projekten von betrieblicher Relevanz
- Rechtliche Verantwortung (Transparenz, Antikorruption, Datenschutz u.s.w.)
- Risk Management
- Sicherheit am Arbeitsplatz.

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

Ziel 2026

- Planung, Organisation und Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen für alle Berufsgruppen und Sparten.
- Ermöglichen der Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen von externen Anbietern.
- Gemeinsame Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte aller Berufsgruppen.
- Planung, Organisation und Durchführung einer Nachwuchsführungskräfteförderung aller Berufsgruppen.

Erwartetes Ergebnis 2026

Planung, Organisation und Durchführung von mindestens 700 internen Weiterbildungsveranstaltungen mit mindestens 40.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Ermöglichen der Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen; mindestens 10.000 Teilnahmen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen für Führungskräfte aller Berufsgruppen im Südtiroler Sanitätsbetrieb.
Indikatoren
Anzahl interner Weiterbildungsveranstaltungen: 700
Anzahl Teilnehmer an internen Weiterbildungen: 40.000
Anzahl der Teilnahmen an externen Weiterbildungen: 10.000

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.
Ziel 2026
Im Jahr 2026 soll der Spracherwerbsprozess der Mitarbeitenden ohne Zweisprachigkeitsnachweis durch folgende Maßnahmen unterstützt werden:

- Organisation von internen Sprachkursen auf Niveau A1
- Organisation von internen Sprachkursen auf den Niveaus A2–C1
- Organisation von Sprachzertifizierungsprüfungen
- Organisation von Sprachberatungen
- Organisation von Sprachvolontariat/Sprachtandem
- Optimierung der Datenbank zur Übersicht über den sprachlichen Werdegang der Mitarbeitenden
- Sensibilisierung der Führungskräfte hinsichtlich der Bedeutung sprachlicher Kompetenzen.

Erwartetes Ergebnis 2026
Erhöhung der Anzahl der Gesundheitsbediensteten mit Nachweis für die deutsche und italienische Sprache.
Indikatoren:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Organisation von 10 intensiven Sprachkursen auf Niveau A1 mit jeweils mindestens 80 Stunden
- Organisation von mindestens einem extensiven Sprachkurs pro Sprachniveau
- Sprachberatung für mindestens 15 Mitarbeitende
- Organisation von mindestens zwei Sprachzertifizierungsprüfungen.

Führungskräfteentwicklung:

Im Laufe des Jahres 2025 wurden die ersten Maßnahmen umgesetzt, die im Konzept zur Entwicklung von Führungskompetenzen vorgesehen sind. Das Konzept gliedert sich in folgende Bereiche:

- Schaffung eines kontinuierlichen Weiterbildungsangebots für Führungskräfte, das sich auf Führungskompetenzen konzentriert (soziale Kompetenzen, persönliche Kompetenzen, methodische Kompetenzen, Management und Leadership) sowie die Einrichtung eines speziellen Coaching-Pools für Führungskräfte
- Bereitstellung von Management- und Führungsinstrumenten
- Entwicklung von Nachwuchsführungskräften mit besonderem Augenmerk auf die Vorbereitung zukünftiger Führungspersönlichkeiten.

In den kommenden Jahren werden diese Maßnahmen erweitert, gefestigt und in die Unternehmenskultur integriert.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.5 Dreijahresplan der positiven Tätigkeiten und Gender Equality Plan – Chancengleichheit und Ausgewogenheit der Geschlechter

Der Kodex für Chancengleichheit zwischen Mann und Frau (Gesetzesvertretendes Dekret vom 11.April 2006, Nr. 198, Art. 48) sieht vor, dass die öffentlichen Verwaltungen Aktionspläne zur Förderung der Gleichbehandlung und Chancengleichheit und zur Verminderung des Geschlechtergefälles ausarbeiten. Der Planungszeitraum umfasst drei Jahre.

Die Richtlinie Nr. 2/2019 des Präsidenten des Ministerrats fördert die Ausgewogenheit der Geschlechter in den italienischen öffentlichen Verwaltungen. Sie betont die Bedeutung der Chancengleichheit und die Überwindung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten. Es werden Maßnahmen festgelegt, um die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben zu erleichtern, eine ausgewogene Vertretung von Männern und Frauen in Entscheidungspositionen zu gewährleisten und diskriminierende Praktiken zu bekämpfen. Ziel ist es, inklusive und auf Gleichberechtigung ausgerichtete Arbeitsumgebungen zu schaffen.

Der Verhaltenskodex für den Schutz der Würde der Menschen, die im Südtiroler Sanitätsbetrieb arbeiten, Beschluss Nr. 169 vom 31.07.2009, garantiert allen, gleichberechtigte Beziehungen und das Recht auf Schutz vor allen Handlungen und Verhaltensweisen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer diskriminieren.

Die Gesundheit und die Wertschätzung der menschlichen Ressourcen sind unerlässliche Grundlagen, auf denen ein Betrieb aufbauen muss, um seine Ziele in Bezug auf Inklusion, Anti-Diskriminierung und Wohlbefinden zu erreichen.

Der Dreijahresplan ist ein gezieltes Instrument, das im Rahmen der Initiativen des Südtiroler Sanitätsbetriebs steht, um gezielt positive Maßnahmen zu fördern. Diese Maßnahmen sollen die Umsetzung von Grundsätzen der Gleichberechtigung und Chancengleichheit im Arbeitsumfeld unterstützen, die Vereinbarkeit von Lebens- und Arbeitszeiten fördern und ein förderliches Organisationsklima für das Wohlbefinden schaffen.

Durch dieses Instrument verpflichtet sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb dazu, die beschriebenen Maßnahmen zu unterstützen und diese Systematik und Kohärenz zu verleihen.

Die in diesem Instrument erarbeiteten Maßnahmen sind im Einklang mit den Betriebszielen sowie dem Verhaltenskodex zum Schutz und zur Würde der Personen, die in der Gesundheitseinrichtung der Autonomen Provinz Bozen arbeiten und tätig sind. Sie tragen zur Umsetzung der strategischen Betriebsziele für 2026-2028 bei.

Im Verlauf der kommenden drei Jahre soll die nationale Zertifizierung UNI/PdR 125:2022 zur Geschlechtergleichstellung erlangt und konkret innerhalb der Organisation umgesetzt werden.

Das Komitee hat folgende Aufgabe: Vorschläge einzubringen, Beratung anzubieten und Ausgangssituationen und Ergebnisse zu überprüfen. Es trägt zur Optimierung der Arbeitsproduktivität bei, indem es die Effizienz der Leistungen durch die Gewährleistung eines Arbeitsumfelds steigert, in der Chancengleichheit, Wohlbefinden des Personals und Bekämpfung jedweder Form von Diskriminierung und moralischer sowie psychologischer Gewalt garantiert sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die interdisziplinäre Arbeit und die Schaffung von Netzwerken sind ein wesentliches Instrument der Verwaltung, um ein höheres Niveau im Bereich der Analyse von Situationen, der Erarbeitung von Vorschlägen und der Umsetzung von Maßnahmen zu erreichen.

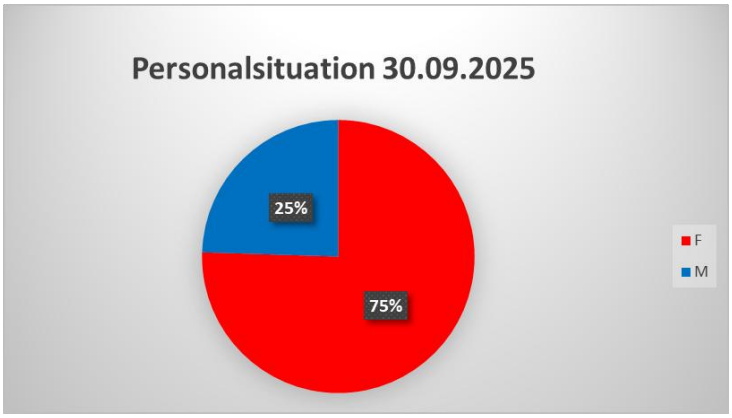
Der Dreijahresplan wird mittels der Personaldaten, welche von der Verwaltung zur Verfügung gestellt werden, vom Einheitlichem Garantiekomitee gemäß der Richtlinie Nr. 2/2019 erarbeitet.

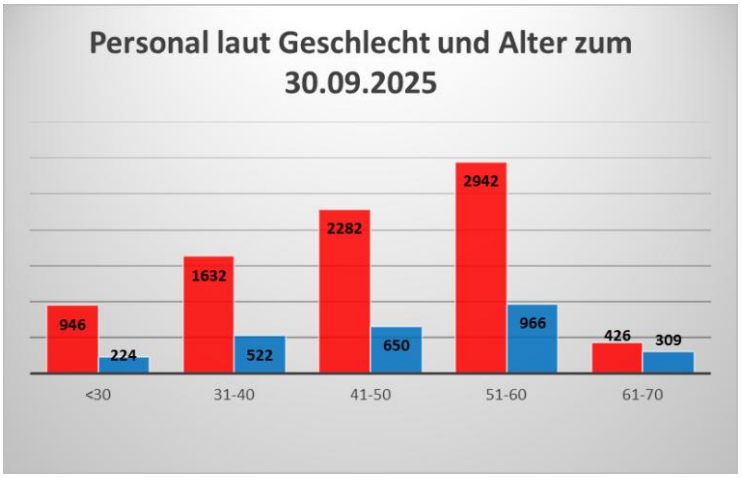
3.5.1 Analyse der Personaldaten und Überwachung

Chancengleichheit und Ausgewogenheit der Geschlechtergleichstellung

Kontextanalyse

Im Betrieb überwiegt deutlich der Frauenanteil (Stand 30.09.2025): Ganze 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.



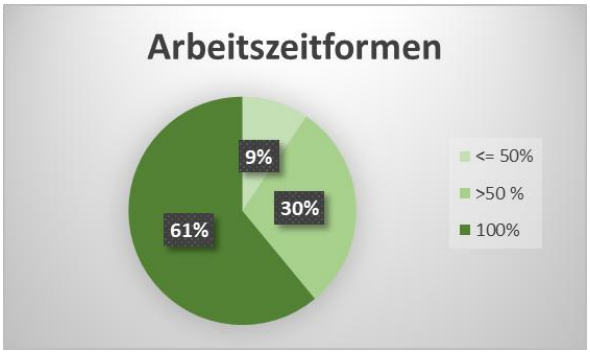


Arbeitszeitformen: Vollzeit und Teilzeit zum 30.09.2025

Arbeitszeitform	*Anzahl der Bediensteten*
Teilzeit <=50%	*1.036*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Teilzeit >50%	*3.216*
Vollzeit	*6.647*
Insgesamt	***10.899***

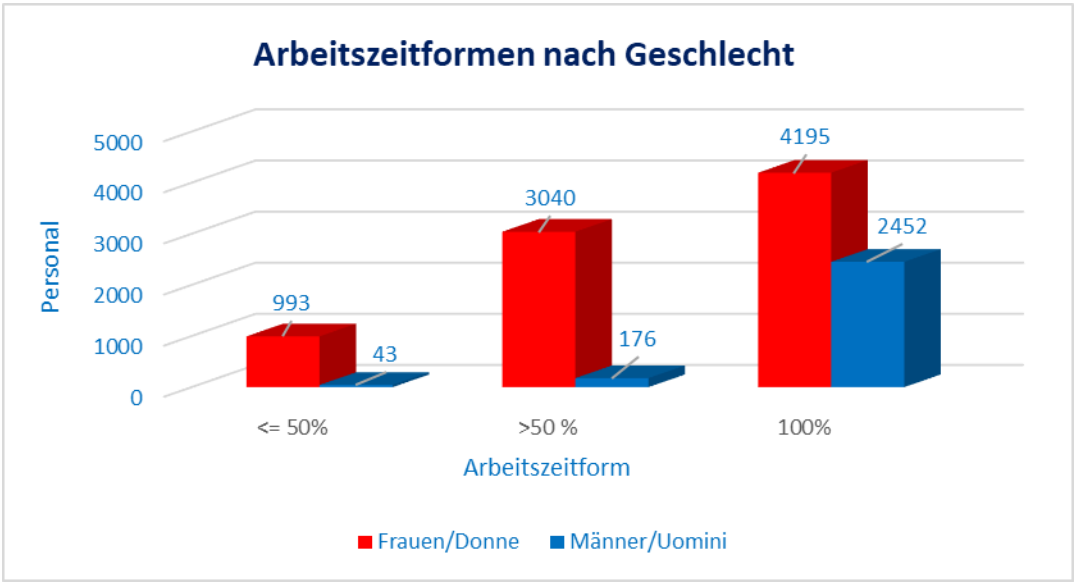


Wie aus der obigen Grafik ersichtlich ist, stellt das Vollzeitpersonal 61% der Gesamtbelegschaft dar, 9% der Bediensteten arbeiten in Teilzeit mit ≤50%, und 30% arbeiten in Teilzeit mit >50%. Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Teilzeitvertrag beträgt 4.252 von insgesamt 10.899 Beschäftigten.

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.



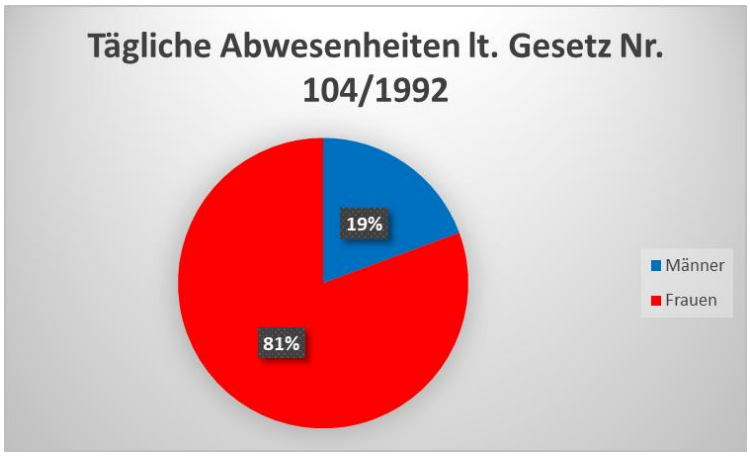
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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.

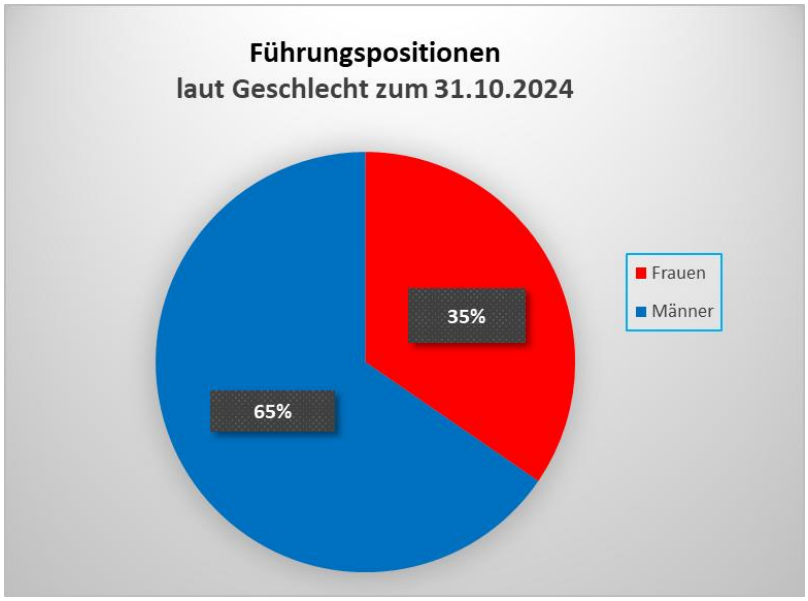


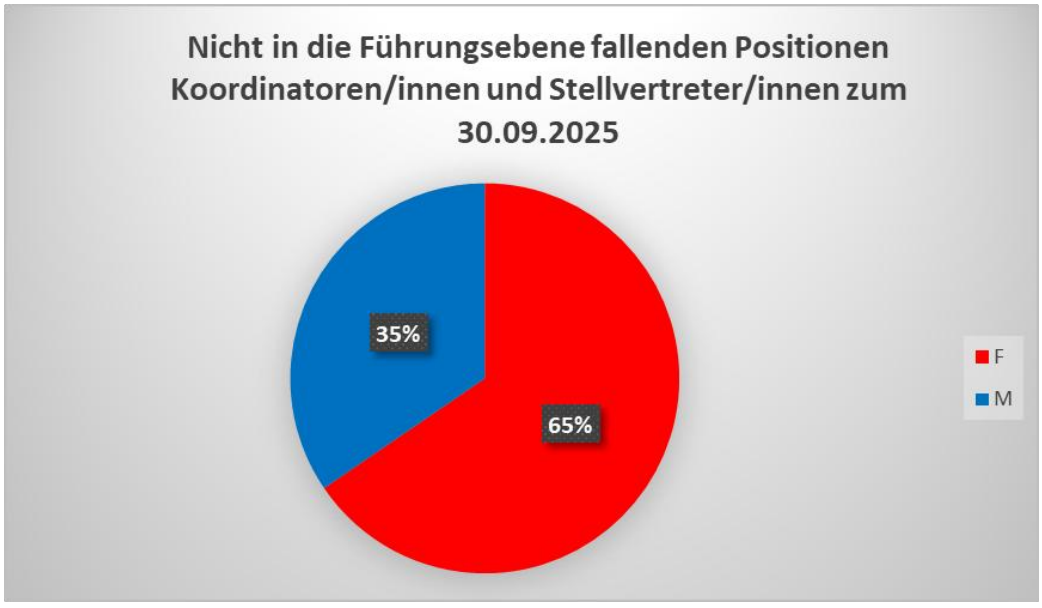
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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:

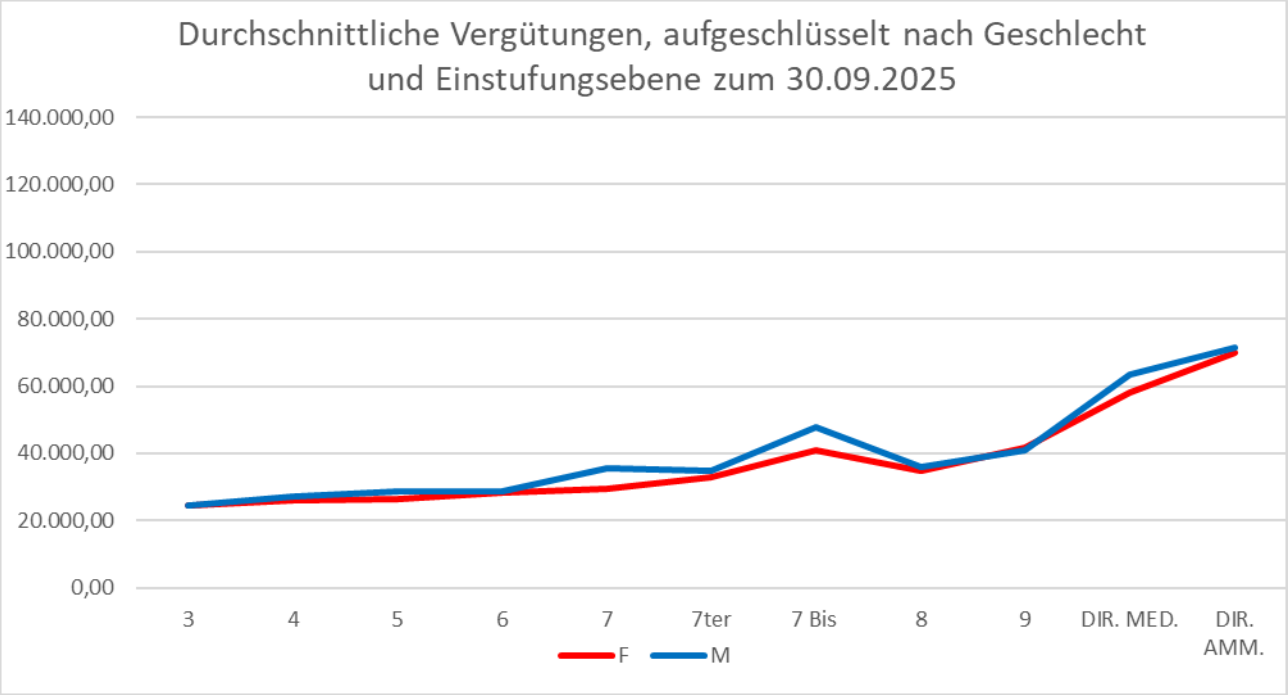




Die Auswertung der Grafiken zeigt, dass die Daten ein spiegelbildliches Verhältnis zwischen der Geschlechterverteilung im Koordinationspersonal und den Führungspositionen aufweisen: Obwohl Frauen 65% des Koordinationspersonals stellen, sind sie nur zu 35% in Führungspositionen vertreten. Im Gegensatz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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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.

Rechtliche Grundlage

Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung: Zu den 17 Zielen für die nachhaltige Entwicklung 2030, fordert das 5. Goal: Geschlechtergleichheit: Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen. Es zielt dabei auf die Umsetzung der Chancengleichheit in wirtschaftlicher Hinsicht beim Gehalt, beim Zugang zu Führungspositionen auf den verschiedenen Entscheidungsebenen und bei der Bekämpfung verschiedener Formen von Gewalt gegen Frauen.

Die nationale Strategie in der Geschlechtergleichstellung 2021-2026, die sich an die Gleichstellungsstrategie 2020-2025 der Europäischen Union orientiert, steht in engem Zusammenhang mit dem PNRR, das Gesetz Nr. 162 vom 5. November 2021, der "Der Kodex für Chancengleichheit zwischen Mann und Frau (Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 198/2006). Das Projekt zielt darauf ab, die Zertifizierung in Bezug auf die Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen.

Strategie und Betriebsziele

Das allgemeine Ziel besteht in der Umsetzung von Maßnahmen zur Verringerung der bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede, Verbesserung der berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Frauen, Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen, Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und zur Unterstützung der Elternschaft sowie der Vermeidung von jeglicher Form von Gewalt körperlicher, verbaler und digitaler Natur am Arbeitsplatz.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Beschreibung Makrogebiet	Ziel 2025	Erwartetes Ergebnis 2025	Indikatoren PIAO 2025	Termin PIAO 2025
Die Ressourcen und das berufliche Potenzial weiterentwickeln und die einzelnen Handlungsbereiche innerhalb des sogenannten betrieblichen Wohlfühl-Netzwerks regeln.	Konkrete Maßnahmen und Ziele entwickeln, um die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zu bekämpfen, Gleichstellung zu fördern und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das von Vielfalt und Geschlechtersensibilität geprägt ist.	Im Laufe des Jahres 2025 wurden die Daten zur Personalsituation aktualisiert sowie die Entwicklung der Beschäftigungsprozesse im Unternehmen vertieft und analysiert. Während eines Online-Weiterbildungskurses wurde das EGK vorgestellt, die Rolle der Vertrauensrätin analysiert und schließlich der aktuell gültige Verhaltenskodex gegen jede Form von Diskriminierung, sexuelle Belästigung und Mobbing am Arbeitsplatz vorgestellt. Ebenfalls wurde die Tätigkeit zur Definition des sogenannten „betrieblichen Wohlfühl-Netzwerks" fortgeführt.	Erreicht	Erreicht

Beschreibung Makrogebiet	Ziel 2026	Erwartetes Ergebnis 2026	Indikatoren	Termin
Die Ressourcen und das berufliche Know-how weiterentwickeln und die einzelnen Handlungsfelder im sogenannten betrieblichen Wohlfühl-Netzwerk gezielt steuern.	Die Gleichstellung der Geschlechter durch konkrete Maßnahmen fördern, Diskriminierungen entgegenwirken und ein inklusives sowie auf Vielfalt sensibles Arbeitsumfeld schaffen.	Das Bewusstsein für Geschlechtergleichstellung fördern, Stereotype und Vorurteile abbauen sowie die Kompetenzen und Perspektiven aller Menschen wertschätzen, um zu einem inklusiven und respektvollen Arbeitsumfeld beizutragen, das Vielfalt anerkennt.	Personalbezogene Daten aktualisieren und analysieren, um die Entwicklung der Beschäftigungsprozesse zu überwachen und inklusive Maßnahmen zu fördern. Das Wissen über den Verhaltenskodex gegen Diskriminierung, Belästigung und Mobbing erhöhen, um ein respektvolles und sicheres Arbeitsumfeld für alle Mitarbeiter/innen zu fördern.	31.12.2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.5.2 Dreijahresplan der positiven Aktionen

Die Maßnahmen der Verwaltung konzentrieren sich auf folgende Handlungsfelder:

1. Überwachung und Analyse der Personalsituation im Unternehmen:
   - Aktualisierung der Daten zur Personalsituation, Vertiefung und Analyse der Entwicklung der Beschäftigungsprozesse im Betrieb;
   - Steigerung des betrieblichen Wohlbefindens;

2. Förderung der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben:
   - Flexibilität in Teilzeit, Erstellen von Arbeitszeitmodellen, welche den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und des Betriebes gerecht werden;
   - Sensibilisierung des Personals dafür, dass die Betreuungsarbeit beide Geschlechter betrifft (Elternurlaub);
   - Verlängerung der Öffnungszeiten der Kinderhorte;
   - Förderung der Umsetzung des agilen Arbeitens;

3. Weibliche Führung - Unterstützung und Begleitung in Entwicklungs- und Veränderungsprozessen:
   - Bestehenden Gender-Gap reduzieren - Verbesserung der Bedingungen für Frauen durch Schaffung von Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und stärkere Präsenz von Frauen in Führungspositionen;
   - Frauen dabei unterstützen und motivieren, ihre Sichtweise als Bereicherung der organisatorischen Abläufe in das Arbeitsumfeld einzubringen;
   - Stärkung der Gleichstellung der Geschlechter bei Rekrutierung und Berufsentwicklung;
   - Organisation spezifischer Schulungen und Coachings für Führungskräfte;

4. Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Beschwerden, Konflikten, Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz:
   - Gewährleisten einer angemessenen Unterstützung zur Vorbeugung und Bewältigung der negativen Auswirkungen von gewalttätigem Verhalten / Einstellungen gegenüber Mitarbeitern und darauf rechtzeitig reagieren;
   - Unterstützung und Förderung der Tätigkeit der Vertrauensrätin bei der Umsetzung der Maßnahmen zum Schutz der Würde der Mitarbeiter, welche im Verhaltenskodex vorgesehen sind, auch durch gezielte Ausbildungsmaßnahmen;
   - Inbetriebnahme der Anlaufstelle für kritische Situationen am Arbeitsplatz und Mobbing in der Arbeitsmedizin und Koordination des Schalters mit dem EGK und anderen Netzwerkdiensten;
   - Stärkung der Arbeit der Arbeitsgruppen auf Betriebs- bzw. auf Landesebene, die sich mit der Analyse von Aggressions- und Gewaltvorfällen sowie mit Vorschlägen für Gegenmaßnahmen und Präventivmaßnahmen im Rahmen des Betriebsverfahrens Nr. 2298 befassen;

5. Förderung des beruflichen und betrieblichen Wohlbefindens und der Qualität des Arbeitslebens:
   - Förderung und Unterstützung von Studien zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz;
   - Förderung von Initiativen, die das Bewusstsein und den Austausch über die Ziele des Unternehmens im Bereich der Eingliederungspolitik und der Bekämpfung aller Formen von Diskriminierung und Ungleichheit fördern;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

6. Zusammenarbeit zwischen EKG und Verwaltung:
   - Einbindung des EKG in die Kompetenzfragen, für die sie beratende Funktionen hat: Personalausbildungspläne, Zusatzverhandlungsthemen, Reorganisationsprojekte;
   - Festlegung der Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen dem EKG und dem neuen Dienst zur Förderung des Wohlbefindens im Unternehmen mit gleichzeitiger Bestimmung spezifischer Einsatzbereiche, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu gewährleisten;

7. Chancengleichheit und Inklusion:
   - Verwendung einer umfassenden Sprache und gewaltfreien Kommunikation: Sprache ist niemals ein neutrales Instrument, da sie dem Denken, der Interpretation der Realität und dem Handeln der Menschen in der Welt Form und Stimme verleiht;
   - Aus- und Weiterbildungssmaßnahmen sowie Sensibilisierungsmaßnahmen für die Gleichstellung der Geschlechter in Bezug auf Kommunikation, Sprache und Verhalten zur Vermittlung grundlegender Gender-Equality-Konzepte;

3.5.3 Gender Equality Plan (GEP)

Am 28.05.2024 wurde durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 544 der Gleichstellungsplan (GEP) genehmigt, der Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen vorsieht:

- Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, Organisationskultur und Maßnahmen zur Bekämpfung von Geschlechterstereotypen,
- ausgewogene Vertretung der Geschlechter in Führungspositionen und Entscheidungsgremien,
- Gleichstellung der Geschlechter bei der Einstellung und beim beruflichen Aufstieg,
- Gender-Mainstreaming in der Forschung,
- Maßnahmen zur Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich sexueller Belästigung.

Innerhalb von drei Jahren sollen die im Plan beschriebenen Maßnahmen umgesetzt und überwacht werden, und anschließend sollen neue Maßnahmen entwickelt werden, um eine noch größere Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen.

Zur Unterstützung von Mitarbeitern mit Kindern verfügt der Südtiroler Sanitätsbetrieb über vier betriebliche Kinderkrippen. Die Tabelle zeigt die Nutzer der Kindertagesstätten.

Ort	**Plätze in Kindertagesstätten**
Bozen Kinderbetreuung (sabes.it)	28
Brixen/Sterzing https://www.asdaa.it/it/centro-bambini-lilliput	15
Meran https://www.asdaa.it/it/centro-bambini-viva	60
Bruneck https://www.asdaa.it/it/assistenza-ai-bambini-brunico	8
Koventionierte Plätze in unterschiedlichen Städten:	Nach positiver Bewertung des Antrags durch die Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Herausforderung für die Zukunft wird sicherlich darin bestehen, Familien mit Kindern in den Ferienzeiten zu unterstützen, insbesondere in den Sommermonaten, in denen Schulen und Kindergärten für gut 2,5 Monate geschlossen sind.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat im Jahr 2025 die dauerhafte Zertifizierung des Audits familieundberuf erhalten, die von der Autonomen Provinz Bozen und der Handelskammer verliehen wird. Diese Auszeichnung verpflichtet zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die durch das festgelegte Handlungsprogramm umgesetzt werden sollen.

3.5.4 Vorbeugung von Gewalt gegen Mitarbeiter

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb gibt eine Richtlinie zur Prävention von Gewaltepisoden gegenüber sanitärer Berufsgruppen heraus. Die Implementierung dieser erfolgt durch Maßnahmen, welche die Beseitigung oder Verminderung der Risikosituationen und den Erwerb von Kompetenzen ermöglichen, damit, im Bedarfsfall, Gewaltsituationen eingeschätzt und bewältigt werden können. Man beabsichtigt, die Themen Prävention und Bewältigung von Gewaltsituationen, die beim sanitären Personal einen Schaden verursachen können, von allen Seiten zu beleuchten, indem auch alle in Korrelation stehenden Aspekte, integriert werden.

Zusätzlich zur Richtlinie gibt es auch die Betriebsprozedur 2298/20, welche die Handhabung von Gewaltsituationen, bei denen sanitäres Personal zu Schaden kommt, beinhaltet.

Um dieses komplexe Problem anzugehen, sind ein multidimensionaler und integrierter Ansatz und Maßnahmen zur Risikobewertung, wie im Gesetzesdekret 81/08 (Art. 15, 17 und 28) vorgesehen, vonnöten.

Im Gesetz Nr. 113/2020 sind die Überwachung, die Interpretation und die Förderung von Initiativen zur Gewährleistung der Sicherheit der sanitären Berufsgruppen, vorgesehen.

Gewaltakte, die Schaden an der Person verursachen, und von Arbeitskollegen/innen oder Vorgesetzten ausgeübt werden, sind nicht Gegenstand dieses Leitfadens. Es wird eine kurze Zusammenfassung der ergriffenen Maßnahmen zur Prävention und der Bewältigung der Gewaltepisoden, die zu Schäden an sanitärem Personal führen, aufgelistet:

- Übernahme der Thematik „Aggression" als Sentinel Event (Qualität)
- Übernahme, Analyse und Adhäsion an nationale und internationale Weisungen
- Die Aktualisierung der Betriebsprozedur zur Handhabung von Gewaltakten laut Gesetz 113/2020
- Die Verfassung eines Leitfadens zur Prävention von Gewaltakten gemäß Gesetzesdekret 81/08
- Die Schaffung eines Meldesystems und einer Berichterstattung laut Anfrage der ONSEPS
- Schaffung von vier Bezirksarbeitsgruppen:
  a) zur Bearbeitung der Meldungen
  b) zur Ausarbeitung der Berichterstattung (Report)
  c) für die Kollegen/Kolleginnen als Bezugsperson vor Ort behilflich zu sein
- Konvention mit den Ordnungshütern (Polizei) zur direkten Eingabe der Meldungen in das Portal NDR
- Abschluss der Konvention mit der Agentur des Wachdienstes
- Planung der Informationskampagne „Freundlichkeit" zur Sensibilisierung nach außen
- Verschiedene Initiativen der Sensibilisierung nach innen
- Erschaffung eines Portals zur Meldung der Aggressionen und Near Miss, zugänglich vom Betriebsintranet aus

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Ganzheitlicher Ansatz in der Patientenversorgung
- Andere Initiativen in den Bezirken (die Bezirke haben teilweise autonom Prozeduren und Protokolle erarbeitet)
- Bildung einer Arbeitsgruppe zur Bestimmung der Fortbildungen auf unterschiedlichen Ebenen
- Verstärkung der Betriebsarbeitsgruppe zur Erstellung des jährlichen Reports, der Erfassung und der Analyse verschiedener Indikatoren, der Bestimmung von Maßnahmen auf Betriebsebene.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat mit dem Regierungskommissariat und den Ordnungshütern am 01.12.21 ein Vereinbarungsprotokoll zur Prävention und zur Bekämpfung der Gewaltakte und der Aggressionen gegen sanitäre Berufsgruppen in den sanitären Strukturen und in den Krankenhäusern des Sanitätsbetriebes, unterschrieben.

Mindestens einmal im Jahr treffen sich die Parteien, um die Situation neu zu bewerten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.6 Plan zur Rationalisierung des Einsatzes von instrumenteller Ausrüstung

Das Gesetz vom 24. Dezember 2007, Nr. 244, sieht in Art. 2, Absatz 594, Buchstabe a) vor, dass – zum Zweck der Eindämmung der Betriebsausgaben der eigenen Strukturen – die öffentlichen Verwaltungen gemäß Art. 1, Absatz 2, des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. März 2001, Nr. 165, Dreijahrespläne zur Festlegung von Maßnahmen zur Rationalisierung der Nutzung der Ausstattungen, auch der informationstechnischen, die die Arbeitsplätze in der Büroautomation ergänzen, verabschieden.

Im Besonderen ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb in folgenden Bereichen tätig:

Migration vieler Dienste in Cloud-Umgebungen

Zielsetzung: Wie auch in verschiedenen Rechtsvorschriften vorgesehen, führt der Bereich Infrastruktur seit mehreren Monaten Aktivitäten zur Migration vieler Dienste in Cloud-Umgebungen durch. Dabei werden die im Rahmen der PNRR-Projekte bereitgestellten Mittel genutzt, mit dem Ziel, den wachsenden Bedarf an neuen Anwendungen auszugleichen und veraltete Systeme außer Betrieb zu nehmen.
Ausgangssituation: Derzeit werden die Serversysteme und Datenbanken in den verschiedenen Bezirken analysiert, um deren Konsolidierung und Migration in die regionale Cloud vorzubereiten. Diese Systeme werden derzeit eigenständig vom Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebs verwaltet.
Zukünftige Maßnahmen: Für die nähere Zukunft plant der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Migration nahezu aller Systeme in die Landes-Cloud, die von der Inhouse-Gesellschaft „Südtiroler Informatik AG" betrieben wird.

Beschaffung von IT-Material und -Dienstleistungen über nationale Einkaufsplattformen

Zielsetzung: Effizienz und mögliche Einsparungen beim Erwerb von IT-Material. Die Beschaffung über nationale Einkaufsplattformen, wie etwa Consip-Vereinbarungen oder Rahmenabkommen, erleichtert die Einkaufsverfahren, ermöglicht die Beschaffung auch großer Mengen an Material sowie gegebenenfalls verbundener Dienstleistungen oder spezifischer Services (z. B. Wartung).
Ausgangssituation: Wenn eine aktive und verfügbare Vereinbarung für den Erwerb von IT-Material oder -Dienstleistungen besteht, wird diese stets genutzt.
Zukünftige Maßnahmen: Fortführung der Beschaffungen über den bevorzugten Kanal der Consip-Vereinbarungen.

Abteilungsdrucker und -scanner

Zielsetzung: Einsparung von finanziellen Ressourcen und Platz, höhere Effizienz sowie Vorteile für das Raumklima. Der größtmögliche Einsatz von Abteilungsdruckern und -scannern ermöglicht die Verringerung der Anzahl persönlicher Geräte, was zu geringeren Anschaffungs-, Betriebs- und Wartungskosten führt. Zudem steigert dies die Effizienz der Arbeitsplätze aufgrund der höheren Qualität und Eigenschaften der Abteilungsgeräte im Vergleich zu persönlichen Geräten. Es reduziert den Platzbedarf und verbessert das Raumklima (Lärm, Staub usw.).
Ausgangssituation: Im Betrieb sind derzeit Hunderte von Abteilungsdruckern und -scannern im Einsatz.
Zukünftige Maßnahmen: Fortführung der Rationalisierungspolitik für diese Geräte.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Drucker mit Duplex-Funktion

Zielsetzung: Einsparung von Verbrauchsmaterialien, Papier, Toner und Platz. Der Erwerb ausschließlich von Druckern mit Duplex-Funktion, die Voreinstellung dieser Funktion sowie die Information der Nutzer ermöglichen eine Reduzierung des Papier- und Tonerverbrauchs sowie anderer Verbrauchsmaterialien. Zudem wird der Platzbedarf für gedrucktes Material verringert.

Ausgangssituation: Der betriebliche Gerätebestand umfasst noch einige Drucker ohne automatische Duplex-Funktion.

Zukünftige Maßnahmen: Erwerb ausschließlich von Druckern mit automatischer Duplex-Funktion. Technische Voreinstellungen und Nutzerinformationen zur konsequenten Nutzung dieser Funktion.

Einheitlicher Microsoft-Enterprise-Vertrag

Zielsetzung: Verwaltung des gesamten Lizenzbestands von Microsoft (z. B. PC-Clients, PC-Server, Verteilungs- und Aktualisierungssysteme) mit einem einzigen Vertrag, um die Rationalisierung, Kontrolle und effiziente Verwaltung sicherzustellen. Effektive Begleitung der Entwicklungen im Microsoft-Lizenzwesen.

Ausgangssituation: Der Microsoft-Enterprise-Vertrag ist aktiv.

Zukünftige Maßnahmen: Aufrechterhaltung und Aktualisierung des Enterprise-Vertrags.

Reduzierung von Energieverschwendung und Vorbeugung von Fehlfunktionen

Zielsetzung: Verringerung der Energieverschwendung und Vorbeugung von Fehlfunktionen. Derzeit werden sehr viele IT-Geräte nie ausgeschaltet. Dies führt zu erheblichen Energieverlusten und erhöhten Risiken von Fehlfunktionen. Das Abschalten aller nicht benötigten Geräte, während der Nichtnutzungszeiten reduziert sowohl den Energieverbrauch als auch das Risiko von Fehlfunktionen. Zu diesem Zweck werden den Nutzern über verschiedene Kanäle (z. B. E-Mail, Rundschreiben, bei technischen Eingriffen) Hinweise und Erklärungen gegeben, die Geräte auszuschalten, um Energie zu sparen und Fehlfunktionen vorzubeugen.

Ausgangssituation: Ein hoher Prozentsatz der Arbeitsplätze wird nie ausgeschaltet.

Zukünftige Maßnahmen: Fortlaufende Information der Nutzer über die Notwendigkeit, Geräte außerhalb der Nutzungszeiten auszuschalten.

3.7 Ökologische Nachhaltigkeit

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb (SABES) engagiert sich seit mehreren Jahren in verschiedenen Initiativen zur Förderung der Nachhaltigkeit, die auch im kommenden Dreijahreszeitraum geplant sind.

Energieeffizienz, Photovoltaik und Fernwärme:

Um die globale Erwärmung bis 2050 auf 1,5°C zu begrenzen, wie im Pariser Abkommen (2015) festgelegt, müssen die globalen Treibhausgasemissionen (THG) um mindestens 20 Gigatonnen (Gt) jährlich reduziert werden (IATP, 2021). In Europa verursachte der Energieverbrauch 2017 34% der CO2-Äquivalent-Emissionen (UNFCCC Climate Trends 2019). Es ist daher entscheidend, auf Energieeffizienz zu setzen.

Die Technische Abteilung des Südtiroler Sanitätsbetriebs hat bereits zahlreiche Projekte zur energetischen Sanierung an den Krankenhäusern in Bozen, Bruneck, Brixen, Sterzing und Innichen für das kommende Dreijahresprogramm identifiziert und gestartet. Dies umfasst die Verbesserung der Effizienz der bestehenden Systeme, wie z.B. die Beleuchtungssysteme in den Tiefgaragen, die bereits abgeschlossen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

sind, sowie die Erneuerung von Kühleinheiten und Heizkesseln in den Krankenhäusern, um den Energieverbrauch erheblich zu senken und gleichzeitig die Effizienz und die Isolierung der Gebäude zu verbessern, was zu wichtigen wirtschaftlichen Einsparungen und einer Reduktion der CO2-Emissionen führt. Zusätzlich zu den bereits begonnenen Maßnahmen an den Krankenhäusern in Bozen, Bruneck, Brixen, Sterzing und Innichen sind spezifische Projekte zur Energieeffizienz auch für das Gemeinschaftshaus/Krankenhaus der Gemeinschaft in Meran, Bozen und Bruneck vorgesehen, mit dem Ziel, die Nachhaltigkeit der Gesundheitseinrichtungen weiter zu verbessern. Für Bruneck wird im Rahmen der Sanierungsarbeiten am Bauabschnitt C/C1 ein Eisspeicher installiert, der bei Bedarf zur Optimierung des Energiemanagements des Gebäudes genutzt werden kann.
Im Rahmen des Projekts Euregio+ wurde ein Fonds in Höhe von 100 Millionen Euro eingerichtet, um die Umsetzung von Photovoltaikprojekten zu finanzieren, von denen einige auch in den Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebs umgesetzt werden. Zudem ist die Ernennung eines Energiemanagers für den Südtiroler Sanitätsbetrieb vorgesehen, der alle Projekte im Energiesektor betreuen wird, wie z.B. die Installation von Ladestationen für Elektrofahrzeuge.
In den letzten drei Jahrzehnten wurden in Südtirol insgesamt 81 Fernwärmeanlagen gebaut, darunter die in Bozen, die die Wärme aus der Verbrennung von Haushaltsabfällen nutzt. Alle Krankenhäuser des Südtiroler Sanitätsbetriebs sind derzeit an das Fernwärmenetz angeschlossen. Ab dem ersten Halbjahr 2026 werden die Arbeiten an der Fernwärmeanlage in Bozen fertig sein, was zur Abschaltung der bestehenden Heizkraftwerke (mit Erdgas) führen wird.
Der Betrieb dieser Fernwärmeanlagen in Südtirol ermöglicht es, die CO2-Emissionen jährlich um 300.000 Tonnen zu reduzieren.

Nachhaltige Mobilität

Der Landesplan für nachhaltige Mobilität 2035 (LPNM 2035), wie im REG. CE 1060/21 vorgesehen, enthält eine umfassende Planung des Mobilitätssystems, die alle Transportarten integriert, um die ökologische, wirtschaftliche und soziale Nachhaltigkeit zu gewährleisten.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist einer der größten Arbeitgeber in Südtirol und allein der Bozner Krankenhausstandort verursacht ca. 20.000 Personenbewegungen pro Tag. Alle diese Bewegungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Energie, Umwelt und Gesellschaft, da der individuelle Verkehr etwa 20% der Gesamtemissionen verursacht.

Mobilitätsmanagementplan

Seit 2022 verfügt der Südtiroler Sanitätsbetrieb über einen Plan für den Arbeitsweg und hat einen Mobility Manager ernannt. Der Arbeitswegplan stellt ein strategisches Instrument dar, um nachhaltige Mobilität unter den Mitarbeitenden zu fördern, die Umweltbelastung zu reduzieren und die Lebensqualität am Arbeitsplatz zu verbessern. Der Erfolg hängt von der aktiven Beteiligung der Mitarbeitenden, der kontinuierlichen Verbesserung der Infrastruktur und Dienstleistungen sowie einer effektiven und transparenten Kommunikation ab.

1. **Rechtlicher Rahmen und Ziele**

   Der Arbeitswegplan basiert auf gesetzlichen Vorgaben (Gesetz Nr. 77/2020 und nachfolgende Dekrete) für Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitenden in Städten oder Gemeinden mit über 50.000 Einwohnern. Ziel ist es, den Individualverkehr zu reduzieren und nachhaltige Mobilität zu fördern, mit ökologischen, sozialen und wirtschaftlichen Vorteilen für Mitarbeitende, Unternehmen und Gesellschaft.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2. Analyse der aktuellen Situation

Der Plan betrifft die wichtigsten Standorte des Südtiroler Sanitätsbetriebs in Bozen: Krankenhaus Bozen, Generaldirektion, Bezirk San Quirino Gries und Via del Ronco. Diese Standorte beschäftigen über 3.900 Mitarbeitende, überwiegend Angestellte und viele Teilzeitkräfte. Die Arbeitszeiten sind variabel, mit Schicht- und Wochenendarbeit.

Die Standorte sind gut über das Straßennetz erreichbar (Nähe zur Autobahn A22), leiden aber unter Staus zu Spitzenzeiten. Sie sind gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden (Bushaltestellen in 250 m Entfernung, Bahnhof in 3,5 km Entfernung) und verfügen über Radwege, die an das städtische Netz angeschlossen sind. Die hohe Zahl an Parkplätzen fördert jedoch die Nutzung des Autos. Sharing-Angebote (Auto/Fahrrad/Roller) sind nur teilweise verfügbar, und Anreize für Fahrradnutzung oder Carpooling sind noch begrenzt.

3. Analyse der Mitarbeitendenmobilität

Jährlich werden die für die Erstellung des Arbeitswegplans erforderlichen Daten per Online-Fragebogen von den Mitarbeitenden erhoben. Eine Umfrage im Juni 2024 ergab, dass 41% der Mitarbeitenden mit dem Auto zur Arbeit fahren, 23% mit dem Fahrrad, 10% mit öffentlichen Verkehrsmitteln, 8% mit dem Motorrad und 5% zu Fuß. Die durchschnittliche Wegzeit beträgt 24 Minuten für 14 km. Hauptgründe für die Autonutzung sind Autonomie, kurze Reisezeiten und weniger Stress. Dennoch sind 87% der Autofahrer bereit, auf öffentliche Verkehrsmittel umzusteigen, wenn Fahrpläne und Verbindungen verbessert werden, und 51% würden das Fahrrad nutzen, wenn sichere Parkplätze und mehr Radwege vorhanden wären.

4. Maßnahmen und Umsetzungsprogramm

Der Alto Adige Pass Business wurde eingeführt, um die Mobilität der Mitarbeitenden des Sanitätsbetriebs nachhaltig zu gestalten. Im kommenden Dreijahreszeitraum ist geplant, die Nutzung auf eine größere Gruppe auszuweiten, unter anderem durch die Einführung des „südtirolmobil Fix365 Pass".

Neben der Reduzierung schädlicher Emissionen und der Kosten für die Wahl des Verkehrsmittels – sowohl für die Nutzer als auch für die Organisation – können die genannten Maßnahmen weitere positive Effekte haben, wie die Förderung der Gesundheit, die Verringerung von Stressfaktoren und die Verbesserung der Qualität öffentlicher und privater Räume. Das Umsetzungsprogramm sieht Fristen zwischen 2025 und 2027 vor. Besonderes Augenmerk liegt auf interner Kommunikation (E-Mail, Newsletter, Intranet, Flyer), um die Mitarbeitenden einzubinden und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überwachen.

5. Erwartete Umweltvorteile

Die Schätzung der Umweltvorteile gemäß den ministeriellen Leitlinien sieht eine deutliche Reduzierung der Emissionen von CO2, NOx und PM10 durch den Wechsel vom Auto auf Fahrrad, öffentliche Verkehrsmittel, Carpooling und Fußverkehr vor. Beispielsweise sollen jährlich 40 Autofahrer auf das Fahrrad, 60 auf öffentliche Verkehrsmittel, 5 auf Carpooling und 30 auf Fußverkehr umsteigen, mit detaillierten Einsparungen im Plan.

6. Monitoring und Aktualisierung

Der Arbeitswegplan sieht ein Monitoringprogramm für die umgesetzten Maßnahmen vor, einschließlich manueller Zählungen, Datenbankauswertungen und Fokusgruppen. Die Aktualisierung des Plans erfolgt jährlich mit einer neuen Umfrage zur Mitarbeitendenmobilität und Bewertung der erzielten Ergebnisse.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dekarbonisierung der Fahrzeugflotte

Im Rahmen des Szenarios des Landesplans für nachhaltige Mobilität 2035, der die Dekarbonisierung der öffentlichen und privaten Verkehrssysteme in ganz Südtirol vorsieht, ersetzt der Südtiroler Sanitätsbetrieb veraltete und umweltschädliche Fahrzeuge durch solche mit geringerem ökologischem Einfluss. 2022 wurden die ersten 23 Elektroautos für die vier Gesundheitsbezirke angeschafft. Parallel dazu wurden an den Krankenhäusern Ladestationen für Elektrofahrzeuge installiert.

Der Fuhrpark des Südtiroler Sanitätsbetriebs umfasst derzeit 49 Elektrofahrzeuge (BEV) und 40 mild/vollhybride Fahrzeuge, was 17% der Gesamtzahl der Fahrzeuge entspricht. Im kommenden Dreijahreszeitraum ist die weitere Ersetzung veralteter und umweltschädlicher Fahrzeuge geplant. Der Dekarbonisierungsprozess wird durch den Aufbau eines flächendeckenden und bedarfsgerechten Netzwerks von Ladestationen in der gesamten Provinz begleitet.

Zusammen mit den Verbesserungsvorschlägen für Infrastruktur, Dienstleistungen und Organisation nachhaltiger Mobilitätsformen, die von den Stakeholdern geäußert wurden, wird die Arbeitsgruppe für betriebliches Mobilitätsmanagement auch im kommenden Dreijahreszeitraum konkrete Maßnahmenvorschläge für nachhaltige Mobilität ausarbeiten.

Green Days

Das Projekt „Green Mondays", kürzlich in „Green Days" umbenannt, begann im Oktober 2021 im Landeskrankenhaus Bozen und besteht darin, den Mitarbeitenden einmal pro Woche ausschließlich pflanzliche Mahlzeiten anzubieten. Der Vergleich des Lebensmittelverbrauchs vor und nach Einführung der „Green Days" zeigt eine deutliche Reduktion der Treibhausgase („carbon footprint") und des Wasserverbrauchs („water footprint"), bedingt durch den geringeren Einsatz von Rindfleisch, Milch, Käse, Fisch und Eiern.

Die Zahl der Mensabesuche an den Green Days ist seither kontinuierlich gestiegen, dank der Erfahrung der Köche, der größeren Vielfalt der Gerichte und der besseren Verfügbarkeit geeigneter Rohstoffe für die Zubereitung pflanzlicher Speisen.

Angesichts der ermutigenden Ergebnisse dieses Pilotprojekts wurde beschlossen, die Initiative auch auf die anderen Krankenhäuser der Provinz auszuweiten, um weiterhin zum Umweltschutz beizutragen: Meran hat bereits für seine Mitarbeitenden ein pflanzliches Menü eingeführt, Brixen bietet täglich ein vegetarisches Menü an, während Bruneck bald mit diesem Projekt beginnen wird.

Mit der Einführung des bereits an den Standorten Meran, Brixen und Bruneck eingesetzten Computerprogramms zur Mahlzeitenverwaltung wird auch im Krankenhaus Bozen die Möglichkeit für die Patienten geschaffen, eine vegane Menüoption zu wählen. Für die Mitarbeitenden wird in der Kantine täglich eine pflanzliche Menüoption als Alternative zu Fleisch und Fisch angeboten, wobei der mittlerweile etablierte „Green Day" beibehalten wird.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 zusammengefasst, der der Betriebsdirektion zur Analyse und Genehmigung vorgelegt wird.

4.2 Überwachung Internal Audit

Die Verordnung des Internal Audits (Beschluss Nr. 150/2021) legt fest, dass der Direktor des Amtes über die durchgeführten Tätigkeiten im „Jahresbericht" Rechenschaft ablegt, der dem Generaldirektor innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf des Jahres zu übermitteln ist. Dieser enthält Informationen über den Umfang der durchgeführten Prüfungen, d. h. die Anzahl der durchgeführten Tätigkeiten im Verhältnis zu den geplanten Tätigkeiten.

Im Laufe des Jahres 2025 wurden folgende Verfahren/Prozesse überprüft:

- Ermittlung der Rückstellungen für Risiken und Aufwendungen;
- Berechnung der Abfertigungszahlungen (TFR);
- Verwaltung der Kassenmittel;
- Beschaffungsverfahren oberhalb der EU-Schwelle.

Das Büro Internal Auditing führt jedes Jahr einen Follow-up-Prozess durch, d. h. einen Überwachungsprozess, um die tatsächliche Umsetzung der Aktionspläne zu überprüfen, die mit den geprüften Personen beim Abschlussgespräch („Exit Meeting") der Prüfung vereinbart wurden. Dieser Prozess dient außerdem dazu, die Wirksamkeit und Aktualität des Aktionsplans bei der Beseitigung der vom Internal Auditing bei der Prüfung festgestellten Unregelmäßigkeiten zu bewerten.

Weitere Einzelheiten sind im Dreijahresplan 2025-2027 des Internal Auditing enthalten (Beschluss Nr. 540/25 vom 17.06.2025).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der Auditplan 2026 sieht folgende Prüfungen vor:

- business continuity,
- direkte Vergaben,
- Bedarfsmanagement,
- Vereinbarungen mit akkreditierten Privatpersonen,
- Cupp-Vormerkungen, ambulante Leistungen und Bedarfsberechnung.

Das Internal Auditing wird sich weiterhin mit der Überprüfung der PNRR-Projekte befassen und dabei formale Kontrollen, Kontrollen der ordnungsgemäßen Verwaltung und Buchführung sowie Kontrollen hinsichtlich des Grundsatzes der Nichtschädigung der Umwelt (DNSH) durchführen.

4.3 Unabhängiges Überwachungsbewertungsorgan - UBO

Das UBO überwacht das Gesamtfunktionieren des Systems der Bewertung, Transparenz und 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 Performance nimmt das UBO folgende Funktionen wahr:

- Begleitung und Bewertung: Erstellung eines Jahresberichts über den Zustand des Systems und Vorschläge für Empfehlungen zu seiner Verbesserung;
- Leistungsvalidierung: Validiert den Leistungsbericht und stellt sicher, dass er für Bürger und Endnutzer klar und verständlich ist;
- Methodische Unterstützung: Unterstützt die Verwaltung auf methodischer Ebene und überprüft die Richtigkeit der Prozesse der Messung, Überwachung, Bewertung und Berichterstattung über die organisatorische und individuelle Leistung. [2]

Für den Abschnitt "Organisation und Humankapital" des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 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 Nationalen Antikorruptionsbehörde (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 der Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung vor: Nach der Kartierung der Entscheidungsprozesse in den Risikobereichen und der anschließenden Ermittlung der Risiken wurden die bereits angewandten Präventionsmaßnahmen aufgelistet und umgesetzt (Indikatoren, Zeitplan, Verantwortliche und Modalitäten zur Überprüfung der erfolgten Umsetzung sind in Anhang 2.3.1.1 aufgeführt). Kontrollen durch den Einsatz von Fragebögen zur

[1] GD 150, Art. 6, aktualisiert Madia
[2] https://www.performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione
[3] DPCM 30.06. 2022, Art. 5, Absatz c2

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Wirksamkeit und Effizienz – siehe vorstehende Absätze. Die Umsetzung der für das Jahr 2024 kartierten Präventionsmaßnahmen wurde gemäß den Vorgaben und Plänen der Referenten überwacht, auch im Hinblick auf mögliche organisatorische und rechtliche Änderungen. Es wird erneut auf die vorstehenden Absätze verwiesen. Wie bereits erwähnt, sorgt der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte (AKTB) für die Überprüfung und Zusammenstellung der Überwachung unter Verwendung der Plattform der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC), sobald diese verfügbar ist.

Umsetzung der Transparenzpflichten

Die Überwachung der Umsetzung der Transparenzpflichten erfolgt durch interne Stellen des Südtiroler Sanitätsbetriebs unter der Koordination des Transparenzbeauftragten (TB), um die schrittweise Durchführung der geplanten Aktivitäten und die Erreichung der festgelegten Ziele zu überprüfen.
Die Überwachung erfolgt in der Regel alle vier Monate und umfasst die Überprüfung der Umsetzung des Programms durch die Überprüfung der Tätigkeiten und die Angabe von Abweichungen vom ursprünglichen Plan sowie eventuelle Umplanungen zur Erreichung der Ziele.
Regelmäßige Überprüfungen der Zugriffe, insbesondere im Hinblick auf allgemeine Bürgerzugriffe, sowie Erstellung und Veröffentlichung des Zugriffsregisters.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat auf seiner Website einen Fragebogen für Besucher des Bereichs erstellt und veröffentlicht, um Informationen über die tatsächliche Nutzung der veröffentlichten Daten, den Grad der Zufriedenheit mit den gefundenen Informationen und deren Verständlichkeit zu erhalten. Dieses Feedback ist für den Südtiroler Sanitätsbetrieb nützlich, um gegebenenfalls weitere Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen.
Die Transparenzpflichten sind im ITOP enthalten.

4.5 Überwachung der Organisation und der Humanressourcen

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

4.6 Überwachung der Qualität der Dienste

Die Qualitätsüberwachung steht im Mittelpunkt der Strategien des Südtiroler Sanitätsbetreibes, um eine hervorragende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Mithilfe von Umfragen und innovativen Instrumenten werden die Meinungen von Patienten und Mitarbeitern erfasst, um Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten zu ermitteln. Ziel ist es, Transparenz, organisatorisches Wohlbefinden und eine kontinuierliche Qualitätssteigerung zu fördern und die aktive Beteiligung aller Beteiligten anzuregen.

4.6.1 Patientenzufriedenheit

Prämisse und rechtlicher Rahmen

Die Erhebung der von Patienten und Nutzer wahrgenommenen Qualität stellt nicht nur die Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung dar, sondern ist ein strategisches Element zur Steuerung organisatorischer Entscheidungen und zur Förderung der kontinuierlichen Verbesserung der Dienstleistungen. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen sind das Gesetz Nr. 150/2000, welches in Art. 8 festlegt, dass die spezifische Aufgabe des Amtes für Bürgeranliegen darin besteht, durch Bürgeranhörung die Prozesse zur Überprüfung der Dienstleistungsqualität und der Nutzerzufriedenheit umzusetzen, und das Gesetzesdekret Nr. 150/2009

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

sowie die Leitlinien der Datenschutz-Aufsichtsbehörde zum Schutz der persönlichen Daten. Diese Bestimmungen verdeutlichen, dass der Beitrag der Bürgerinnen und Bürger heutzutage eine unverzichtbare Komponente der Bewertungs-, Planungs- und Governance-Prozesse der Sanitätsbetriebe darstellt.

Zusammenfassung der durchgeführten Aktivitäten

Seit 2008 besteht ein Protokoll mit der Verbraucherzentrale Südtirol, das die Durchführung regelmäßiger Zufriedenheitsumfragen auf Betriebsebene vorsieht. Das Amt für Bürgeranliegen hat daher regelmäßig Erhebungen zur Zufriedenheit mittels Umfragen durchgeführt, welche abwechselnd in stationären und ambulanten Bereichen sowie in der Notaufnahme stattfanden. Nach einer Unterbrechung aufgrund der Corona-Notlage wurde 2022 das sog. „Mystery Research" als Pilotprojekt zur Erfassung der Nutzerzufriedenheit in den Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebs umgesetzt; 2023 wurde das Projekt in vier vertragsgebundenen Privatkliniken fortgeführt.

Im Zweijahreszeitraum 2024–2025 führte der Betrieb eine betriebsweite Befragung unter stationär aufgenommen Patientinnen und Patienten in den sieben Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes durch. Die Methodik sah die Verteilung von rund 16.000 Fragebögen in Papier- und digitaler Form vor, angepasst an die Altersgruppen. Die Rücklaufquote erreichte 30 %. Die Fragebögen analysierten klinische Qualität, Organisation, Kommunikation und räumlichen Komfort. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine hohe Zufriedenheit: Rund sieben von zehn Patientinnen und Patienten sind sehr zufrieden, der Anteil Unzufriedener ist sehr gering. Besonders geschätzt wurden die zwischenmenschlichen Aspekte – Empathie und Freundlichkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals – sowie Schmerzmanagement und Informationsklarheit. Verbesserungsbereiche betreffen die Einbindung der Patienten in klinische Entscheidungen, die Organisation der Entlassungen und die Wartezeiten auf ambulante und labordiagnostische Leistungen.

Besondere Aufmerksamkeit galt auch der Erfahrung von Angehörigen und Betreuungspersonen im Bereich Hospiz/Palliativversorgung, wo Aufnahmequalität, Kommunikation und emotionale Unterstützung sehr positiv bewertet wurden.

Darüber hinaus führten die klinisch-pathologischen Labore 2024 Umfragen unter Hausärzten und Kinderärzten freier Wahl durch. Die Ergebnisse bestätigten eine hohe Zufriedenheit mit der Qualität der Befunde und der Genauigkeit der Analysen, während einige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit IT-Systemen und Wartezeiten für die Durchführung der Analysen gemeldet wurden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb führt zudem seit 1999 im Gesundheitsbezirk Brixen eine Zufriedenheitserhebung unter stationär aufgenommen Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser Brixen und Sterzing mittels Papierfragebögen durch, um präzise Daten zur Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen zu gewinnen.

Planung der Erhebungen zur wahrgenommenen Qualität 2026–2028

Für die kommenden Jahre hat der Sanitätsbetrieb verschiedene Aktivitäten zur Erhebung der wahrgenommenen Qualität auf verschiedenen Ebenen definiert.

Im Jahr 2026 wird eine strukturierte betriebsweite Befragung zur Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer ambulanter und diagnostisch-instrumenteller Leistungen abgeschlossen. Ziel ist es, die Wahrnehmung der Qualität der angebotenen Leistungen in den wichtigsten ambulanten Diensten der sieben Krankenhäuser

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

zu ermitteln, mit besonderem Augenmerk auf Zugänglichkeit, Wartezeiten, Informationsklarheit, Aufnahme und räumlichen Komfort.

Im darauffolgenden Dreijahreszeitraum (2026–2028) ist ein weiterer Fokus auf die Erhebung der wahrgenommenen Qualität durch die Einführung der PREMs (Patient-Reported Experience Measures) gerichtet. Der methodische Ansatz basiert auf standardisierten und validierten Instrumenten. Die Untersuchungsbereiche umfassen Zugangserfahrungen und Beziehungen zum Personal, Wahrung der Privatsphäre, räumlichen Komfort und andere relevante Messwerte.

Die Erhebungen werden abwechselnd in den verschiedenen Versorgungssettings durchgeführt, die Ergebnisse werden sowohl den Strukturverantwortlichen als auch der Betriebsdirektion präsentiert.

Ein weiterer Untersuchungsstrang ist im Projekt vorgesehen, welches die Entwicklung einer Applikation („App") namens „Sanitrack" zum Ziel hat, um ab 2026 die verschiedenen Phasen der Behandlung und Versorgung in der Notaufnahme Bozen zu verfolgen. Mit diesem Instrument können Patientinnen und Patienten sowie deren Betreuungspersonen Schritt für Schritt in Echtzeit über den Stand der Versorgung informiert werden, wodurch das Gesundheitspersonal zumindest in Teilen entlastet wird. Die App wird ein eigenes Tool zur Erfassung der Patientenzufriedenheit enthalten, sodass nach ihrer Einführung die Zufriedenheit in der Notaufnahme erhoben werden kann.

Abschließend sind Erhebungen nach Fachgebiet vorgesehen, die direkt von den jeweiligen Departements bzw. den in den sog. "Verbindlichen Zusammenarbeiten" vereinigten Diensten durchgeführt werden:

- Radiologie: voraussichtlich 2026;
- Rehabilitation: voraussichtlich 2026;
- Labore: für 2027 geplant.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb beabsichtigt, die Betriebsstrategie für die Planung und Durchführung der in den verschiedenen Einrichtungen durchgeführten Umfragen landesweit zu konsolidieren.

4.6.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Organisatorisches Wohlbefinden und Qualität des Arbeitslebens

Zu den vom Südtiroler Sanitätsbetrieb geplanten Maßnahmen zur Förderung des organisatorischen Wohlbefindens wird auf das verwiesen, was bereits im Kapitel 3.5.2 "Positiver Maßnahmenplan" berichtet wurde.

Erwähnenswert ist insbesondere das Engagement für Umfragen zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz und die Förderung von Initiativen, die nützlich sind, um das Wissen und den Austausch über die Ziele des Betriebes in Bezug auf die Inklusionspolitik und die Bekämpfung aller Formen von Diskriminierung und Ungleichheit zu fördern.

Einschätzung von arbeitsbedingtem Stress

Die psychosozialen Risiken aufgrund schwieriger Arbeitsbedingungen, sind in erster Linie schädlich für die Gesundheit und die Sicherheit der Arbeiter, belasten aber auch in erheblicher Weise, die Effizienz der Organisation des Betriebes. Die Forschung und spezifische Studien auf internationaler Ebene haben aufgezeigt, dass ein langfristiges Management von arbeitsbedingtem Stress und ein positives und motivierendes Klima einige grundlegende Auswirkungen auf die Organisation haben:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- LEISTUNG: verbessert die Leistungsfähigkeit (Performance) auf Dauer
- INNOVATION: erhöht den Antrieb zur Neuerung
- VERÄNDERUNG: die Personen sind für Veränderungen offener
- TURNOVER: vermindert den Verlust von Talenten/Schlüsselfiguren
- ANSEHEN: verbessert die Wahrnehmung des Betriebes sei es bei den externen Klienten als auch bei potenziellen Mitarbeitern.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat gemäß den Vorgaben des gesetzgebendes Dekret 81/08 und aufgrund der Indikationen der beratenden Kommission zur Bewertung von arbeitsbedingtem Stress, ein Verwaltungssystem aktiviert, das periodisch (mindestens alle drei Jahre) den arbeitsbedingten Stresslevel im Betrieb erhebt, um Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen für das Wohlbefinden und die Performance einzuführen.

Laut der besonders geförderten Indikationen der beratenden Kommission, aber auch aufgrund der Richtlinien der wichtigsten nationalen und europäischen Leitlinien, wird das Phänomen unter Beteiligung des angestellten Personals analysiert. Ziel der Erhebung ist es, bei Arbeitern, die laut Berufsprofil, homogenen Gruppen zugeteilt sind, ein Bewusstsein für den empfundenen Stress zu erwerben. Es werden dabei folgende Bereiche analysiert:

INHALTSBEREICH	BEREICH KONTEXT
1.Umgebung und Arbeitsmittel	5. Organisation
2. Beschreibung der Tätigkeiten	6. interpersonelle Beziehungen am Arbeitsplatz
3. Auslastung - Arbeitsrhytmus	7. Funktion in der Organisation
4. Arbeitszeit	8. Entwicklung und Karriere
	9. Entscheidungsautonomie
	10. soziale Unternehmensverantwortung

Entnommen aus European Agency for Safety and Health at Work (2000)

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb wurde, mittels eines On-Line-Fragebogens, der an alle Mitarbeiter gerichtet war, eine subjektive Erhebung durchgeführt. Die Teilnahme belief sich auf 44%.
Diese Aktivität erwies sich als strategisch wichtig, da sie die Stärken und die wesentlichen Verbesserungsbereiche aufweist und somit, die im MAPO enthaltenen Maßnahmen unterstreicht, sei es aus organisatorischer als auch aus der Sicht der Führung der Mitarbeiter.
Im Jahr 2026 soll mittels eines On-Line-Fragebogens, der an alle Mitarbeiter gerichtet wird, eine neue subjektive Erhebung durchgeführt werden.

Noch bevor dem Gesetz (Art. 36 gesetzgebendes Dekret 81/08) Genüge getan wird, muss im Bereich des Managements von arbeitsbedingtem Stress, das Thema Information aufgegriffen werden.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In einer Organisation handelt es sich dabei um gegenseitige Wertschätzung, strategisches Management von Stress und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz.
Es wurde deshalb ein Informationskit erarbeitet und im Betriebsintranet veröffentlicht, das nicht nur nützlich ist, um die Organisation an die Pflicht zu erinnern, das Phänomen langfristig zu beobachten, sondern auch als Erinnerung dienen soll, das eigene Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu pflegen.

Customer satisfaction der Nutzer der Krankenhausmensa

Der Gastronomieservice des Gesundheitsbezirks Bozen ist seit Jahren nach ISO 9001-2015 zertifiziert. Das bedeutet, dass die Tätigkeiten der Küche, der Krankenhauskantine und des Lebensmittellagers regelmäßig überwacht werden, um die Einhaltung der HACCP-Norm sowie der in den Verfahren und Betriebsanweisungen vorgesehenen Vorgaben sicherzustellen. Eine der von der Norm ISO 9001-2015 geforderten Tätigkeiten, die mindestens einmal jährlich durchgeführt werden muss, ist die Durchführung einer Umfrage zur Kundenzufriedenheit der Nutzer der Krankenhausmensa. Jedes Jahr im Dezember wird ein Online-Fragebogen (Programm „Forms") an alle Mitarbeitenden des Gesundheitsbezirks Bozen verschickt, in dem sie ihre Zufriedenheit mit dem angebotenen Service bewerten können. Zum Stichtag der Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen (20. Dezember 2024) wurden 629 Rückmeldungen erfasst, bei einer durchschnittlichen täglichen Nutzung der Mensa von etwa 850 Personen, was rund 74 % der täglichen Nutzer entspricht. Für das Jahr 2024 wurde festgestellt, dass die Zufriedenheitswerte zur Initiative „Green Days" im Vergleich zu 2023 gesunken sind. Die Bemühungen der Küche, dieses Angebot attraktiver zu gestalten, wurden teilweise durch eine Verbesserung der Bewertung hinsichtlich des Geschmacks honoriert, dennoch bleibt die Bewertung „ungenügend" weiterhin stark ausgeprägt. Die geringe Akzeptanz der „Green Days" bleibt bestehen, da sie weiterhin als Zwang zu einem veganen Tag wahrgenommen werden. Aus den Kommentaren geht der Wunsch nach einer zumindest vegetarischen Alternative sowie nach einer größeren Auswahl hervor. Es ist hervorzuheben, dass bei den übrigen Bewertungskriterien viele Prozentsätze über den in der Betriebsanweisung IO 08 – „Wahrgenommene Qualität durch die Nutzer der Mensa" – festgelegten Qualitätsstandards liegen. Abgesehen von den Ergebnissen zur „Green Days"-Initiative bestätigen die Daten eine allgemeine Wertschätzung des Dienstes durch die Nutzer, insbesondere in Bezug auf die Professionalität des Mensapersonals. Angesichts des Alters der Einrichtung erscheint die Mensa im Hinblick auf die neuen Anforderungen unterdimensioniert. Ein weiterhin kritischer Punkt bleibt der Geräuschpegel, der von 40 % der Nutzer im Jahr 2023 als „ungenügend" wahrgenommen wurde, mit einem Anstieg auf 45,9 % im Jahr 2024. Es gibt zahlreiche Beschwerden über lange Warteschlangen und damit verbundene Wartezeiten. Die Situation hat sich verschärft, da zu den Studierenden der Claudiana auch jene der neuen Medizinischen Fakultät hinzugekommen sind. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die neue Krankenhausmensa derzeit geplant und in der „neuen Klinik" realisiert wird. Aus diesem Grund wird versucht, Investitionen auf das unbedingt Notwendige zu beschränken.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ANLAGEN

Anlage 1 - 2.2.2 „Programma operativo annuale - Jahrestätigkeitsprogramm 2026“

Anlage 2 - 2.3.1.1 “Beschreibender Teil Korruptionsprävention und Transparenz”

Anlage 3 - 2.3.1.2 “Modellierung der Entscheidungsprozesse und Risikoanalyse”

Anlage 4 - 2.3.3 “Liste der geltenden Veröffentlichungspflichten”

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

Piano integrato di attività e organizzazione

2026 – 2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sommario

PREMESSA **3**
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE **5**
1.1 Scheda anagrafica dell'amministrazione **5**
1.2 Analisi del contesto esterno **10**
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE **14**
2.1 Valore pubblico **14**
2.2 Performance **14**
2.2.1 Obiettivi strategici 14
2.2.2 Obiettivi annuali 21
2.2.3 Indicatori di performance 25
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza **34**
2.3.1 Prevenzione della corruzione 34
2.3.2 Obiettivi strategici e indicatori 2026-2028 55
2.3.3 Trasparenza ed integrità 63
2.4 Accessibilità fisica e digitale **64**
2.4.1 Accessibilità fisica 64
2.4.2 Accessibilità digitale e lingua facile 68
2.5 Semplificazione **72**
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO **74**
3.1 Struttura organizzativa **74**
3.2 Piano triennale dei fabbisogni del personale **77**
3.2.1 Fabbisogno del personale 77
3.2.2 Strategia di copertura del fabbisogno 79
3.3 Organizzazione del lavoro agile **81**
3.4 Formazione del personale **84**
3.5 Il Piano triennale delle azioni positive e il Gender equality plan – Le pari opportunità e l'equilibrio di genere **88**
3.5.1 Analisi e monitoraggio dei dati sul personale 89
3.5.2 Piano delle azioni positive 95
3.5.3 Gender equality plan (GEP) 96
3.5.4 Prevenzione della violenza contro il personale 97
3.6 Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD) **99**
3.7 Sostenibilità ambientale **100**
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO **104**
4.1 Misure di monitoraggio della performance **104**
4.2 Monitoraggio Internal Audit **104**
4.3 Monitoraggio Organismo Indipendente di Valutazione – OIV **105**
4.4 Misure di monitoraggio dell'attuazione del PTPC e degli obblighi di trasparenza **105**
4.5 Monitoraggio Organizzazione e capitale umano **106**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

4.6 Monitoraggio "Qualità" 106
4.6.1 Qualità percepita dai pazienti 106
4.6.2 Qualità percepita dai collaboratori 108
ALLEGATI 110

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

PREMESSA

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'articolo 6 del D.L. del 9 giugno 2021 n. 80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, rappresenta il documento unico di programmazione e governance che assorbe, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di semplificazione, molti dei piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente: performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione, trasparenza, per citarne alcuni.
Con l'introduzione del PIAO l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige vuole garantire una visione integrata e complessiva dei principali documenti di programmazione, assicurare la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso e rendicontazione verso l'interno e l'esterno dell'ente. Il PIAO, quindi, rappresenta uno strumento unitario e omnicomprensivo che consente un'analisi completa dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e della pianificazione dei suoi obiettivi.

Il PIAO, inoltre, si pone l'obiettivo di orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Il PIAO ha durata triennale con aggiornamento annuale e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, gli obiettivi formativi pluriennali e annuali, finalizzati:
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
  - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
  - all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego;
  - alla progressione di carriera del personale;
  - ad accompagnare le strategie di sviluppo organizzativo, come lo sviluppo dell'assistenza territoriale.
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la quantificazione di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla normativa destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione e per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, sia fisica che digitale, all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Come previsto dall'articolo 1 del DPR n.81/2022, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha assorbito nel PIAO i seguenti documenti:

- Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP);
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT);
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Piano di Azioni Positive (PAP).

Il PIAO dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è stato coordinato dalla Direzione Aziendale, con la collaborazione dei servizi impegnati nella redazione dei documenti di programmazione.

Allo scopo di avviare il processo di negoziazione degli obiettivi 2026 con le unità operative dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige entro la fine dell'anno 2025, il presente piano è approvato entro il 31.12.2025. Pertanto, i dati riportati sul personale nelle sezioni non indicano la situazione al 31.12.2025, bensì puntuale al 31.09.2025.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, ai sensi dell'art. 4 della Legge Provinciale 21 aprile 2017, n. 3 "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale", è un ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale.

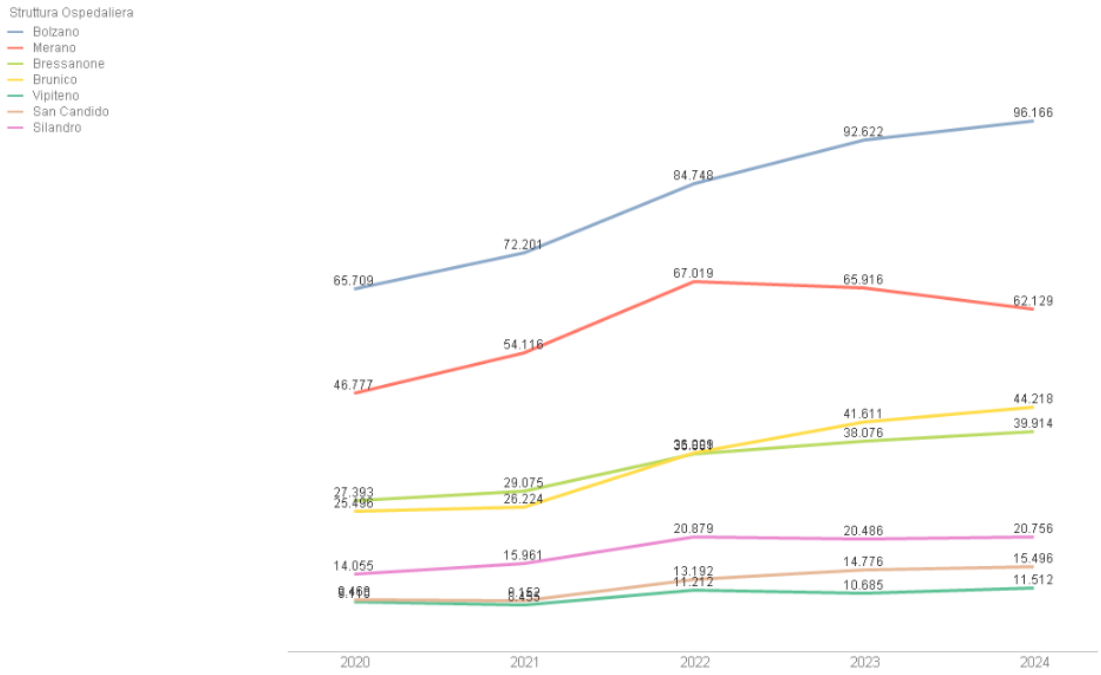
Essa ha la finalità di tutelare, promuovere e migliorare la salute dei cittadini in conformità alle disposizioni di legge europee, statali, regionali e provinciali ed in linea con i principi e gli obiettivi previsti dalla pianificazione sanitaria provinciale.
È impegnata, nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali, ad utilizzare le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Tra i compiti istituzionali si evidenzia la costante analisi e presa in carico dei bisogni riguardanti la salute e la domanda di servizi sanitari degli assistiti, attraverso l'erogazione, nonché l'acquisto di servizi e prestazioni da soggetti accreditati, secondo i principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, complementarità nell'offerta sanitaria e compatibilità economica.
La visione strategica dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è orientata a offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati, finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.
In relazione alle proprie finalità, nel suo operato l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si orienta ai valori di universalità, solidarietà, equità di accesso, sostenibilità, qualità, trasparenza, responsabilizzazione, equità di genere, dignità e diritto di partecipazione ai processi decisionali.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha la propria sede legale a Bolzano, in via Thomas Alva Edison 10/D ed ha il codice fiscale/P.IVA 00773750211.
Tutte le informazioni di contatto, quali i recapiti telefonici, l'indirizzo PEC e l'indirizzo e-mail istituzionale, sono riportate sul sito www.asdaa.it.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

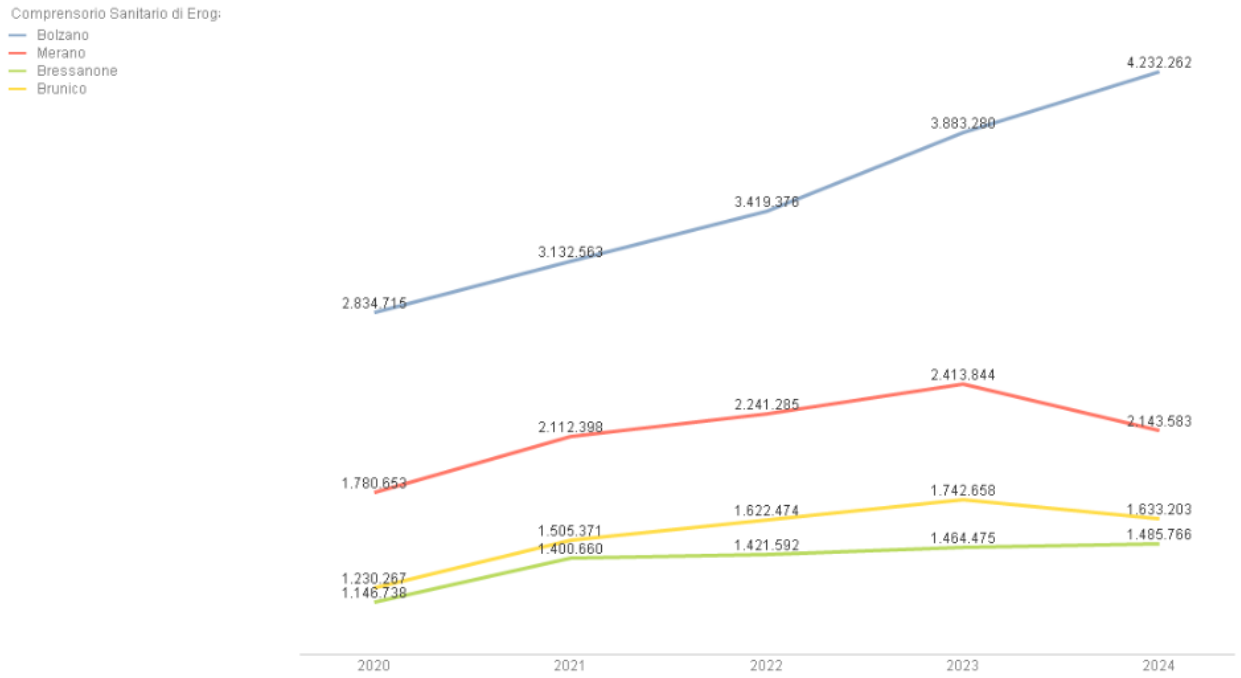
Dati relativi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

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

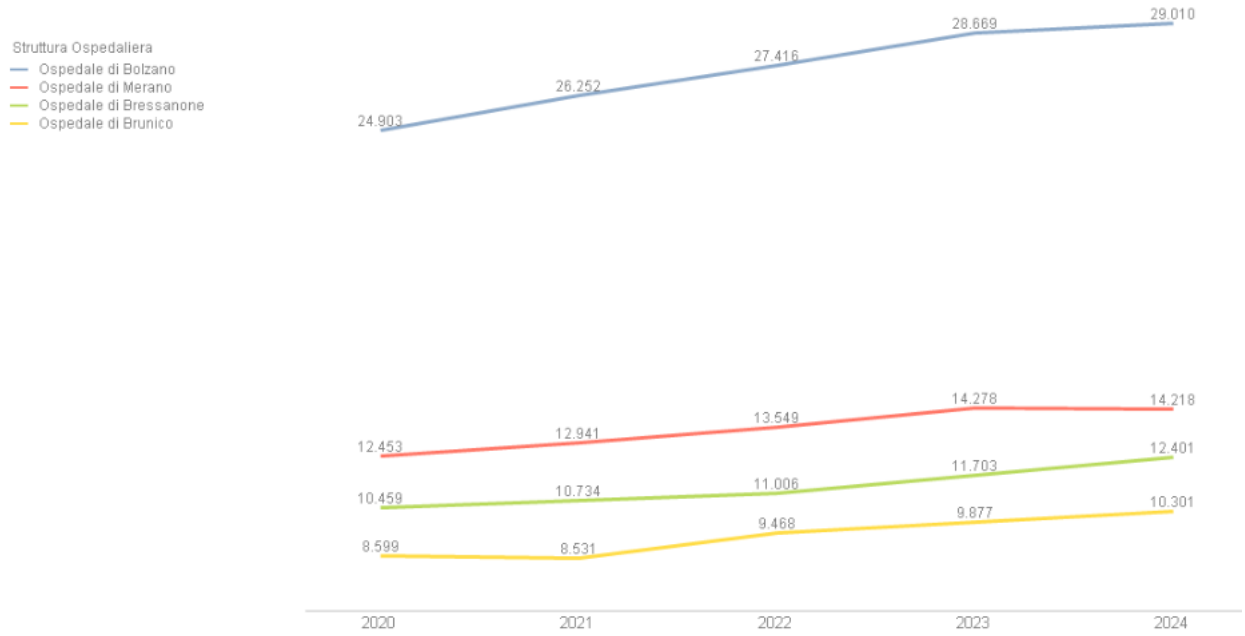
Prestazioni di medicina specialistica (prestazioni ambulatoriali) per Comprensorio Sanitario di Erogazione (Pronto Soccorso e Privati Convenzionati compreso)



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

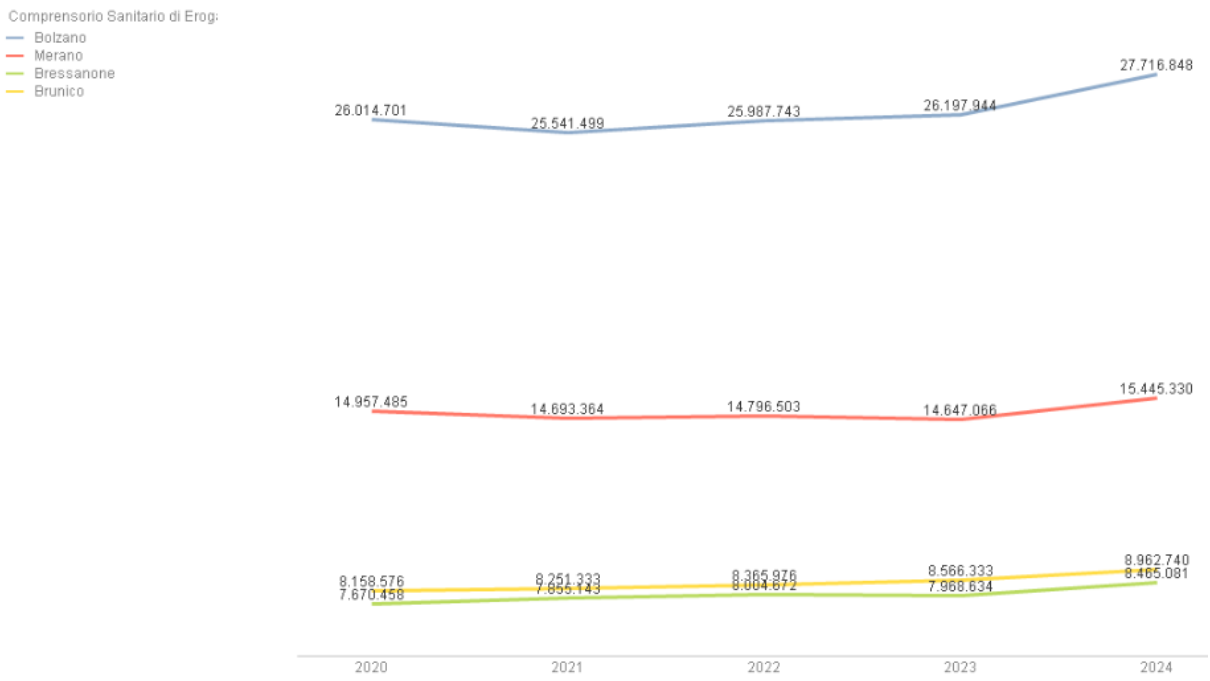
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Ricoveri Ospedalieri (ordinari e diurni)



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

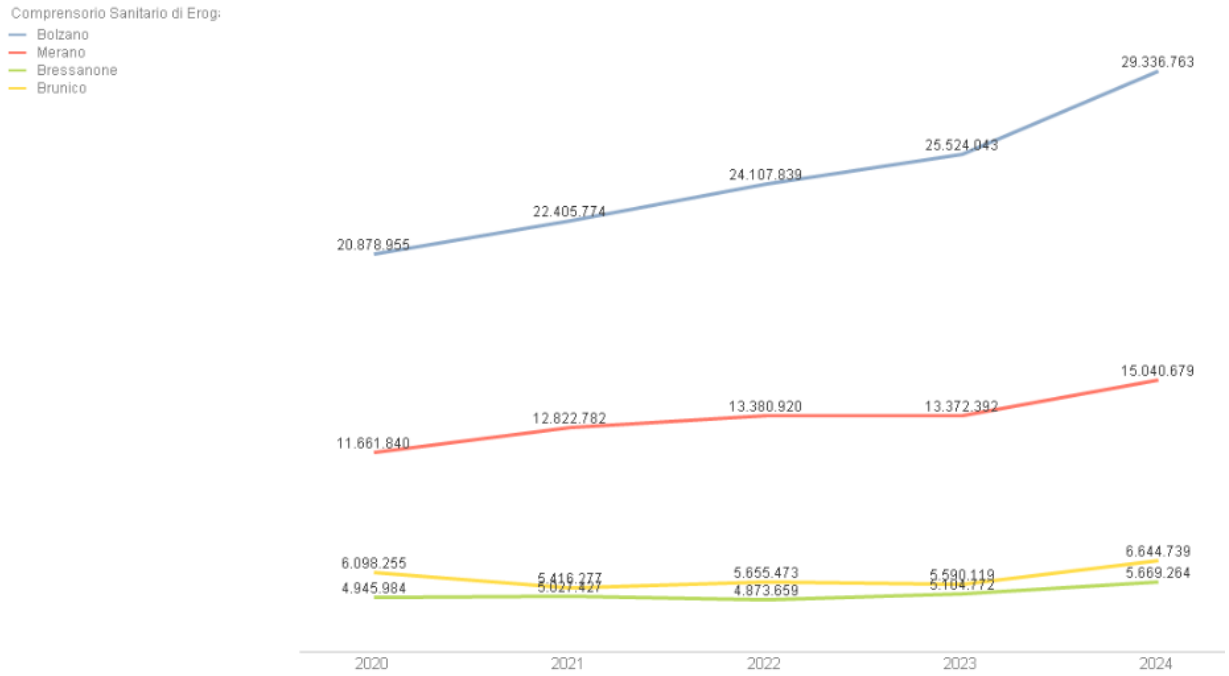
Spesa Farmaceutica Convenzionata per Comprensorio Sanitario di Erogazione (in Euro)



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

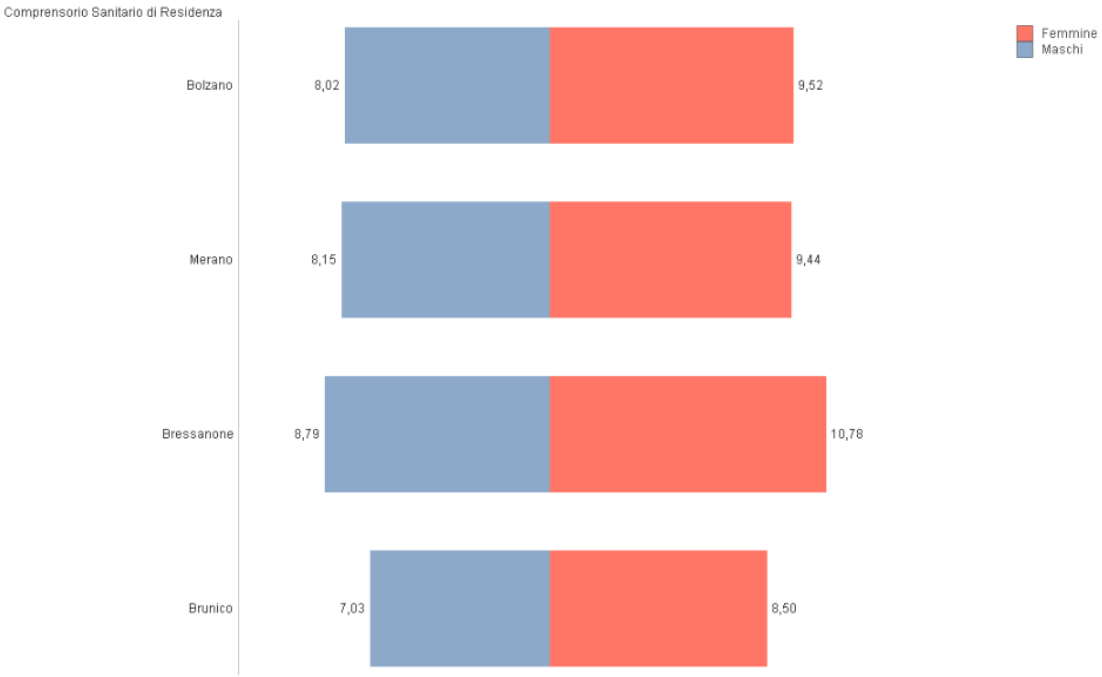
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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



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

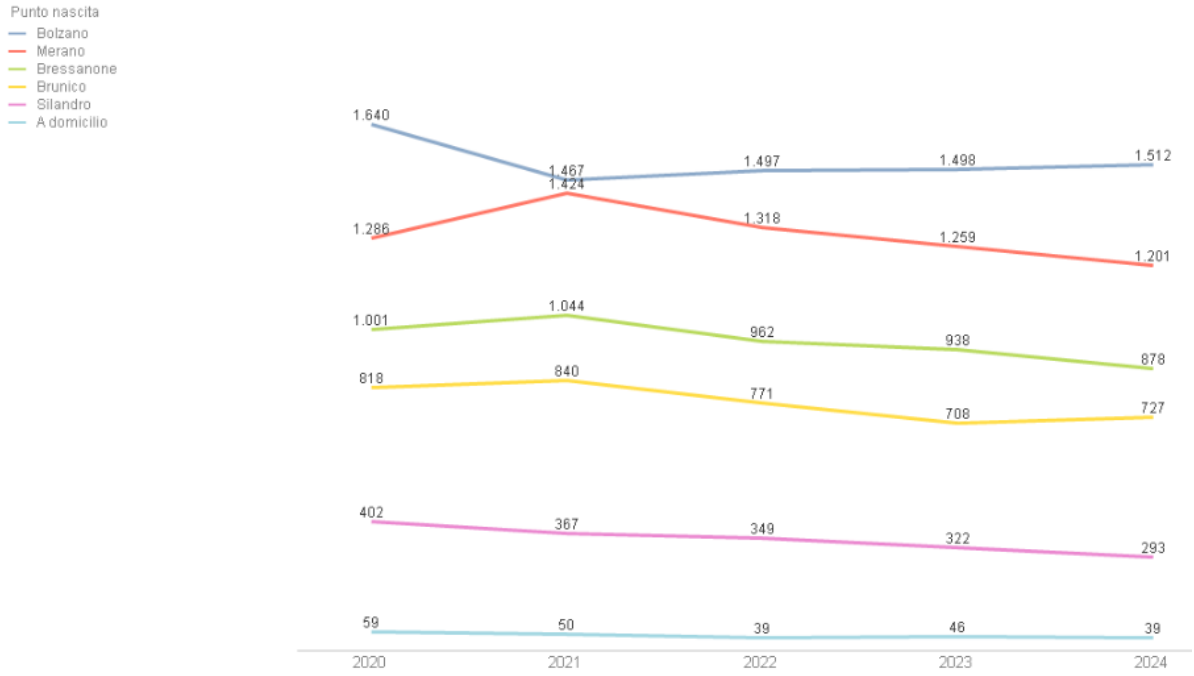
Consumo di Antibiotici per Comprensorio Sanitario – Anno 2024 per 1000 abitanti/giorno



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nati per punto nascita



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 539.386 abitanti, su un territorio di 7.398 kmq.

Poco meno della metà della popolazione risiede nel territorio del Comprensorio sanitario di Bolzano (43,9%), circa un quarto in quello di Merano (26,2%), circa un ottavo rispettivamente nei distretti di Bressanone (14,8%) e Brunico (15,1%). Poco più di un terzo della popolazione si trova nei due distretti sanitari di Bolzano città (19,7%) e Merano (10,9%).

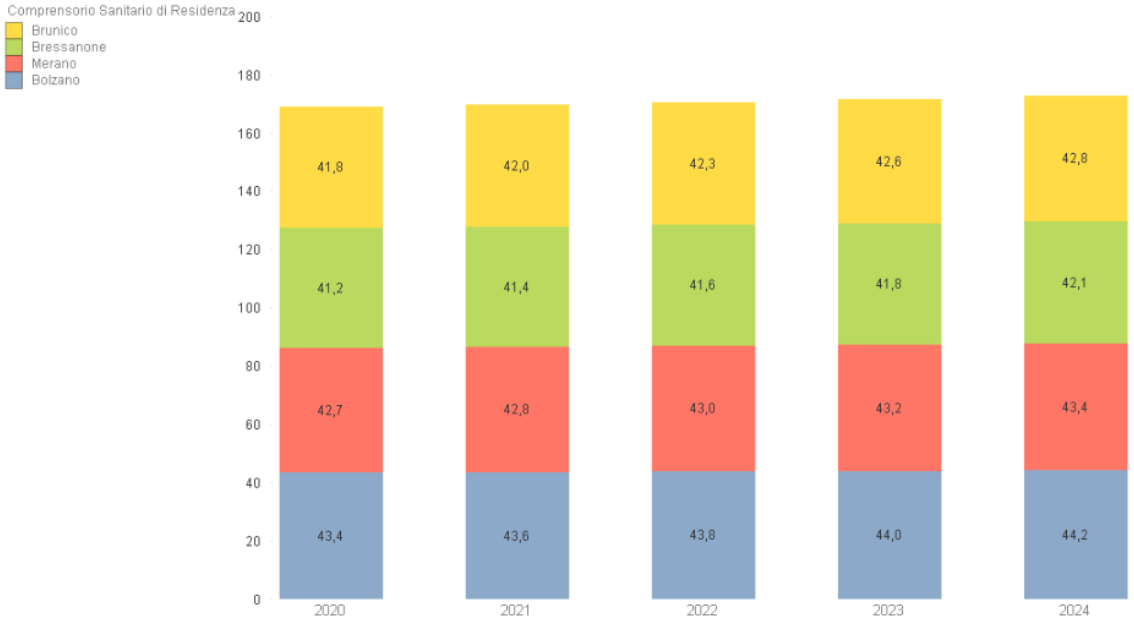


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Il contesto demografico evidenzia una continua progressione dell'età media della popolazione. Nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad aumentare, così come il bisogno di servizi socio–sanitari, 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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Età media per Comprensorio Sanitario di Residenza

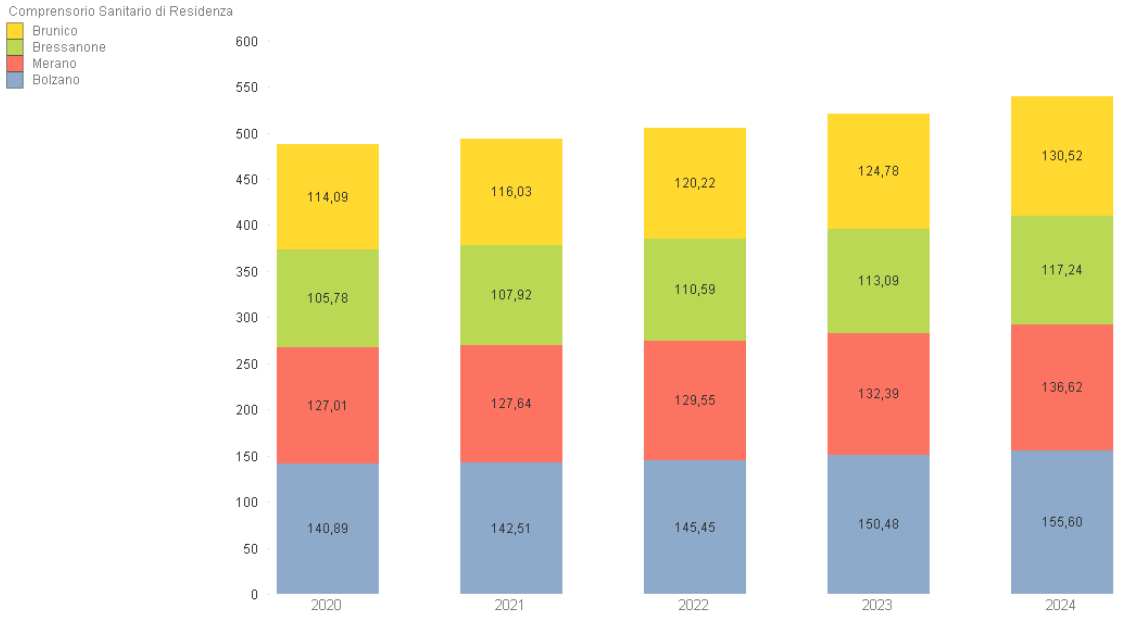


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Struttura e speranza di vita della popolazione

L'indice di vecchiaia è pari a 140,5anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di oltre 13 punti negli ultimi cinque anni evidenziando valori più elevati tra le donne (159,8%) rispetto agli uomini (122,4%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore rispetto a quello nazionale, pari a 199,8%.

Indice Vecchiaia per Comprensorio Sanitario di Residenza



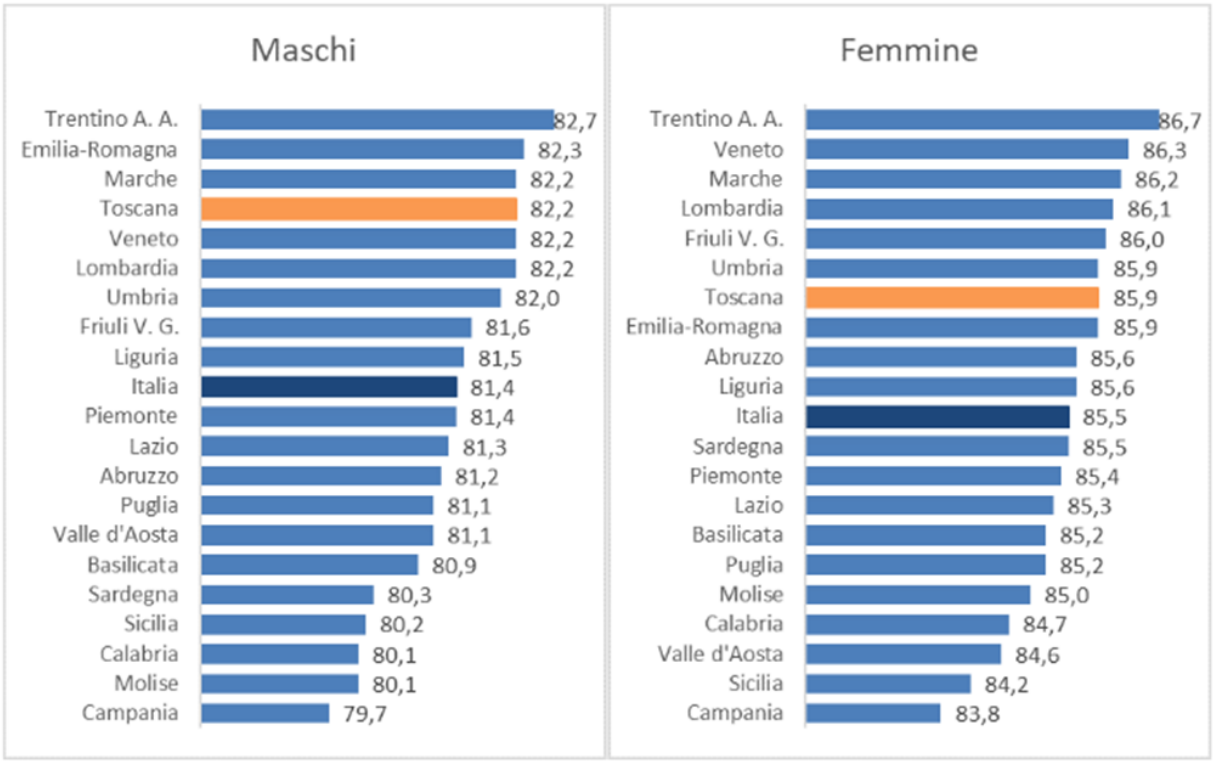
Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

La speranza di vita alla nascita è pari a 82,7 anni per gli uomini e 86,6 anni per le donne, più elevata rispetto alla media nazionale (81,4 per gli uomini e 85,5 per le donne). La speranza di vita è tornata a crescere dopo un decremento dovuto alla pandemia Covid-19.

La Regione Trentino-Alto Adige si classifica come il migliore territorio nel contesto interregionale in riferimento alla speranza di vita alla nascita e in buona salute.

Figura 5. Speranza di vita alla nascita, per genere - Regioni e Italia, anno 2024 - Fonte: ISTAT



Fonte: ISTAT 2024

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 31,7% (praticamente 1 persona su 3). Le donne registrano, rispetto agli uomini, un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 grezzo di 845,2 per 100.000.

La causa principale di decesso 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. Anche per malattie del sistema respiratorio la quota dei decessi maschile risulta superiore a quella femminile (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.

Per maggiori dettagli in merito al contesto esterno in cui si svolge l'attività dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, con focus principale sull'istruzione e sull'occupazione, sui fallimenti societari, la sicurezza e la delittuosità, oltre che sull'indice di percezione della corruzione, si rinvia al capitolo 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

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, per le unità organizzative in cui si articola e per i singoli dipendenti di cui si compone, sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige stessa.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sviluppa il proprio ciclo della gestione della performance definendo 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 Obiettivi strategici

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 (vedi deliberazione del Direttore

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

generale n. 861/2025 "Approvazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige").

Per il triennio 2026 – 2028 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si è proposta **sette obiettivi strategici,** di cui i primi tre sono ritenuti **prioritari per l'anno 2026**:

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

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un obiettivo fondamentale nella programmazione delle attività dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Esso si sviluppa in sei missioni, di cui la sesta riguarda specificatamente la "Salute", la quale si articola in due componenti:

- C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: sono previsti una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, nonché un rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento ed alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), alle centrali operative territoriali (COT), al potenziamento dell'assistenza domiciliare e dell'infermieristica centrata sulla famiglia e sulla comunità, allo sviluppo della telemedicina, alla riorganizzazione dei consultori familiari e ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Presupposto necessario è la definizione e l'attuazione di una riforma dei servizi sanitari di prossimità, identificando strutture e standard per l'assistenza sul territorio, in conformità alle indicazioni nazionali in materia. L'attenzione è rivolta al potenziamento della prevenzione, all'assistenza integrata delle persone affette da malattie croniche sulla base di percorsi assistenziali, e al rafforzamento delle cure palliative. L'attenzione è rivolta al potenziamento della prevenzione, all'assistenza integrata delle persone affette da malattie croniche sulla base di percorsi assistenziali e al rafforzamento delle cure palliative.
  Nell'ampliamento dell'assistenza territoriale e domiciliare si procede secondo Decreto Ministeriale n. 77/2022 e secondo deliberazioni della Giunta provinciale (ad es. DGP n. 907/2022, DGP n. 419/2024, DGP n. 712/2024, DGP n. 66/2025, DGP n. 67/2025, DGP n. 413/2025, LP n. 5/2025)
- C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: gli obiettivi legati a questa componente sono l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale, molteplici interventi verso un ospedale sicuro e sostenibile, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati, la simulazione con l'attivazione del FSE e nuovi flussi ministeriali, lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con borse di studio per la medicina generale, formazioni manageriali e corsi riguardo la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

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

Nel corso del 2023, con Delibera n. 977, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha adottato un IT Masterplan contenente le linee di intervento strategiche 2023-2025 con riferimento all'innovazione tecnologica e trasformazione digitale dei principali servizi e processi clinico-assistenziali adottati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige stessa in ambito ospedaliero, territoriale ed amministrativo.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Al fine di procedere tempestivamente con le numerose azioni in esso previste e considerato che la transizione digitale richiede anche un cambiamento culturale ed organizzativo, la Direzione aziendale intende mettere in atto un insieme di attività ed un modello organizzativo necessario a sostegno della gestione del cambiamento, utilizzando le leve della comunicazione, della formazione e del supporto continuo che coinvolge tutti i portatori di interesse, interni ed esterni. (Vedi deliberazione del Direttore generale N. 925/2024 "Adozione di un modello organizzativo aziendale per la transizione digitale in area ospedaliera nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige".).

Le attività programmate per il 2025 stanno proseguendo secondo quanto previsto anche dalla nota del 31 luglio 2025 dell'Assessorato alla Sanità, avente ad oggetto "Rinegoziazione BSC 2025", approvata con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1069, del 26 novembre 2024. Tali interventi rappresentano il fondamento operativo per le azioni previste nel 2026, tra cui si segnalano:

- Si stanno diffondendo le nuove applicazioni su tutti i livelli Aziendali, sia Ospedalieri, sia Territoriali, inoltre si stanno gestendo le diverse integrazioni che permetteranno la condivisione protetta di tutte le informazioni sanitarie attraverso il Dossier Sanitario. Il completamento di tali attività è previsto per la fine del 2026.
- La diffusione degli applicativi sui comprensori di Bressanone e Brunico è iniziata. L'organizzazione dell'attività progettuale implementa le linee guida della delibera n. 925/2024 e pone a fulcro delle attività le task force istituite a livello comprensoriale. È in essere un piano evolutivo tra l'attuale applicazione e la nuova che permetta di integrare le funzionalità per una continuità operativa. Entro il 2025 presso gli ospedali del comprensorio di Bressanone saranno avviati il software per la gestione dell'attività chirurgica (Digistat), la cartella clinica ambulatoriale NGH CCE ambulatoriale e il software di Pronto Soccorso (NGH_PS). Il completamento della diffusione dei restanti moduli NGH_ADT, NGH CCE di reparto a Bressanone così come la diffusione sugli ospedali del comprensorio di Brunico sarà completata entro la fine del 2026.
- La diffusione delle applicazioni ospedaliere nei comprensori di Bolzano e Merano è stata completata, e sono attualmente in corso le attività volte alla messa in sicurezza dell'impianto, nonché all'evoluzione delle integrazioni e delle funzionalità applicative. Il completamento di tali interventi è previsto entro la fine del 2025, con l'attivazione dell'Order Entry per il laboratorio analisi presso l'Ospedale di Merano. Tali azioni costituiscono il presupposto per il consolidamento delle funzionalità delle applicazioni ospedaliere nel 2026 presso gli ospedali di Bolzano e Merano.
- È iniziata la diffusione degli applicativi, in primis CUP/Cassa e Cartella Ambulatoriale presso i privati accreditati per la gestione delle attività svolte in regime SSN. Tale iniziativa ha lo scopo di migliorare il livello di sicurezza e qualità delle cure equiparando i contesti operativi la tracciabilità delle informazioni tra pubblico e privato. Entro il 2025 saranno attivati su NGH i primi ambulatori delle strutture private accreditate per ortopedia e cardiologia e oculistica. Nel corso del 2026 si procederà con l'estensione ad altri centri ed altre specialità, se sussisteranno le condizioni per procedere in base agli accordi di fornitura siglati dall' Azienda con le strutture private accreditate.
- La diffusione del nuovo CUP è un elemento cruciale per migliorare le integrazioni tra i diversi sistemi al fine di fornire un supporto operativo alla gestione dei percorsi sanitari. La diffusione del CUP comprende tre momenti principali:
  - come programmazione attività per interni che sarà avviata a Bressanone già nel 2025 e completata nel resto dell'azienda nel 2026;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- come CUPP Prevenzione e come modulo di accettazione ed incasso presso gli sportelli del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) di Bolzano e Merano nel corso del 2026;
- come modulo di prenotazione, accettazione ed incasso presso tutti gli sportelli, call center e servizi dell'Azienda Sanitaria nel corso del 2026.

- Sviluppo di nuovi strumenti di BI per la condivisione dei dati aziendali. Tale sviluppo garantirà una centralità delle informazioni e del controllo sui sistemi dipartimentali per il miglioramento del Governo Clinico e per la gestione della Produttività. Tali strumenti saranno resi disponibili in accordo con la Ripartizione Controlling in parte nel corso del 2025 e in parte nel corso del 2026.

3. Governo dei tempi di attesa

Il contenimento dei tempi di attesa rappresenta per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige una sfida importante il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni.

È fondamentale pertanto coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, atte ad intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Altrettanto importante al fine del contenimento dei tempi di attesa risulta il governo dell'offerta assistenziale.

Il governo delle liste di attesa deve pertanto affrontare vari ambiti di intervento che considerano la domanda di prestazioni e l'offerta assistenziale. Inoltre, va tenuto conto dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, come anche dei sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni. Infine, è necessario il monitoraggio puntuale e costante dei tempi di attesa.

Si menziona a tal fine l'istituzione della Task force aziendale per il governo dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (TFW), istituita con delibera del Direttore generale n. 888 del 20/08/2024 in linea con il DL n. 73/2024; Questa ha il compito di supportare il lavoro dell'"Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa (UCG)" (DGP n. 801/2024) e il "Responsabile Unico Provinciale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS)".

4. Prevenzione sanitaria

Il nuovo Piano Provinciale della Prevenzione (PPP), in coerenza con le direttive del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2030, costituirà lo strumento di programmazione generale per l'ambito della prevenzione per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

In particolare, nel triennio 2026–2028, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende consolidare e ampliare il proprio impegno nel campo della prevenzione, orientando le strategie verso temi prioritari che richiedono un potenziamento dell'organizzazione e un investimento mirato in risorse umane e competenze professionali. L'approccio adottato si basa su una visione integrata della salute, che riconosce il ruolo centrale dei determinanti ambientali, sociali e comportamentali nel promuovere il benessere della popolazione e nel garantire la sostenibilità del sistema sanitario.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Uno dei pilastri di questa strategia è la promozione della sana alimentazione, intesa non solo come prevenzione delle patologie croniche, ma anche come strumento educativo e culturale. Si prevede di intervenire nei contesti di vita quotidiana e lavorativa, migliorando l'offerta alimentare nelle mense, incluse quelle aziendali e nei distributori automatici, e promuovendo scelte consapevoli attraverso campagne informative e percorsi formativi rivolti sia alla cittadinanza che agli operatori del settore.

Parallelamente, si intende potenziare le coperture vaccinali, agendo su più fronti: dalla comunicazione del rischio basata su evidenze scientifiche, alla semplificazione dei percorsi di accesso, fino all'integrazione delle vaccinazioni nei programmi di promozione della salute scolastica e lavorativa. L'obiettivo è quello di superare le barriere informative e organizzative che ancora ostacolano una piena adesione ai programmi vaccinali, contribuendo così al raggiungimento degli standard previsti dagli indicatori LEA.

Un altro ambito strategico riguarda il nesso tra salute, ambiente e cambiamenti climatici. In linea con le indicazioni nazionali e internazionali, si propone di sviluppare azioni intersettoriali che favoriscano ambienti salutari, sostenibili e resilienti. Questo include la promozione della mobilità attiva, la valorizzazione degli spazi verdi e blu urbani, il monitoraggio degli impatti ambientali sulla salute e la tutela delle fasce vulnerabili della popolazione nonché la formazione del personale sanitario e tecnico sui rischi emergenti legati ai cambiamenti climatici.

Infine, la promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion – WHP) rappresenta un'area di intervento cruciale, soprattutto per la fascia di età 25–65 anni. Si intende sviluppare programmi aziendali che favoriscano stili di vita sani. Questi interventi saranno accompagnati da strumenti di valutazione e monitoraggio, per garantire efficacia e sostenibilità nel tempo.

L'Azienda Sanitaria, in particolare nell'ambito della prevenzione, adotterà due strategie trasversali fondamentali: l'equità e la competenza di salute. L'equità sarà perseguita attraverso interventi mirati a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi di prevenzione, con particolare attenzione alle fasce vulnerabili della popolazione e ai determinanti sociali della salute. La competenza di salute, invece, sarà promossa mediante azioni volte a rafforzare la capacità dei cittadini di comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie, favorendo scelte consapevoli e un uso appropriato dei servizi offerti. Queste strategie, integrate nei diversi ambiti di intervento, contribuiranno a costruire un sistema di prevenzione più inclusivo, efficace e sostenibile.

5. Consolidamento del Risk Management

La sanità è uno dei settori più complessi e sensibili della nostra società. La qualità dell'assistenza e la sicurezza delle persone assistite dipendono in modo sostanziale da un'efficace gestione dei rischi, che identifichi, valuti, controlli e monitori sistematicamente i rischi.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha attribuito rilevanza strategica con l'istituzione dell'Unità organizzativa per il governo clinico e la nomina di un Risk Manager clinico.

La gestione dei rischi mira a prevenire e ridurre i pericoli di natura clinica, organizzativa, tecnica e finanziaria; stabilizza i processi aumentandone l'efficienza e l'affidabilità. Lo strumento centrale è un Enterprise Risk Management (ERM) dinamico, che consente una visione dei rischi a livello organizzativo e supporta il processo decisionale a tutti i livelli.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L'attuazione delle raccomandazioni ministeriali e l'orientamento a standard come "Accreditation Canada" e "Phoenix – *Standard italiano per la gestione del rischio in sanità*" rafforzano questo approccio. I fattori di successo sono il coinvolgimento attivo del personale, una cultura della sicurezza e una comunicazione trasparente.

Un approccio sistemico abbina inoltre la gestione di eventi indesiderati (gravi) all'analisi di indicatori di efficacia, al fine di rendere misurabili le prestazioni. La digitalizzazione della cartella clinica consente la raccolta standardizzata dei dati, il monitoraggio continuo dei processi e una migliore tracciabilità. I sistemi informatici basati sulla cartella clinica elettronica integrata rendono visibili le incongruenze e le aree di rischio.

Gli indicatori di monitoraggio consentono di valutare la qualità dell'assistenza e di individuare tempestivamente i punti deboli. Incorporati in una mappa dei rischi, possono essere classificati e priorizzati in base alla gravità e alla probabilità del loro verificarsi. Questa mappa diventa uno strumento di controllo strategico ai fini della gestione clinica.

Attraverso audit, linee guida basate su prove scientifiche, percorsi terapeutici assistenziali e strumenti di garanzia della qualità, viene promossa una cultura della sicurezza che consente un apprendimento continuo e innovazioni mirate.

Solo attraverso una gestione dei rischi sistematica, integrativa e supportata digitalmente, basata sulla mappatura dei rischi aziendali e sugli standard internazionali, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige può affrontare le sfide del moderno sistema sanitario e garantire in modo sostenibile un'assistenza sicura e di alta qualità.

6. Olimpiadi invernali Milano Cortina 2026

I Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026 sono un grande evento sportivo che riunisce numerosi atleti, funzionari, rappresentanti dei media e spettatori provenienti da tutto il mondo. Nella Provincia Autonoma di Bolzano, le gare di biathlon si svolgeranno ad Anterselva. Oltre all'organizzazione sportiva, anche l'assistenza medica riveste un ruolo centrale.

Con la delibera n. 646, del 26.08.2025, la Giunta provinciale dell'Alto Adige ha quindi incaricato l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige di organizzare l'assistenza medica (Medical Services) in occasione dei Giochi Olimpici Invernali 2026 ad Anterselva.

Obiettivi principali:
Garantire un'assistenza medica capillare

- Creazione di una rete medica intorno al luogo della competizione (Biathlon-Arena Anterselva), al villaggio olimpico (policlinico olimpico) e agli ospedali pubblici (ospedali olimpici).
- Messa a disposizione di stazioni di pronto soccorso (Medical Station) per atleti e spettatori, squadre mediche mobili e mezzi di trasporto. (sia via terra che via aria)
- Coinvolgimento delle organizzazioni di pronto intervento (servizio di soccorso, soccorso alpino)

Assistenza agli atleti

- Diagnosi e trattamento rapidi e prioritari in caso di infortuni
- Assistenza in caso di malattia

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Collaborazione con il team medico delle diverse nazioni partecipanti

Assistenza agli spettatori e al personale

- Allestimento di punti di riferimento medici per spettatori, rappresentanti dei media, lavoratori ecc. nel luogo della competizione (Biathlon-Arena Anterselva)

Prevenzione sanitaria pubblica

- Definizione di misure di protezione dalle infezioni e norme igieniche (acqua potabile, alimenti)
- Creazione di un sistema di monitoraggio per la diagnosi precoce di focolai di malattie
- Attuazione di piani di prevenzione per Covid19, influenza, norovirus, ecc., a seconda della situazione epidemiologica attuale
- Garanzia dell'assistenza medica a livello nazionale per la popolazione e i turisti in generale

Gestione delle crisi e pianificazione delle emergenze

- Analisi dei rischi per possibili scenari di crisi ed emergenze
- Elaborazione di piani di emergenza per situazioni particolari e di grave danno (MANV)
- Esecuzione di simulazioni ed esercitazioni di emergenza prima dell'inizio dei giochi
- Collaborazione con l'agenzia per la protezione civile, le forze dell'ordine, i servizi di soccorso e i vigili del fuoco

Requisiti logistici e organizzativi

- Pianificazione del personale: pianificazione dell'impiego di medici, infermieri, paramedici e altro personale
- Formazione del personale: istruzione del personale sui luoghi di intervento e informazioni sulle procedure mediche e organizzative
- Equipaggiamento e infrastrutture: organizzazione e fornitura di attrezzature di emergenza, farmaci, apparecchiature medico-tecniche, ecc., anche in collaborazione con le organizzazioni partner locali e la Fondazione Milano-Cortina 2026
- Comunicazione: coordinamento tra i diversi centri di controllo (MOC, centro di controllo provinciale e comunale, centro operativo, centrale di emergenza provinciale), utilizzo di sistemi di allarme e informazione collaudati

Sostenibilità e proseguimento

- Impiego sostenibile delle risorse finanziarie messe a disposizione
- Utilizzo dell'infrastruttura medica realizzata anche dopo i Giochi
- Valutazione dell'assistenza medica dopo i Giochi per migliorare i futuri grandi eventi
- Formazione e aggiornamento del personale impiegato con benefici a lungo termine per la sanità pubblica

L'assistenza medica ai Giochi Olimpici Invernali del 2026 richiede una collaborazione interdisciplinare altamente coordinata tra tutti gli attori coinvolti. L'obiettivo è garantire un'assistenza sanitaria completa e di altissimo livello - per gli atleti, la famiglia olimpica, i visitatori e la zona circostante. Solo grazie a un'attenta pianificazione, attrezzature moderne e personale esperto è possibile garantire lo svolgimento dei Giochi senza inconvenienti.

7. Introduzione del sistema di codifica ICD-10 in sinergia con il nuovo sistema informatico NGH

L’introduzione del sistema di codifica ICD-10 rappresenta un passaggio strategico fondamentale per l’ottimizzazione della classificazione delle diagnosi e delle procedure sanitarie. Tale implementazione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

avviene in stretta sinergia con l'adozione del nuovo sistema informatico NGH, che dovrà garantire la corretta generazione e trasmissione dei tracciati richiesti ai sistemi nazionali, in particolare al NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario).

La sfida principale è duplice: da un lato, occorre assicurare una transizione fluida e tecnicamente corretta dal precedente sistema di codifica al nuovo standard ICD-10; dall'altro, è necessario garantire che il sistema NGH sia pienamente operativo e in grado di produrre tracciati conformi alle normative nazionali, senza errori di codifica o incongruenze nei dati clinici.

Per monitorare l'efficacia del processo di implementazione e valutare il livello di adozione da parte delle strutture sanitarie, sono stati individuati i seguenti indicatori di performance:

- Percentuale di reparti formati sull'utilizzo del sistema ICD-10, con l'obiettivo di garantire una conoscenza diffusa e omogenea della nuova codifica tra il personale sanitario.
- Percentuale di reparti ospedalieri con personale formato specificamente all'uso della codifica ICD-10, per assicurare competenze operative nella registrazione delle diagnosi e delle procedure.
- Percentuale di codifiche ICD-10 validate correttamente, ovvero prive di errori nei tracciati generati e trasmessi ai sistemi nazionali.
- Percentuale di reparti attivi sul sistema NGH, che indica il grado di diffusione e utilizzo effettivo della nuova piattaforma informatica.
- Percentuale di reparti che utilizzano NGH per la codifica e la gestione clinica, a testimonianza dell'integrazione tra la codifica ICD-10 e i processi clinico-assistenziali.
- Percentuale di personale sanitario coinvolto nei moduli formativi dedicati all'ICD-10, come misura dell'impegno formativo e della partecipazione attiva al cambiamento.
- Percentuale di segnalazioni di errori di codifica, utile per monitorare criticità e intervenire tempestivamente con azioni correttive e di supporto.

2.2.2 Obiettivi annuali

Con la programmazione annuale l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige traduce gli obiettivi strategici pluriennali contenuti nei diversi 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 2026 è approvato con delibera del Direttore generale n. 1127 del 18/11/2025. Per la presa visione dell'elenco completo degli obiettivi previsti dal Programma operativo annuale 2026 si rinvia all'apposito allegato del presente documento (vedasi allegato 2.2.2 "Programma operativo annuale - Jahrestätigkeitsprogramm 2026"). Per ciascun obiettivo riportato nell'elenco del Programma operativo annuale, oltre alla descrizione dell'obiettivo sono previsti anche i relativi indicatori, i criteri di misurazione e gli ambiti coinvolti.

Le declinazioni degli obiettivi, a livello di unità operativa e di singolo collaboratore con relativi indicatori e target, sono riportate dettagliatamente nelle schede degli obiettivi contrattati con i responsabili delle singole strutture e con i singoli collaboratori.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nella formulazione degli obiettivi prefissati per l'anno di riferimento, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige tiene conto, dei piani e delle linee guida previsti per il settore sanitario sia nazionali che provinciali. Tra questi citiamo, tra gli altri, il vigente Piano Sanitario Provinciale 2016 - 2020 (delibera Giunta provinciale n. 1331/2016), il Piano Provinciale di prevenzione 2021 – 2025 (DGP 1123/2021), il Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa 2019 - 2021 (DGP 915/2019) adottato in attuazione del Piano nazionale del governo delle liste di attesa del 21.1.2019. Si tiene inoltre conto anche degli esiti rilevati nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance sanitarie condotti a livello nazionale, come il Piano nazionale esiti, Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali - Network delle Regioni e il Nuovo sistema di Garanzia NSG (DM 12 marzo 2019). Oltre a ciò, si tengono in considerazione le disposizioni riguardanti la privacy, la trasparenza e l'anticorruzione come da Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Infine, il Programma operativo annuale tiene conto degli obiettivi contenuti nel documento delle direttive della Giunta provinciale per l'anno 2026 secondo il metodo "balanced scorecard", approvato con delibera della Giunta provinciale n. 840, del 17/10/2025.

Per evidenziare il contributo degli obiettivi del Programma Operativo Annuale 2026 al raggiungimento dei tre obiettivi strategici prioritari per lo stesso anno, come indicato al punto 2.2.1 del presente piano, tali obiettivi sono stati raggruppati in cluster. La relativa classificazione è riportata in un'apposita colonna del Programma Operativo Annuale allegato a questo documento.

Per evidenziare il contributo alla produzione del valore pubblico tramite le singole azioni e gli obiettivi aziendali, all'interno del Programma operativo annuale gli stessi sono stati clusterizzati - per prevalenza – anche secondo una delle quattro dimensioni previste dal Piano di attività e organizzazione.
Le quattro dimensioni attraverso le quali si persegue il valore pubblico sono:

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

Gli obiettivi annuali con i quali l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende perseguire la propria missione e contribuire all'aumento del valore pubblico sono raggruppati in cinque macro-gruppi, come previsto dal documento annuale delle direttive programmatorie della Giunta Provinciale.
Qui di seguito vengono riportate e brevemente esposte le macroaree previste per l'anno 2026, indicando per ciascuna di esse, gli obiettivi principali previsti all'interno del Programma operativo annuale 2026:

A. Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende proseguire nel migliorare la propria organizzazione e l'offerta di salute. Fra questi, particolare attenzione è dedicata all'assistenza territoriale ed alla conseguente integrazione socio-sanitaria. Gli obiettivi afferenti a questa macroarea considerano, in particolare, la prima componente della Missione 6 del PNRR, con l'avvio dell'implementazione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) stipulato tra la Provincia autonoma di Bolzano e Ministero, riguardante fra l'altro l'attivazione di Case e Ospedali della Comunità che rappresentano un'ulteriore spinta a favore dell'assistenza domiciliare

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

integrata. Altri obiettivi previsti all'interno del Programma operativo annuale 2026, riferiti a questa macro-area, sono orientati al potenziamento dell'assistenza per la salute mentale in età evolutiva, oltre al settore delle dipendenze. È considerata inoltre anche la conclusione della riorganizzazione e l'implementazione del Dipartimento di prevenzione.
Obiettivo rilevante è da considerarsi lo sviluppo della Telemedicina.

B. Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico

Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il contenimento dei tempi di attesa rappresenta, come già riportato, un obiettivo strategico. L'attenzione degli obiettivi 2026 è posta, sia sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che sulle prestazioni chirurgiche in regime di ricovero. In questo ambito sono inseriti inoltre interventi per il miglioramento dell'appropriatezza, finalizzati anch'essi al contenimento dei tempi di attesa.
In questa macroarea particolare attenzione è rivolta anche agli obiettivi orientati al continuo miglioramento della qualità dei propri servizi ed al raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca la crescita delle competenze professionali.
Fra questi possono essere annoverati il completamento della rete delle cure palliative e la riorganizzazione della rete delle cure odontoiatriche. Infine, si segnalano l'attenzione all'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici, come anche il potenziamento delle iniziative di prevenzione.

C. Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo

Oltre a migliorare costantemente le competenze del personale già alle proprie dipendenze con interventi di formazione e aggiornamento continuo, è importante reclutare nuovo personale qualificato, fidelizzandolo in modo mirato. Prosegue anche nel 2026 l'impegno dedicato allo sviluppo del corso di Medicine and Surgery dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con sede a Bolzano. In seguito all'accreditamento del nuovo corso di laurea "Medicine & Surgery" (MS) dell'Università Cattolica Del Sacro Cuore (UCSC) nell'estate 2024, il primo semestre del primo anno accademico 2024/2025 è iniziato nell'ottobre dello stesso anno con 60 studenti. Negli anni a seguire anni, ogni anno partiranno nuove coorti di 60 studenti. Sono previsti anche riaccreditamenti periodici da parte del ministero.
Inoltre, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende portare avanti i progetti volti all'ottimizzazione della governance investendo soprattutto in riorganizzazione, programmazione e controllo. Fra questi particolare attenzione è rivolta alla definitiva adozione dell'atto aziendale e sua progressiva implementazione, come anche al perfezionamento dei flussi informativi e alla gestione amministrativa del PNRR.
Infine, entra tra gli obiettivi da perseguire anche il potenziamento della medicina di genere.

D. Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione

Per essere in grado di rispondere in modo adeguato alle sfide che ci attendono è necessario intraprendere strade innovative. A tal riguardo, un ruolo primario è attribuito alla tecnologia informatica che offre molte possibilità anche in materia di assistenza sanitaria alla popolazione: dalla prenotazione delle prestazioni, al ritiro dei referti, sino al Fascicolo sanitario elettronico, che accompagna il cittadino/la cittadina dalla nascita alla morte. Di grande importanza in questa macroarea risultano l'implementazione del Sistemi Informativi sia ospedaliero che quello legato all'assistenza territoriale.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Altrettanto importante risulta il ruolo dei sistemi informativi per il miglioramento dell'accountability e dei sistemi di reporting e cultura del dato a supporto del sistema di misurazione della performance.
È da sottolineare il grande impegno dedicato a ridurre il disallineamento delle diverse soluzioni IT tra i quattro comprensori a favore di un sistema informatico unico capace di migliorare la comunicazione strutturata tra strutture e professionisti.
Particolare impegno è rivolto inoltre all'implementazione ed alla gestione dei flussi informativi nazionali e provinciali, che impattano direttamente sui sistemi di valutazione della performance quali il Nuovo Sistema di Garanzia e il Piano Nazionale Esiti.
In questo ambito rientrano altresì gli obiettivi orientati allo sviluppo della telemedicina ed ai progetti di Intelligenza artificiale.

E. Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale. Controllo della relativa qualità e degli esiti

In ottemperanza a quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si prefigge di definire una proposta di sviluppo organizzativo della rete ospedaliera, individuando i dipartimenti e le forme vincolanti, le discipline e le prestazioni erogabili per setting assistenziale, secondo un modello hub and spoke, identificando i punti di riferimento a valenza aziendale e definendo le modalità di collaborazione all'interno della rete ed i processi operativi clinici.
In merito allo sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale, particolare attenzione è rivolta al continuo miglioramento della qualità dei servizi e dei processi assistenziali: per il 2026 grande interesse è dato, alla rete oncologica e la riorganizzazione del centro di chirurgia oncologica senologica, al miglioramento della performance in ambito della chirurgia protesica e del tasso di ospedalizzazione psichiatrico. Si prosegue, inoltre, con l'affinamento del modello di controllo della qualità delle strutture pubbliche e private. Particolare impegno per i primi mesi dell'anno sarà rivolto a garantire un servizio sanitario efficace ed efficiente durante le Olimpiadi invernali 2026 in Provincia di Bolzano.

Infine, per garantire la qualità della modalità di formulazione degli obiettivi della programmazione annuale, è previsto che gli stessi siano:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con contesti sanitari analoghi;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione, con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.2.3 Indicatori di performance

Il ciclo di gestione della Performance nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

La negoziazione degli obiettivi mira oltre al miglioramento della qualità dei servizi offerti, anche alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

Il sistema si articola in tre fasi fondamentali: la programmazione, la formulazione del budget e la misurazione dei risultati e la valutazione conclusiva.

Di seguito una breve esposizione degli aspetti più significativi delle tre fasi.

1. Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Aziendale, che per mezzo del **Programma operativo annuale (POA)** definisce gli indirizzi e gli obiettivi annuali di importanza aziendale, riferiti agli obiettivi strategici fissati per il triennio di riferimento. Nel documento di programmazione sono previsti di default anche tutti gli obiettivi che la Giunta Provinciale assegna annualmente al Direttore Generale tramite la Balanced scorecard (BSC).

Oltre agli obiettivi delineati nel Programma Operativo Annuale, l'Azienda definisce e monitora ulteriori obiettivi di rilevanza aziendale, attribuiti alle singole unità operative.

2. Negoziazione degli obiettivi

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 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.

3. Svolgimento e misurazione delle attività, reporting e valutazione

Il monitoraggio verificherà che l'attività è in linea con gli obiettivi assegnati ed i risultati attesi e, se necessario, per adottare le necessarie misure correttive.
Per gli indicatori numerici la misurazione delle attività svolte può basarsi su dati provenienti dai sistemi informativi aziendali. Per gli indicatori di tipo non numerico, e quindi non desumibili da procedure

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

informatizzate, il sistema di monitoraggio e verifica degli obiettivi si basa su relazioni su stati di avanzamento.
In presenza di forti scostamenti tra valori registrati e valori attesi, valutate le motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, è prevista la possibilità di revisione degli obiettivi che può essere apportata il più tardi entro il 30.09. dell'anno di riferimento.
A conclusione dell'anno, raccolte le relazioni relative al raggiungimento degli obiettivi, si procede alla valutazione finale degli stessi.
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. La scheda di valutazione firmata viene archiviata nel fascicolo elettronico del personale. Il grado di raggiungimento complessivo degli obiettivi determina la quota di indennità di risultato spettante.

A partire dalla fine del 2023 anche presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 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 Ciclo della Performance segue tendenzialmente il timing indicato nel grafico riportato di seguito.

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 opertive												
Formulazione del budget dei collaboratori												
Monitoraggio infrannuale												
Valutazione finale - anno precedente												

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INDICATORI

Gli indicatori di esito rappresentano strumenti fondamentali per valutare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, poiché misurano il risultato finale delle cure erogate sullo stato di salute del paziente. Essi consentono di comprendere non solo l'appropriatezza dei percorsi clinici, ma anche l'impatto complessivo delle politiche sanitarie sulla popolazione.

In Italia, la rilevazione e l'analisi di tali indicatori avviene attraverso sistemi strutturati di monitoraggio e valutazione delle performance, che operano a livello nazionale e regionale. Tra i principali si annoverano:

- Il Programma Nazionale Esiti (PNE), che fornisce informazioni dettagliate su volumi di attività, esiti clinici e qualità delle cure erogate dalle strutture ospedaliere.
- Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Network delle Regioni, volto a confrontare le performance delle diverse realtà territoriali e a promuovere il miglioramento continuo.
- Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), strumento introdotto dal Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria e la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte delle Regioni italiane. È operativo dal 1° gennaio 2020.

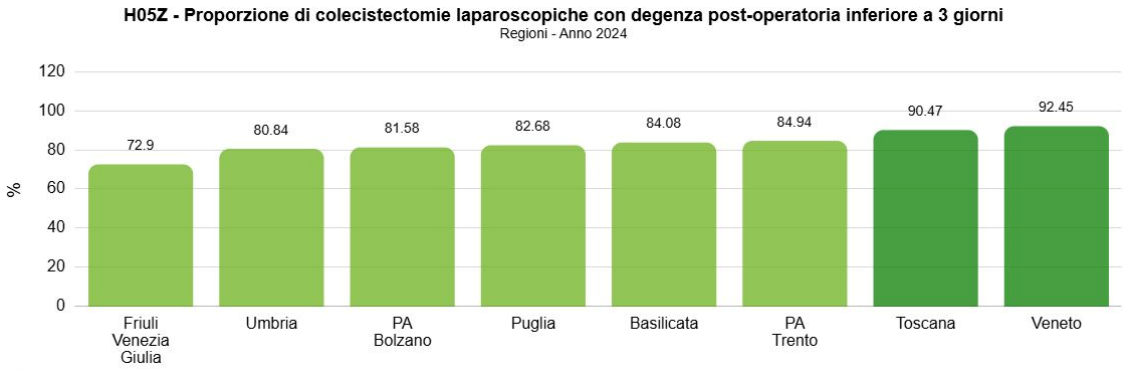
Di seguito vengono riportati alcuni indicatori monitorati dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige:

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

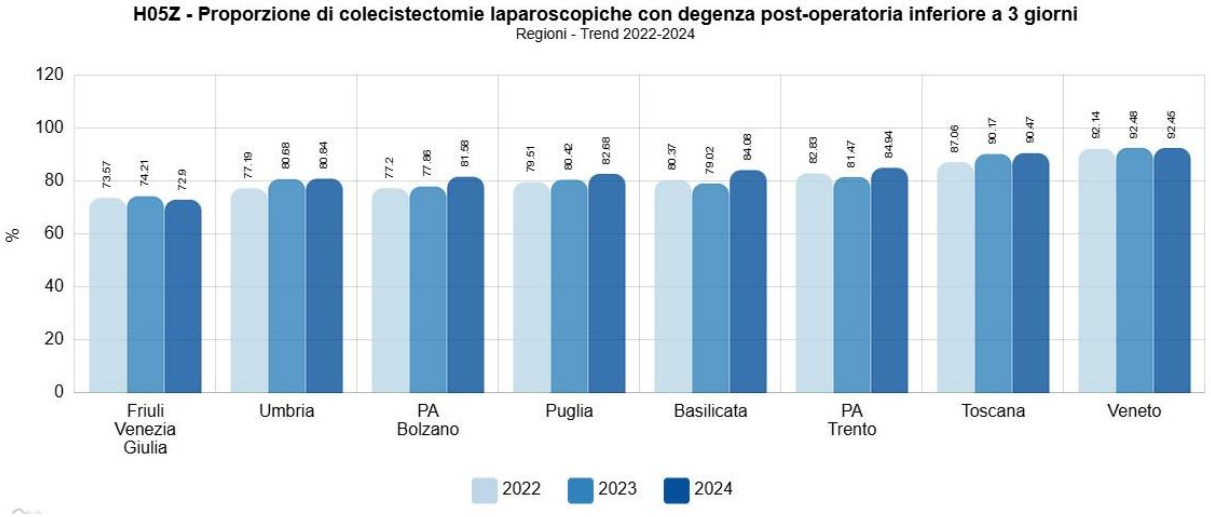
La percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni nel periodo analizzato a livello aziendale è in continuo aumento.

Struttura Ospedaliera	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Ospedale di Bolzano	62,30	72,22	68,10	73,48	76,81
Ospedale di Merano	61,45	69,70	70,53	70,71	83,50
Ospedale di Bressanone	70,45	81,67	77,61	80,28	84,21
Ospedale di Brunico	80,28	88,16	86,05	80,19	83,02
Ospedale di Vipiteno	80,00	83,67	94,29	83,33	78,57
Ospedale di San Candido	85,71	77,78	80,00	50,00	100,00
Ospedale di Silandro	47,92	71,11	82,81	87,14	96,00
Totale	**66,00**	**76,56**	**77,35**	**77,71**	**82,74**

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



Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



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

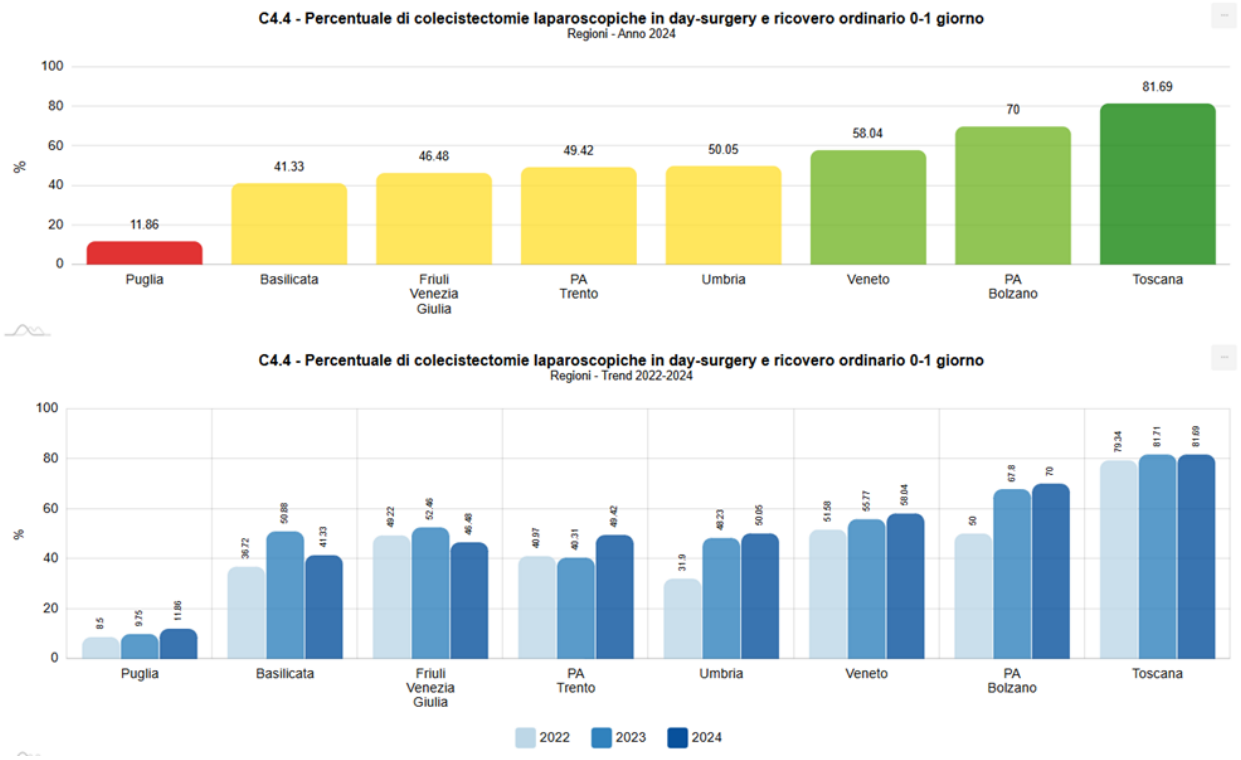
Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

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 con un ulteriore lieve aumento rispetto al periodo precedente (2023).

Struttura Ospedaliera	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Ospedale di Bolzano	38,46	74,07	46,81	57,14	74,53
Ospedale di Merano	27,50	72,73	89,13	92,86	87,27
Ospedale di Bressanone	65,52	84,62	71,74	70,69	66,67
Ospedale di Brunico	74,29	72,73	72,73	79,10	72,73
Ospedale di Vipiteno	5,56	9,52	18,75	31,82	25,00
Ospedale di San Candido	66,67	62,50	75,00	50,00	100,00
Ospedale di Silandro	2,63		4,92	60,94	69,12
Totale	**37,70**	**54,79**	**50,86**	**67,58**	**70,76**

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



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

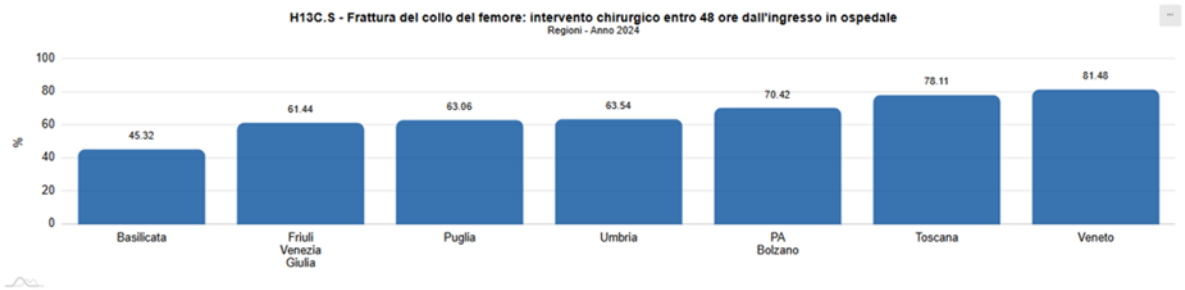
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero

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	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale di Bolzano	70,03	74,46	79,42	75,50	88,72
Ospedale di Merano	77,93	86,41	87,20	83,19	77,18
Ospedale di Bressanone	93,51	92,42	93,29	84,56	82,24
Ospedale di Brunico	89,86	84,27	86,03	89,12	86,71
Ospedale di Vipiteno	100,00	100,00	96,77	100,00	97,37
Ospedale di San Candido	89,29	92,86	95,92	94,55	92,73
Ospedale di Silandro	80,65	96,88	95,45	81,82	87,50
Totale	**81,07**	**83,49**	**86,03**	**82,57**	**85,38**

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



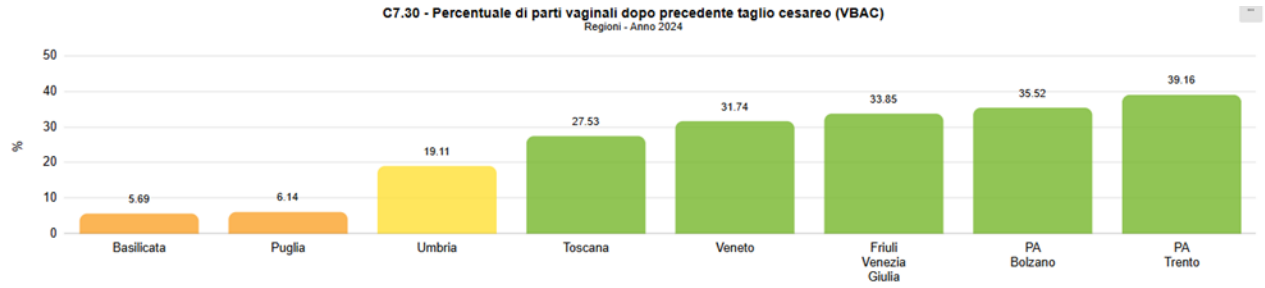
Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant'Anna Pisa

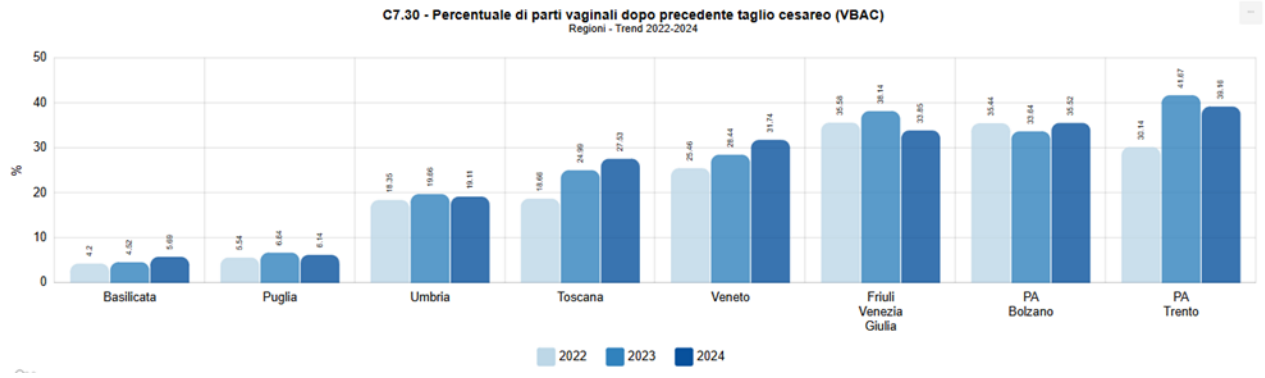
Numero di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo

Punto nascita	2020	2021	2022	2023	2024
Bolzano	232	195	202	215	190
Merano	160	172	141	159	149
Bressanone	140	171	141	135	122
Brunico	111	94	107	100	90
Silandro	63	55	52	43	35
A domicilio	2			2	2
Totale	**708**	**687**	**643**	**654**	**588**

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

La proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo rispetto al periodo precedente ha subito un lieve aumento rispetto al periodo precedente (2023), mantenendo l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige su questo fronte tra le più performanti a livello nazionale.





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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	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
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	592	5,24	4,88	1,04

Fonte: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2025

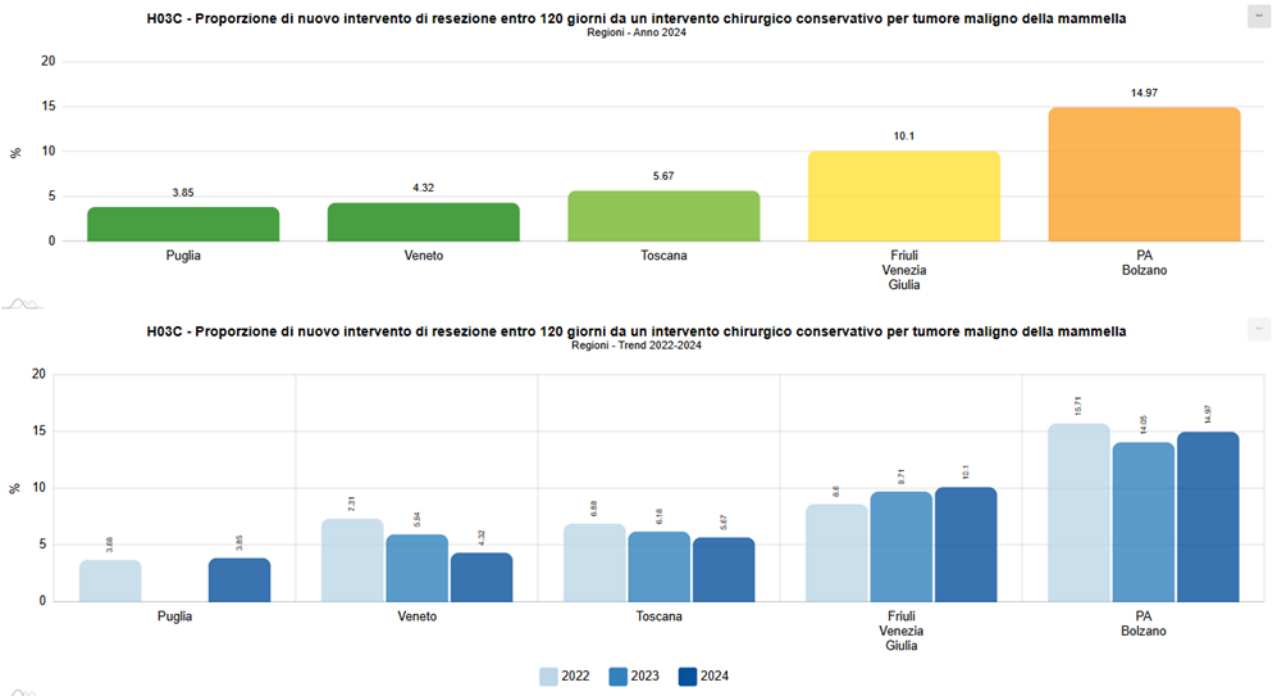
Nb. Sono stati considerati solamente gli indicatori statisticamente significativi (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente alla % grezza ed aggiustata (% adj) il Rischio Relativo (RR) che rappresenta il rapporto tra due tassi/proporzioni ovvero l'eccesso o il difetto di rischio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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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 necessità di migliorare il suo posizionamento rispetto alle altre realtà nazionali. L'andamento è rimasto pressoché invariato rispetto al periodo precedente (2023).



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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nella seguente tabella vengono presentati indicatori sui quali l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel 2024 sta performando al di sotto della media nazionale.

Indicatore	**Numerosità**	**% Grezza**	**% Adj**	**RR**
Ictus ischemico: mortalitá a 30 giorni	494	7,09	6,91	0,75
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	736	5,03	4,14	2,19
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	67	53.73	58,42	0,83
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
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	2.124	1,60	1,60	1,89
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 nel 2024 (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente alla % grezza ed aggiustata (% adj) il Rischio Relativo (RR) che rappresenta il rapporto tra due tassi/proporzioni ovvero l'eccesso o il difetto di rischio per quell'indicatore rispetto alla media nazionale. E' 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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sezione di sintesi anticorruzione è stata redatta in conformità alla checklist ANAC (Adunanza del 23.07.2025), assicurando chiarezza espositiva, coerenza logica e sistematica, presenza di indicatori e target precisi, coinvolgimento degli stakeholder e apertura alla consultazione pubblica.

I dati relativi ai rischi corruttivi sono aggiornati a ottobre 2025.

2.3.1 Prevenzione della corruzione

Obiettivi di valore pubblico e declinazione nella strategia anticorruzione

Il concetto di valore pubblico, già illustrato nella sezione 2.1, guida la strategia anticorruzione e trasparenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, articolata sui seguenti quattro macro-obiettivi:

- **Legalità**

  È perseguita attraverso la mappatura e il monitoraggio dei rischi corruttivi, la regolamentazione delle procedure di affidamento, la gestione dei conflitti di interesse, la rotazione del personale nelle aree a rischio ogniqualvolta operativamente fattibile, la formazione obbligatoria e la collaborazione tra RPC, OIV e referenti di settore. Le misure di prevenzione e controllo, inclusi i sistemi multilivello PAC e le attività di audit, garantiscono la conformità normativa e la correttezza amministrativa.

- **Trasparenza**

  È attuata mediante la pubblicazione sistematica dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", la consultazione pubblica degli stakeholder, la digitalizzazione dei procedimenti, la tracciabilità delle decisioni, la rendicontazione delle sponsorizzazioni e delle donazioni (delibera nr. 55/2021), la gestione trasparente delle liste d'attesa e delle attività libero-professionali, nonché la promozione di canali sicuri per il *whistleblowing*. Indicatori chiari e audit periodici assicurano la visibilità e la verificabilità delle azioni aziendali.

- **Integrità**

  È realizzata mediante l'aggiornamento del Codice di comportamento (delibera n. 112/2025) e la sua integrazione nei percorsi formativi, la realizzazione di corsi periodici e moduli online, la promozione attiva della cultura della segnalazione e della responsabilità individuale, l'inserimento di criteri anticorruzione nei sistemi di valutazione delle performance, l'applicazione di procedure regolamentate per sponsorizzazioni e donazioni, la gestione preventiva dei conflitti di interesse e il coinvolgimento diretto dei dipendenti nella mappatura e nel monitoraggio dei rischi.

- **Fiducia dei cittadini nelle istituzioni**

  È rafforzata dalla qualità e dall'equità dei servizi erogati, dalla trasparenza delle procedure, dalla partecipazione pubblica, dalla rendicontazione dei risultati e dal miglioramento continuo dei processi. L'accreditamento all'eccellenza, la gestione trasparente delle donazioni, la tutela dei diritti degli utenti, la sicurezza informatica e la protezione dei dati personali contribuiscono ulteriormente a consolidare la fiducia nel sistema sanitario pubblico.

  Tra le azioni concrete si evidenzia l'implementazione, avviata nel 2025, di una sezione in lingua semplice sulla homepage aziendale, volta a rendere il sito più accessibile e usabile per tutti i cittadini e le cittadine, inclusi coloro che presentano svantaggi cognitivi o linguistici. Tale iniziativa mira a favorire la vicinanza e la fiducia della popolazione nei confronti dell'Azienda Sanitaria.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Prevenzione della corruzione e trasparenza

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, operante in un contesto autonomo e multilingue, riconosce la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza come elementi essenziali per garantire l'integrità dell'azione amministrativa e la fiducia dei cittadini, nel rispetto delle normative nazionali e provinciali.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), parte del PIAO 2026–2028, è elaborato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) e dal Responsabile della Trasparenza (RT), con il coinvolgimento dei referenti aziendali e l'approvazione del Direttore Generale. Il Piano definisce le strategie aziendali in linea con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e le direttive ANAC.

All'interno del Piano sono definiti:

- i soggetti:

vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e responsabilità (il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i dirigenti, i dipendenti, i referenti);

  - le aree a rischio;
  - l'indicazione della metodologia per effettuare la valutazione del rischio;
  - le misure di contrasto e di prevenzione;
  - la programmazione e previsione di cicli di formazione e definizione dei destinatari;
  - l'adozione di integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
  - i tempi e le modalità di riorganizzazione della struttura aziendale.

Il RPC, con i referenti aziendali, coordina l'analisi del contesto esterno (territorio) e interno (organizzazione) per identificare e valutare i rischi corruttivi. Il Piano recepisce le novità normative introdotte dal PNA 2025 e dalle linee guida ANAC, aggiornando le procedure aziendali.

Aggiornamento sulle novità del Piano Nazionale Anticorruzione 2025 e integrazione nel PIAO

Nel 2025 il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) ha introdotto una nuova strategia, con linee strategiche, obiettivi annuali, azioni, indicatori e target per rafforzare la programmazione e il monitoraggio delle politiche di integrità. Il PNA si articola in una parte generale (indirizzi operativi per il PIAO) e una parte speciale su contratti pubblici, inconferibilità/incompatibilità e trasparenza.

Il PIAO 2026–2028 dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige recepisce progressivamente queste novità, aggiornando la mappatura dei rischi, le procedure di verifica e rafforzando la digitalizzazione e la tracciabilità nei contratti pubblici. Sono stati introdotti nuovi indicatori di performance, potenziate le misure di monitoraggio e rafforzata la formazione su anticorruzione e trasparenza.

Il Piano include una sezione dedicata alla consultazione pubblica e all'aggiornamento delle procedure di trasparenza, con l'obiettivo di consolidare la cultura dell'integrità e della legalità, in linea con gli standard nazionali e internazionali. L'Azienda si impegna a monitorare e aggiornare periodicamente le proprie procedure secondo le evoluzioni normative e le indicazioni ANAC.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Modalità di consultazione pubblica e partecipazione degli stakeholder

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige considera la consultazione pubblica e il coinvolgimento degli stakeholder fondamentali per garantire trasparenza e qualità nelle strategie di prevenzione della corruzione. In linea con il processo nazionale avviato da ANAC per il PNA 2025, il Piano Triennale prevede modalità di consultazione pubblica chiare e attuabili.

Modalità adottate

ASDAA garantisce:

- una giornata dedicata agli stakeholder su trasparenza, prevenzione della corruzione, performance e privacy;
- la consultazione della bozza della sezione anticorruzione e trasparenza;
- la possibilità di inviare osservazioni al RPC-RT tramite e-mail istituzionale.

L'avviso pubblico specifica termini e modalità di partecipazione, assicurando accessibilità e parità di trattamento.

Gestione dei contributi

I contributi ricevuti vengono valutati dal RPC-RT per l'eventuale integrazione nel Piano. In caso di modifiche significative, viene pubblicato un report di sintesi con le osservazioni e le valutazioni. La consultazione pubblica, sia nella giornata dedicata che nella fase di raccolta contributi, è uno strumento concreto per garantire trasparenza, condivisione delle scelte strategiche e miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione.

L'analisi dei rischi corruttivi ha considerato:

- la complessità organizzativa su quattro comprensori;
- la gestione bilingue dei procedimenti;
- l'interazione con enti pubblici e privati;
- i dati ASTAT e indicatori socioeconomici, che mostrano un contesto generalmente meno favorevole alla corruzione.

Secondo i dati provinciali e nazionali, l'Alto Adige presenta un tasso di delitti denunciati inferiore alla media nazionale. Anche indicatori proxy (occupazione, fallimenti, scolarizzazione, natalità) confermano un contesto meno esposto al rischio.

L'analisi interna ha considerato complessità organizzativa, gestione bilingue e rapporti con enti. La mappatura dei processi decisionali nei settori a rischio è la principale misura preventiva, condotta secondo PNA e specificità locali. Il monitoraggio verifica l'efficacia delle misure e ne consente l'aggiornamento.

Nel 2025 l'Azienda ha aggiornato la mappatura coinvolgendo referenti di settore e utilizzando:

- questionari anonimi bilingui;
- incontri di sensibilizzazione;
- analisi dei fattori abilitanti.

Tutti i responsabili hanno contribuito all'elaborazione dei dati per la mappatura e il monitoraggio.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Rilevazione sulla percezione della corruzione e raccomandazioni operative

Raccomandazioni operative

Azioni di miglioramento proposte:

- rafforzare la comunicazione interna sulle misure anticorruzione con campagne informative e canali diversificati.
- Incrementare la formazione mirata su anticorruzione, whistleblowing e pantouflage, anche per i nuovi assunti.
- Promuovere la cultura della fiducia e della trasparenza, valorizzando le segnalazioni gestite correttamente e coinvolgendo i dirigenti.
- Monitorare e migliorare i canali di segnalazione, raccogliendo feedback anonimi sugli ostacoli percepiti.
- Personalizzare la comunicazione per i diversi profili professionali, anche con strumenti visivi.

Nuove schede di mappatura del rischio

Una novità assoluta introdotta nel 2025 è la riformulazione strutturale delle schede di mappatura del rischio, che ha segnato un salto di qualità nel sistema di prevenzione.

Le nuove schede sono state progettate per:

- migliorare la chiarezza, l'intellegibilità e la fruibilità operativa;
- stabilire un collegamento più diretto e trasparente tra i processi a rischio, le contromisure già adottate e quelle pianificate.

Ogni scheda include ora:

- obiettivi specifici di prevenzione, calibrati sul contesto operativo;
- indicatori misurabili, sia per la valutazione del livello di rischio, sia per il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Questa innovazione metodologica consente al RPC di potenziare il presidio strategico del rischio, rendendo più efficace il monitoraggio e più mirata l'azione correttiva. In particolare, la presenza di indicatori permette di passare da una logica descrittiva a una logica valutativa, favorendo l'integrazione tra prevenzione della corruzione e misurazione della performance.

Nel quadro del Piano Triennale 2026–2028, il RPC provvederà a:

- aggiornare le modalità di analisi e reporting;
- integrare gli indicatori nei cicli di monitoraggio;
- rafforzare il raccordo con l'OIV e con i referenti di settore, per garantire coerenza tra obiettivi anticorruzione e obiettivi gestionali.

La valutazione del rischio corruttivo è stata effettuata, come negli anni precedenti, secondo una scala qualitativa (basso–medio–alto), in coerenza con le indicazioni metodologiche contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione 2019 e 2022. Questo approccio consente di mantenere una lettura comparabile nel tempo, pur integrando progressivamente elementi di analisi più strutturati e indicatori di performance, introdotti con la nuova formulazione delle schede.

Per quanto riguarda il contesto interno, il Piano 2026–2028 è stato redatto tenendo conto della mappatura dei processi decisionali monitorati nel corso del 2025, come dettagliato negli allegati 2.3.1.1 "Parte

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

descrittiva dei rischi corruttivi e trasparenza" e 2.3.1.2 "Mappatura dei processi decisionali e analisi del rischio".

Le aree di rischio individuate nell'Allegato I del PNA 2019 sono state riformulate in modo schematico e tabellare, recependo quanto già previsto nei precedenti PNA e nelle indicazioni ANAC. Il risultato, per quanto di competenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, è una tabella che distingue tra aree di rischio generali (comuni a tutte le Pubbliche Amministrazioni) e aree specifiche del settore sanitario.

Per ulteriori approfondimenti e per la consultazione dei documenti integrali, si rimanda alla sezione "Prevenzione della corruzione" del sito aziendale, dove il PIAO e i relativi allegati sono pubblicati e liberamente scaricabili: https://www.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/corruzione.asp.

Ai fini della mappatura delle aree, l'analisi del rischio ha tenuto conto dei seguenti elementi:

- identificazione del processo decisionale - e di eventuali sottofasi - ritenute a rischio in quanto rientranti in una delle cd. "aree a rischio corruzione" individuate ex lege oppure in quanto di fatto tali;
- con riferimento ai singoli processi decisionali, valutazione del rischio corruttivo attraverso l'identificazione, l'analisi e la ponderazione del medesimo;
- descrizione dei fattori abilitanti: ovvero dei fattori, di diversa natura, che consentono o favoriscono l'attuazione dei comportamenti a rischio1;
- individuazione, analisi ed introduzione di misure di prevenzione e contrasto con riferimento al singolo processo.

Si specifica che la mappatura e il monitoraggio dei processi decisionali sono stati completati ad inizio del mese di dicembre 2025 ed il risultato di tale attività è contenuto nella mappatura delle aree a rischio di cui all'allegato sopracitato.

Per l'anno 2025 si conferma la mappatura delle attività già individuate, le quali vengono di seguito illustrate in modo puntuale:

1. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari (privi o con effetto economico diretto ed immediato)
2. Contratti pubblici
3. Acquisizione e gestione del personale
4. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
5. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
6. Incarichi e nomine
7. Affari legali e contenzioso
8. Attività libero professionali
9. Liste d'attesa

[1] A mero titolo esemplificativo si elencano di seguito esempi di fattori abilitanti: mancanza di controlli; mancanza di trasparenza; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; monopolio delle competenze; scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; inadeguata diffusione della cultura della legalità; eccesso di discrezionalità; conflitti di interesse e simili.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

10. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni
11. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
12. Servizio di Medicina del Lavoro
13. Servizio di Medicina dello Sport
14. Servizio Veterinario Aziendale
15. Servizio per le Dipendenze (SERD)
16. Servizio alloggi e asili nido
17. S.I.S.P. - Servizio aziendale di Igiene e Sanità pubblica
18. S.I.A.N. - Servizio aziendale Igiene Alimenti e Nutrizione
19. Ripartizione tecnica e patrimoniale
20. Ripartizione ingegneria clinica
21. Ripartizione informatica
22. Medicina ambientale
23. Ispettorato micologico
24. Logistica
25. Internal Auditing

Nel 2025 si è registrato un ampliamento della mappatura dei rischi all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza rispetto all'anno precedente.

Questo risultato è frutto di:

- un'evoluzione della struttura organizzativa, che ha reso necessario un aggiornamento e un approfondimento dei processi da presidiare;
- una più stretta collaborazione tra il RPC e i referenti, che ha permesso una rilevazione più capillare e consapevole delle aree a rischio.

L'incremento della mappatura dei rischi non riflette un aumento dei fenomeni corruttivi, bensì una maggiore capacità di analisi e presidio preventivo, in linea con gli obiettivi di miglioramento continuo del sistema di prevenzione.

Sono stati individuati come ambiti a maggior rischio:

- **Appalti pubblici e forniture sanitarie**

  Processi ad alta esposizione al rischio corruttivo per via della rilevanza economica, della discrezionalità nelle scelte e della frequente interazione con operatori esterni. Particolare attenzione va data alla tracciabilità delle procedure e alla rotazione degli incarichi, che rappresentano misure essenziali per mitigare il rischio.

- **Gestione del personale**

  Include concorsi, incarichi dirigenziali e mobilità interna. Il rischio è legato a possibili favoritismi, conflitti di interesse e mancanza di trasparenza nelle selezioni e nelle progressioni di carriera.

- **Gestione dei beni immobili e strumentali**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Inclusi i contratti di locazione e manutenzione, alienazioni e acquisti. Il rischio è legato alla valutazione dei beni, alla scelta dei fornitori e alla gestione patrimoniale, con potenziali criticità in termini di trasparenza e controllo.

- **Rapporti con soggetti esterni**

  Come fondazioni, associazioni e sponsor. Queste relazioni possono generare situazioni di conflitto di interesse, scarsa trasparenza o vantaggi indebiti, soprattutto in assenza di regole chiare e controlli efficaci.

- **Attività libero-professionale intramoenia**

  Coinvolge aspetti economici e organizzativi delicati, come la gestione delle agende, la rendicontazione e la compatibilità con l'attività istituzionale. È un ambito che richiede particolare attenzione per evitare abusi o distorsioni.

- **Liste d'attesa, farmaceutica, medicina del lavoro e servizi territoriali**

  Settori ad alta sensibilità sociale e sanitaria, dove la gestione delle priorità, delle prescrizioni e delle risorse può generare rischi di favoritismi, pressioni esterne o abusi.

- **Digitalizzazione dei processi clinico-amministrativi**

  L'introduzione di sistemi digitali comporta rischi legati alla sicurezza dei dati, alla trasparenza delle decisioni automatizzate e alla gestione delle autorizzazioni. È fondamentale garantire la tracciabilità e la protezione delle informazioni.

  Tutti i contenuti relativi alla mappatura dei processi a rischio corruttivo, all'analisi, valutazione e trattamento dei rischi, nonché alla programmazione delle misure generali e alla tabella degli obblighi di pubblicazione, sono raccolti in un allegato unico, facilmente consultabile e dotato di indice navigabile.

Misure di prevenzione adottate

Trasparenza e accesso civico

L'Azienda mira ad irrobustire progressivamente misure organizzative e procedurali coerenti con il Piano Nazionale Anticorruzione e con le linee guida provinciali, adottando un approccio integrato e sostenibile alla prevenzione dei rischi. Alcune azioni sono già operative, mentre altre sono in fase di definizione o di prima applicazione. Tra le principali misure si evidenziano:

- la rotazione del personale nei settori a rischio, compatibilmente con le specialità professionali e le competenze linguistiche richieste;
- la digitalizzazione dei procedimenti e la tracciabilità delle decisioni, anche attraverso il sistema deliberativo aziendale;
- lo sviluppo di controlli interni e audit periodici, con il supporto della funzione di Internal Auditing;
- la formazione obbligatoria in materia di etica pubblica, trasparenza e prevenzione della corruzione, erogata in lingua italiana e tedesca, anche tramite piattaforma e-learning;
- l'aggiornamento del codice di comportamento aziendale e l'introduzione di regolamenti specifici (whistleblowing, donazioni);
- l'adozione di strumenti per la gestione del conflitto di interessi, dell'inconferibilità e dell'incompatibilità.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- L’Azienda garantisce la pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. 33/2013 nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, disponibile in lingua italiana e tedesca. È attivo un presidio per la gestione delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato, con monitoraggio delle eventuali criticità.

Monitoraggio e aggiornamento

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione effettua annualmente il monitoraggio sull’attuazione delle misure previste nel Piano, con il supporto dei referenti dei comprensori sanitari, per verificare l’effettiva implementazione e la coerenza con gli obiettivi di prevenzione. Le attività comprendono la compilazione della piattaforma ANAC, la collaborazione con l’Organismo Indipendente di Valutazione per l’allineamento tra obiettivi anticorruzione e di performance, e verifiche a campione su aree sensibili (*pantouflage*, incarichi extraistituzionali, commissioni concorsuali, inconferibilità e incompatibilità).

Nel 2025 il monitoraggio è stato rafforzato con l’introduzione di una nuova scheda di controllo bilingue, che integra obiettivi, indicatori e misure di contrasto. Sono state raccolte 320 schede e condotti 25 colloqui con i referenti di area, a conferma dell’approccio partecipativo e trasparente.

Per il 2026, il monitoraggio si focalizzerà su incarichi extraistituzionali, commissioni esaminatrici e conflitti di interesse, inconferibilità e incompatibilità, processi ad alto rischio mappati nel Piano, controlli sulle attività incompatibili e patti di integrità. L’Azienda ha costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, coordinato dal dirigente della Ripartizione Controllo di Gestione e dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per garantire il monitoraggio integrato e la valutazione complessiva della strategia anticorruzione, promuovendo la collaborazione tra le diverse aree.

Controlli interni

Il modello PAC (Percorso Attuativo di Certificabilità) garantisce regolarità amministrativa, contabile e gestionale tramite:

- Controlli di primo livello: responsabili dei procedimenti, integrati nei processi.
- Secondo livello: funzioni specialistiche (Anticorruzione, Antiriciclaggio, Risk Management, Sicurezza, DPO, Affari Generali) per indirizzo e monitoraggio.
- Terzo livello: Ufficio Internal Auditing, indipendente per assurance ai Vertici, e funzione Accreditamento e Qualità in ambito clinico.

Nel 2025 Internal Auditing ha verificato i seguenti processi ad alto rischio: fondo rischi e oneri, calcolo TFR, tesoreria, acquisti sopra soglia UE. Individuate aree di miglioramento con azioni correttive da monitorare nel 2026.

Il Piano Audit 2026-2028 prevede: verifiche su sicurezza informatica, *business continuity*, affidamenti diretti, gestione fabbisogno, convenzioni con privati accreditati, prestazioni ambulatoriali.
Il Piano Antiriciclaggio per il 2026, invece, ha pianificato le seguenti attività: assessment aziendale, verifica con indicatori dell’Unità di Informazione Finanziaria (UIF), regolamento dedicato, canale interno per operazioni sospette.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Procedure PAC

Nel 2025, l'Azienda Sanitaria ha aggiornato e deliberato ex novo 17 procedure PAC, tenendo conto della riorganizzazione aziendale (nuovo organigramma), dei rilievi emersi durante le attività di audit e delle esigenze operative. Queste procedure, già approvate dal Direttore Generale, rafforzano la coerenza tra processi e responsabilità. Sono inoltre in fase di approvazione altre 4 procedure da parte della Ripartizione Finanze e ulteriori procedure (ad esempio sulle immobilizzazioni) sono in via di definizione e saranno sottoposte a delibera tramite Archiflow.

Le procedure PAC costituiscono la base organizzativa e regolatoria anche per le attività di controllo e rendicontazione legate al PNRR.

Ruolo dell'OIV nel PIAO: integrazione tra performance e prevenzione della corruzione

Nella sua delibera n. 7 del 17.1.2023 ANAC descrive la collaborazione tra RPCT e OIV per una migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO. A tal fine l'OIV, coerentemente alle funzioni e competenze attribuite dalla Provincia Autonoma di Bolzano con Decreto del Presidente della Provincia 20 novembre 2020, n. 43 "Regolamento di esecuzione della disciplina dell'organismo indipendente di valutazione e del collegio tecnico istituiti presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige", verifica:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione ed in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.

Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

Personale

La gestione del personale rappresenta un'area strategica e a rischio corruttivo, in particolare per quanto riguarda: incarichi extraistituzionali, attività incompatibili, *pantouflage*, commissioni esaminatrici e conflitti di interesse.

Nella prima metà del 2025, il RPC ha condotto audit specifici su queste tematiche, con esiti prevalentemente positivi, tuttavia, sono state individuate alcune aree di attenzione, per le quali sono già state avviate azioni di armonizzazione delle procedure e rafforzamento della tracciabilità amministrativa, tra cui:

- il potenziale superamento dei limiti di guadagno previsti;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- il rilascio di autorizzazioni pluriennali;
- monitoraggio dell'uniformità delle prassi di controllo tra i comprensori;
- garantire la trasmissione sistematica delle autorizzazioni all'Ufficio Presenze per assicurare tracciabilità e presidio amministrativo».

Queste evidenze saranno oggetto di monitoraggio nel 2026, con l'obiettivo di rafforzare la coerenza e l'efficacia del sistema autorizzativo, anche alla luce delle novità introdotte dalla recente normativa provinciale.

Ad esito della verifica sono state formulate in ogni caso raccomandazioni operative, tra cui:

- estensione dei controlli campionari;
- introduzione di autodichiarazioni sull'attività extraistituzionale;
- adozione di un sistema di campionamento statistico ai fini del controllo.

La formazione è stata rafforzata con corsi mirati su anticorruzione, conflitto di interessi e trasparenza, rivolti a tutto il personale, con approccio pratico e partecipativo.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge provinciale 14 luglio 2025, n. 8, che ha modificato l'articolo 13 della L.P. 19 maggio 2015, n. 6, è stata introdotta una nuova disciplina organica delle attività extra-servizio del personale pubblico, con decorrenza dal 1° gennaio 2026. La normativa ridefinisce in modo dettagliato le attività consentite senza autorizzazione, quelle vietate e quelle autorizzabili in deroga, introducendo criteri più chiari e articolati per la valutazione della compatibilità con il servizio, del rischio di conflitto di interessi e della trasparenza. In considerazione di tali modifiche normative, si rende necessario procedere ad una revisione delle raccomandazioni interne già formulate in materia, al fine di garantire coerenza con il nuovo quadro regolatorio. Di conseguenza, anche le attività di controllo e monitoraggio da parte del RPC dovranno essere rimodulate. Tali aggiornamenti saranno recepiti nel sistema di monitoraggio e nella programmazione delle verifiche a campione, con l'obiettivo di rafforzare il presidio del rischio e garantire il rispetto delle disposizioni normative.

Attività Libero Professionale Intramoenia (LPI)

L'attività libero-professionale intramoenia è monitorata per prevenire rischi di conflitto di interessi, favoritismi e sovrapposizioni con l'attività istituzionale. L'Azienda ha adottato un sistema di autorizzazione e controllo in tre fasi: autorizzazione preventiva, tracciamento delle attività e monitoraggio dei volumi. Un regolamento aziendale disciplina i controlli e le sanzioni in caso di violazioni. Sono previsti orari e spazi separati, monitoraggio delle liste d'attesa e pubblicazione delle informazioni. Nel 2025 è stato avviato un progetto per automatizzare i pagamenti e rafforzare i controlli interni su orari, agende e utilizzo delle risorse. La gestione dei proventi è regolamentata per garantire trasparenza e tracciabilità. L'attività LPI è oggetto di monitoraggio continuo, con l'obiettivo di garantire conformità normativa e rafforzare i controlli, in linea con le indicazioni ANAC e PNA. Nel 2025, i medici autorizzati all'attività LPI sono 240, per un totale di 774,25 ore settimanali.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Misure di prevenzione e rafforzamento dei controlli in ambito informatico

Per la prima volta, nel corso del 2024, la Ripartizione Informatica è stata oggetto di audit specifici, con particolare attenzione alla gestione degli incidenti informatici, alle misure di sicurezza dei *log* e agli accessi logici. Gli audit hanno fornito utili indicazioni per il continuo rafforzamento dei controlli interni e la formalizzazione delle procedure, in un'ottica di miglioramento continuo.

In risposta a tali rilievi, e in coerenza con l'obiettivo di consolidare la sicurezza informatica e la tracciabilità degli accessi, l'Azienda ha elaborato a fine 2025 una procedura per la gestione dei log e delle identità digitali, definendo ruoli, responsabilità e criteri di conservazione, integrità e riservatezza dei dati, in conformità con il GDPR (Regolamento UE 2016/679) e con il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. 82/2005).

Parallelamente, è stato avviato un piano di rafforzamento del sistema di controllo interno in ambito cybersecurity, che prevede l'adozione graduale di strumenti tecnologici avanzati. Alcuni di questi sono già stati implementati, come il sistema di autenticazione a più fattori (MFA), mentre altri sono in fase di valutazione o di prima applicazione. Tra le soluzioni previste rientrano:

- log management, per la raccolta e l'analisi centralizzata dei registri di sistema;
- SIEM, per il monitoraggio in tempo reale e la correlazione automatica degli eventi di sicurezza;
- PAM, per la gestione degli accessi privilegiati (es. amministratori di sistema);
- MFA, già attivo, per rafforzare l'autenticazione degli utenti tramite più fattori.

Tali interventi si inseriscono nel più ampio disegno di adeguamento ai requisiti previsti dalla Direttiva (UE) 2022/2555 (NIS2), recepita in Italia con il D.Lgs. 138/2024, e sono coerenti con la Policy di Sicurezza e Cybersecurity formalmente adottata con delibera aziendale nel 2025. Tale documento, denominato "Politica e modello organizzativo per la Cybersecurity", stabilisce gli standard organizzativi, tecnologici e di processo per la protezione dei sistemi IT e dei dati aziendali, in conformità anche alla Legge 90/2024 e alle relative Linee Guida.

In tale contesto, la Direzione Amministrativa ha assunto un ruolo propulsivo, assegnando al Direttore della Ripartizione Informatica uno specifico obiettivo individuale per il 2025, finalizzato alla piena attuazione delle policy e delle procedure in materia di sicurezza informatica. Tale impegno è stato formalizzato con comunicazione ufficiale, che richiama gli obblighi previsti dal D.Lgs. 138/2024.

Tra gli adempimenti previsti rientrano:

- la definizione dei servizi digitali critici;
- la valutazione dei rischi informatici;
- l'adozione di misure tecniche e organizzative (crittografia, backup, gestione accessi, formazione);
- la gestione e notifica degli incidenti;
- la collaborazione con l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN);
- la nomina di un responsabile per la sicurezza informatica;
- il monitoraggio continuo e gli audit periodici;
- lo sviluppo di piani di continuità operativa.

Per il 2026, l'Azienda ha individuato come priorità strategiche:

- l'approvazione e la pubblicazione delle procedure IT attualmente in fase di ultimazione;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- il completamento dell'integrazione dei sistemi di controllo interno in ambito informatico;
- la promozione di percorsi formativi specifici per il personale IT;
- l'implementazione strutturata della funzione di Chief Information Security Officer (CISO), figura centrale per la governance della sicurezza informatica, in coerenza con la normativa NIS2 e con le indicazioni dell'ACN.

Tali azioni risultano altresì coerenti con le previsioni del Patto di Confine tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Provincia Autonoma di Trento, che promuove il rafforzamento dei presìdi di sicurezza informatica e la condivisione di best practices tra le due realtà territoriali.

Si segnala, infine, che per il processo decisionale della sicurezza informatica - abilitazione/disabilitazione utenze è stata attivata una procedura informatizzata (*work flow*) per la richiesta e il rilascio delle credenziali di accesso ai software aziendali per i nuovi collaboratori.

Contratti pubblici – mappatura dei rischi, misure adottate e prospettive di rafforzamento

L'area dei contratti pubblici è stata oggetto di una mappatura articolata e di un monitoraggio sistematico, in quanto riconosciuta tra le aree a più elevata esposizione al rischio corruttivo. Le attività si sono concentrate su fasi e processi critici, tra cui:

- affidamenti sopra soglia comunitaria e affidamenti diretti;
- definizione dell'oggetto e dei requisiti di qualificazione;
- gestione delle commissioni di gara e delle varianti contrattuali;
- verifica dei conflitti di interesse e delle condizioni di unicità delle prestazioni.

Le schede di monitoraggio aggiornate nel 2025 evidenziano i principali eventi corruttivi potenziali, i fattori abilitanti (es. eccesso di discrezionalità, conflitti di interesse, mancanza di trasparenza) e le misure di contrasto già attuate, tra cui:

- controlli ex ante e a campione, anche con il coinvolgimento del dirigente competente e dell'Internal Auditing;
- obbligo di motivazione nella decisione a contrarre, in particolare per affidamenti diretti e procedure negoziate;
- verifica della presenza di convenzioni attive (ACP/CONSIP) e utilizzo di elenchi telematici (SICP, MEPAB, MEPA);
- consultazioni preliminari e indagini di mercato documentate;
- pubblicazione sistematica degli atti su portali istituzionali (es. www.bandi-altoadige.it e www.sabes.it);
- protocolli di legalità e dichiarazioni preventive dei commissari di gara;
- verifica del casellario giudiziale per i membri delle commissioni;
- formazione continua dei Responsabili unici di procedimento (RUP).

Nel 2025 sono stati aggiornati:

- i documenti standard di gara, con clausole su parità di genere e revisione prezzi;
- la lettera di nomina a RUP, con richiamo al Codice di Comportamento;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- inoltre, si annota che la Ripartizione Tecnica e Patrimoniale, in linea di principio, si conforma ai moduli e alla documentazione richiesti per la gestione delle gare d'appalto relative ai 'Lavori' da parte dell'ACP, tenendo conto dei vademecum predisposti in armonia con la normativa di settore.

È in corso l'implementazione di una nuova piattaforma digitale per la gestione degli acquisti, con funzionalità di alert, tracciabilità e interoperabilità tra i vari sistemi informativi utilizzati, in linea con il D.Lgs. 36/2023. L'Azienda ha aderito al Sistema di Qualificazione delle Stazioni Appaltanti promosso da ANAC e prosegue la collaborazione con la Provincia Autonoma di Trento per l'espletamento di procedure condivise.

In coerenza con il PNA 2025 e il D.Lgs. 209/2024, l'Azienda valuterà nel 2026:

- l'introduzione di controlli in loco, anche non programmati, compatibilmente con le risorse disponibili;
- l'adozione progressiva di soluzioni digitali per la gestione integrata del ciclo di vita dei contratti, orientate alla tracciabilità, all'accessibilità e alla valorizzazione delle esperienze maturate.

Con riferimento agli affidamenti diretti, il PNA 2025 e il Vademecum ANAC sottolineano la necessità di rafforzare la tracciabilità, la motivazione delle scelte e il rispetto del principio di rotazione. Il Regolamento aziendale per le acquisizioni sottosoglia, aggiornato nel 2024 approvato con Deliberazione del Direttore Generale Nr. 2024-001405 del 23.12.2024, prevede una precisa articolazione delle procedure e delle responsabilità.

Patti di Integrità nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, in attuazione della L. 190/2012, del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 50/2016 e 36/2023) e delle linee guida ANAC, adotta e aggiorna i Patti di Integrità, vincolanti per tutti gli operatori economici nelle procedure di affidamento. Il Patto disciplina i comportamenti di operatori e dipendenti, imponendo lealtà, trasparenza e correttezza in gara ed esecuzione contrattuale.

Il Patto:

- vieta offerte o richieste di denaro/vantaggi, in linea con ANAC e normativa locale (L.P. 16/2015, ACP 37/2021);
- obbliga alla segnalazione di tentativi illeciti;
- introduce sanzioni graduate (esclusione, revoca, risoluzione, segnalazione ANAC);
- richiede accettazione integrale per partecipare alle gare;
- si applica anche a consorzi e Raggruppamenti Temporanei di Imprese (RTI).

L'aggiornamento è previsto nel triennio 2024-2026 con l'introduzione di nuove clausole. Il RPC coordina aggiornamenti, formazione, diffusione, monitoraggio e rilascia visti preventivi; redige report e segnala criticità. La Direzione Generale approva modifiche e garantisce misure organizzative. L'Ufficio Acquisti inserisce il Patto nei disciplinari, verifica sottoscrizioni e applica sanzioni. Le commissioni dichiarano assenza di conflitti e segnalano anomalie. Tutti i dipendenti rispettano le clausole, segnalano rischi e si astengono in caso di conflitto.

L'Azienda sta rafforzando i controlli sui rapporti contrattuali tramite l'aggiornamento del regolamento delle acquisizioni sottosoglia, le direttive per commissioni, gli obblighi di trasparenza ed i monitoraggi periodici.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il Patto è stato approfondito nella Giornata della Trasparenza (21.10.2025), confermando l'impegno per legalità e trasparenza.

Gestione delle sponsorizzazioni

Nel quadro delle strategie anticorruzione e trasparenza, l'Azienda Sanitaria riconosce l'importanza di una gestione regolamentata e tracciabile delle sponsorizzazioni, per sostenere iniziative istituzionali, formative e comunicative senza compromettere l'imparzialità.

È previsto il completamento dell'iter di approvazione del regolamento sui contratti di sponsorizzazione, rafforzando i presìdi di legalità e trasparenza. Le azioni includono:

- applicazione di criteri di imparzialità, pubblicità e parità di trattamento (art. 134 D.Lgs. 36/2023);
- tracciabilità delle proposte e contratti tramite procedure standard e pubblicazione di avvisi e delibere;
- rendicontazione trasparente di proventi e spese;
- disciplina rigorosa delle sponsorizzazioni ECM e individuali per evitare favoritismi o vantaggi personali.

Queste misure, anche in assenza di regolamento definitivo, rafforzano l'integrità organizzativa e prevengono rischi etici e reputazionali, promuovendo cultura della trasparenza e legalità.

Attività conseguente ai decessi intraospedalieri

L'ambito della polizia mortuaria è stato incluso tra le aree a rischio nel 2025 per possibili criticità organizzative e documentali, soprattutto nella gestione delle salme e nella comunicazione con i familiari. Si tratta di un contesto delicato che richiede trasparenza e rispetto della dignità.

A presidio, nel 2023 è stata introdotta la procedura operativa ID 9963/23, aggiornata nel 2024 e pubblicata in intranet. Redatta da Direzione Sanitaria e Tecnico-Assistenziale, definisce il processo per la gestione delle salme in conformità normativa, con modulistica standard, responsabilità chiare e misure igienico-sanitarie. La verifica integrata 2025 del RPC con Governo Clinico ha confermato procedure attuali e correttamente applicate, senza criticità. Non sono previste ulteriori azioni di monitoraggio nel 2026, salvo nuove esigenze normative. L'Azienda valuterà formazione mirata per personale di Anatomia Patologica e Direzioni Mediche.

In prospettiva, possibili miglioramenti:

- strumenti digitali per tracciabilità salme e documenti;
- registro semplificato comunicazioni con familiari;
- indicatori di qualità per camere mortuarie;
- guida informativa multilingue online.

Tali proposte saranno valutate in base alle risorse disponibili, per garantire presidio proporzionato e trasparente.

Formazione

La formazione è uno strumento cardine della strategia anticorruzione, in linea con la normativa (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, L. 113/2021) e il PNA. L'Azienda adotta un approccio strutturato su più livelli

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

per diffondere la cultura dell'etica e della legalità. Dal 2018 al 2025 sono stati realizzati corsi su anticorruzione, trasparenza, conflitto di interessi, inconferibilità, *whistleblowing* e *pantouflage*.

Nel biennio 2024–2025 l'offerta è stata rafforzata con un corso e-learning integrato su anticorruzione, trasparenza e privacy (certificato biennale) e un modulo aggiornato sull'anticorruzione in sanità. Tra gli eventi 2025:

- corso "Anticorruzione e conflitto di interessi" (9 maggio);
- corso su accesso documentale e civico (25 settembre);
- Giornata della Trasparenza (21 ottobre);
- quattro incontri informativi dedicati ai medici primari.

Il RPC ha svolto interventi pratici nelle riunioni dei primari, illustrando ruolo dei controlli, esempi di audit clinico, gestione conflitti e strumenti di prevenzione. Queste attività sono base per il piano formativo 2026–2028, che prevede moduli specialistici per dirigenti, RUP e commissioni di gara, formazione obbligatoria *e-learning* e *training on the job*. L'obiettivo è costruire un ambiente etico e trasparente, consapevoli che la formazione continua è un investimento imprescindibile per qualità amministrativa e prevenzione della corruzione.

Rotazione

La rotazione del personale, prevista dal PNA, è uno strumento per prevenire consolidamenti di potere e conflitti di interesse, soprattutto in aree a rischio. Nel 2025 è avvenuta principalmente tramite avvicendamenti naturali, garantendo continuità dei servizi.

Per il prossimo triennio, l'Azienda intende valutare ipotesi operative per un'implementazione graduale:

- mappatura delle posizioni sensibili;
- raccolta pareri su potenziali conflitti (es. incarichi in strutture private);
- predisposizione di un registro delle aree critiche.

Nel contesto sanitario, la rotazione incontra complessità legate alla specializzazione, scarsità di profili fungibili e necessità di continuità assistenziale. ANAC (raccomandazione del 21/10/2021) sottolinea che deve essere programmata in modo graduale e non punitivo. L'assenza di rotazioni formali nel 2025 è quindi anche una scelta organizzativa, in attesa di completare mappatura e analisi preliminari.

Per il 2026:

- possibile piano triennale di rotazione per aree ad alto rischio (appalti, personale, LPI);
- rotazioni "funzionali" senza cambio sede, tramite redistribuzione compiti;
- monitoraggio impatto con audit e feedback.

La rotazione è un tema centrale anche nella attuale riforma organizzativa in fase di conclusione, che ha comportato revisione competenze e riassegnazione posizioni dirigenziali su base aziendale. Sono stati affiancati nuovi collaboratori e, a seguito di concorsi, previsti ingressi strategici:

- nuova Direttrice Farmacia Ospedale Bolzano;
- nuovo Direttore Sanitario Ospedale Bolzano, entrambi da aziende sanitarie extra-provinciali.

Questi inserimenti rafforzano il ricambio e la trasparenza, in linea con gli obiettivi anticorruzione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gestione dei potenziali conflitti di interessi

Nel 2025 l'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) ha ricevuto 12 richieste di parere su potenziali conflitti di interesse, riguardanti ad es.:

- attività extraistituzionali presso soggetti con rapporti commerciali con l'Azienda;
- incarichi in strutture sanitarie private convenzionate;
- partecipazione a commissioni per invalidità civile;
- promozione non autorizzata di strutture private.

Il RPC ha fornito pareri motivati e documentati, prevenendo rischi corruttivi e promuovendo imparzialità e trasparenza. L'attività è stata supportata dalla formazione specialistica del 9 maggio 2025 per dirigenti e responsabili.

Secondo ANAC, nel 2024 a livello nazionale oltre 1.200 casi di conflitto di interessi sono stati segnalati nella Pubblica Amministrazione, con incidenza elevata in sanità per la forte interazione pubblico-privato e la gestione di fondi e appalti. Il numero di casi gestiti dall'Azienda nel 2025 è contenuto, ma il fenomeno resta rilevante. L'Azienda è impegnata a rafforzare la cultura della segnalazione e la consapevolezza del personale tramite iniziative formative e comunicative mirate nelle riunioni mensili di medici e tecnico assistenziali.

Azioni in valutazione per il triennio 2026-2028

Al fine di rafforzare il sistema di prevenzione dei conflitti di interesse, l'Azienda valuta l'opportunità di adottare le seguenti misure, compatibilmente con le risorse disponibili e l'evoluzione normativa:

- potenziamento del sistema di autodichiarazione preventiva, attraverso l'integrazione di apposite sezioni nei moduli di richiesta per incarichi extraistituzionali, con l'obiettivo di facilitare l'emersione di situazioni potenzialmente critiche;
- istituzione di un registro dei pareri resi dal RPC, quale strumento utile per garantire coerenza interpretativa, tracciabilità delle decisioni e maggiore trasparenza nei processi valutativi;
- promozione della cultura della segnalazione volontaria, anche mediante l'inserimento di esempi pratici e casi studio nei percorsi formativi aziendali, al fine di sensibilizzare il personale sui rischi connessi ai conflitti di interesse e sulle modalità di gestione.

Si conferma, anche per il 2026-2028, l'intenzione dell'Azienda di valutare l'introduzione di un regolamento aziendale organico volto a disciplinare in modo sistematico e puntuale le materie del conflitto di interessi, dell'incompatibilità, dell'inconferibilità e del fenomeno del *pantouflage*.

Tale strumento normativo, qualora adottato, potrà contribuire a rafforzare il presidio etico e giuridico dell'Azienda, fornendo un quadro di riferimento chiaro e uniforme per la gestione delle situazioni potenzialmente critiche, in coerenza con le indicazioni dell'ANAC e con le buone pratiche adottate in ambito pubblico.

Antiriciclaggio

In linea con le indicazioni della Scuola Nazionale dell'Amministrazione e dell'Unità di Informazione Finanziaria, le amministrazioni devono dotarsi di strumenti proporzionati al rischio di riciclaggio e meccanismi efficaci per individuare e segnalare operazioni sospette. Nel 2025 l'Azienda ha avviato una

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

riflessione interna sulle aree più esposte (donazioni, sponsorizzazioni, fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), in un contesto di transizione per il pensionamento del responsabile antiriciclaggio. È previsto per inizio 2026 il conferimento dell'incarico a un nuovo referente con esperienza in controlli interni e conformità amministrativa.

Per il triennio 2026–2028 sono in valutazione i seguenti obiettivi:

- adozione di un protocollo antiriciclaggio aziendale, con criteri, responsabilità, flussi informativi e modalità operative per la valutazione del rischio e la gestione delle segnalazioni;
- attivazione di percorsi formativi mirati per dirigenti e responsabili di procedimento nelle aree più esposte (acquisti, patrimonio, donazioni);
- integrazione tra il sistema di segnalazione interna e i presìdi antiriciclaggio, con canali riservati e protetti per intercettare tempestivamente comportamenti illeciti;
- formazione di base anche in lingua tedesca.

Queste azioni si inseriscono in un disegno di rafforzamento del sistema di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di promozione dell'integrità, in linea con i principi di trasparenza e legalità sostanziale.

Presidi organizzativi e attività di controllo a supporto dell'attuazione del PNRR

L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha comportato per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'attivazione di un sistema articolato di governance, controllo e rendicontazione, in linea con i requisiti di tracciabilità, trasparenza e legalità. Nel 2025 sono stati approvati 95 progetti PNRR, per un valore complessivo di oltre 206 milioni di euro, distribuiti su tutte le linee di investimento della Missione 6 (Case della Comunità, Centrali Operative, Digitalizzazione, Grandi Apparecchiature, Telemedicina, ecc.).

A fine 2024 è stato formalizzato un impianto strutturato di controlli interni dedicati al PNRR, con un modello organizzativo, strutture di coordinamento, procedure attuative e modalità di informazione e comunicazione. Nel 2025 il sistema è stato ulteriormente consolidato con:

- l'istituzione di una cabina di regia operativa con il coinvolgimento dei RUP, per il coordinamento trasversale delle attività;
- la predisposizione di un vademecum operativo con ruoli, responsabilità e flussi documentali;
- l'adozione di un sistema integrato di archiviazione digitale (Archiflow + ReGiS), per garantire tracciabilità e conservazione digitale;
- la definizione di checklist di controllo formalizzate, con rendicontazione semestrale e piani di rimedio a carico dei RUP;
- l'esecuzione di verifiche documentali dettagliate su fatture, mandati, DURC, dichiarazioni DNSH, conflitto di interessi, assenza di doppio finanziamento, ecc.;
- l'attivazione di un campionamento dei progetti basato su criteri misti (importo, tipologia, selezione manuale);
- la produzione di reportistica semestrale a cura dell'Internal Auditing, con il supporto di società esterne.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Osservazioni emerse nel corso delle attività di controllo nei rendiconti PNRR

Nel corso delle attività di verifica condotte su un campione di rendicontazioni, sono state formulate diverse osservazioni puntuali che hanno permesso di rafforzare il presidio documentale e interpretativo dell'Azienda. In particolare, sono state prontamente sanate alcune imprecisioni formali riscontrate nella compilazione delle certificazioni relative all'assenza di doppio finanziamento, con particolare attenzione alla corretta indicazione delle date e dei riferimenti contabili.

È stata, inoltre, risolta l'assenza di specifici allegati in alcune pratiche, tenendo conto che la loro obbligatorietà può variare in funzione della data di rendicontazione e delle disposizioni normative sopravvenute (ad esempio, attestazioni DNSH ("Do No Significant Harm"), raccordo IVA SP, dichiarazioni sul diritto al lavoro delle persone con disabilità, rapporti sulla parità di genere).

Il supporto consulenziale ai Responsabili Unici del Procedimento (RUP) è stato ulteriormente rafforzato, soprattutto per quanto riguarda l'interpretazione delle disposizioni normative e la valutazione della documentazione da allegare, anche alla luce delle evoluzioni regolatorie e dei chiarimenti forniti dagli enti competenti (come Agenzia delle Entrate e Ragioneria Generale dello Stato).

Sono state, inoltre, chiarite le modalità interpretative per determinare, caso per caso, se l'assenza di un documento costituisca una mancanza formale oppure sia giustificata da elementi temporali o normativi.

Queste evidenze, già recepite nel sistema di controllo, hanno contribuito all'aggiornamento delle checklist operative e al rafforzamento della trasparenza, della tracciabilità e della conformità previsti dal PNRR e dal Piano Nazionale Anticorruzione.

Le risultanze delle attività di controllo e i relativi piani di azione sono stati condivisi con la Direzione con cadenza semestrale, nell'ambito delle sedute ufficiali del Consiglio Gestionale, favorendo il rafforzamento del presidio strategico e la diffusione della cultura della legalità e della responsabilizzazione organizzativa.

Azioni di rafforzamento e sviluppo dei controlli PNRR previste per il 2026

In continuità con quanto già avviato, per l'anno 2026 l'Azienda valuta l'opportunità di implementare ulteriori misure di rafforzamento del sistema di controllo, tra cui:

- la prosecuzione dei controlli a ciclo continuo, da effettuarsi sistematicamente alla chiusura di ciascun rendiconto;
- l'eventuale introduzione di un sistema di campionamento automatizzato, finalizzato a garantire maggiore oggettività e trasparenza nella selezione dei progetti da sottoporre a verifica;
- l'attivazione di collaborazioni interaziendali, anche con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS), per la condivisione di strumenti operativi (checklist, modelli di reporting) e la realizzazione di simulazioni congiunte di audit;
- il potenziamento della formazione dei RUP, anche attraverso la creazione di un archivio condiviso di materiali formativi, accessibile in modalità digitale.

Tali misure risultano coerenti con le indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato (MEF-RGS) e con i principi espressi nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), contribuendo a garantire la legalità, l'efficacia e la sostenibilità degli investimenti pubblici.

Per la descrizione delle procedure PAC di riferimento si rimanda al paragrafo "Controlli interni".

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Accreditamento all'eccellenza

La Direzione aziendale, in accordo con le Direzioni comprensoriali, ha avviato il processo di accreditamento all'eccellenza tramite Accreditation Canada, leader mondiale nel miglioramento della qualità dei servizi sanitari. L'obiettivo, su base volontaria, è migliorare l'assistenza al paziente sia nei processi che nei risultati, garantendo un elevato grado di trasparenza.

Dopo l'audit del 2024 (151 visite in due settimane su tutti i comprensori), l'Azienda ha soddisfatto gli standard internazionali di qualità, raggiungendo il livello platino. Il ciclo di mantenimento 2024–2027 prevede monitoraggio, formazione e consolidamento delle pratiche organizzative obbligatorie, con strumenti digitali e audit interni. L'Unità per il Governo Clinico ha organizzato quattro seminari pratici e interattivi per i professionisti dei comprensori.

La Direzione ha deliberato la prosecuzione del programma, avviando il triennio di mantenimento 2025–2027. È stata attivata una procedura negoziata per l'affidamento del servizio di riaccreditamento secondo lo standard Qmentum International. Il contratto è stato formalizzato il 4 marzo 2025.

Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

Il Codice di comportamento nazionale, aggiornato con il DPR 81/2023, introduce novità su uso corretto delle tecnologie e dei social media, formazione etica obbligatoria e prevenzione dei conflitti di interesse. Nel 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha aggiornato il proprio Codice, recependo le modifiche normative e integrando disposizioni su diligenza, lealtà, imparzialità e correttezza, con attenzione ai rapporti con il pubblico, all'uso delle tecnologie digitali e alla gestione dei conflitti. Il nuovo testo è stato approvato con delibera n. 112/2025 il 18 febbraio.

I contenuti sono stati inseriti nei percorsi formativi, con moduli dedicati alla prevenzione dei rischi etici. Nel triennio 2026–2028 si valuterà:

- ulteriore aggiornamento del Codice;
- modulo formativo obbligatorio per neoassunti e chi cambia ruolo;
- sistema di monitoraggio sull'applicazione, con audit etici, autovalutazioni e verifiche a campione, coinvolgendo la funzione di controllo interno.

Nel 2024 il Codice è stato integrato negli articoli su rapporti con il pubblico e uso delle tecnologie, allineandosi alle modifiche del DPR 62/2013. In data 11 novembre 2025 è stata erogata una formazione *online* di presentazione del Codice, a cura del Comitato Unico di Garanzia e della Consigliera di Fiducia.

Queste azioni rafforzano la cultura della responsabilità e dell'integrità, in linea con i principi di legalità e trasparenza.

Whistleblowing

Nel 2025, l'Azienda ha ricevuto 10 segnalazioni whistleblowing, riguardanti:

- maltrattamento di pazienti;
- falsa aspettativa per motivi familiari;
- attività extraistituzionale non autorizzata;
- attività in nero;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- affidamento diretto in conflitto di interesse;
- falsa attestazione di presenza;
- iter di affidamento non adeguato;
- visite ad amici in orario di lavoro
- falsa malattia e attività extraistituzionale non autorizzata
- comportamento medico-paziente non appropriato.

Le segnalazioni sono state gestite nel rispetto della riservatezza e delle tutele previste dalla normativa vigente. È stato inoltre adottato un regolamento interno sul *whistleblowing*, e predisposto un questionario sulla percezione bilingue della corruzione, distribuito nell'estate 2025.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dispone già di una piattaforma informatica dedicata online per la gestione delle segnalazioni, conforme ai requisiti di legge (D.Lgs. 24/2023) ed accessibile sia ai dipendenti che ai cittadini.

Nel 2026, l'Azienda:

- proseguirà con la promozione del canale di segnalazione, anche attraverso campagne informative interne;
- monitorerà l'efficacia delle misure di protezione per i segnalanti, anche tramite audit interni.

Ai fini della repressione del fenomeno corruttivo, risulta significativa l'introduzione legislativa dell'istituto del *whistleblowing* ai sensi della L. 179/17: "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Sul punto, il comma 5 dell'Art. 1 della citata legge, dispone che, in conformità ad apposite linee guida ANAC sentito il garante per la protezione dei dati personali, si preveda l'utilizzo di modalità, anche informatiche, e l'eventuale ricorso a strumenti di crittografia "per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione".

Visto infine il decreto legislativo n. 24 del 10.03.2023, l'ASDAA ha messo a disposizione un canale informatico per le segnalazioni *whistleblowing*. Il sistema di segnalazione (aperto anche ai cittadini che intendono fare una segnalazione) utilizza la tecnologia prevista dalla normativa di settore.

Per maggiori dettagli si rinvia a » Amministrazione trasparente » Altri contenuti » Segnalazione di condotte illecite (c.d. *WHISTLEBLOWING*).

Procedimenti disciplinari e attività dell'U.P.D.

L'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari (U.P.D.) ha proseguito nel 2025 la propria attività secondo il modello centralizzato, gestendo i procedimenti ai sensi dell'art. 55-bis d.lgs. n. 165/2001 e vigilando sull'applicazione del Codice di comportamento.
Un collegamento diretto si realizza tra le segnalazioni anonime gestite tramite il canale whistleblowing e l'attivazione dei procedimenti disciplinari: le segnalazioni ricevute, ove fondate, possono infatti costituire il presupposto per l'avvio dell'istruttoria disciplinare da parte dell'U.P.D.

Nel corso dell'anno sono stati avviati 8 nuovi procedimenti disciplinari, di cui 6 conclusi con i seguenti esiti: 3 riduzioni dello stipendio per un mese, 1 censura, 1 sospensione per 7 giorni, 1 archiviazione. Le infrazioni hanno riguardato assenze a visita fiscale, attività extralavorativa non autorizzata, violazioni degli obblighi

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

di servizio, aggressione fisica, furto e violazioni delle norme di sicurezza.
La gestione centralizzata e la tracciabilità delle procedure garantiscono uniformità, parità di trattamento e trasparenza, in linea con le previsioni normative e con il sistema dei controlli interni multilivello.

Donazioni

Nel 2025, le donazioni sono state incluse tra le aree mappate in quanto potenzialmente esposte a rischi di condizionamento, conflitto di interessi o carenze di trasparenza. L'Azienda ha già adottato un regolamento interno, con l'obiettivo di uniformare la gestione delle donazioni e dei contratti a titolo gratuito, definendo la documentazione necessaria e il flusso autorizzativo per la stipula dei contratti.

La gestione delle donazioni di beni mobili è disciplinata dalla delibera aziendale n. 2021-A-000037 e dalla delibera provinciale n. 192 del 02.01.2006, art. 16. È stato inoltre istituito un registro degli atti di liberalità, che elenca i beni ricevuti a titolo gratuito con dettagli su data, descrizione, valore e fornitore.

L'inserimento dell'area nella nuova scheda di monitoraggio rappresenta un ulteriore rafforzamento della gestione strutturata e trasparente delle donazioni.

Con l'approvazione del Regolamento Donazioni comodato (Deliberazione del Direttore Generale n. 55/2025), l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha introdotto una disciplina organica e aggiornata per la gestione degli atti di liberalità e dei contratti a titolo gratuito, in linea con i principi di trasparenza, imparzialità e buon andamento amministrativo.

Il regolamento recepisce le indicazioni normative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (L. 62/2022) e si applica a tutte le donazioni di beni mobili, immobili, denaro, servizi, consulenze e comodati d'uso gratuito. Esso definisce in modo puntuale:

- le tipologie di donazione (modico valore, non modico valore, condizionate o non condizionate);
- i requisiti e la documentazione necessari per la presentazione della proposta;
- il procedimento istruttorio e i soggetti coinvolti (unità operativa destinataria, Comitato Tecnico Consultivo, Direzione Generale o Direttore di Comprensorio);
- le modalità di accettazione e registrazione dei contratti.

In coerenza con quanto indicato da ANAC, le donazioni da parte di soggetti privati sono considerate processi a rischio corruttivo nell'ambito dei contratti pubblici (D.Lgs. 36/2023 e L. 190/2012). Pertanto, l'Azienda ha adottato misure di prevenzione che includono:

- la formalizzazione di un regolamento interno per disciplinare l'acquisizione di beni e prestazioni senza esborso economico;
- la pubblicazione degli atti nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- la predisposizione di atti convenzionali ispirati a trasparenza e parità di trattamento;
- la raccolta e pubblicazione periodica delle liberalità ricevute, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

In attesa dell'istituzione del Registro pubblico telematico "Sanità trasparente", previsto dall'art. 5 della L. 62/2022 e curato dall'Ufficio trasparenza, archivio e protocollo, è stato pubblicato online il registro atti di liberalità relativo all'anno 2024, con dettaglio dei beni ricevuti, suddivisi per classe merceologica, data, quantità, valore e fornitore.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel corso del 2026, l'Azienda potrà valutare di:

- completare la creazione della sezione "Sanità trasparente" per la pubblicazione telematica dei dati sulle donazioni, in linea con le indicazioni ANAC;
- rendere il registro delle donazioni accessibile pubblicamente tramite il sito istituzionale;
- prevedere controlli a campione per verificare la coerenza tra le donazioni ricevute e le finalità dichiarate.

2.3.2 Obiettivi strategici e indicatori 2026-2028

Sintesi e articolazione per ambiti tematici

In sintesi, il Piano Integrato 2026–2028 rappresenta uno strumento strategico e operativo per promuovere una cultura diffusa di integrità, trasparenza e legalità all'interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Le azioni previste per il triennio – che spaziano dalla digitalizzazione dei controlli alla formazione mirata, dalla gestione dei conflitti di interesse alla sicurezza informatica, fino alla regolamentazione di sponsorizzazioni, donazioni e al rafforzamento dei presìdi antiriciclaggio e *whistleblowing* – testimoniano l'impegno dell'Azienda nel presidiare le aree a rischio e nel promuovere un'amministrazione responsabile, etica e orientata alla qualità.

L'approccio adottato, fondato su indicatori misurabili, monitoraggi sistematici e un coinvolgimento trasversale di tutte le strutture, costituisce una base solida per il miglioramento continuo e per il consolidamento della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario pubblico.

Di seguito sono riportati, in forma tabellare, gli obiettivi strategici previsti per il triennio 2026–2028.

Tabella nr. 1: obiettivi strategici previsti per il triennio 2026–2028

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
1.	R.P.C.T.	Prevenzione della corruzione e trasparenza	- Aggiornamento delle modalità di analisi e reporting - Integrazione degli indicatori contenuti nelle schede di mappatura rischi nei cicli di monitoraggio - Rafforzamento del raccordo tra RPC, OIV e referenti di settore - Estensione del monitoraggio a sponsorizzazioni e del controllo sulle attività extraistituzionali in base alla nuova normativa provinciale	Nuovo format di report annuale e condivisione con OIV
2.	Internal Auditing	Assurance	- Verifiche su sicurezza informatica, affidamenti diretti, gestione del fabbisogno, convenzioni con strutture private e prestazioni ambulatoriali	Numero di audit completati e relativi report pubblicati

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
3.	Responsabile Antiriciclaggio	Compliance & Regulatory Risk – Antiriciclaggio	- Adozione di un regolamento aziendale - Formazione mirata per dirigenti e responsabili di procedimento - Integrazione tra whistleblowing e presidi antiriciclaggio - Aggiornamento di una clausola antiriciclaggio nel patto integrità	Presenza del regolamento antiriciclaggio approvato; numero di partecipanti ai corsi; patti d'integrità aggiornati con clausola antiriciclaggio
4.	Internal Auditing	Fraud Risk Management	Rafforzare il sistema di prevenzione e rilevazione delle frodi attraverso l'esecuzione di un assessment dedicato e l'adozione di un regolamento antifrode aziendale.	Esecuzione di un assessment frode Approvazione e diffusione del Regolamento antifrode
5.	Ufficio gestione presenze ed intramoenia	Attività libero-professionale intramoenia (LPI)	- Ampliamento geografico extra comprensorio di Bolzano dei controlli su orari, agende e spazi - Estensione orari serali di apertura casse - Riattivazione delle casse automatiche	Numero o percentuale di controlli effettuati
6.	Ripartizione Informatica	Sicurezza informatica	- Approvazione delle procedure IT - Integrazione dei sistemi di controllo interno in ambito IT - Implementazione della funzione di Chief Information Security Officer (CISO)	Numero di procedure IT approvate; presenza del CISO formalmente nominato
7.	R.P.C.T.	Formazione	- Proseguimento della formazione obbligatoria - Interventi mirati con casi pratici all'interno delle riunioni mensili dei coordinatori infermieristici e dei primari - Moduli specialistici per dirigenti, RUP e commissari - Potenziamento del training on the job Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Incremento della percentuale di personale formato; numero di moduli specialistici attivati Incremento numero di ore/formazioni erogate; percentuale di personale formato
8.	Internal Auditing / R.P.C.T.	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR	- Controlli a ciclo continuo - Campionamento automatizzato - Collaborazioni interaziendali	Numero di rendiconti PNRR controllati;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
9.	Ripartizione Amministrazione del Personale Ripartizione Comunicazione R.P.C.T.	Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (codice di comportamento, gestione conflitti di interessi)	- Aggiornamento del Codice aziendale - Formazione obbligatoria per neoassunti - Monitoraggio sull'applicazione del Codice - Potenziamento dell'autodichiarazione preventiva - Registro dei pareri RPC - Promozione della cultura della segnalazione	Presenza del modulo formativo; numero di audit etici completati Numero di pareri RPC registrati Aggiornamento e adozione del codice di comportamento
10.	R.P.C.T.	Whistleblowing	- Promozione del canale di segnalazione - Piattaforma digitale dedicata - Monitoraggio delle misure di protezione	Numero di segnalazioni ricevute; tempo medio di risposta alle segnalazioni
11.	Trasparenza	Donazioni	In attesa dell'istituzione del Registro pubblico telematico "Sanità trasparente", previsto dall'art. 5 della L. 62/2022 e curato dall'Ufficio trasparenza, archivio e protocollo, si pubblicherà un file contenente l'elenco dei beni acquisiti a titolo di donazione nel corso dell'anno Controlli a campione sulla coerenza delle donazioni	Presenza pubblicazione nella sezione della trasparenza del sito istituzionale Numero di controlli a campione effettuati
12.	Trasparenza	Accessi civici	Controlli a campione degli accessi civici registrati	Numero di controlli a campione effettuati e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti per garantire la cortezza della elaborazione del registro accessi
13.	R.P.C.T. e Ripartizione Comunicazione	Flussi informativi	Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione interna/esterna	Numero di comunicazioni/informative inviate; feedback degli stakeholder
14.	R.P.C.T.	Informatizzazione	Informatizzazione delle schede e dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio	Numero di schede digitalizzate; tempi di aggiornamento delle mappature
15.	R.P.C.T.	Rafforzamento dell'analisi dei rischi	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione su appalti pubblici e selezione personale	Numero di controlli effettuati; numero di misure adottate

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
16.	R.P.C.T.	Coordinamento con altre funzioni di controllo	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e finanziamento terrorismo	Numero di azioni integrate; presenza di protocolli di coordinamento

Monitoraggio di secondo livello tramite indicatori, target e audit tematici

Dopo aver presentato gli obiettivi strategici pluriennali dell'Azienda in materia di anticorruzione e trasparenza, che coinvolgono l'intera organizzazione e costituiscono il quadro di riferimento per la promozione di integrità e legalità, è opportuno sottolineare che la prevenzione della corruzione si declina anche in un monitoraggio operativo, ricorrente e specialistico.

A partire dal 2025, infatti, accanto agli indicatori strategici di sistema – che guidano la direzione complessiva dell'Azienda nel triennio e coinvolgono tutti i livelli organizzativi – è stato introdotto un set di indicatori e strumenti annuali specificamente dedicati al monitoraggio di secondo livello, affidato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC).

Questa evoluzione non rappresenta solo un adempimento normativo, ma un vero salto di qualità nella cultura della trasparenza e dell'integrità aziendale: il monitoraggio di secondo livello si arricchisce di strumenti pensati per garantire un controllo sempre più puntuale, dinamico e aderente alle reali esigenze dell'organizzazione.

Ogni indicatore è stato selezionato per offrire una fotografia chiara e misurabile dell'efficacia delle misure adottate, consentendo di intervenire tempestivamente in caso di criticità e di valorizzare le buone pratiche.

Il sistema si basa su audit programmati e su una reportistica puntuale, che consente di mantenere alta l'attenzione su temi chiave come incarichi extraistituzionali, commissioni, patti di integrità, sponsorizzazioni e situazioni di incompatibilità.

Questi indicatori, pensati per garantire un controllo costante e tempestivo sull'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza, permettono di rilevare criticità, misurare i progressi e intervenire in modo mirato sulle aree più sensibili.

Di seguito si presenta l'intero set di indicatori annuali, ciascuno corredato dal relativo target e dalla scadenza, a testimonianza di un approccio sistematico e orientato al miglioramento continuo, complementare rispetto alla visione strategica di lungo periodo.

Tabella nr. 2: obiettivi ed indicatori annuali

ID	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
17.	Dirigenti coinvolti dal RPC	Trasmissione al RPC di eventuali aggiornamenti dell'elenco di tutti i processi di competenza del Servizio/Ufficio/ Dipartimento/Struttura (SI/NO)	Assicurare che il RPC disponga di un quadro aggiornato dei processi organizzativi, necessario per una	31/12 di ogni anno

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
			corretta mappatura e gestione dei rischi corruttivi.	
18.	RPC	Attivazione di un controllo a campione relativo alla gestione degli incarichi extraistituzionali.	Garantire trasparenza, prevenire conflitti di interesse e rafforzare l'integrità aziendale.	31/12 di ogni anno
19.	RPC	Attivazione di un controllo a campione sui dipendenti e sulle strutture convenzionate per verificare, ai sensi dell'art. 1, comma 62, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, il rispetto delle norme su incompatibilità e conflitti di interesse.	Rafforzare legalità, trasparenza e integrità	31/12 di ogni anno
		Attivazione di un controllo a campione atto a monitorare, ai sensi della L.P. 21.07.2022, n. 6 e della L.P. 19.05.2015, n. 6, la conformità e l'integrità delle procedure di nomina delle commissioni nei concorsi per dirigenti e non.	Prevenire conflitti di interesse e rischi corruttivi nell'ASDAA	31/12 di ogni anno

Gli indicatori sono associati a un ciclo di audit programmati su base trimestrale, che coprono le seguenti aree tematiche:
Audit 1: incarichi extraistituzionali
Audit 2: partecipazione a commissioni esaminatrici
Audit 3: patti d'integrità
Audit 4: ambiti a rischio elevato individuati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione
Audit 5: sponsorizzazioni
Audit 6: situazioni di incompatibilità e inconferibilità
Audit 7: controlli ex Art. 1, co. 62, L. Nr. 662/1996
Questi audit rappresentano la base operativa per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate e per redigere la sezione dedicata all'anticorruzione all'interno del PIAO.

Schede di mappatura e indicatori di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Una novità introdotta nel 2025 riguarda le schede di mappatura e valutazione degli eventi corruttivi, che riportano — per ciascuna misura specifica di prevenzione — gli indicatori di attuazione, i target e le scadenze previste definite dai singoli responsabili dei processi mappati.

Tabella nr. 3: indicatori di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione per macro-processo

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
20.	Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
21.	Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione al 50%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Etica e Comportamento	Sì	31/12/2026
22.	Acquisizione e progressione del personale, premialità, affidamento di incarichi e nomine	Ripartizione sviluppo del personale	Rotazione	100%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
23.	Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica	Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Formazione	50%	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Controlli	fino al 25% e 100% (nei subappalti)	31/12/2026
24.	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione al 25%	31/12/2026
25.	Strutture Private Accreditate - Liste d'attesa	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
			Formazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Semplificazione	sì	31/12/2026
26.	Affari generali e contenzioso		Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
27.	Sicurezza Informatica	Ripartizione Informatica	Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Controlli	100%	31/12/2026
28.	Medicina del lavoro	Servizio aziendale di medicina del lavoro e Sezione ispettorato medico del lavoro	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
29.	Medicina dello Sport	Servizio Aziendale di Medicina dello Sport	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Formazione	25%	31/12/2026
30.	Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali;	Servizio Veterinario Aziendale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
31.	Minialloggi e altre soluzioni abitative	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
32.	Asili nido aziendale e microstrutture convenzionate	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
33.	Cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche	Servizio per le Dipendenze - SERD	Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
			Rotazione	100%	31/12/2026
34.	Gestione Patrimonio e Immobiliare	Ripartizione Tecnica Patrimoniale	Controlli	100%	31/12/2026
			Trasparenza	conforme	31/12/2026
35.	Igiene degli alimenti	S.I.A.N.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
36.	Prevenzione, tutela e controllo dei rischi ambientali e chimici	S.I.S.P. - Medicina ambientale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
37.	Tutela della salute e della sicurezza; Autorizzazioni o concessioni	S.I.S.P.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Semplificazione	sì	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
38.	Aggiornamento	Ripartizione Sviluppo Personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
39.	Parco auto - Autovetture	Ufficio Logistica BZ	Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
40.	Donazioni	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
41.	Vigilanza, controlli, ispezioni	Ufficio Internal Auditing			
42.	Magazzino / Logistica	Ufficio Logistica BZ	Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Formazione	25%	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.3.3 Trasparenza ed integrità

Nel 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha svolto varie attività, tra cui adottato gli schemi ANAC (delibera n. 495/2024), organizzato un corso online su accesso documentale e civico, pubblicato nuovi documenti come esemplificativamente: il registro atti di liberalità, il regolamento whistleblowing ed i dati attuali ex art. 23-bis D.Lgs. n. 33/2013.

Ha eseguito tre monitoraggi sugli obblighi di pubblicazione confrontandosi con i referenti e comunicando gli esiti a tutti i referenti ed alla dirigenza aziendale. Ha eseguito mensilmente monitoraggi soprattutto sugli accessi civici e civici generalizzati.

Gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria per il triennio 2026-2028 sono in linea con quelli degli anni precedenti, in sintesi: costruire un'amministrazione pubblica più accessibile, attraverso la pubblicazione di dati ed informazioni.

Le iniziative per promuovere la trasparenza includono varie attività di comunicazione e informazione:

- sito web aziendale;
- MySabes (Intranet): piattaforma interna per informare i dipendenti, diffondere documenti e novità;
- E-mail aziendale: mezzo rapido e sicuro per inviare circolari e comunicazioni al personale e PEC;
- carta dei servizi sanitari;
- opuscoli per il paziente: informazioni pratiche sull'accesso alle strutture e ai servizi;
- rivista aziendale (One);
- inserti sanità sui quotidiani locali: spazi dedicati alla divulgazione di nuovi servizi e progetti;
- riunioni con i referenti; formazione e giornate della trasparenza.

Nel triennio 2023-2025 si sono tenute due Giornate della Trasparenza: il 09/10/2024 ed in data 21/10/2025.

Per dettagli consultare la sezione "Amministrazione Trasparente" > Altri contenuti > Dati ulteriori > Giornata della trasparenza.

Dal 2023 sono stati adottati strumenti Siteimprove per monitorare gli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente". Annualmente vengono resi noti i dati relativi a pagine più visitate, durata delle visite, frequenza di rimbalzo e uscita. Inoltre, è disponibile un questionario online per raccogliere feedback sull'utilizzo e la chiarezza delle informazioni, utili per miglioramenti futuri. Per ulteriori dettagli vedasi i capi dedicati al tema nel PIAO.

Per gli obblighi di pubblicazione si rinvia all'allegato 2.3.3 "Elenco obblighi di pubblicazione vigenti".

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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. Questo concetto si estende anche all'uso di sistemi informatici e tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili da qualsiasi fruitore.

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 previste.

Comprensorio sanitario di Bolzano

L'attenzione sui temi della accessibilità fisica e digitale è verso tutti i siti del Comprensorio sanitario di Bolzano sia in area ospedaliera sia sul territorio. L'implementazione attualmente è più significativa in area ospedaliera.

- Tutti i siti sono accessibili senza scale e quindi anche con ausili per disabili. Inoltre, l'Ospedale di Bolzano è dotato di segnaletica per ciechi e ipovedenti. Sono presenti sportelli appositamente attrezzati per essere fruiti da persone che necessitano ausili per disabili.
- Tutti i siti sono muniti di ascensore e gli ascensori dell'Ospedale di Bolzano sono dotati di indicazioni in Braille.
- Una parte degli ascensori è dotata di indicazione vocale del piano.
- Una parte dei fuori porta degli ambulatori del nuovo padiglione è dotato di indicazioni in Braille.
- Attorno all'ospedale sono presenti alcune aree dotate di solchi per ipovedenti e ciechi che giungono fino al bancone Infopoint.
- Alcune casse e banconi Infopoint sono pensati per persone in sedia a rotelle con bancone di livello ribassato (nuovo padiglione).
- Sono presenti Totem con indicazioni e Totem eliminacode per migliorare l'affluenza dei cittadini ai servizi.
- La segnaletica del nuovo padiglione è stata pensata per venire incontro alle esigenze di persone over 65 e con disabilità (grandezza font, tinte strutture).
- Negli ambulatori di oculistica è presente una segnaletica più dettagliata e di dimensioni maggiori. È presente, inoltre, un cubo di indicazione dedicata al target delle persone affette da daltonismo.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Sono presenti display che riportano i vari eventi relativi al Comprensorio Sanitario di Bolzano e altre notizie di interesse per l'utenza. Il posizionamento di display elimina-code ha la funzione anche di facilitare i non udenti e in generale le persone anziane o fragili.
- Sono presenti maniglioni per facilitare la mobilità del paziente in sedia a rotelle (presso le entrate).
- A livello strutturale, il nuovo padiglione, così come i servizi igienici dello stesso, sono stati concepiti per avere più pareti possibili di corrimano ed evitare ogni tipo di barriera architettonica.
- Sono stati sostituiti i cubetti di porfido con pavimentazione liscia all'ingresso del Pronto soccorso (varco nord) per agevolare l'accessibilità a persone con sedie a rotelle, persone con stampelle o bastone.
- Gli ospedali e i distretti sono accessibili mediante mezzi pubblici e/o automezzi privati con possibilità di parcheggio disabili nelle immediate vicinanze.
- Dal 2023 è presente un servizio di accompagnamento presso l'Ospedale di Bolzano, a disposizione dei pazienti che hanno difficoltà ad orientarsi nei reparti. In caso di bisogno, il servizio di accompagnamento provvede a procurare la sedia a rotelle e chiamare l'ambulanza per il ritorno a casa.

Azioni previste

- Estensione della segnaletica del nuovo padiglione sia al padiglione W che al L. Böhler.
- Wayfinding: sistema che aiuta gli utenti dell'ospedale ad orientarsi nello spazio fisico con navigazione tramite ambiente fotografico sul proprio smartphone (ad es. malati di Alzheimer).
- Adeguamento degli uffici e delle aree front office per una migliore accessibilità e fruibilità.
- Riorganizzazione degli uffici e delle aree di front office, in particolare quando saranno installati gli sportelli multifunzionali e le casse automatiche.
- Segnaletica alle entrate delle varie strutture, piani e stanze, con illustrazione in forma semplificata ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati dell'organizzazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, mediante indicazione dei reparti, uffici e / o servizi e rispettivi dirigenti responsabili.
- Estensione della nuova segnaletica ospedaliera presso la torre rossa e la torre blu.
- Implementazione di un sistema di chiamata digitale tramite monitor presso i servizi ospedalieri di odontostomatologia e diabetologia.
- Installazione di sportelli multifunzionali che permettono agli utenti di effettuare in autonomia l'accettazione, il pagamento di un ticket, la stampa del referto e la prenotazione di una prestazione sanitaria.

Comprensorio sanitario di Merano

L'accessibilità fisica è riferita a tutti i siti del Comprensorio sanitario di Merano (Ospedali di Merano e Silandro, Merano-Circondario, Lana-Circondario, Naturno, Silandro, Media Val Venosta, Altra Val Venosta, San Leonardo in Passiria).

- Tutti i siti sono accessibili senza scale e quindi anche con ausili per disabili. Inoltre, l'Ospedale di Merano è dotato di segnaletica per ciechi e ipovedenti. Sono presenti sportelli appositamente attrezzati per essere fruiti da persone che necessitano ausili per disabili.
- Riorganizzazione degli uffici e delle aree front-office: in particolare presso l'ospedale di Merano verranno installati ulteriori sportelli multifunzionali e casse automatiche

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Tutti i siti sono muniti di ascensore e gli ascensori dell'Ospedale di Merano sono dotati di indicazioni in Braille. Nell'ospedale di Merano è inoltre presente un sistema di guida per non vedenti.
- Gli ospedali e i distretti sono accessibili mediante mezzi pubblici e/o automezzi privati con possibilità di parcheggio disabili nelle immediate vicinanze.
- L'ufficio gestione amministrativa distrettuale è accessibile a piedi mediante automezzi privati se provvisti del tagliando per disabili.
- I banconi dei bar dell'Ospedale di Merano sono dotati di apposita zona accessibile a persone in sedia a rotelle.
- Dal 2023 è presente un servizio di accompagnamento presso l'Ospedale di Merano, a disposizione dei pazienti che hanno difficoltà ad orientarsi nei reparti. In caso di bisogno, il servizio di accompagnamento provvede a procurare la sedia a rotelle e chiamare l'ambulanza per il ritorno a casa.

Azioni previste

- Adeguamento degli uffici e delle aree front office: in particolare presso il distretto di Merano e Media Val Venosta per rispetto della privacy del cittadino.
- Installazione di Totem con indicazioni e di Totem eliminacode per migliorare l'affluenza dei cittadini ai servizi.
- Riorganizzazione degli uffici e delle aree di front office: in particolare presso l'ospedale di Merano saranno implementati ulteriori sportelli multifunzionali e le casse automatiche.
- L'installazione di schermi nelle sale d'attesa renderà tutte le informazioni più facilmente accessibili per i pazienti.
- Presso l'ospedale di Merano sarà creato un nuovo accesso per i trasporti sanitari programmati, eliminando così una possibile zona di pericolo per i pedoni nell'area degli ingressi.
- Il servizio di accompagnamento dei pazienti sarà ampliato e dotato di ulteriori sedie a rotelle

Comprensorio sanitario di Bressanone

L'accessibilità fisica è riferita e misurata per tutti i siti del Comprensorio di Bressanone (Ospedali di Bressanone e Vipiteno, Distretti di Bressanone- Circondario, Chiusa, Alta Valle Isarco, Bad Bachgart)

- Tutti i siti sono accessibili al piano terra senza scale e pertanto anche con ausili per disabili.
- Tutti i siti sono muniti di ascensore.
- Gli ospedali, i distretti di Bressanone, Chiusa e Alta Valle Isarco, Bad Bachgart e la futura casa della Comunità Bressanone sono accessibili mediante mezzi pubblici e/o automezzi privati con possibilità di parcheggio nelle immediate vicinanze.
- L'ufficio gestione amministrativa distrettuale è accessibile a piedi mediante automezzi privati se provvisti del tagliando per disabili. Nel 2025, presso l'ufficio, sono state rese possibili modalità di accesso prive di barriere, installando una porta automatica all'ingresso al posto della precedente porta pesante, che rendeva difficile alle persone con disabilità accedere agli sportelli necessari.
- Gli ospedali di Bressanone e Vipiteno sono muniti di cosiddetti "Totem" con indicazioni sull'ubicazione dei diversi ambulatori e del relativo percorso. È già attivo dall'anno scorso dal 1° settembre 2024 è stato introdotto un servizio di accompagnamento presso l'ospedale di Bressanone, al fine di facilitare l'orientamento all'interno dell'area ospedaliera. Nel 2025 è stato

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

anche previsto un totem negli ospedali che segnala l'esistenza di questo servizio, elencando in modo dettagliato tutti i servizi disponibili.

Compiti dei volontari del servizio di accompagnamento:

- Fornire informazioni ai pazienti ambulatoriali e ai visitatori dell'ospedale
- Accompagnare le persone ai rispettivi reparti/servizi
- Prendere in carico i pazienti trasportati in ambulanza
- Prestare assistenza nello svolgimento delle formalità

Il volontario fornisce le informazioni in modo corretto e completo, accompagna le persone/pazienti, sempre se richiesto, al reparto/servizio desiderato ed è responsabile, dopo l'accettazione di qualsiasi paziente, che la registrazione venga effettuata e che siano svolte le formalità necessarie per le visite. Le persone/pazienti in sedia a rotelle o con disabilità visiva vengono accompagnate in modo adeguato.

Il volontario non è responsabile del trasferimento dei pazienti tra i reparti ospedalieri (questo potrebbe essere considerato in un secondo momento). Inoltre, il volontario non partecipa alle visite stesse, salvo esplicita richiesta del paziente, e il servizio di accompagnamento non funge da mediatore o interprete tra il personale medico, infermieristico e i pazienti. Se persone private o pazienti trasportati in ambulanza vengono accompagnati dal servizio, non hanno di norma priorità allo sportello o alla cassa. Il servizio di accompagnamento ha priorità solo in caso di emergenza, quando il paziente, a causa delle condizioni di salute particolarmente gravi, non può assolutamente attendere alla cassa o il proprio turno e necessita di cure mediche immediate.

Azioni previste

- Comunità psichiatrica protetta Vipiteno: è in previsione la redazione del progetto per il risanamento della comunità psichiatrica protetta nelle vicinanze dell'ospedale di Vipiteno, per garantire anche una piena accessibilità fisica, ad oggi garantita solo limitatamente. In questi giorni e nelle prossime settimane avverrà il trasferimento della comunità alloggio in una nuova struttura a Trens/Freienfeld, dove sarà garantita la piena accessibilità; nei prossimi anni è prevista la progettazione e la ristrutturazione della comunità psichiatrica protetta vicino all'ospedale di Vipiteno, sempre in modalità accessibile.
- Casa della Comunità Vipiteno: è in previsione la redazione del progetto per il risanamento della struttura, per garantire anche una piena accessibilità fisica, ad oggi garantita solo limitatamente.
- Adeguamento degli uffici e delle aree di front office: in particolare quando saranno installate le casse automatiche. Adeguamento delle aree front-office presso l'ufficio per la gestione degli ospedali di Bressanone, che sono slittate al 2026.

Tali azioni sono state messe in atto in accordo con le associazioni disabili.

Ciclicamente da parte del Comune di Bressanone vengono organizzati degli incontri ai quali vengono invitati i rappresentanti delle associazioni disabili, i rappresentanti del Comune e i rappresentanti del Comprensorio Sanitario di Bressanone. In occasione di questi incontri vengono presentati i lavori programmati da parte dell'Azienda Sanitaria e più precisamente dal Comprensorio Sanitario di Bressanone nelle varie strutture e vengono presentate le azioni promosse da parte delle varie associazioni. Questi incontri sono sede di scambio di informazioni allo scopo, tra l'altro, di spiegare ai vari utenti quali azioni possono essere adottate o implementate e quali non possono essere attuate per questioni meramente tecniche.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Comprensorio sanitario di Brunico

L'accessibilità fisica è riferita a tutti i siti del Comprensorio sanitario di Brunico (Ospedali di Brunico e San Candido, Brunico-Circondario, Val Badia, Tures Aurina, Alta Val Pusteria).

- Tutti i siti sono accessibili senza scale e quindi anche con ausili per disabili. Sono presenti sportelli appositamente attrezzati per essere fruiti da persone che necessitano di ausili per disabili.
- Tutti i siti sono muniti di ascensore e gran parte degli ascensori delle strutture del Comprensorio sanitario di Brunico sono dotati di indicazioni in Braille.
- Gli ospedali e i distretti sono accessibili mediante mezzi pubblici e/o automezzi privati con possibilità di parcheggio disabili nelle immediate vicinanze.
- L'ufficio gestione amministrativa distrettuale è accessibile a piedi mediante automezzi privati se provvisti del tagliando per disabili.
- Gli ospedali di Brunico e San Candido dispongono di porte di accesso e porte interne di maggior passaggio automatizzate.
- I reparti di degenza sono provvisti di corrimano.

Azioni previste

- Installazione, presso l'Ospedale di Brunico di display che riportano i vari eventi relativi al Comprensorio Sanitario di Brunico. Il posizionamento di display aiuta a tenere tutto il personale dell'ospedale, nonché i visitatori esterni, informati sugli attuali eventi, congressi e corsi di formazione.
- Riapertura dell'accesso diretto tra fermata ferroviaria Brunico Nord e Ospedale di Brunico.
- Possibilità di accedere direttamente al pronto soccorso dell'Ospedale di Brunico tramite la via Karl-Toldt.
- Costruzione di un garage sotterraneo presso l'Ospedale di San Candido in collaborazione con il Comune di San Candido.
- Realizzazione di un corpo aggiuntivo nel cortile interno dell'Ospedale di San Candido adibito all'accettazione e reception e realizzazione di un nuovo accesso principale adeguato alle normative di accessibilità.
- Segnaletica alle entrate delle varie strutture, piani e stanze con illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, mediante indicazione dei reparti, uffici e/o servizi e rispettivi dirigenti responsabili.

Dal 2025 è prevista l'introduzione di 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

Come già riportato, per accessibilità si deve intendere l'accesso e la fruibilità su base di eguaglianza, anche dei servizi elettronici e di emergenza, dell'informazione e della comunicazione, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili, mediante l'adozione di misure specifiche per le varie disabilità, ovvero di meccanismi di assistenza o predisposizione di accomodamenti ragionevoli.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Interventi in ambito informatico: procedure, dispositivi e servizi

Un particolare rilievo, per quanto espresso in premessa, assumono gli adeguamenti dei sistemi informativi aziendali in ottica di accessibilità, con preciso riferimento alle funzionalità di accesso ai servizi messe a disposizione dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in modalità online e precisamente:

1. SITO WEB ISTITUZIONALE: strumento a prevalente carattere informativo che presenta le notizie, le iniziative, i dati e i numeri delle numerose attività svolte dalle varie articolazioni aziendali; https://www.sabes.it
2. SITO WEB PER SCARICARE I REFERTI ON LINE: strumento che consente al cittadino un agevole accesso alla documentazione relativa alle indagini diagnostiche eseguite dai laboratori provinciali e dalle radiologie aziendali;
   https://refonline.sabes.it/Privacy/Index?lang=it-IT
3. SANIBOOK: è il sito web che consente al cittadino di prenotare, consultare e gestire appuntamenti per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
   https://appcuppmobile.civis.bz.it/main/home

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige coglie lo spirito della norma che introduce un ulteriore importante strumento di contrasto al digital divide e di aiuto per una transizione digitale inclusiva, mettendo in atto tutte le azioni volte a raggiungere e massimizzare gli obiettivi di accessibilità.

In particolare, intende:

- Applicare il modello di autovalutazione dell'accessibilità ai propri siti online, con particolare attenzione ai contenuti non testuali, video, immagini e relativi supporti alternativi, alle spaziature orizzontali e verticali, alla possibilità di utilizzo della tastiera, alle palette di colori ecc.;
- Verificare la conformità degli applicativi e degli strumenti messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige alle prescrizioni della norma UNI CEI EN 301549 del dicembre 2021 "Requisiti di accessibilità per prodotti e servizi ICT", con particolare riferimento al livello "AA" delle Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.0);
- Secondo le linee guida AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) le verifiche di conformità relative alle pagine web riguardano:
  a. documenti in forma di pagine web;
  b. documenti incorporati nelle pagine web e utilizzati nella rappresentazione o destinati ad essere rappresentati insieme alla pagina web in cui sono incorporati;
  c. software in formato pagina web; oppure software incorporato nelle pagine web e utilizzato nella rappresentazione o destinato alla rappresentazione insieme alla pagina web in cui è incorporato;
- Redigere e pubblicare entro i termini di ciascun anno la relativa dichiarazione di accessibilità;
- Redigere e pubblicare entro i termini di ciascun anno gli obiettivi di accessibilità, riportando in particolare le azioni volte a promuovere e favorire la messa a disposizione al dipendente con disabilità di postazioni di lavoro dotate di tecnologie ICT (Information and Communication Tecnology) previste dalle linee guida AgID;
- Pianificare e mettere in atto le azioni correttive individuate, in ottica di miglioramento continuo, al fine di perseguire il livello 4 del valore medio complessivo di qualità;
- Applicare gli strumenti di valutazione e monitoraggio approfondito messi a disposizione a AgID;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Interventi in ambito di supporto ai servizi

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si pone l'obiettivo di intervenire in modo efficace in tutti gli ambiti che richiedano una particolare attenzione ai temi dell'accessibilità.

In primo luogo, ricordiamo che i servizi erogati a sportello debbono essere caratterizzati da accessibilità, fruibilità ed efficacia e favore di tutti i soggetti, senza discriminazione alcuna, con particolare attenzione agli aspetti inerenti all'identificazione della persona e la possibilità che la persona possa esprimere autonomamente la propria volontà.

Rispetto a questo punto, la progressiva introduzione di strumenti che consentano di raccogliere consensi e attestazioni per via informatica, per esempio mediante apposizione di una firma grafometrica, saranno concepiti assicurando che siano garantite la piena accessibilità e la massima fruibilità.

In secondo luogo, rispettando appieno lo spirito e gli scopi perseguiti dalla citata norma UNI, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ritiene rilevante, in particolare, utilizzare le precise indicazioni di tale norma in tutte e procedure di acquisizione di beni e servizi informatici, nonché nelle commesse per lo sviluppo di sistemi già utilizzati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige stessa.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende fare riferimento, in particolare per lo sviluppo di nuovi applicativi, alle relative Linee guida di AgId.

Sempre nell'ottica di rispetto dello spirito delle normative e linee guida qui citate, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende intervenire, non solo per quanto concerne gli applicativi e le funzionalità web esposte al cittadino, ma anche sugli applicativi destinati all'utilizzo degli operatori e dei professionisti convenzionati.

Rientra in quest'ambito, per fare un esempio concreto, il nuovo portale di accesso riservato ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, finalizzato all'erogazione di servizi sempre destinati, anche se solo indirettamente, al cittadino (es. prescrizione di trasporti non urgenti, assistenza integrativa, servizi di medicina di dì base).

Anche questi portali seguiranno un percorso di adeguamento come previsto per i servizi direttamente orientati al cittadino.

Interventi nell'ambito degli strumenti di automazione d'ufficio

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, infine, ha da tempo adottato criteri di selezione dei sistemi di più frequente utilizzo da parte degli operatori – quali elaboratori di documenti testuali, fogli di calcolo, presentazioni, sistemi di collaborazione - in modo da garantire la totale accessibilità agli utilizzatori.

In particolare, ha adottato per tutti i propri dipendenti strumenti di automazione d'ufficio che non solo si dimostrano totalmente accessibili all'operatore, ma che contengono funzionalità avanzate di verifica dell'accessibilità dei documenti e dei file prodotti con questi sistemi. Ciò è possibile anche attraverso la messa a disposizione di modelli di documento accessibili per le principali tipologie di file.

Anche per gli strumenti di collaborazione, in particolare per la gestione di videoconferenze e riunioni di lavoro online, lo strumento adottato include molte funzionalità che aiutano le persone con abilità diverse a partecipare ed a contribuire alle riunioni, leggere i messaggi e prendere parte a discussioni, per mezzo di attivazione di trascrizioni e didascalie, mediante l'aggiunta del video dell'interprete del linguaggio dei segni, massimizzando l'inclusività nei messaggi e nel contenuto che si prevede di condividere.

Si ritiene essenziale, nel corso dell'applicazione di questo Piano Operativo, perseguire gli stessi obiettivi anche sugli applicativi verticali utilizzati nei numerosi ambiti aziendali, a partire dagli applicativi di cartella

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

clinica di reparto, ambulatoriale e specialistica, aprendo un confronto in merito con i fornitori delle principali soluzioni presenti in Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

"Lingua facile"

Il Decreto Legislativo n. 222/2023 mira anche 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.

A tal fine l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha deciso di realizzare una sezione della propria homepage in cosiddetta "Lingua semplice" con alcune sottosezioni di primaria utilità.

Per "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.

In quest'ottica, l'Ufficio Comunicazione della Salute nel 2025 ha dato vita alla stesura di un concetto di base (con pianificazione e fasi di progetto), nonché - in collaborazione con la Ripartizione Acquisti – ad un'indagine di mercato per individuare un partner esperto in materia (in maniera similare a quanto effettuato da parte della Amministrazione provinciale). Tale sezione è stata quindi realizzata con alcuni contenuti di base - nel corso del 2025 - e messa online a fine anno. Una concreta presentazione della sezione deve però ancora avvenire.

Le prime azioni realizzate nel 2025, si collocano in un quadro di pianificazione più a lungo termine, pluriennale, che prevederà lo sviluppo ulteriore e continuo della nuova sezione.

Con l'aiuto del partner esperto si implementeranno altri contenuti, andando a selezionarli tra quelli di maggiore utilità per le categorie più svantaggiate. Questi saranno scelti anche grazie alla specifica consulenza del partner esterno citato che è altamente specializzato in lingua semplice e problematiche relative all'accessibilità e comprensibilità delle informazioni per i disabili.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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.

Nel triennio 2026–2028, in linea con le raccomandazioni ANAC e il Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda ha avviato un processo strutturato di revisione e digitalizzazione dei procedimenti, finalizzato a:

- semplificare i flussi documentali e introdurre sistemi di firma massiva;
- digitalizzare le procedure di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- adottare strumenti digitali per la gestione di processi sanitari selezionati (es. vaccinazioni, prescrizioni, rendicontazione);
- razionalizzare i processi decisionali, con la definizione di centri di competenza unificati e la standardizzazione delle attività nei diversi comprensori;
- semplificare le modalità di accesso civico e documentale, anche tramite strumenti di supporto e formazione mirata.

Iniziative realizzate nel 2025 includono:

- la nuova Anagrafe Vaccinale Provinciale con modelli semplificati e firma massiva;
- l'adeguamento FSE 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 CUPP 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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In sintesi, la semplificazione amministrativa in Azienda sanitaria dell'Alto Adige 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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Analisi del contesto interno

Organizzazione e funzioni dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, come già riportato, è un ente strumentale della Provincia, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale.
L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige assume tutte le attribuzioni previste per le aziende sanitarie dalla normativa nazionale vigente in materia, nonché quelle contenute nel Piano Sanitario Provinciale.

La Legge provinciale n. 3 del 21.04.2017, "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale", disciplina l'assistenza sanitaria in Alto Adige, nonché l'organizzazione della stessa.
All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige compete la strategia aziendale, la programmazione operativa, e l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e sulla scorta dei principi di efficienza ed efficacia nell'uso delle risorse disponibili che caratterizzano l'agire amministrativo. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige assicura un'assistenza completa alla popolazione e garantisce la continuità assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma coordinata, vale a dire attraverso la collaborazione con il settore sociale, ai fini dell'integrazione sociosanitaria sull'intero territorio provinciale. Per assolvere a questi compiti l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige opera in conformità a quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale, ai piani di settore nonché agli indirizzi e alle disposizioni della Giunta Provinciale.

A tal fine, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le prestazioni aggiuntive (extra-LEA) definite dalla Giunta Provinciale, avvalendosi di servizi gestiti direttamente dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, o erogati da altri soggetti pubblici e privati convenzionati, sulla base delle caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi contrattuali, nel rispetto del vincolo di bilancio.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è consapevole dell'importanza dello sviluppo di forme di collaborazione e sinergie con le realtà istituzionali locali quali portatrici degli interessi della collettività e pertanto chiamate a svolgere un proficuo ruolo di impulso, compartecipazione e controllo dell'operato dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Quest'ultima persegue, a tal proposito, i propri obiettivi orientando l'attività aziendale e le decisioni intraprese ad un'ottica collegiale, secondo i rispettivi ambiti di competenza.

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

- Comprensorio Sanitario di Bolzano;
- Comprensorio Sanitario di Merano;
- Comprensorio Sanitario di Bressanone;
- Comprensorio Sanitario di Brunico.

La Giunta provinciale definisce gli ambiti territoriali dei comprensori sanitari, che a loro volta si suddividono in distretti sanitari secondo i bacini di utenza determinati dalle disposizioni vigenti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il Distretto sanitario garantisce la tutela della salute dei soggetti iscritti al SSN quale centro di riferimento a livello territoriale ed eroga i propri servizi in un contesto caratterizzato da forte e progressiva integrazione con i servizi sociali. Garantisce, altresì, la continuità dell'assistenza, attraverso il pieno utilizzo delle risorse offerte dalla rete dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
Esso rappresenta inoltre il punto di orientamento e di filtro per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specialistiche ambulatoriali ed integrative a carico del Servizio sanitario provinciale, distribuendole in base a disponibilità e competenze dei Comprensori facenti capo all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
Ai Comprensori sanitari compete, inoltre, la gestione del rispettivo ospedale comprensoriale con una oppure, ove previste, più sedi.

Nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige operano i seguenti presidi ospedalieri:

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

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

Il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni è basato su un modello d'assistenza sanitaria a più livelli, che si distingue fra assistenza di base, assistenza specializzata e assistenza con trattamenti ad alta complessità. L'assistenza di base prevede prestazioni che ogni sede ospedaliera deve fornire alla popolazione come livello minimo di assistenza medica. Oltre all'assistenza di base, per ciascuna sede ospedaliera si possono stabilire degli ambiti di specializzazione o di riferimento. Gli interventi e i trattamenti ad alta complessità sono concentrati primariamente nell'ospedale provinciale di Bolzano, ma ciò non toglie, che questo tipo di prestazioni possano essere localizzate anche in altri comprensori sanitari.

Con riferimento all'organizzazione aziendale apicale, si specifica che, con deliberazione del Direttore Generale del 30.09.2013, n. 217, è stato approvato il nuovo organigramma della dirigenza amministrativa dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, pubblicato nel sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Organizzazione", "Articolazione degli uffici".

Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale del 20.12.2018, n. 717, è stata poi approvata la "Modifica dell'Atto organizzativo provvisorio dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano e approvazione dell'organigramma della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale".

In conformità al principio di buon andamento ed economicità della PA, potranno essere ottimizzate posizioni direttive e amministrative, con un considerevole snellimento dei processi tecnico-amministrativi. Pertanto, per una migliore allocazione delle risorse, è stato deliberato un progetto di riorganizzazione aziendale sia per il settore amministrativo che per quello clinico, che si concluderà a breve. Per ulteriori dettagli vedasi

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 682 del 25 giugno 2024 e n. 717 del 20 dicembre 2018.
Si rinvia pertanto a detta riorganizzazione, per quanto concerne la nuova versione dell'atto aziendale ed i relativi allegati.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.2 Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.2.1 Fabbisogno del personale

Il presente documento si pone l'obiettivo di delineare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per gli anni 2026, 2027 e 2028 alla luce delle indicazioni provinciali, della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e dell'impatto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il piano triennale del fabbisogno del personale è parte integrante del Piano integrato attività e organizzazione (PIAO). È finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini e quindi di aumentare il valore pubblico dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in termini di migliori servizi alla collettività.

Con l'aiuto di questo strumento verranno ottimizzati la gestione di concorsi e l'assunzione di personale. Inoltre, si tiene conto del fatto che sarà necessario personale aggiuntivo nelle nuove strutture territoriali che saranno implementate nei prossimi anni per effetto del PNRR.

Partendo dai posti di lavoro attualmente occupati la direzione aziendale, i singoli Comprensori Sanitari e le ripartizioni aziendali hanno pianificato per il triennio e proposto alla Direzione aziendale gli ulteriori posti necessari, calcolati in tempo pieno equivalente (TPE). Sono stati presi in considerazione sia l'ampliamento di servizi esistenti, sia nuovi progetti, con una rispettiva motivazione. Sono anche garantiti gli standard minimi di assistenza nei reparti di degenza per acuti dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Nuovi servizi ospedalieri e territoriali non PNRR:

- Implementazione Chirurgia plastica nell'Ospedale di Bolzano
- Apertura di un servizio per giovani con disturbi da dipendenza
- Struttura terapeutica-riabilitativa psichiatrica nel Comprensorio Sanitario di Bressanone
- Intensificazione delle cure palliative
- Potenziamento letti Hospice
- Ampliamento radioterapia
- Attivazione di programmi di tutela della salute orale
- Istituzione di un servizio farmaceutico territoriale
- Centro di psicoterapia residenziale per adolescenti

Una parte significativa delle nuove assunzioni è dovuta ai nuovi servizi da creare entro il 2026 secondo il PNRR.

Sul Territorio verranno creati tra l'altro i seguenti servizi/strutture nell'ambito del PNRR:

- 12 Case della Comunità (anni 2025 e 2026)
- 4 Unità di Continuità Assistenziale (anni 2025 e 2026)
- 3 Ospedali della Comunità (anno 2026)

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il fabbisogno di personale va dall'ambito prevenzione all'assistenza per acuti e alla riabilitazione ospedaliera e territoriale, includendo anche i servizi di supporto amministrativo.
Il fabbisogno di personale riguardante i collaboratori amministrativi include sia i servizi sanitari che i servizi amministrativi.

RISULTATO COMPLESSIVO DELLA PIANIFICAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Il fabbisogno triennale di personale pari a 522,9 collaboratori tempo pieno equivalenti corrisponde ad un incremento di ca. 5% rispetto alla situazione attuale (compresi contratti d'opera e altre forme contrattuali). Più di un terzo di questi riguarda i progetti PNRR.

Fabbisogno di personale Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 2026-2028 per figura professionale in tempo pieno equivalenti con indicazione PNRR si/no

	PNRR		
Figura professionale	**sì**	**no**	**Risultato**
Assistente di segreteria qualificato/a		2,0	2,0
Assistente sociale	5,0	2,0	7,0
Collaboratore/rice amministrativo/a	35,4	21,8	57,1
Dietista		0,5	0,5
Dirigente sanitario/a - Medico	25,3	8,3	33,5
Dirigente sanitario/a - Psicologo/a	1,5	6,0	7,5
Educatore/rice professionale		11,5	11,5
Fisioterapista	9,5	3,5	13,0
Igienista dentale		7,6	7,6
Infermiere/a	140,3	89,7	229,9
Ingegnere/a		2,0	2,0
Insegnante		1,0	1,0
Ispettore/trice amm.vo/a		2,0	2,0
Logopedista	1,0		1,0
Operat. tecnico/a dei servizi economali	2,0	13,0	15,0
Operat. tecnico/a dei servizi generali/Portiere-centralinista		1,0	1,0
Operat. tecnico/a della mensa		0,8	0,8
Operatore/rice socio-sanitario/a OSS	57,0	54,5	111,5
Tecnico/a sanitario/a di laboratorio biomedico		1,5	1,5
Tecnico/a sanitario/a di radiologia medica		10,5	10,5
Terapista occupazionale		6,0	6,0
Ausiliario/a specializzato/a		1,0	1,0
Gesamtergebnis	**276,9**	**246,0**	**522,9**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Fabbisogno di personale Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 2026-2028 per figura professionale in tempo pieno equivalenti con indicazione dell'ambito

Figura professionale	Servizio amministrativo	Servizio sanitario	Servizio tecnico	Risultato
Assistente di segreteria qualificato/a		2,0		2,0
Assistente sociale		7,0		7,0
Collaboratore/rice amministrativo/a	24,3	32,4	0,5	57,1
Dietista		0,5		0,5
Dirigente sanitario/a - Medico		33,5		33,5
Dirigente sanitario/a - Psicologo/a		7,5		7,5
Educatore/rice professionale		11,5		11,5
Fisioterapista		13,0		13,0
Igienista dentale		7,6		7,6
Infermiere/a		229,9		229,9
Ingegnere/a	1,0		1,0	2,0
Insegnante		1,0		1,0
Ispettore/trice amm.vo/a	1,0		1,0	2,0
Logopedista		1,0		1,0
Operat. tecnico/a dei servizi economali	2,0		13,0	15,0
Operat. tecnico/a dei servizi generali/Portiere-centralinista	1,0			1,0
Operat. tecnico/a della mensa	0,8			0,8
Operatore/rice socio-sanitario/a OSS		111,5		111,5
Tecnico/a sanitario/a di laboratorio biomedico		1,5		1,5
Tecnico/a sanitario/a di radiologia medica		10,5		10,5
Terapista occupazionale		6,0		6,0
Ausiliario/a specializzato/a	1,0			1,0
Gesamtergebnis	**31,0**	**476,4**	**15,5**	**522,9**

3.2.2 Strategia di copertura del fabbisogno

La copertura dei posti vacanti avviene, in primo luogo, con procedure di mobilità interna. Ciò allo scopo di soddisfare diverse esigenze e opportunità del personale: venire incontro alle richieste di trasferimento interno in un'ottica di benessere dei lavoratori, aderire al principio di rotazione, garantire crescita e scambio professionale, cercare la risorsa più adeguata alla qualità del servizio.

In seconda battuta, si procede attraverso procedure di mobilità esterna tra enti dell'intercomparto.

Esperiti i tentativi di cui sopra, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige attiva procedure pubbliche di concorso, precedute da procedure pubbliche per il conferimento di incarichi temporanei in attesa dell'esito della procedura concorsuale.

Contribuiscono ad aumentare l'attrattività dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige gli istituti di progressione professionale previsti dai contratti collettivi nella forma della carriera professionale per la dirigenza sanitaria e medica, delle posizioni organizzative e degli incarichi di natura professionale. Tale forma di carriera professionale, che si pone in alternativa alla carriera gestionale, consente di valorizzare le alte

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

specializzazioni e le competenze personali di maggior rilievo e più strategiche per l'Azienda. Tali opportunità d'impiego vengono comunicate ai cittadini anche attraverso la homepage ed i processi di reclutamento.
L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige garantisce la propria visibilità sui social media ed attraverso il sito internet pubblicando regolarmente bandi e avvisi. Vengono inoltre organizzati annualmente due eventi riservati rispettivamente ai futuri diplomati nelle professioni sanitarie ed ai futuri medici. A tali eventi vengono presentate la formazione e l'aggiornamento del personale, le opportunità di carriera, le reti con cliniche internazionali, i benefit, le modalità di reclutamento, il trattamento economico e giuridico previsto dai contratti collettivi e la più generale organizzazione del Servizio sanitario provinciale. Per quanto riguarda i medici, l'evento è finalizzato a presentare le possibili alternative in materia di formazione specialistica e di reclutamento.
L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si presenta regolarmente alle più importanti università di medicina per reclutare personale medico adeguato.
Inoltre, sono presenti alcuni rappresentanti dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel consiglio di ateneo presso la Libera Università di Bolzano in qualità di stake holders, che suggeriscono adeguamenti ai programmi di studio dei vari percorsi universitari, presentano l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige alle classi di studenti, coinvolgono i professori universitari nella predisposizione dei bandi di concorso e nelle procedure di selezione.
Dal 2025 è stato attivato il corso di laurea in Medicine & Surgery gestito dall'Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Roma in collaborazione con la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Si svolge presso il Polo Universitario per le professioni sanitarie Claudiana di Bolzano. Presso quest'ultimo, si svolgono le lezioni frontali ed i laboratori, mentre il tirocinio clinico presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e nelle strutture della rete ospedaliera provinciale. L'obiettivo del corso è contrastare la carenza di medici, aumentare l'attrattività dell'Alto Adige nel settore sanitario e creare nuove opportunità di carriera.
Dal 2024 è operativo lo sportello unico "One Stop Shop". Scopo del One Stop Shop è quello di consentire ai candidati di avere un unico punto di contatto per tutte le questioni relative al futuro lavoro in Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Lo One Stop Shop fornisce inoltre un forte supporto nelle varie fasi burocratiche associate all'assunzione. In particolare, lo sportello garantisce un accompagnamento personalizzato del professionista che aspira ad una assunzione presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, analizzando le personali necessità e fungendo da interfaccia rispetto ai molteplici interlocutori. Le tematiche oggetto di supporto vanno dall'iscrizione all'albo, alle pratiche di riconoscimento del titolo, dalle questioni collegate al bilinguismo e appartenenza linguistica, alla ricerca di un alloggio. Inoltre, consentono al professionista di entrare in contatto con i reparti e servizi interessati, di avere una proiezione stipendiale affidabile e di essere accompagnati nelle procedure di assunzione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.3 Organizzazione del lavoro agile

Ai sensi del DPR 24/06/2022 n. 81 il Piano organizzativo del lavoro agile è stato assorbito nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e, in linea con le recenti innovazioni normative e tecnologiche e con l'obiettivo di promuovere una maggiore flessibilità organizzativa, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha introdotto il lavoro agile (smart working). Questo nuovo approccio offre ai dipendenti l'opportunità di svolgere le proprie mansioni al di fuori dei locali aziendali, mantenendo elevati livelli di efficienza e produttività.

Obiettivi dello Smart Working:

- favorire il bilanciamento tra vita professionale e privata.
- aumentare la produttività e il benessere dei dipendenti.
- ridurre i tempi e i costi legati agli spostamenti.
- migliorare l'organizzazione del lavoro, garantendo flessibilità e responsabilità.

Il contratto collettivo intercompartimentale (CCI) del 12/02/2008 prevede forme di flessibilità dell'orario di lavoro e le norme di tutela della qualità del tempo di lavoro e della vita il lavoro agile (smart working).
Ai sensi dell'art. 19 "Le parti confermano l'impegno a migliorare qualitativamente e quantitativamente il rapporto tra le prestazioni contrattualmente dovute e quelle effettivamente rese, identificando anche nuove articolazioni e modalità di gestione flessibile dell'orario di lavoro".
Con il secondo accordo, stralcio del contratto collettivo intercompartimentale riferito al triennio 2019-2021 del 3 dicembre 2020, è stata definita la disciplina quadro sul lavoro agile:

- il lavoro agile può avere durata determinata o indeterminata;
- il lavoro agile si basa sul raggiungimento di obiettivi e/o di una performance concordati;
- compatibilmente con le esigenze di servizio. Le attività lavorative in modalità di lavoro agile possono essere effettuate secondo un orario liberamente gestito, nella fascia oraria giornaliera compresa, di norma, tra le ore 06.00 e le ore 20.00. In base alle esigenze di servizio possono essere comunque concordati precisi vincoli di orario e definite precise fasce di reperibilità. Deve essere in ogni caso garantito il rispetto dei riposi orari e giornalieri previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva, e nei periodi di riposo deve essere assicurato il diritto alla disconnessione;
- compatibilmente con le esigenze di servizio, le attività lavorative in modalità di lavoro agile possono essere espletate senza vincolo di luogo di lavoro;
- il lavoro agile non prevede la prestazione di lavoro straordinario e non dà diritto ai buoni pasto.

Il contratto collettivo intercompartimentale sopracitato prevede che l'accordo individuale tra il datore di lavoro e il personale interessato debba contenere:

- la durata dell'accordo;
- la descrizione generale delle attività da svolgere e gli obiettivi da raggiungere;
- le giornate e/o mezze giornate di cadenza settimanale oppure il numero di giornate e/o mezze giornate di lavoro agile utilizzabili in modo flessibile, con riferimento ad un periodo;
- qualora necessario, la fascia oraria nell'ambito della quale deve essere svolta l'attività lavorativa e le fasce minime di rintracciabilità;
- i tempi di riposo con diritto a disconnessione;

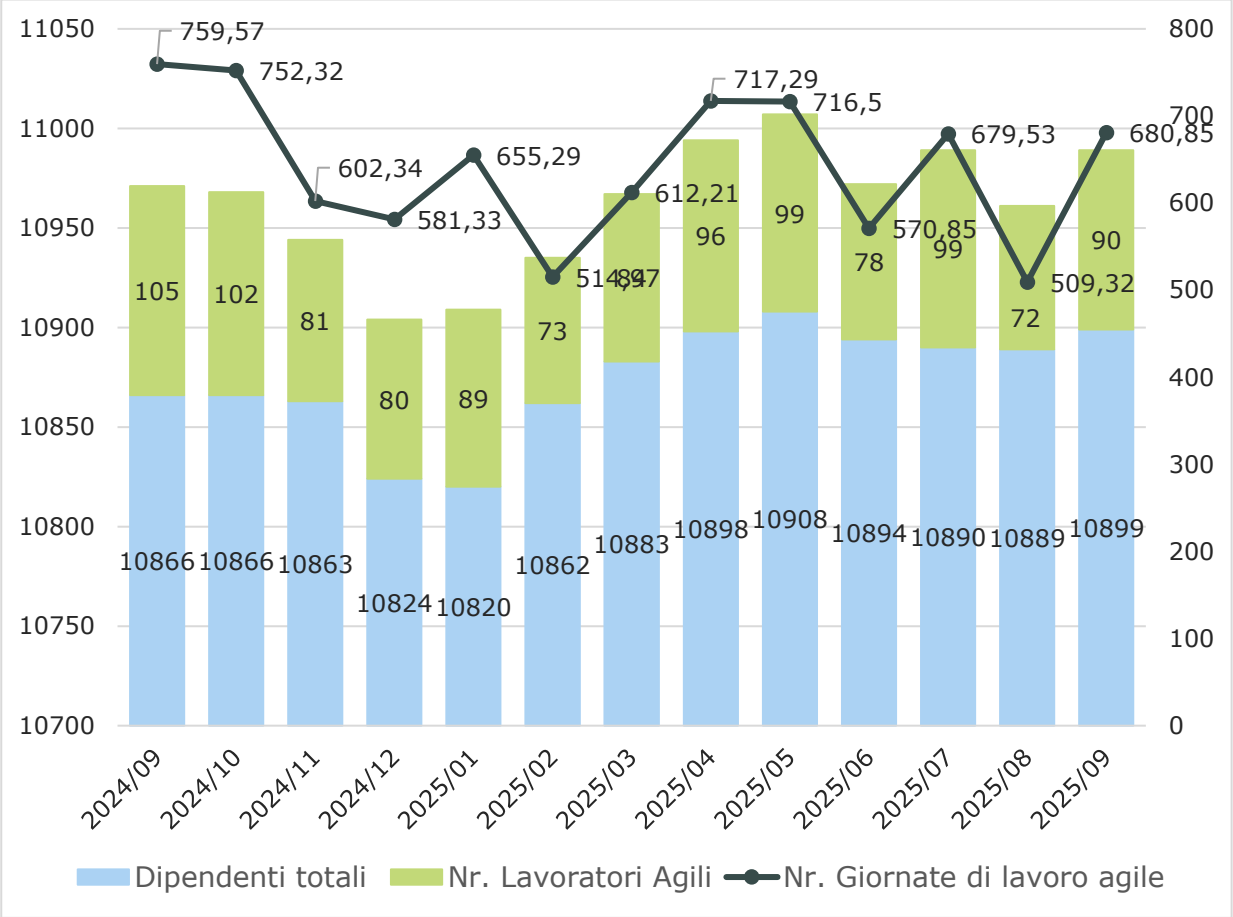
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- le caratteristiche del luogo o dei luoghi in cui è possibile prestare le attività in lavoro agile;
- la strumentazione tecnologica necessaria per il lavoro agile, nonché l'eventuale strumentazione fornita da parte degli enti;
- i termini del preavviso di recesso dall'accordo.

Sulla base di tale norma, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha adottato la circolare del 29/03/2022, con la quale sono state definite le linee guida in ordine allo svolgimento dello smart working.
Per usufruire dello smart working si rende necessario sottoscrivere un accordo individuale tra il diretto superiore ed il dipendente.
Alla circolare è allegata una bozza dell'accordo individuale.
È altresì allegato un modello per la definizione degli obiettivi e per la valutazione del raggiungimento dei medesimi.

Dati relativi all'adozione del lavoro agile da settembre 2024 a settembre 2025

Dipendenti totali, lavoratori agili e giornate lavorate in modalità agile:



Rappresentazione della consistenza di personale al 30/09/2025

Al 30/09/2025 risultano 10.899 dipendenti in servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. La situazione del personale suddiviso per profili professionali è rappresentata nella seguente tabella.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Personale dipendente al 30.09.2025 - Bedienstetes Personal zum 30.09.2025			
Contratti - Verträge	**Profilo professionale - Berufsprofil**		**Numero - Anzahl**
INCARICHI - PROVISORISCHE AUFTRÄGE	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	3
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	66
	Assistenti tecnici	Fachassistenten	2
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	29
	Biologi	Biologen	10
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	85
	Fisico/a	Physiker/in	2
	Ingegnere/a	Ingegnere/a	1
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	15
	Medici	Ärzte	445
	Odontoiatri	Zahnärzte	4
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	4
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	34
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	30
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	21
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	90
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	12
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	47
	Psicologi	Psychologen	7
	Veterinari	Tierärzte	4
INDETERMINATI - UNBEFRISTET	Analista-sistemista EDP	DV-Analytiker/in - Systembetreuer/in	8
	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	98
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	424
	Assistente religioso	Seelsorger/in	21
	Assistente sociale	Sozialassistent/in	57
	Assistente tecnico/a specializzato/a	Spezialisierte/r Fachassistent/in	17
	Assistenti tecnici	Fachassistenten	16
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	519
	Avvocato/essa	Rechtsanwalt/anwältinnen	5
	Bagnino/a massaggiatore/rice	Bademeistermasseur/in	1
	Biologi	Biologen	27
	Chimici	Chemiker	1
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	588
	Commesso/a	Amtswart/in	5
	Dirigenti area amministrativa	Dirigenti area amministrativa	79
	Esperto/a delle prof.ni sanitarie	Experte/in der Gesundheitsberufe	27
	Farmacisti	Apotheker	30
	Fisico/a	Physiker/in	7
	Ingegnere/a	Ingegnere/a	7
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	88
	Medici	Ärzte	1079
	Odontoiatri	Zahnärzte	4
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	31
	Operatore/rice EDP	DV-Operator/in	5
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	584
	Opert. tecn. specializzato/a addetto/a al servizio odontoiatrico	Spezialisierte Fachkraft bestimmt für den zahnärztlichen Dienst	10
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	704
	Prof.ni atipiche del ruolo sanitario	Atypische Berufe des Sanitätsstellenplanes	8
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	499
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	3557
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	155
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	486
	Programmatore/ice-analista EDP	Programmierer/in DV-Analytiker/in	22
	Psicologi	Psychologen	241
	Tecnico/a edile	Bautechniker/in	3
	Tecnologo/a alimentare	Lebensmitteltechnologe/in	1
	Veterinari	Tierärzte	37
SOSTITUZIONI - VERTRETUNGEN	Assistente di segreteria	Sekretariatsassistent/in	3
	Assistente di segreteria qualificato/a	qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in	19
	Assistente sociale	Sozialassistent/in	7
	ausiliario/a specializzato/a	spezialisierte Hilfskraft	3
	Collaboratore/ice amministrativo/a	Verwaltungssachbearbeiter/in	29
	Farmacisti	Apotheker	1
	Ispettore/rice area amm.va	Inspektor/in im Verwaltungsbereich	6
	Medici	Ärzte	21
	Odontoiatri	Zahnärzte	1
	Operat. della centrale di emergenza sanitaria 118	Disponent/in der einsatzzentrale Notfalldienst 118	1
	Operatore/rice tecnico/a	Fachkraft	6
	Opertore/rice tecnico/a dell'assistenza	Fachkraft der Pflege	15
	Prof.ni sanitarie della riabilitazione	Gesundheitsberufe der Rehabilitation	53
	Prof.ni sanitarie infermierisiche e di ostetrica	Gesundheitsberufe der Krankenpflege und Geburtshelfer	337
	Prof.ni tecniche della prevenzione	Technische Berufe der Vorsorge	1
	Prof.ni tecnico-sanitarie	Technisch-sanitäre Berufe	14
	Psicologi	Psychologen	20
Totale - Gesamt			10899

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.4 Formazione del personale

Il Piano Aziendale della Formazione Continua (PAFC) viene approvato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nell'intenzione di rendere esplicita e nota a tutti i collaboratori dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'attività di formazione continua che sarà organizzata ed a cui potranno avere accesso. Tale informazione è utile al fine di pianificare l'attività individuale di formazione continua e costruire il proprio dossier formativo, come pure al fine di elaborare piani di sviluppo di team (dossier formativo di team).

Il PAFC costituisce quindi uno strumento di orientamento strategico riferito all'aggiornamento professionale e viene integrato dalle proposte che nascono all'interno delle Unità Operative, dai collaboratori e dai loro diretti superiori.

L'offerta rispetta gli obiettivi formativi provinciali che recepiscono, a loro volta, gli obiettivi nazionali ed è funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Considerando gli orientamenti del Piano Sanitario Provinciale dell'Alto Adige 2016-2020, l'attività di educazione continua dovrà prevedere i seguenti ambiti tematici:

- la prevenzione e la promozione della salute
- l'assistenza territoriale e l'assistenza sociosanitaria:
    - il ruolo degli attori ed il cambiamento necessario
    - l'assistenza alle persone affette da malattia e condizioni croniche
    - l'assistenza nelle strutture residenziali
    - l'assistenza domiciliare
    - l'assistenza a persone con disabilità, dipendenze e disturbi psichici
    - l'assistenza ai minori
    - l'assistenza a donne e famiglie
- l'assistenza ospedaliera:
    - rete ospedaliera e profili di prestazioni
    - assistenza a persone affette da condizioni acute
    - la struttura organizzativa
- l'assistenza a persone affette da condizioni specifiche: oncologiche, psichiatriche e demenza
- le cure complementari
- l'assistenza sanitaria internazionale
- lo sviluppo del personale

I principali ambiti di sviluppo dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sono:

- Sviluppo del personale
- Sviluppo dei dirigenti
- Installazione di un programma di Coaching aziendale per dirigenti
- Aumento della collaborazione con la Charitee di Berlino nell'ambito della formazione
- Aspetti medico-legale e responsabilità professionale

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Attuazione del Piano provinciale della prevenzione
- Farmaceutica, dispositivi medici, diagnostica e terapie innovative
- Gestione del rischio clinico
- Governo delle liste d'attesa
- Implementazione del Chronic Care Model
- Integrazione socio-sanitaria
- Leading an Empowered Organization
- Lean Healthcare
- Privacy e trasparenza
- Relationship based Care
- Digitalizzazione e telemedicina
- Collaborazioni con enti ed istituti internazionali
- PNRR
- Accreditation Canada
- Panflu (Piano pandemico influenzale)
- Innovation and Clinical Research and bedside teaching

In considerazione di quanto su esposto, come pure della normativa in tema di obbligatorietà della formazione, sono definite le seguenti aree tematiche in cui è strutturato il PAFC:

- accreditamento, certificazioni, qualità e sicurezza del paziente
- settore dell'emergenza/urgenza
- etica
- competenze specifico-professionali a tutti i livelli dell'organizzazione
- competenze comunicativo-relazionali
- management e leadership
- competenze necessarie alla realizzazione di progetti di rilevanza strategica
- responsabilità giuridiche (trasparenza, anticorruzione, privacy, ecc.)
- gestione del rischio clinico (risk management)
- sicurezza sul lavoro

La formazione continua 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.

Obiettivo

- Pianificazione, organizzazione e realizzazione di corsi di formazione per tutti i profili professionali e tutti i settori.
- Rendere possibile la partecipazione a corsi di formazione da parte di organizzatori esterni.
- Offerte formative per i dirigenti di tutti i gruppi professionali.
- Pianificazione, organizzazione e attuazione dello sviluppo dei futuri dirigenti per tutti i gruppi professionali.

Risultato atteso 2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Pianificazione, organizzazione e realizzazione di almeno 700 eventi di formazione interna con almeno 40.000 partecipanti.
Rendere possibile ai dipendenti la partecipazione a corsi esterni; almeno 10.000 partecipazioni. Organizzazione di ulteriori eventi formativi per i dirigenti di tutti i gruppi professionali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
Indicatori
Numero corsi interni: 700
Numero partecipanti a corsi interni: 40.000
Numero partecipazioni a corsi esterni: 10.000

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.
Obiettivo 2026
Nel 2026, si intende intensificare il percorso linguistico dei collaboratori privi di attestato di bilinguismo attraverso le seguenti azioni:

- Organizzazione di corsi di lingua interni a livello A1;
- Organizzazione di corsi di lingua interni ai livelli A2-C1;
- Organizzazione di esami di certificazione linguistica;
- Organizzazione di consulenze linguistiche;
- Organizzazione del volontariato linguistico/ tandem linguistico;
- Ottimizzazione del database per fornire una panoramica sul percorso linguistico dei collaboratori;
- Sensibilizzazione dei dirigenti sull'importanza dell'apprendimento linguistico.

Risultato atteso 2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Incremento del numero di professionisti sanitari in possesso del certificato per la lingua tedesca e italiana.
Indicatori

- Organizzazione di 10 corsi di lingua a livello A1 (intensivi) da almeno 80 ore ciascuno;
- Organizzazione di almeno 1 corso di lingua per ogni livello linguistico (estensivo);
- Consulenza linguistica per almeno 15 collaboratori;
- Organizzazione di almeno 2 sessioni d'esame di certificazione linguistica.

Formazione dirigenziale:

Nel corso del 2025 sono state attuate le prime misure previste dal concetto di sviluppo della leadership. Il concetto si articola nei seguenti ambiti:

- Creazione di un'offerta continua di formazione per le figure dirigenziali, focalizzata sulle competenze di leadership (competenze sociali, competenze personali, competenze metodologiche, management e leadership), nonché istituzione di un pool di coaching dedicato ai dirigenti.
- Messa a disposizione di strumenti di gestione e leadership.
- Sviluppo di una leadership giovanile, con particolare attenzione alla preparazione di future figure dirigenziali.

Nel corso dei prossimi anni, tali misure saranno ampliate, consolidate e integrate nella cultura organizzativa.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

Il Codice per le pari opportunità tra uomo e donna (Decreto legislativo del 11 aprile 2006, n. 198 art. 48) prevede che le amministrazioni pubbliche elaborino piani di azioni positive al fine di promuovere la parità di trattamento e le pari opportunità, nonché ridurre il divario di genere. I piani hanno durata triennale.

La Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei ministri promuove l'equità di genere nelle amministrazioni pubbliche italiane, sottolineando l'importanza di garantire pari opportunità e di superare le disparità di genere. Stabilisce misure per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e familiare, la rappresentanza equilibrata tra uomini e donne nei ruoli decisionali e l'adozione di politiche di contrasto alla discriminazione. Mira a creare ambienti di lavoro inclusivi e orientati all'uguaglianza.

Il Codice Condotta per la tutela della dignità delle persone che lavorano ed operano nell' Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, approvato con delibera nr. 169 del 31.07.2009, garantisce a tutti coloro che lavorano in azienda rapporti improntati all'uguaglianza e il diritto alla tutela da qualsiasi atto o condotta che discrimini le lavoratrici ed i lavoratori.

La salute e la valorizzazione delle risorse umane sono fondamenti indispensabili su cui un'azienda deve basarsi affinché possa raggiungere i propri obiettivi di inclusione, antidiscriminazione e benessere.

Il Piano triennale delle Azioni Positive è uno strumento mirato, che si inserisce nell'ambito delle iniziative promosse dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per dare impulso ad azioni idonee a favorire la concretizzazione di principi di parità e pari opportunità nel contesto lavorativo, adottare politiche di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e favorire un clima di benessere organizzativo.

Attraverso questo strumento l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige prende atto ed impegno a sostenere le Azioni Positive che vengono descritte nell'elaborato fornendo sistematicità ed organicità alle azioni.

Gli interventi programmati si pongono in linea con gli obiettivi aziendali e del Codice di condotta per la tutela e la dignità delle persone che lavorano ed operano nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, concorrendo alla messa in atto degli obiettivi strategici aziendali 2026-2028.

Nel corso del prossimo triennio si intende conseguire la certificazione nazionale UNI/PdR 125:2022 sulla parità di genere, nonché darne attuazione concreta all'interno dell'organizzazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per le lavoratrici e i lavoratori.

Il lavoro interdisciplinare e la creazione di reti rappresentano lo strumento indispensabile all'Amministrazione per attivare un livello più alto di capacità di analisi, di proposta e di intervento per la strutturazione del Piano.

Il Piano triennale trova riferimento sulla base dei dati sul personale forniti dall'amministrazione conformemente da quanto stabilito dalla Direttiva nr. 2/2019 ed elaborati a cura del Comitato di Garanzia.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

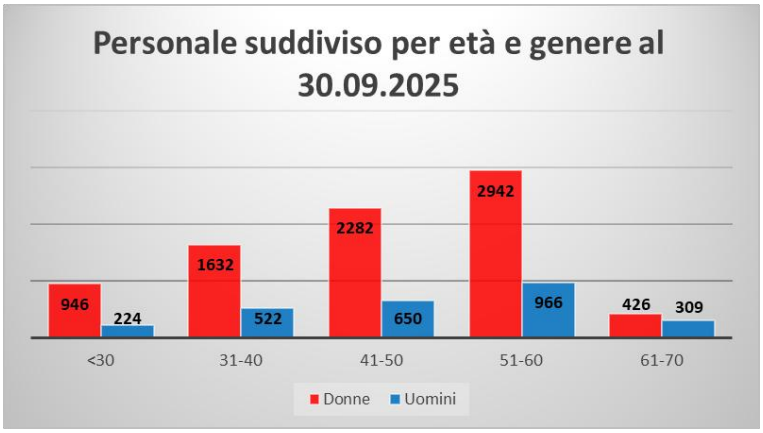
3.5.1 Analisi e monitoraggio dei dati sul personale

Le pari opportunità e l'equilibrio di genere

Analisi di contesto

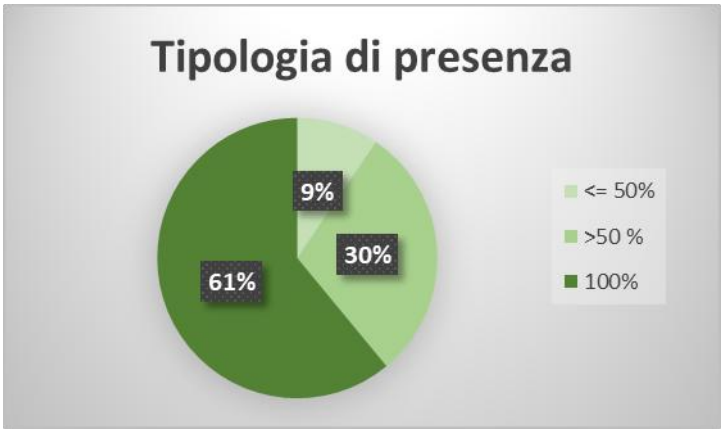
In Azienda predomina fortemente la presenza femminile (dato del 30.09.2025): ben il 75% dei/delle dipendenti è di genere femminile ed il 25% maschile. In valore assoluto il personale di genere femminile risulta pari a 8.228 unità mentre quello di genere maschile pari a 2.671.





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***



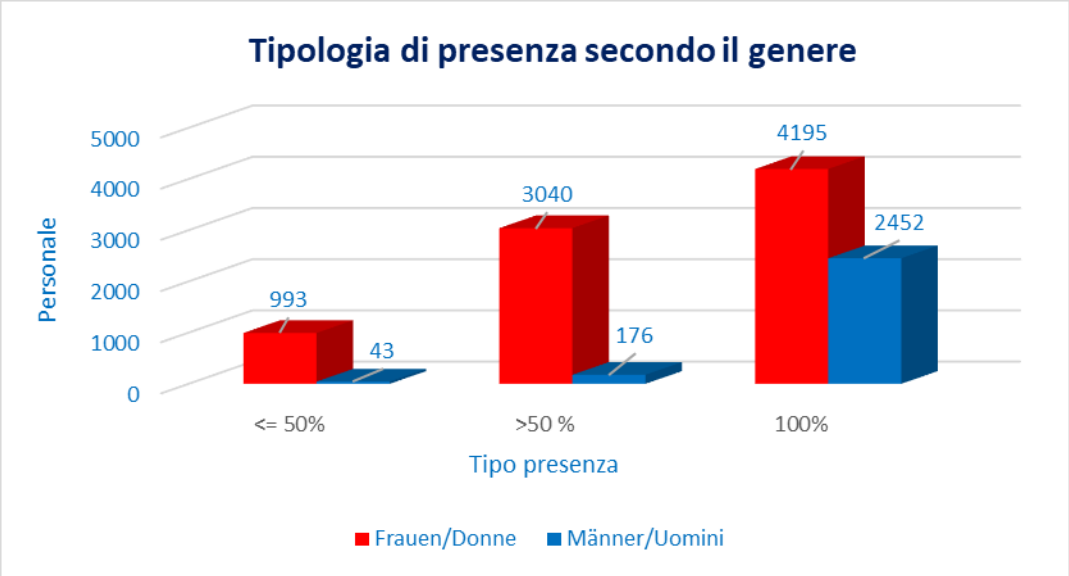
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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***

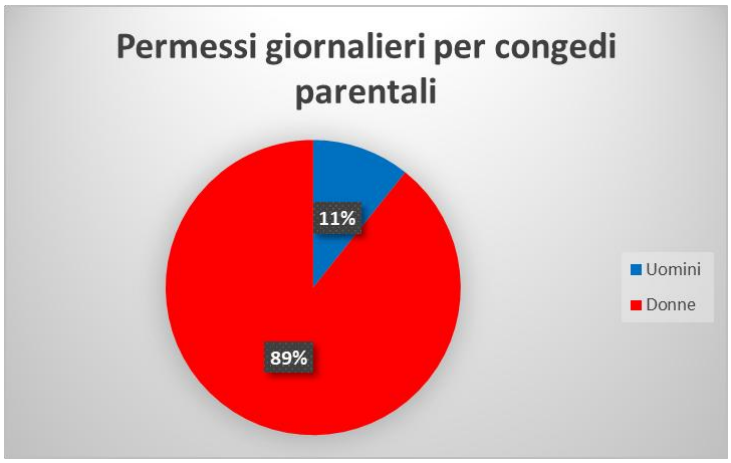
Come sopra esplicitato il 61% dei/delle dipendenti lavora a tempo pieno; secondo l'analisi di genere, ca. il 92% dei maschi (in cifre: 2.452) lavora a tempo pieno contro ca. il 51% delle femmine (in cifre 4.195). Si può notare che vi è un notevole sbilanciamento di genere nell'utilizzo di tale istituto,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



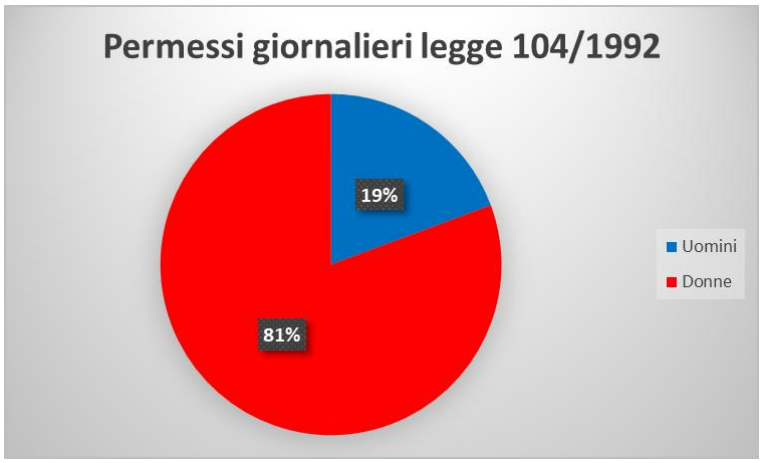
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Congedi e genere

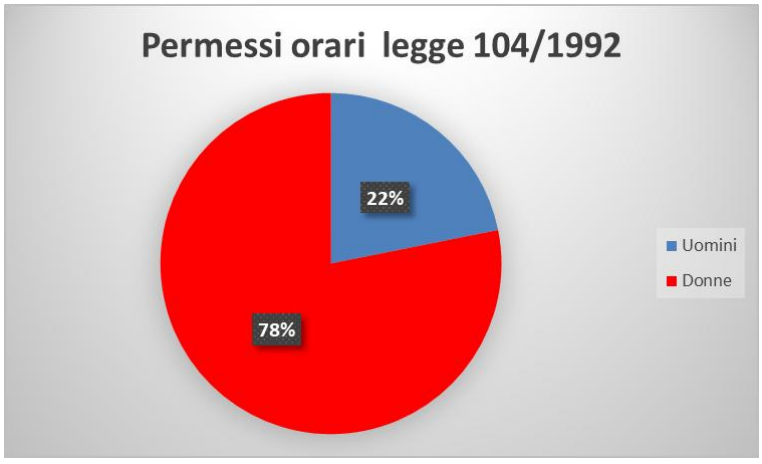
Al 30.09.2025 i permessi giornalieri per congedi parentali sono per l'89% usufriuiti da parte dalle dipendenti femminili e per l'11% dell'organico maschile.



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



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



Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Come si puó eveincere dai grafici i dipendenti di genere maschile usufriuscono in misura sensibilmente maggiore dei permessi associati alla legge n. 104 del 1992 rispetto a quellli 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:

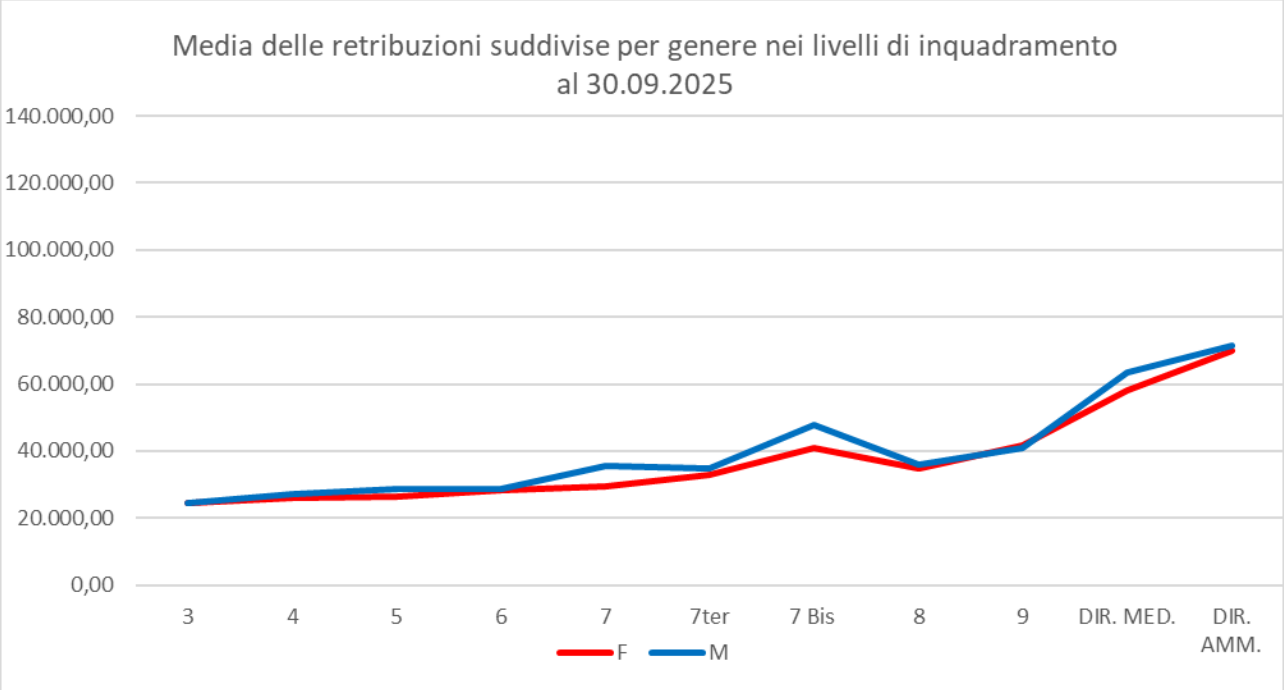




Osservando i grafici si evince che i dati mostrano una relazione speculare tra la distribuzione di genere nel personale di coordinamento e quella nelle posizioni dirigenziali: sebbene le donne costituiscano il 65% del personale di coordinamento, solo il 35% ricopre ruoli dirigenziali. Al contrario, gli 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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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.

Basi normative

Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile: Tra i 17 obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, il Goal 5 si prefissa l'obiettivo di raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze. Mira quindi a realizzare condizioni di pari opportunità dal punto di vista economico e retributivo, nell'accesso a posizioni di leadership nei vari livelli decisionali, contrasto delle varie forme di violenza.

La Strategia Nazionale per la parità di genere 2021-2026, che si ispira alla Gender Equality Strategy 2020-2025 dell'Unione Europea, è strettamente correlata al PNRR; la Legge 5 novembre 2021, n. 162 apporta modifiche al cosiddetto "Codice delle pari opportunità (D.Lgs. n. 198/2006), introducendo, tra l'altro la possibilità delle aziende virtuose di conseguire la "certificazione sulla Parità di genere"

Strategia e obiettivi aziendali

L'obiettivo generale è l'attuazione di interventi che consentano di ridurre il gender gap esistente, migliorando le condizioni femminili in termini di opportunità di crescita professionale, maggiore rappresentanza femminile nei ruoli apicali, promozione delle misure di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro e di sostegno alla genitorialità, prevenzione di ogni forma di abuso fisico, verbale, digitale sui luoghi di lavoro.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Descrizione macroarea	Obiettivo 2025	Risultato raggiunto nel 2025	Indicatori inseriti nel PIAO del 2025	Termine inserito nel PIAO del 2025
Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale e regolamentare le singole aree di azione nella c.d. rete del benessere aziendale	Elaborare azioni e obiettivi concreti volti a combattere la discriminazione di genere, a promuovere l'uguaglianza e a creare un ambiente di lavoro basato sulla diversità e sulla sensibilità di genere	Nel corso del 2025 sono stati aggiornati i dati sulla situazione del personale, approfondita ed analizzata l'evoluzione dei processi occupazionali in azienda; Durante un corso di formazione online è stato presentato il CUG, è stata analizzata la posizione della consigliera di fiducia e infine diffuso il codice di condotta contro ogni forma di discriminazione, molestie sessuali, mobbing sui luoghi di lavoro vigente; Altresì è proseguita l'attività aziendale per la definizione della c.d. "rete del benessere aziendale".	Rispettati	Rispettato
Descrizione macroarea	**Obiettivo 2026**	**Risultato atteso 2026**	**Indicatori**	**Entro il**
Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale e regolamentare le singole aree di azione nella c.d. rete del benessere aziendale	Promuovere l'uguaglianza di genere attraverso azioni concrete, contrastando le discriminazioni e favorendo un ambiente di lavoro inclusivo e sensibile alla diversità.	Favorire la consapevolezza sulla parità di genere, ridurre stereotipi e pregiudizi, e valorizzare le competenze e prospettive di tutte le persone, contribuendo a un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso della diversità.	Aggiornare e analizzare i dati sul personale per monitorare l'evoluzione dei processi occupazionali e favorire politiche inclusive. Aumentare la conoscenza del codice di condotta contro discriminazioni, molestie e mobbing, promuovendo un ambiente di lavoro rispettoso e sicuro per tutte le persone.	31.12.2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.5.2 Piano delle azioni positive

Le aree di intervento che consentono di sviluppare le tematiche sulle quali focalizzare le azioni dell'amministrazione sono le seguenti:

1. Monitoraggio e analisi della situazione del personale nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige:
   - Aggiornamento dei dati sulla situazione del personale, approfondimento ed analisi dell'evoluzione dei processi occupazionali in azienda.
   - Sviluppo di politiche di incremento del welfare aziendale.

2. Promozione della conciliazione tra vita privata e lavoro:
   - Flessibilità nei part-time, creare modelli di orario di lavoro adeguati alle esigenze dei dipendenti e dell'azienda.
   - Sensibilizzazione del personale rispetto al lavoro di cura – superamento dell'idea che il lavoro di cura sia appannaggio di un solo genere (congedo parentale).
   - Estensione degli orari di apertura degli asili nido.
   - Potenziamento dell'implementazione del lavoro agile.

3. Leadership al femminile -Sostegno e accompagnamento nei processi di sviluppo e cambiamento:
   - Ridurre il gender gap esistente - migliorando le condizioni femminili in termini di opportunità di crescita professionale, maggiore rappresentanza femminile nei ruoli apicali.
   - Supportare e motivare le donne nel portare nei contesti dove operano il loro punto di vista quale arricchimento dei processi organizzativi.
   - Rafforzare l'uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera.
   - Organizzare specifiche iniziative formative e servizi di coaching per dirigenti.

4. Sviluppo di politiche di prevenzione e di contrasto del disagio, dei conflitti, delle discriminazioni e violenze sul luogo di lavoro:
   - Garanzia di un adeguato sostegno al fine di prevenire e gestire con modalità tempestive gli effetti negativi derivanti da comportamenti/ atteggiamenti violenti in danno alle collaboratrici e collaboratori.
   - Supporto dell'attività della Consigliera di Fiducia nell'attuazione degli adempimenti previsti dal Codice Condotta per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori, anche attraverso momenti formativi dedicati.
   - Avviamento dello Sportello per le situazioni critiche in ambito lavorativo ed il mobbing presso la Servizio medicina di lavoro e coordinamento dello stesso con il CUG e gli altri servizi di rete.
   - Rafforzamento dell'operatività dei gruppi di lavoro comprensoriali e aziendali che si occupano di analisi degli eventi di aggressione e violenze e proposte di misure di contrasto e di prevenzione nell'ambito della procedura aziendale n° 2298.

5. Promozione del benessere organizzativo e della qualità della vita lavorativa:
   - Promuovere indagini inerenti al benessere sul luogo di lavoro.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Promuovere iniziative utili a favorire la conoscenza e condivisione degli obiettivi dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sulle politiche di inclusione e contrasto a tutte le forme di discriminazione e disuguaglianza.

6. Collaborazione tra il CUG e l'Amministrazione:
   - Coinvolgimento del CUG nelle tematiche di competenza per le quali ha funzioni consultive: piani formazione del personale, temi di contrattazione integrativa, progetti di riorganizzazione.
   - Definizione di modalità di collaborazione tra il CUG e i nuovi servizi che si occupano di promozione del benessere nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con contestuale determinazione di specifici ambiti operativi per garantire efficacia d'azione.

7. Pari opportunità e inclusione:
   - Uso di un linguaggio ampio e una comunicazione non violenta: Il linguaggio non è mai uno strumento neutro, perché dà forma e voce al modo in cui gli esseri umani pensano, interpretano la realtà e agiscono nel mondo.
   - Azioni formative e di sensibilizzazione sulla parità genere in termini di comunicazione, linguaggio e comportamenti al fine di trasmettere concetti basilari della gender equality.

3.5.3 Gender equality plan (GEP)

Il 28.05.2024, con delibera del Direttore generale n. 544, è stato approvato il Gender equality plan (GEP), cioè il Piano di uguaglianza di genere, che mette in azione misure nei diversi ambiti:

- Equilibrio vita-lavoro, cultura organizzativa e azioni per contrastare gli stereotipi di genere.
- l'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali.
- eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera.
- integrazione della dimensione di genere nella ricerca.
- misure di contrasto alla violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Nell'arco di tre anni le misure descritte nel piano devono essere messe in atto ed essere monitorate, per poi arrivare allo sviluppo di nuove misure per ottenere una pari opportunità di genere ancora più elevata. Per supportare il personale con figli l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha quattro asili nido aziendali. Nella tabella si possono vedere gli utenti degli asili nido.

Luogo	**Posti asili nido**
Bolzano Kinderbetreuung (sabes.it)	28
Bressanone/Vipiteno https://www.asdaa.it/it/centro-bambini-lilliput	15
Merano https://www.asdaa.it/it/centro-bambini-viva	60
Brunico https://www.asdaa.it/it/assistenza-ai-bambini-brunico	8
Posti convenzionati in diverse strutture	Previa positiva valutazione della richiesta da parte della Dirigenza Amministrativa dell'Ospedale

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

La sfida del futuro sarà sicuramente quella di supportare le famiglie con bambini nei periodi di ferie, soprattutto nei mesi estivi, dove le scuole e gli asili materni sono chiusi ben 2,5 mesi.
L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha ottenuto nel 2025 la certificazione permanente dell'audit familieundberuf, rilasciata dalla Provincia di Bolzano e dalla Camera di Commercio. Tale riconoscimento implica l'impegno a un continuo sviluppo delle politiche di conciliazione tra vita familiare e lavorativa, da attuarsi attraverso il programma di azione stabilito.

3.5.4 Prevenzione della violenza contro il personale

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sta pubblicando una direttiva per la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono. Si intende trattare il tema della prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno di operatori sanitari integrando tutti gli aspetti correlati.
Oltre alla direttiva esiste la procedura aziendale 2298/20 tratta la Gestione degli atti di violenza a danno di operatori sanitari.
Per affrontare questo complesso problema è utile un approccio multidimensionale integrato e misure di gestione del rischio, come indicato dal D.lgs. 81/08 (articoli 15, 17 e 28).

Il monitoraggio, lo studio e la promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti sono prescritti nella legge n° 113/2020.

Gli episodi di atti di violenza a danno di operatore perpetrati da colleghi/colleghe di lavoro o superiori/e non sono oggetto di questa guida. Si elenca un breve riassunto delle azioni intraprese per la prevenzione e la gestione degli eventi di aggressione ai danni del personale sanitario:

- Presa in carico della questione "aggressioni" come evento sentinella (Qualità),
- Recepimento, analisi e adesione a linee di indirizzo internazionali e nazionali,
- Aggiornamento di una procedura aziendale della gestione degli atti di violenza, in risposta alla L. 113/2020,
- Stesura di una guida sulla Prevenzione di atti di violenza, in risposta al d.lgs. 81/2008,
- Creazione di un sistema di segnalazione e reporting attuativo delle richieste dell'ONSEPS,
- Creazione di quattro gruppi di lavoro comprensoriali per:
  a) la gestione delle segnalazioni,
  b) la stesura del report e
  c) fare da riferimento per i colleghi in loco,
- Convenzione con le FFOO per l'inserimento diretto delle segnalazioni sul portale NDR,
- Finalizzazione del contratto con agenzia di guardie giurate,
- Progettazione della campagna di comunicazione "gentilezza", per una sensibilizzazione verso l'esterno,
- Varie iniziative di sensibilizzazione verso l'interno,
- Creazione di un portale per la segnalazione delle aggressioni e near miss, accessibile da intranet aziendale,
- Cambio approccio verso una presa in carico a 360°,

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Altre iniziative sparse comprensoriali (autonomamente i comprensori hanno realizzato delle procedure e dei protocolli locali),
- Creazione di un gruppo di lavoro per la formazione a vari livelli,
- Potenziamento del gruppo di lavoro aziendale per la realizzazione del report annuale, la raccolta e l'analisi di vari indicatori, la definizione di interventi al livello aziendale.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha firmato con il commissariato del governo e le Forze dell'ordine un protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie e presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, in data 01.12.2021.

Almeno con cadenza annuale viene valutato la situazione con un incontro tra le parti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3.6 Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD)

La legge del 24 dicembre 2007, n. 244, all'art. 2, comma 594, lettera a), prevede che, ai fini del contenimento delle spese di funzionamento delle proprie strutture, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, adottino piani triennali per l'individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio.

In particolare, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è impegnata nei seguenti ambiti:

Migrazione di molti servizi in ambienti cloud

Finalità: Come previsto anche dalle varie normative, l'area infrastrutture sta portando avanti da diversi mesi attività di migrazione di molti servizi in ambienti cloud, beneficiando dei fondi messi a disposizione dai progetti PNRR, con l'intento di bilanciare le crescenti necessità per nuovi applicativi e di poter dismettere sistemi in obsolescenza.
Situazione di partenza: Attualmente i sistemi server e le banche dati nei vari comprensori vengono analizzati per il consolidamento e la migrazione sul cloud regionale. Tali sistemi sono attualmente gestiti in autonomia dal personale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
Azioni future: Per il prossimo futuro l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige prevede di procedere alla migrazione di quasi tutti i sistemi sul cloud provinciale gestito dalla società in house "Informatica Alto Adige S.p.A.".

Acquisizione di materiale e servizi informatici attraverso le piattaforme di acquisto nazionali

Finalità: Efficienza e potenziali risparmi negli acquisti di materiale informatico. L'acquisizione attraverso le piattaforme di acquisto nazionali, come ad esempio le convenzioni consip o gli accordi quadro, facilita le procedure di acquisto, permette di acquisire anche grandi quantitativi di materiale, eventualmente anche con possibili servizi collegati, o servizi specifici (es. manutenzione).
Situazione di partenza: Se vi è convezione attiva e disponibile per acquisto di materiale o servizi informatici, viene sempre utilizzata
Azioni future: Proseguimento degli acquisti attraverso il canale privilegiato delle convenzioni Consip

Stampanti e scanner dipartimentali

Finalità: Risparmio di risorse economiche, di spazi, maggiori efficienza, vantaggi in termini di microclima. L'utilizzo, massimo possibile, di stampanti e scanner dipartimentali permette ridurne il numero di stampanti e scanner personali, con conseguente riduzione di costi di acquisto, mantenimento e manutenzione. Porta ad un maggiore efficienza delle postazioni di lavoro, conseguente alle maggiori qualità e caratteristiche intrinseche delle apparecchiature dipartimentali rispetto alle stesse di livello personale. Permette riduzioni degli spazi occupati dalle apparecchiature. Migliora il microclima (rumori, polveri, …)
Situazione di partenza: in azienda sono in uso centinaia di stampanti e scanner dipartimentali.
Azioni future: Proseguimento nelle politiche di razionalizzazione di tali apparecchiature.

Stampanti, funzione di stampa fronte/retro

Finalità: Risparmio di beni consumabili, carta, toner, spazi. L'acquisto di sole stampanti che abbiano la funzione di stampa fronte/retro, le impostazioni di default delle funzioni stampa/retro e l'informazione agli

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

utenti, permette di ridurre il consumo di carta, quello di toner ed altri consumabili delle stampanti, oltre a permettere anche una riduzione degli spazi del materiale stampato.
Situazione di partenza: La dotazione aziendale comprende ancora alcune stampanti non dotate della stampa automatica fronte/retro.
Azioni future: Acquisto di sole stampanti dotate della funzione di stampa automatica fronte/retro. Impostazione tecniche di default e informazioni agli utenti per utilizzare sempre tale funzione.

Contratto unico Microsoft Enterprise

Finalità: gestire tutto l'insieme delle licenze Microsoft (es. PC Client, PC Server, sistemi di distribuzione ed aggiornamento,) con un unico contratto per razionalizzare, controllare e gestire in modo puntuale ed efficiente. Seguire efficacemente le evoluzioni del licensing per tutto ciò che riguarda i Software Microsoft.
Situazione di partenza: Il contratto Microsoft Enterprise è attivo
Azioni future: Mantenimento e aggiornamento del contratto Enterprise

Riduzione sprechi energetici e prevenzione rischi malfunzionamenti

Finalità: Riduzione degli sprechi energetici e prevenzione malfunzionamenti.
Allo stato attuale, e per un numero molto alto, di apparecchiature informatiche non vengono mai spento. Ciò provoca evidenti sprechi di energie elettrica e potenziali maggiori problemi in termini di malfunzionamenti alle apparecchiature stesse. Spegnere tutte le apparecchiature non necessarie per il periodo di non utilizzi riduce sia lo spreco energetico che il rischio di malfunzionamenti. A tal fine vengono dati, attraverso diversi canali, (es. e-mail, circolari, in occasione di interventi tecnici,) indicazioni e spiegazioni agli utenti di spegnere le dotazioni strumentali per risparmio energico e prevenzione rischi malfunzionamenti.
Situazione di partenza: Alte percentuali del parco postazioni di lavoro non vengono mai spente
Azioni future: Continua informazioni agli utenti riguardo la necessità di spegnere apparecchiature al di fuori dell'orario del loro utilizzo

3.7 Sostenibilità ambientale

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è impegnata già da diversi anni sul fronte della sostenibilità con diverse iniziative, previste anche nel prossimo triennio.

Efficientamento energetico, fotovoltaico e teleriscaldamento

Per limitare il riscaldamento globale a 1,5°C entro il 2050 come previsto dall'Accordo di Parigi (2015), le emissioni globali di gas serra (GHG) dovranno essere ridotte di almeno 20 gigatonnellate (Gt) annuali (IATP, 2021). In Europa, nel 2017, il consumo di energia ha causato il 34% delle emissioni di gas CO2 equivalenti (UNFCCC Climate Trends 2019. È pertanto fondamentale puntare all'efficientamento energetico. La Ripartizione tecnica dell'Azienda Sanitaria ha già individuato e avviato per il prossimo triennio numerose opere di riqualificazione energetica presso l'Ospedale di Bolzano, Brunico, Bressanone, Vipiteno e San Candido con il miglioramento dell'efficienza dei sistemi in uso, come ad esempio i sistemi di illuminazione dei garage interrati, già ultimati, e la sostituzione di gruppi frigoriferi e caldaie degli Ospedali, in maniera tale da ridurre sensibilmente i consumi e di migliorare la resa e l'isolamento degli edifici, con importanti ritorni economici e abbattimento delle emissioni di CO2.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In aggiunta agli interventi già avviati presso gli ospedali di Bolzano, Brunico, Bressanone, Vipiteno e San Candido, sono previsti specifici progetti di efficientamento energetico anche per le Case della Comunità/Ospedali della Comunità di Merano, Bolzano, e Brunico con l'obiettivo di migliorare ulteriormente la sostenibilità delle strutture sanitarie. Per quanto riguarda Brunico, nell'ambito dei lavori di ristrutturazione Lotto C/C1, verrà installata una banca ghiaccio, che potrà essere utilizzata in caso di necessità per ottimizzare la gestione energetica dell'edificio.
Nell'ambito del progetto Euregio+ è stato istituito un fondo di 100 milioni di euro per finanziare la realizzazione di progetti fotovoltaici, alcuni dei quali anche presso gli Ospedali dell'Azienda Sanitaria. È inoltre prevista la nomina di un energy manager per l'Azienda Sanitaria che segua tutti i progetti in ambito energetico, come ad es. la realizzazione di colonnine per la ricarica degli automezzi elettrici.
L'Alto Adige ha visto negli ultimi tre decenni la realizzazione di ben 81 centrali di teleriscaldamento, compresa quella di Bolzano, che sfrutta il calore generato dalla combustione dei rifiuti domestici. Tutti gli ospedali dell'Azienda Sanitaria sono attualmente collegati alla rete di teleriscaldamento. A partire dal primo semestre 2026 Alperia finirà i lavori di realizzazione della centrale di teleriscaldamento di Bolzano con il conseguente spegnimento delle centrali termiche esistenti (a metano).
L'esercizio delle centrali di teleriscaldamento in Alto Adige consente di ridurre annualmente di 300.000 tonnellate le emissioni di CO_2.

Mobilità sostenibile

Il Piano Provinciale per la Mobilità Sostenibile 2035 (PPMS 2035), come richiesto dal REG. CE 1060/21, contiene una pianificazione completa del sistema della mobilità che integra tutte le modalità di trasporto per assicurarne la sostenibilità ambientale, economica e sociale. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è uno dei più grandi datori di lavoro dell'Alto Adige e la sua attività genera per la sola sede dell'Ospedale di Bolzano ca. 20.000 spostamenti di persone al giorno. Tutti questi spostamenti producono un impatto energetico, ambientale e sociale elevato, si ricorda infatti che la mobilità individuale causa circa il 20% del totale delle emissioni.

Piano degli spostamenti casa-lavoro

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dal 2022 si è dotata di un Piano Spostamenti Casa-lavoro (PSCL) ed ha nominato un mobility manager. Il PSCL dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige rappresenta uno strumento strategico per promuovere la mobilità sostenibile tra i dipendenti, ridurre l'impatto ambientale e migliorare la qualità della vita lavorativa. La chiave del successo sarà la partecipazione attiva dei lavoratori, il miglioramento continuo delle infrastrutture e dei servizi, e una comunicazione efficace e trasparente.

1. **Quadro normativo e finalità**

   Il PSCL nasce dall'obbligo normativo (Legge n. 77/2020 e successivi decreti) per le aziende con più di 100 dipendenti, situate in capoluoghi o comuni sopra i 50.000 abitanti, di adottare annualmente un piano volto a ridurre l'uso dell'auto privata negli spostamenti casa-lavoro. L'obiettivo è il decongestionamento del traffico urbano e la promozione della mobilità sostenibile, con benefici ambientali, sociali ed economici per dipendenti, azienda e collettività.

2. **Analisi della situazione attuale**

   Il PSCL riguarda le principali sedi di ASDAA a Bolzano: Ospedale di Bolzano, Direzione Generale, Distretto San Quirino Gries e Via del Ronco. Queste sedi contano oltre 3.900 dipendenti, con una

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

prevalenza di impiegati e una significativa presenza di personale part-time. Gli orari di lavoro sono variabili, con turni anche notturni e nel fine settimana per alcune sedi.

Le sedi sono facilmente raggiungibili tramite rete stradale (vicinanza all'autostrada A22), ma soffrono di congestione negli orari di punta. Sono ben servite dal trasporto pubblico locale (fermate bus a 250 m, stazione ferroviaria a 3,5 km) e dispongono di piste ciclabili collegate alla rete urbana. Tuttavia, la presenza di parcheggi auto è elevata, il che incentiva l'uso dell'auto privata. I servizi di sharing (car/bike/scooter) sono disponibili solo in parte, e gli incentivi all'uso della bicicletta o al car pooling sono ancora limitati.

3. Analisi degli spostamenti dei dipendenti

Annualmente, tramite questionario informatico somministrato ai dipendenti del vengono raccolti i dati necessari alla redazione del Piano degli Spostamenti casa lavoro.

Un'indagine condotta nel giugno 2024 ha rilevato che il 41% dei dipendenti usa l'auto per recarsi al lavoro, il 23% la bicicletta, il 10% il trasporto pubblico, l'8% la moto e il 5% si sposta a piedi. La durata media dello spostamento è di 24 minuti per 14 km. Le motivazioni principali per l'uso dell'auto sono autonomia, tempi di viaggio ridotti e minore stress. Tuttavia, tra gli automobilisti c'è una forte disponibilità (fino all'87%) a passare al trasporto pubblico, se migliorati orari e collegamenti, e il 51% sarebbe disposto a usare la bicicletta con parcheggi sicuri e più ciclabili.

4. Misure progettuali e programma di implementazione

L'Alto Adige Pass Business è stato introdotto per rendere sostenibili per gli spostamenti dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria e nel prossimo triennio è previsto di estenderne l'utilizzo ad una platea maggiore di utilizzatori, tramite l'implementazione dell'abbonamento "südtirolmobil Fix365 Pass".

Si evidenzia che, oltre alla riduzione delle emissioni dannose e dei costi risultanti dalla scelta del mezzo di spostamento sia per chi lo sceglie che anche per l'organizzazione stessa, le misure sopra citate possono inoltre risultare in ulteriori effetti positivi come l'incremento della salute, la riduzione di fattori stressanti nonché il miglioramento delle qualità specifiche di spazi pubblici e privati. Le misure sono pianificate con scadenze tra il 2025 e il 2027. Particolare attenzione è posta alla comunicazione interna (e-mail, newsletter, sito intranet, volantini) per coinvolgere i dipendenti e monitorare l'efficacia delle azioni.

5. Benefici ambientali attesi

La stima dei benefici ambientali, secondo le linee guida ministeriali, prevede una significativa riduzione delle emissioni di CO2, NOx e PM10 grazie al trasferimento modale da auto privata a bicicletta, trasporto pubblico, car pooling e spostamenti a piedi. Ad esempio, si prevede che 40 automobilisti passino alla bicicletta, 60 al trasporto pubblico, 5 al car pooling e 30 a piedi, con risparmi annuali di emissioni quantificati in dettaglio nel piano.

6. Monitoraggio e aggiornamento

Il PSCL prevede un programma di monitoraggio delle misure implementate tramite conteggi manuali, estrazione dati da database e focus group. L'aggiornamento del piano avverrà annualmente, con una nuova indagine sulla mobilità dei lavoratori e la valutazione dei risultati ottenuti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Decarbonizzazione flotta automezzi aziendale:

Nell'ambito dello scenario di Piano PPMS 2035, che prevede la decarbonizzazione dei sistemi di trasporto pubblico e privato sull'intero territorio altoatesino, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sta procedendo alla sostituzione di mezzi obsoleti ed inquinanti con altri a minore impatto ecologico. Nel 2022 è stato effettuato l'acquisto delle prime 23 auto elettriche per i quattro comprensori sanitari. Parallelamente sono state acquistate ed installate presso gli ospedali provinciali stazioni di ricarica per i veicoli elettrici.

Attualmente l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dispone all'interno del suo autoparco di 49 veicoli elettrici (BEV) e 40 veicoli mild/full hybrid, pari al 17% del totale di automezzi e nel prossimo triennio è prevista la sostituzione dei mezzi obsoleti ed inquinanti. Il processo di decarbonizzazione della flotta di automezzi della Azienda Sanitaria dell'Alto Adige andrà quindi opportunamente accompagnato dalla realizzazione di una rete di ricarica elettrica capillare ed adeguata alle necessità, su tutto il territorio provinciale.

Assieme alle proposte di miglioramento di strutture, servizi e organizzazione delle modalità sostenibili espresse dagli stessi stakeholder, il gruppo di lavoro del mobility management aziendale elaborerà anche nel prossimo triennio una serie di proposte di misure concrete per la mobilità sostenibile.

Green Days:

Il progetto "*Green Mondays*", recentemente rinominato "*Green Days*", è iniziato ad ottobre 2021 presso l'Ospedale Provinciale di Bolzano e consiste nell'offrire, una volta alla settimana, pasti esclusivamente vegetali ai propri collaboratori. Confrontando il consumo degli alimenti prima e dopo l'introduzione dei "*Green Days*", è emersa una importante riduzione dei gas serra („*carbon footprint*") e del consumo di acqua („*water foodprint*") legati al minore utilizzo di carne bovina, latte, formaggi, pesce e uova.

Il numero degli accessi alla mensa nella giornata green è da allora progressivamente aumentato, grazie all'esperienza maturata dei cuochi, alla presenza maggiore di varietà nelle pietanze e alla maggiore disponibilità di materie prime adatte alla preparazione delle pietanze vegetali.

Alla luce dei dati incoraggianti ottenuti tramite questo progetto pilota, si è deciso di estendere l'iniziativa anche agli ulteriori ospedali presenti sul territorio provinciale, contribuendo ulteriormente alla salvaguardia dell'ambiente: Merano ha già implementato per i propri dipendenti un menu vegetale, Bressanone offre ogni giorno un menù vegetariano, mentre Brunico partirà prossimamente con tale progetto.

Con l'introduzione anche presso l'Ospedale di Bolzano del programma informatico per la gestione dei pasti già attualmente in utilizzi presso i comprensori di Merano, Bressanone e Brunico, sarà prevista, per i pazienti, la possibilità di scegliere anche un'opzione di menù vegano. Per i dipendenti, in mensa, si offrirà quotidianamente in alternativa alla carne e al pesce un menù vegetale, mantenendo l'ormai consolidata giornata del "*Green Days*".

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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;
- calcolo del Trattamento di Fine Rapporto (TFR);
- gestione della tesoreria;
- procedure di acquisto sopra soglia comunitaria.

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.

Per ulteriori dettagli si rimanda al piano triennale di verifiche 2025-2027 di Internal Auditing (delibera nr. 540/25 17.06.2025).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il piano di audit 2026 prevede le seguenti verifiche in ambito:

- *business continuity*,
- affidamenti diretti,
- gestione fabbisogno,
- convenzioni con privati accreditati,
- prenotazioni cupp, prestazioni ambulatoriali e calcolo del fabbisogno.

L'Internal Auditing continuerà inoltre impegnato con delle verifiche sui progetti PNRR, eseguendo dei controlli formali, di regolarità amministrativo-contabile e sul principio di non arrecare danno all'ambiente (DNSH).

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.[2]

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.[3]

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.[4]

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

[2] dal DL 150, art. 6, agg. Madia

[3] https://www.performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione

[4] DPCM 30 giugno 2022, art. 5 c2

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

all'implementazione delle medesime (per indicatori, tempistica, responsabili e modalità di verifica dell'avvenuta implementazione si rinvia all'Allegato 2.3.1.1). 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 2024 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.

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, 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"

Il monitoraggio della qualità rappresenta il punto focale delle strategie dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per garantire servizi sanitari eccellenti. Attraverso indagini e strumenti innovativi, vengono raccolte le opinioni di pazienti e collaboratori per individuare i punti di forza e le aree di miglioramento. L'obiettivo è promuovere la trasparenza, il benessere organizzativo e una crescita costante della qualità, stimolando la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti.

4.6.1 Qualità percepita dai pazienti

Premessa e quadro normativo

La rilevazione della qualità percepita da pazienti e utenti, oltre a rispondere a un preciso obbligo normativo, rappresenta un elemento strategico per indirizzare le scelte organizzative e promuovere il miglioramento continuo dei servizi. Le principali fonti normative sono costituite dalla l. n. 150 del 2000, la quale prevede all'art. 8 che compito specifico dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp) è attuare, mediante l'ascolto del

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

cittadino, i processi di verifica della qualità dei servizi e del gradimento degli stessi da parte degli utenti, nonché dal d. lgs. n. 150 del 2009, e dalle linee guida del Garante per la protezione dei dati personali. Queste disposizioni evidenziano come il contributo della cittadinanza costituisca oggi una componente imprescindibile dei processi di valutazione, programmazione e governance delle Aziende sanitarie.

Riepilogo delle attività svolte

Sin dall'anno 2008 è stato redatto un protocollo con il Centro Tutela Consumatori Utenti, che prevede lo svolgimento di sondaggi periodici sulla soddisfazione a livello aziendale. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha pertanto condotto regolarmente rilevazioni sulla soddisfazione, mediante indagini svolte alternativamente nelle aree di degenza e in quelle ambulatoriali, nonché nel Pronto soccorso. Dopo un periodo di interruzione dovuta all'emergenza Covid, nel 2022 è stata realizzata la cosiddetta "Mystery Research" come progetto pilota per rilevare la soddisfazione dell'utenza negli ospedali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e nel 2023 il progetto è successivamente proseguito in quattro cliniche private accreditate.
Nel biennio 2024-2025 l'Azienda ha svolto un'indagine a livello aziendale riguardante i pazienti ricoverati nei sette ospedali dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, con una metodologia che ha previsto la somministrazione di questionari, circa 16.000, in formato cartaceo e tramite strumenti digitali, adattando la modalità di invio alle diverse fasce d'età. Il tasso di risposta ha raggiunto il 30%. I questionari hanno analizzato qualità clinica, organizzazione, comunicazione e comfort ambientale. I risultati mostrano generalmente una percentuale di soddisfazione elevata: quasi sette pazienti su dieci sono molto soddisfatti, con una quota di insoddisfatti molto bassa. Particolarmente apprezzati gli aspetti relazionali - empatia e gentilezza del personale medico e infermieristico - insieme alla gestione del dolore e chiarezza informativa. Le aree di miglioramento identificate riguardano il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni cliniche, l'organizzazione delle dimissioni e i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e di laboratorio.
Un'attenzione particolare è stata riservata anche all'esperienza dei familiari e dei caregiver dei pazienti assistiti presso il reparto Hospice/Cure Palliative, dove la qualità dell'accoglienza, la comunicazione e il sostegno emotivo sono stati valutati in modo molto positivo.
Inoltre, nel 2024 i laboratori di patologia clinica hanno condotto dei sondaggi rivolti ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta. I risultati hanno confermato un alto livello di gradimento per la qualità dei referti e l'accuratezza delle analisi, mentre sono state segnalate alcune difficoltà legate agli strumenti informatici e ai tempi di attesa per l'esecuzione delle analisi.
L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige svolge inoltre a livello comprensoriale, fin dal 1999, all'interno del Comprensorio di Bressanone una rilevazione del grado di soddisfazione fra i pazienti ricoverati negli ospedali di Bressanone e Vipiteno, a mezzo questionario cartaceo, per acquisire dati precisi sul grado di soddisfazione dei pazienti in merito alle prestazioni erogate.

Previsione delle attività di rilevazione della qualità percepita 2026-2028

In prospettiva, l'Azienda sanitaria ha definito diverse attività di rilevazione della qualità percepita, che si svilupperanno su più livelli. Nel 2026 sarà conclusa un'indagine aziendale strutturata sulla soddisfazione degli utenti delle prestazioni ambulatoriali e diagnostico strumentali. L'obiettivo è quello di accertare la percezione della qualità dei servizi offerti nei principali servizi ambulatoriali dei sette Ospedali, con particolare attenzione all'accessibilità, ai tempi di attesa, alla chiarezza delle informazioni, all'accoglienza e al comfort degli ambienti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel triennio successivo, dal 2026 al 2028, si ipotizza un ulteriore rafforzamento della rilevazione della qualità percepita attraverso l'introduzione dei PREMs (Patient-Reported Experience Measures). L'approccio metodologico dovrà essere improntato all'utilizzo di strumenti standardizzati e validati. Gli ambiti oggetto di indagine comprenderanno l'esperienza di accesso e di relazioni con il personale, il rispetto della sfera privata, il comfort ambientale ed altri parametri considerati rilevanti.

Le indagini dovranno essere programmate con una rotazione tra i diversi setting assistenziali, e i risultati saranno presentati sia ai responsabili di struttura, sia alla Direzione aziendale.

Un altro filone di indagine è previsto dal progetto, che si propone di creare un'applicazione chiamata Sanitrack, per tracciare le varie fasi di trattamento e cura del Pronto Soccorso di Bolzano a partire dal 2026. Attraverso questo strumento sarà possibile informare passo dopo passo i pazienti e i loro eventuali caregiver in tempo reale sullo stato dell'assistenza sanitaria e sgravando in parte il personale sanitario di alcune funzioni. L'applicazione avrà un tool dedicato a rilevare la soddisfazione dei pazienti e pertanto, una volta introdotta, sarà possibile rilevare la soddisfazione dei pazienti nel setting di Pronto soccorso.

Per ultimo sono previste delle indagini per l'ambito specialistico, che verranno attivate direttamente dai Dipartimenti, rispettivamente dai servizi facenti parte delle cosiddette "Forme vincolanti di collaborazione organizzativa":

- Radiologia: previsto per il 2026;
- Riabilitazione: previsto per il 2026;
- Laboratori: previsto nel 2027.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si propone infine di consolidare la strategia aziendale per la pianificazione e l'esecuzione dei sondaggi condotti nelle diverse strutture.

4.6.2 Qualità percepita dai collaboratori

Benessere organizzativo e qualità della vita lavorativa

Per quanto riguarda le azioni previste dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige finalizzate alla promozione del benessere organizzativo si rimanda a quanto già riportato al capitolo 3.5.2 "Piano delle azioni positive".

Si ricorda in particolare l'impegno dedicato alle indagini inerenti al benessere sul luogo di lavoro e alla promozione di iniziative utili a favorire la conoscenza e condivisione degli obiettivi dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sulle politiche di inclusione e contrasto a tutte le forme di discriminazione e disuguaglianza.

Valutazione dello stress lavoro correlato

I rischi psicosociali generati da condizioni di lavoro difficili oltre ad essere, in primo luogo, dannosi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, incidono in modo rilevante sull'efficienza dell'organizzazione aziendale. Ricerca e studi specifici a livello internazionale hanno evidenziato che gestire nel tempo il livello di stress lavoro correlato, alimentare un clima positivo e motivante produce alcuni impatti fondamentali per l'organizzazione:

- PRESTAZIONE: migliora la continuità della prestazione (performance) nel tempo
- INNOVAZIONE: aumenta la spinta innovativa
- CAMBIAMENTO: rende le persone più aperte al cambiamento

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- TURNOVER: riduce il rischio di perdita dei talenti/figure chiave
- REPUTAZIONE: migliora la percezione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sia presso l'utenza esterna che presso i potenziali collaboratori

Dando seguito alle indicazioni del D.lgs. 81/08 e da successive indicazioni della Commissione Consultiva per la valutazione dello stress lavoro correlato l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha attivato un sistema di gestione che ciclicamente nel tempo (almeno ogni tre anni) vuole monitorare il livello di stress lavoro correlato dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige al fine di attivare le misure correttive o di miglioramento per il benessere e la performance aziendale.

Seguendo le indicazioni promosse dalla Commissione Consultiva ma anche dalle direttive delle principali linee guida nazionali e europee, si analizza il fenomeno attraverso il coinvolgimento del personale dipendente al fine di acquisire consapevolezza sul livello di stress percepito da gruppi omogenei di lavoratori sulle seguenti dimensioni di analisi:

AMBITO CONTENUTO	AMBITO CONTESTO
1. Ambiente e Attrezzature	5. Organizzazione
2. Disegno del Compito Lavorativo	6. Rapporti Interpersonali sul Lavoro
3. Carico-Ritmo di Lavoro	7. Ruolo nell'ambito dell'organizzazione
4. Orario di Lavoro	8. Sviluppo e Carriera
	9. Autonomia Decisionale
	10. Responsabilità sociale d'impresa

Tratto da European Agency for Safety and Health at Work (2000)

Nel caso dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si è realizzata una indagine soggettiva attraverso la compilazione di un questionario online esteso a tutta la popolazione organizzativa, che ha visto la partecipazione del 44%.
L'attività è risultata strategica nell'andare ad osservare i principali punti di forza e aree di miglioramento organizzativo consentendo di convalidare o rafforzare le misure contenute all'interno del PAO, sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista della gestione delle risorse umane.
Nel 2026 è previsto di effettuare una nuova indagine soggettiva attraverso la compilazione di un questionario online esteso a tutta la popolazione organizzativa.

All'interno del sistema di gestione in ambito Stress lavoro correlato (SLC) è stato dato seguito anche all'aspetto informativo sul tema che ancor prima che necessita di adempimento normativo (art. 36 D.lgs. 81/08), rappresentano naturali azioni di valore all'interno di una prospettiva di gestione strategica dello

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

stress e del benessere organizzativo. Ecco perché è stato realizzato appositamente un kit informativo, che è stato pubblicato all'interno della intranet aziendale, utile non solo per ricordare i doveri dell'organizzazione nel prendersi cura del fenomeno, ma anche invitare le persone a prendersi cura del proprio livello di benessere organizzativo.

Customer satisfaction utenti mensa ospedaliera

Il servizio di ristorazione del Comprensorio di Bolzano da anni è certificato ISO 9001-2015; questo significa che, l'attività svolta dalla cucina, dalla mensa dell'ospedale e dal magazzino alimentari è regolarmente monitorata per garantire il rispetto della norma HACCP e di quanto previsto dalle procedure e istruzioni operative relative ai diversi ambiti. Una delle attività, richieste dalla norma ISO 9001-2015, che deve essere svolta almeno una volta l'anno è, per esempio, la somministrazione del questionario relativo alla customer satisfaction degli utenti della mensa ospedaliera. Tutti gli anni nel mese di dicembre viene inviato a tutti i dipendenti del Comprensorio di Bolzano un questionario online (programma "forms") dove i dipendenti possono esprimere il loro grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto. Alla data di restituzione dei questionari compilati (20 dicembre 2024) ne risultavano pervenuti 629 a fronte di una media giornaliera di circa 850 accessi alla mensa, pari a circa il 74% di coloro che giornalmente usufruiscono del servizio. Per il 2024 alla richiesta riguardante l'iniziativa del "Green Days" si è rilevato che gli indici di gradimento percentuali sono peggiorati rispetto all'anno 2023. Gli sforzi della cucina di rendere più attraente questo tipo di offerta vengono in parte premiati dall'aumento del gradimento per quanto riguarda il gusto, sebbene, sia ancora molto incisiva la valutazione "scadente". Permane una scarsa accettazione dei Green Days, poiché continuano a percepirli come un'imposizione della giornata vegana, e dai commenti emerge la richiesta di un'alternativa almeno vegetariana e la richiesta di maggiore varietà di scelta. È da segnalare che, negli altri items, sono molte le percentuali al di sopra degli standards qualitativi previsti [1] nell'istruzione operativa IO 08 – "qualità percepita dagli utenti della mensa". Salvo quanto emerso relativamente all'offerta del Green Days, i dati confermano, un generale apprezzamento da parte degli utenti del servizio anche con particolare riferimento alla professionalità degli addetti della mensa. Considerata l'età della struttura, la mensa appare sottodimensionata rispetto ai nuovi fabbisogni, infatti, un dato che permane critico resta quello della rumorosità, percepito dal 40% degli utenti come scadente nel 2023 con incremento al 45,9% nel 2024. Molte le lamentele riguardanti le lunghe file e quindi i tempi di attesa. Situazione peggiorata in quanto agli studenti della Claudiana si sono aggiunti gli studenti della nuova Facoltà di Medicina. A questo proposito è da evidenziare, che è in fase di progettazione e realizzazione la nuova mensa ospedaliera che verrà costruita nella "nuova clinica"; anche per questo motivo si tenta ove possibile di limitare gli investimenti riservandoli alle opere strettamente necessarie.

ALLEGATI

Allegato 1 - 2.2.2 "Programma operativo annuale - Jahrestätigkeitsprogramm 2026"

Allegato 2 - 2.3.1.1 "Parte descrittiva dei rischi corruttivi e trasparenza"

Allegato 3 - 2.3.1.2 "Mappatura processi decisionali e analisi del rischio"

Allegato 4 - 2.3.3 "Elenco obblighi di pubblicazioni vigenti"

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Allegato - Anlage 2.2.2 - Programma operativo annuale - Jahrestätigkeitsprogramm 2026

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
1	BSC	A.1	PNRR	3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Rafforzamento dell'assistenza territoriale ai sensi degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Stärkung der wohnortnahen Versorgung gemäß der Ziele des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR)	1. Sono finiti i lavori e entrate in funzione entro i target del PNRR (T1 2026) e (T2 2026) le 10 Case della Comunitá secondo in cronoprogramma e la pianificazione nell'ambito PNRR: CdC Bolzano L. Cadonna 31/03/2026 e 31/05/2026 - Bressanone 31/03/2026 e 31/05/2026 - CdC Brunico 31/03/2026 e 30/06/2026 - CdC Chiusa 31/03/2026 31/05/2026 - CdC Laives 26/02/2026 30/04/2026 - CdC Merano 30/06/2026 30/09/2026 - CdC Naturno 30/09/2025 31/12/2025 - CdC San Candido 31/12/2025 31/03/2026 - CdC Vipiteno 31/12/2026 2027 - CdC Malles 30/06/2026 30/06/2026. La data di messa in funzione considera l'avvio del graduale progressivo raggiungimento degli standard DM77 2. Sono finiti i lavori e entrati in funzione entro i target del PNRR (T1 2026) e (T2 2026) i 3 Ospedali di Comunità secondo il cronoprogramma e la pianificazione nell'ambito PNRR: OdC Merano 30/06/2026 e 30/09/2026 - OdC Bolzano W 15/02/2026 31/03/2026 - OdC Merano 2 31/03/2026 31/05/2026. La data di messa in funzione considera l'avvio del graduale progressivo raggiungimento degli standard DM77 3. Ospedale Sicuro - Antisismica - OSS Bolzano 31/12/2025 31/03/2026 4. Sono adottati tutti i regolamenti di funzionamento delle Case della Comunità 5. Sono operativi in ogni comprensorio sanitario i 4 PDTA ""Diabete mellito di tipo 2, BPCO, scompenso cardiatico, artite reumatoide"" ed eventuali ulteriori PDTA sviluppati e approvati dall'Azienda sanitaria 6. Sono attivi tutti i Consultori familiari pubblici previsti dalle disposizioni provinciali. 1. Die Arbeiten sind abgeschlossen und die 10 Gemeinschaftshäuser ("CdC") sind gemäß dem Zeitplan und der Planung im Rahmen des PNRR in Betrieb gegangen: Gemeinschaftshaus Bozen L. Cadonna 31.03.2026 und 31.05.2026 - Gemeinschaftshaus Brixen 31.03.2026 und 31.05.2026 - Gemeinschaftshaus Bruneck 31.03.2026 und 30.06.2026 - Gemeinschaftshaus Klausen 31.03.2026 und 31.05.2026 - Gemeinschaftshaus Leifers 26.02.2026 30.04.2026 - Gemeinschaftshaus Meran 30.06.2026 30.09.2026 - Gemeinschaftshaus Naturns 30.09.2025 31.12.2025 - Gemeinschaftshaus Innichen 31.12.2025 31.03.2026 - Gemeinschaftshaus Sterzing 31.12.2026 und 31.12.2026 - Gemeindschaftshaus Mals 30.06.2026 und 30.06.2026. Das Datum der Inbetriebnahme berücksichtigt den Beginn der schrittweisen Erreichung der DM77-Standards. 2. Die Arbeiten sind abgeschlossen und die drei Gemeinschaftskrankenhäuser OdC sind gemäß dem Zeitplan und der Planung im Rahmen des PNRR innerhalb der Ziele des PNRR (T1 2026) und (T2 2026) in Betrieb genommen worden: OdC Meran 30.06.2026 und 30.09.2026 - OdC Bozen W 15.02.2026 und 31.03.2026 - OdC Meran 2 31.03.2026 und 31.05.2026. Das Datum der Inbetriebnahme berücksichtigt den Beginn der schrittweisen Erreichung der DM77-Standards. 3. Sicheres Krankenhaus – Erdbebensicherheit - OSS Bozen 31.12.2025 und 31.03.2026. 4. Alle Betriebsvorschriften der Gemeinschaftshäuser sind verabschiedet 5. In jedem Gesundheitsbezirk sind die vier PDTA „Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis" sowie eventuelle weitere von der Sanitätsbetrieb entwickelte und genehmigte PDTA in Kraft. 6. Alle in den Landesvorschriften vorgesehenen öffentlichen Familienberatungsstellen sind aktiv.	31.12.2026	1) 30% 2) 30% 3) 10% 4) 15% 5) 15 % 6) 10%	Direttore/trice di Comprensorio (BZ, ME, BX, BK) Direzione medica di presidio dei 4 Comprensorio (BZ, ME, BX, BK) Direzione territoriale/Servizio Medicina di Base di Comprensorio (BZ, ME, BX, BK) Coordinatori Dirigenti e Dirigenti tecnico-assistenziali territoriali di Comprensorio (BZ, ME, BX, BK) Servizi Comprensoriali di diabetologia e cardiologia e oculistica (coinvolgimento dei primari ospedalieri) Servizio pneumologico aziendale Servizio reumatologico aziendale Rappresentante del Dipartimento di Prevenzione Dirigente amministrativo dei 4 Comprensori sanitari Referenti della Rete per la Salute psichica Servizi psicologici Servizi riabilitativi Bezirksdirektor (BZ, ME, BX, BK) Medizinische Direktion des Bezirks 4 (BZ, ME, BX, BK) Gebietsleitung/Grundversorgungsdienst des Bezirks 4 (BZ, ME, BX, BK) Koordinatoren Gebietsleiter und Gebietsleiter für technische Gesundheit (BZ, ME, BX, BK) Bezirksdienst für Diabetes und Kardiologie (Beteiligung der Krankenhausdirektoren) Betrieblicher Pneumologischer Dienst Betrieblicher Rheumatologischer Dienst Vertreter der Präventionsabteilung Veraltungsleiter der 4 Gesundheitsbezirke Referenten des Netzwerks für psychische Gesundheit Psychologische Dienste Rehabilitationsdienste	Mancini Marco Capici Alessandra Battisti Elena	Widmann Josef/ Siller Marianne
2	BSC	A.2		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Rafforzamento dell'assistenza e integrazione territoriale attraverso l'avvio del Numero Europeo Armonizzato. Stärkung der wohnortnahen Betreuung und Integration durch die Einführung der Einheitlichen Europäischen Rufnummer Migliorare l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. Verbesserung des Zugangs zu nicht dringenden medizinischen Behandlungen sowie zu weiteren wohnortnahen Gesundheitsdiensten mit geringer Versorgungsintensität und -Priorität	1. È avviata la sperimentazione del Numero Europeo Armonizzato in almeno un comprensorio sanitario entro il 28 febbraio 2026 2. Sono comunicati tempestivamente gli indicatori di monitoraggio previsti dalla sperimentazione 3. Con riferimento all'ambito di sperimentazione, è realizzata l'integrazione organizzativa e informatica della continuità assistenziale con il servizio 116117 e quindi con il software in dotazione al NEA116117 4. È avviata l'estensione del servizio a tutto il territorio provinciale, previa valutazione positiva della sperimentazione da parte del Ministero. 1. Die Erprobung der Harmonisierten Europäischen Nummer ist bis spätestens 28. Februar 2026 in mindestens einem Gesundheitsbezirk eingeleitet. 2. Die im Rahmen der Erprobung vorgesehenen Überwachungsindikatoren werden zeitnah übermittelt. 3. Im Zusammenhang mit dem Bereich der Erprobung wird die organisatorische und informationstechnische Integration des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit dem Dienst 116117 und somit mit der dem NEA116117 zur Verfügung stehenden Software umgesetzt. 4. Die Ausweitung des Dienstes auf das gesamte Landesgebiet ist eingeleitet, vorbehaltlich einer positiven Bewertung der Erprobung durch das Ministerium.	31.12.2026	1. 60% 2. 20% 3. 10% 4. 10%	Dirigenti medici e infermieristici del territorio. Ripartizione informatica Coordinatori dirigenti tecnico-assistenziali Territoriale ärztiche Direktoren und Pflegedienstleiter Informatikabteilung Koordinierende Pflegedienstleiter	Capici Alessandra Santoni Astrid	Widmann Josef/ Siller Marianne
3	BSC	A.3	PNRR	4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Rafforzamento dell'assistenza territoriale ed in particolare della medicina di base. Stärkung der wohnortnahen Betreuung und insbesondere der Grundversorgung Migliorare la collaborazione e l'interazione con la medicina convenzionata. Verbesserung der Zusammenarbeit und Interaktion mit der konventionierten medizinischen Versorgung.	1. È implementata una soluzione per la condivisione dei dati sanitari degli assistiti tra i medici di medicina generale, facenti parte della medesima AFT 2. Sono organizzati almeno 12 incontri tra i comitati di comprensorio e i referenti delle AFT, volti a individuare gli obiettivi di salute, le attività e i volumi di prestazioni relativi ai predetti obiettivi (ex art. 13 Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024) 3. È espletata la procedura per la nomina dei referenti UCCP in almeno 5 Case della Comunità entro il 31 marzo. 1. Eine Lösung für den Austausch von Gesundheitsdaten der Patienten zwischen den Allgemeinärzten derselben "VGN" ist implementiert. 2. Mindestens zwölf Treffen zwischen den Bezirkskomitees und den Vertretern der Funktionellen Territorialen Einheiten (VGN) werden organisiert, mit dem Ziel, Gesundheitsziele, entsprechende Tätigkeiten sowie Leistungsvolumina im Zusammenhang mit diesen Zielen festzulegen (gemäß Artikel 13 des Nationalen Kollektivvertrags für die Beziehungen zu den Hausärzten vom 4. April 2024). 3. Abschließung der Ernennung der UCCP-Referenten in mindestens fünf Gemeinschaftshäusern bis zum 31. März.	31.12.2026	1. 60% 2. 20% 3. 20%	1. Ripartizione Informatica, Ufficio cure primarie e assistenza territoriale, cabina di regia privacy 2. e 3. Ufficio cure primarie e assistenza territoriale, Medicina di Base di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico 1. Abteilung Informatik, Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung, Privacy. 2. und 3. Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung, Basismedizin Bozen, Meran, Brixen und Bruneck.	Prader Irmgard	Armanaschi Luca
4	BSC	A.4		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Rafforzamento dell'assistenza per le dipendenze. Verstärkung der Suchtbetreuung	1. È elaborato e sviluppato il progetto finanziato dal Dipartimento politiche antidroga (ex DGP n. 877/2024): costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare; produzione del materiale informativo multilingue; formazione del personale insegnante e genitori 2. Gioco d'azzardo patologico, miglioramento della qualità dei servizi: è creato un tavolo di lavoro tra Ser.D. per rielaborare e aggiornare la scheda anamnestica di valutazione e diagnosi e la batteria testistica. Analizzate le criticità sono elaborate e implementate delle soluzioni per migliorare i dati nel flusso SIND per la parte dei giocatori attivi 3. Struttura di disintossicazione complessa (Pochi di Salorno): è definita la procedura di invio e la relativa scheda, concordata tra tutti i Ser.D. 1. Das vom Ressort für Drogenpolitik finanzierte Projekt (gemäß BLR Nr. 877/2024) wurde ausgearbeitet und weiterentwickelt: Einrichtung einer multidisziplinären Arbeitsgruppe; Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial; Schulung des Lehrpersonals und der Eltern. 2. Pathologisches Glücksspiel, Verbesserung der Dienstleistungsqualität: Es wird ein Arbeitskreis zwischen Diensten für Suchterkrankungen eingerichtet, um den Anamnesebogen zur Bewertung und Diagnose sowie die Testserie zu überarbeiten und zu aktualisieren. Nach Analyse der kritischen Punkte werden Lösungen zur Verbesserung der Daten im SIND-Datenfluss für den Teil der aktiven Spieler ausgearbeitet und umgesetzt. 3. Komplexe Einrichtung zur Entgiftung (Buchholz): Das Überweisungsverfahren und das entsprechende Formular, das zwischen allen Diensten für Suchterkrankungen vereinbart wird, sind festgelegt.	31.12.2026	1. 30% 2. 30% 3. 40%	1. SerD della provincia di BZ, BBG, e Strutture private convenzionate della rete, Ripartizione comunicazione, dipartimento prevenzione 2. SerD della provincia di BZ, BBG e Strutture private convenzionate della rete 3. SerD della provincia di BZ, BBG e Strutture private convenzionate della rete	Guidoboni Francesco Rossi Romina	Widmann Josef/ Siller Marianne

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
							Indicatori - Indikatoren: 1. Viene attivato il tavolo di lavoro multidisciplinare - Der multidisziplinäre Arbeitskreis wird aktiviert. 30% Il materiale informativo multilingue viene prodotto - Das mehrsprachige Informationsmaterial wird erstellt 40% Il personale insegnante e genitori viene formato - Das Lehrpersonal und die Eltern werden geschult 30% 2. Viene attivato il tavolo di lavoro - Der Arbeitskreis wird aktiviert. 25% La scheda anamnestica viene aggiornata e applicata al software GeDi, e evidenziati i dati obbligatrori per il flusso SIND - Der Anamnesebogen wird aktualisiert und in die GeDi-Software eingepflegt, wobei die Pflichtdaten für den SIND-Datenfluss hervorgehoben werden. 25% Il personale dei servizi è formato sulla corretta compilazione dei nuovi campi - Das Personal der Dienste wird in der korrekten Ausfüllung der neuen Felder geschult. 25% Viene aggiornata e scelta la batteria di test da sottoporre ai pazienti - Die Testbatterie, die den Patientinnen und Patienten vorgelegt werden soll, wird aktualisiert und ausgewählt. 25% 3. Le informazioni utili da condividere nelle transizioni assistenziali sono definite - Die bei den Pflegetransaktionen nützlich zu teilenden Informationen sind festgelegt 20% Le modalità di condivisione sono definite - Die Methoden des Austausches sind definiert 20% I moduli di ammissione e di dimissione sono redatti con le informazioni definite - Die Aufnahme- und Entlassungsformulare werden mit den festgelegten Informationen erstellt. 20% Il documento è approvato dai rispettivi responsabili per il successivo inoltro al rilascio - Das Dokument wurde von den jeweiligen Verantwortlichen für die spätere Freigabe genehmigt 20% La documentazione è implementata - Die Dokumentation ist implementiert 20%			1. DfA der Provinz Bozen, BBG und Vertragsgebundene private Strukturen des Netzwerks; Abteilung für Kommunikation und Präventionsabteilung 2. DfA der Provinz Bozen, BBG und Vertragsgebundene private Strukturen des Netzwerks 3. DfA der Provinz Bozen, BBG und Vertragsgebundene private Strukturen des Netzwerks		
5	**BSC**	**A.5**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Rafforzamento dell'assistenza psichiatrica e psicologica in età evolutiva. Stärkung der psychiatrischen und psychologischen Betreuung im Kindes- und Jugendalter	1. È avviata la comunità ad alta intensità terapeutico-riabilitativa, ai sensi dell'art. 32, comma 3, lett. a), del DPCM 12 gennaio 2017, 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 2. È implementato il servizio di psicologica scolastica 3. Il flusso NPIA è alimentato in modo completo e corretto anche dagli psicologi dell'Azienda sanitaria e dai terapisti che operano per il servizio di Psichiatria dell'età evolutiva. 1. Eine therapeutisch-rehabilitative Wohngruppe mit hoher Intensität gemäß Artikel 32, Absatz 3, Buchstabe a) des DPCM vom 12. Januar 2017 ist eingerichtet, die sich an Minderjährige im Alter von 8 bis 18 Jahren (gegebenenfalls verlängerbar bis 21 Jahre) mit neuropsychiatrischen Störungen im Entwicklungsalter sowie an Personen im Alter von 8 bis 21 Jahren mit Störungen des autistischen Spektrums richtet. 2. Der schulpsychologische Dienst ist umgesetzt. 3. Der NPIA-Datenfluss wird vollständig und korrekt auch von den Psychologinnen des Sanitätsbetriebes sowie von den Therapeutinnen, die im Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, gespeist. Indicatori: PUNTO 1 : 1) si identifica la data di avvio del progetto e si costituisce una lista di attesa 25% 2) almeno 5 casi vengono seguiti 50% 3) vengono inviati nel 2026 8 pazienti 100% PUNTO 3: 1) si identificano quali prestazioni dei servizi esterni che ad oggi utlizzano la stessa piattaforma del servizio di PPEE andranno a alimentare il flusso; 2) si identificano qulai ulteriori servizi adotteranno il nuovo nomenclatore provinciale NPIA; 3) si verifica se tutti i servizi hanno le caratteristiche informatiche per alimentare il flusso;	31.12.2026	1) 40% 2) 30% 3) 30%	1) 3 SerD; 3 DfA Bad Bachgart, KJP 4 Psychiatrische Dienste, 4 Servizi Psichiatrici 2) 4 Psychologische Dienste, 4 Servizi Psicologici 3) Ufficio Prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale Ufficio per i sistemi informativi dei servizi territoriali Servizio aziendale di psichiatria e psicoterapia eta´evolutiva; Convenzionati (autos, Cerchio,EOS, PECOM); Servizi psicologici tutti; Tutte le riabilitazione pediatriche Servizio di neurologia e neuroriabilitazione dell'etá evolutiva. Amt für Krankenhaus- und ambulante fachärztliche Leistungen Amt für die Informationssysteme der territorialen Dienste Betrieblicher Dienst für Kinder - und Jugendpsychiatrie; Vertragsgebunde (autos, Cerchio,EOS, PECOM). Alle Psychologischen Dienste; Alle Kinder Reha. Dienst für Neurologie und Neurorehabilitation im Kindes- und Jugendalter.	1) Arcangeli Donatella e Carpi Fabio 2) Huber Andreas 3) Arcangeli Donatella, Marsoner Markus, Prader Irmgard	Widmann Josef/ Siller Marianne
6	**BSC**	**A.6**	**PNRR**	4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Sviluppo della Telemedicina. Entwicklung der Telemedizin Sviluppo di percorsi di telemedicina per migliorare la presa in carico di pazienti cronici fragili e situazioni logisticamente sfavorevoli sul territorio provinciale (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio dei pazienti cronici). Entwicklung von Pfaden für die Telemedizin zur Verbesserung der Betreuung von chronisch kranken Patienten und zur Bewältigung logistischer Herausforderungen im Landesgebiet (Televisite, Telekonsultationen, Telebetreuung, Telemonitoring chronisch kranker Patienten)	1. Aggiornare il modello organizzativo stratagico per la telemedicina 2026-2028 in linea con strategie ministeriali e aziendali. Entro giugno 2026 è approvata la delibera aziendale che aggiorna e descrive il piano di introduzione della telemedicina; 2. Approvare una struttura aziendale adatta alle strategie elaborate. Entro giugno 2026 è definito in organigramma il gruppo di telemedicina con l'individuazione di chiari compiti/responsabilitá; 3. Concordare con reparti/servizi obiettivi 2026 relativi ai percorsi di telemedicina per il raggiungimento del target ministeriali PNRR. Entro settembre 2026 questi obiettivi devono altresi essere coerenti con la strategia aziendale per la telemedicina di cui al punto 1. Almeno quattro reparti hanno lavorato per ottenere, entro settembre 2026 obiettivi specifici misurabili, per contribuire al target PNRR 2026, il quale prevede per la Provincia Autonoma di Bolzano il raggiungimento di 13.250 pazienti cronici da trattare con strumenti di telemedicina. 4.- 4.1. L'Azienda sanitaria ha elaborato e approvato entro dicembre 2026: a. la procedura aziendale e il disciplinare tecnico; b. l' implementazione della piattaforma; c. la tracciabilitá del teleconsulto e il regolamento sul funzionamento del teleconsulto (modalità di utilizzo dello strumento e di registrazione della prestazione, modalià di rendicontazione del teleconsulto, responsabilità, etc.); 4.- 4.2. L'Azienda sanitaria ha definito con almento due reparti gli ambiti e le attività in cui sperimentare il teleconsulto tra MMG/PLS e medici specialisti e ha avviato una sperimentazione pilota entro dicembre 2026. 1. Aktualisierung des strategischen Organisationsmodells für Telemedizin 2026-2028 in Übereinstimmung mit den Strategien des Ministeriums und des Sanitätsbetiriebes. Bis Juni 2026 wird der Beschluss des Sanitätsbetriebes zur Aktualisierung und Beschreibung des Plans zur Einführung der Telemedizin verabschiedet. 2. Genehmigung einer Stuktur des Betriebes, die den ausgearbeiteten Strategien entspricht. Bis Juni 2026 ist im Organigramm die Gruppe der Telemedizin mit klaren Aufgaben/Verantwortlichkeiten festgelegt. 3. Vereinbarung der Ziele für 2026 mit den Abteilungen/Dienststellen in Bezug auf die Telemedizin, um die ministeriellen PNRR-Ziele zu erreichen. Bis September 2026 müssen diese Ziele auch mit der Betriebsstrategie für Telemedizin gemäß Punkt 1 übereinstimmen. Mindestens vier Abteilungen haben daran gearbeitet, bis September 2026 spezifische messbare Ziele zu erreichen, um zum PNRR-Ziel 2026 beizutragen, das für die Autonome Provinz Bozen die Behandlung von 13.250 chronisch kranken Patienten mit telemedizinischen Instrumenten vorsieht. 4.- 4.1. Der Sanitätsbetireb hat bis Dezember 2026 Folgendes ausgearbeitet und genehmigt: a. das Betriebsverfahren und die technischen Vorschriften; b. die Implementierung der Plattform; c. die Rückverfolgbarkeit der Telekonsultation und die Vorschriften für die Funktionsweise der Telekonsultation (Modalitäten für die Nutzung des Instruments und die Registrierung der Leistung, Modalitäten für die Berichterstattung der Telekonsultation, Verantwortlichkeiten usw.). 4.- 4.2. Der Sanitätsbetrieb hat in mindestens zwei Abteilungen die Bereiche und Tätigkeiten festgelegt, in denen die Telekonsultation zwischen Hausärzten / Kinderärzten freier Wahl und Fachärzten erprobt werden soll, und hat bis Dezember 2026 einen Pilotversuch gestartet.	31.12.2026	1. 10% 2. 20% 3. 30% 4.1 30% 4.2 10%	1. Staff DTA Management delle informazioni, Chief medical informatics officer 2. Staff DTA Management delle informazioni, Chief medical informatics officer 3. FVCO Riabilitazione (obiettivo specifico 7) FVCO Otorino (obiettivo specifico 8) Oncologia Bolzano (obiettivo specifico 110) Cardiologia Bolzano (obiettiv specifico 113) Geriatria Bolzano e Merano (obiettivo specifico 114) 4.1 Staff DTA Management delle informazioni, Chief medical informatics officer 4.2 FVCO Otorino (obiettivo specifico 8) Oncologia Bolzano (obiettivo specifico 110) 1. Stabstelle für Informationsverarbeitung, Chief medical informatics officer 2. Stabstelle für Informationsverarbeitung, Chief medical informatics officer 3. FVCO REHA (Ziel 7) FVCO HNO (Ziel 8) Onkologie Bolzano (Ziel 110) Kardiologie Bolzano (Ziel 113) Geriatrie Bolzano e Merano (Ziel 114) 4.1 Stabstelle für Informationsverarbeitung, Chief medical informatics officer 4.2 FVCO HNO (Ziel 8) Onkologie Bolzano (Ziel 110)	Santarelli Marco Lioni Roland	Widmann Josef/ Siller Marianne

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
9	**BSC**	**A.7**		4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria: A) Entwicklung der territorialen Versorgung und sozial-gesundheitliche Integration	Implementazione del Dipartimento di prevenzione strutturale. Implementierung des Departements für strukturelle Prävention Disporre di un Dipartimento di prevenzione strutturale in sostituzione di quello funzionale. Einrichtung eines Strukturellen Departements für Prävention anstelle des funktionalen Departments	A seguito di istituzione entro il 2025 del Dipartimento di prevenzione strutturale, è avviata l'implementazione entro il 31/12/2026. Nach Einrichtung, innerhalb 2025, des Departements für strukturelle Gesundheitsvorsorge wird die Umsetzung innerhalb 31.12.2026 eingeleitet <u>Indicatori:</u> 1) La Direzione aziendale formalizza l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione strutturale inclusi: a) la definizione della struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione strutturale; b) la nomina del Comitato di Dipartimento; c) definizione del personale assegnato alla Direzione del Dipartimento stesso; d) la nomina del Vice-Direttore di Dipartimento; e) la proposta di nomina del Vice-Coordinatore del Piano Provinciale Prevenzione. 2) Il Dipartimento di Prevenzione, con i Servizi afferenti: a) organizza almeno 3 riunioni propedeutiche all'implementazione del Dipartimento di Prevenzione Strutturale; b) formula proposta di nomina del Comitato di Dipartimento; c) formula proposta di nomina del Vice-Direttore di Dipartimento; d) formula proposta di nomina del Vice-Coordinatore del Piano Provinciale Prevenzione. <u>Indikatoren:</u> 1) Die Betriebsdirektion formalisiert die Einrichtung des strukturellen Präventionsdepartments, einschließlich: a) Festlegung der organisatorischen Struktur des strukturellen Präventionsdepartments; b) Ernennung des Departmentkomitees; c) Festlegung des dem Departmentdirektion zugewiesenen Personals; d) Ernennung des stellvertretenden Departmentdirektors; e) Vorschlag zur Ernennung des stellvertretenden Koordinators des Landespräventionsplans. 2) Das Präventionsdepartment mit den zugehörigen Diensten: a) organisiert mindestens 3 vorbereitende Sitzungen zur Umsetzung des strukturellen Präventionsdepartments; b) erstellt einen Vorschlag zur Ernennung des Departmentkomitees; c) erstellt einen Vorschlag zur Ernennung des stellvertretenden Departmentdirektors; d) erstellt einen Vorschlag zur Ernennung des stellvertretenden Koordinators des Landespräventionsplans.	31.12.2026	1) a) 20% b) 20% c) 20% d) 20% e) 20% 2) a) 25% b) 25% c) 25% d) 25%	1) Direzione Aziendale 2) Dipartimento di Prevenzione SISP SIAN Medicina dello Sport Medicina del lavoro Servizio Veterinario Aziendale 1) Betriebsdirektion 2) Präventionsdepartment SISP SIAN Sportmedizin Dienst für Arbeitsmedizin Tierärztlicher Dienst	Regele Dagmar Ramus Dennis	Kofler Christian
10	**BSC**	**B.1**	**WZ**	3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	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. Überwachung und Eindämmung der Wartelisten Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti. Umsetzung der Ziele des Landesplans zur Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 und dessen Aktualisierungen	1. Sono ridotti del 10% i tempi di attesa per interventi chirurgici. 2. Sono ridotti del 15% i tempi di attesa dell'offerta delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità B delle seguenti branche critiche: Reumatologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Terapia del dolore, ecocolordoppler vasi del collo, RM addome inferiore). 3. Sono ridotti del 10% i tempi di attesa dell'offerta delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità D delle seguenti branche critiche: Esofagogastroduodenoscopia, otorinolaringoiatria. 4. Sono elaborate le linee guida aziendali sui diversi setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario in almeno tre discipline critiche. 1. Die Wartezeiten für chirurgische Eingriffe sind um 10% verkürzt. 2. Die Wartezeiten für die Erbringung von Leistungen (Erstuntersuchungen und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität B in den folgenden kritischen Fachbereichen sind um 15% des Angebots verkürzt: Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Schmerztherapie, Farb-Doppler-Ultraschall der Halsgefäße, MRT des Unterbauchs. 3. Die Wartezeiten für Leistungen (Erstuntersuchungen und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität D in den folgenden kritischen Fachbereichen wurden um 10% des Angebots reduziert: Ösophagogastroduodenoskopie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. 4. Die betriebssinternen Leitlinien zu verschiedenen alternativen Betreuungsformen gegenüber der stationären Aufnahme sind in mindestens drei kritischen Fachbereichen ausgearbeitet. <u>Indicatori:</u> 1. interventi chirurgici di endoprotesi, ernia discale e ernia inguinale nelle classi di priorità A, B, C. la valutazione si baserà sui dati esposti dall'applicativo Ascom DIGISTAT (rilevazione ex-ante). Qualora l' applicativo non risultasse adeguatamente ed omogeneamente implementato nei 4 comprensori sanitari, si farà riferimento al monitoraggio ex-post, alimentato dal flusso SDO. 2. e 3. la valutazione verterà sul tempo rilevato sulla prima disponibilità aziendale. 4. interventi critici: cataratta, ernia inguinale, alluce valgo. <u>Indikatoren:</u> 1. Chirurgische Eingriffe bei Endoprothesen, Bandscheibenvorfall und Leistenbruch in den Prioritätsklassen A, B, C. Die Bewertung basiert auf den im Ascom-DIGISTAT-Anwendungsprogramm dargestellten Daten (ex-ante-Erhebung). Sollte die Anwendung in den vier Gesundheitsbezirken nicht ausreichend und einheitlich implementiert sein, wird auf das ex-post-Monitoring zurückgegriffen, das durch den SDO-Datenfluss gespeist wird. 2 und 3. Die Bewertung bezieht sich auf die erfasste Zeit bis zum ersten verfügbaren Termin. 4. Kritische Eingriffe: Katarakt, Leistenbruch, Hallux valgus.	31.12.2026	1. 20% 2. 40% 3. 20% 4. 20%	1. Ortopedie, chirurgie generali e neurochirurgia, Direttori medici ospedalieri, Dirigenti coordinatori tecnico-assistenziali. 2 e 3. Direttori medici di presidio ospedaliero, dirigenti coordinatori tecnico-assistenziale e tutti i componenti della taskforce per i tempi di attesa 4. Direttori medici ospedalieri, Dirigenti coordinatori tecnico-assistenziali e primari degli ambiti coinvolti (chirugia, ortopedia e oculistica). 1. Orthopädien, Allgemeinchirurgien und Neurochirurgie, Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser, Koordinierende Pflegedienstleiter. 2 und 3. Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser, Koordinierende Pflegedienstleiter sowie alle Mitglieder der Taskforce für Wartezeiten. 4. Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser, Koordinierende Pflegedienstleiter sowie die Primarärzte der beteiligten Fachbereiche (Chirurgie, Orthopädie und Augenheilkunde).	1. - 4. Vanzetta Roberta 1. - 4. Montel Elisabeth 2. - 3. Prader Irmgard	Widmann Josef/ Siller Marianne
14	**BSC**	**B.2**		4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	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. Optimierung der pharmazeutischen Betreuung und der Medizinprodukten Miglioramento della distribuzione del farmaco nel territorio e del sistema di prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici. Optimierung der Verteilung von Arzneimitteln im Territorium sowie des Systems zur Verschreibung und Abgabe von Medizinprodukten.	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, 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 funzionante la Commissione farmaceutica aziendale di cui al nuovo ACN per la valutazione delle ricette emesse nel 2026. 1. Das Pilotprojekt für die Verteilung des Medikaments an Patienten in der integrierten häuslichen Pflege (ADI) ist umgesetzt, auch über öffentlich zugängliche Apotheken im Landesgebiet, wobei eventuelle automatisierte Systeme für die Verteilung von Einzeldosis-Medikamenten vorgesehen sind (Dienstleistungsapotheke). 2. Das System zur Verschreibung und elektronischen Genehmigung von medizinischen Hilfsmitteln für Stomata, Kompressionsstrümpfen und Strümpfen für Ödeme und Verbrennungen ist funktionsfähig und in das Abgabesystem der Apotheken vor Ort integriert. 3. Die im neuen nationalen Kollektivabkommen (ACN) vorgesehene betriebliche Arzneimittelkommission für die Bewertung der im Jahr 2026 ausgestellten Rezepte ist funktionsfähig.	31.12.2026	1. 40% 2. 40% 3. 20%	1. Servizi di medicina di base 2. Ripartizione Informatica (per la digitalizzazione dei sistemi di prescrizione), Reparti di riabilitazione fisica, DTA comprensoriali (per ambulatori stomizzati), Ripartizione Prestazioni, Uffici gestione amministrativa distrettuale 3. Servizio farmaceutico ospedaliero Bolzano e servizio farmaceutico territoriale 1. Dienste für Basismedizin 2. Abteilung Informatik (für die Digitalisierung der Verschreibungssysteme), Reha-Abteilungen, Pflegedirektion der Krankenhäuser (für die Ambulatorien für Stomapatienten), Leistungsabteilung, Ämter für Verwaltungsaufgaben der Sprengel) 3. Pharmazeutischer Krankenhausdienst Bozen und Territorialer Pharmazeutischer Dienst	1. Referente per l'ambito farmaceutico territoriale 2. Ufficio supporto amm.vo ai servizi distrettuali. 3. Servizio farmaceutico ospedaliero Bolzano. 1. Referent für territoriale Pharmazeutik 2. Amt für Unterstütung der Sprengeldienste. 3. Pharmazeutischer Dienst Bozen	Widmann Josef

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Fonte Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
15	**BSC**	**B.3**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	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	Completamento della rete delle cure palliative. Vervollständigung des Netzwerks zur Palliativversorgung Raggiungimento degli standard del DM n. 77/2022 entro giugno 2026 per le cure palliative. Erreichung der Standards des Ministerialdekrets Nr. 77/2022 bis Juni 2026 für die Palliativversorgung	2) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e staff per l'assistenza territoriale. 3) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e 4 DTA territoriali 1)+4) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e dirigente tecnico assistenziale ambito territoriale comprensorio di Bolzano 2) Betrieblicher Dienst Palliative Care und Stabstelle für die wohnortnahe Versorgung 3) Betrieblicher+H16 Dienst Palliative Care und 4 territoriale PDL 1) und 4) Betrieblicher Dienst Palliative Care und Pflegedienstleitung Territorium GB Bozen	31.12.2026	1) 25% 2) 15% 3) 35% 4) 25%	2) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e staff per l'assistenza territoriale. 3) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e 4 DTA territoriali 1)+4) Servizio aziendale Hospice e cure palliative e dirigente tecnico assistenziale ambito territoriale comprensorio di Bolzano 2) Betrieblicher Dienst Palliative Care und Stabstelle für die wohnortnahe Versorgung 3) Betrieblicher Dienst Palliative Care und 4 territoriale PDL 1) und 4) Betrieblicher Dienst Palliative Care und Koordinatorin Sprengel GK (Zentrum/Bozner Boden/Rentsch)	Lusso Maria Rita e Rottensteiner Siglinde	Widmann Josef/ Siller Marianne
16	**BSC**	**B.4**		4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	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	Riorganizzazione della rete delle cure odontoiatriche. Neugestaltung des zahnärztlichen Versorgungsnetzes Definizione del riordino della rete delle cure odontoiatriche. Festlegung der Neuordnung des Netzwerks der zahnärztlichen Versorgung	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). 1. Die organisatorische Neuordnung des Netzwerks der zahnärztlichen Versorgung ist genehmigt. 2. Die Tätigkeit der Pflege in den Bezirken und die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sind festgelegt (wer macht was und wo und mit welchen Verfahren für den Austausch und die Überweisung von Patienten). 3. Die direkte Versorgung mit prothetischen und kieferorthopädischen Behandlungen für vulnerable Patienten (gesundheitlich und sozial) ist organisiert.	31.12.2026	1. 30% 2. 40% 3. 30%	1) e 2) Servizio odontoiatrico Bolzano, Servizio Medicina di Base Bolzano, Servizio odontoiatrico Merano, Servizio Medicina di Base Merano, Ambulatorio odontoiatria maxillo-facciale Bressanone e Vipiteno, Servizio odontoiatrico distretto Val Badia 3) Servizio odontoiatrico Bolzano e Merano. 1. und 2. Zahnärztlicher Dienst Krankenhaus Bozen, Basismedizin Bozen, Zahnärztlicher Dienst Krankenhaus Meran, Basismedizin Meran, Ambulatorium Zahn-Kieferheilkunde BX und Sterzing, Zahnärztlicher Dienst Sprengel Gadertal. 3. Zahnärztlicher Dienst Krankenhaus Bozen und Meran.	Greco Christian Olivotto Andrea	Widmann Josef/ Siller Marianne
17	**BSC**	**B.5**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	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	Potenziamento delle iniziative di prevenzione. Stärkung der Präventionsinitiativen Sviluppo di campagne pubblicitarie in ambito di prevenzione. Stärkung von Werbekampagnen im Bereich Prävention	Sono effettuate almeno 4 campagne pubblicitarie nel campo della prevenzione, di cui almeno una sulle vaccinazioni, in coerenza con il Piano Provinciale Prevenzione Es werden mindestens vier Werbekampagnen im Bereich der Prävention in Übereinstimmung mit dem Landespräventionsplan durchgeführt, davon mindestens eine zum Thema Impfungen <u>Indicatori/Indikatoren</u> L'Ufficio comunicazione della salute concepisce ed elabora le singole campagne, in stretta collaborazione e con la revisione scientifica - a partire dalla scelta dei temi - del Dipartimento di Prevenzione. 1) realizzazione di 1 campagna di prevenzione. Tema: vaccinazione anifluenzale. Interlocutore: SISP (Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit); 2) realizzazione di 1 campagna di prevenzione. Tema: vaccinazione HPV. Interlocutore: SISP; 3) realizzazione di 1 campagna di prevenzione. Tema: zanzara tigre. Interlocutore: SISP e Dipartimento di Prevenzione; 4) realizzazione di 1 campagna di prevenzione. Tema: doping. Interlocutore: Servizio aziendale di Medicina dello Sport; 5) creazione di una cornice grafica e viusuale distintiva per il tema vaccinazioni. Ciò all'interno della strategia vaccinale elaborata dal Dipartimento di prevenzione e dal SISP. Das Amt für Gesundheitskommunikation konzipiert und entwickelt die einzelne Kampagnen in enger Zusammenarbeit mit – und unter wissenschaftlicher Überprüfung durch – das Departement für Vorsorge, beginnend mit der Themenauswahl. 1) Durchführung einer Präventionskampagne. Thema: Grippeimpfung. Ansprechpartner: SISP; 2) Durchführung einer Präventionskampagne. Thema: HPV-Impfung. Ansprechpartner: SISP; 3) Durchführung einer Präventionskampagne. Thema: Tigermücke. Ansprechpartner: SISP und Department für Vorsorge; 4) Durchführung einer Präventionskampagne. Thema: Doping. Ansprechpartner: Betrieblicher Dienst für Sportmedizin; 5) Erstellung eines einheitlichen grafischen und visuellen Design für das Thema Impfungen – im Rahmen der Impfstrategie, welche vom Departement für Vorsorge und vom SISP ausgearbeitet wurde.	31.12.2026	1) 20% 2) 20% 3) 20% 4) 20% 5) 20%	Ufficio comunicazione della salute Dipartimento di prevenzione (SISP Medicina Sport) Amt für Gesundheitskommunikation Department für Gesundheitsvorsorge (SISP und Sportmedizin)	Regele Dagmar Raffl Lukas	Kofler Christian
18	**BSC**	**C.1**		1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Sviluppo del corso di Medicine and Surgery presso l'Università di Bolzano. Entwicklung der Universität in Bozen: Studiengang Medizin und Chirurgie Il personale SABES che trasferisce le competenze necessarie, definite nello skillbook condiviso con la UCSC, agli studenti e segue gli stessi nel triennio clinico nei reparti e servizi dell'ASL e delle sue articolazioni ospedaliera e territoriale, risulta identificato come previsto nell'accordo UCSC - SABES. Das SABES-Personal,das die im gemeinsam mit der UCSC erstellten Skillbook definierten erforderlichen Kompetenzen an die Studierenden überträgt und sie während der dreijährigen klinischen Ausbildung in den Abteilungen und Diensten des Sanitätsbetriebes und seiner Krankenhaus- und Territorialeinrichtungen begleitet, wird gemäß der Vereinbarung zwischen UCSC und SABES identifiziert.	1. Esiste una lista del personale che segue gli studenti, fornita e approvata dai responsabili dei reparti / servizi coinvolti nei tirocini del triennio clinico. 2. Numero di personale definito come minimo necessario per seguire gli studenti rispetto al numero del personale identificato è uguale a 100% 3. È elaborato un documento di pianificazione dei tirocini degli studenti del Corso di laurea in *Medicine and Surgery* , che contempli periodi di svolgimento, durata, numero posti per unità operativa, sede ospedaliera. 1. Es gibt eine Liste der Mitarbeiter, die die Studierenden betreuen. Diese Liste wird von den Leitern der Abteilungen/Dienste, die an den Praktika des dreijährigen klinischen Studiums beteiligt sind, bereitgestellt und genehmigt. 2. Die Anzahl der Mitarbeiter, die als Mindestbedarf für die Betreuung der Studenten festgelegt ist, entspricht im Verhältnis zur Anzahl der identifizierten Mitarbeiter 100%. 3. Ein Planungsdokument für die Praktika der Studierenden des Studiengangs *Medicine and Surgery* wird erstellt, das die Durchführungszeiträume, die Dauer, die Anzahl der Plätze pro Organisationseinheit und den Krankenhausstandort berücksichtigt.	31.12.2026	1. 20% 2. 40% 3. 40%	Servizio per l'innovazione , la ricerca e l'insegnamento della ASDAA. Dienst für Innovation, Forschung und Lehre im SABES	Mian Michael	Kofler Christian

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
19	**BSC**	**C.2**		4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Adozione e implementazione del nuovo atto aziendale. Einführung und Umsetzung der neuen Betriebsordnung Aggiornamento dell'Atto Aziendale completo e miglioramento dei processi amministrativi correlati. Aktualisierung der vollständigen Betriebsordnung und Verbesserung der damit verbundenen Verwaltungsprozesse	1. È implementato l'atto aziendale e l'organigramma completo. 2. È implementato il funzionigramma aziendale (servizi amministrativi e sanitari) e sono formalizzati i dipartimenti e le forme vincolanti di collaborazione organizzativa. 3. Sono implementate le procedure di gestione e di collaborazione all'interno di dipartimenti e forme vincolanti di collaborazione aziendali. 4. È implementata la semplificazione di 4 procedure amministrative. 1. Die Betriebsordnung und das vollständige Organigramm sind implementiert. 2. Das Betriebsfunktionsdiagramm (administrative und gesundheitliche Dienste) ist implementiert, und die Abteilungen sowie die verbindlichen Formen der organisatorischen Zusammenarbeit sind formalisiert. 3. Die Verwaltungs- und Kooperationsverfahren innerhalb der Abteilungen sowie die verbindlichen Formen der betriebsinternen Zusammenarbeit sind implementiert. 4. Die Vereinfachung von vier Verwaltungsverfahren ist umgesetzt.	31.12.2026	1. 30% 2. 30% 3. 30% 4. 10%	Ambito amministrativo: 1. Rip. Tecnica, Rip. Prestazioni, Rip. Sviluppo del personale, 2. Rip. amministrazione del personale 4. Rip. Prestazioni, Rip. Acquisti, Ufficio affari generali e assicurazioni, Rip. Informatica, Rip. Amministrazione del personale, Rip. Sviluppo personale Ambito sanitario: 1., 2., 3., Governo clinico e ripartizione Sviluppo del Personale Verwaltungsbereich: 1. Abteilung Technik, Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung, Abteilung für die Personalentwicklung 2. Abteilung für die Personalverwaltung 4. Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung, Abteilung Einkäufe, Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen, Abteilung Informatik, Abteilung für die Personalverwaltung, Abteilung für die Personalentwicklung Sanitätsbereich: 1., 2., 3., Organisationseinheit für die klinische Führung und Abteilung für die Personalentwicklung	Widmann Josef Siller Marianne Armanaschi Luca	Kofler Christian
20	**BSC**	**C.3**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Potenziamento della medicina di genere. Stärkung der geschlechtsspezifischen Medizin. Garantire percorsi clinici personalizzati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che tengano conto delle differenze di genere in tutte le fasi della vita e in tutti gli ambiti di vita e di lavoro. Gewährleistung personalisierter klinischer Verläufe für Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation, die die geschlechtsspezifischen Unterschiede in allen Lebensphasen und in allen Lebens- und Arbeitsbereichen berücksichtigen.	È elaborato e implementato almeno un percorso clinico sulla medicina di genere (infarto, etc.). Es wird mindestens ein klinischer Pfad zur geschlechtsspezifischen Medizin (Herzinfarkt usw.) ausgearbeitet und umgesetzt.	31.12.2026	100%	4 Servizi psichiatrici 4 Servizi Psicologici 3 SERD Bad Bachgart Servizio aziendale di psichiatria e psicoterapia dell'etá evolutica 4 Psychiatrische Dienste, 4 Psychologische Dienste, 3 DfA, Bad Bachgart, KJP	Arcangeli Donatella e Huber Andreas	Widmann Josef
21	**BSC**	**C.4**	**PNRR**	1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento gestione amministrativa PNRR. Verbesserung der Verwaltungsführung PNRR. Garantire che la documentazione di natura amministrativo-contabile, di gara e di performance prodotta sia in linea con le prescrizioni europee, statali, provinciali, aziendali e che vengano mantenuti e rafforzati adeguati istituti di controllo multilivello. Gewährleistung, dass die verwaltungs- und buchhalterische, vergaberechtliche und leistungsbezogene Dokumentation im Einklang mit den europäischen, staatlichen, landesweiten und betriebsinternen Vorgaben steht und dass geeignete mehrstufige Kontrollmechanismen beibehalten und	1. È migliorata la qualità della documentazione per la rendicontazione delle spese PNRR 2. I controlli ex ante sulla documentazione PNRR sono puntuali, completi e tempestivi e la documentazione non necessita di rielaborazioni. 3. Entro fine 2026 tutte le spese PNRR sono rendicontate 4. Tutti i target e le milestones di rilevanza EU e ITA sono rispettati in termini di tempistiche e di documentazione da produrre per la rendicontazione della performance (a dimostrazione del raggiungimento del target). 5. La rendicontazione dei costi relativi al Piano Ospedaliero e al Piano territoriale è puntuale e completa. 1. Die Qualität der Dokumentation für die Abrechnung der PNRR-Ausgaben ist verbessert. 2. Die Ex-ante-Kontrollen der PNRR-Unterlagen sind präzise, vollständig und zeitnah, und die Unterlagen müssen nicht überarbeitet werden. 3. Bis Ende 2026 sind alle Ausgaben im Rahmen des PNRR abgerechnet. 4. Alle EU- und ITA-relevanten Zielvorgaben und Meilensteine werden hinsichtlich der Zeitplanung und der für die Leistungsberichterstattung zu erstellenden Dokumentation (als Nachweis für das Erreichen der Zielvorgaben) eingehalten. 5. Die Kostenabrechnung im Zusammenhang mit dem Krankenhausplan und dem Territorialplan ist fristgerecht und vollständig.	31.12.2026	1. 15% 2. 20% 3. 25% 4. 25% 5. 15%	Tutti i RUP Ripartizione Finanze	Wegher Enrico	Armanaschi Luca

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
22	BSC	C.5	DIGIT	1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Perfezionamento dei flussi informativi per la governance sanitaria. Optimierung der Informationsflüsse für die Gesundheits-Governance. Miglioramento della gestione del Servizio Sanitario Provinciale attraverso l'analisi e il monitoraggio di indicatori utili per la programmazione, il controllo e la valutazione della qualitá delle cure. Verbesserung der Verwaltung des Landesgesundheitsdienstes durch die Analyse und Überwachung von Indikatoren, die für die Planung, Kontrolle und Bewertung der Betreuungsqualität nützlich sind	1. Ripristino della completezza e della qualità dei dati e invii regolari secondo tempistica nazionale per i flussi della farmaceutica ospedaliera e della farmaceutica diretta secondo i rispettivi DM- il numero di ricette inviate mensilmente da ciascun CS non puó essere inferiore al 95% del numero di ricette inviate nello stesso mese dell'anno precedente. 2. Ripristino dell'invio regolare mensile e completo del flusso SDO secondo specifiche provinciali e tempistica ministeriale; il numero di SDO inviate mensilmente da ciascun ospedale non puó essere inferiore al 95% del numero di SDO inviate nello stesso mese dell'anno precedente. 3. Invio puntuale mensile prossimo al 100% delle schede SDO-R per ciascun ricovero effettuato nei reparti cod. 56 e 75 degli ospedali di SABES. 4. Messa a regime della cartella clinica NGH e trasmissione dati flusso FAR per il Centro Lungodegenza Firmian. 5. Completamento del flusso dati delle Memory Clinic aziendali, con la messa a disposizione dei dati dei centri di Brunico e Bressanone oltre a quelli di Bolzano e Merano. 6. Ripristino dell'invio regolare del flusso laboratorio e invio dei dati pregressi con l'aggiunta del campo "Normalità" secondo le specifiche provinciali. 7. Preparazione all'avvio del flusso CEDAP secondo le nuove indicazioni del DM del 5.5.25 che prevede la messa a regime dal 1.1.27 e implementazione del nuovo applicativo nelle unitá operative di ostetricia-ginecologia con interazione con i dati raccolti nei CF pubblici/privati. 8. Messa a regime del flusso giornaliero dei tempi di attesa dal 1° gennaio 2026 verso la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) 9. Garantire l'aggiornamento costante della banca dati delle grandi apparecchiature sanitarie in NSIS , nonché la rilevazione degli indicatori dosimetrici nei tempi indicati e secondo le specifiche nazionali del DM 3.11.2023 10. Aggiornamento degli applicativi e messa a disposizione dei relativi dati alla PAB in ottemperanza all'Applicazione del nuovo ACN. 1. Wiederherstellung der Vollständigkeit und Qualität der Daten sowie regelmäßige Übermittlung gemäß nationalem Zeitplan für die Datenflüsse der Krankenhaus- und Direktpharmazie gemäß den jeweiligen Ministerialverordnungen – die Anzahl der monatlich von jeder CS übermittelten Rezepte darf nicht unter 95 % der im selben Monat des Vorjahres übermittelten Rezepte liegen. 2. Wiederherstellung der regelmäßigen, vollständigen monatlichen Übermittlung des SDO-Flusses gemäß den landesweiten Spezifikationen und dem ministeriellen Zeitplan; die Anzahl der monatlich von jedem Krankenhaus übermittelten SDO darf nicht unter 95% der im selben Monat des Vorjahres übermittelten SDO liegen. 3. Pünktliche monatliche Übermittlung von nahezu 100% der SDO-R-Bögen für jeden Krankenhausaufenthalt in den Abteilungen mit den Codes 56 und 75 der SABES-Krankenhäuser. 4. Etablierung der NGH-Krankenakte und Datenübermittlung des FAR-Flusses für das Zentrum für Langzeitpflege Firmian. 5. Vervollständigung des Datenflusses der betriebsinternen Memory Clinic mit Bereitstellung der Daten der Zentren in Bruneck und Brixen zusätzlich zu denen in Bozen und Meran. 6. Wiederherstellung der regelmäßigen Übermittlung des Laborflusses und Übermittlung der historischen Daten mit Ergänzung des Feldes „Normalität" gemäß den landesweiten Spezifikationen. 7. Vorbereitung auf den Start des CEDAP-Flusses gemäß den neuen Vorgaben der Ministerialverordnung vom 5.5.25, die eine vollständige Implementierung ab dem 1.1.27 vorsieht, sowie Implementierung der neuen Anwendung in den operativen Einheiten für Geburtshilfe und Gynäkologie mit Interaktion mit den in öffentlichen/privaten CFs erhobenen Daten. 8. Etablierung des täglichen Flusses der Wartezeiten ab dem 1. Januar 2026 zur Nationalen Plattform für Wartelisten (PNLA). 9. Sicherstellung der kontinuierlichen Aktualisierung der Datenbank für große medizinische Geräte im NSIS sowie die Erhebung der dosimetrischen Indikatoren innerhalb der vorgegebenen Fristen und gemäß den nationalen Spezifikationen der Ministerialverordnung vom 3.11.2023. 10. Aktualisierung der Anwendungen und Bereitstellung der entsprechenden Daten für die Autonome Provinz Bozen gemäß der Anwendung des	31.12.2026	1. 10% 2. 10% 3. 10% 4. 10% 5. 10% 6. 10% 7. 10% 8. 10% 9. 10% 10. 10%	Ripartizione Controlling Abteilung Controlling	Marsoner Markus	Armanaschi Luca
23	BSC	D.1	DIGIT	1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Implementazione nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). Umsetzung eines neuen Krankenhausinformationssystems (KIS) 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 rete dati e connessione a internet WiFi per le case 1.Verbreitung der Softwaremodule „Aufnahme-Entlassung-Transfer (ADT) und Stationsverwaltung NGH-ADT" 2.Verbreitung der Module der Notaufnahme „NGH - PS" (Next Generation Health - Notaufnahme) und Order Entry „NGH - OE" 3.Implementierung der Softwaremodule für die stationäre elektronische Patientenakte und Pflegeakte „NGH_CCE (Elektronische Patientenakte) für stationäre Aufenthalte" 4.Verbreitung der Softwaremodule für die ambulante elektronische Patientenakte „NGH - CCE ambulant" und des Moduls „NGH - ePrescribe" 5.Implementierung der Softwaremodule NGH - CUP „Einheitliche Vormerkungsstelle" 6.Implementierung des Datennetzes und WLAN-Internetverbindung für die Gemeinschaftshäuser	1. I nuovi Moduli Software ADT e gestione di Reparto sono funzionanti al 100% nel comprensorio sanitario di Bressanone entro il primo trimestre 2026 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 Brunico entro il 30/6/2026 3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero sono funzionanti al 100% entro il 30/6/2026 nel comprensorio sanitario di Bressanone ed entro il 30.9.2026 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 31/3/2026 nel comprensorio sanitario di Brunico 5. Il Modulo Software NGH-CUP " è funzionante al 100% in tutti i comprensori entro il 31.12.2026. 6. Entro il 30 giugno sono attivate le Reti dati e connessione a internet WiFi per le Case della Comunità di Malles, Prato allo Stelvio, Naturno, Lana, Chiusa, Bressanone, Picolein, San Candido. 1. Die neuen Softwaremodule ADT und Stationsverwaltung sind zu 100 % funktionsfähig im Gesundheitsbezirk Brixen bis zum ersten Quartal 2026 und im Gesundheitsbezirk Bruneck bis zum 30.06.2026. 2. Die neuen Softwaremodule „Notaufnahme" und „Order Entry" sind im Gesundheitsbezirk Bruneck bis zum 30.06.2026 zu 100% funktionsfähig. 3. Die Softwaremodule für die stationäre elektronische Patientenakte sind bis zum 30.06.2026 im Gesundheitsbezirk Brixen zu 100% funktionsfähig und bis zum 30.09.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck. 4. Die Softwaremodule für die ambulante Patientenakte „NGH - CCE ambulant" sowie das Modul „NGH - PSM (Verordnung – 4.Verabreichung – Überwachung)" sind zu 100% funktionsfähig bis zum 31.03.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck. 5. Das Softwaremodul NGH-CUP ist bis zum 31.12.2026 in allen Gesundheitsbezirken zu 100% funktionsfähig. 6. Bis zum 30. Juni sind die Datennetze und WLAN-Internetverbindungen für die Gemeinschaftshäuser in Mals, Prad am Stilfserjoch, Naturns, Lana, Klausen, Brixen, Pikolein und Innichen aktiviert.	31.12.2026	1. 25% 2. 15% 3. 15% 4. 15% 5. 15% 6. 15%	1) e 3) Tutti i reparti con posti letto, Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, Governo clinico, Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale. 2) Tutti i reparti di Pronto Soccorso e OBI, Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, Governo clinico, Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale. 4) e 5) Tutti gli ambulatori ospedalieri e territoriali,Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, Governo clinico, Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale. 6) Ripartizione Tecnica, Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, 1) und 3) Alle Stationen mit Betten; Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen, Klinische Führung, Abteilung für Gesundheitsleistungen - und wohnortnahe Versorgung. 2) Alle Notaufnahmen un Notfallstationen; Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen, Klinische Führung, Abteilung für Gesundheitsleistungen - und wohnortnahe Versorgung. 4) und 5) Alle Kankenhaus und ambulanten Praxen; Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen, Klinische Führung, Abteilung für Gesundheitsleistungen - und wohnortnahe Versorgung. 6) Abteilung Technik, Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen,	Toniutti Andrea	Armanaschi Luca

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
24	**BSC**	**D.2**	**DIGIT**	2) Assicurare la trasparenza dell'attività aziendale. Gewährleistung der Transparenz der Betriebstätigkeit	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Introduzione dell'ICD-10, rafforzamento del sistema Tessera Sanitaria (TS) e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Einführung der ICD-10, Stärkung des TS-System ("Tessera Sanitaria") und des FSE ("Fascicolo Sanitario Elettronico") 1. Introduzione dell'ICD-10 per la codifica delle diagnosi nei sistemi e flussi informativi sanitari, secondo le indicazioni del Ministero della salute 2. Recepimento specifiche ministeriali per l'utilizzo dei meccanismi MFA nel sistema TS e adeguamento del sistema SAP e i sistemi di prescrizione ed erogazione aziendali in base agli indirizzi nazionali e alle richieste provinciali 3. 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. 1. Einführung der ICD-10 für die Kodierung der Diagnosen im Gesundheitssystem und den Informationsflüssen gemäß den Vorgaben des Gesundheitsministeriums 2. Umsetzung der ministeriellen Vorgaben für die Verwendung der MFA-Mechanismen im TS-System und Anpassung des SAP-Systems "Sistema di Accoglienza Provinciale" sowie der Verschreibungs- und Abgabesysteme des Sanitätsbetriebes gemäß den nationalen Richtlinien und den landesweiten Anforderungen 3. Anpassung der betrieblichen Informationssysteme für die Speisung des FSE gemäß den ministeriellen Leitlinien für die Einführung des FSE 2.0 und gemäß dem vom Ministerium genehmigten Plan zur technologischen Anpassung der Landesverwaltung	1. Sono recepite le specifiche ministeriali per l'utilizzo dei codici ICD-10 nell'alimentazione dei flussi come da cronoprogramma definito a livello nazionale. Sono adeguati gli applicativi per la produzione dei flussi in base a quanto stabilito negli incontri di coordinamento del gruppo di lavoro nazionale e dai regolamenti di conseguenza adottati. 2. Sono recepite le specifiche ministeriali per l'utilizzo dei meccanismi MFA (Multifactor Autentication) nel dialogo con i servizi di prescrizione ed erogazione, esposti dal Sistema TS, come da cronoprogramma definito a livello nazionale. Sono adeguati il Sistema di Accoglienza Provinciale, i software di prescrizione aziendali e i sistemi di erogazione aziendali interessati, in base a quanto stabilito negli incontri di coordinamento del gruppo di lavoro nazionale e dalle disposizoni di conseguenza adottati. 3. I sistemi aziendali 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. 1. Die ministeriellen Vorgaben für die Verwendung der ICD-10-Codes bei der Einspeisung der Datenflüsse gemäß dem auf nationaler Ebene festgelegten Zeitplan sind umgesetzt. Die Anwendungen für die Erstellung der Datenflüsse sind gemäß den Festlegungen der Koordinierungssitzungen der nationalen Arbeitsgruppe und den entsprechend verabschiedeten Vorschriften angepasst. 2. Die ministeriellen Vorgaben für die Verwendung von MFA-Mechanismen (Multifactor Authentication) im Dialog mit den Verschreibungs- und Erbringungsdiensten, die vom TS-System bereitgestellt werden, werden gemäß dem auf nationaler Ebene festgelegten Zeitplan umgesetzt. Das Provinzaufnahmesystem, die Verschreibungssoftware der Unternehmen und die betroffenen Abgabesysteme der Unternehmen wurden gemäß den Festlegungen der Koordinierungssitzungen der nationalen Arbeitsgruppe und den entsprechend verabschiedeten Bestimmungen angepasst. 3. Die Informationssysteme des Sanitätsbetriebes senden die Dokumente und Daten gemäß den in den Spezifikationen des FSE 2.0 vorgesehenen Standards an das FSE, unter Einhaltung der im POR (Regionaler Operationsplan) des PNRR festgelegten Fristen und gemäß den Bestimmungen des vom Ministerium genehmigten Plans zur technologischen Anpassung der Landesverwaltung.	31.12.2026	1. 20% 2. 30% 3. 40%	FVCO Ginecologie/Gynäkologie 1) Tutti i reparti con posti letto, Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, Governo clinico, Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale. 2) + 3) Tutti i reparti con posti letto,Tutti i reparti di Pronto Soccorso e OBI, Tutti gli ambulatori ospedalieri e territoriali, Direzioni di Comprensorio, Coordinamenti sanitari, Coordinamenti dirigenze tecnico-assistenziali, Coordinamenti amministrativi, Governo clinico, Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale. 1) Alle Stationen mit Betten; Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen, Klinische Führung, Abteilung für Gesundheitsleistungen - und wohnortnahe Versorgung. 2) und 3): Alle Stationen mit Betten; Alle Kankenhaus und territoriale Praxen, Alle Notaufnahmen un Notfallstationen, Betriebsdirektionen, Sanitätskoordinationen, Koordinierende Pflegedienstleitungen, Verwaltungskoordinationen, Klinische Führung, Abteilung für Gesundheitsleistungen - und wohnortnahe Versorgung.	Toniutti Andrea Mancini Marco	Armanaschi Luca/ Widmann Josef
25	**BSC**	**D.3**	**DIGIT**	4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Attuazione della riforma della disabilità. Reform im Bereich der Behinderung. Attuazione della riforma della disabilità ai sensi del D. Lgs. n. 62/2024, il quale innova i criteri e le modalità di accertamento delle condizioni di disabilità (entrata in vigore dall'01.01.2027): previsione della "Valutazione di Base" a carico dell'Azienda sanitaria (affidata dalla legge in via esclusiva all'INPS). Umsetzung der Reform im Bereich Behinderung gemäß GvD Nr. 62/2024, das die Kriterien und Verfahren zur Feststellung des Behinderungsstatus grundlegend erneuert (in Kraft ab dem 01.01.2027): Vorgesehen ist eine „Grundbewertung", die zulasten des Sanitätsbetriebs geht (obwohl sie gesetzlich ausschließlich dem INPS übertragen wurde)	1. L'Azienda ha elaborato, in collaborazione con la Ripartizione Salute, il programma operativo di implementazione del certificato unico e ha realizzato tutti i lavori preparatori per l'avvio a partire dal 01.01.2027. 2. È implementato il programma informatico per la creazione del certificato medico introduttivo (vedi riuso SW INPS) da parte degli MMG/PLS e di tutti i medici certificatori 3. Sono organizzati almeno due corsi di formazione per la valutazione ICD/ICF per i MMG e PLS e per i medici abilitati a rilasciare il certificato. 1. Der Sanitätsbetrieb hat in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit das operative Umsetzungsprogramm für die einheitliche Bescheinigung ausgearbeitet und sämtliche vorbereitenden Maßnahmen für den Starttermin am 01.01.2027 abgeschlossen. 2. Das IT-Programm zur Erstellung des einleitenden ärztlichen Attests (siehe Wiederverwendung der INPS-Software) durch Hausärzte (ÄAM), Kinderärzte (KFW) und alle zertifizierenden Ärzte ist implementiert. 3. Es werden mindestens zwei Schulungskurse zur ICD/ICF-Bewertung für ÄAM und KFW organisiert. Indicatori: 1) Stesura bozza cartacea cert.telematico introduttivo 01.04.2026 (esisitenza della bozza cartacea entro la data stabilita, completezza dei contenuti: struttura del certificato, campi obbligatori, riferimenti normativi); stesura definitiva cartacea CMTI 01.06.2026 (approvazione formale della versione definitiva entro la scadenza; coerenza con la bozza iniziale e con la normativa nazionale; inserimento di eventuali modifiche derivanti da feedback ricevuti; disponibilitá del documento in formato ufficiale e condivisibile); Condivisione con il referente informatico 01.09.2026. Indikatoren: 1) Ausarbeitung des Entwurfs des einleitenden telematischen Zertifikats 01.04.2026 (Vorliegen des Papierentwurfs bis zum festgelegten Termin, Vollständigkeit der Inhalte: Aufbau des Zertifikats, Pflichtfelder, normative Verweise); endgültige Ausarbeitung CMTI 01.06.2026 (Formale Genehmigung der Endfassung bis zum festgelegten Termin; Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Entwurf und der staatlichen Gesetzgebung; Aufnahme eventueller Änderungen aufgrund eingegangenen Feedbacks; Verfügbarkeit des Dokuments in offizieller und teilbarer Form.); Weitergabe an den Referenten Informatik 01.09.2026	31.12.2026	1) 50% 2) 30% 3) 20%	MMG -PLS (SERVIZIO DI MEDICNA DI BASE (Dr.ssa Capici Alessandra), MEDICI OSPEDALIERI. (oncologi, neuropsichiatri, psichiatri, diabetologi, reumatologi e geriatri) Serv.di neurologia e riab. dell'età evolutiva - indir.neuro. Ufficio per i sistemi informativi dei servizi territoriali Hausärzte, Kinderärzte, Dienst für Basismedizin und Krankenhausärzt. (Onkologen, Neuropsychiatern, Psychiatern, Diabetologen, Rheumatologen, Geriatern) D. f.Kinder u.Jugendneurologie u. Rehabilitation - Ausrichtung Neurologie. Amt für die Informationssysteme der territorialen Dienste	Avesani Barbara Toniutti Andrea	Armanaschi Luca
26	**BSC**	**D.4**	**PNRR**	1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Implementazione e perfezionamento nuovi flussi informativi collegati al PNRR. Umsetzung und Verfeinerung der neuen mit dem "PNRR" verbundenen Datenflüsse.	1. Il flusso SICOF è alimentato dai consultori pubblici in modo corretto e completo 2. È avviata la gestione informatizzata di due NUOVI PDTA nelle case della comunità, di cui all'obiettivo A1 punto 1 3. E`effettuata l'analisi complessiva preparatoria, comprensiva della mappatura dei diversi applicativi, da cui estrarre le informazioni richieste per l'alimentazione del flusso SIAP (Sistema informativo assistenza primaria) e predisposto il documento di analisi condiviso con la Provincia. 1. Der SICOF-Datenfluss wird von den öffentlichen Beratungsstellen korrekt und vollständig gespeist. 2. Die digitale Verwaltung von zwei neuen integrierten Betreuungspfaden (PDTA) in den Gemeinschaftshäusern gemäß Ziel A1 Punkt 1 ist gestartet. 3. Die vorbereitende Analyse zur Speisung des SIAP-Datenflusses (Informationssystem für die Primärversorgung) ist durchgeführt.	31.12.2026	1) 35% 2) 40% 3) 25%	Servizi medicina di base dei 4 Comprensori sanitari e DTA del territorio. Ripartizione informatica Coordinatori dirigenti tecnico-assistenziali Dienst für Basismedizin der 4 Gesundheitsbezirke territoriale ärztiche Direktoren und Pflegedienstleiter Informatikabteilung Koordinierende Pflegedienstleiter	Capici Alessandra Toniutti Andrea Toniatti Alessia	Widmann Josef/ Siller Marianne
27	**BSC**	**D.5**	**DIGIT**	4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Sviluppo dell'intelligenza artificiale in Azienda sanitaria. Entwicklung der künstlichen Intelligenz (AI) im Sanitätsbetrieb.	Il progetto sull'IA nell'Azienda sanitaria (progetto Bandiera) è implementato nel rispetto delle scadenze previste. Das Projekt zur künstlichen Intelligenz im Sanitätsbetrieb (Progetto Bandiera) wird unter Einhaltung der vorgesehenen Fristen umgesetz.	31.12.2026	100%	Ripartizione Informatica	Finato Franco	Widmann Josef/ Siller Marianne

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
28	**BSC**	**D.6**		1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Ottimizzazione della comunicazione interna verticale e orizzontale in Azienda sanitaria. Optimierung der internen vertikalen und horizontalen Kommunikation im Sanitätsbetrieb	L'Azienda ha promosso azioni finalizzate a rendere ottimale la comunicazione interna tra vertice, ripartizioni aziendali, comprensori e UO operative e ha inviato una relazione alla Ripartizione salute con l'indicazione dell'esito ottenuto per ogni singola iniziativa. Der Sanitätsbetrieb hat Maßnahmen zur Optimierung der internen Kommunikation zwischen der Betriebsleitung, den Betriebsbereichen, den Bezirken und den operativen Organisationseinheiten gefördert und einen Bericht an die Abteilung Gesundheit geschickt, in dem die Ergebnisse jeder einzelnen Initiative aufgeführt sind. *Indicatori/Indikatoren:* L'Ufficio comunicazione della salute in stretto accordo con la Ripartizione comunicazione ha implemento le seguenti attività: 1) elaborazione di una strategia e un piano di azioni per il 2026 2) implementazione di almeno 2 nuove iniziative che agevolino la comunicazione interna 3) stesura della relazione finale Das Amt für Gesundheitskommunikation hat in enger Abstimmung mit der Kommunikationsabteilung folgende Aktivitäten umgesetzt: 1) Ausarbeitung einer Strategie und eines Maßnahmenplans für das Jahr 2026 2) Umsetzung von mindestens 2 neuen Initiativen zur Förderung der internen Kommunikation 3) Erstellung des Abschlussberichts	31.12.2026	1) 40% 2) 50% 3)10%	Ripartizione comunicazione Ufficio comunicazione della salute Abteilung für Kommunikation Amt für Gesundheitskommunikation	Raffl Lukas	Kofler Christian
29	**BSC**	**E.1**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Sviluppo sistema di controllo della qualità delle strutture pubbliche e private operanti per conto e a carico del Servizio Sanitario Provinciale. Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für öffentliche und private Einrichtungen, die im Auftrag und zulasten des Landesgesundheitsdienstes tätig sind Affinamento del modello di controllo qualità, esiti per le strutture pubbliche e private in attuazione della nuova legge sulla concorrenza L. 118 del 05/08/2022 e DM 19/12/2022. 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.	1. È implementata la disciplina per l'attuazione degli indicatori di valutazione per la selezione delle strutture private accreditate ai fini della stipula di accordi contrattuali di cui al DM 19/12/2022 e ss.mm.ii. 2. E` 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. 3. Sono descritti in apposita relazione aziendale gli esiti di tali controlli e le eventuali motivazioni di specifiche decisioni in rapporto ai contratti con i privati accreditati. 1. Verabschiedung einer Regelung zur Umsetzung der Bewertungsindikatoren, die der Auswahl der akkreditierten privaten Einrichtungen für den Abschluss von Vertragsvereinbarungen gemäß Ministerialdekret vom 19. Dezember 2022 in der jeweils geltenden Fassung dient. 2. Durchführung der Bewertung der Indikatoren in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Angemessenheit der von akkreditierten privaten Anbietern erbrachten Leistungen, um die Auswahl der privaten Einrichtungen für den Abschluss neuer Vertragsvereinbarungen zu ermöglichen. 3. Die Ergebnisse dieser Kontrollen und die eventuellen Gründe für bestimmte Entscheidungen in Bezug auf Verträge mit akkreditierten privaten Einrichtungen sind in einem speziellen Betreibsbericht beschrieben.	31.12.2026	1. 25% 2. 50% 3. 25%	1. Ufficio accordi contrattuali e ripartizione Informatica 2. Ripartizione controlling (per DWH), direttore medico di Bressanone e Ufficio prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale. 3. Ufficio accordi contrattuali e direttore medico di Bressanone. 1. Amt für Vertragsabkommen und Abteilung Informatik 2. Controlling (für DWH), Ärztliche Leitung KH BX, Amt für Krankenhaus-und ambulante fachärztliche Leistungen. 3. Amt für Vertragsabkommen und Ärztliche Leitung KH BX.	Prader Irmgard Mancini Marco	Armanaschi Luca/ Widmann Josef
30	**BSC**	**E.2**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Sviluppo della rete oncologica provinciale. Ausbau des onkologischen Netzwerkes. Nuova proposta di sviluppo della rete oncologica provinciale e attivazione del Molecolar Tumor Board. Neuer Vorschlag zur Entwicklung des landesweiten onkologischen Netzwerks und Aktivierung des Molecular Tumor Boards.	1. Il coordinatore della rete oncologica è stato formalizzato 2. È formalizzata la rete oncologica 3. Sono approvati i PDTA previsti per la rete oncologica 4. È attivato il Molecular Tumorboard. 1. Der Koordinator des Onkologie-Netzwerks wird formell benannt. 2. Das Onkologie-Netzwerk wird formell eingerichtet. 3. Die für das Onkologie-Netzwerk vorgesehenen PDTA werden genehmigt. 4. Das Molekulare Tumorboard wird aktiviert. **Obiettivo per FVCO Oncologia:** 1. Collaborazione alla formalizzazione della rete oncologica da parte della Provincia Autonoma di Bolzano. 2. Sono approvati due PDTA previsti per la rete oncologica (2a polmone e 2b prostata) 3. È attivato il gruppo di lavoro in previsione dell'attivazione – in collaborazione con i colleghi dell'APSS di Trento - del Molecular Tumor Board, è definito il piano di lavoro e avviati i lavori 4. Omogeneizzazione dei Tumor Board aziendali **Ziel für die OFVZ Onkologie:** 1. Mitarbeit an der Formalisierung des onkologischen Netzwerks durch die Autonome Provinz Bozen. 2. Zwei für das Onkologie-Netzwerk vorgesehenen PDTA's (2a Lunge und 2b Prostata) wurden genehmigt. 3. Eine Arbeitsgruppe wurde im Hinblick auf die Aktivierung des Molecular Tumor Board in Zusammenarbeit mit den Kollegen der APSS in Trient aktiviert, der Arbeitsplan wurde festgelegt und die Arbeiten wurden aufgenommen. 4. Vereinheitlichung der betrieblichen Tumor Boards.	31.12.2026	1. 10% 2. 25% 3. 30% 4. 35% pesi per obiettivo per FVCO: 1+2=45% 3+4=55%	**1)** FVCO Oncologia e staff Direzione Sanitaria **2a)** Oncologia Medica Bolzano, Day Hospital Centrale Internistico Merano, Medicina Interna I Bressanone, Medicina Interna Brunico, Chirurgia Vascolare e Toracica Bolzano, Pneumologia Bolzano, Servizio pneumologico Bolzano, Sevizio di Radioterapia oncologica, Geriatria Bolzano, Servizio di dietetica e nutrizione clinica Bolzano, Servizio di Riabilitazione Fisica Bolzano, Palliative Care Bolzano, Servizio di Anatomia Patologica, Radiologia Bolzano, Medicina nucleare, Servizio psicologico Bolzano, Coord. Inf. di Distretto 6-Bassa Atesina Distretto 3 Salto/Sarentino/Renon. **2b)** Oncologia Medica Bolzano, Day Hospital Centrale Internistico Merano, Medicina Interna I Bressanone, Medicina Interna Brunico, Urologia Bolzano, Urologia Merano, Urologia Bressanone, Medicina Nucleare, Sevizio di Radioterapia oncologica, Geriatria Bolzano, Servizio di dietetica e nutrizione clinica Bolzano, Servizio di riabilitazione Fisica Bolzano, Palliative Care Bolzano, Servizio di Anatomia Patologica, Radiologia Bolzano, Medicina nucleare, Servizio psicologico Bolzano, Ambulatorio di stomatoterapia Bolzano. **3)** Oncologia Bolzano, Ematologia Bolzano, Anatomia Patologica, Direzione Sanitaria. **4)** Ematologia Bolzano, ORL Bolzano, Chirurgia generale Bolzano, Direzione sanitaria, Medicina Interna Brunico, Unità organizzativa per il Governo clinico, Oncologia Bolzano, Servizio di Radioterapia oncologica, Chirurgia Generale Merano, Coordinamento direzione 1) FVCO Onkologie und Staff Sanitätsdirektion 2a) Medizinische Onkologie, Zentrales internistisches Day hospital, Innere Medizin Brixen, Innere Medizin Bruneck, Gefäß- und Thoraxchirurgie Bozen, Pneumologie Bozen, Pneumologischer Dienst Bozen, , Geriatrie Bozen, Dienst für Diät und klinische Ernährung Bozen, Dienst für physische Rehabilitation, Palliative Care Bozen, Dienst für pathologische Anatomie, Radiologie Bozen, Nuklearmedizin, Psychologischer Dienst Bozen, Sprengel 6 Unterland Sitz Neumarkt undSprengel 3 Salten/Sarntal/Ritten 2b) Medizinische Onkologie, Zentrales internistisches Day hospital, Innere Medizin Brixen, Innere Medizin Bruneck, Urologie Bozen, Meran, Brixen, Nuklearmedizin, Dienst für onkologische Strahlentherapie, Geriatrie Bozen, Dienst für Diät und klinische Ernährung Bozen, Dienst für physische Rehabilitation, Palliative Care Bozen, Dienst für pathologische Anatomie, Radiologie Bozen, Nuklearmedizin, Psychologischer Dienst Bozen, Ambulatorium für Stomapatienten Bozen. 3) Medizinische Onkologie, Hämatologie Bozen, Dienst für pathologische Anatomie, Sanitäsdirektion. 4) Hämatologie Bozen, HNO Bozen, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Sanitätsdirektion, Innere Medizin Bruneck, Organisationseinheit für die klinische Führung, Medizinische Onkologie, Dienst für onkologische Strahlentherapie, Allgemeine	Tondulli Luca Dealis Cristina	Widmann Josef

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
31	BSC	E.3		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Mobilità sanitaria interregionale: stipulazione accordi di confine. Interregionale Patientenmobilität: Abschluss von Grenzabkommen. Sono stipulati gli accordi di confine con altre Regioni, ai sensi della normativa vigente. Grenzabkommen mit anderen Regionen werden gemäß der geltenden Gesetzgebung abgeschlossen.	L'Azienda Sanitaria ha collaborato attivamente con la Ripartizione Salute, in termini di rilevazione e produzione di dati, analisi del fabbisogno, analisi delle possibilità di internalizzazione ed esternalizzazzione, proposte di tetti di spesa, negoziazioni e quanto necessario per la stipulazione degli accordi di confine con le altre Regioni, ai sensi delle disposizioni vigenti (L.207/2024). Der Sanitätsbetrieb arbeitet aktiv mit der Abteilung Gesundheit zusammen, was die Erhebung und Erstellung von Daten, die Bedarfsanalyse, die Analyse der Möglichkeiten der Internalisierung und Externalisierung, Vorschläge für Ausgabenhöchstgrenzen, Verhandlungen und alles Notwendige für den Abschluss von Grenzvereinbarungen mit anderen Regionen gemäß den geltenden Bestimmungen (Gesetz 207/2024) betrifft.	31.12.2026	100%	Ufficio prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, Ufficio accordi contrattuali, Ufficio mobilitá sanitaria e flussi informativi e assistenza indiretta, Ufficio supporto amministrativo ai servizi distrettuali, Ufficio cure primarie e assistenza territoriale, Ufficio centro unico di prenotazione provinciale. Amt für Krankenhaus-und ambulante fachärtliche Leistungen, Amt für Vertragsabkommen, Amt für Patientenmobilität und Informationsflüsse und indirekte Betreuung, Amt für Unterstützung der Sprengeldienste, Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung, Amt für landesweite, einheitliche Vormerkstelle.	Prader Irmgard	Armanaschi Luca
32	BSC	E.4		1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Coordinamento dei Piani di Emergenza sanitari. Koordinierung der Notfallpläne im Gesundheitswesen. Piani di Emergenza sanitaria: superamento delle criticità note e comuni relative ai diversi Piani (Piano pandemico con PanFlu, Piano emergenza per malattie ad alto impatto HCID, Emergenze radiologiche, Katplan). Gesundheitliche Notfallpläne: Überwindung bekannter und gemeinsamer kritischer Punkte in Bezug auf die verschiedenen Pläne (Pandemieplan mit PanFlu, Notfallplan für Krankheiten mit hoher Auswirkung HCID, Radiologische Notfälle, Katplan)	1. È elaborata una matrice che elenca le misure e le tempistiche attuative comuni ai diversi Piani (prioritariamente: formazione, DPI, logistica). 2. Sono implementate le misure attuative individuate, di cui va data evidenza nel verbale approvato dalla Direzione aziendale. 3. La rendicontazione dei costi relativi ai piani emergenziali è puntuale e completa. 4. Nuovo Piano Pandemico: sono recepite le direttive ministeriali, è elaborato il piano di lavoro, è definito il modello di governance, nominato un gruppo di lavoro e definito il programma operativo, con attività e scadenze. 1. Es wird ein Schema mit den gemeinsamen Maßnahmen und Umsetzungsfristen der verschiedenen Pläne (vorrangig: Schulung, PSA, Logistik) erstellt. 2. Die festgestellten Ausführungsmaßnahmen werden umgesetzt und müssen in dem von der Betriebsleitung genehmigten Protokoll angeführt werden. 3. Die Abrechnung über die Kosten im Zusammenhang mit den Notfallplänen erfolgt pünktlich und vollständig. 4. Neuer Pandemieplan: Die Ministerialrichtlinien werden umgesetzt, der Arbeitsplan wird ausgearbeitet, das Governance-Modell wird festgelegt, eine Arbeitsgruppe wird ernannt und das operative Programm mit Tätigkeiten und Fälligkeiten wird festgelegt. Indicatori/Indikatoren: 1. , 2., 3.: Integrazione dei piani di emergenza sanitaria nel KATPLAN di ASDAA - Allerta congiunta dei decisori e delle risorse di personale secondo il piano KAT, esercitazioni di allarme regolari - Elaborazione di un riepilogo riguardo all'attrezzatura necessaria (es. DPI) per ciascun piano specifico, garanzia di acquisto e approvvigionamento - Concetto di formazione e addestramento di un numero sufficiente di dipendenti - Acquisto delle attrezzature mancanti e rendicontazione dei costi 4. Nuovo Piano Pandemico: a. Stabilito cronoprogramma come da indicazioni ministeriali b. Individuati e Nominati sia Responsabili che gruppi di lavoro per ognuno dei 7.macroambiti o sottoaree del Piano c. Finalizzate le attività previste dal cronoprogramma per il 2026 per ogni ambito. d. Relazione 2026 completata ed inviata entro i termini previsti al MdS 1) Governance del Piano e coordinamento emergenza 2) Sorveglianza integrata 3) Protezione della comunità 4) Servizi sanitari, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e indicazioni cliniche; indicazioni terapeutiche 5) Accesso alle contromisure 6) Formazione e personale sanitario 7) Monitoraggio e valutazione. 1., 2., 3.: - Integration der untergeordneten Notfallpläne im KAT-Plan SABES - gemeinsame Alarmierung der Entscheidungsträger und Personalressourcen gemäß KAT-Plan, regelmässige Alarm-Übung - Übersicht bzgl. notwendiger Ausrüstung (z.B. PSA) pro Detailplan, Sicherstellung Ankauf und Bevorratung - Ausbildungskonzept und Ausbildung ausreichender Menge an Mitarbeitern - Ankauf der fehlenden Ausrüstung und Übersicht über Kosten 4. Neuer Pandemieplan a. Der Zeitplan wurde gemäß den ministeriellen Richtlinien erstellt. b. Für jeden der sieben Makro- bzw. Teilbereiche des Plans wurden Verantworlicher und Arbeitsgruppen gefunden und ernannt. c. Die im Zeitplan 2026 für jeden Bereich vorgesehenen Aktivitäten wurden ausgeführt. d. Der Bericht 2026 wurde fertiggestellt und innerhalb der festgelegten Fristen beim Gesundheitsministerium eingereicht. Maßnahmen auf Landesebene (unabhängig, verknüpft oder abhängig von nationalen Maßnahmen) müssen in den folgenden sieben auf nationaler Ebene festgelegten Makrobereichen entwickelt werden: 1) Plansteuerung und Notfallkoordination 2) Integrierte Überwachung 3) Schutz der Bevölkerung 4) Gesundheitsdienste, Prävention von Krankenhausinfektionen und klinische Indikationen 5) Zugang zu Gegenmaßnahmen 6) Ausbildung und Gesundheitspersonal 7) Monitoring und Evaluierung.	31.12.2026	1. 20% 2. 40% 3. 20% 4. 20%	1. + 2. + 3. Direzioni comprensoriali e ospedaliere dei 7 ospedali Responsabile Malattie Infettive Bolzano Referente Nuovo Piano Pandemico Responsabile Medicina Nucleare EMAR Ripartizione Acquisti Ripartizione Controlling (punto 3) 4. Piano pandemico 1) Governance del Piano e coordinamento emergenza: Dir ASDAA, EMAR; 2) Sorveglianza integrata: SISP, LMV-BZ, PS di tutti gli ospedali, SVET, EMAR; 3) Protezione della comunità: Ripartizione comunicazione con SISP e MALINF 4) Servizi sanitari, prevenzione ICA:, indicazioni terapeutiche: Direzione ASDAA, Ripartizione controlling, EMAR, Direzioni mediche Ospedaliere, Direzioni di Medicina di Base; Dipartimento di Prevenzione con SISP, 5) Accesso alle Contromisure: Direzione Generale con SPP e Direzione Amministrativa, Servizio Farmaceutico, SISP 6) Formazione e Personale: Direzione ASDAA, Ripartizione sviluppo del personale, Ripartizione Gestione del Personale; 7) Monitoraggio e Valutazione: Gruppo di monitoraggio Piano pandemico, Direzione Sanitaria, Referente Sanitario provinciale per le Emergenze, Referente del Piano 1. + 2. + 3. Bezirks- und Krankenhausleitungen der 7 Krankenhäuser Verantwortliche Infektionskrankheiten Referentin Neuer Pandemieplan Verantwortlicher Nuklearmedizin NAI Abteilung Einkäufe Abteilung Controlling (Punkt 3) 4. Neuer Pandemieplan 1) Plansteuerung und Notfallkoordination: SABES Direktion, NAI; 2) Integrierte Überwachung: SISP, Labor für Mikrobiologie und Virologie-BZ, Notaufnahmen aller Krankenhäuser, Veterinärdienst, NAI; 3) Schutz der Bevölkerung: Abteilung Kommunikation mit SISP und MALINF; 4) Gesundheitsdienste, ICA-Prävention, Therapeutische Indikationen: SABES Direktion, Abteilung Controlling, NAI, Ärztliche Direktionen der Krankenhäuser, Direktionen der Basismedizin; Department für Gesundheitsvorsorge mit SISP; 5) Zugang zu Gegenmaßnahmen: Generaldirektion mit Dienst für Arbeitsschutz und Verwaltungsdirektion, Pharmazeutischer Dienst, SISP; 6) Fortbildung und Personalverwaltung: SABES Direktion, Abteilung für Personalentwicklung, Abt. Personalmanagement; 7) Monitoring und Evaluierung: Pandemieplan-Monitoringgruppe, Sanitätsdirektion, Landesgesundheitsbeauftragter für Notfälle, Planbeauftragte	1.2.3 Kaufmann Marc 4. Morosetti Giulia	Widmann Josef

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
35	**BSC**	**E.5**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Garanzia di un servizio sanitario efficace ed efficiente durante le Olimpiadi invernali 2026 in Provincia di Bolzano. Gewährleistung eines effizienten und wirksamen Gesundheitsdienstes für die Olympischen Winterspiele 2026 auf Landesebene.	Preparazione, definizione e attuazione di tutti i requisiti strutturali e organizzativi, anche per quanto riguarda le risorse umane, per garantire un servizio sanitario adeguato durante lo svolgimento dei Giochi Olimpici. Vorbereitung, Festlegung und Umsetzung aller strukturellen und organisatorischen Anforderungen, auch in Bezug auf die Humanressourcen, um während der Olympischen Spiele eine angemessene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.	31.12.2026	100%	Ripartizione Ingegneria clinica Ripartizione Amministrazione del Personale Ripartizione Acquisti Ripartizione Informatica Ripartizione Tecnica e patrimonio Unitá organizzativa per il governo clinico Primari Anestesie e medicina intensiva Primari Pronto soccorso e Ortopedie traumatologia Dipartimento di Prevenzione SISP Laboratorio di Microbiologia e Virologia Malattie infettive Abteilung Medizintechnik Abteilung für die Personalverwaltung Abteilung Einkäufe Abteilung Informatik Abteilung Technik und Vermögen Organisationseinheit für die klinische Führung Primare Anästhesie u. Intensivmedizin Primare Notaufnahmen und Orthopädie/Trauma Department Prävention SISP Labor für Mikrobiologie und Virologie Infektionskrankheiten	Kaufmann Marc	Kofler Christian
36	**BSC**	**E.6**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Miglioramento performance della chirurgia protesica. Verbesserung der Performance der prothetischen Chirurgie Garanzia delle soglie dei volumi definiti dal D.M. 70/2015 per la chirurgia protesica. Sicherstellung der vom M.D. Nr. 70/2015 vorgesehenen Volumenschwellen.	È migliorato l'indicatore dei volumi degli interventi di chirurgia protesica effettuati dai clinici afferenti alle unità operative di Bolzano e Merano: aumento del 20% rispetto all'anno 2024 della somma delle protesi al ginocchio e all'anca, anche attraverso l'elaborazione di un piano di riorganizzazione della presa in carico chirurgica in condivisione delle risorse (sale operatorie, èquipe mobili e posti letto), attivando modelli di collaborazione intercomprensoriali. Der Indikator betreffend das Volumen der prothetischen Chirurgie, die von den Klinikern der operativen Einheiten Bozen und Meran durchgeführt worden sind, ist verbessert: Steigerung von 20% im Vergleich zum Jahr 2024 der Knie- und Hüftprothesen, auch mittels eines Plans zur Neuordnung der chirurgischen Patientenübernahmen, wobei die Ressourcen gemeinsam verwendet werden (Operationssäle, mobile Fachteams und Betten), indem Modelle zur Zusammenarbeit der Bezirke aktiviert werden.	31.12.2026	100%	FVCO Ortopedie; Tutte le anestesie; Dirigenti infermieristici per l'ambito ortopedico e di sala operatoria; Coordinatore infermieristico sale operatorie; Coordinatore del Servizio trasporto pazienti. FVCO Orthopädie Alle Anästhesien Pflegedienstleiter für die Orthopädien und der OP's Pflegekoordinatoren OP Koordinator der Krankentransportdienste	Memminger Michael Kurt Geiszer Gianina Cristina	Widmann Josef/ Siller Marianne
37	**BSC**	**E.7**		3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Riduzione del tasso di ospedalizzazione psichiatrico. Senkung der Hospitalisierungsrate im psychiatrischen Bereich.	1. È ridotto il tasso di ospedalizzazione per acuti in area psichiatrica: - tasso di ospedalizzazione: Comprensorio sanitario di Bressanone riduzione del 10% rispetto al 2024 e Comprensorio sanitario di Brunico riduzione del 15% rispetto al 2024; - ricoveri ripetuti Comprensorio sanitario di Merano: riduzione del 10% rispetto al 2024. 2. Sono definiti, entro il 30.06.2026, percorsi di diagnosi e presa in carico omogenei per almeno due patologie maggiormente rappresentative per l'ambito psichiatrico (con enfasi sull'integrazione ospedale-territorio). 1. Die Hospitalisierunsrate im psychiatrischen Bereich ist verkleinert worden: - Hospitalisierungsrate: Gesundheitsbezirk Brixen, Senkung von 10% im Vergleich zu 2024 und Gesundheitsbezirk Bruneck, Senkung von 15% im Vergleich zu 2024; - wiederholte stationäre Aufnahmen im Gesundheitsbezirk Meran: Senkung von 10% im Vergleich zu 2024. 2. Innerhalb 30.06.2026 sind die einheitlichen Pfade für die Diagnose und die Betreuung für mindestens zwei der Krankheiten, die im psychiatrischen Bereich am häuftigsten vorkommen (mit Nachdruck auf die Integration zwischen Krankenhaus- und wohnortnaher Betreuung), festgelegt.	31.12.2026	1. 30% 2. 70%	1) Servizi psichiatrici di Merano, Bressanone e Brunico. 2) 4 servizi psichiatrici 1) Psychiatrisce Dienste von Meran, Brixen und Bruneck 2) 4 Psychiatrische Dienste	Pycha Roger	Widmann Josef/ Siller Marianne
38	**BSC**	**E.8**		4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Riorganizzazione del centro di chirurgia oncologica senologica. Neuordnung des Zentrums für die onkologische Brust-Chirurgie. Unificazione del centro di chirurgia oncologica senologica per i Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico. Zusammenlegung des Zentrums für onkologische Brustchirurgie in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck.	Definizione del presidio ospedaliero che eroga gli interventi di chirurgia senologica: 1. è elaborato un piano per la gestione del flusso dei pazienti afferenti ad entrambi i comprensori sanitari, secondo il principio hub-spoke, e per la gestione delle modalitè di collaborazione delle èquipe delle due unità operative entro 30.04.2026 2. è approvato il piano da parte della direzione aziendale e implementato a partire da 01.07.2026 3. è migliorato l'indicatore di volume PNE "Intervento per tumore maligno della mammella" e l'indicatore di qualità "Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 gg da intervento conservativo per TM mammella" per l'ospedale hub. Bestimmung des Krankenhauses, in welchem die Eingriffe der Brustchirurgie durchgeführt werden: 1. Ausarbeitung innerhalb 30.04.2026 einies auf dem Hub-and-Spoke-Modell aufbauenden Plans für die Verwaltung des Flusses der Patienten, welche beiden Gesundheitsbezirken angehören, und für die Verwaltung der Modalitäten für die Zusammenarbeit der Teams der beiden Operationseinheiten. 2. Genehmigung des Plans vonseiten der Betriebsdirektion und Umsetzung ab dem 01.07.2026 implementiert. 3. Der PNE-Volumenindikator „Eingriffe für bösartigen Brustkrebs" und der Qualitätsindikator „Anteil an neuen Folgeeingriffen innerhalb 90 Tagen nach einem konservativen Eingriff für Brustkrebs" für das Hub-Krankenhaus ist verbessert.	31.12.2026	1. 50% 2. 20% 3. 30%	Reparto di Ginecologia e Ostetricia di Bressanone e Brunico Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe Brixen und Bruneck	Neeb Oliver	Widmann Josef/ Siller Marianne

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Fonte Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
39	**POA - PAB**			2) Assicurare la trasparenza dell'attività aziendale. Gewährleistung der Transparenz der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento della relazione sulla performance aziendale e della relazione sulla gestione Verbesserung des Berichts zur betrieblichen Performance und des Berichtes zur Gebarung.	È realizzata una proposta di miglioramento della: 1) relazione sulla gestione e 2) relazione sulla Performance, condivisa con l'Organismo indipendente di valutazione OIV e la Ripartizione Salute (23). Es wurde ein Vorschlag zur Verbesserung des: 1) Berichts zur Gebarung und 2) Performanceberichtes ausgearbeitet, der mit dem Unaghängigen Bewertungsorgan UBO und der Abteilung Gesundheit (23) abgestimmt wurde.	31.12.2026	100%	1) Ripartizione Prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale; Ripartizione Controlling; Ripartizione Acquisti; Ripartizione Tecnica e patrimonio 1) Abteilung Gesundheitleistungen und wohnortnahe; Abteilung Controlling; Abteilung Einkäufe; Abteilung Technik und Vermögen. 2) Ripartizioni amministrative coinvolte nel PIAO (Piano integrato di attivitá e organizzazione) Rip Controlling, Rip Amministrazione del personale, Rip Sviluppo del personale, 4 DAO; Rip Comunicazione; Rip Finanze, Rip Informatica, Trasparenza e anticorruzione, Ufficio prevenzione e protezione 2) Am ITOP (Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan) beteiligten Verwaltungsabteilungen; Abteilung Controlling, Abteilung für die Personalverwaltung, Abteilung für die Personalentwicklung, 4 KVD; Abteilung Kommunikation; Abteilung Finanzen; Abteilung Informatik; Büro Transparenz; Amt für Arbeitssicherheit und -schutz	1) Biasi Roberta 2) Marsoner Markus	Armanaschi Luca
40	**POA - PAB**			2) Assicurare la trasparenza dell'attività aziendale. Gewährleistung der Transparenz der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Sistema di misurazione e valutazione della performance SMVP - Aggiornamento della procedura aziendale di programmazione, verifica e valutazione System zur Messung und Bewertung der Performance SMBP – Aktualisierung der Betreibsprozedur zur Planung, Überprüfung und Bewertung	La procedura aziendale è aggiornata, alla luce del decreto della Direttrice della Ripartizione Salute della Provincia autonoma di Bolzano "Procedure relative ai documenti di programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Provinciale" nella versione vigente e delle istanze dell'Organismo indipendente di valutazione OIV. Die Betriebsprozedur ist im Einklang mit dem Dekret der Abteilung Gesundheit der Autonome Provinz Bozen-Südtirol "Verfahren bezüglich Planungs- und Bewertungsdokumente des Landesgesundheitsdienstes" in geltender Fassung und den Eingaben des Unabhängigen Bewertungsorgan UBO aktualisiert.	31.12.2026	100%	Rip. Amministrazione del personale, Rip. Sviluppo del personale, Rip Controlling. Abteilung für die Personalverwaltung, Abteilung für die Personalentwicklung, Abteilung Controlling,	Marsoner Markus	Armanaschi Luca
41	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Definizione della procedura sul sistema premiante Definition des Verfahrens für das Belohnungssystem	E` ridefinito il sistema premiante, con procedura e relativi criteri. Das Belohnungssystem wurde neu definiert, einschließlich des Verfahrens und der entsprechenden Kriterien.	31.12.2026	100%	Rip Sviluppo del personale. Uff. Sviluppo della carriera, produttività e performance Rip. Amministrazione del personale Uff. gestione economica del rapporto di lavoro Rip. Pianificazione e controllo Abteilung für die Personalentwicklung, Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität Abteilung für die Personalverwaltung. Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses Abteilung Planung und Controlling	Matscher Martin	Armanaschi Luca
43	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento riconciliazione crediti (modi, tempi e risultati) Verbesserung der Forderungsabstimmung (Methoden, Zeitaufwand und Ergebnisse)	Sono riconciliati al 100% i crediti e i debiti in conto capitale tra Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e Provincia. Die Forderungen und Verbindlichkeiten zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und der Provinz sind zu 100 % ausgeglichen.	31.12.2026	100%	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimonio Abteilung Einkäufe; Abteilung Technik und Vermögen.	Biasi Roberta	Armanaschi Luca
44	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Sono implementate le procedure per l'anticipo delle rendicontazioni e il rispetto delle tempistiche di approvazione dei bilanci dell'Azienda sanitaria Es wurden Verfahren für die vorzeitige Rechnungslegung und die Einhaltung der Fristen für die Genehmigung der Jahresabschlüsse des Sanitätsbetreibes eingeführt.	Definire ulteriori affinamenti: -richieste periodiche di rendicontazione ai responsabili per i principali finanziamenti finalizzati/vincolati. Weitere Verfeinerungen definieren: -regelmäßige Berichterstattungsanforderungen an die Verantwortlichen für die wichtigsten zweckgebundenen/gebundenen Finanzierungen. COSTI RELATIVI A FINANZIAMENTI ANNI PRECEDENTI Ripartizione Finanze I costi relativi a finanziamenti degli esercizi precedenti vengono richiesti dalla Ripartizione Finanze alle diverse Ripartizioni entro il 01 novembre 2026. Le rendicontazioni dei costi comunicati (o quantificati direttamente dalla Rip. Finanze) vengono trasmesse da quest'ultima alla PAB entro il 20.11.2026. Ripartizioni Prestazioni, Personale, Sviluppo del personale, Controlling, Dipartimento di Prevenzione, ecc. I costi relativi a finanziamenti degli esercizi precedenti vengono comunicati alla Ripartizione Finanze entro il 15.11.2026. Eventuali ulteriori costi sono rendicontati nei termini stabiliti per la rendicontazione di quelli coperti con assegnazioni dell'esercizio. COSTI RELATIVI A FINANZIAMENTI DELL'ESERCIZIO Ripartizione Finanze I costi relativi a finanziamenti dell'esercizio vengono richiesti dalla Ripartizione Finanze alle diverse Ripartizioni/servizi entro il 20.01.2027. Le rendicontazioni pervenute e quelle predisposte direttamente dalla Rip. Finanze vengono trasmesse alla PAB entro il 28.02.2027. Ripartizioni Prestazioni, Personale, Sviluppo del personale, Controlling, Dipartimento di Prevenzione, ecc. I costi relativi a finanziamenti dell'esercizio vengono comunicati alla Ripartizione Finanze entro il 05.02.2027, anche nel caso in cui,	31.12.2026	100%	Ripartizione Prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale; Ripartizione Amministrazione del personale Dipartimento di Prevenzione Direzione sanitaria Servizi farmaceutici Ripartizione Sviluppo del Personale Ripartizione Controlling Abteilung Gesundheitleistungen und wohnortnahe; Abteilung für die Personalverwaltung; Abteilung für Prävention; Sanitätsdirektion; Pharmazeutische Dienste Abteilung Personalentwicklung Abteilung Controlling	Biasi Roberta	Armanaschi Luca

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Fonte Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
							KOSTEN IM ZUSAMMENHANG MIT FINANZIERUNGEN AUS VORJAHREN Abteilung Finanzen Die Kosten im Zusammenhang mit Finanzierungen aus früheren Geschäftsjahren werden von der Abteilung Finanzen bis zum 1. November 2026 von den verschiedenen Abteilungen angefordert. Die Abrechnungen der gemeldeten Kosten (oder direkt von der Abteilung Finanzen quantifiziert) werden von dieser bis zum 20.11.2026 an die PAB übermittelt. Abteilungen Leistungen, Personal, Personalentwicklung, Controlling, Departement für Gesundheitsvorsorge, usw. Die Referenten teilen innerhalb 15.11.2026 der Abteilung Finanzen die Kosten im Zusammenhang mit Finanzierungen aus früheren Geschäftsjahren mit. Zusätzliche Kosten werden innerhalb der für die Abrechnung der durch Zuweisungen des Geschäftsjahres gedeckten Kosten festgelegten Fristen verrechnet. KOSTEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER FINANZIERUNG DES GESCHÄFTSJAHRES Abteilung Finanzen Die Kosten für die Finanzierungen des Geschäftsjahres werden von der Abteilung Finanzen bis zum 20.01.2027 bei den verschiedenen Abteilungen/Diensten angefordert. Die Abteilung Finanzen übermittelt der PAB die eingegangenen und die direkt erstellten Abrechnungen bis zum 28.02.2027. Abteilungen Leistungen, Personal, Personalentwicklung, Controlling, Departement für Gesundheitsvorsorge, usw. Die Referenten teilen der Finanzabteilung bis zum 05.02.2027 die durch Finanzierungen des Geschäftsjahres gedeckten Kosten mit, auch wenn die Landesämter längere oder keine Fristen für die Rechnungslegung festgelegt haben. Die Referenten fordern die Lieferanten auf, noch nicht eingegangene Passivrechnungen, die das Geschäftsjahr betreffen, zu übermitteln.					
45	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento della governance programmatoria-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 Programmplanung, Bewertung, Organisation, Verwaltung und Finanzlage des Sanitätsbetriebes, auch nach Abschluss des Projekts zur Zertifizierung der Bilanz und der Verwaltungssysteme. Implementare il piano di mitigazione dei rischi concordato con l'Internal Auditing, con riferimento esclusivo agli interventi relativi alle anomalie classificate a rischio potenziale elevato. Den mit der Internen Revision vereinbarten Risikominderungsplan umsetzen, wobei ausschließlich Maßnahmen in Bezug auf Anomalien mit hohem potenziellen Risiko zu	Sono definiti e implementati gli interventi relativi ai principali rilievi mossi dall'Audit dell'Azienda: nr interventi /nr problemi e nr problemi risolti/nr criticità rilevate. Es sind Maßnahmen definiert und umgesetzt, die sich auf die wichtigsten Feststellungen des Betriebs-Audits beziehen: Anzahl der Maßnahmen / Anzahl der Probleme sowie Anzahl der gelösten Probleme / Anzahl der festgestellten Kritikpunkte. % interventi chiusi su totale interventi ad alto rischio ≥ 60% La scelta di una soglia pari ad almeno il 60% è motivata dalla necessità di garantire un obiettivo sfidante ma realistico, tenendo conto di fattori organizzativi e operativi che possono incidere sui tempi di attuazione, quali: • complessità tecnica di alcuni interventi, che può richiedere analisi approfondite o approvazioni multilivello. • dipendenza da risorse esterne o interfunzionali, non sempre immediatamente disponibili. • priorità aziendali e vincoli di budget, che possono influire sulla pianificazione. Questa soglia consente di misurare in modo oggettivo il progresso sostanziale nella mitigazione dei rischi ad alto impatto, pur riconoscendo che il completamento integrale (100%) potrebbe non essere compatibile con i tempi e le risorse del ciclo di riferimento. % abgeschlossene Maßnahmen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Maßnahmen mit hohem Risiko ≥ 60 % Die Wahl eines Schwellenwerts von mindestens 60 % ist durch die Notwendigkeit begründet, ein anspruchsvolles, aber realistisches Ziel zu gewährleisten, wobei organisatorische und operative Faktoren zu berücksichtigen sind, die sich auf die Umsetzungsfristen auswirken können, wie z. B.: • die technische Komplexität einiger Maßnahmen, die eingehende Analysen oder Genehmigungen auf mehreren Ebenen erfordern kann. • Abhängigkeit von externen oder funktionsübergreifenden Ressourcen, die nicht immer sofort verfügbar sind. • Unternehmensprioritäten und Budgetbeschränkungen, die sich auf die Planung auswirken können. Dieser Schwellenwert ermöglicht eine objektive Messung der wesentlichen Fortschritte bei der Minderung von Risiken mit hoher Auswirkung, wobei jedoch anerkannt wird, dass eine vollständige Umsetzung (100 %) möglicherweise nicht mit dem Zeitplan und den Ressourcen des Referenzzyklus vereinbar ist.	31.12.2026	100%	Ripartizione Informatica Staff Privacy Ripartizione Prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale Ripartizione Sviluppo del Personale Ripartizione Ingegneria clinica Abteilung Informatik Staff Privacy Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung Abteilung für die Personalentwicklung Abteilung Medizintechnick	Catapano Luigi	Armanaschi Luca
46	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento della governance programmatoria-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 Programmplanung, Bewertung, Organisation, Verwaltung und Finanzlage des Sanitätsbetriebes, auch nach Abschluss des Projekts zur Zertifizierung der Bilanz und der Verwaltungssysteme.	Adeguamento del piano dei conti pdc e dei modelli CE e SP prodotti dall'Azienda al sistema contabile introdotto a livello europeo ACCRUAL. Anpassung des Kontenplans und der vom Unternehmen erstellten CE- und SP-Modelle an das auf europäischer Ebene eingeführte Buchhaltungssystem ACCRUAL.	31.12.2026	100%	Ripartizione Finanze Abteilungen Finanzen	Biasi Roberta	Armanaschi Luca
47	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	È definito un piano di efficientamento (razionalizzazione) della spesa triennale nel rispetto della sostenibilità di lungo periodo Es wird ein Plan zur Effizienzsteigerung (Rationalisierung) der Ausgaben für drei Jahre unter Berücksichtigung der langfristigen Nachhaltigkeit festgelegt.	Definire ulteriori affinamenti: -allineamento del piano alle misure provinciali (delibera) -monitoraggio e valutazione quantitativa/qualitativa da parte dei responsabili delle misure adottate Weitere Verfeinerungen festlegen: -Anpassung des Plans an die Maßnahmen der Landesverwaltung (Beschluss) -Überwachung und quantitative/qualitative Bewertung der getroffenen Maßnahmen durch die Verantwortlichen	31.12.2026	100%	Direzione Strategica aziendale Tutte le Ripartizioni dell'Azienda Betriebsdirektion Alle Abteilungen des Betriebs.	Biasi Roberta Marsoner Markus	Armanaschi Luca
48	**POA - PAB**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Personal: Entwicklung, Rekrutierung und Bindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklug von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Rendicontazione piani emergenziali (Panflu etc, Piano ospedaliero e territoriale) puntuale e completa Pünktliche und vollständige Berichterstattung zu den Notfallplänen (Panflu etc., Notfallplan Krankenhaus und Territorium)	Definire ulteriori affinamenti: -periodica messa a disposizione, da parte dei Responsabili unici di procedimento RUP e/o del referente del piano, della documentazione richiesta dal Ministero. Weitere Verfeinerungen festlegen: -Regelmäßige Bereitstellung der vom Ministerium angeforderten Unterlagen durch die Einheitlichen Verfahrensverantwortliche EVV und/oder den Planbeauftragten.	31.12.2026	100%	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimonio Dipartimento di prevenzione Abteilung Einkäufe; Abteilung Technik und Vermögen. Abteilung für Prävention	Biasi Roberta, Marsoner Markus	Armanaschi Luca

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nr.	Font e Quelle	BSC 2026	Obiettivo strategico Strategisches Ziel	Dimensioni PIAO DL 80/21 Dimensionen PIAO GD 80/21	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo Ziel	Risultato atteso misurabile Erwartetes messbares Ergebnis	entro il innerhalb	Criteri per la valutazione lineare Kriterien zur linearen Bewertung	Ambiti coinvolti Betroffene Bereiche	Referente aziendale Betriebsreferent	Tutor della direzione aziendale Tutor Betriebsdirektion
62	**RM**			4) Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Ingineering von Prozessen auch in Bezug auf den Bürgerzugang.	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Corretta gestione della cartella clinica. Utilizzo della checklist prevista per la corretta chiusura della cartella clinica Korrekte Führung der Krankengeschichte Anwendung der vorgesehenen Checkliste für den korrekten Abschluss der Krankengeschichte	A) Le disposizioni per la corretta gestione della cartella clinica secondo le direttive aziendali ID 1887/15 "Istruzioni per la gestione della cartella clinica e della documentazione clinica aggiuntiva" sono rispettate. Attraverso l'applicazione delle checklist previste, viene verificata la completezza della documentazione clinica prima dell'archiviazione della cartella clinica, al fine di garantire il rispetto delle normative legali e aziendali. B) Vengono effettuati controlli a campione dal gruppo di lavoro NUVAS con un minimo di 30 cartelle cliniche per singolo reparto/servizio nel 2026, suddivisi: 1. 03/2026 2. 06/2026 3. 09/2026 A) Die Vorgaben zur korrekten Führung der Krankengeschichte laut Betriebsvorgabe ID 1887/15 "Anweisung zur Führung der Krankengeschichte und der weiteren klinischen Dokumentation" werden erfüllt. Durch die Anwendung der vorgesehenen Checklisten wird die Vollständigkeit der klinischen Dokumentation vor der Archivierung der Krankengeschichte überprüft, damit die gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben eingehalten werden. B) Stichprobenartige Kontrollen durch die NUVAS-Arbeitsgruppe werden durchgeführt; mindestens 30 Krankengeschichten für jede Abteilung/Dienst im Jahr 2026, unterteilt: 1. 03/2026 2. 06/2026 3. 09/2026	31.12.2026	A) 50% B) 50%	Direttori di tutti i reparti/servizi, che assistono pazienti ricoverati Componenti NUVAS Direktoren aller Abteilungen/Dienste , die Patienten stationär betreuen Mitglieder NUVAS	Neeb Oliver	Widmann Josef
90	**DA - VD**			1) Assicurare la qualità dell'attività aziendale. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione: D) Informationssysteme und IT-Unterstützung. Verbesserung der Kommunikation	Monitoraggio sul rispetto degli accordi contrattuali e delle indicazioni aziendali per le prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti rese dalle strutture private convenzionate	a) Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria e Ripartizione Prestazioni Sanitarie ed Assistenza Territoriale del piano dei controlli sulle cartelle cliniche prodotte dalle strutture pubbliche e private convenzionate ai sensi della normativa vigente entro il 28 febbraio 2026. Nel Piano devono essere previsti specifici controlli di appropriatezza e di contenuto e qualità della documentazione clinica sul 15% delle cartelle cliniche prodotte dalle strutture private convenzionate. b) Per quanto attiene i controlli sulle cartelle cliniche delle strutture private convenzionate, invio di una relazione annuale entro il 28.02.2027 alla Direzione sanitaria e Ripartizione Prestazioni sanitarie ed Assistenza Territoriale sugli esiti di tali controlli effettuati per ciascuna struttura privata. c) Esecuzione di almeno 3 visite ispettive annue presso le strutture private convenzionate, volte a verificare la qualità e la corrispondenza dei dati inseriti nelle cartelle cliniche, con relativa stesura di un verbale di ispezione da trasmettere alla Ripartizione Prestazioni Sanitarie ed Assistenza Territoriale entro il 31.12.2026 a) 28.02.2026 b) 28.02.2027 c) 31.12.2026	31.12.2026	a) 60% b) 20% c) 20%	NUVAS (Mancini Marco)	Mancini Marco	Widmann Josef
100	**POA - PAB**			3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	1. Implementazione delle azioni nel rispetto degli indicatori concordati tra Gruppo di monitoraggio PPP (Piano Provinciale Prevenzione) Coordinatrice operativa PPP e Referenti di programma. 2. Elaborazione del Piano Provinciale della Prevenzione nel rispetto delle tempistiche e delle modalità definite nell'atto di recepimento del Piano nazionale prevenzione PNP. 1. Umsetzung der Maßnahmen unter Einhaltung der zwischen der Landespräventionsplan LPP-Überwachungsgruppe (Landesplan), der operativen LPP-Koordinatorin und den Programmbeauftragten vereinbarten Indikatoren. 2. Ausarbeitung des Präventionsplans des Landes unter Einhaltung der Fristen und Modalitäten, die in der Umsetzungsurkunde des Nationalen	1. Le azioni e la relativa rendicontazione al Gruppo di monitoraggio è effettuata secondo le modalità definite dal Gruppo stesso: è implementato almeno il 70% delle azioni. 2. Secondo le tempistiche e le modalità definite da Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanitá, Coordinamento delle Regioni e P.A. e secondo delle indicazioni contenute nell'atto di recepimento del PNP: a. i campi della Piattaforma di pianificazione ministeriale sono compilati; b. il testo del PPP è elaborato in lingua Ita. e Ted. per essere approvato con delibera della Giunta provinciale. 1. Die Maßnahmen und die entsprechende Berichterstattung an die Überwachungsgruppe erfolgen gemäß den von dieser Gruppe festgelegten Modalitäten: mindestens 70 % der Maßnahmen werden umgesetzt. 2. Gemäß den vom Gesundheitsministerium, dem ISS, der Koordinierungsstelle der Regionen und der autonomen Provinzen festgelegten Fristen und Modalitäten und gemäß den Angaben in der Umsetzungsurkunde des Nationalen Präventionsplans NPP: a. die Felder der ministeriellen Planungsplattform sind ausgefüllt; b. der Text des LPP in italienischer und deutscher Sprache ist ausgearbeitet, um mit Beschluss der Landesregierung genehmigt zu werden.	31.12.2026	1) 100% 2) 100%: a) 50% b) 50%	Dipartimento di Prevenzione SISP SIAN Medicina dello Sport Medicina del lavoro Servizio Veterinario Aziendale SERD Geriatria Präventionsdepartment SISP SIAN Sportmedizin Dienst für Arbeitsmedizin Tierärztlicher Dienst DfA Geriatrie	Regele Dagmar Ramus Dennis	Kofler Christian
101	**RM**			3) Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen.	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera ed emergenziale; controllo della relativa qualità e degli esiti: E) Ausbau des Netzwerks für Krankenhaus- und Notfallversorgung; Kontrolle der entsprechenden Qualität und Ergebnisse	Azioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle von behandlungsassoziierten Infektionen (HCI)	Monitorare e ridurre le ICA attraverso sorveglianza epidemiologica, formazione mirata e verifica delle pratiche assistenziali. Überwachung und Reduzierung von ICA durch epidemiologische Überwachung, gezielte Schulungen und Überprüfung der pflegerischen Maßnahmen. Indicatori: 1. Tasso di infezioni del sito chirurgico (ISC) per categoria (protesi di anca e ginocchio, intervento di colecisti, taglio cesareo), attraverso una sorveglianza di almeno 3 mesi secondo il sistema SNICH2. Report sulla sorveglianza ISC trasmesso ai reparti coinvolti. ISC*100 / interventi per categoria□ 2. Tasso di adesione all'igiene delle mani in ospedale (A) e sul territorio/assistenza domiciliare (B) Verifica dell'adesione all' igiene delle mani (osservazione diretta o autovalutazione+ altro strumento) nei reparti/servizi territoriali individuati come da procedura ID 2351/22, con elaborazione e restituzione finale del report con il reparto /servizio A Numero di occasioni all'igiene delle mani /totale delle osservazioni. B Numero di autovalutazioni con analisi del secondo strumento scelto. 3. Nomina dei referenti per il rischio infettivo (1 medico, 1 infermiere per reparto) e formazione dedicata nel secondo semestre dell'anno Ore di formazione/anno. 4. Effettuazione di screening MRSA, VRE e MDR-GN al momento dell'ammissione, ed ogni 7 giorni in seguito, nei dipartimenti di seguito definiti e individuati nella linea guida aziendale 653/18. Indikatoren:	31.12.2026	1. 25% 2 A 15% 2 B 10% 3. 25% 4. 25%	1) Direzione Medica, Igiene Ospedaliera, referente aziendale AMS (L. Pagani) CIO, CICA, reparti chirurgici interessati (ortopedia, ginecologia-ostetrica, chirurgia) 2) Direzione medica ospedaliera e direzione medica territoriale 3) Personale medico e infermieristico delle UUOO definite ad alto rischio, secondo la procedura 653/18; Direzione Medica, Igiene Ospedaliera, referente aziendale AMS (L. Pagani) CIO, CICA, 4) Personale medico e infermieristico delle UUOO, secondo procedura 653/18, quali: Terapia intensiva , urologia, chirurgia, ortopedia, nefrologia e dialisi, gastroenterologia,; Personale dei laboratori di microbiologia, incaricati dell'analisi dei campioni; Direzione Medica, Igiene Ospedaliera, referente aziendale AMS (L. Pagani) CIO, CICA.	Loss Rosanna Pagani Leonardo	Neeb Oliver

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

SEKTION 2.3 ITOP I BESCHREIBENDER TEIL KORRUPTIONSPRÄVENTION UND TRANSPARENZ

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

© Südtiroler Sanitätsbetrieb – 2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INHALT

Verwendete Akronyme **5**

Vorwort **6**

Rechtliche Rahmenbedingungen 6
Konzept der Korruption 6
Konzept des Interessenkonflikts 6
Hauptinstrumente zur Korruptionsprävention 7
Der D.P.K.P.T. und ITOP 7
Die Verbindung zwischen dem Präventionssystem und dem PNRR 8

Umfeld, in dem der Südtiroler Sanitätsbetrieb tätig ist **13**

Analyse des externen Umfelds **14**

Analyse des internen Umfelds **14**

Externe Beteiligte 34
Interne Beteiligte 34

Aktivitäten zur Risikoanalyse **39**

Modellierung und Überwachung der Entscheidungsprozesse 41
Überwachung der Verfahrensfristen 42

Risikobereiche **43**

A - Kontrollen, Überprüfungen und Inspektionen 44
B – Abteilung Personalverwaltung und Abteilung Personalentwicklung 50
C – Öffentliche Verträge 50
D - Arzneimittel, Geräte und andere Technologien: Bereich klinische Studien und Gesundheitsforschung 53
Arzneimittelbereich: 53
E – Konventionierte private Sanitätsstrukturen 60
F - Wartelisten 62
G - Freiberufliche Tätigkeit Intramoenia (FBT) 60
H – Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten 68
I – Ableben im Krankenhaus 70
J – Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin 71
K – Betrieblicher Dienst für Sportmedizin 71
L – Betrieblicher Tierärztlicher Dienst 71
M - Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen 75
N – Betriebskindergarten und konventionierte Kindertagesstätte 75
O – Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) 78
P – Vermögensverwaltung und Immobilienverwaltung 81
Q – Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung S.I.A.N. (betrieblicher Dienst) 81
R – Mykologische Kontrollstelle 83
S – Umweltmedizin 81
T - Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.) 84
U – Sponsoring 84
V – Parkplatzverwaltung 84
W – Schenkungen 85
X – Internal Auditing 85
Z – Logistik 86

Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung **87**

Weiterbildung 87
Vereinfachung der Verwaltung 89
Zusätzliche bereichsübergreifende Maßnahmen und Aktivitäten zur Korruptionsbekämpfung 93
Rotation des Personals 96

Sektion Transparenz und Integrität **101**

Rechtlicher Rahmen und PNRR 111
Haupttätigkeiten 111
Strategische Zielsetzungen - Transparenz 113
Bewertung des Erreichungsgrades der gesetzten Ziele - Transparenz 115
Kommunikationsinitiativen und Instrumente zur Verbreitung der veröffentlichten Daten 115
Transparenz-Tage 116
Einrichtungen, die für die Datenproduktion, -übertragung, -veröffentlichung und -aktualisierung verantwortlich sind 116
Organisatorische Maßnahmen für die Regelmäßigkeit und Rechtzeitigkeit der Informationsflüsse 117
Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung der Transparenzpflichten 117
Instrumente und Methoden zur Erkennung der tatsächlichen Verwendung von Daten durch die Nutzer der Sektion "Transparente Verwaltung" 118

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Referenten für Transparenz ... 118
Bürgerzugang und Allgemeiner Bürgerzugang ... 118
Zusätzliche Daten ... 120

Kontrolle der Umsetzung von Maßnahmen (Überwachung) ... **121**

Risikomanagement ... **122**

Aktualisierung des Plans ... **123**

Sektion 2.3 ITOP II: Modellierung der Entscheidungsprozesse und Risikoanalyse
Sektion 2.3 ITOP III: Liste der geltenden Veröffentlichungspflichten

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Verwendete Akronyme

ANAC	Italienische Behörde für Korruptionsbekämpfung und für die Bewertung der Transparenz der öffentlichen Verwaltungen (kurz Italienische Antikorruptionsbehörde)
Ö.V.	Öffentliche Verwaltung
NAKP	Nationaler Antikorruptionsplan (P.N.A.)
C.I.V.I.T.	Unabhängige Kommission für die Bewertung der Transparenz und Integrität der Ö.V.
O.I.V.	Unabhängiges Bewertungsorgan (Organismo Indipendente di Valutazione)
ITOP	Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan
PP	Performance-Plan
D.P.K.P.T.	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz
D.P.T.I.	Dreijahresplan zur Transparenz und Integrität
A.K.T.B.	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter
A.K.B.	Antikorruptionsbeauftragter
T.B.	Transparenzbeauftragter
L.G.D.	Landesgesundheitsdienst
S.N.A.	Nationale Hochschule für Verwaltung (Scuola Nazionale di Amministrazione)
U.P.D.	Amt für Disziplinarverfahren (Ufficio Procedimenti Disciplinari)
G.v.D./Lgs.D.	Gesetzvertretendes Dekret
G.D.	Gesetzesdekret
D.P.R.	Dekret des Präsidenten der Republik
D.F.P.	Departement für den öffentlichen Dienst
LEA	Wesentliche Betreuungsstandards
BPM	Business Process Management
SB	Sanitätsbetrieb
GB	Gesundheitsbezirk
EGA	Elektronische Gesundheitsakte
SSN	Nationaler Gesundheitsdienst

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Vorwort[1]

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Quellen sind zusammenfassend folgende:

- Gesetz Nr. 190 vom 6. November 2012 mit dem Titel "Bestimmungen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Korruption und Rechtswidrigkeit in der öffentlichen Verwaltung";
- gesetzesvertretende Dekret Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 über die Optimierung der öffentlichen Dienstleistungen, der Effizienz und Transparenz der öffentlichen Verwaltungen;
- gesetzesvertretende Dekret Nr. 33 vom 14. März 2013 das Vorschriften bezüglich der Verpflichtungen zur Veröffentlichung, Transparenz und Verbreitung von Informationen der öffentlichen Verwaltungen enthält;
- gesetzesvertretende Dekret Nr. 39 vom 8. April 2013 "Bestimmungen zum Thema Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit von Aufträgen in öffentlichen Verwaltungen und in privaten Körperschaften unter öffentlicher Kontrolle gemäß Artikel 1, Absätze 49 und 50, des Gesetzes Nr. 190 vom 6. November 2012";
- D.P.R. Nr. 62 vom 16. April 2013 bzgl. dem "Verhaltenskodex für die Bediensteten der öffentlichen Verwaltungen";
- Gesetz Nr. 124 vom 7. August 2015;
- Gesetzesdekret Nr. 97 vom 25. Mai 2016;
- nationale Antikorruptionspläne (P.N.A.);
- Art. 6 des GD Nr. 80 vom 09. Juni 2021 (siehe auch: https://piao.dfp.gov.it/)
- G.v.D. Nr. 36/2023.

(weitere Informationen sind hier abrufbar: https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/korruption.asp)

Konzept der Korruption

Der Begriff der Korruption umfasst die verschiedenen Situationen, in denen eine Person im Rahmen der Verwaltungstätigkeit, die ihr anvertraute Macht missbraucht, um - aber nicht nur - private Vorteile zu erlangen. Die relevanten Situationen sind daher weiter gefasst als die strafrechtlichen Tatbestände, die in den Artikeln 318, 319 und 319ter des Strafgesetzbuches geregelt sind, und sind so weit gefasst, dass sie auch Situationen einbeziehen, in denen - unabhängig von der strafrechtlichen Relevanz - eine Funktionsstörung der Verwaltung aufgrund der Nutzung der übertragenen Funktionen für private Zwecke oder die Verunreinigung des Verwaltungshandelns *ab externo* offenkundig ist, unabhängig davon, ob ein solches Handeln erfolgreich ist oder ob es auf der Ebene eines Versuchs bleibt. Als solches muss, dieses Konzept Teil der persönlichen Kultur aller Angestellten und Mitarbeiter werden, um operative Entscheidungen zu erleichtern, die sich an Korrektheit und Gesetzmäßigkeit orientieren.

Konzept des Interessenkonflikts

Im Zusammenhang mit der Korruptionsprävention und Transparenz ist es auch wichtig, den Begriff „Interessenkonflikt" im Vorfeld zu definieren, der ein noch weiter gefasster Begriff ist als *Korruption tout court*.

Das Verständnis ihrer tatsächlichen Bedeutung und der Hypothese ihrer möglichen Existenz ist sowohl für die Analyse als auch für die Planung von Aktivitäten zur Korruptionsprävention relevant.

[1] *In Übereinstimmung mit den Leitlinien des Europäischen Parlaments zur Geschlechtsneutralität in der Sprache wird festgelegt, dass die Verwendung des Maskulinums in Bezug auf Personen und Berufe als neutral zu verstehen ist.*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Schwierigkeit, sich diesem Begriff zu nähern, ergibt sich aus der Tatsache, dass er zwar in der Gesetzgebung, insbesondere in der Anti-Korruptionsgesetzgebung, vorhanden ist, aber keine genaue Definition gegeben wird; was also zur Verfügung steht, ist die - nicht immer klare- Rekonstruktion, die von der Lehre und der Rechtsprechung aus diesem Begriff gemacht wurde.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Interessenkonflikt in der öffentlichen Verwaltung - real, potentiell oder auch nur empfunden - vorliegt, wenn das sekundäre Interesse (welcher Art auch immer) eines zur Verwaltung selbst gehörenden Subjekts dazu tendiert oder dazu tendieren könnte, das primäre Interesse der öffentlichen Verwaltung zu beeinflussen.

Der bewusst allgemein gehaltene Charakter dieser Definition ermöglicht es, sie an die verschiedenen Fälle von Interessenkonflikten anzupassen, die möglicherweise die verschiedenen Subjekte in den verschiedenen Bereichen und Tätigkeitsfeldern der öffentlichen Verwaltung betreffen können.

Hauptinstrumente zur Korruptionsprävention

Die Gesetzgebung sieht die folgenden Instrumente vor:

- der P.N.A., der den öffentlichen Verwaltungen Richtlinien für die Ausarbeitung von Präventionsstrategien vorgibt;
- Transparenzpflichten;
- Verabschiedung eines ITOP;
- Verabschiedung des Verhaltenskodexes auf Betriebsebene;
- Vorschrift für Rotation des Personals;
- Verpflichtung, sich im Falle eines Interessenkonflikts der Stimme zu enthalten oder diesen zu regeln, wenn es unmöglich ist, sich der Stimme zu enthalten;
- spezifische Vorschriften für die Ausübung dienstlicher Pflichten und außerinstitutioneller Tätigkeiten und Beauftragungen;
- spezifische Regeln für die Zuweisung von Führungspositionen im Falle bestimmter Tätigkeiten oder Aufträge;
- Vorschrift von spezifischen Unvereinbarkeiten für Führungspositionen;
- spezifische Regelungen zur Bildung von Kommissionen und zur Besetzung von Ämtern, Verbot der Vergabe von Führungspositionen im Falle einer strafrechtlichen Verurteilung wegen Verstöße gegen die öffentliche Verwaltung (auch wenn das Urteil nicht rechtskräftig ist);
- spezifische Regeln für Tätigkeiten nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- spezifische Regeln zum Schutz von Mitarbeitern, die Straftaten melden;
- Mitarbeiterschulungen zu den Themen Ethik, Integrität und bzgl. anderer Aspekte der Korruptionsprävention und Transparenz.

Der D.P.K.P.T., ITOP und Wahrnehmung von Korruption

Der Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz stellte das grundlegende Dokument der Verwaltung für die Festlegung der Strategie zur Prävention von Korruptionsrisiken innerhalb des Gesundheitsbetriebes dar.

Der Plan war ein Dokument mit programmatischem Inhalt, der alle obligatorischen und zusätzlichen Präventionsmaßnahmen umfasste, die von der einzelnen Ö.V. festgelegt wurden.

Um effizient zu sein, muss der Plan, jetzt ITOP, als Dokument für die Planung von Aktivitäten und den Einsatz von Personalressourcen strukturiert sein, außerdem spezifische Risiken, Ziele, Indikatoren und Maßnahmen in Bezug auf den Grad des festgestellten Risikos aufweisen.

Der Plan muss auch mit allen anderen Planungsinstrumenten, die im Sanitätsbetrieb eingesetzt werden, koordiniert werden, insbesondere mit der Betriebsordnung („atto aziendale“) und dem Performance-Plan.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der Plan unterliegt einer kontinuierlichen Überwachung seiner effektiven Anwendung und Wirksamkeit im Rahmen der Korruptionsprävention.

Jedes Jahr erarbeitet der A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) einen Vorschlag zur Aktualisierung des Plans, dieser wird vom politischen Gremium (dem Generaldirektor) angenommen, vorbehaltlich einer vorherigen Prüfung seitens des Letzteren.

Der Plan und seine Aktualisierungen werden auf der Website (Südtiroler Sanitätsbetrieb (sabes.it)) - Abschnitt Transparente Verwaltung - Allgemeine Bestimmungen - und - Andere Inhalte – Korruptionsprävention - veröffentlicht.

Der Plan enthält folgenden Angaben:

- die Beteiligten: die an der Prävention beteiligten Personen werden mit den jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten angegeben (der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte, die Führungskräfte, die Mitarbeiter, die Kontaktpersonen/Referenten);
- die Risikobereiche;
- die Beschreibung der Methodik zur Risikobewertung;
- die Gegenmaßnahmen und die Präventionsmaßnahmen;
- die Planung von Fortbildungen zum Thema und die Bestimmung der Teilnehmer;
- die Verabschiedung von Ergänzungen zum Verhaltenskodex für öffentliche Angestellte;
- die Zeitpläne und die Methoden für die Reorganisation der Betriebsstruktur.

Die aktuelle Sektion 2.3. ITOP enthält die Modellierung der Entscheidungsprozesse die 2025 geprüft wurden.

Im Jahr 2025 hat der A.K.B. die Struktur der Erfassungs-, Bewertungs- und Gegenmaßnahmekarten überarbeitet, mit dem Ziel, diese verständlicher, einheitlicher zu gestalten und Indikatoren sowie Zielvorgaben einzuführen.

Die neuen Karten:

- verfügen über mehrere Auswahlmenüs, um das Ausfüllen zu erleichtern;
- wurden vom A.K.B. vorgestellt und in persönlichen Gesprächen mit Unterstützung des A.K.B. von den jeweiligen Ansprechpersonen ausgefüllt;
- enthalten auch Fragebögen zur Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen sowie zur Notwendigkeit zusätzlicher (spezifischer) Maßnahmen, die im vorherigen Dreijahreszeitraum nicht vorgesehen waren, aufgrund von Änderungen im internen und/oder externen Kontext.

Basierend auf den Ergebnissen der Fragebögen:

- wurden die im Dreijahresplan 2025-2027 aufgeführten Maßnahmen zur Korruptionsprävention und -bekämpfung (siehe Anlagen dieses Dokuments) weiterhin als wirksam eingeschätzt;
- wurden keine wesentlichen Veränderungen im internen oder externen Kontext festgestellt, sodass keine zusätzlichen (spezifischen) Gegenmaßnahmen erforderlich sind.

Im Jahr 2024 wurde eine deutsche Übersetzung des Fragebogens erstellt, in dem Fragen gestellt werden, um die Wahrnehmung und mögliche direkte Erfahrung zum Thema Korruption im Betrieb sowie ihre Kenntnis der Antikorruptionsstrategie zu überprüfen.

Der Fragebogen ist im Laufe des Jahres 2025 an alle Mitarbeiter verschickt worden.

Der Fragebogen, der anonym und zweisprachig durchgeführt wurde, hat wertvolle Hinweise geliefert, um die Strategien zur Korruptionsprävention auszurichten und die Integritätskultur innerhalb des Sanitätsbetriebs zu stärken.
Korruption wird auf nationaler Ebene als weit verbreitet wahrgenommen (90 % „sehr" oder „ziemlich"), mit einer allmählichen Abschwächung dieser Wahrnehmung auf regionaler Ebene (60 %) und auf Betriebsebene (28 %). Bemerkenswert ist, dass fast ein Drittel der Befragten Korruption im Betrieb nicht

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

als vorhanden ansieht und dass mehr als ein Viertel sie als „kaum verbreitet" oder „nicht existent" einstuft. Dieses Ergebnis deutet auf ein wachsendes Vertrauen in die internen Kontrollmechanismen, die Transparenz der Abläufe und die lokale Organisationskultur hin.

Die geringere Wahrnehmung von Korruption im Betrieb wird Faktoren wie direkter Kenntnis der Abläufe, lokaler Kultur, Arbeitsethik, dem Vorhandensein strukturierter Kontrollen, aber auch einer gewissen Zurückhaltung bei der Meldung kritischer Situationen zugeschrieben.

Das Wissen über Antikorruptionsmaßnahmen befindet sich im Aufbau: Der Verhaltenskodex ist 62 % der Befragten bekannt, während der Antikorruptionsbereich des ITOP von 22 % gekannt wird. Die Konzepte Whistleblowing und Pantouflage sind weniger bekannt, werden aber im Dreijahresplan 2025–2027 gezielt geschult.

Die Teilnahme an Schulungen nimmt zu, ist aber noch begrenzt: 26 % haben Kurse zum Verhaltenskodex besucht, 17 % zu ITOP-Antikorruption, 9 % zu Whistleblowing und 4 % zu Pantouflage. Diese Zahlen zeigen Verbesserungsmöglichkeiten auf, die bereits im Fortbildungsplan 2025 berücksichtigt werden.

Die Mehrheit gibt an, keine Grundlage zur Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen zu haben, während eine Minderheit diese als „ziemlich" oder „sehr wirksam" einschätzt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Komplexität des Themas und der Notwendigkeit, die interne Kommunikation über Präventionsmaßnahmen und deren Ergebnisse zu stärken.

75 % haben noch nie oder nicht sicher Korruptionsfälle erlebt. Von denen, die es erlebt haben, entscheiden sich 20 % dafür, nicht zu handeln, und 26 % dafür, nicht zu antworten, während nur eine Minderheit die Meldekanäle genutzt hat.

Zu den am häufigsten genannten Hindernissen zählen die Überzeugung, dass „sich nichts ändern würde", die Angst vor Repressalien und das Misstrauen gegenüber den verfügbaren Kanälen.
Diese Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit, das Vertrauen in die Meldewege zu stärken, deren Transparenz, Schutz und Kommunikation weiter zu verbessern.

Die Verbindung zwischen dem Präventionssystem und dem PNRR

Die Recovery and Resilience Facility (RRF) hat ein Gesamtvolumen von 672,5 Milliarden Euro, davon sind 312,5 Milliarden Euro Zuschüsse und 360 Milliarden Euro Darlehen zu vergünstigten Zinssätzen. Für Italien sieht der Nationale Wiederaufbau- und Resilienzplan (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR) etwa 191,5 Milliarden Euro vor, davon sind 68,9 Milliarden Euro Zuschüsse für nicht rückzahlbare Finanzierungen.

Die vorrangigen Investitionsbereiche des Plans sind: die sogenannte grüne Revolution und der ökologische Wandel; die digitale Transformation; intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum; soziale und territoriale Kohäsion; Gesundheit und wirtschaftliche, soziale und institutionelle Resilienz; Politik für die neuen Generationen, Kinder und Jugendliche.

Der PNRR gliedert sich in die folgenden 6 Missionen, die wiederum in 16 Komponenten unterteilt sind:

- Digitalisierung, Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Kultur (40,32 Mrd. €).
- Grüne Revolution und ökologischer Wandel (59,47 Mrd. €).
- Infrastruktur für nachhaltige Mobilität (25,40 Mrd. €).
- Bildung und Forschung (30,88 Mrd. €).
- Inklusion und Zusammenhalt (19,8 Mrd. €).
- Gesundheit (15,63 Mrd. €).

Um alle Projekte zu finanzieren, die im Einklang mit der Strategie des PNRR stehen, wurde ein Nationaler Ergänzungsfonds eingerichtet, der insgesamt 30,6 Milliarden Euro umfasst.

Fokus Mission 6 „Gesundheit"

Mission 6 „Gesundheit" gliedert sich wie folgt in zwei separate, aber komplementäre Komponenten:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Komponente 1: Nähe-Netzwerke, Zwischenstrukturen und Telemedizin für die territoriale Versorgung
- Komponente 2: Innovation, Forschung und Digitalisierung des nationalen Gesundheitsdienstes

Komponente 1 zielt darauf ab, die auf dem Territorium erbrachten Leistungen durch die Stärkung und Schaffung von Strukturen und territorialen Einrichtungen (wie Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser) zu verbessern, die häusliche Pflege zu stärken, die Telemedizin zu entwickeln und eine effektivere Integration mit allen sozialen und gesundheitlichen Diensten zu erreichen.

Sie umfasst die folgenden Investitionen und Unterinvestitionen:

- Investition 1.1: Gemeinschaftshäuser und Betreuung der Person.
- Investition 1.2: Das Zuhause als erster Pflegeort und Telemedizin:
  - Investition 1.2.1: Das Zuhause als erster Pflegeort (Adi).
  - Investition 1.2.2: Implementierung der territorialen Einsatzzentralen (COT).
  - Investition 1.2.3: Telemedizin zur besseren Unterstützung chronischer Patienten.
- Investition 1.3: Stärkung der intermediären Gesundheitsversorgung und ihrer Strukturen (Gemeinschaftskrankenhäuser).

Komponente 2 umfasst Maßnahmen zur Erneuerung und Modernisierung der bestehenden technologischen und digitalen Strukturen, die Fertigstellung und Verbreitung der Elektronischen Gesundheitsakte EGA (Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE) sowie eine bessere Fähigkeit zur Bereitstellung und Überwachung der wesentlichen Betreuungsstandards (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA) durch die Stärkung der Gesundheitsinformationsflüsse. Darüber hinaus werden erhebliche Mittel auch für die wissenschaftliche Forschung und die Förderung des Technologietransfers bereitgestellt, sowie zur Stärkung der Kompetenzen und des Humanressourcen des Nationalen Gesundheitsdienstes (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) durch die Verbesserung der Ausbildung des Personals.

Sie umfasst die folgenden Investitionen und Unterinvestitionen:

- Investition 1.1: Modernisierung des technologischen und digitalen Krankenhausparks.
  - Investition 1.1.1: Digitalisierung von 280 Krankenhäusern der DEA-Stufe I und II.
  - Investition 1.1.2: Austausch von mindestens 3.100 großen medizinischen Geräten.
  - Investition 1.1.3: Strukturelle Stärkung des SSN (tendenziell).
- Investition 1.2: Hin zu einem sicheren und nachhaltigen Krankenhaus:
  - Durchführung von mindestens 109 seismischen Anpassungsmaßnahmen. Hinzu kommen weitere 220 Maßnahmen durch die Mittel des PNC.
  - Mittel aus Programmvereinbarungen: Art. 20 Finanzgesetz 67/88 – Gesundheitseinrichtungen.
- Investition 1.3: Stärkung der technologischen Infrastruktur und der Instrumente zur Datenerfassung, -verarbeitung, -analyse und -simulation:
  - Unterinvestition 1.3.1: Elektronische Gesundheitsakte (EGA).
- Erstellung des zentralen repository, Dokumentendigitalisierung, Dienstleistungen und benutzerfreundliche Schnittstellen.
- Einführung und Nutzung der EGA durch die Regionen.
- Nutzung des Fonds zur Finanzierung von Investitionen und zur infrastrukturellen Entwicklung – Elektronische Gesundheitskarte (tendenziell).
  - Unterinvestition 1.3.2: Technologische Infrastruktur des Gesundheitsministeriums und Datenanalyse sowie prädiktives/vorausschauendes Modell zur Sicherstellung der italienischen LEA und zur Gesundheitsüberwachung.
- Weiterentwicklung der Infrastruktur und der technologischen und analytischen Instrumente des Gesundheitsministeriums.
- Reengineering des NSIS („Nuovo Sistema Informativo Sanitario") auf lokaler Ebene.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Aufbau eines leistungsstarken und komplexen Simulations- und Vorhersageinstruments für mittel- und langfristige Szenarien des SSN.
- Entwicklung einer nationalen Plattform für telemedizinische Dienste.
- Investition 2.1: Aufwertung und Stärkung der biomedizinischen Forschung des SSN.
  - Investition 2.1.1: 100 Forschungsprojekte, finanziert mit Proof of Concept (PoC) Gutscheinen.
  - Investition 2.1.2: 100 Forschungsprojekte, finanziert für seltene Tumore und seltene Krankheiten.
  - Investition 2.1.3: 324 Forschungsprojekte, finanziert für stark beeinträchtigende Krankheiten.
- Investition 2.2: Entwicklung der technischen, digitalen und managementbezogenen Kompetenzen des Gesundheitspersonals.
  - Investition 2.2.1: Finanzierung von 2.700 zusätzlichen Studiums Stipendien für die Ausbildung in Allgemeinmedizin.
  - Investition 2.2.2: Etwa 294.000 Schulungskurse zu den Themen der Krankenhausinfektionen.
  - Investition 2.2.3: Etwa 4.500 Management-Schulungskurse.
  - Investition 2.2.4: 4.200 zusätzliche fachärztliche Ausbildungsverträge.

Der Anhang 2 Mission 6 Gesundheit und Investitionsdetails enthält für jede Investition der Komponente 1 detaillierte Informationen zur Lokalisierung der Maßnahmen (Gemeinde, Provinz und Adresse) und zum Betrag der Maßnahme.

Die Annahme des vorliegenden ITOP erfolgt daher in einem besonderen historischen Moment, der von tiefgreifenden Veränderungen geprägt ist und auf die zahlreichen Reformen im Zusammenhang mit den Verpflichtungen Italiens im Rahmen des Nationalen Wiederaufbau- und Resilienzplans (PNRR) zur Überwindung der Krise zurückzuführen sind.

Der erhebliche Zufluss verfügbarer Mittel und die zur Beschleunigung eingeführten Ausnahmen von der ordentlichen Gesetzgebung erfordern eine Stärkung der öffentlichen Integrität und die Planung wirksamer Maßnahmen zur Korruptionsprävention, insbesondere im Bereich der öffentlichen Aufträge, um zu verhindern, dass die erwarteten Ergebnisse durch Korruptionsereignisse beeinträchtigt werden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb beteiligt sich an den in der „Mission 6 – Gesundheit" enthaltenen PNRR-Projekten und übernimmt als externes Durchführungsorgan die Aktivitäten der Überprüfung, Kontrolle und Überwachung der verschiedenen Phasen der einzelnen Maßnahmen.

Um eine wirksame und rechtzeitige Umsetzung der PNRR Vorhaben zu gewährleisten, muss der Betrieb geeignete Management- und Kontrollsysteme aktivieren, die eine korrekte Nutzung der zugewiesenen Finanzmittel und die Erreichung der Ziele innerhalb der in der Genehmigungsentscheidung des Plans durch die EU festgelegten Fristen sicherstellen.

Insbesondere gemäß Artikel 22 der Verordnung (EU) 2021/241 zur Einrichtung der „Aufbau- und Resilienzfazilität" (RRF) müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die finanziellen Interessen der Union zu schützen und sicherzustellen, dass die Verwendung der Mittel im Einklang mit dem Unionsrecht und dem anwendbaren nationalen Recht steht, wobei besonderes Augenmerk auf die Verhinderung, Aufdeckung und Berichtigung von Betrug, Korruption, Interessenkonflikten und „Doppelfinanzierung" gelegt wird.

Um den PNRR-Gesundheitsplan umzusetzen, hat das Gesundheitsministerium als verantwortliche Stelle das „Management- und Kontrollsystem" (Si.Ge.Co.) eingerichtet. Dieses System definiert die Rollen und Funktionen der Hauptakteure in der Umsetzungsphase der PNRR-Maßnahmen, die Verfahren zur Auswahl, Überwachung und Kontrolle der Maßnahmen, die Arten der Finanzkreisläufe sowie die Merkmale des Informationssystems.

Durch das Si.Ge.Co.-System müssen die verschiedenen Verantwortlichen einzelner Strukturen der PNRR-Umsetzungsprozesse die Ergebnisse der durchgeführten Kontrollen dokumentieren und bescheinigen, auch in Bezug auf Maßnahmen zur Verhinderung, Aufdeckung und Berichtigung von Betrug, Korruption, Interessenkonflikten und „Doppelfinanzierung".

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Wie von der ANAC empfohlen, ist es ratsam, dass die Betriebsdirektion, der A.K.B. und die Direktoren der an den Projekten beteiligten Strukturen zusammenarbeiten, um ein wirksames System zur Verhinderung, Aufdeckung und Berichtigung von Betrug, Korruptionsfällen und Interessenkonflikten zu gewährleisten.

Alle Direktoren (von einfachen, komplexen, Abteilungs-, Amt- oder Stabsstrukturen), die Prozesse verwalten, die für die Umsetzung der Ziele des PNRR und die Verwaltung der Strukturfonds relevant sind, haben folgende Aufgaben:

- die genannten Prozesse zu aktualisieren und analysieren, in Übereinstimmung mit den Bestimmungen dieses Abschnitts des ITOP, und die Maßnahmen umsetzen, die vom PNA, dem Rundschreiben MEF Nr. 30 vom 11.08.2022 und dem entsprechenden Anhang „Leitlinien für die Durchführung von Kontroll- und Berichterstattungstätigkeiten der PNRR-Maßnahmen der zentralen Verwaltungen und der Durchführungsstellen", der operativen Richtlinie MDS-UMPNRR-08-15/06/2022 und etwaigen weiteren Anweisungen der zuständigen Stellen vorgesehen sind.
- die rechtzeitige Veröffentlichung aller Daten, Dokumente und Informationen im Abschnitt Transparente Verwaltung zu überprüfen, mit besonderem Augenmerk auf diejenigen, die zu den Zielen des PNRR und der Verwaltung der Strukturfonds beitragen.
- die Erfassung der eidesstattlichen Erklärungen und der Bescheinigungen über das Nichtvorliegen von Interessenkonflikten gemäß DPR Nr. 445/2000 sicherzustellen, die von internen oder externen Personen des Betriebes unterzeichnet wurden, die spezifische Aufgaben im Rahmen aller Prozesse wahrzunehmen, die zur Umsetzung der Ziele des PNRR beitragen (z. B. einzelne Verfahrensverantwortliche „RUP", Mitglieder der Wettbewerbskommissionen, Mitglieder der technischen Komitee, Verfahrensverantwortliche "RP", Direktor für die Ausführung des Vertrages („DEC"), Prüfer, Koordinatoren usw.) und von den Teilnehmern an den Ausschreibungen, in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften des öffentlichen Auftragswesens.

  Die Sanitätsbetrieb hat Ende 2024 und Anfang 2025:

- ein PNRR-Vademekum eingeführt;
- das Büro für Internal Auditing mit Unterstützung der Beratungsgesellschaft Pirene S.r.l. beauftragt, stichprobenartige Ex-post-Kontrollen der in Archiflow archivierten Unterlagen zu den PNRR-Projekten durchzuführen.
  Das Vademekum wurde als operatives Instrument für die RUPs (Alleinverantwortliche für das Verfahren) des Südtiroler Sanitätsbetriebs (ASDAA) konzipiert, mit dem Ziel:

- die ordnungsgemäße administrative und buchhalterische Abwicklung der PNRR-Maßnahmen und -Ausgaben sicherzustellen;
- die Einhaltung der Querschnittsanforderungen und Prinzipien des PNRR (DNSH, Interessenkonflikte, Doppelfinanzierung, Geldwäschebekämpfung) zu gewährleisten;
- praktische Hinweise zur Befüllung der Regis-Plattform zu liefern;
- die Dokumentenarchivierung und Berichterstattung zu unterstützen.
  Das Dokument enthält:

- die im Betrieb bereits bestehenden Verfahren im Zusammenhang mit dem PNRR;
- operative Hinweise zu den Kontrollstufen (erste und zweite Ebene);
- die Modalitäten zur Dokumentenarchivierung über das System Archiflow 10-PNRR;
- einen Abschnitt mit den offiziellen operativen Vorgaben (Operational Arrangements) zur Umsetzung der PNRR-Projekte, angepasst an die Gegebenheiten des Sanitätsbetriebs;
- Checklisten und Erklärungen (z. B. zu Interessenkonflikten, wirtschaftlichem Eigentum usw.), die für die Berichterstattung beizulegen sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Umfeld, in dem der Südtiroler Sanitätsbetrieb tätig ist

Die letzten NAKP drücken fundiert die Wichtigkeit der Analyse des externen und internen Umfelds aus, um den Plan so übereinstimmend und individuell wie möglich in Bezug auf die darin beschriebene Verwaltung zu gestalten.

Die Korruptionsprävention darf sozusagen nicht unpersönlich dokumentiert werden, sondern muss konkret und effektiv in die Realität der Verwaltung eingebaut werden. Zu diesem Zweck kann die Analyse und das Verständnis des externen und internen Kontexts, in dem der SB tätig ist, für die Identifizierung, die Behandlung von Risiken und die konsequente Planung von Maßnahmen zur effektiven und effizienten Korruptionsbekämpfung nicht ignoriert werden. Der externe Kontext beeinflusst das Leben der Bevölkerung und die Arbeitswelt, sowohl in Bezug auf das Gebiet (soziale, sozioökonomische, kriminologische Parameter usw.) als auch auf mögliche Beziehungen zu externen Stakeholdern, die die Aktivitäten beeinflussen können.

Die Analyse des internen Kontextes, ausgehend von der Betriebsstruktur und der Verteilung von Funktionen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten, ermöglicht es, Stärken und Schwächen der Verwaltungsorganisation als Ganzes zu identifizieren, um die Bereiche zu erkennen und zu verstehen, die am meisten von Korruption bedroht sind oder allgemeiner gesagt, anfällig für Fehlverhalten in der Verwaltung sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Analyse des externen Umfelds

Demografische Entwicklungen

Die Bevölkerungsstatistik erhebt und untersucht verschiedene Aspekte der anwesenden Bevölkerung und Wohnbevölkerung eines Landes. Die Daten stammen aus der amtlichen Bevölkerungsstatistik und den Melde- und Standesämtern. Sie betreffen

- die demografische Struktur und
- die demografischen Bewegungen.

Die Daten spiegeln den Bevölkerungsstand nach strukturellen Merkmalen wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit und Haushaltstypologie wider und geben Aufschluss über die zahlenmäßige Veränderung durch Geburten, Todesfälle und Zu- und Abwanderungen.

Dabei ist anzumerken, dass der Bevölkerungsstand laut den Registern der Meldeämter von jenem der amtlichen Bevölkerungsstatistik abweichen kann, da es sich um unterschiedliche Datenquellen handelt.

Auch die Eheschließungen, Scheidungen und Trennungen werden im Rahmen der Bevölkerungsstatistik erfasst.

Anhand dieser Daten werden weiters Indikatoren zur besseren Übersicht berechnet. Dazu zählen z.B. Geburtenbilanz, Wanderungssaldo, Lebenserwartung, Geburtenrate, Eheschließungsrate, Scheidungsrate, Altersstrukturkoeffizient, Ausländeranteil, durchschnittliche Haushaltsgröße und noch einige mehr.

Quelle: https://astat.provinz.bz.it/de/bevoelkerung.asp

INDIKATOREN

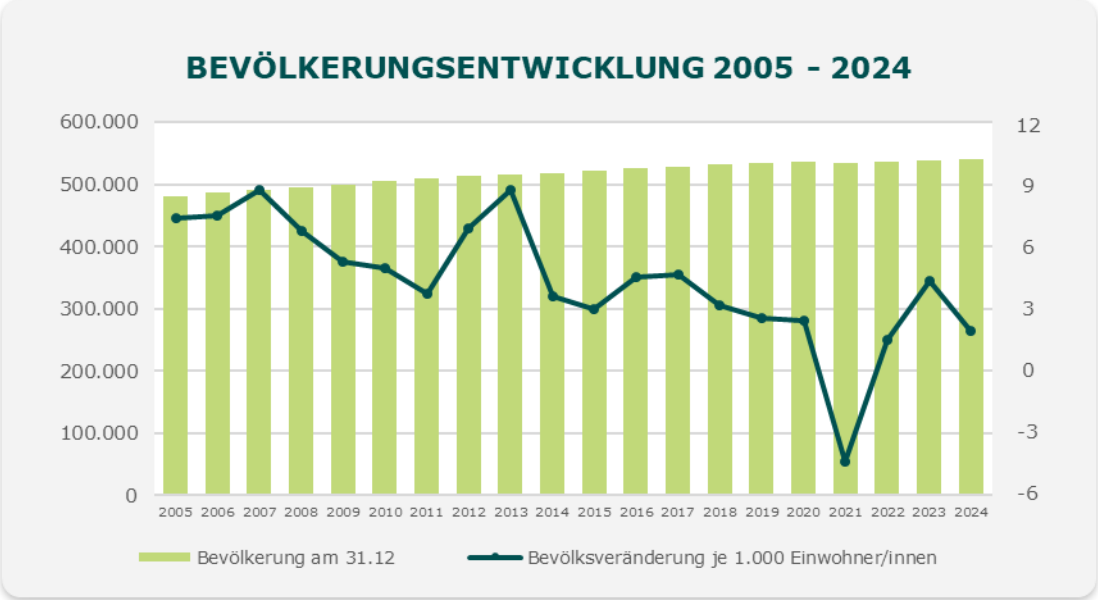
BESCHREIBUNG	DATUM	WERT
Wohnbevölkerung am 31.12 (a) (c)	2024	539.386
Lebendgeborene (a) (c)	2024	4.526
Gestorbene (a) (c)	2024	4.549
Wanderungssaldo (a) (c)	2024	+1.853
Durchschnittsalter am 1. Jänner (a) (c)	2024	44,0
Altersstrukturkoeffizient am 1. Jänner (a) (c)	2024	≈136
Gesamtfruchtbarkeitsziffer (a)	2024	1,5–1,6
Durchschnittliche Haushaltsgröße (b)	2024	2,2
Ausländeranteil (%) (a)	2024	≈10,5%
Anteil kirchlicher Eheschließungen (%) (b) (c)	2024	≈25%
Eheschließungsrate (je 1.000 Einwohner) (b) (c)	2024	≈4,0
Ehescheidungsrate (je 1.000 Einwohner) (b) (c)	2024	≈9,0

(a) Quelle: ISTAT (b) Quelle: ASTAT, Auswertung der Bevölkerungsregister der Gemeinde
(c) vorläufige Daten

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Am 31.12.2024 zählt Südtirol insgesamt 539.386 Einwohnerinnen und Einwohner, 1.853 mehr als im Vorjahr (+3,4 ‰).

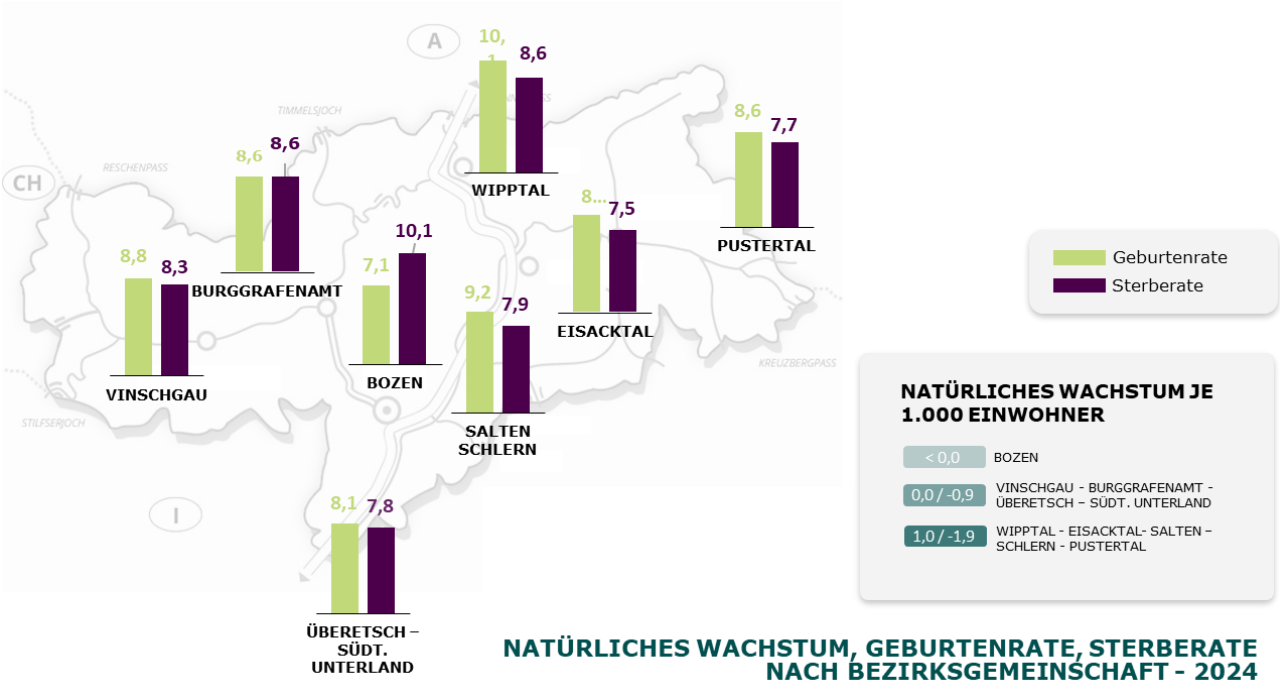
Quelle: ASTAT info 31/2025



Quelle: ASTAT info 31/2025

Dieser verhaltene Zuwachs ist angesichts eines stagnierenden natürlichen Wachstums ausschließlich auf die Wanderungskomponente zurückzuführen. Im Allgemeinen wird Südtirol immer älter (das Durchschnittsalter steigt auf 44 Jahre), während die mittlere Haushaltsgröße weiter zurückgeht.

Quelle: ASTAT info 31/2025



Quelle: ASTAT info 31/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bildung und Kultur in Südtirol

Im Bereich der Schulstatistiken werden jährlich Daten zu den Einschreibungen an den Kindergärten, Grund-, Mittel- und Oberschulen in Südtirol sowie die Ergebnisse der Abschlusskonferenzen und -prüfungen an den Grund-, Mittel- und Oberschulen erhoben und veröffentlicht. In Bezug auf die universitäre Bildung werden die an italienischen oder österreichischen Universitäten Eingeschriebenen und Erstimmatrikulierten sowie die Hochschulabsolventinnen und -absolventen aus Südtirol erfasst.

INDIKATOREN

BESCHREIBUNG	DATUM	WERT
Schulbesuchsquote (a)	2023/24	101,8%
Ausländerquote (b)	2023/24	12,7%
Oberschulabsolvent/innen je 100 18-jährige	2023/24	54%
Uni-Besuchsquote (c)	2023/24	29,9%
Einschreibungen in den Kindergarten	2023/24	15.367
Einschreibungen in die Grundschule	2023/24	27.927
Einschreibungen in die Mittelschule	2023/24	17.174
Einschreibungen in die Oberschule	2023/24	20.002
Einschreibungen in die Berufsbildung	2023/24	10.273

(a) Grund-, Mittel-, Ober- und Berufsschulen
(b) Kindergärten, Grund, Mittel, Ober- und Berufsschulen
(c) Eingeschriebene Südtiroler Studenten an italienischen und österreichischen Universitäten je 100

Quelle: ASTAT info 05/2025; 16/2025

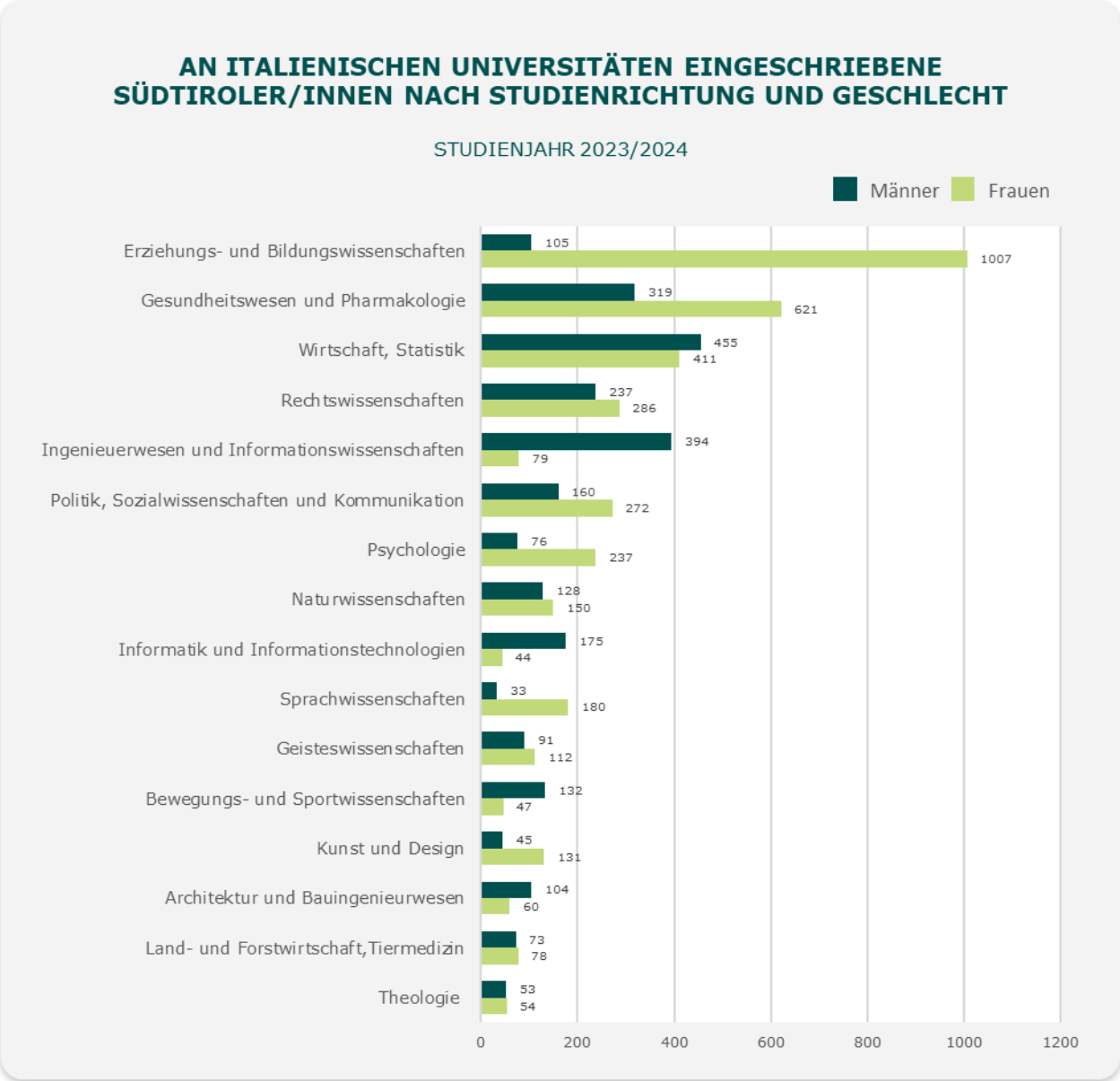
Im Schuljahr 2023/24 verzeichnen Südtirols Kinder-gärten 15.367 Einschreibungen, 27.927 sind es in der Grundschule und 17.174 in der Mittelschule. 20.002 junge Menschen besuchen eine Oberschule, während weitere 10.273 an den Berufsschulen ausgebildet wer-den. 12,7 % der Schulbevölkerung sind nicht im Besitz der italienischen Staatsbürgerschaft.

Quelle: ASTAT info 05/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

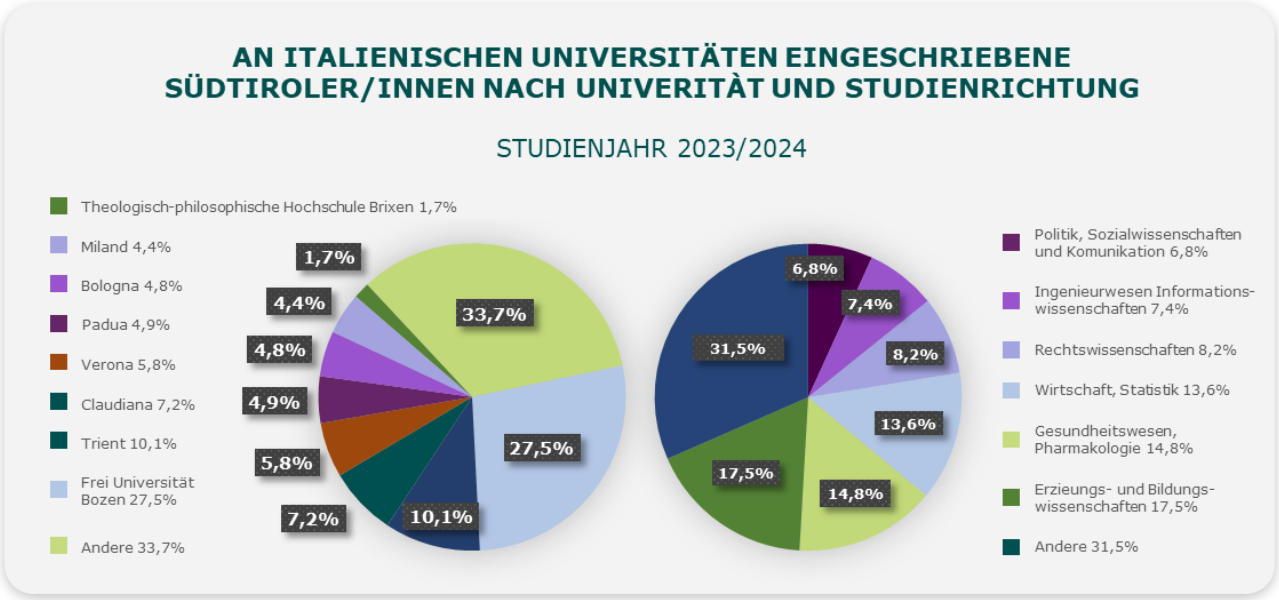
Im Studienjahr 2023/24 sind insgesamt 12.642 in Südtirol ansässige Personen an italienischen oder österreichischen Universitäten eingeschrieben, 1.930 davon sind erstimmatrikuliert. Die Universitätsbesuchsquote der Frauen liegt mit 35,0 % deutlich über jener der Männer (25,1 %). 2.601 Hochschüler und Hochschülerinnen aus Südtirol haben im Studienjahr 2022/23 bzw. im Kalenderjahr 2023 ihr Studium in Italien oder Österreich abgeschlossen.

Quelle: ASTAT info 16/2025



Fonte: ASTAT info 16/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

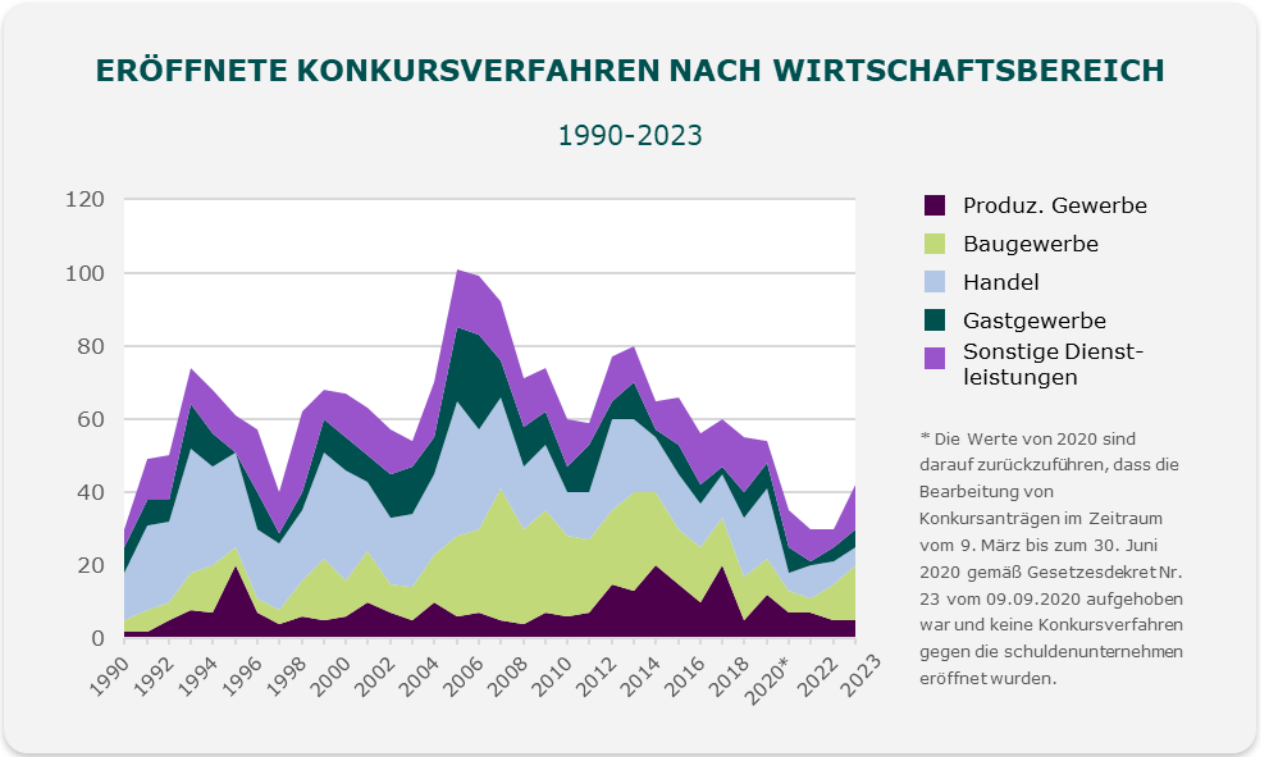


Quelle: ASTAT info 16/2025

Gerichtliche Abwicklungen - 1. Halbjahr 2025

Im ersten Halbjahr 2025 wurden 22 gerichtliche Abwicklungen eröffnet und 15 abgeschlossen. Insgesamt wurden 22 gerichtliche Abwicklungen eröffnet, davon 7 im Bereich *Sonstige Dienstleistungen*, 5 im *Baugewerbe* und 4 im *Handel*. Die Bezirksgemeinschaft Bozen verzeichnet 12 gerichtliche Abwicklungen; das Burggrafenamt und das Überetsch-Südtiroler Unterland melden jeweils 3 Verfahren. 15 gerichtliche Abwicklungen wurden im Laufe des 1. Halbjahres 2025 abgeschlossen, wobei durchschnittlich 35 Gläubiger zugelassen wurden.

Quelle: https://astat.provinz.bz.it/de/publikationen/gerichtliche-abwicklungen-1-halbjahr-2025



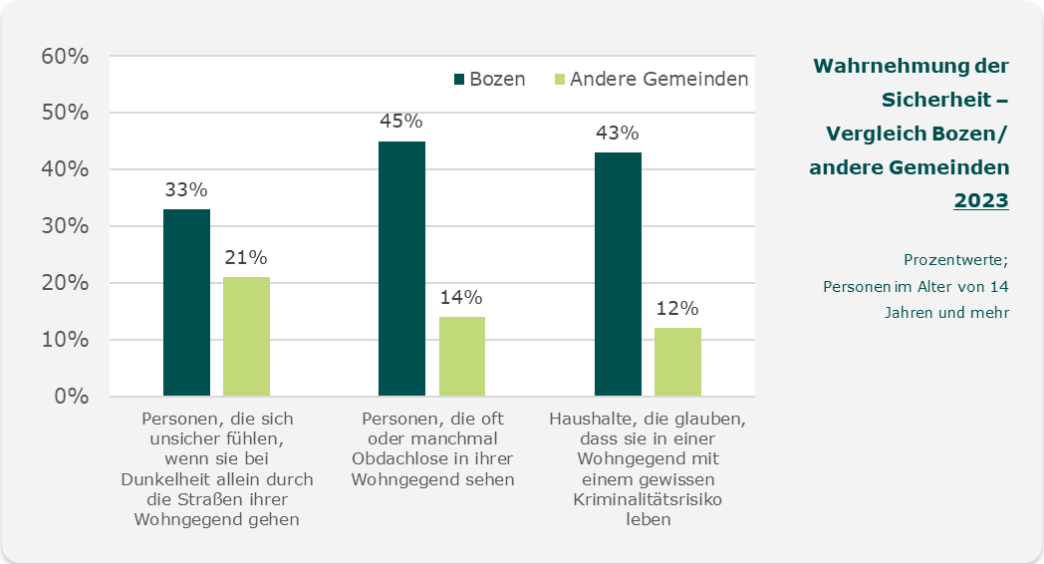
Quelle: Statistisches Jahrbuch für Südtirol 2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Wahrnehmung der Sicherheit - 2023

2023 fühlt sich die Mehrheit der Südtiroler Bevölkerung in der eigenen Wohngegend sicher. Dabei bestehen jedoch deutliche territoriale und geschlechtsspezifische Unterschiede. Zeichen der Verwahrlosung im städtischen Raum (Präsenz von Obdachlosen, Vandalismus) werden in den größeren Gemeinden, allen voran Bozen, stärker wahrgenommen. Nach einem zeitweisen Rückgang steigt der Anteil der Haushalte, die ein gewisses Kriminalitätsrisiko bemerken, wieder an. Insgesamt bleibt die Wahrnehmung konstant, aber es gibt Anzeichen für steigende Besorgnis.

Quelle: https://astat.provinz.bz.it/de/publikationen/wahrnehmung-der-sicherheit-2023

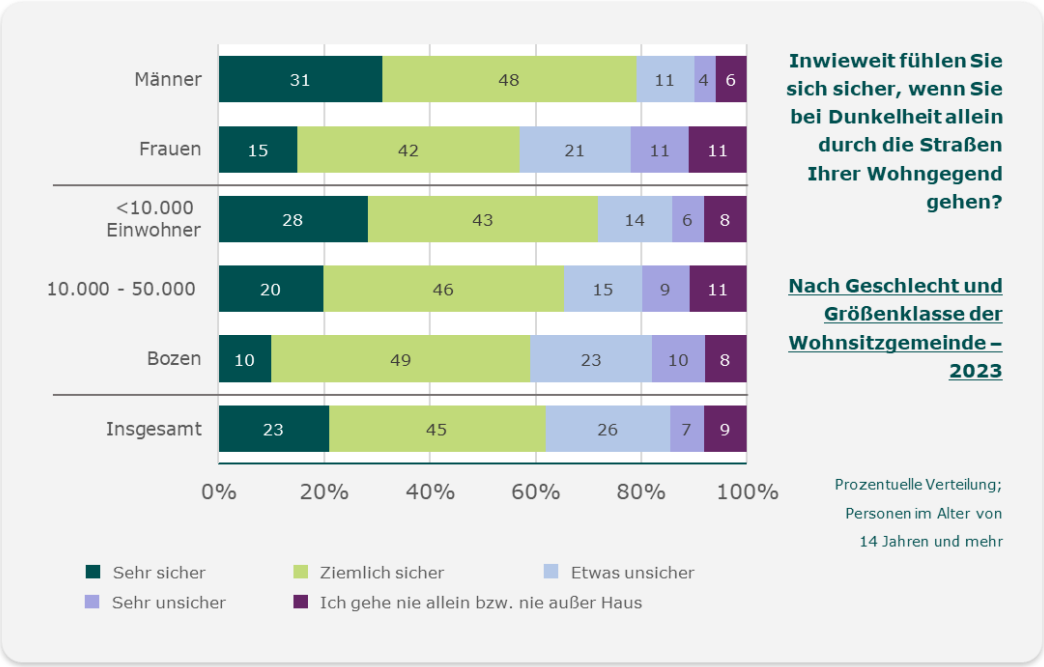


Quelle: ASTAT info 38/2025

Eine von vier Personen fühlt sich in ihrer Wohngegend nicht sicher

Insgesamt fühlen sich 68 % der Südtiroler Bevölkerung ab 14 Jahren sehr oder ziemlich sicher, wenn sie allein bei Dunkelheit in ihrer Wohngegend unterwegs sind. 16 % fühlen sich nur wenig sicher und 7 % überhaupt nicht. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil von 9 % der Bevölkerung gibt an, bei Dunkelheit das Haus nie allein bzw. generell nie zu verlassen.

Quelle: ASTAT info 38/2025



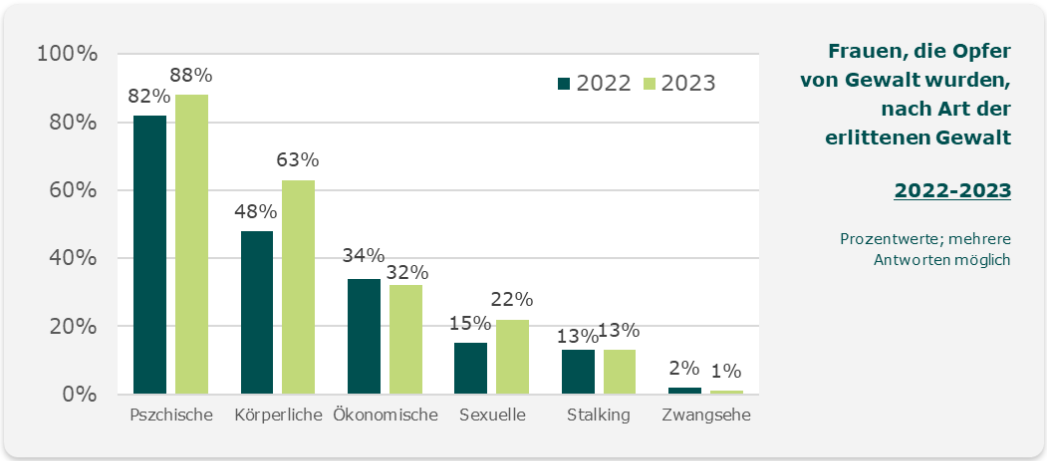
Quelle: ASTAT info 38/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gewalt an Frauen: Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen und Wohneinrichtungen - 2023

2023 haben sich insgesamt 760 Frauen an die vier Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen in Südtirol gewandt (160 Anfragen mehr als 2022). Sehr oft überschneiden sich die Formen der von Frauen erlittenen Gewalt; 2023 überwiegt die psychische Gewalt (88%), gefolgt von der körperlichen Gewalt (63%).

Quelle: ASTAT Info 48/2024

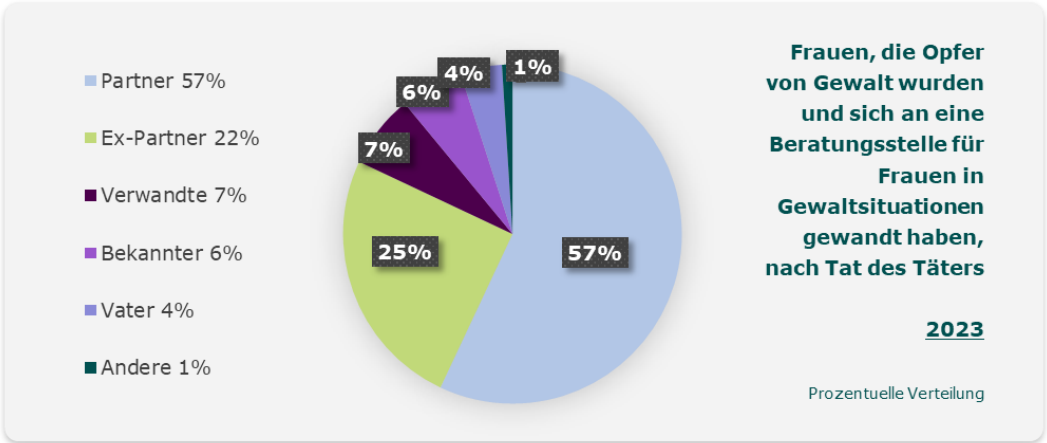


Quelle: ASTAT Info 48/2024

Die Gewalttäter sind überwiegend Partner oder ex-Partner

Die Gewalttäter sind in den meisten Fällen Personen, mit denen die Frau emotional verbunden ist: In 57% der Fälle handelt es sich beim Täter um den Partner (Ehemann, Lebensgefährte oder Freund), in 25% der Fälle um den Ex-Partner. In 11% der Fälle ist der Gewalttäter ein anderes Familienmitglied oder ein Verwandter. Die restlichen 7% entfallen auf Gewaltsituationen außerhalb der Familie und der Beziehung.

Quelle: ASTAT Info 48/2024



Quelle: ASTAT Info 48/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Mehr als 12.000 Kontakte bei der Zusammenarbeit zur Unterstützung der Frauen, um aus einer Gewaltsituation herauszukommen

Ein umfassendes Netzwerk zur Unterstützung ist wichtig, um die betroffenen Frauen zur Beratungsstelle für Frauen in Gewaltsituationen und/oder zum „Frauenhaus" und insgesamt auf ihrem Weg aus der Gewalt-situation zu begleiten. Um besser auf die Bedürfnisse dieser Frauen eingehen zu können, gab es im Jahr 2023 im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stellen 12.092 Kontakte (2.546 mehr als 2022).

Quelle: ASTAT Info 48/2024

KONTAKTE IM RAHMEN DER ZUSAMMENARBEIT INNERHALB DES NETZWERKS - 2023

EINRICHTUNGEN UND DIENSTE	N.
Sozialdienste in der Bezirksgemeinschaften	3.602
Frauenhäuser in Südtirol	1.601
Ordnungskräfte	1.168
Vereinigungen	960
Rechtsanwälte/innen	937
Gesundheitsdienste	759
Schulen	598
Dienste für Einwanderer/innen	572
Gemeinden und andere öffentliche Ämter	393
Arbeitssuche und ähnliches (Arbeitsämter, NIFS, usw.)	360
Gericht/Jugendgericht	347
Wohnungssuche (Sozialer Wohnbau, Private, usw.)	254
Familienberatungsstelle	215
Frauenhäuser außerhalb Südtirols	136
Andere Aufnahmeeinrichtungen in Südtirol	146
Andere Aufnahmeeinrichtungen außerhalb Südtirols	44
TOTALE	**12.092**

Quelle: ASTAT Info 48/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sterbetafeln der Südtiroler Bevölkerung – 2022 und 2023

Die Lebenserwartung der Südtiroler Bevölkerung schwankte in den letzten vier Jahren stark: Nach dem abrupten Rückgang aufgrund der Covid-19-Pandemie 2020 stieg sie 2021 wieder an, blieb 2022 konstant und holte erst 2023 die eingebüßten Jahre vollständig auf.

Im Jahr 2022 beträgt die Gesamtlebenserwartung in Südtirol 83,4 Jahre und bleibt gegenüber 2021 unverändert. 2023 steigt sie auf 84,2 Jahre; ein Plus von fast zehn Monaten gegenüber dem Vorjahr. Damit werden die im Jahr 2020, dem ersten Jahr der Covid-19-Pandemie, verlorenen Lebensjahre vollständig wettgemacht (2019 lag die Lebenserwartung bei 83,9 Jahren).

In Südtirol kann ein im Jahr 2022 geborener Junge mit einer Lebenserwartung von 81,2 Jahren rechnen, ein neugeborenes Mädchen mit 85,7 Jahren. 2023 steigt die Lebenserwartung bei der Geburt für beide Geschlechter und kehrt zu den Werten vor der Pandemie zurück: Die Lebenserwartung für einen 2023 geborenen Jungen beträgt 82,3 Jahre und ist damit um 6 Monate höher als im Jahr 2019, während die Lebenserwartung für ein Mädchen bei 86,2 Jahren liegt und damit gegenüber 2019 gleichbleibt.

Quelle: ASTAT Info 09/2025

INDIKATOREN

BESCHREIBUNG	DATUM	WERT
Lebenswartung bei der Geburt (Jahre): Männer (a) (d)	2023	82,0
Lebenswartung bei der Geburt (Jahre): Frauen (a) (d)	2023	86,2
Tumore: Sterberate (b)	2023	228,6
Krankheiten der Kreislaufsystem: Sterberate (b)	2023	273,7
Abbruchziffer: freiwillige Schwangerschaftsabbrüche (c)	2023	5,0
Abbruchziffer: Fehlgeburten (c)	2022	4,6

(a) Quelle: ISTAT (b) je 100.000 Einwohner (c) je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter (d) Vorläufige Daten

Quelle: ASTAT Info 09/2025

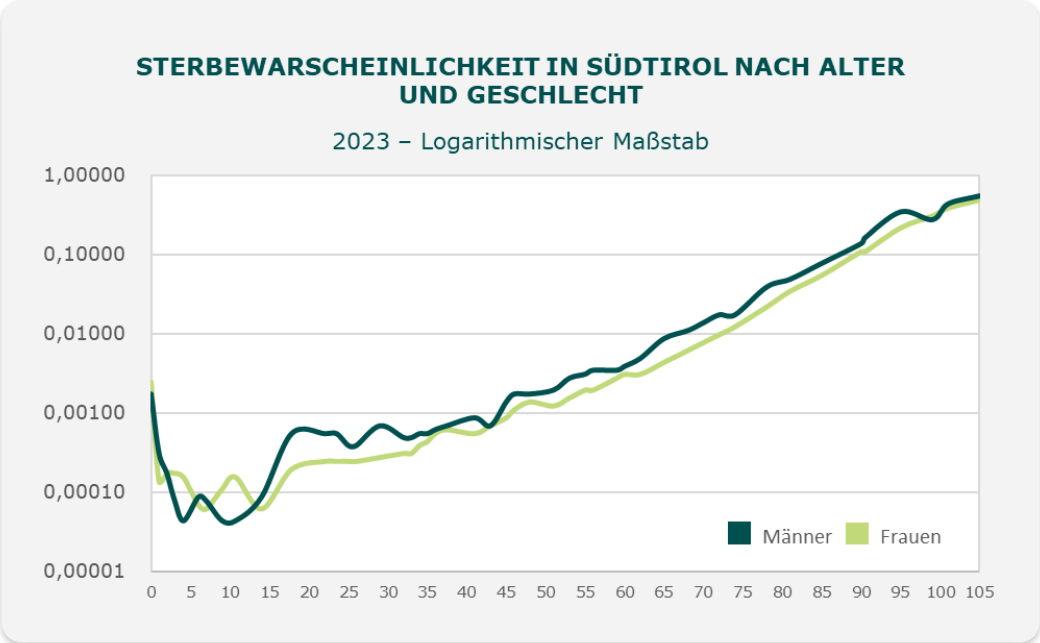
Sterbetafeln

Die Berechnung der Lebenserwartung erfolgt anhand von Sterbetafeln: Diese weisen getrennt nach Geschlecht aus, wie viele Personen eines Ausgangsbestandes (von meist 100.000 Personen) aufgrund der aktuellen Sterbewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Altersjahren überleben bzw. sterben werden.

Nachfolgend werden die altersspezifischen Sterbe-wahrscheinlichkeiten für 2023 veranschaulicht. Die Darstellung erfolgt im logarithmischen Maßstab, um die Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter sowie im jungen Erwachsenenalter besser verdeutlichen zu können.

Quelle: ASTAT info 09/2025

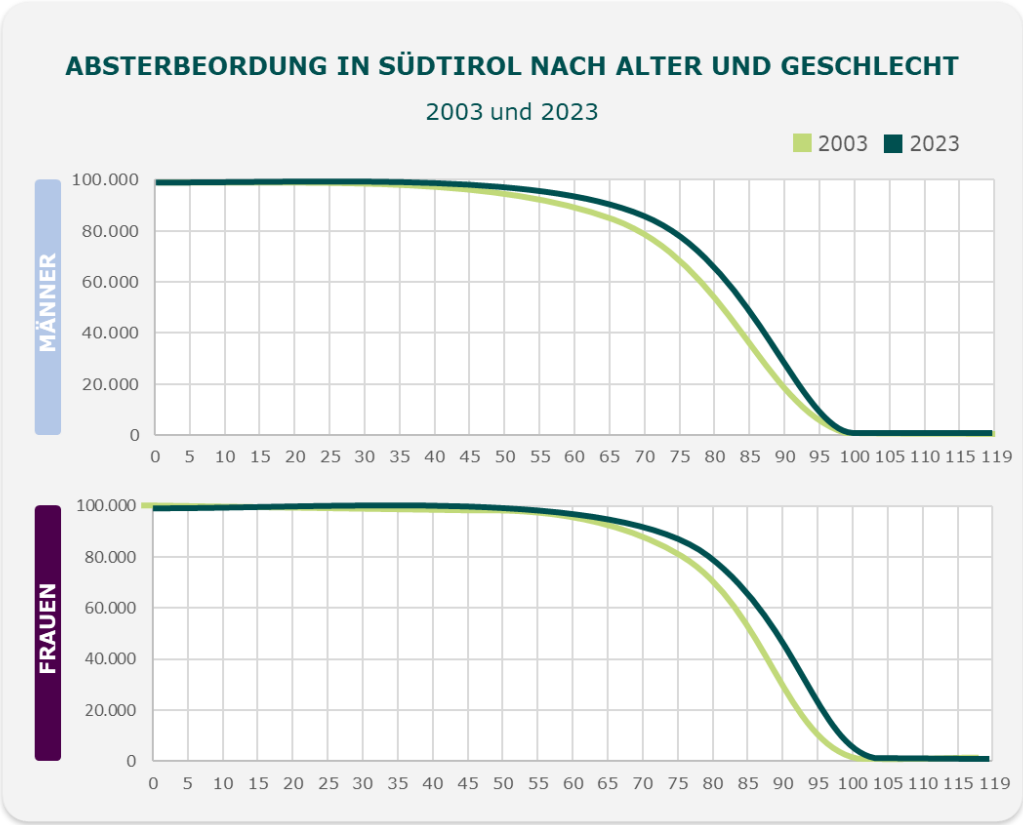
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Quelle: ASTAT info 09/2025

Der Vergleich der Verläufe der Absterbeordnung der Jahre 2003 und 2023 zeigt, dass die Männer in diesen zwanzig Jahren mehr zukünftige Lebensjahre gewonnen haben als die Frauen. In der Tat fällt der Abstand zwischen den Verläufen von 2003 und 2023 bei den Frauen deutlich geringer aus.

Quelle: ASTAT info 09/2025



Quelle: ASTAT info 09/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

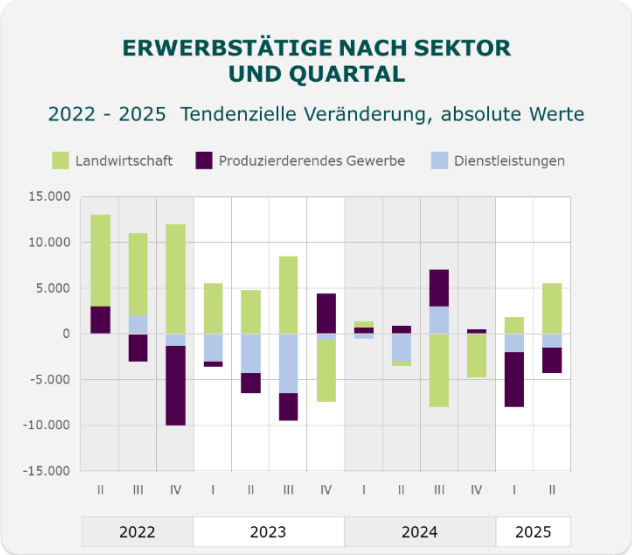
Die Gesundheit der Südtiroler

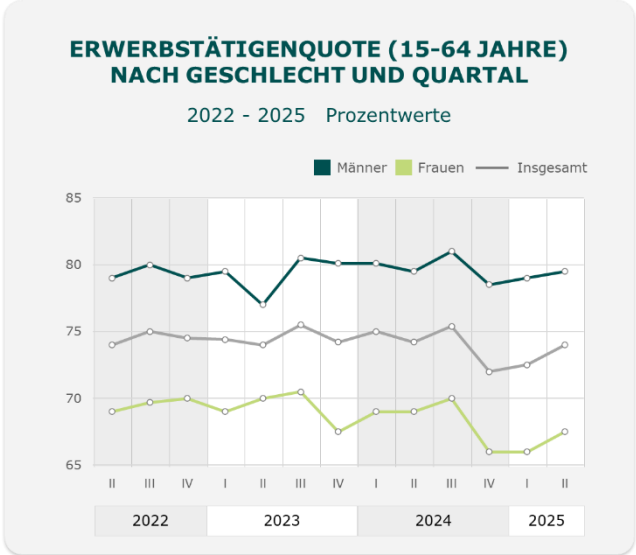
Siehe ITOP in erster Linie Sektion 1 und https://civis.bz.it/de/themen/gesundheit-leben.html

Arbeitsverhältnisse in Südtirol

Im 2. Quartal 2025 beläuft sich die Anzahl der Erwerbstätigen auf 261.328 Personen und ist damit auf dem Niveau der Vergleichsquartale der beiden Vorjahre. Während in der Landwirtschaft und im Produzierenden Gewerbe leichte Rückgänge zu verzeichnen sind (jeweils -1.206 bzw. -2.889 Personen), zeigt sich im Dienstleistungssektor ein Zuwachs von 5.673 Personen. Die Erwerbstätigenquote (15-64 Jahre) liegt im Zeitraum April bis Juni 2025 bei 74,0 % und bleibt somit gegenüber dem Vorjahreszeitraum unverändert. Die Anzahl der Arbeitslosen beläuft sich in Südtirol auf 4.157. Der Wert entspricht in etwa dem gleichen Zeitraum des Vorjahres. Im 2. Quartal 2025 liegt die Arbeitslosenquote (15-74 Jahre) bei 1,6 %, jene der Frauen erreicht 2,0 %. Die Zahl der Nichterwerbspersonen (15-64 Jahre) liegt bei 84.983. Die Nichterwerbsquote zeigt, ähnlich wie andere Indikatoren, eine gewisse Stabilität und liegt bei 24,8 %.

Quelle: ASTAT info 41/2025





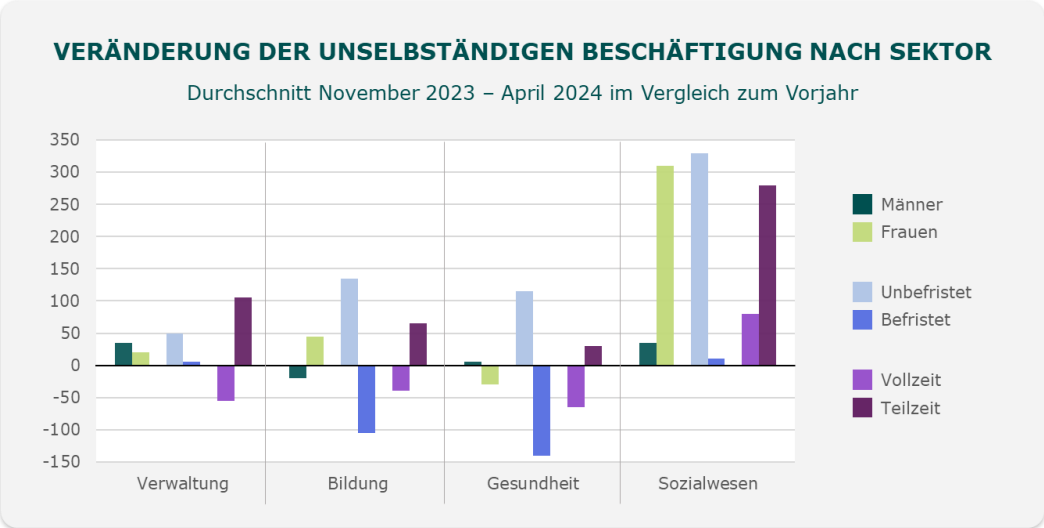
Quelle: ASTAT info 41/2025

Mehr Arbeitsplätze im privat geführten Sozialbereich

Im öffentlichen Sektor, der die Öffentliche Verwaltung sowie das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen öffentlicher wie privater Arbeitgeber umfasst, waren im Halbjahr November 2024 - April 2025 durchschnittlich 57.034 Personen beschäftigt. Dies entspricht einem leichten Anstieg von +0,7% gegenüber dem Vorjahreszeitraum, was +387 Arbeitsstellen entspricht. Diese leichte Zunahme geht fast ausschließlich auf Frauen (+333; +0,8%) und kaum auf Männer (+54; +0,4%) zurück.
Das Beschäftigungswachstum ist auf private Anbieter von sozialen Dienstleistungen zurückzuführen, sowohl im stationären Bereich (z. B. Altenheime) als auch im nichtstationären Bereich. Zu diesem Zweck wurden mehr unbefristete und Teilzeitstellen geschaffen. In anderen Branchen ist hingegen nur ein langsamer Trend zu weniger prekären Arbeitsverträgen und kürzeren Wochenarbeitszeiten zu beobachten.

Quelle: Arbeitsmarktbericht Südtirol 2025/1

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Quelle: Arbeitsmarktbericht Südtirol 2025/1

Tätigkeitsbericht der Polizei

Jedes Jahr wird von der Behörde für öffentliche Sicherheit - Zentraldirektion der Kriminalpolizei - der Bericht an das Parlament über die Tätigkeiten der Polizeikräfte, über den Zustand der öffentlichen Ordnung und Sicherheit und über die organisierte Kriminalität veröffentlicht, dessen Ergebnisse nachfolgend angegeben werden. Die letzte wurde am 18.12.2024 veröffentlicht und bezieht sich auf das Jahr 2023.

Siehe: https://www.camera.it/temiap/2025/01/20/OCD177-7811.pdf

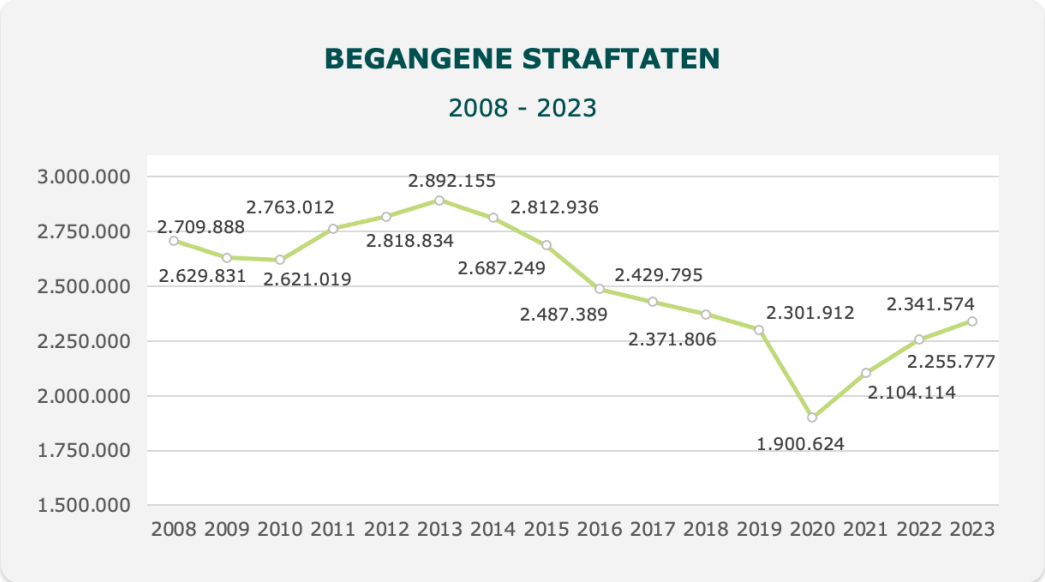
Beschreibung der Kriminalität in Italien

In Italien hat die Gesamtzahl der Straftaten im Zeitraum 2013-2019 einen kontinuierlichen Rückgang verzeichnet, der bis 2020 anhielt. Im Jahr 2021 wurde hingegen wieder ein Anstieg beobachtet, wobei sich die Werte auf einem mittleren Niveau zwischen 2019 und 2020 einpendelten. Im Berichtsjahr 2023 wurden insgesamt 2.341.574 begangene Straftaten registriert.

In Italien zeigte die Gesamtzahl der begangenen Straftaten im Zeitraum 2008-2023 zunächst bis 2013 eine schwankende Entwicklung, gefolgt von einem kontinuierlichen Rückgang zwischen 2014 und 2020. Im Zeitraum 2021-2023 wurde hingegen ein Anstieg verzeichnet; insbesondere wurden im Jahr 2023 insgesamt 2.341.574 Straftaten registriert, was einem Anstieg von 3,8 % gegenüber 2022 entspricht. Dieser Wert liegt zudem auf einem ähnlichen Niveau wie in den Jahren 2018 und 2019.

Quelle: Bericht an das Parlament 2023

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Quelle: Bericht an das Parlament 2023

Im Vergleich zu 2022 betraf der im Jahr 2023 festgestellte Anstieg der Straftaten insbesondere Betrugs- und Computerbetrugsdelikte (+10,3 %), Raubüberfälle (+9,5 %), Diebstähle (+6,0 %), Sachbeschädigungen (+2,5 %), vorsätzliche Körperverletzungen (+1,3 %) sowie Hehlerei (+1,1 %). Rückläufig waren hingegen der Schmuggel (-29,7 %), der Wucher (-21,5 %), die Ausbeutung der Prostitution und Kinderpornografie (-21,3 %), Brandstiftungen (-18,8 %), Erpressungen (-5,1 %), durch Brand verursachte Sachbeschädigungen (-1,6 %) sowie Sexualdelikte (-1 %).

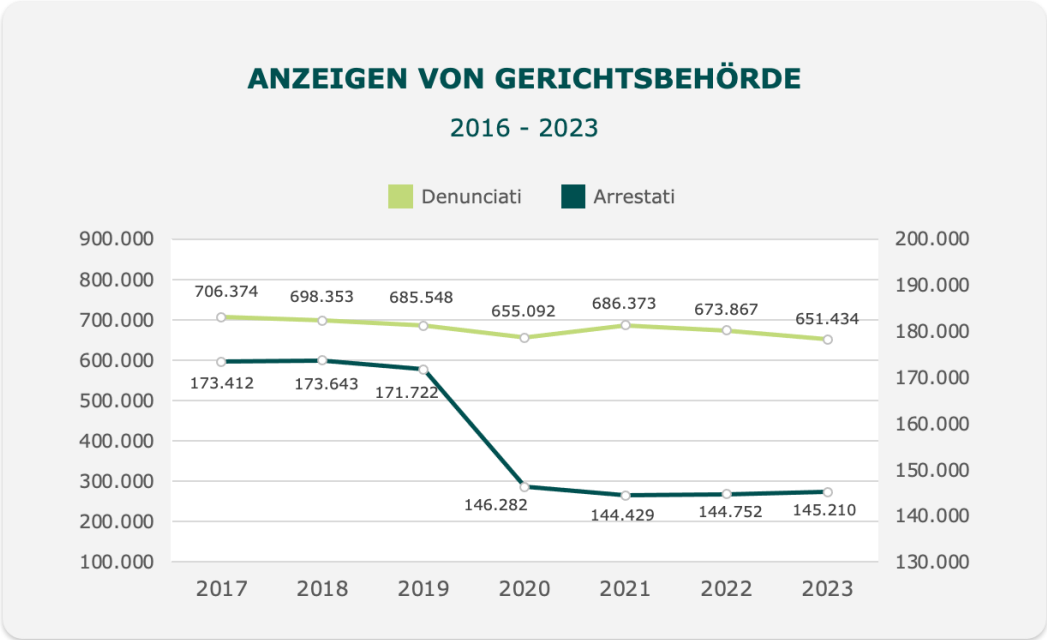
Im Zusammenhang mit dem Anstieg der Eigentumsdelikte im Jahr 2023 zeigt die Analyse der spezifischen Raubüberfallarten (+9,5 % im Jahr 2023 gegenüber 2022), dass insbesondere die Raubüberfälle in Wohnungen um 12,9 % zugenommen haben (sie machen 7 % der Gesamtzahl aus), die Raubüberfälle auf offener Straße um 9,5 % (59 % des Gesamtwerts) und die Raubüberfälle in Geschäftslokalen um 6,3 % (13,6 % des Gesamtwerts). Rückläufig waren hingegen die Banküberfälle, die um 33,6 % abgenommen haben (sie machen 0,31 % des Gesamtwerts aus). Im Jahr 2023 wurde zudem ein Anstieg der vorsätzlichen Tötungsdelikte festgestellt.

Gegenmaßnahmen

Im Jahr 2023 wurden in Italien 796.644 Meldungen über angezeigte und/oder festgenommene Personen registriert (davon 268.780 auf ausländische Staatsangehörige und 32.981 auf Minderjährige bezogen), was einem Rückgang von 2,7 % gegenüber den 818.619 Meldungen im Jahr 2022 entspricht. Im selben Zeitraum wurden 651.434 Meldungen über Personen verzeichnet, die auf freiem Fuß angezeigt wurden, davon 216.969 ausländische Staatsangehörige und 28.897 Minderjährige. Der Gesamtwert zeigt einen Rückgang von 3,3 % im Vergleich zu 2022. Die Zahl der Meldungen über festgenommene Personen beträgt hingegen 145.210, davon 51.811 ausländische Staatsangehörige und 4.084 Minderjährige. Im Vergleich zu 2022 ergibt sich hier ein Anstieg von 0,3 %.

Quelle: Bericht an das Parlament 2023

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

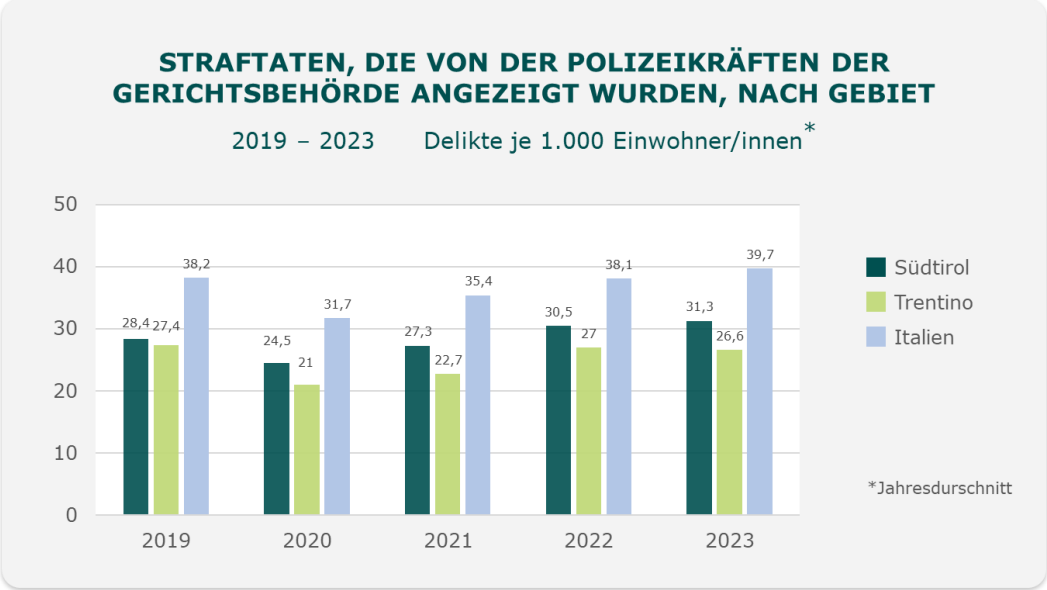


Quelle: Bericht an das Parlament 2023

Von den Polizeikräften angezeigte Straftaten - 2023

2023 haben die Polizeikräfte in Südtirol 16.693 Straf-taten bei der Gerichtsbehörde angezeigt. Diese Zahl ist gegenüber dem Vorjahr (16.258 Straftaten) um 2,7 % gestiegen. Die Zahl der Straftaten je 1.000 Einwohner/innen ist in Südtirol (31,3 je 1.000 Einwohner/innen) und Italien (39,7) gegenüber 2022 gestiegen, im Trentino hingegen leicht gesunken (26,6). Jahr 2023 haben die Polizeikräfte in Südtirol 16.693 Straftaten bei der Gerichtsbehörde angezeigt. Diese Zahl ist gegenüber dem Vorjahr (16.285 Straftaten) um 2,7% und damit bedeutend gestiegen. Die Zahl der Straftaten je 1.000 Einwohner/innen ist in allen drei untersuchten Gebieten (Südtirol 31,3, Trentino 26,6 und Italien 39,7) höher als der jeweilige Wert von 2022. Der rückläufige Trend seit dem Jahr 2017 hat sich 2021 umgekehrt; 2023 ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten.

Quelle: ASTAT info 1/2025



Quelle: ASTAT info 01/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

VON DEN POLIZEIKRÄFTEN DER JUSTIZBEHÖRDE GEMELDETE STRAFTATEN NACH DELIKTART

2020 - 2022

ART DER STRAFTAT	2020	2021	2022	
			N	%
Vorsätzlicher und fahrlässiger Mord	23	16	14	0,1
davon: bei Verkehrsunfällen	10	9	11	0,1
Versuchter Mord	4	3	6	..
Schläge	130	219	176	1,1
Vorsätzliche Körperverletzung	465	571	556	3,4
Bedrohung	465	540	507	3,1
Entführung	6	7	3	..
Sexualverbrechen	37	50	87	0,5
Sexuelle Handlungen mit Minderjährigen	7	1	1	..
Ausbeutung und Begünstigung der Prostitution	11	7	9	0,1
Kinderpornografie und Besitz von pädophilem Material	8	7	13	0,1
Diebstähle	5.202	5.697	7.558	46,5
davon:				
• Einbrüche in abgestellte Autos	506	369	501	3,1
• Mit besonderer Geschicklichkeit begangene Diebstahl z.B. Taschendiebstahl	576	679	731	4,5
• Ladendiebstähle	664	739	772	4,7
• Diebstähle durch Einbrüche in Wohnungen	632	647	1.004	6,2
• Diebstahl von Mopeds	21	36	35	0,2
• Diebstahl von Autos	55	46	75	0,5
• Diebstahl von Motorrädern	38	48	35	0,2
• Diebstahl durch Entreißen des Gegenstandes	4229	50	54	0,3
• Diebstahl von Kunstgegenständen und archäologischem Material	2	-	1	..
Raub	176	192	232	1,4
davon:				
• Auf öffentlichem Grund	116	112	145	0,9
• In Geschäften/Kaufhäuser	34	51	46	0,3
• In Banken	-	-	-	-
• In Wohnungen	5	6	9	0,1
Erpressung	87	121	122	0,8
Cyberkriminalität	979	1.216	1.238	7,6
Computerdelikte	69	79	113	0,7
Fälschung von Warnzeichen, Schutzmarken und Industrieprodukten	6	2	13	0,1
Hehlerei	138	135	232	1,4
Geldwäsche und Verwendung von Geld, Gütern oder Einkünften unrechtmäßiger Herkunft	15	4	5	..
Sachbeschädigung	884	1.054	1.078	6,6
Brandstiftung	37	19	29	0,2
Sachbeschädigung, gefolgt von Brandstiftung	18	29	24	0,1
Drogendelikte	355	304	401	2,5
Kriminelle Vereinigung	1	5	1	..
Andere Straftaten	3.958	4.287	3.829	23,6
INSGESAMT	**13.041**	**14.581**	**16.258**	**100,0**
Angezeigte Straftaten, deren Tatverdächtige im Jahr zuvor und im selben Jahr ermittelt wurden	4.943	5.318	5.404	33,2
Straftaten der vergangenen Jahre, deren Tatverdächtige ermittelt wurden	690	778	735	4,5

Quelle: ASTAT info 8/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Anstieg der angezeigten Straftaten, Rückgang der Diebstähle

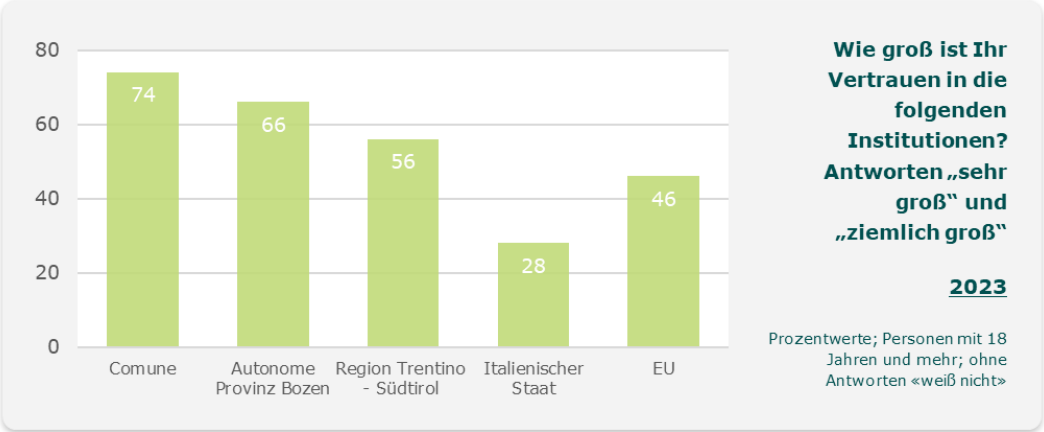
Die häufigste Art von Straftaten sind die Diebstähle (7.043 Anzeigen bzw. 42,2 % aller Straftaten). Sie sind im Vergleich zum Vorjahr um 6,8 % gesunken. Abgenommen haben vor allem die mit besonderer Geschicklichkeit begangenen Diebstähle (-23,7 %), während bei den Ladendiebstählen, der zweithäufigsten Art der Diebstähle, ein geringerer Rückgang zu verzeichnen ist (-2,7 %). Die Zahl der Diebstähle durch Eindringen in Wohnungen, die 14,9 % aller Diebstähle aus-machen, steigt um 4,2 %.

Die Fälle von Raub nehmen 2023 insgesamt leicht zu (+1,7 % im Vergleich zu 2022), obwohl das Phänomen weit weniger verbreitet, ist als andere Arten von Straftaten. Es steigt vor allem die Zahl der Raubüberfälle in Geschäften und Kaufhäusern (+37,0 %), während die Fälle auf öffentlichem Grund abnehmen (-10,3 %).

Quelle: ASTAT info 8/2024

Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit den öffentlichen Diensten - 2023

Das seit jeher großem Vertrauen in die lokalen Institutionen sinkt. Vor allem die Autonome Provinz Bozen verzeichnet im Vergleich zur letzten Ausgabe der Umfrage einen deutlichen Rückgang.
Die Autonome Provinz Bozen verzeichnet im Ver-gleich zu 2018 einen deutlichen Rückgang, von 78% positiver Antworten an den gesamten gültigen Angaben (d.h. mit Ausnahme der „weiß nicht") auf 66%.
Der italienische Staat und die EU holen hingegen auf: ersterer klettert von 19% auf 28%.



Quelle: ASTAT info 1/2024

ANAC Jahresbericht über Korruption

Der Präsident von Anac hat im Jahr 2025 der Abgeordnetenkammer den Jahresbericht über die Tätigkeit der nationalen Antikorruptionsbehörde vorgelegt.

Die behandelten Themen waren: öffentliche Aufträge, die Aktualisierung des aktuellen PNA, die kooperative Aufsichtstätigkeit, Interessenkonflikte und Integrität sowie Monitoring und Daten.

Im Jahr 2024 wurde das Einheitliche Transparenzportal von ANAC deutlich gestärkt - durch gezielte Maßnahmen zur Vereinfachung, Digitalisierung und besseren Zugänglichkeit der Transparenz im Bereich der lokalen öffentlichen Dienste.

Zu den wichtigsten Neuerungen zählen:

- die Einführung neuer Standardformate für die Veröffentlichung von Daten,

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Erweiterung der Funktionen, um es den Einrichtungen zu ermöglichen, Jahresberichte und andere Dokumente direkt hochzuladen,
- sowie die Einführung vereinfachter digitaler Werkzeuge für die Informationsübermittlung.

Darüber hinaus wurde die Nutzung der Plattform strukturell gefördert: Im Jahr 2024 beteiligten sich über 700 Einrichtungen aktiv daran. Dies trug dazu bei, die Daten zugänglicher, vergleichbarer und zentralisierter zu gestalten - ganz im Sinne eines digitalen, öffentlich zugänglichen Raums, der wesentliche Informationen über die Tätigkeiten aller italienischen öffentlichen Verwaltungen enthält und als Fenster für Kontrolle und Bürgerbeteiligung dient.
Details siehe: Relazione annuale 2024 - www.anticorruzione.it

Index der Korruptionswahrnehmung – EU-Länder im weltweiten Ranking

Der Korruptionswahrnehmungsindex, der jährlich von Transparency International erstellt wird, wurde im Jahr 1995 eingeführt und hat sich zum weltweit wichtigsten Indikator für Korruption im öffentlichen Sektor entwickelt. Der Index vergibt eine Punktzahl für 180 Länder und Gebiete weltweit, basierend auf der Wahrnehmung von Korruption im öffentlichen Sektor. Dabei werden Daten aus 13 externen Quellen verwendet. Die endgültige Punktzahl wird auf einer Skala von 0 (hohes Maß an wahrgenommener Korruption) bis 100 (geringes Maß an wahrgenommener Korruption) ermittelt.

Auf dieser Skala von 0 (maximale Korruption) bis 100 (keine Korruption) erhält Italien im CPI 2024 eine Punktzahl von 54 und belegt damit den 52. Platz im globalen Ranking sowie den 19. Platz unter den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Trotz eines positiven Trends mit einem Zuwachs von 14 Punkten seit 2012 verzeichnet der CPI 2024 den ersten Rückgang für Italien (-2). Die jüngsten Reformen und einige ungelöste Probleme schwächen die Fortschritte im Kampf gegen Korruption.

Der CPI 2024 zeigt, dass die Mehrheit der Länder in über einem Jahrzehnt nur geringe Fortschritte bei der Bekämpfung von Korruption gemacht hat. Mehr als 120 der im CPI erfassten Länder – also über zwei Drittel der Stichprobe – erzielen weiterhin eine Punktzahl unterhalb des Mittelwerts der Skala (50 von 100).



Quelle: https://transparency.it/indice-percezione-corruzione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Für den aktuellen Index siehe: https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione

Stakeholder

Die Analyse des externen Kontexts hat -auch- das Ziel, aufzuzeigen, wie die möglichen Beziehungen zu externen Stakeholdern den Betrieb beeinflussen können.
Die externen Stakeholder, die mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb interagieren, sind:

- Landesverwaltung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitsressorts,
- Gemeinden, Gemeindezusammenschlüsse, Bezirksgemeinschaften, Regionen, ausländische Staaten,
- Volksanwaltschaft,
- der Rechnungshof,
- das Regionale Verwaltungsgericht,
- Ministerien,
- Berufskategorien - Kammern,
- Verbände, Genossenschaften, Komitees,
- Stiftungen und andere Non-Profit-Organisationen,
- Inhouse Gesellschaften des Landes,
- Beteiligte und vom SB beaufsichtigte Gesellschaften,
- Universitäten,
- Wirtschaftsteilnehmer,
- Bürger/Benutzer/Patienten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Analyse des internen Umfelds

Organisation und Aufgaben der Südtiroler Sanitätsbetrieb

Siehe den diesbezüglichen Abschnitt vom ITOP.

In Bezug auf das oben erwähnte Reorganisationsprojekt (das noch nicht abgeschlossen ist und dessen Einzelheiten im diesbezüglichen Abschnitt des ITOPs zu finden sind) ist außerdem anzumerken, dass es sich stark auf die bestehenden Verfahren auswirken wird, da deren Informatisierung, soweit möglich, vorgesehen ist (siehe hierzu den Abschnitt "Verwaltungsvereinfachung").

Angesichts dessen, dass eines der Hauptziele des Sanitätsbetriebes darin besteht, Dienstleistungen von höchster Qualität anzubieten und die Patientensicherheit jederzeit zu gewährleisten, wurde zu diesem Zweck eine Reihe von Projekten entwickelt, von denen die wichtigsten wie folgt zusammengefasst werden:

Simulationszentrum für die Patientensicherheit

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat das Patientensicherheitszentrum im März 2017 in Zusammenarbeit mit der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana gegründet. Das Patientensicherheitszentrum entwickelt und fördert die Patientensicherheit im Sanitätsbetrieb. Ziel ist zum einen der Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes mit der Landesfachhochschule Claudiana, zum anderen das regelmäßige Angebot von Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen (intern und extern) mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit - auf Betriebsebene. Das Schulungsangebot betrifft vor allem Reanimationskurse, Kurse auf Basis medizinischer Simulation und Schulungen im Incident Reporting.

Angesichts der Bedeutung des Wissens über Fehler in der Medizin, die auf den menschlichen Faktor zurückzuführen sind (sog. human factor), wurde das Angebot an Schulungen in diesem Bereich transversal erweitert, sodass dieses Wissen in die Programme aller Fortbildungsveranstaltungen und in die Programme der Grundausbildung integriert wurde.

Letztlich bleibt der rote Faden aller Aktivitäten des Simulationszentrum für Patentensicherheit die Förderung der Patientensicherheit.

Klinisches Risikomanagement

Die Haupttätigkeit des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist die Behandlung von Patienten. Diese Tätigkeit birgt naturgemäß ein hohes Risikopotenzial. Das Risikomanagement im Gesundheitswesen basiert auf der frühzeitigen Erkennung von Risiken und Fehlern und deren Bewertung, um sie zu begrenzen, zu reduzieren und wenn möglich ganz zu beseitigen.

Eine korrekte Risikobewertung ist grundlegend für die Qualität der erbrachten Dienstleistung, da Qualität im Sanitätsbetrieb im Sinne von klinischer Spitzenleistung, nur durch die Standardisierung von Prozessen erreicht werden kann.

Mit Beschluss Nr. 1194 vom 08.11.2022 wurde daher der geschäftsführende Direktor der komplexen Struktur der Organisationseinheit für die klinische Führung bei der Generaldirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes ernannt und die Funktion des Risikomanagers des Betriebes übertragen (Details siehe Beschluss auf Amtstafel).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Eine neue Software für das betriebliche *Incident Reporting* von Beinaheunfällen wurde konfiguriert und implementiert.

Die neue Software ermöglicht die tägliche Überwachung von Ereignissen, die vom Personal gemeldet und vom Analyseteam verwaltet werden, das eingehende Berichte anonymisiert und analysiert und dann Verbesserungsmaßnahmen vorschlägt, um zu verhindern, dass sich derselbe Vorfall wiederholt.

Das Meldeportal ist für das Personal über die Intranet-Seite zugänglich CIRS Portal DE (sabes.it)

Förderung und Entwicklung der Sicherheitskultur durch die freiwillige Zertifizierung mit Accreditation Canada

Accreditation Canada ist eine Exzellenzzertifizierung, die international anerkannte hohe Qualitäts- und organisatorische Exzellenzstandards für das Gesundheitswesen erfüllt und in Zusammenarbeit mit der HSO (Health Standards Organization) entwickelt wurde.

Im Zeitraum vom 27. Mai bis 7. Juni 2024 fand der Auditbesuch der externen Agenturstelle statt. Eine Bewertung unseres Sanitätsbetriebes erfolgte anhand strenger Kriterien und durch Vor-Ort-Begehungen, auch in einzelnen Abteilungen und Dienststellen:

GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN		Krankenhaus		Territorium
NR. AUDITBESUCHE	**54**	32		22
GESUNDHEITSBEZIRK MERAN		Meran	Schlanders	Territorium
NR. AUDITBESUCHE	**45**	24	25	6
GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN		Brixen	Sterzing	Territorium
NR. AUDITBESUCHE	**34**	15	14	5
GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK		Bruneck	Innichen	Territorium
NR. AUDITBESUCHE	**41**	23	16	5
TOT. ASDAA				
NR. AUDITBESUCHE	**174**	**139**		**38**

Der Bericht, der dem SABES am 24. Juni zugesandt wurde, dekretiert das Erreichen des Platin-Niveau (Patient im Zentrum der Pflege, Kohärenz der Dienstleistungen) des gesamten Sanitätsbetriebes.

SABES hat somit seinen ersten dreijährigen Akkreditierungszyklus mit Accreditation Canada abgeschlossen, indem es seine erste betriebliche Excellence-Zertifizierung auf Platin-Niveau erhalten hat.

Die Betriebsleitung des Südtiroler Sanitätsbetriebes hat die Fortführung des Akkreditierungsprogramms mit Accreditation Canada beschlossen und offiziell den für den Erhaltungszyklus vorgesehenen Dreijahreszeitraum 2025–2027 eingeleitet.
Zu diesem Zweck wurde ein Verhandlungsverfahren ohne vorherige Veröffentlichung einer Bekanntmachung für die Vergabe der Reakkreditierungsdienstleistung nach dem Standard Qmentum

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

International für den Zeitraum 2025–2027, bestimmt für den Südtiroler Sanitätsbetrieb, eingeleitet. Der Vertrag wurde mittels einer unterzeichneten Vertragsurkunde am 04.03.2025 formalisiert.

Prozessmanagement - Qualitätssicherungsinstrumente

Um die Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems und des klinischen Risikomanagements zu definieren und sichere Prozesse in Abteilungen und Diensten zu gewährleisten, werden Qualitätssicherungsinstrumente wie Betreuungspfade (PDTA), Protokolle, Prozeduren, Checklisten und andere Dokumente entwickelt und verwaltet. Sie sollen zum Erhalt der Qualitätsdimensionen beitragen, wie z.B. der Sicherheit von Patienten und Mitarbeiter, Angemessenheit usw.

Im Sanitätsbetrieb sind vielfältige Qualitätssicherungsinstrumente im Einsatz, die über Archiflow verwaltet werden und über die Seite "Qualitäts- und Risikomanagement" im Intranet verfügbar sind. Die Dokumente beschreiben die einzuführenden Prozesse und Tätigkeiten und liefern dem Mitarbeiter die Informationen, die für die Erbringung der Dienstleistungen erforderlich sind.

Zuständige und Funktionen in der Strategie zur Risikoprävention

Externe Beteiligte

- ANAC, die als nationale Anti-Korruptionsbehörde als Verbindung zu den anderen Behörden dient und Aufsichts- und Kontrollkompetenzen ausübt, um die Wirksamkeit der von den Verwaltungen ergriffenen Präventionsmaßnahmen sowie die Einhaltung der Vorschriften zur Transparenz zu überprüfen (Artikel 1, Absätze 2 und 3, Gesetz Nr. 190/2012);
- Rechnungshof, mit Kontrollfunktionen;
- Interministerielles Komitee, das die Aufgabe hat, durch die Erarbeitung von Leitlinien Weisungen bereitzustellen (Art. 1, Absatz 4, Gesetz Nr. 190/2012);
- Vereinigte Staat-Regionen-Konferenz;
- Ressort Öffentlicher Dienst (D.F.P.), Förderer von Präventionsstrategien;
- Nationale Hochschule für Verwaltung (S.N.A.), Bereitstellung von Schulungsinitiativen.

Interne Beteiligte

Der Antikorruptions- und Transparenz Beauftragte:

- Art. 1, Abs. 7, G. 190/2012
- Rundschreiben Nr. 1/2013 des Ressorts Öffentlicher Dienste (D.F.P)
- Art. 15, DPR n. 62/2013
- Art. 15, Lgs.D. Nr. 39/2013
- Nationaler Antikorruptionsplan (P.N.A.) – Anhang 1, Punkt A.2
- Lgs.D. Nr. 97/2016 i.g.F.

Der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte des Sanitätsbetriebes wurde durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 238 vom 28. Oktober 2013 ernannt und wurde in der Funktion des Verwaltungsdirektors des Sanitätsbetriebes identifiziert. Das Lgs.D. Nr. 97/2016 in seiner geänderten und ergänzten Fassung hat eine neue Disziplin eingeführt, die in einer Person die Funktion des Verantwortlichen der Korruptionsprävention und Transparenz vereint, vorausgesetzt dass letztere mit angemessenen Befugnissen und Funktionen ausgestattet wird, um die autonome und effektive Erfüllung seiner Aufgaben zu gewährleisten. Außerdem ist nach den neuen Vorschriften der Dreijahresplan für Transparenz und Integrität im D.P.K.P.T. integriert worden. Es ist anzumerken, dass der Sanitätsbetrieb durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 18 vom 29. Januar 2014 die beiden oben genannten Bereiche bereits in einer Person vereinigt hat.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Am 30.01.2017 wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2017-A-000051 der Direktor der Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten mit Wirkung vom 01.02.2017 zum Beauftragten für Korruptionsprävention und Transparenz des Sanitätsbetriebes ernannt.

Im Jahr 2024 trennte der Sanitätsbetrieb Südtirol die Funktionen des Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten aus den Gründen, die im Beschluss Nr. 521 vom 14.05.2024, veröffentlicht unter Transparente Verwaltung - Andere Inhalte - Korruptionsprävention, angeführt sind.

Angesichts der anspruchsvollen und heiklen Aufgabe, mit allen Betriebsstrukturen in Verbindung zu treten, wurde beschlossen, dem Verantwortlichen einen Stab von Referenten zur Seite zu stellen, um bei der konkreten Umsetzung des Plans mitzuarbeiten.

Nachfolgend sind die Aufgaben und Funktionen des A.K.T.B. aufgeführt (jetzt auch A.K.B. und T.B.):

- bereitet den Planvorschlag zur Verabschiedung durch den Generaldirektor vor, wobei er dem politischen Gremium den Inhalt und die Auswirkungen der Umsetzung angemessen erläutert;
- legt geeignete Verfahren für die Auswahl und Schulung von Mitarbeitern fest, die in besonders korruptionsgefährdeten Bereichen arbeiten sollen (Art. 1, Abs. 8, G. 190/2012);
- prüft die Durchführung des Plans und seine Angemessenheit (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe a) G. 190/2012);
- schlägt Änderungen des Plans vor bei Feststellung wesentlicher Verstöße oder Änderungen in der Organisation (Art. 1, Abs. 10, Buchstabe a) G. 190/2012;
- überprüft, soweit als Maßnahme vorgesehen, in Abstimmung mit der zuständigen Führungskraft die effektive Rotation der Stellen in den Ämtern, die mit der Durchführung der Tätigkeiten beauftragt sind, bei denen das Risiko der Begehung von Korruptionsdelikten am größten ist (Art. 1, Abs. 10, Buchstabe b G. 190/2012);
- identifiziert das Personal, das in die Ausbildung über Ethik und Legalität einbezogen werden soll (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe c G. 190/2012);
- überwacht die Risiken in Bezug auf Unvereinbarkeit und Inkompatibilität (Lgs.D. 39/2013 - Rundschreiben 1/2013);
- sorgt für die Verbreitung der Bekanntmachung des Verhaltenskodexes des Sanitätsbetriebes;
- erstellt einen Jahresbericht über die durchgeführte Tätigkeit, sorgt für die Veröffentlichung auf der Institutionellen Website und die Übermittlung an den Generaldirektor (Art. 1, Absatz 14 G. 190/2012);
- übernimmt und definiert die Verbindungsmodalität mit allen anderen Akteuren des in diesem Plan beschriebenen Risikomanagementprozesses;
- hat Gesprächs- und Kontrollbefugnisse.

Der NAKP 2018 erläuterte die Funktion und die Befugnisse des A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.), die subjektiven Voraussetzungen für seine Ernennung, seine Amtszeit und den Widerruf des Auftrages.

Der NAKP 2019 hat sich wiederum ausführlich mit dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) befasst (dem er - ebenfalls - einen Ad-hoc-Anhang widmet) und insbesondere die Kriterien für die Auswahl desselben in objektiver und subjektiver Hinsicht angegeben, seine Kompetenzen, Befugnisse und Verantwortlichkeiten sowie die operative Unterstützung, die er benötigt. Auch der NAKP 2022 widmet der Figur des AKTBs Aufmerksamkeit und erläutert im Anhang 3 die Figur des AKTBs und dessen Supportstruktur. Der NAKP (PNA) 2023. Aktuelles zum Thema ist seitens ANAC veröffentlicht (https://www.anticorruzione.it/).

Der Generaldirektor:

- ernennt den A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.);
- ergreift alle Maßnahmen zur Verhinderung von Korruption;
- verabschiedete den D.P.K.P.T. jetzt ITOP und seine jährlichen Aktualisierungen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Referenten für die Vorbeugung:

- angesichts der besonderen Organisation des Sanitätsbetriebes (bestehend aus vier Gesundheitsbezirken) wurde es für eine bessere Verwaltung der Funktionen und Ressourcen als angemessen erachtet, die Referenten in den Funktionen der Direktoren der Betriebsabteilungen zu identifizieren;
- die Referenten arbeiten aktiv an den verfahrenstechnischen Maßnahmen zur Verabschiedung des ITOP mit;
- die Referenten stellen dem A.K.T.B (jetzt A.K.B. und T.B.) Informationen zur Verfügung, sodass dieser eine Einschätzung über die gesamte Organisation und die Aktivitäten des Sanitätsbetriebes erhält;
- die Referenten bringen Anreize/Impulse und erarbeiten konkrete Vorschläge in enger Zusammenarbeit mit dem A.K.T.B (jetzt A.K.B. und T.B.);
- die Referenten berücksichtigen die im ITOP enthaltenen Maßnahmen und fördern die Einhaltung derselben.

Die Führungskräfte des jeweiligen Verantwortungsbereiches:

- tragen die Hauptverantwortung für die Wirksamkeit der Kontrolle aller Korruptionsrisiken;
- sind mit einer allgemeinen Informationspflicht gegenüber dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.), den Referenten/Ansprechpersonen und der Justizbehörden betraut (Art. 16 des Lgs.D. Nr. 165/2001);
- spielen eine Schlüsselrolle für den Erfolg von Korruptionspräventionsmaßnahmen, indem sie sich aktiv am Risikoverwaltungs- und Bewertungsprozess beteiligen;
- schlagen spezifische Vorbeugemaßnahmen vor;
- überprüfen die Vermutungen über Verstöße gegen den Verhaltenskodex;
- beachten die Korruptionspräventions- und Transparenzmaßnahmen und fördern spezifische Vorschläge zur Integration oder Verbesserung;
- fördern ethische Werte bei ihren Mitarbeitern;
- beachten die Einhaltung der Informationspflichten gegenüber dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.);
- beaufsichtigen die Durchführung der Maßnahmen zum Thema Inkompatibilität und Unvereinbarkeit von Ämtern;
- stellen sicher, dass es keine Situationen der Unvereinbarkeit oder des Interessenkonflikts gibt;
- arbeiten zusammen und überwachen die Durchführung der Transparenzmaßnahmen im Einklang mit den diesbezüglich geltenden Bestimmungen;
- überwachen und setzen die gesetzlichen Verpflichtungen zur Transparenz durch;
- setzen die Regeln zur Korruptionsbekämpfung durch.

U.P.D. – Amt für Disziplinarverfahren:

- führt im Rahmen seiner Zuständigkeit Disziplinarverfahren durch (Artikel 55-bis des Lgs.D. Nr. 165/2001);
- schlägt die Aktualisierung des Verhaltenskodexes vor und überwacht dessen Anwendung.

Mit dem Beschluss Nr. 354 vom 11. Oktober 2016 wurde eine neue Regelung zur Einrichtung eines zentralen einheitlichen Disziplinarorgans (anstatt einzelnen auf Bezirksebene) verabschiedet, um die Disziplinarverfahren zu vereinheitlichen und die Gleichbehandlung aller Mitarbeiter zu gewährleisten. Dieses Vorgehen beinhaltet folglich auch die Verpflichtung, ein Archiv anzulegen, das alle im Laufe des Jahres eingeleiteten Disziplinarverfahren enthält, sowie ein Berichtsystem an den A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) mit der Angabe der Verfahren, die eine Anklage im Zusammenhang mit Straftaten gegen die Ö.V oder Korruptionshandlung, also den Missbrauch und die Ausnutzung von öffentlichen Funktionen für persönliche Zwecke, einschließen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Mit Beschluss Nr. 368 vom 12. September 2017 wurden die Mitglieder der Disziplinar-kommission ernannt. Diese Kommission ist für die Verhängung von Sanktionen am Ende des Verfahrens zuständig. Außerdem wurde beschlossen, dass nach Abschluss der bereits anhängigen Disziplinar-verfahren, die einzelnen Kommissionen in den einzelnen Gesundheitsbezirken nicht mehr funktionsfähig sind, um sicherzustellen, dass alle Disziplinarverfahren zukünftig von einer einzigen Kommission verfolgt werden, und zwar die, auf die sich der oben genannte Beschluss bezieht.

Mit Beschluss Nr. 749 vom 12.11.2019 wurde ein Mitglied der Disziplinarkommission ersetzt.

Mit Beschluss Nr. 253 vom 08.03.2022 wurden die neuen Mitglieder der Disziplinarkommission ernannt.

Mit Beschluss Nr. 254 vom 10.03.2022 wurde die Ergänzung des Beschlusses Nr. 253 vom 08.03.2022 „Ernennung der Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit" beschlossen.

Mit Beschluss Nr. 1515 vom 29.12.2022 die Zusammensetzung der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit abzuändern, wenn das Disziplinarverfahren Kinderärzte freier Wahl betrifft.

Mit Beschluss Nr. 816 vom 05.06.2023 wurde die Ergänzung des Beschlusses Nr. 253 vom 08.03.2022 „Ernennung der Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit" genehmigt.

Mit Beschluss Nr. 1153 vom 09.09.2023 wurde die Abänderung des Beschlusses Nr. 253 vom 08.03.2022 „Ernennung der Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit" genehmigt.

Mit Beschluss Nr. 1366 vom 24.10.2023 wurde eine weitere Abänderung des Beschlusses Nr. 1153 vom 05.09.2023 betreffend die Abänderung des Beschlusses Nr. 253 vom 08.03.2022 „Ernennung der Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit" genehmigt.

Mit Beschluss Nr. 754 vom 23.07.2024 wurde die Integration des Beschlusses Nr. 253 vom 08.03.2022 betreffend die „Ernennung der Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit" genehmigt.

Mit Beschluss Nr. 171 vom 04.03.2025 wurden die Mitglieder der unternehmensinternen Organisationseinheit, die für Disziplinarverfahren zuständig ist, ernannt.

Für das Jahr 2025 (Stand: 31.10. bei Erstellung dieses Dokuments) wird darauf hingewiesen, dass 8 neue Disziplinarverfahren eingeleitet wurden, von denen 6 bereits abgeschlossen sind.

Es ist hervorzuheben, dass das Ergebnis dieser Verfahren wie folgt war:

Nr. 3 Gehaltskürzung für einen Monat

Nr. 1 Verweis

Nr. 1 Suspendierung für 7 Tage

Nr. 1 Einstellung des Verfahrens (Archivierung)

Alle Mitarbeiter des Betriebes:

- beteiligen sich am Risikomanagementprozess;
- beachten die Korruptionspräventions- und Transparenzmaßnahmen und den ITOP, jeder Verstoß gegen dieselben stellt einen Grund für disziplinarrechtliche Maßnahmen dar;
- bieten dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) eine konkrete Zusammenarbeit zur Korruptionsprävention an, gemäß Art. 10 des Verhaltenskodexes;
- melden Situationen von gesetzeswidrigem Verhalten und Interessenkonflikten an den jeweiligen Vorgesetzten oder an das zentrale einheitliche Disziplinarorgan (U.P.D.), das für die Disziplinarverfahren zuständig ist;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- nehmen an Weiterbildungen zum Thema Vorbeugung der Korruption und Transparenz teil;
- beteiligen sich an der Erarbeitung und Festlegung zusätzlicher Maßnahmen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich;
- beachten und setzen die Maßnahmen zur Korruptionsprävention um.

Die Mitarbeiter der Verwaltung in jeder Funktion:

- beachten die Korruptionspräventions- und Transparenzmaßnahmen und den ITOP;
- melden rechtswidrige Handlungen (Whistleblower).

Der Verantwortliche für das Einheitsregister der Vergabestellen (RASA)

Um sicherzustellen, dass die Daten tatsächlich in das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestellen (AUSA) eingetragen werden, hat der A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) im Jahr 2013 die für die Eingabe und Aktualisierung der Daten verantwortliche Person in der Figur des Direktors der Einkaufsabteilung identifiziert, welcher umgehend die Daten in das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestelle (AUSA) einträgt und das gegenständliche Register aktualisiert.

Bis zum Jahr 2019 war der Verantwortliche für das Einheitsregister der Vergabestellen (sog. „RASA") des Südtiroler Sanitätsbetriebes Dr. Alessandro Amaduzzi, dieser wurde ab dem 16.12.2019 von Dr. Paolo Filippi abgelöst.

Der Verwalter für die Meldung bzgl. Geldwäsche

Am 29.11.2016 hat der Generaldirektor diese Figur in der Person vom Abteilungsdirektor der Abteilung Wirtschaft und Finanzen (jetzt Abteilung Finanzen) ausgewählt und mit Beschluss Nr. 478 vom 22.12.2016 offiziell ernannt.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat einen Entwurf für ein Geldwäsche -Rundschreiben ausgearbeitet, das im Laufe des Jahres 2025 verabschiedet werden soll. Im Rahmen des Tages der Transparenz am 21.10.2025 wurde der Unterschied zwischen Whistleblowing und der Meldung einer verdächtigen Transaktion erläutert. Für 2026 ist außerdem die Durchführung einer spezifischen Schulung im Bereich der Geldwäscheprävention vorgesehen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aktivitäten zur Risikoanalyse

Auch im Jahr 2025 verarbeiteten die Verantwortlichen die notwendigen Daten, um mit der Modellierung von korruptionsgefährdeten Prozessen und Teilprozessen der Entscheidungsfindung und dem damit verbundenen Monitoring fortzufahren, wobei in erster Linie die Richtlinien des aktuellen nationalen Antikorruptionsplanes (siehe Modellierung im Anhang) eingehalten wurden.

Die angegebenen Risikobereiche im Anhang I des NAKP 2019 reformulieren in schematischer, synthetischer und tabellarischer Form, was bereits in den früheren NAKP und in den ANAC-Hinweisen angegeben wurde; das Ergebnis ist, was die Zuständigkeit des Sanitätsbetriebes betrifft, eine Tabelle, die allgemeine Risikobereiche - aller Ö.V.- und eine spezifische Tabelle - des Gesundheitssektors - anzeigt; siehe unten:

Liste der bedeutendsten allgemeinen Risikobereiche für alle Verwaltungen und Körperschaften

(Anlage 1 des ANAC Beschlusses Nr. 1064 vom 13.11.2019 – NAKP 2019)

Allgemeine Risikobereiche	**Anmerkungen**
Maßnahmen zur Erweiterung der Rechtssphäre der Betroffenen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkung auf den Betroffenen	Allgemeine Risikobereiche - Anhang 2 NAKP von 2013 entsprechend den Genehmigungen und Konzessionen (Buchstabe a, Absatz 16 Art. 1 des Gesetzes 190/2012)
Maßnahmen, die die Rechtssphäre der Betroffenen ausdehnen und eine direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkung auf den Betroffenen haben	Allgemeine Risikobereiche - Anhang 2 des NAKP 2013, entsprechend der Gewährung und Auszahlung von Zuschüssen, Beiträgen, Subventionen, Finanzhilfen sowie der Gewährung von wirtschaftlichen Vorteilen jeglicher Art an Personen und öffentliche und private Einrichtungen (Buchstabe c, Absatz 16 Art.1 des Gesetzes 190/2012)
Öffentliche Aufträge (früher Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge)	Allgemeine Risikobereiche - Gesetz 190/2012 - NAKP 2013 und Aktualisierung 2015 NAKP, mit besonderem Bezug auf Paragraph 4 Phasen des Vergabeverfahrens
Personalbeschaffung und -verwaltung (früher: Personalbeschaffung und -entwicklung)	Allgemeine Risikobereiche - Gesetz 190/2012 - NAKP 2013 und Aktualisierung 2015 NAKP - Punkt b, Abs. 6.3, Fußnote 10
Verwaltung von Einnahmen, Ausgaben und Vermögen	Allgemeine Risikobereiche - Aktualisierung 2015 des NAKP (Allgemeiner Teil Abs. 6.3 Buchstabe b)
Kontrollen, Überprüfungen, Besichtigungen und Strafmaßnahmen	Allgemeine Risikobereiche - Aktualisierung 2015 des NAKP (Allgemeiner Teil Abs. 6.3 Buchstabe b)
Beauftragungen und Ernennungen	Allgemeine Risikobereiche - Aktualisierung 2015 des NAKP (Allgemeiner Teil Pr, 6.3 Buchstabe b)
Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten	Allgemeine Risikobereiche - Aktualisierung 2015 des NAKP (Allgemeiner Teil Abs. 6.3 Buchstabe b)

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Liste der spezifischen Risikobereiche für die Betriebe und Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes

(Anlage 1 des ANAC Beschlusses Nr. 1064 vom 13.11.2019 – NAKP 2019)

Spezifische Risikobereiche	**Anmerkungen**
Freiberufliche Tätigkeiten	Spezifische Risikobereiche - Besonderer Teil I - GESUNDHEIT der Aktualisierung des NAKP 2015 und Besonderer Teil IV - GESUNDHEIT des NAKP 2016
Wartelisten	Spezifische Risikobereiche - Besonderer Teil I - GESUNDHEIT der Aktualisierung des NAKP 2015 und Besonderer Teil IV - GESUNDHEIT des NAKP 2016
Beziehungen zu Lieferanten	Spezifische Risikobereiche - Besonderer Teil I - GESUNDHEIT der Aktualisierung des NAKP 2015 und Besonderer Teil IV - GESUNDHEIT des NAKP 2016
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien: Forschungsstudien und Sponsoring	Spezifische Risikobereiche - Besonderer Teil I - GESUNDHEIT der Aktualisierung des NAKP 2015 und Besonderer Teil IV - GESUNDHEIT des NAKP 2016
Aktivitäten bei Ableben im krankenhausinternen Bereich	Spezifische Risikobereiche - Besonderer Teil I - GESUNDHEIT der Aktualisierung des NAKP 2015 und Besonderer Teil IV - GESUNDHEIT des NAKP 2016

Die oben beschriebenen Aktivitäten führen in der konkreten Betriebswirklichkeit zu einer Analyse und Abbildung der folgenden Bereiche:
- Abteilung Personalentwicklung
- Abteilung Personalverwaltung
- Abteilung Gesundheitsleitungen und wohnortnahe Versorgung
- Abteilung Finanzen
- Abteilung Einkäufe
- Abteilung Informatik
- Abteilung Medizintechnik
- Abteilung Technik und Vermögen
- Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten
- Ethikkomitee
- Aktivitäten bei Ableben im krankenhausinternen Bereich
- S.I.S.P.
- S.I.A.N.

Es wird angemerkt, dass seit dem Jahr 2017 auch die folgenden zusätzlichen Bereiche überwacht und modelliert wurden:

- Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin
- Betrieblicher Dienst für Sportmedizin
- Tierärztlicher Betrieblicher Dienst
- D.f.A. – Dienst für Abhängigkeitserkrankungen
- Betriebskindergarten, konventionierte Genossenschaften und Sommeraktivitäten, Kleinwohnungen
- Umweltmedizin
- Mykologische Dienststelle

Ferner wurde im letzten Trimester auch der Bereich Fuhrpark Gegenstand der Analyse.
Schließlich wurden im Jahr 2024 die folgenden zusätzlichen Bereiche modelliert:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Logistik
- Internal Auditing.

Die erste und wichtigste Maßnahme zur Korruptionsbekämpfung besteht in der Abbildung der Entscheidungsprozesse bezüglich der am meisten gefährdeten Sektoren im Sanitätsbetrieb - die nicht nur auf der Grundlage des NAKP, sondern auch im Lichte des externen und internen Kontexts zu analysieren und auszuwählen sind - und in der Überwachung der bereits abgebildeten Prozesse, um die Eignung der ergriffenen Präventiv- und Antikorruptionsmaßnahmen/Gegenmaßnahmen zu überprüfen und diese gegebenenfalls zu integrieren und überarbeiten.

Modellierung und Überwachung der Entscheidungsprozesse

Der Sanitätsbetrieb arbeitet als Hilfskörperschaft der Autonomen Provinz Bozen mit betrieblicher Eigenständigkeit und Rechtsfähigkeit. Seit 2007 befindet sich der Sanitätsbetrieb in einem Reorganisationsprozess. Bis 2007 gab es in der Autonomen Provinz Bozen vier verschiedene Gesundheitsbetriebe, die mit der Gesundheitsreform (Reorganisation des Landesgesundheitsdienstes gemäß Landesgesetz 7/2001 und Landesgesetz 9/2006) zu einem einzigen Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen vereinigt wurden. Das politische Organ ist der Generaldirektor.

Der Sanitätsbetrieb ist in vier Gesundheitsbezirke unterteilt, die jeweils von einem Bezirksdirektor geleitet werden. Im Lichte der oben erwähnten Reform ist die Verwaltung des Sanitätsbetriebes auf der zentralen Ebene in Betriebsabteilungen organisiert, die jeweils einem Abteilungsdirektor unterstehen, und auf der peripheren territorialen Ebene in Bezirksämter, die dem Direktor des Gesundheitsbezirks oder dem Verwaltungskoordinator unterstehen.

Zur Bewertung des internen Kontextes wurde zur Erfassung der organisatorischen Abläufe ein in drei Abschnitte unterteilter Fragebogen verwendet, der den Abteilungsdirektoren des Sanitätsbetriebes zum ordnungsgemäßen Ausfüllen zugesandt wurde.
Die Identifizierung der korruptionsgefährdeten Vorgänge erfolgte durch die direkte Einbeziehung der Mitarbeiter und der verantwortlichen Direktoren, wobei für jeden Vorgang die Risikogefährdung, durch die Analyse der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Korruptionsereignisses und der potenziellen Auswirkungen, innerhalb einer Risikoskala (niedrig-mittel-hoch) bewertet wurde.

Zur stärkeren Beteiligung der Referenten an der beschriebenen Tätigkeit wurden Ad-hoc-Sitzungen für einzelne Risikobereiche sowie Sensibilisierungstreffen zu diesem Thema durchgeführt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) regelmäßige Stichprobenkontrollen durchführt, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung zu überprüfen (siehe diesbezüglichen Anhang).

Bei der Modellierung der Bereiche wurden bei der Risikoanalyse folgende Elemente berücksichtigt:

- Identifizierung des Entscheidungsprozesses - und aller Teilphasen -, die als gefährdet eingeschätzt werden (da sie in einen der sogenannten "korruptionsgefährdeten Bereiche" fallen, die gemäß Art. 1, Absatz 16, Gesetz 190/2012 identifiziert wurden, oder da sie tatsächlich solche sind;
- mit Bezug auf die einzelnen Entscheidungsprozesse, Bewertung des Korruptionsrisikos durch Identifikation, Analyse und Gewichtung;
- Beschreibung der begünstigenden Faktoren, d. h. der Faktoren verschiedener Art, die die Umsetzung eines Risikoverhaltens ermöglichen oder begünstigen. Als Beispiele für begünstigende Faktoren sind zu nennen: fehlende Kontrollen, mangelnde Transparenz, langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person, Monopolisierung der

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Zuständigkeiten, geringe interne Rechenschaftspflicht, unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals, unzureichende Verbreitung einer Kultur der Rechtmäßigkeit, übermäßige Ermessensfreiheit, Interessenkonflikte und dergleichen;

- Ermittlung, Analyse und Einführung von Präventions- und Gegenmaßnahmen im Hinblick auf den jeweiligen Prozess (sowohl bestehende als auch geplante);
- Bewertungsindikatoren;

Ziele und Monitoring-Indikatoren.Es wird angegeben, dass die Modellierung und Überprüfung von Entscheidungsprozessen in der ersten Monatshälfte vom Dezember 2025 abgeschlossen wurde, und das Ergebnis dieser Tätigkeit ist in der Modellierung der Risikobereiche im diesbezüglichen Anhang enthalten.

Anzumerken ist auch, dass der A.K.B. die Überprüfung und Zusammenstellung des Überwachungs-prozesses durch die Anwendung der ANAC-Plattform vorgenommen wird.

Überwachung der Verfahrensfristen

Der Zweck der Überwachung leitet sich aus den Bestimmungen des Art. 7, Abs. 2, des Gesetzes Nr. 69/2009 ab, der besagt, dass "*die Einhaltung der Fristen für den Abschluss von Verfahren ein Element der Bewertung von Führungskräften ist; sie wird bei der Auszahlung der Ergebnisvergütung berücksichtigt*".

Daher ist jede Führungskraft verpflichtet, die Einhaltung der Fristen der Verfahren, in seinem Kompetenzbereich, periodisch zu überwachen.

Am 24. Mai 2016 ist das Landesgesetz Nr. 9 vom 4. Mai 2016 in Kraft getreten, das wesentliche Änderungen des im Landesgesetz Nr. 17 vom 22. Oktober 1993 geregelten Verwaltungsverfahrens vorgenommen hat. Besonderes Augenmerk richtete der Landesgesetzgeber auf die Änderung des Artikels 4 des Landesgesetzes Nr. 17 vom 22. Oktober 1993, der die Dauer des Verwaltungsverfahrens betrifft. Artikel 7 des Landesgesetzes Nr. 9/2016 sieht vor, dass das Verwaltungsverfahren innerhalb einer Frist von 30 (dreißig) Tagen abgeschlossen werden muss. Dies erfolgt in jedem Fall mit der Verabschiedung einer ausdrücklichen Maßnahme (außer natürlich bei stillschweigender Zustimmung, zertifizierte Meldung des Tätigkeitsbeginns (ZeMeT - SCIA) und Baubeginn Meldung (B.B.M. - DIA). Die Verabschiedung der Maßnahme beendet das Verfahren. Abweichende Fristen, die durch andere Rechtsvorschriften (Landesgesetze und -verordnungen, EU-Vorschriften, staatliche Vorschriften) festgelegt sind, sowie besondere Vorschriften über die Durchführung von Verwaltungsverfahren in Sondergesetzen bleiben hiervon unberührt.

Abschließend hat die Provinz Bozen mit Rundschreiben Nr. 3 vom 22. Juni 2016 festgelegt, die Verwaltungsverfahren zu erfassen, für deren Abschluss längere Fristen als die gesetzlich vorgeschriebenen dreißig Tage erforderlich sind.

Mit Landesbeschluss Nr. 1245 vom 15. November 2016 wurden die Verwaltungsverfahren mit einer längeren Frist für den Verfahrensabschluss geregelt. Mit Beschluss Nr. 1512 vom 27. Dezember 2016 wurden die Ausnahmen zur Anwendung des Rechtsinstitutes der stillschweigenden Zustimmung festgelegt. Beide Beschlüsse wurden dann durch den Beschluss Nr. 205 vom 21. Februar 2017 abgeändert.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Landesbeschluss Nr. 169/2018 alle Verwaltungsverfahren auflistet, für die keine Verpflichtung besteht, sie innerhalb der Dreißigtagesfrist abzuschließen (Aufschub Frist – längere Frist).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Risikobereiche

Im aktuellem Triennium wurden die Entscheidungsprozesse laut den Ausführungen des aktuellsten NAKP überarbeitet und überprüft, wo die allgemeinen und spezifischen Risikobereiche für den Sanitätsbetrieb aufscheinen.

Somit wird in Folge die Beschreibung der Modellierungstätigkeit aufgezeigt:

- Maßnahmen zur Erweiterung der Rechtssphäre der Betroffenen (mit und ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkung auf den Betroffenen)
- Öffentliche Verträge
- Verwaltung und Einstellung des Personals
- Verwaltung von Einnahmen, Ausgaben und Vermögen
- Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen und Sanktionen
- Beauftragungen und Ernennungen
- Rechtsangelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten
- Freiberufliche Tätigkeit
- Akkreditierte private Einrichtungen
- Wartelisten
- Arzneimittel, Geräte und andere Technologien: Bereich klinische Studien und Gesundheitsforschung
- Sponsoring
- Aktivitäten bei Ableben im krankenhausinternen Bereich
- Arbeitsmedizin
- Sportmedizin
- Tierärztlicher Dienst
- Dienst für Abhängigkeiten
- Betriebskindergarten, konventionierte Genossenschaften und Sommeraktivitäten, Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen
- S.I.S.P. - Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit
- S.I.A.N. – Betrieblicher Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung
- Abteilung Technik und Vermögen
- Abteilung Medizintechnik
- Abteilung Informatik
- Umweltmedizin
- Mykologische Dienststelle
- Logistik
- Internal Auditing.

Die oben aufgeführten Tätigkeitsbereiche werden zur besseren Überwachung nach der Modellierung auf der Basis der Betriebsorganisation, wie folgt aufgelistet und beschrieben.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

A - Kontrollen, Überprüfungen und Inspektionen

Einnahmen, Ausgaben und Vermögenswerte

In Bezug auf diesen Bereich sind im Folgenden die wichtigsten Funktionen aufgeführt, die von der Finanzabteilung entweder direkt oder über die entsprechenden Büros ausgeübt werden.

Mit dem Beschluss des Generaldirektors Nr. 2022-A-000668 vom 23.06.2022 betreffend „Umsetzung des Organigramms gemäß Beschluss Nr. 717 vom 20.12.2018 – „Umsetzung des Organigramms gemäß Beschluss Nr. 717 vom 20.12.2018 - Einrichtung der Abteilung Finanzen und der dazugehörigen Ämter" wurden in Übereinstimmung mit dem Grundsatz der Verwaltungseffizienz organisatorisch-strukturelle Änderungen eingeführt. Während es zuvor fünf Ämter der Abteilung gab, die auf die vier Gesundheitsbezirke verteilt waren, wurde mit der Umsetzung des neuen Organigramms die Anzahl der Ämter auf drei reduziert, die nicht mehr nach Gesundheitsbezirken, sondern nach Sachgebieten organisiert sind (Amt für Bilanz, Amt für Buchhaltung und Abgaben sowie Amt für Fakturierung und Forderungseinbringung). In Übereinstimmung mit den ANAC-Bestimmungen über die Rotation zum Zwecke der Korruptionsbekämpfung wurden daher einige Funktionen zusammengelegt, was zu einer Änderung der den einzelnen Mitarbeitern der Sanitätsbetriebes zugewiesenen Aufgaben führte.

Zusammengefasst koordiniert die Abteilung die Tätigkeiten zum Erreichen der Betriebsziele im wirtschaftlichen und finanziellen Bereich; sie gewährleistet die ordentliche Führung der Wirtschafts- und Vermögensbuchhaltung und die Einhaltung der geltenden Bestimmungen bei der Erfüllung der steuerlichen Pflichten des Betriebes; sie stellt die beste finanzielle Verwaltung der betrieblichen Ressourcen sicher, indem sie für die Ausführung der Verfahren bezüglich der Kunden- und Lieferantenbuchhaltung sorgt.

Die einzelnen Ämter, die der oben genannten Abteilung unterstellt sind, sind folgende:

- Amt für Bilanz: Erfassung des Finanzbedarfs des Unternehmens, Erstellung des Haushaltsplans, der vierteljährlichen Abschlüsse und der Jahresabschlüsse.

- Amt für Buchhaltung und Abgaben: Führung der Kunden- und Lieferantenbuchaltung: Einzug elektronischer Zahlungen (PagoPa) und anderer Zahlungen; Registrierung, Verbuchung und Zahlung von Lieferantenrechnungen, Verbuchung und Zahlung von Gehältern, Hausärzten, Apotheken usw.; monatliche Zahlung von Beiträgen, IRPEF, MwSt., IRAP und Stempelsteuer, verschiedene regulatorische und steuerliche Erfüllungen (z. B. IRES-Erklärung, MwSt.-Erklärung, IRAP-Erklärung, Stempelsteuer-Erklärung).
- Amt für Fakturierung und Forderungseinbringung: Ausstellung aller aufgeschobenen Rechnungen für Gesundheitsleistungen (Ticket, Facharztleistungen und stationäre Aufenthalte für Privatzahler, tierärztliche, hygienische, rechtsmedizinische Leistungen usw.) und Nicht-Gesundheitsleistungen (Kantine, Parkplätze usw.), Verwaltungsstrafen; außergerichtliche Eintreibung der oben genannten Forderungen;

Für die Darstellung der Prozesse wird auf den entsprechenden Anhang verwiesen.

Kontrollen

Das interne Kontrollsystem des Sanitätsbetriebes ist Gegenstand des Programms zur Reorganisation des Betriebes. Dieses wird gerade im PAC-Projekt (Zertifizierungsimplementierungspfad) umgesetzt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Wie im betrieblichen Performance Plan 2019-2021 dargestellt, begann das Projekt zur Zertifizierung des Haushaltens im Mai 2017 mit der Unterstützung der Gesellschaft (E&Y), die den Zuschlag für die Begleitung, Beratung und Schulung gewonnen hat.

Mit Beschluss des Landesrates Nr. 213 vom 23. Februar 2016 wurde der Zertifizierungsdurchführungspfad (PAC) genehmigt und mit LRD Nr. 914 vom 11. September 2018 aktualisiert. Mit LRD 606 vom 11.08.2020 wurden die Fristen des PAC weiter verlängert.

Mit Beschluss Nr. 717 vom 20. Dezember 2018 wurde das neue Organigramm für die administrative, technische und fachliche Leitung genehmigt. Es war geplant, dass dieses neue Organigramm innerhalb von drei Jahren umgesetzt wird. Es ist hervorzuheben, dass das neue Organigramm die Einführung einer operativen Einheit "Internal Auditing" beinhaltete. Mit Beschluss Nr. 711/21 vom 28.09.2021 wurde der Direktor des Amtes Internal Auditing ernannt.

Im Jahr 2019 wurde die Vorbereitung des Raum- und Personalplans für diese Einheit durchgeführt, das Berufsprofil des Koordinators für den Internal Audit wurde definiert und das Verzeichnis für den Internal Audit sowie der Dreijahres-Auditplan wurden vorbereitet.

Der Direktor des Büros Internal Auditing kam nach langjähriger Erfahrung in der Privatwirtschaft zum Sanitätsbetrieb, wo er Anfang November 2021 eingestellt wurde. Unmittelbar nach seinem Amtsantritt wurde die Risikobewertung der Beteiligungsgesellschaften Saim und Wabes als oberste Priorität gesetzt und es wurde sichergestellt, dass das Internal Auditing über ausreichende und angemessene Ressourcen verfügte, um den Plan für 2022 wirksam umzusetzen.

Ende Januar 2022 wurden zwei Nachwuchskräfte in das Internal Auditing Büro integriert.

Die oben erwähnte Aktivität bezüglich der Partnerschaft Saim und Wabes wurde mit der Formalisierung eines Aktionsplans abgeschlossen, dessen Umsetzung vom Internal Auditing Büro des Südtiroler Sanitätsbetriebes überwacht wird (follow up).

Im Jahr 2022:

- wurden die meisten der mit Saim und Wabes vereinbarten Abhilfemaßnahmen umgesetzt;
- die im Auditplan für 2022 geplanten Aktivitäten umgesetzt.

Die Planung für 2022 sah folgendes vor:

- die Durchführung von sechs Audittätigkeiten zu den vom PAC vorgesehenen Verwaltungs- und Rechnungslegungsverfahren;
- zwei vom Internal Auditing durchzuführende Schulungsmaßnahmen zur Verbreitung der Kultur der Risiken und Kontrollen;
- eine Risikobewertung aller Verwaltungsstrukturen des Sanitätsbetriebes, mit anschließender Ausarbeitung eines mittel- bis langfristigen Aktionsplans;
- normale follow up und SAL-Aktivitäten;
- Ausarbeitung angemessener Informationsflüsse (regelmäßige Berichte) für die oberste Leitung und den Aufsichtsrat.

Zusätzlich wurde der Prüfungsplan für 2022 durch einen spezifischen Ausbildungsplan für die beiden Nachwuchskräfte integriert, dessen Fortschritte zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit der Planung übereinstimmen; bei vollständiger Umsetzung wird diese Investition es ermöglichen, den künftigen Rückgriff auf Auslagerung von Dienstleistungen zu begrenzen, was Kosteneinsparungen zur Folge tragen wird.

Im April 2023 wurden zwei weitere Nachwuchskräfte in das Internal Audit Amt aufgenommen, die ebenfalls keine Erfahrung im Bereich des Auditing wie die vorherigen Mitarbeiter hatten. Das Internal Auditing Amt hat damit eine Gesamtzahl von 4 Mitarbeitern erreicht. Beide haben im Jahr 2023 den

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Grundkurs für Internal Auditing beim sog. „italienischen Verband Internal Auditor (AIIA)" absolviert und werden im Jahr 2024 von einem notwendigen Ausbildungsplan profitieren. Die beiden neuen Mitarbeiter werden während des gesamten Jahres 2024 unter dem Aspekt *training on the job* eingestuft.

Im Jahr 2023:

- wurden 7 der 9 mit Saim und Wabes vereinbarten Maßnahmen durchgeführt (2 sind noch offen, davon die erforderlichen Vertragsrevisionen und die Software für die Rechnungsverwaltung);
- der Überprüfungsplan 2023 von Internal Auditing wurde vollständig umgesetzt.

Die Programmplanung 2023 sah Folgendes vor:

- die Durchführung von sechs Audittätigkeiten zu den im PAC festgelegten Verfahren der Buchführung;
- zwei von Internal Auditing durchgeführte Schulungsmaßnahmen zur Verbreitung der Kultur der Risiken und Kontrollen;
- das *Follow-up* der Risikoselbstbewertung, an der alle Verwaltungsstrukturen des Betriebes beteiligt waren, und die anschließende Ausarbeitung eines mittel- bis langfristigen- Aktionsplans (im Jahr 2023 wurden 4 der insgesamt 78 im Plan vorgesehenen Maßnahmen durchgeführt);
- die üblichen Follow-up-Aktivitäten und der Stand der Maßnahmen, die in den Abschlussbesprechungen der einzelnen Audits vereinbart wurden (im Jahr 2023 wurden 18 der 40 Klassen unterdrückt 18 der insgesamt 74 Maßnahmen durchgeführt);
- die Erstellung geeigneter Informationsflüsse (regelmäßige Berichte) für die Führungsspitze und den Überwachungsrat;
- im Laufe des Jahres wurden außerdem außerordentliche Audittätigkeiten im Auftrag der Generaldirektion durchgeführt.

Der Auditplan 2023 wurde durch einen spezifischen Ausbildungsplan für die beiden Nachwuchskräfte unterstützt, der ebenfalls bereits weitgehend umgesetzt wurde; bei vollständiger Umsetzung wird diese Investition es ermöglichen, den künftigen Rückgriff auf Auslagerung von Dienstleistungen zu begrenzen, was Kosteneinsparungen zur Folge haben wird.

Das PAC-Projekt (Zertifizierungsimplementierungspfad) wurde am 31.12.2023 abgeschlossen, alle im PAC vorgesehenen Verfahren wurden vorbereitet, und die Umsetzung der darin vorgesehenen Verfahren und Kontrollen ist ein laufender Prozess.

Die Bilanz des Jahresabschlusses 2022 und des Jahresabschlusses 2023 wurde von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Trevor G.m.b.H. aus Trient) ohne Einschränkungen bestätigt. Im Rahmen des laufenden Vertrags ist die Zertifizierung des Jahresabschlusses 2024 geplant, während die Ausschreibung der Prüfungsleistungen für die Jahresabschlüsse 2025-2027 für Anfang 2025 vorgesehen ist.

Bis Ende 2024/Anfang 2025 werden die PAC-Verfahren unter Berücksichtigung der Reorganisation des Betriebes (Einführung eines neuen Organigramms), der Feststellungen/Anregungen aus den durchgeführten Prüfungen und anderer Anforderungen aktualisiert.

Der genehmigte Plan sah im Jahr 2024 die Fortsetzung der Verwaltungs- und Rechnungsführungskontrollen des PACs und einen besonderen Prüfungsschwerpunkt auf IT-Prozesse und Kontrollfunktionen der zweiten Ebene (Datenschutz) vor, der auch im Tätigkeitsplan 2025 fortgesetzt wird.

Im Jahr 2024 werden die folgenden Verfahren/Prozesse geprüft

- Organisation und Kontrollmaßnahmen im Bereich der Datenschutzbestimmungen;

- Buchhaltungsabschlüsse (Rückstellungen für eingehende Rechnungen);

- Ermittlung des MwSt.-Saldos;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Verwaltung der materiellen und immateriellen Vermögenswerte;

- Konzeption und Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen (IT-Sicherheitsmanagement – Dritte Partein);

- Verwaltung der logischen IT-Identität und IT Zugangskontrolle („login access").

Jedes Jahr führt das Amt für Internal Auditing ein Follow-up-Verfahren durch, d. h. einen Überwachungsprozess, 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 Amt für Internal Auditing während der Prüfung festgestellten Anomalien zu bewerten.

Weitere Einzelheiten sind dem Dreijahresprüfplan 2024-2026 der Internen Revision zu entnehmen (Beschluss Nr. 1718 vom 29.12.2023).

Der Prüfungsplan 2025 hat folgende Prüfungen in den jeweiligen Bereichen durchgeführt:

- Verwaltungsbuchhaltung (PAC), das Verfahren zur Ermittlung der Rückstellung für Risiken und Belastungen und das Verfahren zur Berechnung von Abfindungen;

- im IT-Bereich das Management von Cyber-Unfällen;

- im Bereich der Vergabeprozeduren mit Schwerpunkt auf Aufträgen oberhalb der EU-Schwellenwerte.

Das Amt für Internal Auditing war außerdem mit Prüfungen der PNRR-Projekte befasst, wobei formale Kontrollen, Prüfungen der ordnungsgemäßen Verwaltungs- und Buchhaltungsführung sowie der Einhaltung des Grundsatzes der Nichtschädigung der Umwelt (DNSH) durchgeführt wurden.

Es wird angegeben, dass Ende des Jahres 2019 die folgenden Verfahren für das PAC-Projekt vorbereitet und mit dem Rechnungsprüfungsausschuss abgestimmt sowie vom Generaldirektor genehmigt und in den entsprechenden Verwaltungsbereichen umgesetzt wurden:

- Verfahren zu eventuellen Passivposten (Beschluss 227 vom 24.04.2018);
- Verfahren zur Verwaltung der Beiträge (Beschluss 547 vom 09.10.2018);
- Verfahren für die Verwaltung von Entlastungen (Beschluss 546 vom 09.10.2018).

Diese Verfahren geben an, wer für die Kontrollen verantwortlich ist, in welchem zeitlichen Abstand sie durchgeführt werden und welche Art von Kontrolle (systematisch, vierteljährlich oder am Ende des Geschäftsjahres). Mit der Vorbereitung und Durchführung der auf Basis des PAC geplanten Verfahren werden die darin vorgesehenen internen Kontrollen aktiviert.

Bis Ende Dezember 2019 wurden die folgenden Verfahren entwickelt:

- Verfahren für die Verwaltung des Schatzamtes;
- Verfahren für Buchhaltungsabschlüsse und Erstellung von Jahresabschlüssen;
- Verfahren für die Verwaltung der Gehälter;
- Verfahren zur Berechnung der Abfertigung für Mitarbeiter;
- Verfahren für die Verwaltung von Abkommen und Leistungen;
- Verfahren zur Verwaltung des Anlagevermögens;
- Verfahren zur Verwaltung des Einkaufs von Waren und Dienstleistungen;
- Verfahren für die administrative Verwaltung des Lagers;
- Verfahren zur Erfassung, Einreichung und Offenlegung von Gesetzen und Vorschriften;
- Verfahren für die Verwaltung von Steuern;
- Verfahren für die Verwaltung von Einnahmen aus medizinischen und nicht medizinischen Dienstleistungen;
- Arbeitsabläufe für die Verknüpfung zwischen Daten co.an (Kostenrechnung) und Modelldaten WBS (wesentlichen Betreuungsstandard);
- Arbeitsabläufe für die Verknüpfung zwischen Daten co.an (Kostenrechnung) und System co.ge (Buchhaltung);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Kontrolle der Ausgaben und des im Investitionsplan festgelegten Budgets mit entsprechender Analyse der Abweichungen;
- Ethikkodex/Verhaltenskodex für das Personal;
- Vorbereitung und Ausarbeitung des Ministerialmodells WBS (wesentlichen Betreuungsstandard);
- Regeln für den Zugriff auf das Informationssystem, Berechtigungen und die Ablaufverfolgung.

Folgende Regelungen wurden verfasst:

- Regelung für den Zugang Dritter zu den Betriebsräumen und die Kontrolle der Bewegung von Personen und Gütern, beim Betreten und Verlassen der Räume (Beschluss 2019-A-833 16.12.2019)
- Regelung für die Verwaltung des Vergabeverfahrens und Vorbereitung der Verträge (Beschluss 2018-A-000555 01.01.2018)

Folgende Dokumente wurden ebenfalls erstellt:

- Planungs-, Steuerungs- und Kontrollmodell
- Jährliche und Drei-Jahres-Planungsdokumente

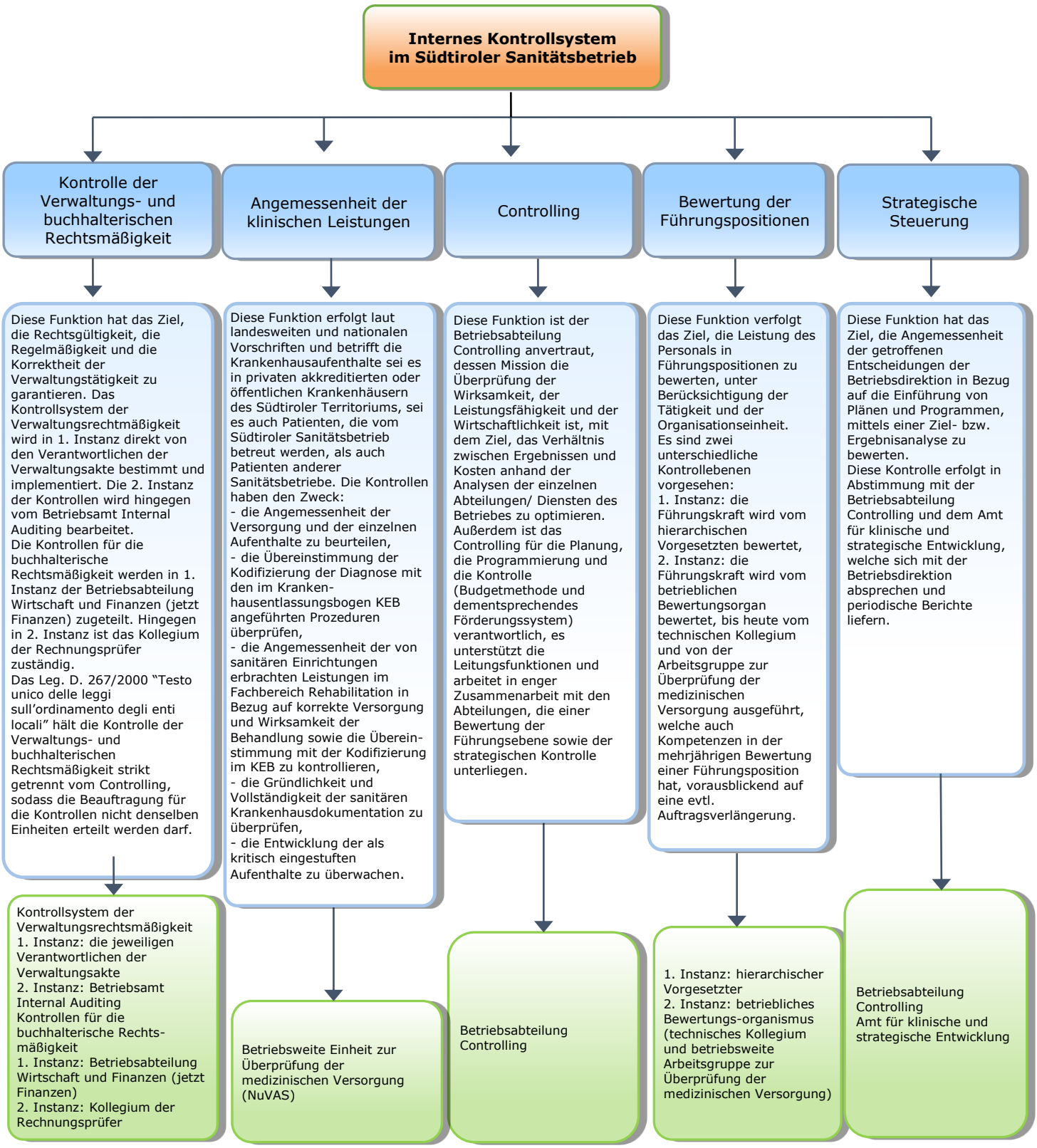
Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2020-A-000570 vom 06.10.2020 wurde die "Verwaltungs- und Buchhaltungsordnung" genehmigt.

Wie im PAC vorgesehen, überprüfte im Jahr 2020 die Beratungsgesellschaft Ernst&Young die effektive Anwendung der erstellten Verfahren und führte eine Teilrevision für einzelne Bilanzpositionen durch.

Es wird darauf hingewiesen, dass am 14.07.2020 durch den Beschluss des Landesrates Nr. 531 die neuen Rechnungsprüfer ernannt wurden. Letztere haben dann Kontakt aufgenommen und mit Treffen mit der Betriebsführung begonnen, um die aktuelle wirtschaftliche und finanzielle Situation des Sanitätsbetriebes kennenzulernen und zu überprüfen, in Übereinstimmung mit den COVID-19-Vorschriften.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Das geplante Kontrollsystem des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird durch das folgende Diagramm dargestellt:



Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

B – Abteilung Personalverwaltung und Abteilung Personalentwicklung

Die Abteilung für die Personalverwaltung ist die Anlaufstelle des Betriebs für Personalangelegenheiten, Arbeitsbeziehungen, Arbeitsorganisation, wirtschaftliche und rechtliche Aspekte, Pensionen und Mitarbeiterführung. Für jeden dieser Bereiche ist eine Führungskraft zuständig.

Die Abläufe sind selbst innerhalb desselben Amtes zergliedert (z.B. befassen sich verschiedene Mitarbeiter mit der Zulassung von Bewerbern und der Auswahl, der Berechnung der Gehälter und deren Auszahlung usw.) Das bedeutet, dass die verschiedenen Bereiche innerhalb der Personalabteilung von unterschiedlichen Führungskräften und Mitarbeitern eigenständig geführt werden; es gibt also keine Konzentration von Befugnissen, sodass die Gefahr eines Machtmissbrauches sehr gering ist.

Die für die Personalbeschaffung zuständigen Ämter der Abteilung haben in den letzten Jahren Maßnahmen ergriffen, um das Korruptionsrisiko in den oben genannten Bereichen zu verringern, um den Ermessensspielraum bei Maßnahmen einzuschränken und so ein Höchstmaß an Transparenz in der Verwaltung zu gewährleisten.

Die Verfahren werden gemäß den geltenden Vorschriften veröffentlicht, und die Kommissionen setzen sich aus qualifizierten Mitgliedern zusammen, wobei das Nichtvorliegen von Unvereinbarkeiten und Unvereinbarkeiten überprüft und dokumentiert und eine kontinuierliche Rotation gewährleistet wird.

Im Genehmigungsprozess für Tätigkeiten außerhalb der Arbeitszeit, die von den MitarbeiterInnen des Südtiroler Sanitätsbetriebs außerhalb der Dienstzeiten durchgeführt werden, sind verschiedene Einschränkungen vorgesehen und es wird überprüft, ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (z.B. das Verbot von Erwerbstätigkeiten zugunsten privater Unternehmen, die Geschäftsbeziehungen mit dem Sanitätsbetrieb haben; es muss sich um eine gelegentliche und sporadische Tätigkeit handeln, die keine Interessenkonflikte bewirkt und die korrekte Ausübung der Aufgabe des Amtes nicht beeinträchtigt).

Es werden Kontrollen zur Einhaltung der oben genannten Voraussetzungen durchgeführt und stichprobenartige Überprüfungen der außerhalb der Dienstzeit ausgeübten Tätigkeiten vorgenommen.

Abteilung Personalentwicklung siehe Modellierung im Anhang.

C – Öffentliche Verträge

Die Betriebsabteilungen (Technik, Einkauf, Medizintechnik), die sich mit den öffentlichen Ausschreibungen befassen, sind hauptsächlich auf Betriebsebene ausgerichtet und sehen eine Unterteilung der Ämter nach Zuständigkeiten auf der Basis von Bau- und Dienstleistungsarten und Warenkategorien vor. Diese Organisation ermöglicht die Spezialisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter, und gleichzeitig die Aufsicht der Vorgesetzen.

Seit dem 1. Januar 2024 ist die Digitalisierung des öffentlichen Auftragswesens in Umsetzung des neuen Vergabekodexes in Kraft getreten, mit einer entsprechenden Anpassung des Landesgesetzes Nr. 16/2015: zu den wichtigsten Neuerungen zählen sicherlich die Verpflichtung zur elektronischen Verwaltung aller Direktvergaben, auch wenn deren Wert unter 40.000 € liegt, gemäß der Änderung von Art. 38 LG Nr. 16/2015, sowie die Einführung der dreijährigen Programmierung auch für Dienstleistungen und Lieferungen mit einem Wert von über 140.000 €.

Im Laufe des Jahres wurde daher die Aktualisierung aller Formulare im Bereich der Auftragsvergabe in Übereinstimmung mit dem neuen Vergabekodex G.v.D. Nr. 36/2023 abgeschlossen, wie im Folgenden näher erläutert wird.

Nach Inkrafttreten des neuen Kodexes und insbesondere des Anhangs I.2 „Tätigkeiten des RUP/EPV" und des Anhangs II.14 „Bauleitung und Ausführung des Vertrages. Tätigkeiten in der Ausführungsphase.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Prüfung und Kontrolle der Vertragsmäßigkeit", welche die Aufgaben, Funktionen und Zuständigkeiten des Direktors für die Vertragsausführung von Dienstleistungen und Lieferungen genauestens regeln, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb ebenfalls die Notwendigkeit erkannt, ein zusammenfassendes Betriebsdokument zu erstellen, das die Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten des DVA zusammenfasst.

Unter Berücksichtigung der spezifischen Funktionen und Verantwortlichkeiten des DVA wurde beschlossen, den beteiligten Personen ein nützliches Arbeitsinstrument zur Verfügung zu stellen, das sie bei der Ausübung ihrer jeweiligen Funktionen unterstützt, um die ordnungsgemäße Ausführung des öffentlichen Auftrags zu gewährleisten, und gleichzeitig die Modalitäten für die Ermittlung und Ernennung des DVA und seiner eventuellen Assistenten klar neu zu definieren.

Die Abteilung Einkäufe, die Abteilung Medizintechnik und die Abteilung Technik und Vermögen, die alle an der Verwaltung öffentlicher Liefer- und Dienstleistungsaufträge beteiligt sind, haben demzufolge das neue Dokument zum DVA gemeinsam erarbeitet und der Direktion vorgelegt, das mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-001281 vom 03.12.2024 „Betriebsdokument für die Rolle des Direktors für die Vertragsausführung (DVA): Leitlinien, Aufgaben und Funktionen" genehmigt wurde.

In Bezug auf die Direktvergaben, die im Allgemeinen die Tätigkeit mit dem höchsten Korruptionsrisiko darstellen, sah die Betriebsverordnung für Beschaffungen unterhalb der Schwellenwerte bereits eine genaue Strukturierung der Verfahren und Prozesse vor, mit Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen den beteiligten Parteien.

Im Laufe des Jahres 2024 erwies sich jedoch angesichts der in den letzten Jahren eingetretenen Änderungen im Bereich des öffentlichen Auftragswesens eine Aktualisierung der Betriebsverordnung zur Regelung der Beschaffung unterhalb den EU-Schwellenwerten als notwendig: daher wurde im Rahmen des technischen Beratungsgremiums für Beschaffungen, dem die Abteilung Einkäufe, die Abteilung Medizintechnik und die Abteilung Technik und Vermögen angehörten, ein Text mit dem Vorschlag zur Aktualisierung der oben genannten Verordnung ausgearbeitet. Der Vorschlag wurde auch von der Agentur für öffentliche Verträge (AOV) der Autonomen Provinz Bozen positiv bewertet.

Am 23.12.2024 wurde schließlich mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-001405 die Aktualisierung der „Betriebsverordnung zur Regelung der Beschaffung von Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen unter den EU-Schwellenwerten" genehmigt.

Schlussendlich hat das technische Beratungsgremium für Beschaffungen, unter Berücksichtigung der Bestimmung gemäß Art. 45 des G.v.D. Nr. 36/2023, mit dem eine Vergütung für die EPV und die Personen eingeführt wurde, die die in Anhang I.10 des Kodex genannten Aufgaben wahrnehmen, und angesichts der 2024 durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 27/2024 (in der durch den Beschluss Nr. 554/2024 geänderten Fassung) eingeführten Regelung, eine detaillierte Richtlinie ausgearbeitet, um die neuen Prämien an die spezifischen Bedürfnisse des Sanitätsbetriebes, im Rahmen der Vorgaben und Grundsätze der Landesverordnung, anzupassen.

Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-001430 vom 30.12.2024 wurde daher die „Regelung für die Auszahlung von Auftragsprämien im Sinne von Art. 45 des G.v.D. Nr. 36/2023" für den Sanitätsbetrieb genehmigt.

Unter Berücksichtigung aller genannten Gesetzesänderungen und der Genehmigung der oben genannten wichtigen Betriebsrichtlinien und Regelwerke wurde es im Laufe des Jahres 2024, außerdem als notwendig erachtet, den Prozess der Neuordnung der Verwaltungsverfahren wieder aufzunehmen, mit dem Ziel, die Arten von Rechtsakten und Maßnahmen sowie die Subjekte und die entsprechenden Zuständigkeiten organisch neu zu ordnen.

Für die Verabschiedung von Maßnahmen von einer gewissen Tragweite ist die Einbeziehung der Bezirksdirektionen/Generaldirektion vorgesehen, nicht nur im Hinblick auf die Korruptionsbekämpfung,

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

sondern auch zur Verhinderung möglicher Fälle von „Misswirtschaft", als Moment der Überprüfung und Kontrolle der Arbeit der Abteilungen und einzelnen Ämter.

Daher ist ein Beschluss zur genauen Festlegung der Unterschriftsbefugnisse und Delegierungen sowie des Grades der Einbeziehung der Bezirksdirektionen/Generaldirektion vorgesehen.

Wie oben erwähnt, verwenden die Betriebsabteilungen (Technik und Vermögen, Einkäufe, Medizintechnik) für Dienstleistungen und Lieferungen hauptsächlich die einheitlichen und standardisierten Formulare, was eine willkürliche und/oder unberechenbare Handhabung der Vergabeverfahren verhindert. Der Austausch über Probleme und Lösungsansätze im Rahmen der regelmäßigen Treffen aller Betriebsstrukturen, die sich mit Ausschreibungen befassen, verhindert das Risiko der Entstehung isolierte Nischen in der Verwaltung der öffentlichen Angelegenheiten.

Zu diesem Punkt angeführt im NAKP 2022 (ANAC-Beschluss 17/1/23):

- im Laufe des Jahres 2024 wurden die Standardformulare aktualisiert, insbesondere die Teilnahmebedingungen, die besonderen Vertragsbedingungen, die Checklisten usw. Diese Tätigkeit wird auch im Dreijahreszeitraum 2025/27 fortgesetzt, da sich die Rechtsvorschriften ständig weiterentwickeln.
- die Abteilung für Technik und Vermögen richtet sich grundsätzlich nach den von der AOV vorgegebenen Vorlagen und Unterlagen, die für die ordnungsgemäße Durchführung von Ausschreibungsverfahren im Bereich der Bauarbeiten erforderlich sind, und berücksichtigt dabei die bereitgestellten Leitfäden im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.
- es wurden Änderungen an der derzeit verwendeten oder neu implementierten Software mit neuen Feldern (manuelle und/oder automatische Eingaben) und Warnmeldungen (z. B. Verweis auf Tabelle 12 PNA 2022) aktiviert oder angefordert. Derzeit läuft ein Projekt zur Entwicklung einer „technologischen Plattform für die Verwaltung des Beschaffungsprozesses von Waren und Dienstleistungen" durch Beitritt zu einer Consip-Rahmenvereinbarung, die auch ein Modul „Beschaffungsverfahren und entsprechende Berichterstattung" vorsieht. Bei der Analyse der damit verbundenen Prozesse und Systeme wurde das beauftragte Unternehmen auf den NAKP 2022 hingewiesen (Tabelle 12 oder Tabelle 1 in der Aktualisierung von 2023) für *Warnmeldungen*/Statistiken/Berichte.

In Bezug auf den NAKP 2022 und die „regelmäßigen und unangekündigten Kontrollen vor Ort, um sicherzustellen, dass die Leistungen vom Auftragnehmer oder einem autorisierten Subunternehmer erbracht werden", wird darauf hingewiesen, dass zwar neue Büros eingerichtet wurden, die sich auch mit der Kontrolle der Ausführung bestimmter Dienstleistungen (z.B. im Gaststättengewerbe) im Sanitätsbetrieb befassen, die Kontrollen vor Ort und/oder unangekündigte Kontrollen jedoch aufgrund von Personalmangel derzeit nur im Falle einer Meldung durchgeführt werden können. Der Sanitätsbetrieb wird die Einführung von Vor-Ort-Kontrollen, auch unangekündigten, im Rahmen der verfügbaren Ressourcen prüfen. Darüber hinaus wird für die „rechtzeitige Aktualisierung der Listen durch die Einkaufsämter auf Antrag der Wirtschaftsteilnehmer, die an der Ausschreibung teilnehmen möchten", darauf hingewiesen, dass eingehende Anträge an die für die jeweilige Warengruppe zuständigen Ämter weitergeleitet werden.

In Bezug auf die "klare Bestimmung der Personen, die Erklärungen über Interessenkonflikte entgegennehmen, bewerten und überwachen müssen" (NAKP 2022, S. 110) wird festgestellt, dass der Verhaltenskodex des Sanitätsbetriebs vorsieht, dass der Mitarbeiter seinen direkten Vorgesetzten schriftlich informiert und dieser in Zweifelsfällen den A.K.B. einbezieht.

In diesem Zusammenhang sah der Kodex der öffentlichen Ausschreibungen, G.v.D. Nr. 50 vom 18. April 2016, in den Artikeln 37 und 38 die Einrichtung zentraler Beschaffungsstellen und die Qualifizierung der Vergabestellen vor (für die Provinz Bozen galten für die Qualifizierung der Vergabestellen die Vorgaben laut

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Beschluss der LR Nr. 198 vom 29.03.2022). Im Laufe des Jahres 2023 haben sich die rechtlichen Bezugspunkte geändert, sodass aktuell das G.v.D. Nr. 36/2023 (Artikel 62 und 63) maßgeblich ist. Darüber hinaus hat sich der Sanitätsbetrieb in das von der ANAC verwaltete nationale Qualifizierungssystem eingliedern lassen (die Provinz Bozen hat beschlossen, ebenfalls schrittweise auf dieses System umzustellen).

Die allgemeinen Ziele sind:

- Rationalisierung der Ausgaben unter Berücksichtigung von Besonderheit und Qualität
- Aufwertung der verfügbaren Ressourcen
- Innovationsförderung
- Transparenz bei den Beschaffungsprozessen
- Marktöffnung und Angebotsverbesserung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kleinst-, Klein- und Mittelunternehmen

Die kritischen Erfolgsfaktoren sind:

- Kompetenzen
- Digitalisierung der Prozesse
- Informationsaustausch
- Einbeziehung von Strukturen des Gesundheitswesens
- Dialog mit den Wirtschaftsteilnehmern.

Unterbereich: Beschaffungs-, Verwaltungs- und Wartungsverfahren für den Fuhrpark des Betriebes

Die Beschaffung des Fuhrparks wird von der Abteilung Einkäufe verwaltet; die Wartung und Verwaltung der Nutzung durch autorisiertes Personal liegt in der Verantwortung der einzelnen Gesundheitsbezirke.

Im Hinblick auf die Einführung weiterer Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung und im Einklang mit dem Grundsatz der Verwaltungseffizienz wurden im Jahr 2023 ein neues Verfahren für die Verwaltung des Fuhrparks eingeführt. Darüber hinaus wurde das Verfahren für den Ankauf einer Software für die betriebsweite Verwaltung des Fuhrparks abgeschlossen und diese wurde im Laufe des Jahres 2023 in Betrieb genommen.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Verwaltung des Fuhrparks in die Zuständigkeit der Verwaltungsleitung der Krankenhäuser fällt.

Die Risikoindikatoren im Bereich der Auftragsvergabe sind auf der institutionellen Homepage von ANAC einsehbar: https://dati.anticorruzione.it/superset/dashboard/indicatori/

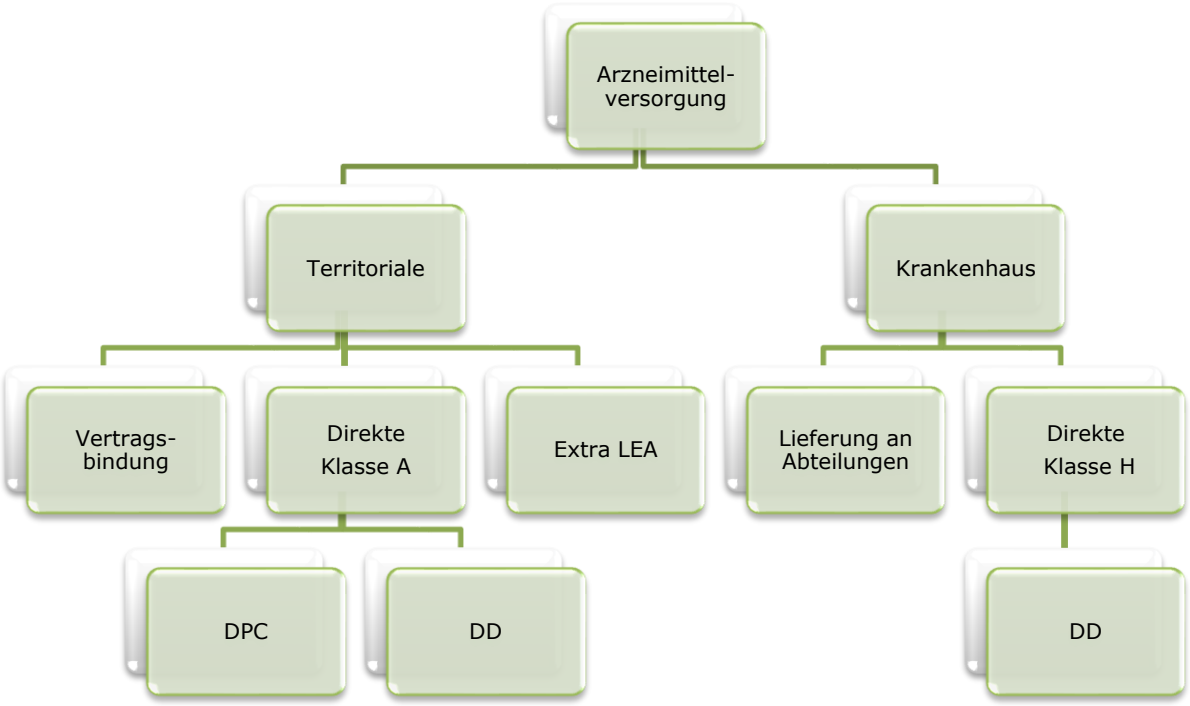
Es wird auch auf die beigefügte Risikokartierung verwiesen.

D - Arzneimittel, Geräte und andere Technologien: Bereich klinische Studien und Gesundheitsforschung

Arzneimittelbereich:

In der Provinz Bozen werden die vom LGD (Gesundheitsdienst der Provinz) bezahlten Arzneimittel auf verschiedene Weise an die Patienten abgegeben. Das folgende Diagramm gibt einen Überblick über die Organisation der Arzneimittelversorgung in Südtirol.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Die Arzneimittelversorgung kann in die territoriale und die krankenhausbezogene Arzneimittelversorgung unterteilt werden.

Die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus umfasst den Verbrauch von Arzneimitteln innerhalb der Krankenhausstrukturen und die direkte Abgabe von Arzneimitteln der Klasse H.

Die territoriale pharmazeutische Unterstützung umfasst die Abgabe von Medikamenten:

- durch Vertragsbindungen (die Arzneimittel werden auf Kosten der LGD über öffentliche und private Apotheken verteilt, so dass der Zugang der Bürger zu lebenswichtigen Arzneimitteln oder zu Arzneimitteln für chronische Krankheiten versichert ist)
- durch die direkte Verteilung von Arzneimitteln der Klasse A und Arzneimitteln, die nicht in den staatlichen wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) enthalten sind. Diese wiederum unterteilt sich in DPC (Verteilung im Namen und Auftrag des Sanitätsbetriebes) und DD (direkte Verteilung aus öffentlichen Einrichtungen)
- Arzneimittel extra LEA (wesentlicher Betreuungsstandard).

Unter DPC verstehen wir die Abgabe von Arzneimitteln, die im PHT (Handbuch für die Kontinuität der Versorgung von Krankenhäusern-Territorium der direkten Verteilung für Versorgungskontinuität) enthalten sind und darin per Dekret des Ressort Gesundheit des Landes aufgenommen wurden und im Namen und im Auftrag des Sanitätsbetriebes durch die vertragsgebundenen öffentlichen und privaten Apotheken an Patienten gegen Zahlung einer vereinbarten Gebühr abgegeben werden.

Die DPC wird im Rahmen der Korruptionsprävention als risikoreiche Aktivität eingestuft, da diese Medikamente vom Sanitätsbetrieb über eine öffentliche Ausschreibung erworben werden.

Es ist außerdem anzumerken, dass die Berichterstattung/Rechenschaftspflicht von Arzneimitteln in DPC entmaterialisiert wurde, um ihre Informatisierung zu ermöglichen, und daher mit den Anforderungen der Dauerhaftigkeit und Rückverfolgbarkeit ausgestattet zu sein.

D.D. bezieht sich auf die Abgabe von Medikamenten, die vom LGD nach einem Krankenhausaufenthalt oder Facharztbesuch bezahlt werden. Bei diesen Gelegenheiten können die Patienten zu den Apotheken in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck gehen und die vom Facharzt verordneten

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Medikamente abholen. Die Medikamente, die der Sanitätsbetrieb gemäß der im PHT enthaltenen Liste (siehe oben) direkt zu verteilen hat, werden ebenfalls auf diese Weise ausgegeben.

Dieser Vertriebsweg ist für den Sanitätsbetrieb der wirtschaftlichste, da die Medikamente über ein öffentliches Verfahren eingekauft werden (weitere Informationen zu den in diesem Bereich getroffenen Anti-Korruptionsmaßnahmen finden Sie im entsprechenden Anhang, Abschnitt Einkäufe).

Die Lieferung von Arzneimitteln, die im Arzneimittelverzeichnis der Pflege- und Seniorenheime enthalten sind, an stationäre und teilstationäre Einrichtungen auf dem Gebiet der Provinz ist ebenfalls in der DD enthalten.

Extra LEA bezieht sich auf die Versorgung mit Arzneimitteln und Medikamenten, die in der LEA enthalten sind, auf die LEA-Integrationen auf Landesebene sowie auf die vom Südtiroler Sanitätsbetrieb genehmigten „ad personam" Ergänzungen für Patienten mit seltenen Krankheiten.

Die Kategorie "Lieferung an Abteilungen" umfasst Medikamente, die an Abteilungen/Ambulatorien geliefert werden, um diese an Patienten im Krankenhaus zu verabreichen. Diesbezüglich verfügt der Südtiroler Sanitätsbetrieb über eine Krankenhaus-Therapierichtlinie (PTOA), die mit Beschluss des Landesrates Nr. 1914 vom 17.12.2012 genehmigt wurde. Das Handbuch wird regelmäßig von der Pharmazeutischen Kommission des Betriebes überprüft und aktualisiert. Die Zubereitung von antiblastischen Medikamenten ist beim Pharmazeutischen Dienst des jeweiligen Gesundheitsbezirks zentralisiert und findet in speziellen Räumen statt. Die pharmazeutischen Ausgaben des Krankenhauses, wie auch die territorialen, werden durch die Erstellung eines speziellen Berichts ständig überwacht.

Über die in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck vorhandenen Direktvergabestellen (DD Klasse H) werden Medikamente der Klasse H verteilt, die nur in öffentlichen Strukturen und für den Hausgebrauch erworben werden können.

Es wird darauf hingewiesen, dass die pharmazeutische Betreuung in der Provinz Bozen durch das Landesgesetz Nr. 16/2012 geregelt ist.

Hinzuzufügen ist, dass in der Provinz Bozen mit Beschluss des LR Nr. 1344 vom 11.12.2018 die Richtlinien für das Register des Informationsflusses von pharmazeutischen Dienstleistungen, die im Direktvertrieb und im Auftrag durchgeführt werden, genehmigt wurden. In diesem Dokument werden die Informationen aufgeführt, die gemäß dem Ministerialerlass vom 31. Juli 2007 und gemäß den Richtlinien für die Erstellung und Übermittlung von Dateien an das NSIS der Erfassung der pharmazeutischen Dienstleistungen unterliegen.

Mit Beschluss des LR Nr. 105 vom 23.01.2012 wurden die Richtlinien zur Überwachung des Arzneimittelverbrauchs in Krankenhäusern verabschiedet, in Kraft seit 30.01.2012.

Mit dem Beschluss des LR Nr. 1183 vom 07.10.2014 wurden die Richtlinien zur Überwachung des Verbrauchs von Medizinprodukten, die direkt vom Nationalen Gesundheitsdienst gekauft werden, genehmigt, die seit dem 15.10.2014 in Kraft sind.

Der Sanitätsbetrieb erstellt (seit 2016) halbjährlich einen Bericht zur Überwachung der Ausgaben für Arzneimittel und Medizinprodukte, um die Übereinstimmung der tatsächlichen Ausgaben mit den geplanten Ausgaben kontinuierlich zu überprüfen.

Aufgrund der Komplexität der Prozesse zur Analyse, Bewertung und Behandlung des Risikos in diesem Bereich haben wir uns auf die Makroprozesse in den Bereichen Planung, Lagerverwaltung, Liquidierung von Rezepten für Medikamente, die über die vertragsgebundenen Apotheken vertrieben werden, Liquidierung von Rezepten für Medizinprodukte, Medikamentenmaterial, das über die vertragsgebundenen Apotheken vertrieben wird, und die Entsorgung von Medikamenten konzentriert. Darüber hinaus wurde auch der Einkaufsbereich überwacht.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Weiterhin wurde am 04.02.2020 mit Beschluss Nr. 57/2020 eine Betriebskommission für die Angemessenheit der Verschreibungen und die Überwachung der Tätigkeiten laut Art. 25 Abs. 4 und 5 des Nationalen Kollektivvertrags für Ärzte für Allgemeinmedizin zur kontinuierlichen Überwachung der Arzneimittelverordnungen sowohl fachärztlich-ambulanter Art als auch für Instrumental- und Labordiagnostik eingerichtet.

Darüber hinaus wurden am gleichen Tag - mit Beschluss Nr. 59/2020 - zwei Mitglieder der Kommission für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle der Angemessenheit der Behandlung mit rGH aufgrund des Ausscheidens von zwei der bisherigen Mitglieder erneuert und ein zusätzliches Mitglied ernannt.

Schließlich, immer noch zum Thema der Angemessenheit der Verschreibung (und gemäß dem Performanceplan), wird festgelegt, dass der Sanitätsbetrieb die Angemessenheit der Ausstellung der von der AIFA geforderten Verordnungs- und Behandlungsformulare für die Zwecke der Erstattungsfähigkeit bestimmter Arzneimittel überwacht und kontrolliert.

Einrichtung der Betriebskommission für Medizinprodukte

Durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 2017-A000240 wurde die Betriebskommission für Medizinprodukte (mit Ausnahme von elektromedizinischen Geräten und medizinisch-diagnostischen Laboratorien, die nicht zu den Aufgaben der Kommission gehören) mit dem Ziel der Rationalisierung und Standardisierung der in den verschiedenen Bezirken verwendeten Medizinprodukten gegründet, auch mit Hilfe des Amtes für Einkäufe "Gesundheitsgüter auf Betriebsebene", vor allem im Hinblick auf die Aufgabe der Durchführung der entsprechenden Ausschreibungen (auf Betriebsebene).

Mit Beschluss 2018-A 000086 vom 27.02.2018 wurde die bisherige Kommission aufgehoben und eine neue Betriebsmedizinprodukte-Kommission berufen, verbunden mit der Verabschiedung einer Betriebsordnung für dieselbe.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Zuständigkeit für den Einkauf von Medizinprodukten an die Abteilung Einkäufe übergegangen ist und in die exklusive Zuständigkeit derselben fällt. Die grundlegende Zusammenarbeit mit dem pharmazeutischen Dienst wird hingegen für die technischen und planerischen Aspekte der Vereinheitlichung und Planung der Einkäufe der Medizinprodukte fortgesetzt. Insbesondere ist vorgesehen, dass der oben erwähnte Standardisierungsprozess bis 2026 weiterhin durchgeführt wird.

In diesem Zusammenhang wird ein Projekt zur Standardisierung (auf Betriebsebene) des Einkaufs von Labormaterialien und medizinischen Geräten weitergeführt.

Planung:

In dieser Hinsicht lautet Art. 12 des LG Nr. 16/2012 mit dem Titel "Planung der Arzneimittelversorgung" so:

1. Die Landesregierung plant die Arzneimittelversorgung durch den Südtiroler Sanitätsbetrieb und überprüft die Ergebnisse, mit dem Ziel, die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen und zu vereinheitlichen, die Kosten zu reduzieren und die Qualität und Effizienz zu steigern.
2. Die Landesregierung bestimmt die Rezepturarzneien, das Verbandsmaterial und die Medizinprodukte (Heilbehelfe) und legt die Kriterien für deren Abgabe und Verschreibung als gesundheitliche Zusatzleistungen zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes fest. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb gewährleistet die Erbringung der obgenannten Leistungen im Rahmen der auf dem hierfür vorgesehenen Haushaltskapitel bereitgestellten Mittel, indem er die Formen des Einkaufs, der Verschreibung und der Abgabe verbessert und die diesbezüglichen Kontrollen verstärkt. Der Betrag der getätigten Ausgaben wird auf der Grundlage geeigneter Abrechnungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes ausgezahlt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3. Die Errichtung von Medikamentenausgabestellen kann vom Land in Gemeinden, die die Kriterien für eine Apotheke nicht erfüllen, genehmigt werden. Mit Durchführungsverordnung werden die Kriterien für die Vergabe der Medikamentenausgabestellen festgelegt.

Daher wird der Bedarf in der Regel auf Basis des historischen Bedarfs erfasst, jedoch werden auch die Bestände berücksichtigt. Im Falle der Einführung neuer Medikamente oder außergewöhnlicher pharmazeutischer Leistungen, die im Einvernehmen zwischen dem pharmazeutischen Dienst, den Ärzten und der Pharmakommission des Betriebs festgelegt werden, werden die Notwendigkeit des Kaufs und der Bedarf auf der Grundlage objektiver Elemente bewertet.

Mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1914 vom 17.12.2012 wurde das "Betriebliche Krankenhaus-therapiehandbuch - Krankenhaus-Arzneimittelliste" verabschiedet, das von einer Arbeitsgruppe auf Betriebsebene entwickelt und von der Betriebsarzneimittelkommission genehmigt wurde. Letzteres besteht aus einer Liste von Wirkstoffen, geordnet nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC), und wird ständig aktualisiert.

In der Tat ist das " Betriebliche Krankenhaustherapiehandbuch - Krankenhaus-Arzneimittelliste " ein sich ständig weiterentwickelndes Instrument, das von der Betriebsarzneimittelkommission regelmäßig überprüft und aktualisiert wird. Alle Aktualisierungsanfragen oder Änderungsvorschläge (z. B. der Antrag auf Aufnahme eines neuen pharmazeutischen Produkts) können durch die Verwendung spezieller Formulare formalisiert werden, die auf der Institutionellen Website der Sanitätsbetriebes verfügbar und leicht zu finden sind und die auszufüllen und an den zuständigen Pharmazeutischen Dienst des Bezirks zu senden sind, der sie dann an die Betriebsarzneimittelkommission weiterleitet.

Der Kauf von Medikamenten, die nicht im "Betrieblichen Krankenhaustherapiehandbuch- Krankenhaus-Arzneimittelliste " enthalten sind, ist nur in begrenzten und besonderen Fällen aufgrund von Pathologien, die spezifische und bestimmte Patienten betreffen, und auf spezifische Anfrage eines Krankenhausarztes unter Verwendung eines Ad-hoc-Formulars, das allgemeine Daten, Beschreibung, Kostenvoranschlag und Begründung enthält (herunterladbar von der institutionellen Website), erlaubt, das wie oben beschrieben auszufüllen und zu senden ist. Es wird darauf hingewiesen, dass der Sanitätsdirektor des Sanitätsbetriebes mit Rundschreiben vom 09.05.2014 die beteiligten Dienststellen auf das Verfahren des "Betrieblichen Krankenhaustherapiehandbuch -Krankenhaus-Arzneimittelliste " und die damit verbundene Arzneimittelbeschaffung aufmerksam gemacht hat.

Darüber hinaus gibt es seit 2013 ein "Therapeutisches Handbuch für Altersheime - Pflegeheimarzneimittelliste", mit dem Ziel, eine angemessene und einheitliche pharmazeutische Betreuung der Klienten in den Altersheimen und Pflegeheimen (stationären Einrichtungen) der Provinz Bozen zu gewährleisten.

Der Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss Nr. 009 vom 16.01.2019 die Berufung der Mitglieder der Betriebsarzneimittelkommission einvernehmlich geregelt und die Geschäftsordnung derselben genehmigt.

Der Sanitätsbetrieb fügte den für die Kommissionsmitglieder vorgesehenen Unvereinbarkeits- und Inkompatibilitätserklärungen ebenfalls die öffentliche Interessenserklärung nach dem von AGENAS vorgegebenen Muster hinzu (diese wurden jedoch an die Realität des Betriebes angepasst und daher zweisprachig verfasst). Zu diesem Zweck wurde ein Schriftverkehr über die Methoden der Erfassung und des anschließenden Aufladens der Daten in die Webanwendung, die AGENAS derzeit nur in italienischer Sprache zulässt, aufgenommen. Diese Angelegenheit wird noch untersucht. In Erwartung der Nutzung der Webanwendung hat der Sanitätsbetrieb jedenfalls die öffentliche Interessenserklärung für jedes Mitglied der oben genannten Kommission erstellt und archiviert. Ab dem 01. Januar 2021 wurde die Erstellung der öffentlichen Interessenerklärung ausgesetzt.

Abrechnung von Rezepten für Medikamente, die über vertragsgebundene Apotheken vertrieben werden:

Der Artikel 11 des LG Nr. 16/2012 mit dem Titel "Abrechnung der Arzneimittel und Heilbehelfe" lautet:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

„Der Südtiroler Sanitätsbetrieb bestimmt die Organisationseinheit, welche die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes von den vertragsgebundenen Apotheken und Handelsbetrieben eingelösten Rezepte für Arzneimittel sowie die Bestätigungen für die Abgabe von Verbandsmaterial und Heilbehelfen abrechnet und in fachlicher, buchhalterischer und verwaltungsmäßige. Omissis 2. Die Organisations-einheit: - omissis – c) übermittelt der Landesabteilung Gesundheitswesen für deren Ausrichtungs- und Planungstätigkeit monatlich alle statistischen Daten über Kosten und Verbrauch im Bereich Arzneimittel Verbandsmaterial und Heilbehelfe."

Das Amt für die Unterstützung der Sprengeldienste, die prothetische-pharmazeutische Betreuung und Heilbehelfe führt auf der Grundlage des oben genannten Gesetzes und der /des Landesvereinbarung/Landesvertrages zur Regelung der Beziehungen zu den öffentlichen und privaten Apotheken in der Provinz Bozen monatliche Erhebungen über die Unterschiede zwischen den Angaben der Apotheken und den Angaben des Sanitätsbetriebes in Bezug auf die öffentlichen und privaten Vertragsapotheken der Provinz durch. Auf der Grundlage dieser Erhebungen werden tiefer gehende Prüfungen durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Kontrollen können zu buchhalterischen Anpassungen in Bezug auf die untersuchten Apotheken führen. Die in den Arzneimittelrezepten enthaltenen Daten werden durch Scannen und Eingabe in ein Dateneingabeprogramm erfasst, das sowohl die Erkennung von Fehlern als auch die Bereinigung der Daten für statistische Zwecke ermöglicht.

Die vertiefte Überwachung erfolgt auf Basis der deutlichsten Abweichungen und nach dem Rotationsprinzip mit dem Ziel, alle Apotheken innerhalb eines Kalenderjahres zu überwachen.

Der im vorigen Absatz erwähnte Makroprozess wird durch die/dem Landesvereinbarung/Landesvertrages zur Regelung der Beziehungen mit öffentlichen und privaten Apotheken in der Provinz Bozen (Beschluss des Landesrates Nr. 2270 vom 7. Juli 2003, sowie durch den am 19. März 2025 veröffentlichten nationalen Kollektivvertrag) und durch nachfolgende nationale Gesetze und Landesgesetze geregelt. Diese Vereinbarung wird von dem Sanitätsbetrieb in ihrer Gesamtheit angewandt und eingehalten, mit Ausnahme der Fälle, wo letztere nicht mehr aktuell ist, in Anbetracht der Änderungen und Abwandelungen, die in diesem Bereich die nationale und Landesgesetzgebung einführt.

Die digitale Verschreibung von Arzneimitteln wurde auf die gesamte Provinz ausgeweitet. Bis heute sind etwa 90 % der Arzneimittelrezepte digitalisiert und die Medikamente können in jeder territorialen Apotheke abgeholt werden, mit Ausnahme der Medikamente, die nach staatlichem Recht (einschließlich DPC- und DD-Medikamente) weiterhin in Papierform verschrieben werden müssen. Die entmaterialisierte Verschreibung hat zu verbesserten und vereinfachten Verfahren und Kontrollen geführt.

Bezahlung von Verschreibungen für Medizinprodukte und Medikamentenmaterial, die über vertragsgebundene Apotheken vertrieben werden:

Gemäß den auf Betriebsebene entwickelten Richtlinien für die Kontrolle und Bezahlung von Medizinprodukten und Medikamentenmaterial an vertragsgebundene Apotheken (gemäß Beschluss LR Nr. LR Nr. 1343 vom 11. Dezember 2018, BGD 249 vom 21. Februar 2023, BGD 1390 vom 31. Oktober 2023 (Medizinprodukte mit Standardtechnologie an Patienten mit Diabetes), BGD 56 vom 31. Jänner 2025 für die Versorgung mit Medizinprodukten, überprüft der Sanitätsbetrieb manuell bzw. über digitalisierte Systeme, die von den Apotheken deklarierten Informationen mit den von den Mitarbeitern der zuständigen Organisationseinheit erfassten Informationen.

Die Einhaltung der diesbezüglichen Vorschriften und die Korrektheit, der von den Verwaltungsämtern der verschiedenen GB durchgeführten Kontrolltätigkeiten wird von dem zuständigen Landesamt Nr. 23.2 vom Assessorat „una tantum" überprüft.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Sanitätsbetrieb an dem Projekt "Patientenorientierte Informatisierung" arbeitet: Gesundheitsprodukte und diätetische Produkte, mit welchem die Einführung eines Informatiksystems für die Durchführung des gesamten Prozesses der Verschreibung, Genehmigung, Lieferung, Kontrolle und Abrechnung von Gesundheitsprodukten geplant ist. Aufgrund der gesetzlichen Anpassungen, die erforderlich sind, um die Kriterien für die Verabreichung von Medizinprodukten an

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Diabetespatienten mit den neuen LEAs (wesentlichen Betreuungsstandards) zu harmonisieren, hat sich die Notwendigkeit ergeben, den Informatisierungsprozess zu verschieben, der jedoch im November 2023 realisiert wurde.

In Bezug auf Produkte für Zöliakie-Betroffene wurde im Dezember 2020 ein bereits in anderen italienischen Regionen verwendetes Programm zur Verwaltung der Abgabe der Produkte für letztere eingeführt.

Zu diesem Punkt wurde mit Beschluss Nr. 167 der Landesregierung vom 10. März 2020 beschlossen, die Software "Celiachi@_RL" zu verwenden, die von ARIA SpA im Auftrag der Region Lombardei entwickelt und der Autonomen Provinz Bozen durch eine Vereinbarung mit dieser zur Verfügung gestellt wurde. Die Software Celiachi@_RL ermöglicht insbesondere:

- die vollständige Dematerialisierung von Gutscheinen für die Versorgung mit glutenfreien Diätprodukten;
- die Möglichkeit für Zöliakiepatienten, diätetische Produkte für Zöliakie in der gesamten Provinz zu kaufen (in Apotheken, Fachgeschäften, im Großhandel usw.), ohne dass andere Einschränkungen als die Inanspruchnahme des monatlichen Budgets bestehen;
- die Verwaltung und Kontrolle der monatlichen Berichte, die von den Anbietern gesendet werden.

Dieser Dienst führt nicht nur zu Einsparungen für die Autonome Provinz Bozen, sondern auch zu einer Vereinfachung der Kontrolltätigkeiten und einer Erhöhung der Wirksamkeit der Kontrollen selbst.

Seit 01. September 2020 werden die Inkontinenzhilfsmittel, die in den Seniorenheimen auf dem Gebiet der Provinz Bozen verteilt werden, vom Sanitätsbetrieb auf der Grundlage einer einzigen Auftragsvergabe geliefert, anstatt über die territorial zuständigen Apotheken (siehe Webseite des SB, unter "Transparente Verwaltung" - "Verträge bezüglich Ankäufe von Gütern und Dienstleistungen über einen geschätzten Betrag von 1 Million Euro" - "Prot. Nr. 0109472-ME 2019"), um die Verfahren und Kontrollen der korrekten vertraglichen Versorgung zu standardisieren und zu vereinfachen.

Im Jahr 2025 wurde damit begonnen, die Abgabe und die Abrechnung für Medizinprodukte bei Inkontinenzproblemen auch digital abzuwickeln, gemäß BGD Nr. 56/2025. Außerdem wird am 1. Oktober 2025 damit begonnen, die gesamte Prozedur für den Erhalt von Lebensmitteln für medizinische Zwecke digital abzuwickeln, also von der Verschreibung bis zur Abholung beim Dienstleister (Apotheke oder Para-Apotheke), im Sinne des BGD Nr. 813/2025.

Klinische Studien und Gesundheitsforschung

Das Ethikkomitee für klinische Studien des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit Sitz im Gesundheitsbezirk Bozen wurde gemäß dem Dekret des Gesundheitsministeriums vom 26. Januar 2023 eingerichtet, das in Umsetzung des Gesetzesdekretes 52/2019 die 40 territorialen Ethikkomitees festlegt.

Mit anschließendem Beschluss der Landesregierung Nr. 484 vom 13.06.2023 wurde die Durchführungsordnung über die Disziplin des Ethikkomitees gemäß dem Dekret des Gesundheitsministeriums vom 30.01.2023 verabschiedet, in der die Kriterien für die Zusammensetzung und die Arbeitsweise des Komitees festgelegt sind und die in Artikel 3 insbesondere die Unabhängigkeit des Komitees vorsieht, um Interessenskonflikte zu vermeiden.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 586 vom 11.07.2023 wurden schließlich die Mitglieder des neuen Ethikkomitees ernannt.

Aufgrund der Anpassung der italienischen Gesetzgebung an die EU-Verordnung 536/2014 wird die Unabhängigkeit des Ethikkomitees durch folgende Aspekte gewährleistet:

- Ernennung auf provinzieller Ebene, wodurch eine unabhängige Zusammensetzung sichergestellt wird.
- Unabhängigkeit der Bewertung interventioneller Studien im Verhältnis zum Studienstandort: Das Ethikkomitee bewertet nicht die interventionellen Studien, die von der eigenen Einrichtung durchgeführt werden. Diese werden stattdessen von Ethikkomitees anderer Regionen beurteilt. Das

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Komitee bewertet jedoch interventionelle Studien, die in Gesundheitseinrichtungen anderer Regionen durchgeführt werden.
- Vermeidung von Interessenkonflikten bei den abstimmenden Mitgliedern in Bezug auf die vorgeschlagene Studie – dies gilt für alle anderen Arten von Studien.

Die Mitglieder des Komitees geben, gemäß dem obengenannten Gesetzesdekret Nr. 52/2019, eine jährliche Selbsterklärung ab, in der sie bestätigen, dass sie keine wirtschaftlich-finanziellen Interessen an den Unternehmen haben, die die zu prüfenden Arzneimittel, Medizinprodukte oder andere Technologien herstellen. Mitglieder und Forscher sind deshalb verpflichtet, sich, bei der Abstimmung über Studien, bei denen ein potenzieller Interessenkonflikt bestehen könnte (z.B. im Falle eines ärztlichen Leiters derselben Krankenhausabteilung oder klinischen Studie, in der die Studie durchgeführt wird), der Stimme zu enthalten und aufgefordert, die Sitzung zu verlassen. Es wird darauf hingewiesen, dass, gemäß Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 52/2019, welcher die Neuordnung und Reform der Vorschriften zur klinischen Prüfung im Einklang mit der EU-Verordnung 536/2014 betrifft, die Maßnahme der AIFA noch aussteht, wie die Unabhängigkeit klinischer Prüfungen geschützt und Interessenskonflikte bei der Bewertung von Anträgen vermieden werden können.

Gemäß dem novellierten Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 52/2019 muss der Prüfer zum Schutz der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der klinischen Prüfung gegenüber der Einrichtung, bei der er die klinische Studie durchführt, im Voraus folgende Angaben machen: eigene finanzielle Interessen, finanzielle Interessen des Ehepartners oder Lebensgefährten, finanzielle Interessen von Verwandten bis zum zweiten Grad, sowie Abhängigkeits-, Beratungs- oder Kooperationsbeziehungen mit dem Sponsor der Studie.

Jene Mitglieder, die Bedienstete des Sanitätsbetriebs sind, üben ihre Rolle außerhalb der Arbeitszeit aus und erhalten die im Dekret des Gesundheitsministeriums vom 30.01.2023 vorgesehene Vergütung für interventionelle Studien bzw. die Vergütung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen der Autonomen Provinz Bozen für kollegiale Organe für alle anderen Arten von Studien. Forschungstätigkeiten der Mitarbeiter finden während der Arbeitszeit statt und werden nicht zusätzlich vergütet. Eventuelle Einnahmen, die von den Projektträgern für gesponserte gewinnorientierte Studien gezahlt werden, gehen an den Sanitätsbetrieb und fließen in den Fonds für gemeinnützige Studien, welcher von der Direktion gemäß Dekret des Gesundheitsministeriums vom 30.11.2021 eingerichtet wurde. Die Verwendung des Fonds durch die jeweiligen Abteilungen und operativen Einheiten wurde durch ein entsprechendes Reglement geregelt, das mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 51 vom 27.01.2025 genehmigt wurde.

Eine detailliertere Risikoanalyse ist im Anhang enthalten.

E – Konventionierte private Sanitätsstrukturen

Das G.v.D. Nr. 502/92, in seiner aktuellen Fassung, "Neuordnung des Gesundheitswesens, gemäß Artikel 1 des Gesetzes Nr. 421 vom 23. Oktober 1992", legt in Artikel 8 Bis "Genehmigung, Akkreditierung und vertragliche Vereinbarungen" fest, dass die Regionen/Autonomen Provinzen die wesentlichen und einheitlichen Versorgungsstufen (die sog. LEAs) sicherstellen müssen, durch die Einheiten, welche direkt von den Sanitätsbetrieben, Krankenhausbetrieben, Universitätsbetrieben und Instituten für Hospitalisierung und wissenschaftliche Betreuung verwaltet werden, sowie Subjekte, die gemäß Artikel 8-quater akkreditiert sind, in Übereinstimmung mit den in Artikel 8-quinquies genannten vertraglichen Vereinbarungen.

Der Aufbau von Gesundheitseinrichtungen und die Ausübung "privater" Gesundheitstätigkeiten, die Ausübung von Gesundheitstätigkeiten im Auftrag des Nationalen Gesundheitsdienstes und die Ausübung von Gesundheitstätigkeiten auf Kosten des Nationalen Gesundheitsdienstes unterliegen jeweils der Erteilung von Gesundheitsgenehmigungen durch die Regionen/Autonomen Provinzen.

Die institutionelle Akkreditierung, sowie die Genehmigung in der Provinz Bozen wird von der Gesundheitsabteilung der Autonomen Provinz Bozen an autorisierte öffentliche oder private Einrichtungen und an Fachleute, die sie beantragen, erteilt, vorbehaltlich der Erfüllung der zusätzlichen Qualifikationsanforderungen, der Funktionalität in Bezug auf die Planungsrichtlinien der Provinz und der positiven Überprüfung der durchgeführten Tätigkeiten und der erzielten Ergebnisse.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der Status des akkreditierten Subjekts stellt für diesen Sanitätsbetrieb Zwang dar, eine Vergütung für die erbrachten Leistungen außerhalb der vertraglichen Vereinbarungen gemäß Artikel 8-quinquies zu zahlen. Die zusätzlichen Anforderungen sind eine Voraussetzung für die Akkreditierung und eine Einschränkung für die Bestimmung der Dienstleistungen, die in den Tätigkeitsprogrammen der akkreditierten Strukturen vorgesehen sind.

Der Zugang zu den Diensten für die Bürger unterliegt einer entsprechenden Verordnung, einem Vorschlag oder einem Antrag, wie in der geltenden Gesetzgebung vorgesehen.

Das Landesgesetz 7/2001 in seiner geltenden Fassung "Reorganisation des Landesgesundheitsdienstes" sieht im Artikel 37 "Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen", der die Bestimmungen des Gesetzesdekrets 502/92 aufnimmt, die Möglichkeit vor, dass auch private Einrichtungen Gesundheitsdienstleistungen im Auftrag des Landesgesundheitsdienstes erbringen können, sofern sie akkreditiert sind und auf der Grundlage besonderer vertraglicher Vereinbarungen.

Die Festlegung des Bedarfs von ambulatorischen Leistungen von Seiten des Sanitätsbetriebes, deren Unterteilung auf der Ebene der 4 Gesundheitsbezirke auf Basis der Wohnbevölkerung und der sich daraus ergebenen Festlegung des Umfangs der zu erwerbenden Leistungen und der damit verbundenen Ausgabenobergrenzen (Betrag, der jeder Einrichtung anerkannt wird) für die verschiedenen zugelassenen privaten Einrichtungen erfolgt auf Dreijahresbasis.

Die derzeitigen vertraglichen Vereinbarungen haben eine Laufzeit von drei Jahren und sehen sowohl eine jährliche Basisobergrenze für drei Jahre als auch eine jährliche variable Obergrenze vor, die im folgenden Jahr bestätigt werden kann oder nicht, abhängig von den festgestellten Bedürfnissen und der Verfügbarkeit der Struktur selbst, diese zu gewährleisten. Bei kritischen Wartezeiten für ambulatorische Leistungen, die der nationalen und provinzialen Überwachung unterliegen, laut monatlicher Überwachung der Wartezeiten, sehen die geltenden vertraglichen Vereinbarungen ein zusätzliches Budget (Garantiebudget) vor, das der Sanitätsbetrieb während der Laufzeit der Vereinbarung und für einen bestimmten Zeitraum aktivieren kann.

In Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften über die Kontrolle der erbrachten Leistungen der konventionierten privaten Sanitätsstrukturen sind die Kontrollen geregelt und die jeweiligen Verantwortlichkeiten festgelegt, und zwar in Bezug auf die administrative und buchhalterische Richtigkeit, die Korrektheit der Vorschriften und die Richtigkeit und Vollständigkeit der von den konventionierten, privaten Sanitätsstrukturen erstellten klinischen Dokumentation.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Implementierte Maßnahmen

Um die Qualität und Effizienz der von den konventionierten privaten Sanitätsstrukturen erbrachten Gesundheitsdienstleistungen in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften zu gewährleisten, wurde das von der Sanitätsdirektion verfasste Verfahren Nr. 6716/21 genehmigt, in dem die Zuständigkeiten und die Art der Kontrollen der von den konventionierten privaten Sanitätsstrukturen erbrachten Dienstleistungen festgelegt sind. Im Einzelnen:

- Verwaltungs- und Buchführungskontrollen für die von konventionierten privaten Sanitätsstrukturen erbrachten Leistungen durch die zuständigen Ämter (Gültigkeit der auf der Einwilligung angegebenen Befreiung, Richtigkeit der Steuernummer des Patienten usw.)
- Kontrollen durch die betriebsweite Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung (NUVAS) zur Überprüfung von:
  - Korrektheit und Vollständigkeit der klinischen Unterlagen, die von den privaten Strukturen erstellt werden;
  - die Richtigkeit und Vollständigkeit der ärztlichen Verschreibungen, die von den privaten Strukturen erstellt werden (Vorhandensein der diagnostischen Frage, Verwaltung der Prioritätsklasse, korrekte Zuweisung des Codes und/oder der Beschreibung der Leistung gemäß dem Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LKVL).

F - Wartelisten

Die Verwaltung der Wartezeiten stellt eine der schwierigsten Herausforderungen für jeden Sanitätsbetrieb dar und betrifft die organisatorische Methode, mit der das Gesundheitssystem die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb eines Zeitrahmens garantiert, der der Pathologie und den Behandlungsbedürfnissen der Patienten angemessen ist. Diese Garantie ist ein struktureller Bestandteil der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS).

Ein Gleichgewicht zwischen Angebot, Nachfrage, Erwartungen der Bevölkerung und verfügbaren Ressourcen zu erreichen, stellt eine sehr komplexe Herausforderung dar. Die Faktoren, die das Problem der Wartelisten beeinflussen, sind vielfältig und insbesondere:

- die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund soziodemografischer Veränderungen (alternde Bevölkerung, Zunahme chronischer Krankheiten, Anwendung der Präventivmedizin);
- der Mangel an Personal (medizinisches und technisches Betreuungspersonal, Verwaltungspersonal) und strukturellen Ressourcen (z. B. Anzahl und Art der Diagnosegeräte), die in der Lage sind, der wachsenden Nachfrage nachzukommen;
- der technologische Fortschritt und die gestiegenen Gesundheitserwartungen der Bürger;
- die angemessene Verschreibung (Definition einheitlicher Verordnungsregeln für die verordnenden Ärzte und Annahme klinischer Modelle und Kriterien zur Festlegung der Priorität der Nachfrage);
- das No-Show-Phänomen und die territoriale Mobilität der Patienten.

Im „Landesplan für die Verwaltung der Wartelisten 2019-2021" (genehmigt durch Beschluss der Landesregierung Nr. 915 vom 5. November 2019) werden maximale Vormerkzeiten festgelegt und Interventionsbereiche für eine optimale und effiziente Verwaltung der Wartelisten identifiziert. Wesentliche Punkte des Plans sind:

- Der Reorganisationsprozess des Vormerkungsdienstes durch die Schaffung einer Einheitlichen landesweiten Vormerkstelle (ELVS);
- die Informatisierung des Ablaufes Verschreibung-Vormerkung-Durchführung-Befundung;
- die Förderung von Initiativen zur Verbesserung der Angemessenheit von Verschreibungen, auch durch die Einführung von Instrumenten zur Definition der Priorität der Nachfrage nach Dienstleistungen (Modell der homogenen Wartegruppe – RAO);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Transparenz des Planungszyklus der ambulanten Leistungen und der programmierten Krankenhausaufenthalte, der Überwachung der vorgemerkten Leistungen, der Verwaltung der Wartelisten und der Erbringung der vom Landesgesundheitsdienst angebotenen Leistungen.

In Umsetzung des Landesplans wurde mit Betriebsbeschluss Nr. 84 vom 04.02.2020 der "Betriebliche Umsetzungsplan für die Wartezeitverwaltung 2020-2022 des Südtiroler Sanitätsbetriebes" in Form eines betrieblichen Umsetzungsplanes genehmigt, in dem folgende Maßnahmen und mittelfristige und langfristige Instrumente identifiziert werden:

- verstärkte Verbreitung von dematerialisierten Verschreibungen;
- eine Verbesserung der Angemessenheit der Nachfrage nach Leistungen und eine bessere Steuerung des Angebots an Leistungen;
- die Entwicklung und Implementierung eines Informationssystems zur zeitnahen und ständigen Überwachung von Wartezeiten, das in der Lage ist, kritische Bereiche rechtzeitig zu erkennen;
- eine Optimierung und Diversifizierung der Zugänge für Vormerkungen, die dem Bürger angeboten werden sollen, im Einklang mit der Entwicklung der sog. Elektronischen Gesundheit;
- Umsetzung von Informationsstrategien für die Bevölkerung.

Infolge des epidemiologischen Notstands von Covid-19 wurde ein operativer Landesplan zur Reduzierung der Wartezeiten erstellt (Beschluss der Landesregierung Nr. 1050 vom 22.12.2020), der 2022 unter Berücksichtigung bestimmter gesetzlicher Änderungen umgestaltet (Beschluss der Landesregierung Nr. 577 vom 23.08.2022) und 2023 erneut aktualisiert wurde (Beschluss der Landesregierung Nr. 836 vom 03.10.2023). Die in den Dokumenten dargelegten Maßnahmen haben das Ziel, das Gesundheitssystem zu stärken.

Um den Bürgern einen qualitativ hochwertigen Vormerkdienst zu bieten, hat der Sanitätsbetrieb die Landesweite, einheitliche Vormerkstelle (ELVS) reorganisiert, in Übereinstimmung mit den staatlichen EVS-Richtlinien gemäß dem Staat-Regionen-Abkommen vom 29.04.2010 und mit dem Landesplan. Das Organisationsmodell, das durch den Betriebsbeschluss Nr. 667 vom 04.12.2018 genehmigt wurde hat die Vereinheitlichung der 6 Bezirks-EVS zu einer Einheitlichen landesweiten Vormerkstelle (ELVS) und zu einer Trennung der Front-Office-Aktivitäten von den Back-Office-Funktionen geführt. Der ELVS wurde die Verantwortung für den gesamten Vormerkdienst des Betriebes übertragen, von der folgendes abhängig:

- ein einziges Betriebs-Callcenter mit zwei operativen Standorten (Bozen und Vahrn);
- vier Back-Office-Teams in den vier Gesundheitsbezirken, die mit der Führung und Pflege der Vormerkskalender betraut sind.

Der Bürger kann über zwei verschiedene Vormerkungsebenen auf die Dienstleistungen zugreifen:

1. Landesvormerkstelle (ELVS), mit dem Schwerpunkt auf die Erstzugänge;

2. einzelne Abteilungen/Dienste, mit dem Schwerpunkt auf die Folgezugänge.

Die ELVS verwaltet die ihr übertragenen Leistungen zentral und homogen für den gesamten Garantiebereich, der dem Territorium Südtirols entspricht. Nach Abschluss der Verstärkung des Dienstes werden alle Dienstleistungen, die der nationalen Überwachung unterliegen, sowie weitere Leistungen von der ELVS verwaltet. Die Bürger können die fachärztlichen Erstvisiten und diagnostisch-instrumentellen Leistungen bei der ELVS über mehrere Zugangsformen vormerken und verwalten. Das System ist wie folgt aufgebaut:

a) Betriebs-Call-Center, die an zwei Standorten (Bozen und Vahrn) eingerichtet sind. Dank der Einführung des neuen betrieblichen Kontakt-Managers wurde eine einzige landesweite Vormerkungsnummer eingerichtet, die die bisherigen bestehenden Nummern ersetzt. Auch die Vormerkung mittels E-Mail wurde, dank Vereinheitlichung der E-Mail-Adressen, im Call-Center stark vereinfacht und vereinheitlicht;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

b) Selbst-Vormerkungssystem, wie z.B. die Aktivierung einer neuen, technologisch fortschrittlicheren Version des Betriebsportals zur Online-Vormerkung und Verwaltung von Terminen, genannt "Sanibook" und auch als Mobile App verfügbar, das mit Android- und IOS-Systemen genutzt werden kann. Neben der Vormerkung und Verwaltung von Terminen ist es möglich, die aktuellen Verfügbarkeiten in Echtzeit zu überprüfen.

c) Kassa- und Multifunktionsschalter auf dem Territorium, insbesondere in Krankenhäusern und Sprengeln, mit funktionaler Abhängigkeit von der ELVS für die Vormerkungen.

Der Vorteil des ELVS besteht darin, dass mit einem einzigen Kontakt alle betriebsweiten Verfügbarkeiten für die gewünschte Leistung unterbreitet werden können. Dem Bürger wird vorab der erste verfügbare Termin auf Betriebsebene angeboten, unter Einhaltung des im Landesplan für die Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Garantiebereichs.

Das Angebot und die damit verbundene Vormerkung des Landesgesundheitsdienstes / des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes (LGD/GGD) wird eindeutig von der Freiberufliche Innerbetriebliche Tätigkeit (FIT) unterschieden, sowohl durch getrennte und spezielle Kontaktkanäle (Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bereich des Vormerkungsportals) als auch durch ein spezifisches Verfahren für die Mitarbeiter. Das ELVS-Personal ist sich der Themen des Datenschutzes, der Transparenz und der Korruptionsbekämpfung bewusst und die Themen sind im Rahmen der Organisationsentwicklung immer präsent. Die organisatorischen Verfahren und Software-Berechtigungen sind diesbezüglich geregelt. Ab dem dritten Quartal 2023 hat der Übergang zu einer neuen zentralen Anwendung für die Vormerkungen begonnen. Diese Anwendung ermöglicht z.B. auch eine ausführliche Logging-Funktion der durchgeführten Aktivitäten und eine noch detailliertere Verwaltung der Berechtigungen.

Ab 2017 wird die ELVS im Bereich der Vorsorge und ab 2022 im Bereich der Covid-Impfungen und Blutentnahmen von zwei externen Cantact-Center-Dienstleistern, die beide in der Provinz einen Sitz haben, unterstützt. Diese Auslagerung eines Teils der operativen Vormerkungstätigkeiten wurde notwendig, da immer mehr Gesundheitsleistungen in die Verwaltung der ELVS eingegliedert und somit harmonisiert bzw. in ein einziges Vormerkungssystem zusammengeführt wurden, das für die gesamte Provinz gilt. Insbesondere auch bei der Blutentnahme wurde auf eine einheitliche Verwaltung der Vormerkungen in der Provinz umgestellt, die die individuellen Vormerkungen für etwa 40 Blutentnahmestellen ersetzt hat, was erhebliche Vorteile in Bezug auf die Transparenz und die Organisation des Dienstes mit sich bringt. Die externen Anbieter folgen den gleichen Verfahren und Richtlinien wie die ELVS, um eine nahtlose Servicelösung zwischen dem Sanitätsbetrieb und den externen Partnern für die Bürger zu gewährleisten. Das Softwaresystem des externen Anbieters wird an das des Sanitätsbetriebs angepasst und/oder integriert und so konfiguriert, dass es nur in den Zuständigkeitsbereichen funktioniert. Die Arbeit wird täglich überwacht und unterliegt den Anweisungen der ELVS des Sanitätsbetriebs.

Die einzelnen Abteilungen/Dienste verwalten die Kontrollvisiten und Kontrollleistungen. Einige spezifische und/oder hochkomplexe Leistungen werden von den Abteilungen/Diensten vorgemerkt.

Implementierte Maßnahmen

Die Reorganisation der ELVS gemäß Betriebsbeschluss Nr. 667 vom 04.12.2018 bezüglich der Zuweisung der Kompetenzen der betrieblichen Call-Center- und Back-Office-Tätigkeiten betreffend den landesweiten Dienst der Vormerkung von Gesundheitsleistungen wurde im Wesentlichen im geplanten Zeitrahmen umgesetzt. Es gab jedoch einige Abweichungen von den festgelegten Fristen, die auf den epidemiologischen Notstand COVID-19 zurückzuführen sind.

Die Organisationsentwicklung wird mit dem Ziel fortgesetzt, einen effektiven und effizienten Dienst zu gewährleisten, der für die Bevölkerung transparent ist. Die in den Plänen enthaltenen implementierte Maßnahmen sind Gegenstand der Planung und Durchführung.

Für Risikoanalyse, -bewertung und -behandlung verweisen wir auf die Bestimmungen im Anhang.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

G - Freiberufliche Tätigkeit Intramoenia (FBT)

Die Freiberufliche Tätigkeit (in der Folge FBT) wird in den Leitlinien der ANAC berücksichtigt, insbesondere in Bezug auf die Verbindungen mit dem Wartelistenverwaltungssystem und in Bezug auf die Transparenz der Vormerkungen und die Festlegung von Leistungsprioritätsstufen.
Diese wird in der Tat als ein Bereich identifiziert, in dem die Gefahr opportunistischen Verhaltens besteht, das privilegierte Positionen und/oder unangemessene Gewinne zum Nachteil der Bürger begünstigen kann, mit möglichen Auswirkungen aus wirtschaftlicher Sicht und der Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität.
Daher hat der Sanitätsbetrieb in Übereinstimmung mit den ANAC-Richtlinien seine Interventionen im Risikomanagement mit nachstehenden Fokus ausgerichtet:

a) die Genehmigungsphase;

b) die eigentliche Durchführungsphase der Tätigkeit;

c) die damit verbundenen Interferenzen in die institutionelle Tätigkeit.

Demzufolge wird hier eine Zusammenfassung der bereits bestehenden Richtlinien, der durchgeführten Maßnahmen und der geplanten Aktivitäten in den oben genannten Bereichen angegeben:

1 Genehmigungsphase für die Durchführung der FBT

In Bezug auf die Phase der Zulassung zur Durchführung von FBT werden mögliche Risikoereignisse identifiziert:

- falsche Angaben, die zur Erlangung der Genehmigung gemacht wurden;
- Vermutung einer unzureichenden Überprüfung der im Rahmen der FBT durchgeführten Tätigkeit.

Mögliche Gegenmaßnahmen sind:

- eine präventive und periodische Überprüfung des Vorhandenseins der für die Durchführung der FBT notwendigen Anforderungen (auf Betriebsebene durch den Beschluss Nr. 273/2008 und die Richtlinien vom 05.11.2009 und vom 20.01.2010 geregelt);
- eine Verhandlung über den Umfang der Aktivitäten der FBT in Bezug auf die institutionellen Ziele und die nachfolgenden Überprüfungen;
- eine Bestandsaufnahme und Überprüfung der Flächen, die für die Durchführung der FBT unter denjenigen, die das Immobilienvermögen des Sanitätsbetriebes bilden, genutzt werden können.

Aufgrund der oben genannten Hinweise sind folgende Kontrollen in Bezug auf die Genehmigungsphase - auf der Grundlage der Betriebsrichtlinien - vorgesehen:

- Prüfung des Vorhandenseins der notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung der FBT;
- Aushandlung des Volumens der FBT unter Bezugnahme auf die institutionellen Ziele der Reduzierung der Wartelisten.

Diese Faktoren erscheinen nämlich eng miteinander verbunden zu sein.

Conditio sine qua non der Bewilligung ist die allgemeine Genehmigung (jährlich, halbjährlich oder weiter reduziert, je nach Bereich), die von der Betriebsleitung nach einer Bewertung der Wartezeiten für jede Disziplin, laut nachstehenden Absatzes, erteilt wird (siehe "Wartelisten").

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass sowohl der mit Beschluss Nr. 273/2008 genehmigte Betriebsplan als auch die Betriebsrichtlinien vom 05.11.2009 und 20.01.2010 Möglichkeiten und Grenzen der zu genehmigenden Tätigkeiten und Dienstleistungen in Bezug auf den Besitz und deklarierten Voraussetzungen regeln.

Weitere Schritte werden von der zuständigen Dienststelle verfolgt, die periodisch das Vorhandensein der vertraglichen Voraussetzungen für die Ausübung der FBT für den Antragsteller/Bevollmächtigten überprüfen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bzgl. diesem Punkt wird darauf hingewiesen, dass das Risiko der Falscherklärungen gering ist, da akademische Qualifikationen und eventuelle weitere Spezialisierungsurkunden dem Betrieb – im jeweiligen Personalbüro - vorliegen.

Was schließlich die ausgedehnte FBT betrifft, die aus den ANAC-Richtlinien hervorgeht und die Gefahr von Korruptionsphänomenen birgt, so ist hervorzuheben, dass letztere bisher im Südtiroler Sanitätsbetrieb weder zugelassen noch diese Möglichkeit in Betracht gezogen worden ist.

2 Effektive Durchführung der Tätigkeit und der damit verbundenen Kontrollen

Mit Bezug auf die eigentliche Ausübung der FBT können riskante Ereignisse auftreten:

- falsche Angabe der Modalitäten und Zeiten für den Zugang zu den Dienstleistungen im institutionellen System, um die Tätigkeit in der FBT zu begünstigen;
- falsche oder unterlassene Angaben über die Überschreitung der genehmigten Anzahl oder die Verletzung der in der Genehmigung vorgesehenen Art der Tätigkeit;
- Ausübung der FBT während der eigentlichen Arbeitszeit;
- eine bevorzugte Behandlung von Patienten, die im Rahmen der FBT behandelt werden.

Im Hinblick auf den ersten Punkt und die getroffenen und verabschiedeten Maßnahmen verweisen wir auf die Beschreibung im nächsten Abschnitt "Wartelisten" und die Verwaltung der Vormerkungen.

Im Laufe des Jahres 2025 wurde in Übereinstimmung mit den Vorgaben der ANAC und mit dem Ziel, die vom Sanitätsbetrieb bereits durchgeführten Kontrollen in diesem Bereich zu formalisieren, die Betriebsregelung für Kontrollen im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 411 von 2025 genehmigt. Diese Kontrollen beziehen sich sowohl auf die Genehmigungsphase als auch auf die tatsächliche Durchführung der Tätigkeit. Darüber hinaus wurde ein spezifisches Verfahren für die Anfechtung von Verstößen und die Verhängung von Sanktionen in Form der Aussetzung und des Entzugs der Genehmigung festgelegt.

Zu den anderen oben angeführten Punkten ist zu bemerken, dass die aktuellen Kollektivverträge, der Betriebsplan für FBT (angenommen mit dem Beschluss Nr. 273/2008) und die nachfolgenden internen Anwendungsrichtlinien – wie bereits erwähnt - ausdrücklich vorsehen, dass die FBT immer außerhalb der Arbeitszeit, mittels Stempelung unter Angabe eines spezifischen Codes durchgeführt werden muss. Dieser Code ermöglicht es, alle in der FBT ausgeführten Leistungen im Detail zu identifizieren und eventuelle Unstimmigkeiten oder Verstöße gegen die erteilten Genehmigungen und/oder die oben genannten Richtlinien zu kontrollieren.

Weiters wird festgelegt, dass - entsprechend den geltenden Vorschriften - eine Kommission zur Überprüfung der FBT eingerichtet wurde, die als Kontrollorgan mindestens alle sechs Monate zusammenkommt und:

- die Einhaltung der bei der Aushandlung des Verwaltungshaushalts eingegangenen Verpflichtungen in Bezug auf den Umfang der im Rahmen des institutionellen Systems versicherten Tätigkeiten und der im Rahmen der FBT durchgeführten Leistungen kontrolliert;
- die Leistung der Wartelisten prüft und Stellungnahmen an die Generaldirektion unter Bezugnahme auf die Allgemeingenehmigungen abgibt;
- alle Konfliktsituationen zwischen der Tätigkeit in der FBT und den institutionellen Zielen und Aktivitäten aufzeigt;
- das Gleichgewicht zwischen der institutionellen Tätigkeit und den Leistungen in der FBT unter besonderer Berücksichtigung der erbrachten Leistungen (sowohl bei den Erstvisiten als auch bei den Kontrollvisiten) beleuchtet.

Auch in Bezug auf die vorgenannte Kommission ist zu beachten, dass sie gemäß Art. 3, Abs. 3 der Vereinbarung vom 18. Oktober 2010 der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat und den Regionen und autonomen Provinzen Trient und Bozen jeweils besondere Zuständigkeiten in

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bezug auf das Auftreten von Interessenkonflikten oder Situationen hat, die in jedem Fall Formen des unlauteren Wettbewerbs beinhalten.
Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 526 vom 15.09.2020 wurde auch die Teilnahme von zwei Mitgliedern der repräsentativsten Nutzerorganisationen und der Patientenrechte vorgesehen.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Landesregierung mit dem Beschluss Nr. 1069/2008 gemäß LG Nr. 10/95, Art.1ter, die Richtlinien festgelegt hat, nach denen der Sanitätsbetrieb die Aufgabe hat, das Verhältnis zwischen den institutionellen Tätigkeiten und den im Rahmen der FBT durchgeführten Aktivitäten ständig zu überwachen, zusammen mit der Verpflichtung, der Provinz jährlich über den Einfluss der im Rahmen der FBT durchgeführten Aktivitäten auf den Verlauf der Wartelisten zu berichten.

Zweck dieser Überwachung ist es, das Gleichgewicht zwischen den beiden Arten von Tätigkeiten und ihre ordnungsgemäße Durchführung zu überprüfen.

Weiterhin gibt es auf vertraglicher Ebene Situationen, die mit der Ausübung der im Rahmen der FBT ausgeübten Tätigkeit unvereinbar sind und die nachstehend aufgeführt werden:

- Abwesenheit wegen Krankheit;
- Abwesenheit wegen eines Unfalls;
- Abwesenheit aus familiären Gründen;
- Abwesenheit für den obligatorischen oder fakultativen Mutterschaftsurlaub;
- Abwesenheit wegen Elternurlaub;
- Bereitschaftsdienst;
- Wachdienst.

Diese Fälle wurden taxativ angegeben, um eine Beeinträchtigung der im Rahmen der institutionellen Vereinbarungen durchgeführten Tätigkeit zu vermeiden. Die zuständige Dienststelle führt daher diesbezüglich spezifische Kontrollen durch.

Insbesondere, wiederum in Bezug auf die Kontrollen, erfordert die Tätigkeit innerhalb des Betriebes, wie bereits erwähnt, verschiedene Arten der Überprüfung derselben (Buchungsmethoden, Art der gebuchten Besuche/Untersuchungen und anderen Dienstleistungen, erwartete und tatsächlich erbrachte Mengen, Einhaltung der für die Durchführung der FBT vorgesehenen Zeitpläne, Überschneidungen zwischen institutionellen Tätigkeiten und FBT, Raumnutzung, Nutzung von Geräten, Dokumentenmanagement, Zugang zu Datenbanken und Archivierung der klinischen Dokumentation, Organisation, Aktivitätsmanagement, Personaleinsatzplanung, Patientenzugang, Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten, Übereinstimmung der Agenden mit der üblichen Programmierung).

Die oben genannten Prozesse stellen potenzielle Korruptionsrisiken dar, daher werden bei der Durchführung der o.g. Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen des Prozesses vorgesehenen Kontrollverfahren angewandt und die gleichen Aktivitäten verfolgt.

Darüber hinaus ist die Verwaltung der Einnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit im Hinblick auf den Verfahrensprozess der Tätigkeit insgesamt potenziell korruptionsgefährdet.

Zu diesem Zweck sehen die Arbeitsweisen der Einnahmenerhebung die Vorauszahlung der gebuchten Leistung direkt an der Kasse, die Erstellung spezifischer, von der Fachkraft und dem Patienten unterzeichneter Formulare mit Angabe der erbrachten Leistungen sowie des Zahlungsdatums und des entsprechenden Tarifs vor.

Die Bezahlung ist auch durch Übersendung der diesbezüglichen Rechnung an den Wohnsitz des Kunden/Nutzers möglich, sollte der Kassendienst nicht funktionsfähig sein.

Zur Verstärkung der Korruptionsbekämpfung steht auch ein Projekt zur Einführung automatisierter Zahlungsmethoden für Dienstleistungen ebenfalls in der Abschlussphase.

Es gilt weiter anzumerken, dass die oben genannten Kontrollen ermöglichen, etwaige Unstimmigkeiten zwischen Volumen und Genehmigung zu beleuchten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Es wird darauf hingewiesen, dass - gemäß den Bestimmungen der Vereinbarung der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Bozen/Trient vom 18. November 2010 - die Gesamtzahl der freiberuflichen Tätigkeit, die beim Sanitätsbetrieb erbracht werden kann, deutlich unter der auf nationaler Ebene möglichen liegt und keine höhere Stundenzahl vorsieht.

Konkret wird mit Bezug auf das Jahr 2024 erklärt, dass 240 Ärzte zur Ausübung der FBT für die Erbringung von Dienstleistungen, zugelassen worden sind; die Stunden, die für die FBT genehmigt worden sind, betragen 774,25 in der Woche.

3 Risiko der Interferenzen institutioneller Aktivitäten

Um eine Beeinträchtigung der institutionellen Tätigkeit zu vermeiden - und für eine effiziente Verteilung der personellen und strukturellen Ressourcen - sind die Ambulanzen für die Tätigkeit in der FBT in unterschiedlichen Zeitfenstern organisiert.

Darüber hinaus ist die Anzahl der Stunden pro Woche, die dem Facharzt genehmigt werden kann, derzeit auf maximal 6 begrenzt. Daher ist die Möglichkeit einer Vermischung der beiden Aktivitäten gering und das zuständige Amt führt in jedem Fall diesbezügliche Kontrollen durch.

Darüber hinaus wird die Vormerkung von Dienstleistungen im Rahmen der FBT, wie im nächsten Absatz über Wartelisten ausführlich beschrieben, von der Vormerkung von Tätigkeiten im Rahmen des institutionellen Systems getrennt und die Zielgruppe muss alle Informationen über die Wartezeiten und die angewandten Tarife erhalten.

Die Wartezeiten für die fachärztliche Ambulanz werden monatlich überwacht und –periodisch- auf der Website des Betriebes veröffentlicht, wo auch die Namen der Fachärzte, die FBT ausüben, die entsprechenden Zeiten, die Orte, an denen die Leistung erbracht wird, und die angewandten Tarife zu finden sind.

Als weitere Gegenmaßnahme ist zu beachten, dass die betrieblichen Regelungen - in Übereinstimmung mit den vorstehenden Ausführungen - wesentlich strenger sind als die nationalen Regelungen (die Anzahlbegrenzung ist ein allgemeiner Hinweis darauf, dass die FBT nicht –quantitativ- über die im institutionellen Bereich vorgesehenen Tätigkeit hinausgeht).

Ferner ist die Tätigkeit in der FBT nur außerhalb der Arbeitszeiten und generell am Ende der Öffnungszeiten der Ambulatorien erlaubt.

Zusammenfassend ist auf der Grundlage der geltenden Vorschriften zur Vermeidung von Korruptionsrisiken oder jedenfalls von Misswirtschaft eine weitgehende Trennung der *iter* von Patienten, die die Einrichtungen für Leistungen im Rahmen des FBT und diejenigen, die stattdessen für Leistungen im Rahmen des institutionellen Bereiches Zugang haben, vorgesehen.

H – Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten

Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen

Das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* ergreift – im Rahmen der Korruptionsprävention und im Hinblick auf die Verwaltungstransparenz sowie unter Berücksichtigung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen – verschiedene Maßnahmen zur Bekämpfung potenzieller Risiken, die mit den Tätigkeiten im eigenen Zuständigkeitsbereich und mit den durchgeführten Entschädigungen für Schadensfälle und/oder Rückerstattungen verbunden sind. Im Einzelnen:

1. bezüglich der **Bearbeitung von Schadensfällen im Rahmen der Haftpflichtversicherung gegenüber Dritten und zugunsten der Bediensteten**, die gemäß Art. 10 des Gesetzes Nr.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

24/2017 von dem Südtiroler Sanitätsbetrieb abgeschlossen wurde, führt das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* eine strenge Überwachung der gemeldeten und an die Versicherungsgesellschaft weitergeleiteten Schadensfälle durch. Zudem koordiniert es das Ermittlungsverfahren der Fälle unter Einbeziehung des *betrieblichen Dienstes für Rechtsmedizin* (bei Personenschäden) sowie der Pflegekoordinatoren/Pflegekoordinatorinnen der betroffenen *Abteilung/Dienststelle* (bei Sachschäden). Die endgültige Entscheidung über jeden einzelnen Schadensfall obliegt der Versicherungsgesellschaft, da es sich derzeit um eine Versicherung ohne Selbstbehalt handelt.

2. bezüglich der **Rückerstattung von Reparaturkosten für Schäden am Privatfahrzeug, das aus dienstlichen Gründen verwendet wurde**, handelt das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* im Einklang mit dem bereichsübergreifenden Kollektivvertrag (2005–2008), Anlage 1 („Außendienstregelung"), Art. 10 („Vergütung der am eigenen Fahrzeug im Außendienst erlittenen Schäden"). Zu Ermittlungszwecken bezieht es die *Abteilung Technik und Vermögen* zur Schadensbewertung mit ein, befragt *das Amt für Schätzungen* der Autonomen Provinz Bozen zur Einholung eines Gutachtens zur Angemessenheit der Kosten und führt Kontrollen betreffend die Voraussetzungen für eine Rückerstattung gemäß dem anwendbaren bereichsübergreifenden Kollektivvertrag durch. Dazu zählen beispielsweise eine Eigenerklärung über den Schadenshergang, ein Bericht der *Polizei* oder der *Carabinieri* sowie ein Bericht der *Ersten Hilfe*.

3. bezüglich **der Rückerstattung von Rechtsanwalts- und/oder Sachverständigenkosten** – die von Bediensteten (sowohl im Dienst als aus dem Dienst entlassen) **zur deren Verteidigung in Gerichtsverfahren** (wegen strafrechtlicher, zivilrechtlicher, verwaltungsrechtlicher und buchhalterischer Haftung) getragen wurden, in denen sie aufgrund dienstlicher Gründe involviert waren – handelt das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* gemäß den Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 16/2001 i.g.F. Eine Voraussetzung für die Beantragung einer Rückerstattung ist das Vorliegen einer endgültigen gerichtlichen Maßnahme, aus der hervorgeht, dass weder „grobe Fahrlässigkeit" noch „Vorsatz" festgestellt wurden und die Haftung der betroffenen Person ausdrücklich ausgeschlossen wird. Zu Ermittlungszwecken holt das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* ein Gutachten zur Angemessenheit der beantragten Kosten ein, wozu das *Rechtsamt* (für Anwaltsspesen), der *Dienst für Rechtsmedizin* (für Sachverständigenkosten) und – falls erforderlich sowie in besonders komplexen Fällen, auch in Bezug auf einzelne Vorgänge – die *Staatsanwaltschaft von Trient* konsultiert wird. Das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* erstellt anschließend einen Bericht über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Rückerstattung, welcher der *Generaldirektion* zur abschließenden Prüfung vorgelegt wird. Die endgültige Maßnahme über die Gewährung der Rückerstattung erfolgt durch Veröffentlichung einer Entscheidung oder eines Beschlusses, abhängig von der jeweiligen Zugehörigkeit der Organisationseinheit (entweder auf Bezirks- oder Betriebsebene) der/des Antragstellenden. Es wird darauf hingewiesen, dass das *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* im Laufe des Jahres 2025 auch die betriebliche Verfahrensregelung zur Bearbeitung von Rückerstattungsanträgen für Anwalts-, Sachverständigen- und Gerichtskosten überarbeitet hat, um auf Betriebsebene – neben der Vereinheitlichung der Bedingungen, der Voraussetzungen und der Modalitäten dieser Anträge – sowohl die gesammelten Erfahrungswerte des *Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen* in diesem Bereich zu berücksichtigen als auch das Dokument an die fortlaufend eingereichten Stellungnahmen der *Staatsanwaltschaft von Trient* anzupassen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Rechtsamt

Das Rechtsamt – im Rahmen von Korruptionsprävention und Verwaltungs-transparenz sowie unter Berücksichtigung der einschlägigen Gesetzgebung – ergreift verschiedene Maßnahmen zur Bekämpfung potenzieller Risiken, die mit den Tätigkeiten innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs verbunden sind. Im Einzelnen:

1. Bezüglich der **Angemessenheitsgutachten zu Rechts- und Sachverständigenkosten** führt das Rechtsamt eine strenge Prüfung der Honorare der Anwälte durch, die Mitarbeiter in Verfahren vertreten haben, in denen sie involviert waren. Zur Überprüfung der Angemessenheit verwendet die Rechtsabteilung die in der Gazzetta Ufficiale veröffentlichten und durch Ministerialdekrete genehmigten Anwaltsgebührenordnungen (DM 55/2014 und DM 147/2022) und vergleicht alle angewandten Positionen in den Anwaltshonoraren mit denen der genannten Ministerialdekrete. Sollten die Honorare sehr hoch ausfallen, werden sie zur Prüfung und Stellungnahme an die Staatsanwaltschaft des Bezirks Trient weitergeleitet.

2. Bezüglich der **Erstellung von Rechtsgutachten** unterliegen diese der Aufsicht der Direktorin des Rechtsamtes und der Betriebsdirektion. Sie dürfen niemals von Einzelpersonen angefordert werden, es sei denn, diese gehören dem Leitungsausschuss an. Zudem werden bei der Erstellung der Gutachten alle betroffenen Abteilungen zur Informationsbeschaffung einbezogen.

3. **Vertretung der Einrichtung vor Gericht:** Der Rechtsanwalt, der das Unternehmen vor Gericht vertritt, enthält sich der Verteidigungstätigkeit im Falle eines möglichen Interessenkonflikts und handelt mit fachlicher Kompetenz. Etwaige Konflikte werden der Direktorin des Amtes gemeldet und der Anwalt wird ersetzt.

4. **Regressmaßnahmen gegenüber Dritten**: Die Regressakten werden von den Bezirken an das Rechtsamt übermittelt, wobei Meldungen selten unterbleiben. Das Rechtsamt prüft im Rahmen der Rückforderung, ob zivil- oder strafrechtliche Verfahren anhängig oder abgeschlossen sind und ob die Versicherung des Dritten etwaige Beträge an den Geschädigten gezahlt hat.

I – Ableben im Krankenhaus

Der Sanitätsbetrieb wendet die geltenden Vorschriften für die Durchführung von Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Ableben im Krankenhaus an.

Folgendes findet Anwendung:

- DPR 10.09.1990 Nr. 285 „Approvazione del regolamento di polizia mortuaria";
- Circolare Ministero della Sanità 24.06.93 Nr. 24 "Regolamento di polizia mortuaria";
- Landesgesetz vom 19.01.2012, Nr. 1 "Bestimmungen in den Bereichen Bestattungswesen und Feuerbestattung";
- Rundschreiben des Landesamtes für Familie, Gesundheit und Sozialwesen vom 19.09.2013, Prot. Nr. 55.01.504923" Bestimmungen in den Bereichen Bestattungswesen und Feuerbestattung";
- DM 15.12.1990 „Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive";
- DPR 3 November 2000, Nr. 396;
- Gesetz Nr. 190 vom 23.12.2014;
- Rundschreiben Nr. 33 del 13-02-2015 "Trasmissione telematica all'Inps del certificato di accertamento del decesso da parte dei medici necroscopi. Attuazione della legge n. 190 del 23 dicembre 2014 (legge di stabilità per il 2015)";
- Gesetz Nr. 130 vom 30.03.2001;
- Art. 361 und Art. 365 Strafgesetzbuch;
- Gesetz Nr.31 vom 02.02.2006.

Im Jahr 2023 wurde eine Betriebsprozedur zu den totenpolizeilichen Obliegenheiten verabschiedet (Nr. ID. 9963/23, im betrieblichen Intranet unter Qualitätsinstrument abrufbar).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Im Sanitätsbetrieb wird der Aufbahrungsraum von internem Personal (Ärzte, Krankenpfleger, MitarbeiterInnen des Aufbahrungsraums, Trägerdienst, technisches Personal des Totendienstes/ /Sektionsassistent) verwaltet, das nach einem regelmäßigen Dienstplan arbeitet. Letzteres ist sich der Besonderheiten der Aufgabe, die korrekt, rechtlich und ethisch einwandfrei ausgeführt werden muss, bewusst und darauf vorbereitet. Es wird auch darüber informiert, dass die Mitarbeiter gemäß den im Verhaltenskodex des Betriebes enthaltenen Regeln keine Geschenke, Entschädigungen oder andere Vorteile im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben annehmen dürfen.

Im Falle eines Ablebens ist die Intervention der Seelsorge (oder der Beistand durch die Seelsorge) vorgesehen.

Der Bereich der Bestattungstätigkeit stellt einen korruptionsgefährdeten Bereich dar, auch angesichts der Korruptionsfälle auf nationaler Ebene, in denen Mitarbeiter von Sanitätsbetrieben und externe Bestattungsunternehmen verwickelt waren.

Die Risiken bestehen grundsätzlich in der Möglichkeit einer Vermittlung zwischen den Bediensteten des Sanitätsbetriebes und den externen Bestattungsunternehmen.

Dies vorausgeschickt, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Aushang von Listen mit einer begrenzten Anzahl von Bestattungsunternehmen mit Rechtsitz im Bezirk des jeweiligen Krankenhauses abgeschafft.

Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Risikos und dessen Auswirkung kann daher (im Sinne der Parameter gemäß NAKP (PNA)) als nicht wahrscheinlich/aufgehoben eingestuft werden.

J – Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

Zuerst wird festgehalten, dass alle bereits im Jahr 2023 beschriebenen Prozesse unverändert geblieben sind.

Im Laufe des Jahres 2024 änderte sich die Zusammensetzung des Teams des Referats für kritische Situationen am Arbeitsplatz und Mobbing mit der Einstellung eines Verwaltungsassistenten, der den ehemaligen Gesundheitsassistenten ersetzt.

Derzeit ist ein Verfahren in Vorbereitung, in dem die Kriterien und Methoden für den Zugang zur Anlaufstelle sowie die Arbeitsweise, die Aufgaben und die Rollen der Mitarbeiter, die in den verschiedenen Phasen des Verfahrens tätig werden, festgelegt werden.

Die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Korruptionsprävention sind:

1) die Annahme des Falles richtet sich nach dem Datum des Antrags und der Dringlichkeit des Falles (die Entscheidung wird von den Mitgliedern des Teams getroffen);
2) die Einstufung, die Lösung des Falles und die eventuelle Meldung an die zuständigen Stellen im Falle von Mobbing erfolgt durch das multidisziplinäre Team (zu dem auch Personen von außerhalb der Anlaufstelle gehören: Psychiater, Psychologe, Arbeitsmediziner);
3) das Verfahren umfasst die Verwendung von standardisierten Formularen und die Eingabe von Daten in das digitale Archiv;
4) die Gespräche und die Aufnahme erfolgen mit der Einwilligung der Betroffenen.

K – Betrieblicher Dienst für Sportmedizin

Der Landesweiterer Dienst für Sportmedizin und Bewegungsmedizin führt vor allem sportmedizinische Untersuchungen zur Ausstellung von Sporttauglichkeitszeugnissen und ärztliche Untersuchungen zur Ausstellung von Tauglichkeitszeugnissen für die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten (z. B. freiwillige Feuerwehr, Berg Rettung Dienst/CNSAS) durch.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die sportmedizinische Untersuchung zur Freigabe der Sporttauglichkeit wird durch das MD vom 18.02.1982 und nachfolgende Änderungen geregelt.

Jeder nationale Sportverband bestimmt für seine Mitglieder:

- die Altersgrenzen (Mindest- und Höchstalter) der Personen, die sich der Prüfung unterziehen müssen;
- die maximale zeitliche Gültigkeit des ausgestellten Zertifikats;
- die für jede Sportart durchzuführenden Untersuchungen und Kontrollen, um ein Urteil zu formulieren.

Das Zertifikat kann nur von Fachärzten für Sportmedizin ausgestellt werden, die in öffentlichen und/oder privaten akkreditierten Strukturen arbeiten.

Der bescheinigende Arzt äußert eigenständig (nach Auswertung aller gesetzlich vorgesehenen Beurteilungen und unter Berücksichtigung etwaiger Beurteilungen und/oder Bewertungen anderer zusätzlicher Fachärzte) das Urteil der Eignung oder Nichteignung. Er hat auch das Recht, die maximale Gültigkeitsdauer des Zertifikats aufgrund der Umstände des Einzelfalls auf einen kürzeren Zeitraum zu begrenzen.

Gegen das Urteil (in der Regel der Untauglichkeit) des bescheinigenden Arztes kann innerhalb von dreißig Tagen gerichtlich vorgegangen werden.

Die Leistungen des Landesdienstes für Sportmedizin werden in der Hauptsitzstellen in Bozen (Marienklinik) und den Ambulatorien in Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen.

Neben den sportmedizinischen Untersuchungen zur Erteilung der sportlich-wettkampfmäßigen Tauglichkeit führt der Dienst für Sportmedizin, wie oben angegeben, Untersuchungen zur Erteilung von Bescheinigungen in den verschiedenen Bereichen durch, in denen man ehrenamtlich tätig sein kann (FFW, Bergrettung, Rettungsschwimmer, Höhlenrettung, Tauchrettung, Rettung auf Skipisten usw.).

Diese Tätigkeit wird durch den Beschluss des Landesrates Nr. 794/2007 geregelt.

Die Vormerkungen für Untersuchungen zur Ausstellung der oben beschriebenen Bescheinigungen erfolgen, seit 2022, über die ELVS.

Im Jahr 2018 wurden erstmals die drei Hauptentscheidungsprozesse des Sportmedizinischen Dienstes abgebildet, und in den Folgejahren wurden Risikoüberwachungs- und Überprüfungsaktivitäten bezüglich dieser Tätigkeiten durchgeführt. Die Definition dieser Prozesse, die Risikobewertung und die Gegenmaßnahmen sind in Anhang I enthalten.

L – Betrieblicher Tierärztlicher Dienst

Der Tierärztliche Dienst (betrieblicher Dienst) zeichnet sich durch Mehrfachkompetenzen aus. Diese sind in der nationalen und provinzialen (LG. 3/2017) Gesetzgebung auf drei Dienste verteilt: Tiergesundheit (in der Tabelle unten als Bereich A gekennzeichnet), Hygiene und Sicherheit bei Lebensmitteln tierischer Herkunft (Bereich B) und Hygiene in der Tierzucht, bei Futtermitteln und bei tierischen Produktionen (Bereich C).
Diese Aufteilung ist in der Autonomen Provinz Bozen, wo das LG. 3/1983 in Kraft ist, noch nicht zur Gänze umgesetzt; die Kompetenzen der angeführten Dienste sind daher aus organisatorischer Sicht auf die beiden komplexen Strukturen des Tierärztlichen Dienstes verteilt.
Die „Kompetenztabelle", welche gemäß den entsprechenden nationalen Vorschriften in drei Dienste (Bereich A, B und C) gruppiert ist, teilt die Hauptaufgabenbereiche durch zwei unterschiedliche Farben (rot und gelb) den zwei bestehenden komplexen Strukturen zu. Die rote Farbe kennzeichnet die Zuständigkeiten, die der Komplexen Struktur Lebensmittelhygiene zugeordnet sind, die gelbe Farbe die der Komplexen Struktur Tiergesundheit. Die Zuordnung zu dem einen oder anderen Bereich erfolgt aufgrund von Personalressourcen und technischen Überlegungen. Aus organisatorischen Gründen wurden, inhaltlich zusammenhängende Abläufe zusammengeschlossen, so dass, wie in Tabelle 2 beschrieben, die Zuständigkeitsbereiche des Tierärztlichen Dienstes nach einer Logik von hintereinander verketteten Prozessen gelistet sind und verdeutlicht wird, welcher jeweilige komplexen Struktur sie angehören.
Wenn sich die Tabellen mit der Durchführung von Kontrollen befassen, sind die jeweiligen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Genehmigungsverfahren der Unternehmer für dieselben Tätigkeiten, die der Aufsicht unterliegen, einbezogen.

(Bereich B) Komplexe Struktur Lebensmittelsicherheit	(Bereich C)	(Bereich A) Komplexe Struktur Tiergesundheit		
Lebensmittelsicherheit (LH)	**Hygiene der tierischen Produktion (TH)**	**Tiergesundheit (TG)**	**Tierarten**	
1. Durchführung von Kontrollen in Schlachthöfen	1. Durchführung von Kontrollen in Milchproduktionsbetrieben	1. Identifizierung und Eintragung	Rinder Schafe und Ziegen, Schweine, Einhufer, Geflügel, Fischfarmen Bienenstände, Heimtiere, Kameliden Lagomorphe	
2. Durchführung von Kontrollen in Betrieben mit Zerlegung, Hackfleisch, Fleischzubereitungen und maschinell abgeschnittenem Fleisch	2. Durchführung von Kontrollen in Betrieben, die mit Rohmilch und Molkereiprodukten arbeiten.	2. Staatliche und landesweite Prophylaxepläne	**Tierarten**	**Krankheit**
3. Durchführung von Kontrollen in Betrieben, die Fleischprodukte verarbeiten	3. Implementierung der Futtermittelkontrolle		Rinder	TBC Brucellose Leukose BVD-MD IBR BT
4. Durchführung von Kontrollen in Betrieben mit Fischerei-Produkten	4. Durchführung der Kontrolle und Überwachung des Vertriebs und der Verwendung von Tierarzneimitteln		Schafe und Ziegen	Brucellose B.ovis BT CAEV, Pseudotbc Scrapie,
5. Durchführung von Kontrollen in Betrieben mit Eiern und Eiprodukten	5. Durchführung von Kontrollen zur Überprüfung der korrekten Umsetzung der Tierschutzvorschriften		Schweine	Aujeszky Kl. Schweinepest Af. Shweinepest
6. Durchführung von Kontrollen in Milchverarbeitungsbetrieben	6. Implementierung von Kontrollen für Tierversuche		Pferde	Virale Arteritis, MCM Encephalitis Infektiöse Anämie, WND
7. Durchführung von Kontrollen in Verpackungsanlagen und Lagern/Tiefkühlhäusern	7. Durchführung der Überwachung und Kontrolle von tierärztlichen Künsten und Berufen, zootechnischen Tätigkeiten		Geflügel	Grippe-Salmonellose Newcastle
8. Durchführung von Kontrollen in registrierten Betrieben (beauftragt mit Präventionstechnikern)	8. Durchführung der Überwachung und Kontrolle des ordnungsgemäßen Umgangs mit nicht für den menschlichen Verzehr bestimmten tierischen Nebenprodukten		Fische	Viremia primaverile Necrosi ematopoietica Koi-Herpes
9. Durchführung von Kontrollen bei der Vermarktung von Einzel- und Großhandel von T.	9. Durchführung von Kontrollen bei der Herstellung, dem Vertrieb und der Verwendung von Produkten, die für Tierfutter bestimmt sind		Lagomorphe	Mixomatose Malattia emorragica
10. Durchführung von Kontrollen im Zusammenhang mit anderen T. oder gemischt (Pflanzen-Tiere)	10. Durchführung von Kontrollen zur Tierreproduktion		Bienen	Varroose Nosemose Aethina tumida Amerika. Faulbrut
11. Durchführung von Kontrollen beim Lebensmitteltransport von T.	11. Implementierung von Überwachungsplänen NRP - NFP	3. Pflichtimpfprophylaxe und meldepflichtige Krankheiten (VO.429/2016)		Tollwut Carbonchio BT
12. Durchführung von Kontrollen im Bereich der öffentlichen und Gemeinschaftsverpflegung	12. Biologische Tierhaltung	4. Überwachung der Tierbewegungen		
13. Rapid Allert System		5. Überprüfung von Biosicherheitsmaßnahmen in Tierhaltungen		
		6. Plan zur Überwachung und Bekämpfung der Tollwut		
		7. Urbane Veterinärhygiene (Bekämpfung streunender Hunde, Geburtenkontrolle, Tierschutz, Plager, usw.); Haustiere, exotische Tiere		

Tabelle der Sektoren und nationalen Pläne mit Zuordnung des Zuständigen Bereichs

(Gelb = Bereich A / Rot = Bereich B)

1. Teil

Lieferkette	Endprodukte	Bereiche	Organisatorische Verantwortung	Kompe-tenzta-belle	Handlungs-verantwortung
Fleisch Kette	Rind-, Schaf-, Ziegen-, Schweinefleisch Zuchtwildfleisch Geflügelfleisch 1	Identifizierung und Registrierung	Tiergesundheit	TG 1	zust. territorialer Tierarzt
		Staatliche und Landes Prophylaxepläne	Tiergesundheit	TG 2	zust. territorialer Tierarzt /betrieblicher Tierarzt
		Ante-Mortem-Untersuchung, Behandlungsnachweis1	Lebensmittelhygiene	LH 1	Schlachthof Veterinärinspektor
		Tierschutz	tierische Produktion	TH 5	zust. territorialer Tierarzt
		Schlachten, Zerlegen, Verarbeiten	Lebensmittelhygiene	LH 1 - 3	Schlachthof Veterinärinspektor
		Rückstandsüberwachung, mikrobiologische Kontrolle	Lebensmittelhygiene	LH 11	Veterinärinspektor, team Breich B
		Futtermittelkontrolle, Pharmakontrolle2	tierische Produktion	TH 3 - 4	zust. territorialer Tierarzt
		Prüfung von Biosicherheitsmaßnahmen (Schweine, Geflügel)	Tiergesundheit	TG 5 - 6	zust. territorialer Tierarzt
Milch Kette	**Milch von Kühen,**	Identifizierung und Registrierung	Tiergesundheit	TG 1	zust. territorialer Tierarzt
		Staatliche und Landes Prophylaxepläne	Tiergesundheit	TG 2	zust. territorialer Tierarzt /betrieblicher Tierarzt

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Schafen und Ziegen	Tierschutz	tierische Produktion	TH 5	zust. territorialer Tierarzt
		Qualitätskontrolle der gelieferten Milch	tierische Produktion	TH 1	Hochspezialisierte Aufträge
		Rückstands- und mikrobiologische Überwachung der angelieferten Milch	tierische Produktion		
		Futtermittelkontrolle, Pharmakontrolle2	tierische Produktion	TH 3 - 4	zust. territorialer Tierarzt
	Molkereiprodukte	Rückstandsüberwachung, mikrobiologische Kontrolle	Lebensmittelhygiene	LH 6, TH 2	Inspektionsteam Bereich B, zust. territorialer Tierarzt
Honig Kette	**Bienenstände**	Identifizierung und Registrierung	Tiergesundheit	TG 1	zuständiger Bezirkstierarzt
	Honig	Pharmakakontrolle2	Igiene allevamenti	TH 5	
		Rückstandskontrolle2	Lebensmittelhygiene	LH 7 - 9	
Eier Kette	**Eierproduktion Verbrauch**	Identifizierung und Registrierung	Tiergesundheit	TG 1	zuständiger Bezirkstierarzt
		Staatliche und Landes Prophylaxepläne	Tiergesundheit	TG 2	zust. territorialer Tierarzt
		Tierschutz	tierische Produktion	TH 5	zuständiger Bezirkstierarzt
		Futtermittelkontrolle, Pharmakontrolle2	tierische Produktion	TH 3 - 4	zuständiger Bezirkstierarzt
		Prüfung der Biosicherheitsmaßnahmen	Tiergesundheit	TG 6	zuständiger Bezirkstierarzt
	Vermarktung von Haushaltseiern und Eiprodukten	Rückstandsüberwachung, mikrobiologische Kontrolle	Lebensmittelhygiene	LH 5, LH9	Inspektionsteam Bereich B, zust. territorialer Tierarzt
Fisch Kette	**Fischzucht**	Identifizierung und Registrierung	Tiergesundheit	TG 1	Hochspezialisierte Aufträge
		Tierschutz	Igiene allevamenti	TH 5	
		Futtermittelkontrolle, Pharmakontrolle2	tierische Produktion	TH 3 - 4	
	Vertrieb und Produkte	Rückstandsüberwachung, mikrobiologische Kontrolle	Lebensmittelhygiene	LH 4	Inspektionsteam Bereich B, zust. territorialer Tierarzt
Futter Kette	**Gebrauchsfertiges Futter**	Kontrolle von Futtermitteln auf dem Bauernhof	tierische Produktion	TH 3	zust. territorialer Tierarzt
	Rohstoffe und Zusatzstoffe	Kontrolle und Audits von Futtermittelanlagen	Lebensmittelhygiene	TH 11	Bereichsübergreifendes Inspektionsteam
PNAA		Umsetzung PNAA	Lebensmittelhygiene	TH 11	Präventionstechniker
PNR		Umsetzung PNR	Lebensmittelhygiene	TH 11	Präventionstechniker

1 Die Lebendbeschau kann auch vom territorialen Amtstierarzt des Fachbereichs Tiergesundheit durchgeführt werden;
2 Die im NRP und NFP vorgesehenen Aktivitäten sind ausgeschlossen.

2. Teil

Kette	**Endprodukte**	**Involvierte Bereiche**	**Organisatorische Verantwortung**	**Kompetenztabelle**	**Handlungsverantwortung**
Kette Nebenprodukte	Nebenerzeugnisse u.a. nicht für den menschlichen Konsum geeignet		tierische Produktion / Lebensmittelhygiene	TH 8, TH 9	Hochspezialisierte Aufträge
	Tote Tiere auf dem Bauernhof		tierische Produktion	TH 8, TG 2	zust. territorialer Tierarzt
	Lagerhäuser, Gerbereien, Einbalsamierer		tierische Produktion	TH 8	Hochspezialisierte Aufträge
	Biogas, Kompost		tierische Produktion	TH 8	Hochspezialisierte Aufträge
Tierarznei-mittelkette	Systematische Kontrolle der Arzneimittel-Lieferkette2	Einzel- und Großhandel mit Veterinärarzneimitteln	tierische Produktion	TH 4	zust. territorialer Tierarzt oder beauftragter Tierarzt unterstützt von Präventions-techniker und

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

					Schlachthof Veterinärinspektor
Tieräztliches Handwerk und Berufe		Ambulatoren und Kleintierkliniken Zooiatrik und Tätigkeit im zootechnischen Bereich Narkotika-Kontrollen	tierische Produktion	TH7	zust. territorialer Tierarzt

1 Die Schlachttieruntersuchung wird von dem territorialen Amtstierarzt durchgeführt;
2 Die im PNR und PNAA vorgesehenen Aktivitäten sind ausgeschlossen

M - Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen

Der Bereich der Kleinwohnungen und anderen Wohnlösungen für das Gesundheitspersonal des Gesundheitsbezirks Bozen (folgend „Gesundheitsbezirk") wird von der Verwaltungsleitung des Gesundheitsbezirks über das Amt für allgemeine Dienste verwaltet. Bei den Kleinwohnungen handelt es sich um autonome Wohneinheiten, die im Besitz des Instituts für den sozialen Wohnungsbau der Provinz Bozen (im Folgenden WOBI) sind und aufgrund einer Vereinbarung vom 15.02.2025 zwischen WOBI und dem Bezirk zur Verfügung gestellt werden.

Landesvorschriften und betriebliche bzw. bezirksspezifische Maßnahmen definieren:

- die Voraussetzungen für die Erteilung eines Auftrags;
- die Verwaltung der chronologischen Rangfolge auf der Grundlage von Unterkunftsanträgen für eine gerechte Zuteilung.

Insbesondere verwaltet der Gesundheitsbezirk 150 Kleinwohnungen in der Drususallee Nr. 150-154. Die Rangliste wird in chronologischer Reihenfolge des Tätigkeitsbeginns im Gesundheitsbezirk erstellt und ist dem gesamten angestellten Gesundheitspersonal, mit freiberuflichem oder vertragsgebundenem gemäß dem Beschluss der Landesregierung Nr. 718 vom 29.08.2023, vorbehalten.

Mit der Entscheidung des Direktors des Gesundheitsbezirkes Bozen Nr. 825 vom 27.04.2022 wird die neue Verordnung des Gesundheitsbezirks Bozen für die Zuteilung der Kleinwohnungen des WOBI und der verschiedenen Wohnlösungen an das Gesundheitspersonal des Südtiroler Sanitätsbetriebes genehmigt.

Man weist insbesondere auf einige wichtige Passagen der oben genannten Verordnung hin:

- Neudefinition der Kriterien für die Vergabe der Gesamtpunktzahl, die sich zum Teil aus der Einkommenssituation des Antragstellers und zum Teil aus einer gemeinsamen schriftlichen Erklärung des Sanitätskoordinators und des Pflegedienstleiters zusammensetzt;
- Überprüfung der Dauer der Zuweisung der Wohneinheit.

Mit der Genehmigung der neuen Entscheidung werden die Bezirksverordnung und die entsprechenden Formulare von SABES und WOBI angepasst.

Die Bearbeitung der Anträge obliegt der Verwaltungsleitung des Bezirks.
Die Bearbeitung der Anträge auf eine Kleinwohnung umfasst folgende Tätigkeiten:

- Entgegennahme der Antragsformulare (die auf der Website der Einrichtung verfügbar sind oder per E-Mail zugestellt werden), Überprüfung der Voraussetzungen der Antragsteller und anschließende Mitteilung des Ergebnisses des Antrags;
- Überprüfung der Verfügbarkeit der Plätze und anschließender direkter Vertragsabschluss mit den Antragstellern;
- Verwaltung und Archivierung der Rechnungen zu Lasten des Gesundheitsbezirks durch WOBI;
- monatliche Kontrolle der Zahlung der Miete per Banküberweisung;
- monatliche Kontrolle des Abzugs der Miete des Gehaltes.

Informationen zu den Kleinwohnungen und anderen Wohnlösungen werden auf der institutionellen Website des Sanitätsbetriebes veröffentlicht:

https://www.sabes.it/de/Formulare.asp?&someforms_action=4&someforms_article_id=47512

Schließlich gibt es ein Online-Anzeiger, auf dem Privatpersonen und Agenturen Wohnungsanzeigen aufgeben können, die nur für bereits beschäftigte Mitarbeiter zugänglich ist.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

https://sabes365.sharepoint.com/sites/mysabes/de/news/Seiten/Wohnungen-f%C3%BCr-das-Gesundheitspersonal-eigene-Plattform-geschaffen.aspx

Für die Risikoanalyse wird auf Anhang I verwiesen.

N – Betriebskindergarten und konventionierte Kindertagesstätte

Seit dem 01.07.2017 liegt die Leitung des Kinderhortes des Gesundheitsbezirks Bozen (folgend „Gesundheitsbezirk") in der Verantwortung der Verwaltungsleitung des Krankenhauses.

Was die Verwaltung der in den vier Gesundheitsbezirke vorhandenen Kinderhorten für die Kinder der Mitarbeiter betrifft, werden diese durch eine einzige Regelung verwaltet, die die Voraussetzungen und Zugangskriterien definiert, die durch den Beschluss Nr. 562 vom 24.06.2025 genehmigt wurde und mit dem Datum ihrer Genehmigung in Kraft getreten ist.

Die einzelnen Gesundheitsbezirke können für ihre Bedürfnisse weitere ergänzende Regelungen festlegen, die regelmäßig auf der institutionellen Seite veröffentlicht werden.

Für die Aufnahme in den jeweiligen Kinderhort wird eine spezielle Rangliste erstellt, die in zwei Jahresabschnitte unterteilt ist.

Informationen über die Kinderhorte des Gesundheitsbezirks Bozen und über die konventionierte Kindertagesstätte, sind auf der institutionellen Website des Sanitätsbetriebs veröffentlicht: https://www.sabes.it/de/kinderbetreuung-krankenhaus-bozen

Der Gesundheitsbezirk ermöglicht seinen Mitarbeitern ferner die Inanspruchnahme der folgenden Dienstleistungen: Betriebskindergarten, und konventionierte Kindertagesstätte.

1 - Betrieblicher Kinderhort

Die betriebliche Kinderkrippe befindet sich in den Räumlichkeiten der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana, in der Nähe des Bozner Krankenhauses, und wird von einer sozialen Genossenschaft verwaltet, nachdem ein offenes Verfahren für die Vergabe des Dienstes durchgeführt wurde.

Die Verwaltungsleitung des Gesundheitsbezirks verwaltet gemäß der mit Beschluss Nr. 562 vom 24.06.2025 genehmigten einheitlichen Regelung die folgenden Makrophasen:

- Benachrichtigung der Arbeitnehmer über die Fristen für die Einreichung von Bewerbungen (Formular auf der Website des Organs veröffentlicht);
- Sammlung der Zulassungsanträge, Überprüfung der Anforderungen der Bewerber und anschließende Erstellung der Rangliste gemäß der einheitlichen Verordnung, in der die Anforderungen und Kriterien für den Zugang festgelegt sind;
- Unterrichtung der Arbeitnehmer über ihre Position in der Rangliste und anschließende Benachrichtigung über das Ergebnis ihrer Bewerbung;
- Mitteilung des Betrags des monatlichen Beitrags der Arbeitnehmer an das Gehaltsbüro, damit dieser in Rechnung gestellt werden kann.

2 - Konventionierte Kindertagesstätte

Der Gesundheitsbezirk trifft Vereinbarungen mit gemeinnützigen Organisationen/Genossenschaften, die anerkannte Kinderbetreuungseinrichtungen (Tagesmütter/Tagesväter und/oder Mikrostrukturen) in der Provinz betreiben, wenn es freie Plätze für Kinder gibt. Die Kosten für die von der Mikrostruktur erbrachten Kinderbetreuungsleistungen werden wie folgt aufgeteilt: 1/3 der Gesamtkosten der Leistungen werden von den Arbeitnehmern und 2/3 der Gesamtkosten der Leistungen vom Bezirk getragen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Für die Verwaltung der Anträge auf Aufnahme in die konventionierte Kindertagesstätte ist die Verwaltungsleitung des Gesundheitsbezirks zuständig. Die Verwaltung der Zulassungsanträge umfasst die folgenden Tätigkeiten:

- Abholung der Vorinskriptionsformulare (auf der Website der Einrichtung verfügbar), Überprüfung der Anforderungen der Bewerber und anschließende Mitteilung des Ergebnisses der Bewerbung;
- Überprüfung der Verfügbarkeit von Plätzen in der Mikrostruktur und anschließender direkter Abschluss des Vertrags mit den Begünstigten;
- Sammlung und Archivierung von Kopien des mit der Mikrostruktur unterzeichneten Vertrags;
- Verwaltung und Archivierung der vom Gesundheitsbezirk zu zahlenden Rechnungen, wie in den einzelnen Vereinbarungen vorgesehen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

O – Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)

Im Jahr 2017 fanden die ersten Treffen für die Überprüfung der Risiken der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) des Sanitätsbetriebes statt. Bei diesen Gelegenheiten wurden auch die Beschreibungen der Dienste HANDS Onlus Bozen, der Psychosozialen Beratung Caritas Schlanders Diözese Bozen – Brixen und des Therapiezentrums Bad Bachgart Rodeneck eingeholt.

Die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen in den Gesundheitsbezirken Meran, Bozen und Brixen sind auf dem Territorium angesiedelt sind, hingen jener von Bruneck im Krankenhaus. Alle nützlichen Informationen dieser Dienste (Sitze, Telefonnummern, Öffnungszeiten, Beschreibung der Dienste u.ä.) sind auf der institutionellen Homepage des Sanitätsbetriebes veröffentlicht.

Die Prozeduren für die Terminvergabe von Visiten wurden analysiert. Aus dieser Analyse kam hervor, dass der DfA eine standardisierte Prozedur für den Erstkontakt und Aufnahme hat, diese regelt die Phasen der Aufnahme, Betreuung, die Planungs-/Behandlungsphase und die Phase der Endbeurteilung.

Der Erstkontakt gemessen an der besonderen Situation in der sich die Kunden/Patienten befinden, erfolgt direkt über Telefon oder persönlich, während den Öffnungszeiten der einzelnen Dienste (die Telefonnummern und Öffnungszeiten werden auch über die Transparenzseite des Sanitätsbetriebes bekanntgegeben). Die Vormerkung der Untersuchungen über die EVS (CUP) erscheint für die Art der Aufnahme von Kunden/Patienten, die sich in solch heiklen Lebenssituationen befinden, als nicht geeignet. Der erste Kontakt erfolgt in jedem Fall seitens geschulter Mitarbeiter, Tatsache die in der EVS (CUP) schwer umsetzbar wäre. Der Erstkontakt besteht nämlich im Zuhören des Kunden/Patienten und seiner Anfrage, der Mitteilung aller nützlichen Informationen und der Festsetzung des Termins für das psychosoziale Erstgespräch und/oder ersten ärztlichen Untersuchung. Natürlich werden medizinische und psychiatrische Notfälle an die Erste Hilfe des Krankenhauses oder falls vorwiegend psychiatrischer Natur an den zuständigen psychiatrischen Dienst überwiesen.

Hingegen bei Vorliegen anderer Dringlichkeiten, die mit der Abhängigkeitserkrankung selbst zusammenhängen und die die soeben beschriebenen Maßnahmen nicht erfordern, erfolgt das Gespräch innerhalb eines Tages. Grundsätzlich wenden die DfA, besonders der DfA von Meran, das Prinzip der Rotation des Personals, welches die Erstaufnahme und das Erstgespräch mit dem Kunden/Patienten vornimmt, an. Ferner arbeiten alle Dienste mit dem sog. „Ippocrate" System, dieses dient hauptsächlich der Sammlung der kohärenten und gegenüberstellbaren Daten, mit dem Ziel auch den Pflichten der epidemiologischen Erfassung gerecht zu werden. „Ippocrate" setzt alle vier DfA und die mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb konventionierten Strukturen in Kontakt.

Die DfA arbeiten immer in Gruppen (Equipe). Die Dienste führen regelmäßige Auditsitzungen mit den Mitarbeitern durch. Im Rahmen dieser Sitzungen werden nicht nur die klinischen Fälle besprochen, sondern auch die administrativen Aufgaben organisiert. Letztlich finden regelmäßig alle anderthalb Monate Treffen zwischen allen Diensten des Sanitätsbetriebes statt mit Einbeziehung der Dienste HANDS Onlus Bozen, der Psychosozialen Beratung Caritas Schlanders Diözese Bozen – Brixen, des Vereins La strada – der Weg und des Therapiezentrum Bad Bachgart Rodeneck.

Die DfA setzen sich auch für die Vereinheitlichung von gewissen Prozeduren ein. Tatsächlich haben sie diese Prozeduren auch vereinigt (wie z.B. jene der Rauchentwöhnung oder die Entwöhnung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit).

Nach Einholung der allgemeinen Informationen bzgl. der DfA und der ersten Prüfung der eingereichten Unterlagen wurde festgestellt, dass neben den Terminvereinbarungen, die bereits oben beschrieben worden sind, eine andere Aktivität der DfA unter dem Aspekt der Normen im Bereich Korruptionsvorbeugung und Transparenz als risikoreich eingestuft werden kann, nämlich jene der Eingliederung in öffentliche oder private Aufenthaltsstrukturen (sog. soziosanitäre Wohngemeinschaften für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Reha Zentren und therapeutische Gemeinschaften). Das konkrete Risiko ist nämlich jenes der Unangemessenheit in der Nutzung und Eingliederung in den Strukturen. Daher wurde die Überprüfung auf die Auswahlkriterien für die Eingliederung in die Strukturen fokussiert.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aus dieser Erhebung ging hervor, dass die Kriterien für die Eingliederung in den o.g. Aufenthalts-strukturen stark an die Diagnose und „Art" der Person, die darunter leidet, gebunden sind. Um eine Diagnose zu erstellen, werden grundsätzlich die sog. Diagnose-Statistikhandbücher für psychische Erkrankungen DSM IV-R, DSM V und ICD-10 herangezogen, die sehr klar und erschöpfend sind.

Ferner wird die Auswirkung der Unterbringung in einer Struktur auf den Patienten, seiner Motivation/compliance, den Gesundheitszustand und die Notwendigkeit der medikamentösen Unterstützung des Subjektes während des Aufenthalts bewertet. Es wird auch berücksichtigt, ob eine Person bereits Erfahrungen mit Aufenthalten in Therapiezentren gemacht hat, die eventuelle Dauer letzterer, dessen Ergebnis und Entwicklung während des Aufenthaltes.

Es muss die Wichtigkeit der therapeutischen Maßnahmen im Sinne des therapeutischen und soziopädagogischen Ansatzes, welche die jeweilige Struktur anbietet (Aufnahmephase, Behandlungsphase, Wiedereingliederungsphase im Herkunftsort oder Territorium der Struktur, falls die Wiedereingliederung für den Kunden unangemessen scheint), unterstrichen werden.

Die Strukturen werden zwischen den mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb konventionierten ausgesucht (diese müssen wiederum, falls sie außerhalb der Provinz tätig sind, eine geltende Konvention mit dem territorial kompetenten/zuständigen Sanitätsbetrieb, der in den Strukturen Lokalaugenscheine bzgl. Verwaltungsabläufe, hygienischer Situation und gute Tätigkeit/Verwaltung vornimmt, vorweisen).

Man merkt noch an, dass bzgl. der Angemessenheit der Aufnahme (Einweisung) in eine Struktur auch die Mehrfacherkrankungen (z.B. psychiatrische Begleiterkrankungen mit Beteiligung der territorial zuständigen Psychiatrie) bewertet werden, wie auch die eines eventuellen Mischkonsums von mehreren Substanzen.

Was die Strukturen der Provinz Bozen betrifft: Therapiezentrum Bad Bachgart Rodeneck, „Fase del Rientro" Bozen (vom Verein „La Strada – Der Weg" Bozen geführt), Zentrum Hands Bozen (vom Dienst HANDS Onlus geführt), überprüfen die zuweisenden Dienste immer, ob eine Eingliederung einer Person in den genannten Strukturen möglich und angemessen ist.

Wenn keine Möglichkeit bestehen sollte (Mangel an Plätzen, Therapieangebot für die betroffene Person unangemessen), wird die Möglichkeit der Zuweisung an andere Strukturen in Italien (der Kunde/Patient wird, wie oben beschrieben, in die konventionierten Strukturen überwiesen) oder im Ausland (Österreich) überprüft. Für letztere Strukturen wird die Konvention direkt von den zuständigen Ämtern unterzeichnet. Auch in diesen Fällen wird laut Diagnose und Angemessenheit, wie oben beschrieben, vorgegangen. Für die Erfassung der Prozeduren und Risiken bzgl. dem Abschluss von Konventionen verweist man auf die Anlage dieses Planes.

Die Vordrucke für die Zuweisung an italienische Strukturen sind auf Verwaltungsebene vereinheitlicht worden. Wegen der verschiedenen Notwendigkeiten der einzelnen Therapiegemeinschaften im Hinblick auf die klinischen Informationen bleiben der Vordruck spezifisch. Hingegen sind die Vordrucke für ausländische und Landesstrukturen vereinheitlicht.

Als letzte Prozedur wurde jene der Verabreichung des Methadons analysiert, wobei festgestellt worden ist, dass die Dienste sich an die Normen DPR Nr. 309 von 1990 i.g.F. sog. "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (aktualisiert am 16.05.2014), Dekret des Gesundheitsministeriums vom 03.08.2001 sog. "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative" und Dekret vom 16.11.2007 "sog. Decreto Turco del 16.11.2007 - Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento". halten. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Verabreichung des oben genannten Medikamentes, außer der ärztlichen Verschreibung zu entsprechen und einen Iter der Verabreichung zu befolgen als auch die Privacy des Kunden/Patienten zu schützen, laut spezifischen Rechtsnormen vollständig rückverfolgbar und registriert scheint.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aus einer weiteren Analyse der Korruptionsprävention in den Kompetenzbereichen des DfA im Jahr 2018 sind zwei Risikobereiche hervorgegangen, im Detail: die freiberufliche Tätigkeit der Bediensteten des Dienstes und die alternativen Therapieaufenthalte anstelle von Haftstrafen. Die Risiken der freiberuflichen Tätigkeit bestünden in der Begünstigung von privaten Behandlungspfaden anstelle von öffentlichen. Hingegen bestehe das Risiko bei den Prozeduren mit Häftlingen in der unter Drucksetzung des bediensteten Sanitätspersonals.

In den Jahren 2018 bis 2024 wurde festgestellt, dass keiner der angestellten öffentlichen Bediensteten des DfA freiberufliche Tätigkeiten ausübte.

Bezüglich des Verlaufs der Betreuung von Gefangenen mit Drogenkonsumstörungen in der Haftanstalt mit Sitz in Bozen, war die territoriale Kompetenz bis Herbst 2018 bei der Basismedizin – Gesundheitsdienst angesiedelt. Seit Herbst 2018 wurde diese Zuständigkeit an den DfA übertragen und demzufolge ist eine erste Studienphase und Programmierungsphase eingeleitet worden. In dieser Anfangsphase wurde festgelegt, dass alle neuen Patienten/innen vom DfA für eine Diagnose untersucht werden. Nach der Diagnose erfolgen dann die Überweisungen an die Psychologen/innen der Haftanstalt, auch um gezielte Anfragen abzufangen, die nur auf das Umgehen der Haftstrafe abzielen. Als Korruptionsvorbeugungsmaßnahme wurde eine jährliche Rotation des Personals vereinbart. Zudem wird der Patient/die Patientin der/die einem Therapieprojekt zustimmt einem Therapieteam zugeteilt.

Die Kontakte mit den Verteidigern der Patienten/innen sind auf mehrere Mitarbeiter/innen aufgeteilt.

Es wird hinzugefügt, dass die Kosten der Behandlungspfade der Häftlinge der Haftanstalt Bozen am Anfang alle dem DfA Bozen, aufgrund des Prinzips der Ansässigkeit, zugeteilt worden sind, hingegen werden diese derzeit vom DfA, wo der jeweilige Häftling seinen realen Wohnsitz hat, abgerechnet.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Arbeitsgruppe zwischen der Provinz, der Basismedizin, dem psychiatrischen Dienst, der Gefängnismedizin, den Pflegekoordinatoren, dem DfA und dem Gefängnis gebildet wurde, um einen Beschluss zu fassen, der die Aufgaben und Rollen jedes Einzelnen punktuell definiert, auf dessen Grundlage der Sanitätsbetrieb das Organigramm neu festlegen kann.

Darüber hinaus wird derzeit ein operatives Protokoll zwischen dem Überwachungsgericht, der UEPE und den DfA der Provinzen ausgearbeitet, um die Programme für alternative Maßnahmen zur Inhaftierung ex Art. 94/DPR Nr. 309/90 zu vereinheitlichen.

Es ist auch festzustellen, dass die Anfragen nach Daten aus den verschiedenen DfA immer zahlreicher werden und von vielen Akteuren kommen, wie z. B. der Provinz, dem Ministerium, dem Sanitätsbetrieb, verschiedenen anderen kooperierenden Einrichtungen usw..

Die Verwaltung von Dokumenten/Daten ist daher zu einer oft komplexen Aufgabe geworden, die auch für die Inserenten demotivierend wirkt, da sie viel Zeit und Sorgfalt erfordert. Aus diesem Grund gab es in einigen Bereichen Lücken bei der Daten-/Dokumentenerfassung. Außerdem hat sich das Phänomen der Sucht in den letzten Jahren stark verändert.

Dies kurz vorausgeschickt, im Jahr 2021 fand eine Klausurtagung statt, um dem Bedürfnis nach einer einheitlicheren und kohärenteren Datenerhebung nachzukommen, die zu einem besseren Verständnis der stattfindenden Veränderungen beitragen würde. Nach dieser Veranstaltung wurde vereinbart, dass eine Gruppe von Mitarbeitern zusammenkommt, um eine Checkliste vorzuschlagen, die in Zukunft von allen beteiligten Mitarbeitern aller DfA verwendet werden soll. Im Laufe des Jahres 2022 wurde nach einer akkuraten Evaluierung durch alle DfA gemeinsam mit der EDV beschlossen, die veraltete „Ippocrate"-Software durch eine Angemessenere zu ersetzen, dieser Ersatz wurde im 2023 mit der Software „Gedi" realisiert.

In diesem Risikobereich wurden im Laufe der Jahre die folgenden Verfahren überprüft und umgesetzt:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Verfahren für die administrative Verwaltung des Lagers (Beschluss Nr. 33 vom 26.01.2021). In diesem Dokument wird das Verfahren im Hinblick auf die beteiligten Organisationsstrukturen, die Zuständigkeiten, die Art und Weise, wie Prozesse und Kontrollen durchgeführt werden, die Unterstützenden IT-/Informationssysteme und andere Elemente administrativer und organisatorischer Art kurz definiert;
- Verfahren für den Umgang mit Betäubungsmitteln Nr. 1393/14 (Gesundheitsbezirk Bruneck), das das Ziel verfolgt, dass alle Mitarbeiter über ausreichende Kenntnisse verfügen, um mit den als Betäubungsmittel eingestuften Drogen korrekt umzugehen;
- Verfahren für den Umgang mit Betäubungsmitteln aus der "Arzneimitteltabelle - Abschnitte A, B und C" Nr. 1602/14 (Gesundheitsbezirk Meran). Diese Betriebsanweisung legt die Modalitäten und Zuständigkeiten für den Umgang mit Betäubungsmitteln fest, die den Bestimmungen des D.P.R. Nr. 309/90, Abschnitte A, B, C der Arzneimitteltabelle unterliegen, und umfasst die Bestellung, Lagerung, Kontrolle, Zubereitung und Verabreichung. Ziel ist es, dass alle Mitarbeiter gemäß den Verfahren und Vorschriften korrekt und sicher mit Medikamenten umgehen;
- Verwaltung der Suchtmittel in der Krankenhausapotheke Nr. 2387/14 - Ziel dieser Prozedur ist eine genaue Erläuterung der Arbeitsweise und der Verantwortungsbereiche für die korrekte Verwaltung der Suchtmittel und für die korrekte Führung des Suchmittelregisters.

Schließlich wurde im Laufe des Jahres 2021 der Entscheidungsprozess für die Aufnahme von Patienten mit Drogen-, Psychopharmaka- und Alkoholkonsumstörungen in therapeutische Prozesse als Alternative zum Gefängnisaufenthalt gemäß dem Gesetz Nr. 309 von 1990 abgebildet (siehe Anhang).

P – Vermögensverwaltung und Immobilienverwaltung

Siehe Anhang.

Q – Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung DHLE (betrieblicher Dienst)

Der Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (DHLE) ist die komplexe Betriebsstruktur des Departements für Gesundheitsvorsorge, welche landesweit tätig ist und ein hohes Gesundheitsschutzniveau der Bürger durch die Vorbeugung von lebensmittelbedingten Gefahren anstrebt. Der SIAN fördert die Gesundheit durch Programme zur Ernährungserziehung, um die Lebensqualität zu verbessern und die Zahl der ernährungsbedingten Erkrankungen und Todesfälle zu verringern.

Der Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung umfasst zwei Funktionsbereiche:

- Funktionsbereich Lebensmittelsicherheit
- Funktionsbereich Ernährung

Der SIAN ist daher eine einheitliche interdisziplinäre Funktionsstruktur, die sich in integrierter Weise mit Lebensmittelsicherheit, Ernährung und Lebensstil befasst.

Im Hinblick auf die Lebensmittelsicherheit werden diese Ziele durch die Überprüfung der Einhaltung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf Lebensmittel und Lebensmittelsicherheit, Integrität und Bekömmlichkeit auf allen Stufen der Produktion, der Verarbeitung und des Vertriebs von Lebensmitteln nicht-tierischen Ursprungs und von Getränken gewährleistet, einschließlich der Vorschriften zur Gewährleistung fairer Handelspraktiken und zum Schutz der Interessen und der Information der Verbraucher. Die Inspektions- und Aufsichtstätigkeit an Lebensmitteln tierischen Ursprungs (Fleisch, Milch, Eier, Fisch usw.) werden vom Tierärztlichen Dienst ausgeführt, der ebenso dem Departement für Gesundheitsvorsorge angehört.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Aufgabe des SIAN in Bezug auf Ernährung besteht sowohl in der Überwachung der Gemeinschaftsverpflegung als auch in der Durchführung von Informations-, Präventions- und Erziehungskampagnen, um gesunde Essgewohnheiten zu fördern. Der SIAN unterstützt zudem eine nachhaltige Ernährung und die Reduzierung von Lebensmittelabfällen.

Die Tätigkeiten werden in Zusammenarbeit mit den Diensten für Diätetik und klinische Ernährung des Südtiroler Sanitätsbetriebes.

Der Dienst ist in vier territoriale Stellen unterteilt, eine in jedem Gesundheitsbezirk. Der Bereitschaftsdienst für Dringlichkeiten im Bereich der Sicherheit der Lebensmittel und Getränke sowie der Mykologie ist außerhalb der normalen Dienstzeiten über die Telefonzentralen der Südtiroler Krankenhäuser erreichbar.

Hauptaufgaben und Zuständigkeitsbereiche

Lebensmittelsicherheit:

- Durchführung der Kontrollen anhand verschiedener Methoden und Techniken (wie Inspektion, Audit, Probenahme, usw.) in Unternehmen, die eine Tätigkeit im Rahmen der Herstellung, Verarbeitung, Umwandlung, Verteilung, Lagerung, des Transportes, Verkaufs und der Verabreichung der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs und Getränke ausüben.
  Ziel der Kontrolle ist es, die Eignung der hygienisch-strukturellen Grundvoraussetzungen, die Genusstauglichkeit und Sicherheit der Lebensmittel sowie die Anwendung der geltenden Rechtsvorschriften zu überprüfen. Dazu gehören unter anderem Aspekte wie die Anwendung des Eigenkontrollplans des jeweiligen Betriebes (HACCP), die Rückverfolgbarkeit und die korrekte Etikettierung der Lebensmittel.
  Der Dienst ist für die Anwendung aller Maßnahmen gegenüber den Lebensmittelunternehmen verantwortlich wie beispielsweise Mahnungen oder Verwaltungsstrafen; bei schwerwiegenden Abweichungen können Tätigkeitsaussetzungen angeordnet und/oder Meldungen an die Staatsanwaltschaft übermittelt werden;
- Registrierung und Aktualisierung des Registers der Lebensmittelbetriebe (OSA „operatore del settore alimentare"), unterteilt nach Art der Tätigkeit und entsprechende Risikokategorisierung;
- Verwaltung des Europäischen Schnellwarnsystems für Lebensmittel (RASFF) in der Provinz Bozen;
- Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden, die in die Zuständigkeit des SIAN fallen, bezüglich Hygienemängel und Genusstauglichkeit der Lebensmittel;
- Ausstellung von Bescheinigungen für den Export von Lebensmitteln durch Lebensmittelbetriebe;
- Epidemiologische Überwachung der durch Lebensmittel übertragbaren Krankheiten;
- Informations- und Schulungstätigkeiten, Risikokommunikation, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Bereich Lebensmittelsicherheit;
- Beratung von Körperschaften, Einrichtungen, Betrieben und Vereinen;
- Unterstützungs- und Beratungstätigkeit zugunsten von Körperschaften, Einrichtungen, Vereinen und Betrieben.

Hygiene der Ernährung:

- Gemeinschaftsverpflegung:
  - in den Schulen: Erhebung des Bedarfs und der ernährungsbezogenen Problematiken in den Gemeinschaftseinrichtungen, Festlegung und Überprüfung der Ernährungsstandards; Beratung und Ausarbeitung von Speiseplänen; Beratung beim Ankauf von Nahrungsmitteln, Angebot von verschiedenen speziellen Kostformen bei besonderen Diäterfordernissen;
  - in den Altersheimen: Erhebung des Bedarfs und der ernährungsbezogenen Problematiken in den Gemeinschaftseinrichtungen, Festlegung und Überprüfung der Ernährungsstandards; Beratung und Ausarbeitung von Speiseplänen; Beratung beim Ankauf von Nahrungsmitteln, Angebot von verschiedenen speziellen Kostformen bei besonderen Diäterfordernissen;
- Maßnahmen zum Schutz von Personen mit Zöliakie und Lebensmittelallergien;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Prävention von jodmangelbedingten Krankheiten (Jodprophylaxe);
- Überwachung des Ernährungsstatus;
- Planung und Durchführung von Informations-, Präventions- und Erziehungskampagnen, die gesunde Ernährungsgewohnheiten in der Allgemeinbevölkerung, in Risikogruppen und in den verschiedenen Einrichtungen fördern;
- Unterstützung von Maßnahmen zur Förderung einer nachhaltigen Ernährungsweise und zur Reduzierung von Lebensmittelabfällen;
- Schulungen des Küchenpersonals im Bereich der Diätetik;
- Beratung von Körperschaften, Einrichtungen, Betrieben und Vereinen.

Pflanzenschutzmittel:

- Kontrolle hinsichtlich Herstellung, Verkauf und Verwendung von Pflanzenschutzmitteln;
- Ausstellung von Ermächtigungen zu Lagerung und Handel von Pflanzenschutzmitteln.

Mykologische Kontrollstelle:

- Pilzberatungs- und Pilzauskunftstelle im mykologischen Bereich, um Vergiftungen und Unverträglichkeitsreaktionen durch Pilze vorzubeugen (siehe Mykologische Kontrollstelle).

Für die Modellierung der Entscheidungsprozesse wird auf den diesbezüglichen Anhang verwiesen.

R – Mykologische Kontrollstelle

Das Mykologische Inspektorat ist in der komplexen Struktur des Dienstes für Lebensmittel- und Ernährungshygiene (SIAN) der Betriebsstruktur des Departements für Gesundheitsvorsorge angesiedelt.

Die Mykologische Beratungsstelle und Aufsichtsbehörde führt eine Tätigkeit zur Vorbeugung von Pilzvergiftungen durch, indem sie auf Anfrage die Genießbarkeit von frischen, spontan wachsenden und von Privatpersonen gesammelten Pilzen überprüft, sowie von Händlern zum Verkauf angebotene Pilze begutachtet bzw. zertifiziert.

Haupttätigkeiten:

- Bescheinigung über die durchgeführten Kontrollen der frischen Pilze, die für den Detailverkauf und Großhandel bestimmt sind;
- Befähigungsnachweis für den Verkauf von frischen Pilzen;
- Kontrolle über die Herstellung, Verpackung, Vermarktung und den Verkauf von frischen und konservierten Pilzen;
- Probenentnahme von Pilzen und Pilzprodukten;
- Die Medienkompetenz und die kritische Urteilsfähigkeit der Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen fördern;
- Pilzberatung für Privatsammler;
- Bei der Beratung von Vergiftungsverdachtfällen mit Pilzen leisten die ehrenamtlichen Pilzsachverständigen in Zusammenarbeit mit der Notfallambulanz, mit den Ärzten der Krankenstationen des Krankenhauses bzw. mit den Hausärzten einen wesentlichen Beitrag;
- Ausstellung von Befähigungsnachweisen für den Handel und den Verkauf von Pilzen an Händler nach bestandener Prüfung.

Diese Tätigkeiten werden von ausgebildeten Fachberatern für Mykologie, welche in dem italienischen Register der Mykologen eingetragen sind, durchgeführt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die mykologischen Beratungen sind für Privatpersonen kostenlos in allen vier Gesundheitsbezirken im folgenden Zeitraum zugänglich:

- Von Mitte* Juli bis zum 14. August
  Jeden Montag von 16:00 bis 17:00 Uhr
- Vom 15. August bis zur Mitte* November
  Jeden Montag und an allen geraden Werktagen von 16:00 bis 17:00 Uhr, ausgenommen freitags: von 11:00 bis 12:00 Uhr

Der Pilzberatungsdienst wird ausschließlich nach Vormerkung angeboten.

**indikativer Zeitraum, der jedes Jahr leicht variieren kann. Genaue Informationen entnehmen sie bitte der Pressemitteilung für das betreffende Jahr.*

Der Beratungsdienst wird in jedem Fall das ganze Jahr nach Terminvereinbarung angeboten.

Die Zeiten, an denen die Pilzkontrollen stattfinden, werden vor Beginn der Saison über die Medien veröffentlicht.

Für die Modellierung der Entscheidungsprozesse wird auf den diesbezüglichen Anhang verwiesen.

S – Umweltmedizin

Siehe: Umweltmedizin | Departement für Gesundheitsvorsorge (sabes.it) Für die Modellierung der Prozesse wird auf den diesbezüglichen Anhang verwiesen.

T - Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.)

Siehe: Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit S.I.S.P. (sabes.it) Für die Modellierung der Prozesse wird auf den diesbezüglichen Anhang verwiesen.

U – Sponsoring

Beziehungen zwischen Mitarbeitern, externen Unternehmen und Sponsoring sind besonders dem Risiko von Interessenkonflikten ausgesetzt.

Nach der Stellungnahme des Nationalen Bioethik-Komitees vom 18.06.2006 liegt ein Interessenkonflikt im Gesundheitswesen vor, wenn ein Arzt ein Medikament nicht deshalb auswählt, weil es für die Pathologie eines Patienten besser geeignet ist, d.h. um das Gesundheitsinteresse des Patienten zu schützen, sondern weil er von einem anderen Interesse beeinflusst wird, nämlich dem der pharmazeutischen Industrie an der Wertsteigerung eines Produkts, in das sie ihre Ressourcen investiert hat. Das größte Risiko betrifft diejenigen, die Fortbildungsaktivitäten für CME durchführen (Dozenten) oder diejenigen, die CME-Veranstaltungen organisieren (Anbieter) und Geschäftsbeziehungen zu einem pharmazeutischen Unternehmen haben oder hatten, dass ein Interesse daran hat, die Fortbildungsaktivitäten aus kommerziellen Gründen zu lenken.

Es wird darauf hingewiesen, dass gemäß dem G.v.D. Nr. 502/92, dem G.v.D. Nr. 216/2006 und dem Abkommen zwischen den Staaten und Regionen eine Veranstaltung, die von einem Sponsor produzierte oder vermarktete Arzneimittel betrifft, der Genehmigung durch die AIFA und dem Ethikkodex von Farmindustria unterliegt.

Um das Risiko von Interessenkonflikten zu reduzieren und die Einhaltung der Kriterien der Transparenz, der Wirksamkeit und der Effizienz zu gewährleisten, hat der Sanitätsbetrieb einen Vorschlag für eine Betriebsordnung für Sponsoring (und Schenkungen) erarbeitet, der zur offiziellen Beschlussfassung vorliegt, um ein klares und einheitliches Verfahren einzuführen, das für alle Bezirke gilt.

Für die Modellierung der Prozesse wird auf den diesbezüglichen Anhang verwiesen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

V – Parkplatzverwaltung

Der Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss Nr. 125 vom 15.02.2022 – später ergänzt durch die operativen Bestimmungen (Beschluss Nr. 1289 vom 22.11.2022) – eine neue betriebliche Regelung für die Benutzung der Parkplätze eingeführt, die am 01.02.2023 im Gesundheitsbezirk Bozen in Kraft getreten ist.

Im Gesundheitsbezirk Bozen konzentrierte sich die Tätigkeit im Laufe des Jahres 2025 hauptsächlich auf Maßnahmen zur Sicherung des Parkplatzsystems. Insbesondere:

1) Auf die Modernisierung der Infrastruktur, um die Sicherheit der Transitdaten und des Netzwerks zu gewährleisten. Geplant ist die Installation eines zweiten Servers zur Sicherstellung der Systemredundanz sowie von UPS, die bei Stromausfall oder Spannungsschwankungen die Dienstkontinuität gewährleisten. Die Server werden ihrerseits an die unterbrechungsfreie Stromversorgung von SABES angeschlossen.
2) In Zusammenarbeit mit dem technischen Büro des Gesundheitsbezirks Bozen und der IT-Abteilung wurde der Übergang der verschiedenen Geräte, die das Parkplatzsystem bilden, in das SABES-Netz eingeleitet. Derzeit sind Kameras, Schranken, Säulen, POS-Terminals usw. noch im SEAB-Netz eingebunden.

W – Schenkungen

Die Risikoanalyse wird im relativen Anhang behandelt.

X – Internal Auditing

Internal Auditing bei der ASDAA SABES hat folgende Aufgaben:

- Die Organisation zu guten Verwaltungs- und Managementpraktiken führen;
- Risiken durch ein strukturiertes Kontrollsystem identifizieren und mindern;
- Die Generaldirektion und die Führungsgremien mit standardisierten Informationsflüssen und kontinuierlichem Reporting unterstützen.

Die vom internen Kontrollorgan angewandte Methodik gliedert sich in klar definierte Phasen:

- Risiko- und Prozesskartierung: Identifikation prioritärer Bereiche.
- Planung: Erstellung des jährlichen Auditplans, genehmigt von der Generaldirektion und der Autonomen Provinz Bozen zur Stellungnahme vorgelegt.
- Benachrichtigung und Kick-off-Meeting: Formelle Mitteilung des Auftrags und Beginn der Aktivitäten.
- Prüfung: Bewertung der Wirksamkeit der Kontrollen und Einhaltung der Verfahren.
- Exit-Meeting: Austausch mit den Verantwortlichen über die Ergebnisse.
- Reporting: Erstellung des Abschlussberichts und Festlegung des Maßnahmenplans.
- Monitoring: Follow-up zu den Korrekturmaßnahmen.

Diese Struktur wird durch Instrumente wie die standardisierte Risiko-Kontroll-Matrix und das Risk Self Assessment unterstützt.

Der Verantwortliche für Internal Auditing ist aktives Mitglied einer nationalen Community von Experten für interne Revision und trägt so zur Verbreitung guter Praktiken auch außerhalb der Organisation bei.

Der Dreijahresplan Internal Audit 2026-2028 sieht Prüfungen in folgenden Bereichen vor:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

• IT-Sicherheit und Business Continuity;

• direkte Vergaben;

• Bedarfsmanagement (Einkäufe);

• Vereinbarungen und Leistungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen;

• ambulante Leistungen und Bedarfsberechnung.

Die Risikoanalyse wird im relativen Anhang behandelt.

Z – Logistik

Die Risikoanalyse wird im relativen Anhang behandelt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung

Weiterbildung

Die Schulung über Ethik und Legalität richtet sich an das gesamte Personal, insbesondere an die Betriebsleitung und das Personal, das in gefährdeten Bereichen eingesetzt wird, sowie an den A.K.T.B.

Seit 2015 haben alle Verwaltungsleiter (FK) mindestens eine jährliche Fortbildung zum Thema Korruptionsprävention, Transparenz, Unvereinbarkeit und Nichterteilbarkeit besucht.

Zu den wichtigsten Weiterbildungsterminen im Jahr 2025 zählen:

- der Kurs vom 9. Mai „Korruptionsprävention und Vermeidung von Interessenkonflikten", praxisnah und partizipativ gestaltet;
- der Kurs vom 25. September zu „Akteneinsicht und allgemeiner Bürgerzugang";
- der „Tag der Transparenz" am 21. Oktober;
- vier Informationsveranstaltungen im Herbst für die Primarärztinnen und -ärzte der Gesundheitsbezirke zu Korruptionsprävention und Interessenkonflikten.

Ziel der Weiterbildung ist es, die Mitarbeiter über das System von Richtlinien, Programmen und Instrumenten zu informieren, mit denen das komplexe Thema der Förderung von Ethik und Legalität, der Korruptionsprävention und der Risikovermeidung angegangen wird.

Die Schulung muss dem Vorbereitungsstand, der fachlichen Kompetenz und der Funktion des Mitarbeiters als aktives Subjekt in der Korruptionsprävention angemessen sein. Es wird festgehalten, dass für den Dreijahreszeitraum 2018-2020 Grund- und Aufbaukurse zu den oben genannten Themen geplant worden sind.

Zwischen April und Dezember 2018 wurden elf Schulungen zu den Themen Korruptionsprävention, Verantwortung, Transparenz und Legalität durchgeführt, an denen alle Bereiche und alle Mitarbeiter des Gesundheitsbetriebes teilnahmen. Bei diesen Anlässen wurde versucht, die herkömmlichen Themen zu vertiefen, zusammen mit den letzten Neuerungen.

Ebenfalls im Hinblick auf die Korruptionsbekämpfung wurden im Jahr 2018 insbesondere Kurse zur Verfahrensgestaltung/Modellierung von Prozessen durchgeführt:

- zwei Kurse zu Prozessmanagement und ISO 9001 für Mitarbeiter, die am Zertifizierungsprojekt der Krebschirurgie beteiligt sind;
- nach zwei Sensibilisierungskursen zum Thema Prozessmanagement wurden am 19. Oktober 2018 sowohl das Betriebsmodell des Prozessmanagements als auch die ersten Ergebnisse dem Kreis der Direktoren und Führungskräfte vorgestellt;
- zwei Schulungsveranstaltungen mit dem Titel "Prozessmanagement: Warum?", die sich an alle Mitarbeiter richten, um die folgenden Ziele zu erreichen:
  - Prozessmanagement zu fördern;
  - Vorteile und Nutzen der Methodik kennenzulernen;
  - das Prozessmanagement-Modell des Sanitätsbetriebs kennenzulernen;
  - den Einsatz und das Potenzial von Prozessmanagement im Sanitätsbetrieb darzustellen.

Darüber hinaus hat der Sanitätsbetrieb angesichts der durch die EU-Verordnung Nr. 679/2016 (GDPR) eingeführten Änderungen vier Grundkurse und zwei Aufbaukurse zu den Themen Korruptionsprävention, Transparenz und Datenschutz organisiert, die für die verschiedenen Ebenen des Betriebes bestimmt waren.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Mit Beschluss Nr. 728 vom 27.12.2018 hat der Betrieb den neuen Weiterbildungsplan für das Jahr 2019 genehmigt und in den Monaten von März bis Oktober 2019 wurde der Ausbildungszyklus fortgesetzt. In den nachfolgenden Jahren wurden die Weiterbildungspläne erarbeitet.

In Bezug auf das Jahr 2020 hat der Covid-19-Notstand die Genehmigung eines Beschlusses über die Fortbildungskurse verzögert, angesichts der Unmöglichkeit, interne Kurse zu organisieren und der Suche nach telematischen Methoden, die die gleichen Ergebnisse garantieren würden.

Im Jahr 2021 fanden zwei Onlinekurse mit dem Schwerpunkt Interessenskonflikt im Sanitätswesen und Vergaberecht statt.

Im Jahr 2022 wurden sechs Schulungsveranstaltungen im Online-Modus zu folgenden Themen durchgeführt:

- ✓ Korruptionsrisiko, Prozesse, Verhalten, Asymmetrien, Lösungen;
- ✓ öffentliche Ethik und der Verhaltenskodex;
- ✓ Werte, Grundsätze und Pflichten des Beamten;
- ✓ Whistleblowing;
- ✓ Korruptionsrisiken im Gesundheitssektor.

Außerdem wurden 2022 zwei Fortbildungsveranstaltungen in Präsenz zum Thema Korruptionsprävention und Transparenz in einheitlichen Vormerkungsprozessen durchgeführt.

Im Bezugsjahr 2023:

1) hat im GB Meran ein Workshop über die Themen: Korruptionsprävention, Vergabeverfahren und Verantwortung in der öffentlichen Verwaltung – SB stattgefunden;
2) sind zwei ganztägige Präsenzveranstaltungen im GB Bozen, zur Vertiefung nachstehender Themen, angeboten worden: Interessenkonflikt, Unvereinbarkeiten, Pantouflage, Kontrollen, Modellierung, Prüfung, PNA 2022 und Fallbespiele aus der Praxis.

Ferner wurden weitere Weiterbildungen im Bereich Transparenz veranstaltet für Details verweist man auf den Transparenzteil dieses Planes.

Schließlich ist anzumerken, dass im Jahr 2023 aufgrund der laufenden Umstrukturierung des Personalbereichs und der Einstellung eines neuen Direktors im Beschaffungsbereich die Evaluierung der Vorbereitung eines integrierten Kurses zu den Themen Korruptionsbekämpfung, Transparenz und Datenschutz fortgesetzt wurde, der von den Mitarbeitern über eine spezielle E-Learning-Plattform genutzt werden kann und der auch die Ausstellung einer Teilnahmebescheinigung mit einer Gültigkeit - gemäß den Vorschriften - von zwei Jahren vorsieht.
Der E-Learning-Kurs ist im Jahr 2024 gestartet und wird 2025 weiterhin angeboten. Im Jahr 2024 fanden zudem:

1) eine Präsenzschulung im Bezirk Meran zu den Themen Einhaltung der Antikorruptionsvorschriften und der Grundsätze von Ethik und Legalität, Ausschreibungen und verschiedene Arten der Mitarbeiterverantwortung statt;
2) eine Präsenzschulung im Bezirk Bozen mit Schwerpunkt auf Interessenkonflikten, Personalrotation, Unvereinbarkeit und Inkompatibilität von Aufgaben sowie Whistleblowing statt;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3) zwei Online-Schulungen mit Schwerpunkt auf Interessenkonflikten und Dokumentenzugriffen, bürgerlichen und allgemeinen bürgerlichen Zugängen statt."

Im Jahr 2025 wurden folgende Schulungen durchgeführt.

Am 09.05.2025 fand eine Präsenzschulung statt, die folgende Themen behandelte:

· Korruption und Erpressung: Begriffe und Straftatbestände
· Interessenkonflikte
· Whistleblowing
· Pantouflage
· Unvereinbarkeit und Unzulässigkeit von Ämtern
· Ethik und Integrität
· Verhaltenskodex
· Risikomanagement im Bereich Korruption
· Risikobereiche laut Antikorruptionsplan
· Überwachung von Korruptionsrisiken
· Zusammensetzung des ITOP

Der RPC hat im Auftrag der Generaldirektion für das Jahr 2025 außerdem einen Prüfplan erstellt und umgesetzt, der folgende Punkte umfasst:

· Nebentätigkeiten außerhalb der Institution
· Verwaltung von Leichnamen
· Prüfungskommissionen (Interessenkonflikte und andere Korruptionsrisiken)
· Ad-hoc-Überwachung der Maßnahmen zu hohen Risiken im Antikorruptionsplan
· Unvereinbarkeit und Unzulässigkeit von Ämtern

Für jede Kontrollmaßnahme wurde ein formeller Bericht erstellt, in Archiflow veröffentlicht und der Unternehmensleitung zur Verfügung gestellt.

Vereinfachung der Verwaltung

Nachstehend die Ausführungen im Bereich der Vereinfachungen:

Neues Landesimpfregister

Im Laufe des Jahres 2025 wurden folgende Aktivitäten abgeschlossen:

- Überarbeitung der Druckvorlagen für einzelne Impfnachweise und Impfstatuszertifikate;
- Einführung einer vereinfachten Eingabemaske für Impfungen, um die Erfassung auch durch andere Dienste als das Departement für Prävention zu ermöglichen (z. B. Notaufnahme, Geburtsstationen);
- Implementierung des Massenunterzeichnungsprozesses für die erstellten Dokumente, um deren zeitnahe Indexierung im Elektronischen Gesundheitsakt zu gewährleisten.

Elektronische Gesundheitsakte

Im Jahr 2025 wurde die Anpassung der verschiedenen Dokumentenerstellungsprogramme an die Leitlinien FSE 2.0 abgeschlossen, um die Erreichung der vorgesehenen ministeriellen Indikatoren sicherzustellen. Indexierungsfehler werden verwaltet, indem Benachrichtigungen automatisch nach festgelegten Regeln erneut verarbeitet werden.

Portal für Hausärzte/Kinderärzte

Im Jahr 2025 ist ein Unternehmensportal für MMG/PLS voll funktionsfähig, über das die von der Sanitätsbetrieb bereitgestellten Dienste mittels Mehrfaktor-Authentifizierung zugänglich sind. Die Dienste ermöglichen die Verwaltung der Genehmigungen für Hausbesuche, die Abrechnung von direkten oralen Antikoagulanzien (DOAC/NOAC) und die Verordnung nicht dringender Transporte.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dienst für Abhängigkeitserkrankungen und Gefängnisse

Im Jahr 2025 ist die Software PoInTGeDi für das Suchtmanagement auf Betriebsebene im Einsatz. Es wird ein Modul derselben Plattform aktiviert, dass die digitale Verwaltung der Justizvollzugsanstalt Bozen ermöglicht. Dadurch werden die Kosten für die Einführung neuer Softwarelösungen optimiert.

Kassen- und Rechnung-software

Im Jahr 2025 sind die Kassensoftware und die Software für verzögerte Fakturierung im Gesundheitsbezirk Meran im Einsatz, wobei dieselben Programme wie im Gesundheitsbezirk Bozen verwendet werden. Der Zugang zu den alten Programmen wurde in beiden Bezirken geschlossen, nur wenige Benutzer sind für Kontrollen und eventuelle Korrekturen noch berechtigt. Der Zahlungsverkehr zwischen den Bezirken Bozen und Meran ist aktiv. Das neue System für die verzögerte Fakturierung verwaltet die Zahlungsaufforderungen der Notaufnahme.

Arbeitsmedizin

Die bisherige Software für das Gesundheitsmonitoring wurde ersetzt. Zudem wurde die Digitalisierung der Tätigkeiten von Unternehmen, die zur Asbestbehandlung berechtigt sind, geplant. Die Inbetriebnahme der neuen Software ist für Anfang des Folgejahres vorgesehen.

Wohnortnahe Versorgung

Die neue Software SISTER für das Management der integrierten häuslichen Pflege wurde eingeführt. Im Laufe des Jahres 2025 wurde das Spektrum der Versorgungssettings, die von den Territorialen Leitstellen verwaltet werden, erweitert, wodurch eine Verbindung zu den intermediären Strukturen gewährleistet wird.

Telemedizin

Im Jahr 2025 wurde die provinzialen Telemedizininfrastruktur (IRT) mit der nationalen Telemedizininfrastruktur (INT) gemäß dem Zeitplan von AGENAS für die Einspeisung in die nationale Telemedizinplattform (PNT) verbunden.

Plan zur Migration von SystemenSoftware in Cloud

Die Migration der Systeme zum CSP Siag wurde abgeschlossen. Die Systeme wurden in die Cloud migriert und die Bestätigung durch das DTD abgeschlossen.

Bewertung der IT-Sicherheit

Es wurden ein Policy-Dokument und folgende operative Verfahren für die Cybersicherheit ausgearbeitet:

Cybersicherheitsrichtlinie und organisatorisches Modell – definiert Rollen und Verantwortlichkeiten, Kriterien, Ziele, Handlungsbereiche und die wichtigsten ICT-Sicherheitsprozesse im Sanitätsbetrieb. Diese risikobasierte Politik trägt zur Gewährleistung der Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität von Informationen und personenbezogenen Daten bei;

Verfahren zum Management von Cyberrisiken – methodologisches Modell, das den geltenden gesetzlichen Anforderungen entspricht, einschließlich Umsetzungsprozess und Instrumenten zur Durchführung der Tätigkeit;

Verfahren zum Management von Cybersecurity-Vorfällen – definiert Prozess, Rollen, Aktivitäten und Eskalationskriterien (z. B. bedeutende Vorfälle im NIS1,2-Bereich; Datenschutzverletzungen usw.) für das angemessene und zeitnahe Management von Sicherheitsereignissen;

Verfahren zum Management von Drittanbietern (ICT-Lieferungen) – definiert Anforderungen und Kontrollen für den Lebenszyklus der Lieferung, um eine angemessene Kontrolle des von Drittanbietern ausgehenden Risikos für Dienste und ICT-Systeme sicherzustellen (z. B. Checklisten zur Qualifikation/Bewertung, Beispiele für Standardvertragsklauseln usw.);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Verfahren zum Management von logischen Zugriffen und digitalen Identitäten – definiert die Mindestanforderungen für das korrekte Management von Authentifizierungsdaten (z. B. persönliche, machine-to-machine) und Berechtigungsprofilen.

Nummernausruf für ambulante Patienten

Im Laufe des Jahres 2025 wird dieses numerische Aufrufsystem schrittweise in den Ambulanzen für Gastroenterologie, Zahnheilkunde und Diabeteszentrum in Bozen eingeführt.

CUP-Terminpläne in Ambulanzen mit unterschiedlichen Anwendungen

Im Jahr 2025 wurde die bidirektionale Integration auf weitere Anwendungen der Fachambulanzen für Gastroenterologie und Kardiologie ausgeweitet.

Einführung der vertikalen Krankenakte für Hämodialyse

Die vertikale Krankenakte für Hämodialyse ermöglicht die zentrale Verwaltung dialysierter Patienten und automatisiert den klinischen Workflow so weit wie möglich: Massengenerierung von Verordnungen, automatische Anforderung von Laboranalysen, automatische Schließung des Leistungs- und Abrechnungszyklus. Dadurch werden personelle Ressourcen eingespart, die für andere Tätigkeiten genutzt werden können.

DEMA-Leistungsabrechnung

Im Jahr 2025 wurde die Abrechnung auf verschiedene vertikale Anwendungen in den Unternehmensabteilungen/Ambulanzen ausgeweitet.

Coagulometer und TAONET

Ziel: Die von den Coagulometern generierten Daten, die in verschiedenen Krankenhausabteilungen und bei den Hausärzten verteilt werden, werden direkt im Programm TAONET2 erfasst, das für die Verordnung der oralen Antikoagulationstherapie geeignet ist.
Ausgangssituation: Der Arzt verordnet dem Patienten (über Dema oder auf Rezept) den PT-Test (Prothrombinzeit); der Patient geht ins Labor, die Probe wird entnommen und das Ergebnis wird vom LIS in einer Tabelle angezeigt, damit das Programm Taonet2 es übernehmen kann. Der Arzt kann dann die TAO-Therapie dosieren und dem Patienten mitteilen.
Zielsituation: Der Arzt mit Coagulometer führt den PT-Test durch; das Ergebnis wird über eine Middleware an das LIS gesendet, das den Befund erstellt und eine HL7-Nachricht an Taonet2 sendet, damit es im Programm erfasst wird. Innerhalb weniger Minuten ist das Ergebnis für den Arzt sichtbar, der die TAO-Therapie sofort dosieren und dem Patienten mitteilen kann.
Projektstatus: in Arbeit

Provinzialer LIS-Leistungsfluss

Ziel: Der Provinz wird gemeldet, wie viele Leistungen mit elektronischer Verordnung von den klinisch-chemischen Laboren erbracht wurden.
Ausgangssituation: Der Fluss wurde jährlich manuell durch ein in der Abteilung erstelltes Programm generiert.
Zielsituation: Der Fluss wird monatlich automatisch durch ein vom LIS-Anbieter erstelltes Programm generiert.
Projektstatus: in Arbeit
Zukünftige Maßnahmen: Die Generierung der Abrechnungsflüsse soll automatisiert werden.

Order Entry für LIS und Radiologie

Das medizinische Personal kann jetzt diagnostische Leistungen (Radiologie, Labor, Blutbeutel) direkt aus der gewohnten elektronischen Krankenakte anfordern.

TAONET2 für die Hausärzte der Bezirke Brixen und Bruneck

Das Programm TAONET2 ist das zertifizierte und geeignete Instrument für die Verordnung der oralen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Antikoagulationstherapie, mit dem auch die Hausärzte der Bezirke Brixen und Bruneck die Betreuung von Risikopatienten verwalten und die Dosierungen dokumentieren.

Inbetriebnahme des Programms zur Verwaltung der Operationssäle in Brixen und Sterzing
DIGISTAT wurde im Bezirk Brixen aktiviert und wird bis Ende des Jahres auch im Bezirk Bruneck eingeführt.

Bereich Administrative IT-Systeme
Der neue Intranetbereich mit Diensten für die Mitarbeitenden von SABES wurde aktiviert. Die Prozesse für Anträge, Genehmigungen und die Veröffentlichung von Mitarbeiterdaten wurden digitalisiert.

Elektronische Krankenakte
Die elektronische Krankenakte ist in den Abteilungen der Krankenhäuser Bozen, Meran und Schlanders sowohl über die Weboberfläche am PC als auch über mobile Geräte verfügbar. Auch das Modul für die Verwaltung von Anfragen (Labor, Radiologie, Konsilien) aus der Abteilung mit NGH_OE wurde aktiviert.

Bereich Administrative IT-Systeme

Die IT-Systeme des Verwaltungsbereichs sind von zahlreichen evolutionären Aktivitäten betroffen. Zunächst wurden einige Systeme kontinuierlich weiterentwickelt, sowohl aus der *Bottom-up-Perspektive* aufgrund der Anforderungen der fortgeschrittensten Nutzer als auch für die Programmierung von Top-down-Entwicklungsaktivitäten, um die Systeme im Hinblick auf die Entwicklung der Vorschriften und die wachsenden Bedürfnisse des Unternehmens auf dem neuesten Stand zu halten. Insbesondere wurde das SpExpert-System auf die Oracle-Version 19 aktualisiert, was die Implementierung mehrerer neuer Workflows für die Automatisierung verschiedener Unternehmensprozesse ermöglichte, einschließlich der Integration der *iTel-Software* für die Arbeitszeiterfassung per Festnetz- und/oder Mobiltelefon; Server, DBs und Anwendungen wurden gemäß dem entsprechenden Unternehmensplan in das SIAG-Rechenzentrum migriert; die Migration der Intranetseiten der Bezirke wurde auf die einheitliche Unternehmensseite my.sabes.it eingebunden; es wurden neue Funktionen für die Digitalisierung und Kategorisierung von Dokumenten in der *digitalen Akte der Mitarbeiter/innen* eingeführt; die Erweiterung der Zugangskontrollsysteme wurde mit der Installation und Aktivierung des Bozener Krankenhauses fortgesetzt; das ECM-System wurde mit der Verwaltung von Reisezeiten und die entsprechende Schnittstelle zu SpExpert erweitert. Andererseits wurden die Softwaresysteme für das Rechnungswesen und die Lagerverwaltung (Eusis und Silor 4.0) sowie für die Personalverwaltung (GPS, GP4, IPV und PGA) kontinuierlich aktualisiert und konservativ und evolutionär gepflegt. Im Bereich der Lagerverwaltung wurden insbesondere Integrationen zwischen dem Verwaltungssystem Silor 4.0 und dem OP-Verwaltungssystem (Digistat) durchgeführt und der Prozess der integrierten Verwaltung der beiden Systeme zum Zweck der Rückverfolgung von Geräten und Arzneimitteln eingeleitet; im Bereich der Personalverwaltung wurde das Mitarbeiterportal entworfen und eingerichtet und das wichtige Projekt der computergestützten Verwaltung von Auswahlverfahren und Wettbewerbe mit dem nationalen InPA-System begonnen.

Ein wichtiger Entwicklungsimpuls wurde der Dokumentenmanagement-Plattform des Unternehmens (Archiflow) mit der Einführung neuer Module gegeben, um möglichst viele Geschäftsprozesse abzudecken, insbesondere die computergestützte Verwaltung von Sanktionen bei Nichteinhaltung von Kündigungsfristen und die Überarbeitung des Bereichs der Qualitätsdokumentation. Im Bereich der Dokumentenverwaltung im engeren Sinne wurde eine umfassende Weiterentwicklung des Protokollsystems vorgenommen, die einerseits notwendig war, um die neuesten Vorschriften zu erfüllen, andererseits aber auch, um sich an die neue Unternehmensorganisation anzupassen, insbesondere durch die Definition des neuen Unternehmensorganigramms und die Überarbeitung der Prozessabläufe. Auch in diesem Bereich wurde die alte Urkundenverwaltung weiterentwickelt, indem das bisher verwendete, inzwischen veraltete System aufgegeben und ein System eingeführt wurde, das an die neuen und ständig wachsenden Bedürfnisse des Unternehmens angepasst ist; ein Prozess, der in Bezug auf die Verwaltung der Beschlüsse im gesamten Unternehmen und in den Bezirken Bruneck und Brixen in Bezug auf die

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Entscheidungen bereits abgeschlossen ist. Die Fertigstellung der anderen Bezirke und die Aktivierung der Dekrete wird in den ersten Monaten des Jahres 2025 erfolgen, so dass die geplante Erneuerung der Verwaltung von Dokumentenprozessen, die auch die Überarbeitung der Prozesse für den Versand von Dokumenten in die Konservierung umfasst, vollständig umgesetzt wird.

Elektronische Patientenakte

Im vergangenen Monat wurden wichtige Schritte unternommen, um die NGH-Plattform im Bozner Krankenhaus in Betrieb zu nehmen.

Seit Ende September sind die vier Abteilungen, welche die Elektronische Patientenakte und insbesondere die Verwaltung der elektronischen Verschreibung von Medikamenten getestet haben, in der Lage, die kontrollierte Verabreichung von Medikamenten mit Hilfe von mobilen Endgeräten zu nutzen. Diese Entwicklung erforderte besondere Anstrengungen seitens der Abteilungen Gastroenterologie, Neurologie, Allgemeinchirurgie und Hämatologie, die ihre üblichen Arbeitsgewohnheiten umstellen mussten, um das wichtige Ziel der kontrollierten Verabreichung von Medikamenten an stationäre Patienten zu erreichen. Die Verwendung von mobilen Endgeräten ist in den ersten beiden Abteilungen angelaufen und wird in der weitern Abteilung Chirurgie fortgesetzt, und dabei mangelt es nicht an der Kooperation des Personals. Anders sieht es in der Hämatologie aus, wo ein signifikant wichtiges technisches Detail verhindert, dass man mit den mobilen Endgeräten direkt in die Patientenzimmer gelangt; daher wird mit der Verwaltung der Verabreichung mittels PC fortgefahren, bis aus technischer Sicht eine Lösung gefunden wird, damit alle Identifizierungsvorgänge in aller Sicherheit durchgeführt werden können.

Seit dem 2. Oktober hat das Krankenhaus Bozen seine Anwendung zur Erfassung der Patientenbewegungen geändert und ADT NGH aktiviert. Die Schulungsmaßnahmen erreichten mehr als 70 % des Personals mittels Einbeziehung von etwa 1900 beteiligten Personen, und das medizinische Personal erwarb dadurch außerdem 4 Fortbildungspunkte.

Die Inbetriebnahme war komplex und hat gezeigt, dass das ADT-System (mit der früheren Anwendung SDO KEB) ziemlich integriert ist mit den verschiedenen Unternehmensanwendungen, was manchmal zu kritischen Situationen im normalen Betrieb führte. Auch wenn bis heute viele Problematiken gelöst wurden, gehen die Überprüfungs- und Unterstützungsaktivitäten weiter.

Am 7. Oktober wurde das elektronische Anforderungsmanagement (Order Entry) für Konsultationen bei Fachärzten und für Radiologie-Leistungen in Betrieb genommen. Die Inbetriebnahme erfolgte schrittweise, sowohl für die Radiologie Leistungen als auch für die Facharztvisiten, um kritische Problematiken im Tagesgeschehen der Abteilungen zu vermeiden. Derzeit sind die Anforderungen an die Radiologie in allen Abteilungen in Betrieb, während die Zahl der aktivierten Konsultationen etwa 60 % im Vergleich zu ihrer Gesamtzahl beträgt.

Die Inbetriebnahme wurde und wird auch weiterhin in den nächsten Wochen von Mitarbeitern des Anbieters sowie von internen Mitarbeitern der Pflegedirektion, der klinischen Führung und der IT-Abteilung unterstützt.

Seit dem 25.11. ist das stationsbasierte NGH-CCE-Modul in allen Abteilungen des Krankenhauses in Schlanders aktiv.

Zusätzliche bereichsübergreifende Maßnahmen und Aktivitäten zur Korruptionsbekämpfung

Im Rahmen eines von der Europäischen Union finanzierten Projekts, das darauf abzielt, eine Reihe von Indikatoren zu definieren, die in der Lage sind, das Korruptionsrisiko in der öffentlichen Verwaltung zu identifizieren, hat die ANAC den Bericht "Korruption in Italien 2016-2019" veröffentlicht, der auf der Prüfung der Maßnahmen basiert, die von der Justizbehörde in den letzten drei Jahren erlassen wurden. Darüber

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

hinaus sind auf der ANAC-Website Dashboards mit Risikoindikatoren im Einkauf verfügbar. Für weitere Erläuterungen siehe Homepage ANAC.

Der Sanitätsbetrieb fühlt sich verpflichtet, die von der ANAC ausgesprochenen Empfehlungen anzunehmen und die Aufgabe zu übernehmen, eine Kultur der Legalität und Integrität in allen Zuständigkeitsbereichen zu fördern, indem eine bessere Kenntnis des Phänomens der Korruption und Maßnahmen zu seiner Bekämpfung gefördert wird, um das Gemeinwohl besser zu schützen.

In diesem Zusammenhang ist der Sanitätsbetrieb mit Beschluss Nr. 545 /2020 dem "Forum für Integrität" beigetreten, das von der Vereinigung "Transparency International Italien" für den Dreijahreszeitraum 2020-2022 gefördert wird.

Dieser Beitritt wurde mit Beschluss Nr. 1184/2023 für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 verlängert.

Um die Möglichkeit zu nutzen Phänomene von Korruption besser vorbeugen zu können, wurde im Bereich der öffentlichen Vergaben u.a. die Vereinheitlichung der Ausschreibungen eingeführt, d.h. Ausschreibungen von Lieferungen, Arbeiten und Dienstleistungen werden auf Betriebsebene und nicht mehr nur auf Bezirksebene vorgenommen.

So obliegt beispielsweise die Verwaltung des Einkaufs von Arzneimitteln dem zuständigen Amt auf Betriebsebene, das die Teilnahme der zentralen Beschaffungsstellen mit interregionalem Charakter an öffentlichen Ausschreibungen begünstigt, um bessere Preise und eine maximale Beteiligung zu erzielen. Der Bereich der Medizinprodukte für den diagnostischen Einsatz kann größtenteils auf betriebswirtschaftlich sinnvolle Verfahren zurückgreifen und soll in diesem Sinne umgesetzt werden. In der Tat vermeidet der Anstieg der Ankäufe auf Betriebsebene - mit konsequenter Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung - das Risiko einer willkürlichen/künstlichen Aufspaltung des Auftrags, erhöht den Wettbewerb und die Beteiligung der Wirtschaftsteilnehmer.

Wo es möglich war, wurde der Prozess der Zentralisierung der Verwaltung von Verträgen nach Produktkategorien auf Betriebsebene fortgesetzt.

Integritätsvereinbarungen

Gemäß Art.1, Abs.17 des Gesetzes Nr. 190/2012, in Anbetracht des Beschaffungsgesetzes/Kodex der Vergaben G.v.D. Nr. 50/2016 und der G.v.D. Nr. 36/2023 und der zahlreichen Beiträge der ANAC, die auf die Einführung von vertraglichen Maßnahmen zur Eindämmung, Vorbeugung und Bekämpfung von Korruptionsphänomenen in einem der am meisten gefährdeten Bereiche - nämlich dem Einkaufssektor - drängen, wurde mit Beschluss Nr. 2019-A-000722 vom 29.10.2019 eine Integritätsvereinbarung eingeführt: eine Reihe von Verhaltensregeln also, die nicht nur - wie bereits erwähnt - darauf abzielen, Korruptionsphänomene zu verhindern/zu bekämpfen, sondern auch die Verhaltensethik all derjenigen zu verbessern, die auf verschiedene Weise an den Verfahren zur Vergabe von Waren, Dienstleistungen und Arbeiten beteiligt sind (von Wettbewerbern/Wirtschaftsteilnehmern bis hin zu Mitarbeitern des Sanitätsbetriebs). Der Integritätspakt muss im nächsten Dreijahreszeitraum 24-26 aktualisiert werden.

Zusätzlich zu den Verhaltensverpflichtungen, die auf die Sicherstellung der Legalität und Transparenz abzielen, sieht die Integritätsvereinbarung ein System von Sanktionen vor, die von den öffentlichen Auftraggebern im Falle eines Verstoßes gegen die in der Urkunde selbst enthaltenen Bestimmungen anzuwenden sind, wobei die Sanktionen je nach Schwere des begangenen Verstoßes variieren (vom Ausschluss von der Teilnahme an der Ausschreibung im Falle der Nicht-Unterzeichnung/Annahme, über die Aufhebung des Zuschlags mit der konsequenten Anwendung zusätzlicher Maßnahmen - Vollstreckung der Kaution und Meldung an die ANAC - bis hin zur Beendigung des abgeschlossenen Vertrags im Falle eines festgestellten Verstoßes gegen die vereinbarten Klauseln).

Im Hinblick auf die Überwachung der Beziehungen zwischen dem Sanitätsbetrieb und den Beteiligten, mit denen der SB Verträge abschließt, sind Gegenmaßnahmen im Einsatz, wie z. B.:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- im Jahr 2024 wurde eine neue Version der Betriebsregelung für Vergaben unterhalb der Schwellenwerte erstellt, die sich derzeit im Genehmigungsverfahren befindet;
- Richtlinien für Mitglieder von Bewertungskommissionen;
- Erklärung über das Nichtvorhandensein von Unvereinbarkeitsgründen, Interessenkonflikten und Enthaltungspflichten in Bezug auf die am Ausschreibungsverfahren beteiligten Firmen für die Mitglieder der jeweiligen Kommissionen;
- Aktualisierung der Veröffentlichungen gemäß G.v.D. Nr. 50/2016 i.g.F und gemäß G.v.D. Nr. 36/2023 und Rundschreiben AOV (Agentur für Verfahren und Überwachung), in Bezug auf die Erfüllung der Verpflichtungen zur Bekanntmachung und Transparenz bei öffentlichen Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträgen;
- Identifizierung spezifischer zusätzlicher Transparenzverpflichtungen (zu diesem Punkt siehe das Kapitel "Dreijahresprogramm für Transparenz und Integrität").

Darüber hinaus ist es den Mitarbeitern des Sanitätsbetriebes sowohl in der Phase des Vertragsabschlusses als auch in der Phase der Vertragsdurchführung ausdrücklich untersagt, sich der Vermittlung Dritter zu bedienen und im Rahmen der Vermittlung Vorteile zu zahlen oder zu versprechen.

Wenn ein solches Verhalten zu Vorteilen jeglicher Art führen kann, dürfen die Mitarbeiter im Namen des Sanitätsbetriebes keine Vergabe-, Liefer-, Dienstleistungs-, Finanzierungs- oder Versicherungsverträge mit Unternehmen abschließen, mit denen der Mitarbeiter in den vorangegangenen zwei Jahren private Verträge abgeschlossen oder Vorteile erhalten hat, mit Ausnahme von Verträgen, die gemäß Artikel 1342 des ZGB abgeschlossen wurden, und solchen von geringem Wert, wie im nächsten Absatz erörtert. In diesem Fall muss sich der Mitarbeiter der Teilnahme an den Aktivitäten im Zusammenhang mit der Annahme und Ausführung des öffentlichen Auftrags/der öffentlichen Vergabe enthalten und einen schriftlichen Bericht verfassen, der an den hierarchischen Vorgesetzten zu richten ist.

Darüber hinaus muss jeder Mitarbeiter, der mündliche oder schriftliche Beschwerden/Vorhaltungen von natürlichen oder juristischen Personen erhält, die an Verhandlungsverfahren teilnehmen, an denen der Sanitätsbetrieb als Partei beteiligt ist, seinen Vorgesetzten informieren.

In der Tat kann der A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.), zur Kontrolle des Risikos, das sich aus möglichen Korruptionshandlungen ergibt, jederzeit von den Betriebsstrukturen Informationen und Daten in Bezug auf bestimmte wichtige Maßnahmen, Aktivitäten oder Fakten verlangen. Darüber hinaus müssen die Abteilungsdirektoren des Sanitätsbetriebes sowie die ärztlichen Direktoren mit der Position des Leiters komplexer Strukturen dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) jedes Jahr alle Informationen mitteilen, die sie für denselben als relevant erachten.

Im Allgemeinen wird in Bezug auf die Informationspflichten festgelegt, dass:

- Mitarbeiter, die von internen oder externen Personen Hinweise auf Korruption oder allgemein auf Illegalität erhalten, verpflichtet sind, den A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) unverzüglich zu informieren;
- die Überwachung der Veröffentlichungspflichten alle vier Monate erfolgt;
- alle Führungskräfte sind verpflichtet, jede Anomalie, die eine Nichtumsetzung dieses Plans darstellt, unverzüglich zu melden und die notwendigen Maßnahmen zu deren Beseitigung zu ergreifen oder, falls dies nicht in ihre Führungskompetenz fällt, die notwendigen Maßnahmen vorzuschlagen;
- die Referenten (Abteilungsdirektoren) müssen den A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) über die tatsächliche Umsetzung und den Stand der Umsetzung der Maßnahmen zur Verhinderung des Korruptionsrisikos im eigenen Bereich informieren und dabei auch auf neue Maßnahmen zur Erhöhung der Präventionswirkung hinweisen;
- jedes Schreiben, jedes Rundschreiben oder jede Betriebsregelung, die auch nur indirekt das Thema der Korruptionsprävention betrifft, muss zuvor vom A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) gesehen - mit einem Sichtvermerk versehen - werden.

Bei der nächsten Überarbeitung (Dreijahreszeitraum 24-26) der Integritätsvereinbarung ist die Einfügung von spezifischen Klauseln zur Unterschrift der Wirtschaftsteilnehmer gemäß Art. 1, Abs. 17 vom G. Nr. 190/2012 geplant.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Whistleblowing

Für die Unterdrückung des Phänomens der Korruption ist die gesetzliche Einführung des Whistleblowing-Instituts von Bedeutung, gemäß dem Gesetz 179/17 "Bestimmungen zum Schutz der Verfasser von Meldungen über Verbrechen oder Unregelmäßigkeiten, von denen sie im Rahmen eines öffentlichen oder privaten Arbeitsverhältnisses Kenntnis erlangt haben" ("disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato").

Zu diesem Punkt sieht Artikel 1 Absatz 5 des genannten Gesetzes vor, dass in Übereinstimmung mit den entsprechenden ANAC-Richtlinien - nach Rücksprache mit dem Garanten für den Schutz personenbezogener Daten/Datenschutzbehörde - der Einsatz von Methoden - auch computergestützt - und der mögliche Einsatz von Verschlüsselungswerkzeugen "zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der Identität des Berichterstatters und des Inhalts der Berichte und der zugehörigen Dokumentation" vorgesehen werden sollte.

Gemäß G.v.D. Nr. 24 vom 10.03.2023 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen computergeschützten Kanal für die Meldungen von rechtswidrigen Handlungen (sog. WHISTLEBLOWING) zur Verfügung gestellt. Das Meldesystem (das auch Bürgern offensteht, die eine Meldung machen möchten) verwendet die laut sektorspezifischen Rechtsvorschriften vorgesehene Technologie.

Für Details siehe: » Transparente Verwaltung » Andere Inhalte » Meldungen von rechtswidrigen Handlungen (sog. WHISTLEBLOWING).

Im Jahr 2025 wurde die betriebliche Whistleblowing-Richtlinie eingeführt.

Rotation des Personals

Diese Maßnahme wurde von den Referenten und dem A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) mit größerer Prägnanz angegangen (auch wenn das dafür notwendige einzusetzende spezialisierte Personal, sowohl auf der Verwaltungs- als auch der medizinischen Ebene begrenzt vorhanden ist).

Wo immer es möglich ist, wird die Rotation automatisch angewendet. In Wettbewerbskommissionen ist zum Beispiel die Rotation der Mitglieder garantiert.

In Bezug auf die Rotation der Einzigen Verfahrensverantwortlichen, wie im NAKP 2022 (ANAC-Beschluss 17.01.2023) Seite 110 angegeben, wird Punkt 3.4: zwischen Kündigungen, Versetzungen, Neueinstellungen im Zeitraum 2021-2024 als im Wesentlichen erfüllt angesehen, auch unter Berücksichtigung der Merkmale und Organisationsmethoden des Betriebes.

Ungeachtet der Mitteilung der AOV Nr. 1 vom 03.01.2023, die die Einzigen Verfahrensverantwortlichen, die ausschließlich Direktvergaben durchführen und die von den zentralen Beschaffungsstellen zur Verfügung gestellten Beschaffungsinstrumente verwenden, von der Qualifizierung oder der Eintragung in das Einzige Verfahrensverantwortliche -Register befreit, wird beschlossen, dass letztere in jedem Fall eine kontinuierliche Weiterbildung durchführen müssen.

Hier einige Details: für die Abteilungen Technik, Einkäufe und Medizintechnik wurden die neuen Organigramme mit Datum 30.12.2020 (Nr. 892 und 893) und mit Datum 06.09.2022 (Nr. 936) beschlossen, welche neue Ämter und eine neue Organisation vorsehen. Im Besonderen:

Mit Beschluss der L.R. Nr. 1226 vom 15.11.2016 wurde die Regelmäßigkeitsprüfung durch die Prüfstelle sog. Audit der Agentur für die Verfahren und die Aufsicht im Bereich öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge (AOV) eingeführt. Im Laufe des Jahres 2024 hat die Abteilung Audit der Agentur für Ausschreibungen des Landes einige Verfahren kontrolliert. Das neue Amt für Interne Audits wird im Jahr 2025 weiterhin die Prüfungen im Bereich der Einkäufe durchführen.

Schließlich wurde ein interner Austausch von Aufgaben zwischen den verschiedenen Mitarbeitern in den Leistungsbüros vorgeschlagen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Wie eingangs im Plan angeführt hat die Implementation des Verwaltungsorganigramms mit der Einsetzung der Abteilungen Personalentwicklung und Personalverwaltung eine neue Organisationsstruktur und neue Ämter beinhaltet.

Folgende Führungsaufträge unterlagen einer Rotation:

Einkäufe:

- ab 16.08.2022 neuer Direktor des Amts für den Ankauf von Dienstleistungen (mit gleichzeitiger Auflassung der Bezirksabteilung Einkäufe und Ökonomatsdienste;
- ab 01.10.2022 neue Direktorin des Amtes für den Ankauf von sanitären Verbrauchsgütern und entsprechenden Services;
- die Leiterin für Ankauf von sanitären Verbrauchsgütern und entsprechenden Services ist seit Juli 2023 nicht mehr im Amt.

Technik:

- im Jahre 2022 Überarbeitung der Zuständigkeiten und Zuweisung des Personals für die zwei Ämter in Meran (Technisches Amt und Amt für Instandhaltungen);
- der Leiter für Verträge ist seit Juli 2023 nicht mehr im Amt;
- im Dezember 2023 hat der Leiter des Technischen Amt Brixen sein Amt angetreten.

Im Jahr 2023:

- Amtsdirektion für Recruiting und Engagement
- Amtsdirektion für Allgemeine Angelegenheiten und Versicherung
- Amtsdirektion Amt für Bilanz
- Amtsdirektion Amt für Unterstützung der Sprengeldienste, die prothetische - pharmazeutische Betreuung und Heilbehelfe

Im Jahr 2024:

- Amtsdirektion für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität
- Amtsdirektion für Gesundheitskommunikation
- Amtsdirektion für Arbeitssicherheit und -schutz Brixen
- Amtsdirektion für Aus- und Weiterbildung
- Amtsdirektion für das Krankenhausinformationssystem.

Im Jahr 2025:

- der neue Direktor des Amtes für den juristischen Status;
- der neue Direktor des Amtes für Bauwesen und Instandhaltung Meran.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Leiter der Abteilung Finanzen in den Ruhestand getreten ist, während der Leiter des Amtes für die Verwaltung der Lieferkette und der Stammdaten sein Amt niedergelegt hat. Beide Positionen müssen neu besetzt werden.

Mit Beschluss Nr. 140 der Südtiroler Landesregierung vom 14.02.2023 wurde das Unabhängige Bewertungsorgan (OIV) gemäß Artikel 46/bis LG Nr. 7/2001 bestellt und eingerichtet.

Das Unabhängige Bewertungsorgan hat seine Arbeit am 1. November 2023 aufgenommen. Es gibt die Stellungnahmen ab und führt die im LP 7/2001 vorgesehenen Kontrollen und Bewertungen durch.

Die folgenden Maßnahmen sind im Bereich der Pflegedienstleitung in Kraft:

- Information und Ausbildung des Personals zum Thema Korruptionsprävention;
- Verbot für das Personal, die eigenen Familienangehörigen bei Hausbesuchen zu betreuen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Regelungen für die Verwaltung von Turnussen, für die Planung von Urlaub, für die Ersatzbesetzung im Falle von Abwesenheit;
- Verbot für Mitarbeiter, Geschenke anzunehmen;
- Überwachung der Umsetzung der oben genannten Maßnahmen durch die Koordinatoren;
- Überwachung der Koordinatoren durch die jeweiligen Vorgesetzten (z. B. Kontrolle der Arbeitszeiten, Weiterbildung und der Urlaubsplanung).

Es wird auch angegeben, dass physiologisch ab dem Jahr 2017 eine sogenannte "De-facto-Rotation" stattgefunden hat, aufgrund des Renteneintritts einiger Führungskräfte, der Versetzung anderer und des allgemeinen Wechsels.

Das Thema der Rotation war durchgehend Gegenstand des Dialoges mit den Führungskräften.

Im Sabes ist in allen Bereichen eine natürliche Rotation der Mitarbeiter gegeben.

Ab dem Jahr 2019 hat der vorherige A.K.T.B. in den Sitzungen regelmäßig darauf hingewiesen, dass die Personalrotation eine Maßnahme zur Korruptionsprävention darstellt, die im Gesetz Nr. 190/2012 ausdrücklich vorgesehen (Art. 1, Abs. 4, Buchst. e), Abs. 5, Buchst. b), Abs. 10, Buchst. b)) und daher von grundlegender Bedeutung ist.

Der vorherige A.K.T.B. informierte, dass die ANAC mit Beschluss Nr. 215 vom 26.03.2019 Hinweise zur Anwendung der "außerordentlichen Rotation" (Art. 16, Abs. 1 quater, Gesetzvertretendes Dekret Nr. 165/2001) gegeben hat; diese Disziplin findet beim Sanitätsbetrieb Anwendung.

Der vorherige A.K.T.B. übermittelte auch die Neuerungen des NAKP 2022 an alle Referenten.

Zusammenfassend haben die durchgeführten Analysen zur Rotation gezeigt, dass:

- - in den Jahren 2018 und 2019 die Führungsspitze des Sanitätsbetriebes erneut worden ist;
- seit Herbst 2023 eine außerordentliche Kommissarin anstelle des Generaldirektors vom Südtiroler Sanitätsbetriebes ernannt worden ist;
- seit Herbst 2023 ein geschäftsführender Pflegedirektor, ein geschäftsführender Bezirksdirektor im GB Bozen, ein geschäftsführender Bezirksdirektor im GB Brixen und eine geschäftsführende Pflegekoordinatorin im GB Meran eingesetzt worden sind;
- im März 2024 sind der neue Generaldirektor, der neue Verwaltungsdirektor und die neue Pflegedirektorin ernannt worden;
- am 16.12.2019 ein neuer Leiter der Einkaufsabteilung sein Amt angetreten hat;
- im Laufe der Jahre 2020 und 2021 die folgenden Berufsbilder in der Abteilung Technik und Vermögen angestellt worden sind: - ein Fachingenieur für den Bezirk Brixen - ein Ingenieur für den Bezirk Bozen und ein Geometer für den Bezirk Meran;
- in den Jahren 20/21/22/23 kam es zu mehreren Veränderungen in der Leitung der Bereiche Einkauf, Technik und Medizintechnik sowie den zugehörigen Ämtern;
- im Jahr 2021 und 2022 die AOV-Auditstelle Kontrollen durchgeführt hat; im Jahr 2022 und 2023 das neue Amt für Interne Audits Kontrollen durchgeführt hat;
- in den Jahren 2018-2023 einige Führungskräfte ersetzt worden sind;
- im Laufe des Jahres 2020 einige neue Führungskräfte ernannt worden sind (z. B. die Direktorin des Krankenhausverwaltungsdienstes, die Direktorin des Amtes für die Verwaltung der Krankenhäuser, die Direktorin des Amtes für klinische und strategische Entwicklung);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- im Laufe des Jahres 2021 sind einige neue Verwaltungsführungskräfte ernannt worden sind (z.B. der Direktor des Amtes Internal Auditing, die Direktorin des Amtes für Verpflegungsdienste und Kontrolle von vergebenen Diensten, der Direktor des Amtes für Bezirkslogistik);
- im technischen Bereich wird die Aktivierung gemeinsamer Ausschreibungen für mehrere Bezirke fortgesetzt;
- in der Abteilung Einkäufe wird die Konzentration und Spezialisierung nach Warenkategorien der von den zuständigen Ämtern durchgeführten Verfahren auf Betriebsebene fortgeführt;
- im Laufe der Jahre eine Reihe von Mitarbeitern durch Wettbewerbsprüfungen in höhere Ebenen aufgestiegen sind und neue Aufgaben übernommen haben;
- eine große Anzahl von Mitarbeitern neue und zusätzliche Aktivitäten in ihrer eigenen Struktur ausführen;
- für die Rekrutierung neuer Mitarbeiter systematisch Wettbewerbe auf Betriebsebene durchgeführt werden.

Abschließend wird festgehalten, dass die Thematik der Rotation im Laufe des aktuellen Trienniums weiterverfolgt wird.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Kodex für Dienstverpflichtungen und Verhalten

Als wesentliches Element des betreffenden Plans stellt dieser Kodex eine der wichtigsten Maßnahmen zur Umsetzung von Strategien zur Korruptionsprävention auf dezentraler Ebene dar, wie vom nationalen Antikorruptionsplan dargelegt. Der Betriebskodex wurde mit Beschluss Nr. 117 vom 01.07.2014 verabschiedet. Letzterer wird jedem Mitarbeiter bei seiner Einstellung ausgehändigt und dessen Verbreitung erfolgt durch Veröffentlichung auf der Institutionellen Website sowie durch Aushänge an den Anschlagtafeln in den verschiedenen Bezirken. Der Dienstverpflichtungs- und Verhaltenskodex enthält Bestimmungen, die die Verhinderung von Korruption fördern. Im Kodex wurde für alle Mitarbeiter eine besondere Pflicht zur Einhaltung dieses Plans festgelegt, deren Verletzung disziplinarrechtlich Berücksichtigung findet. Es ist zu beachten, dass ein neuer Verhaltenskodex erstellt wurde, der -auch- Regelungen zur Nutzung von sozialen Medien enthält.

Dieser vorgenannte Kodex wurde mit Beschluss Nr. 566 vom 30.09.2020 verabschiedet.

Die wichtigsten eingeführten Änderungen sind folgende:
- die Regelung des Verhaltens in privaten Beziehungen (Art. 7) mit ausdrücklicher Bezugnahme auf die Anwendung sozialer Medien;
- die Regelung der Melde- und Unterstützungspflicht des A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) mit ausdrücklichem Verweis auf die Whistleblowing-Regelungen;
- die besondere Aufmerksamkeit für das Thema der Dienstverpflichtungen hinsichtlich der Ausübung von Nebentätigkeiten während der Arbeitszeit mit dem daraus entstehenden Risiko einer falschen Zertifizierung im Dienst (Art. 4/9).

Am 09.02.2021 wurde das Rundschreiben zur Auslegung der Bestimmungen laut Art. 2, Abs. 3 des Kodex der Dienst- und Verhaltenspflichten für das Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebs an die Abteilungsdirektoren und Verwaltungskoordinatoren übermittelt. Zweck des o.g. Rundschreibens ist es, die Auslegung der Verwaltung bezüglich der Anforderung zu klären, den Verhaltenskodex dem Auftragsnehmer zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung physisch auszuhändigen, um eine einheitliche Anwendung seitens der betroffenen Abteilungen sicherzustellen.
Der Kodex der Dienstpflichten und des Verhaltens wurde mit Beschluss Nr. 112/2025 vom 18.02.2025 an die Neuerungen des D.P.R. Nr. 81/2023 zur Änderung des D.P.R. 62/2013 angepasst.

Enthaltung bei Interessenkonflikten und Meldung potenzieller Interessenkonflikte an den jeweiligen Vorgesetzten / den Anti-Korruptions- und Transparenzbeauftragten unter Androhung von Disziplinarmaßnahmen:

Artikel 1, Absatz 41 des Gesetzes 190/2012 führte mit Artikel 6-bis den Interessenkonflikt in das Gesetz Nr. 241/1990 über Verwaltungsverfahren ein. Auf der Grundlage dieser Bestimmung führen Direktoren, Führungskräfte, Verfahrensverantwortliche (RUP), Verantwortliche für die Vertragsausführung und Mitarbeiter der zuständigen Ämter Inspektionen und Kontrollen durch und nehmen Bewertungen vor. Alle Bediensteten, Mitarbeiter und Berater müssen sich im Falle eines Interessenkonflikts enthalten und ihrem Vorgesetzten jede - auch potenzielle - Konfliktsituation melden. Zu diesem Punkt verweisen wir auf die Artikel 8 und 9 des oben genannten Verhaltenskodex, in denen die spezifischen Verpflichtungen, denen die Mitarbeiter unterliegen, definiert sind.

Festlegung für den Fall der Nichterteilbarkeit:

Im Sanitätsbetrieb wird ständig auf das gesetzliche Verbot hingewiesen, Personen, die wegen einer Straftat gegen die öffentliche Verwaltung verurteilt wurden (auch wenn das Urteil nicht rechtskräftig ist), Führungspositionen zu erteilen und an Wettbewerbsausschüssen oder Ausschreibungen teilzunehmen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Es ist auch verboten, für private Unternehmen zu arbeiten in Bezug auf Tätigkeiten, die zuvor in der öffentlichen Verwaltung ausgeübt wurden (sog. "Pantouflage") und die Ernennungen an Personen zu vergeben, die von privaten Einrichtungen kommen, die vom Sanitätsbetrieb finanziert werden, sowie Personen, die Mitglieder politischer Körperschaften gewesen sind.
In Bezug auf das Thema Pantouflage plant der SB für den Dreijahreszeitraum 2023-2025 die folgenden Präventionsmaßnahmen:

- die Verpflichtung zur Abgabe einer sog. Pantouflage-Erklärung beim Ausscheiden aus dem Dienst,
- die Aufnahme spezifischer "Anti-Pantouflage"-Klauseln in die Einstellungsverträge von Führungskräften,
- Überprüfungen von entlassenen Führungskräften.

Es wird auch betont, dass im Laufe des Jahres 2023 folgendes eingeführt wurde:

- in den Ausschreibungsunterlagen die Verpflichtung des konkurrierenden Wirtschaftsteilnehmers, zu erklären, dass er laut bekannten Verbots keine Arbeitsverträge mit ehemaligen öffentlichen Bediensteten geschlossen oder Ernennungen vorgenommen hat, und zwar gemäß den Bestimmungen von Artikel 71 des Gesetzesdekrets Nr. 50/2016 angenommenen Musterbekanntmachungen; es wurden Erklärungen bzw. Unterschriften auf Dokumenten eingeführt mit wie von der Norm vorgesehenen Hinweisen „dass er/sie gemäß Art. 53 Abs. 16/ter GvD Nr. 165/2001 keine Personen eingestellt hat, die Bedienstete mit Entscheidungs- oder Verhandlungsbefugnissen für öffentliche Verwaltungen in den letzten drei Dienstjahren waren ……Omissis"

- in den Ausschreibungsbekanntmachungen oder in den Verdingungsunterlagen einen ausdrücklichen Hinweis auf die Sanktionen, die gegen die Personen verhängt werden, bei denen ein Verstoß gegen Art. 53 Abs. 16-ter des G.v.D. Nr. 165/2001 vorliegt. Hinweise mit ausdrücklicher Bezugnahme auf Artikel 53, Absatz 16-ter, des Gesetzesdekrets Nr. 165/2001 wurden in die Teilnahmebedingungen und/oder Erklärungen aufgenommen, die von den Wirtschaftsteilnehmern gegengezeichnet werden müssen.

In der nächsten Revision der Integritätsvereinbarung wird programmiert eine Klausel zur Gegenzeichnung der Teilnehmer gemäß Art. 1, abs. 17 des G. Nr. 190/2012 einzufügen.

Bildung von Kommissionen und Führungsaufträge

Gemäß den Bestimmungen des G.v.D. Nr. 165/2001 und des G.v.D. Nr. 39/2013 prüfen die zuständigen Einheiten des Betriebes das allfällige Vorhandensein von Vorstrafen bei Mitarbeitern und/oder Personen, die in Kommissionen für öffentliche Ausschreibungen oder Wettbewerben tätig sind oder Führungsaufträge erhalten.

Strategische Ziele und Indikatoren 2026 – 2028: Zusammenfassung und Gliederung nach Themenbereichen

Zusammenfassend stellt der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan 2026–2028 ein strategisches und operatives Instrument zur Stärkung der Integritäts-, Transparenz- und Legalitätskultur innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebs dar. Die für 2026 vorgesehenen Maßnahmen – gegliedert in Bereiche wie Digitalisierung der Kontrollen, gezielte Fortbildung, Management von Interessenkonflikten, IT-Sicherheit, Regulierung von Sponsoring und Schenkungen sowie Stärkung der Vorkehrungen zur Geldwäscheprävention und Whistleblowing – belegen das Engagement des Südtiroler Sanitätsbetriebs, Risikobereiche zu überwachen und eine verantwortungsvolle, ethische und qualitätsorientierte Verwaltung zu fördern.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der gewählte Ansatz, der auf messbaren Indikatoren, systematischem Monitoring und breiter Einbindung basiert, bildet eine solide Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen und für die Festigung des Vertrauens der Bürger in das öffentliche Gesundheitssystem.
Der vorliegende Unterabschnitt wurde gemäß der ANAC-Checkliste erstellt und gewährleistet die Abwesenheit von Doppelungen, Lesbarkeit, logische und systematische Kohärenz, das Vorhandensein klarer Indikatoren und Zielvorgaben, die Einbindung der Stakeholder und die öffentliche Konsultation.
Nachfolgend werden in tabellarischer Form die für den Zeitraum 2026–2028 vorgesehenen strategischen Ziele dargestellt.

Tabelle: Strategische Ziele für den Zeitraum 2026–2028

ID	Verantwortung	Thematischer Bereich	Ziele 2025-2026	Überwachung Indikator
1.	A.K.T.B.	Korruptionsprävention und Transparenz	- Aktualisierung der Analyse- und Reporting-Methoden -Integration der in den Risikomapping-Blättern enthaltenen Indikatoren in die Monitoring-Zyklen -Stärkung der Abstimmung zwischen A.K.B., OIV und Bereichsreferenten -Ausweitung des Monitorings auf Sponsoring und Kontrolle der außerinstitutionellen Tätigkeiten gemäß der neuen Landesgesetzgebung	Neues Format des jährlichen Berichts und gemeinsame Nutzung mit dem OIV
2.	Internal Auditing	*Assurance*	- Überprüfungen zur IT-Sicherheit, zu Direktvergaben, zum Bedarfsmanagement, zu Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen und zu ambulanten Leistungen	Anzahl der abgeschlossenen Audits und der veröffentlichten Berichte
3.	Geldwäscheprävention sbeauftragter	Compliance & Regulatory Risk – Geldwäscheprävention	-Einführung einer betrieblichen Richtlinie -Zielgerichtete Schulung für Führungskräfte und	Vorhandensein der genehmigten Geldwäschepräventionsrichtlinie; Anzahl der Teilnehmenden an den Schulungen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortung	Thematischer Bereich	Ziele 2025-2026	Überwachung Indikator
			Verfahrensverantwortliche -Integration zwischen Whistleblowing und Geldwäscheprävention svorkehrungen	
4.	Internal Auditing	Fraud Risk Management	Stärkung des Systems zur Prävention und Aufdeckung von Betrugsfällen durch die Durchführung einer gezielten Risikoanalyse (Assessment) und die Einführung einer betrieblichen Antibetrugsrichtlinie.	Durchführung einer Betrugsrisikoanalyse (Assessment) Genehmigung und Verbreitung der betrieblichen Antibetrugsrichtlinie
5.	Anwesenheit und Intramoenia-Tätigkeit	Intramoenia freiberufliche Tätigkeit (LPI)	-Geografische Ausweitung der Kontrollen zu Zeiten, Terminplänen und Räumlichkeiten über den Gesundheitsbezirk Bozen hinaus -Erweiterung der Abendöffnungszeiten der Kassen -Reaktivierung der Selbstbedienungskass en	Anzahl oder Prozentsatz der durchgeführten Kontrollen
6.	Informatik Abteilung	Informatik Sicherheit	-Genehmigung der IT-Verfahren -Integration der internen Kontrollsysteme im IT-Bereich -Umsetzung der Funktion des Chief Information Security Officer (CISO)	Anzahl der genehmigten IT-Verfahren; formelle Ernennung des CISO vorhanden

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortung	Thematischer Bereich	Ziele 2025-2026	Überwachung Indikator
7.	A.K.B.T.	Fortbildung	-Fortsetzung der verpflichtenden Fortbildung -Zielgerichtete Maßnahmen mit Praxisfällen in den monatlichen Sitzungen der Pflegekoordinatoren und Chefärzte -Fachmodule für Führungskräfte, RUP und Kommissionsmitglieder -Ausbau des Trainings am Arbeitsplatz -Erhöhung der Fortbildung im Bereich Korruptionsprävention und Transparenz	Erhöhung des Anteils des geschulten Personals; Anzahl der aktivierten Fachmodule Erhöhung der Anzahl der geleisteten Schulungsstunden; Prozentsatz des geschulten Personals
8.	Internal Auditing / A.K.T.B.	EU Stärkung der Risikoanalyse und Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Verwaltung von EU-Fonds und des Nationalen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR)	-Kontinuierliche Kontrollen -Automatisierte Stichprobenziehung -Interbetriebliche Kooperationen	Anzahl der geprüften PNRR-Abrechnungen; Vorhandensein spezifisch eingeführter Maßnahmen
9.	Abteilung für die Personalverwaltung Abteilung Kommunikation A.K.T.B.	Überprüfung und Verbesserung der internen Regelungen (Verhaltenskodex, Verwaltung von Interessenkonflikten)	-Aktualisierung des betrieblichen Kodex -Verpflichtende Schulung für Neueinstellungen -Monitoring der Anwendung des Kodex -Stärkung der präventiven Eigenerklärung	Vorhandensein des Fortbildungsmoduls; Anzahl der abgeschlossenen Ethik-Audits Anzahl der registrierten Stellungnahmen des A.K.B.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortung	Thematischer Bereich	Ziele 2025-2026	Überwachung Indikator
			-Register der Stellungnahmen des A.K.B. -Förderung der Meldekultur	
10.	A.K.T.B.	Whistleblowing	-Förderung des Meldekanals -Eigene digitale Plattform -Monitoring der Schutzmaßnahmen	Anzahl der eingegangenen Meldungen; durchschnittliche Reaktionszeit auf Meldungen
11.	Transparenz	Schenkungen	In Erwartung der Einrichtung des öffentlichen telematischen Registers „Sanità trasparente", vorgesehen durch Art. 5 des Gesetzes Nr. 62/2022 und betreut vom Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll, wird eine Datei veröffentlicht, die die Liste der im Laufe des Jahres als Spende erworbenen Güter enthält. Stichprobenkontrollen zur Übereinstimmung der Spenden.	Vorhandensein der Veröffentlichung im Transparenzbereich der institutionellen Website Anzahl der durchgeführten Stichprobenkontrollen
12.	Transparenz	Bürgerzugänge	Stichprobenkontrollen der registrierten Bürgerzugänge	Anzahl der durchgeführten Stichprobenkontrollen und anschließende Korrekturhinweise an die zuständigen Strukturen zur Gewährleistung der Richtigkeit der Führung des Zugangsregisters

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Verantwortung	Thematischer Bereich	Ziele 2025-2026	Überwachung Indikator
13.	A.K.T.B. und Abteilung Kommunikation	Informationsflüsse	Verbesserung der Organisation der Informationsflüsse und der internen/externen Kommunikation	Anzahl der versendeten Mitteilungen/Informationsschreiben; Ruckmeldungen der Stakeholder
14.	A.K.T.B.	Informatisierung	Informatisierung der Formblätter sowie der Tätigkeiten zur Erhebung und Risikobewertung und zum Monitoring	Anzahl der informatisierte Formblätter; Aktualisierungszeiten der Prozesslandkarten
15.	A.K.T.B.	Stärkung der Risikoanalyse	Stärkung der Risikoanalyse und der Präventionsmaßnahmen bei öffentlichen Aufträgen und Personalauswahl	Anzahl der durchgeführten Kontrollen; Anzahl der ergriffenen Maßnahmen
16.	A.K.T.B.	Koordinierung mit anderen Kontrollfunktionen	Koordinierung der Strategie zur Korruptionsprävention mit der Strategie zur Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung	Anzahl der integrierten Maßnahmen; Vorhandensein von Koordinierungsprotokollen

Monitoring der zweiten Ebene durch Indikatoren, Zielwerte und thematische Audits

Nach der Vorstellung der mehrjährigen strategischen Ziele des Sanitätsbetriebs im Bereich Korruptionsprävention und Transparenz – die die gesamte Organisation betreffen und den Bezugsrahmen für die Förderung von Integrität und Rechtskonformität bilden – ist es wichtig zu betonen, dass die Korruptionsprävention auch in einem operativen, wiederkehrenden und spezialisierten Monitoring Ausdruck findet.

Ab dem Jahr 2025 wurde neben den strategischen Systemindikatoren – die die Gesamtsteuerung des Sanitätsbetriebs im Dreijahreszeitraum leiten und alle Organisationsebenen einbeziehen – ein Set von jährlichen Indikatoren und Instrumenten eingeführt, das speziell dem Monitoring der zweiten Ebene gewidmet ist und dem Verantwortlichen für Korruptionsprävention (VKP) anvertraut wurde.

Diese Entwicklung stellt nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung dar, sondern einen echten Qualitätssprung in der Betriebskultur der Transparenz und Integrität

Das Monitoring der zweiten Ebene wird durch Instrumente erweitert, die darauf ausgelegt sind, eine immer präzisere, dynamischere und an die tatsächlichen Bedürfnisse der Organisation angepasste Kontrolle zu gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Jeder Indikator wurde ausgewählt, um ein klares und messbares Bild der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen zu liefern, sodass bei kritischen Punkten rasch eingegriffen und bewährte Praktiken hervorgehoben werden können.
Das System basiert auf geplanten Audits und einer präzisen Berichterstattung, die es ermöglicht, die Aufmerksamkeit auf Schlüsselthemen wie außerinstitutionelle Aufträge, Kommissionen, Integritätspakte, Sponsorings und Unvereinbarkeiten hochzuhalten.
Diese Indikatoren, die für eine kontinuierliche und zeitnahe Kontrolle der Umsetzung von Maßnahmen zur Korruptionsprävention und Transparenz konzipiert wurden, ermöglichen es, kritische Punkte zu erkennen, Fortschritte zu messen und gezielt in besonders sensible Bereiche einzugreifen.
Nachfolgend wird das vollständige **Set der jährlichen Indikatoren** vorgestellt, jeweils mit dem entsprechenden Zielwert und der Frist, als Ausdruck eines systematischen und auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Ansatzes, der die langfristige strategische Vision ergänzt.

Verantwortung	Indikator	Ziel/Objektiv	Frist
Beteiligte Führungskräfte laut VKP	Übermittlung etwaiger Aktualisierungen der Liste aller Prozesse des Dienstes/Büros/Departments/der Struktur an den VKP (JA/NEIN)	Sicherstellen, dass der VKP über ein aktualisiertes Bild der organisatorischen Prozesse verfügt, das für eine korrekte Risikoanalyse und -steuerung erforderlich ist.	31.12. jedes Jahres
VKB	Durchführung einer Stichprobenkontrolle zur Verwaltung außerinstitutioneller Aufträge	Transparenz gewährleisten, Interessenkonflikte vermeiden und die Integrität des Sanitätsbetriebs stärken	31.12. jedes Jahres
VKB	Durchführung einer Stichprobenkontrolle bei Mitarbeitenden und konventionierten Strukturen zur Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften zu Unvereinbarkeiten und Interessenkonflikten gemäß Art. 1, Absatz 62, Gesetz vom 23. Dezember 1996, Nr. 662	Rechtskonformität, Transparenz und Integrität stärken	31.12. jedes Jahres
	Durchführung einer Stichprobenkontrolle zur Überwachung der Konformität und Integrität der Verfahren zur Ernennung von Kommissionen bei Wettbewerben für Führungskräfte und Nicht-Führungskräfte gemäß L.G. vom 21.07.2022, Nr. 6 und L.G. vom 19.05.2015, Nr. 6	Interessenkonflikte und Korruptionsrisiken im Sanitätsbetrieb vorbeugen	31.12. jedes Jahres

Die Indikatoren sind mit einem vierteljährlich geplanten Audit-Zyklus verbunden, der folgende thematische Bereiche abdeckt:
Audit 1: Außerinstitutionelle Aufträge
Audit 2: Teilnahme an Prüfungskommissionen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Audit 3: Integritätspakte
Audit 4: Hochrisikobereiche laut Dreijahresplan zur Korruptionsprävention
Audit 5: Sponsorings
Audit 6: Situationen der Unvereinbarkeit und Nichtzumutbarkeit
Audit 7: Kontrollen gemäß Art. 1, Abs. 62, Gesetz Nr. 662/1996
Diese Audits bilden die operative Grundlage zur Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Präventionsmaßnahmen und dienen der Erstellung des Abschnitts zur Korruptionsprävention im ITOP (Integrierter Plan für Aktivitäten und Organisation).

Zuordnung Blätter und Umsetzungsindikatoren für Maßnahmen zur Korruptionsprävention

Eine Neuerung im Jahr 2025 betrifft die Zuordnung- und Bewertungsblätter zu Korruptionsereignissen, die – für jede spezifische Präventionsmaßnahme – die Umsetzungsindikatoren, die Zielwerte und die festgelegten Fristen enthalten, wie sie von den jeweiligen Verantwortlichen der erfassten Prozesse definiert wurden.

Tabelle: Umsetzungsindikatoren der Korruptionspräventionsmaßnahmen nach Makroprozess

ID	Makroprozess	Verantwortung	Indikator	Ziel/Objektiv	Frist
20.	Bereich Ausgaben und Einnahmen	Abteilung Finanz	Kontrolle	Umsetzung zu 100 %	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
21.	Personal	Abteilung Personal Verwaltung	Kontrolle	Umsetzung zu 100 %	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 50%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Ethik und Verhalten	Ja	31/12/2026
22.	Personalgewinnung und -entwicklung, Leistungsanerkennung, Vergabe von Aufträgen und Ernennungen	Abteilung Personal Entwicklung	Wechsel	100%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Kontrolle	Umsetzung zu 100%	31/12/2026
23.	Öffentliche Verträge	Abteilung Verkaufe, Abteilung Technik und Vermögen und Abteilung Medizintechnik	Transparenz Weiterbildung Regulierung Kontrolle	Gemäß 50% Gemäß Umsetzung zu 25% und zu 100% (bei Unteraufträgen)	31/12/2026 31/12/2026 31/12/2026 31/12/2026
24.	Pharmazeutik, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
25.	Akkreditierte private Einrichtungen – Wartelisten	Abteilung Gesundheitsleistungen	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Makroprozess	Verantwortung	Indikator	Ziel/Objektiv	Frist
		und wohnortnahe Versorgung	Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Weiterbildung	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Vereinfachung	ja	31/12/2026
26.	Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten		Kontrolle	Umsetzung zu 100%	31/12/2026
27.	Informatik Sicherheit	Abteilung Informatik	Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Kontrolle	100%	31/12/2026
28.	Arbeit Medizin	Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin und Abteilung Arbeitsinspektorat für Medizin	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
29.	Sport Medizin	Betrieblicher Dienst für Sportmedizin	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Kontrolle	Umsetzung zu 100%	31/12/2026
			Weiterbildung	25%	31/12/2026
30.	Hygiene bei der Herstellung, Lagerung und Vermarktung von Lebensmitteln tierischen Ursprungs; Tiergesundheit und Hygiene in der Tierhaltung und bei tierischen Erzeugnissen	Betrieblicher Tierärztlicher Dienst	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
31.	Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen	Verwaltungsdirektion Bozen	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Wechsel	Gemäß	31/12/2026
32.	Betriebskindergärten und konventionierte Kleinkindereinrichtungen	Verwaltungsdirektion Bozen	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
33.	Behandlung und Rehabilitation von Suchterkrankungen	Dienst für Abhängigkeiten (SERD)	Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Wechsel	100%	31/12/2026
34.	Vermögens- und Immobilienverwaltung	Abteilung Technik und Vermögen	Kontrolle	100%	31/12/2026
			Transparenz	Gemäß	31/12/2026
35.	Lebensmittelhygiene	D.H.L.E.	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
36.		S.I.S.P. - Umweltmedizin	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Makroprozess	Verantwortung	Indikator	Ziel/Objektiv	Frist
	Prävention, Schutz und Kontrolle von Umwelt- und Chemierisiken		Transparenz	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
37.	Gesundheitsschutz und Sicherheit; Genehmigungen oder Konzessionen	S.I.S.P.	Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Transparenz	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Vereinfachung	Ja	31/12/2026
			Regulierung	Gemäß	31/12/2026
38.	Weiterbildung / Sponsoring	Weiterbildung / Sponsoring	Kontrolle	Umsetzung zu 100%	31/12/2026
39.	Fuhrpark	Logistikbüro Bozen	Transparenz	Gemäß	31/12/2026
			Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
40.	Schenkungen	Abteilung Technik und Vermögen	Kontrolle	Umsetzung zu 100%	31/12/2026
41.	Überwachung, Kontrollen, Inspektionen	Amt für Internal Auditing			
42.	Magazin / Logistik	Logistikbüro Bozen	Regulierung	Gemäß	31/12/2026
			Weiterbildung	25%	31/12/2026
			Wechsel	Umsetzung zu 25%	31/12/2026
			Kontrolle	Umsetzung zu 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sektion Transparenz und Integrität

Rechtlicher Rahmen und PNRR

Es wird darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber im G.v.D. Nr. 150/2009 eine erste Definition der Transparenz gegeben hat. Dasselbe Dekret sah auch die Verpflichtung für alle öffentlichen Verwaltungen zum Erlass eines Dreijahresprogramms für Transparenz und Integrität vor.

In der Folge entwickelte sich das Institut der Transparenz mit der Einführung des G.v.D. Nr. 33/2013 in das nationale Rechtssystem, welches die Transparenz in der öffentlichen Verwaltung regelt.

Im Laufe des Jahres 2016 unterlag das gesetzvertretende Dekret Nr. 33/2013 wichtigen Änderungen bzw. Präzisierungen sowohl durch den Gesetzgeber durch das gesetzvertretende Dekret Nr. 97/2016 als auch durch die ANAC mit dem Beschluss Nr. 831/2016 und den durch die Beschlüsse Nr. 1309/2016 und Nr. 1310/2016 erlassenen Richtlinien.

Die wichtigsten Neuerungen, die durch die oben genannten Quellen eingeführt wurden, bestehen vor allem: a) in einer präziseren und umfassenderen Bestimmung der Veröffentlichungspflichten; b) in der Änderung der Einrichtung des Bürgerzugangs; c) in der Abschaffung eines vom D.P.K.P.T. gesonderten Transparenzplans.

Das LG Nr. 9/2016 hat in Art. 1 des LG Nr. 17/1993, zu den allgemeinen Kriterien, nach denen sich die Verwaltungstätigkeit richten muss, außer der Publizität auch die Transparenz der Verwaltung eingeführt. Besagter Artikel wurde danach mit LG Nr. 10/2018 abgeändert und Abs. 1 lautet nun wie folgt: „Zur Umsetzung der Ziele des Gesetzes hält sich die Verwaltung bei ihrer Tätigkeit an die Grundsätze der Unparteilichkeit, der Effizienz, der Wirtschaftlichkeit, der Zügigkeit, der Öffentlichkeit, der Transparenz, der Gleichbehandlung und der Chancengleichheit sowie an die Grundsätze des Rechts der Europäischen Union."

Neben den unter dem Paragraf mit dem Titel: Verbindung zwischen dem Präventionssystem und dem PNRR angeführten Ausführungen wird unterstrichen, dass SABES die Vorgaben im Bereich PNRR, GD Nr. 77/2021 mit dem Titel "Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" und laut nationalem Antikorruptionsplan (PNA 2022) vorgesehenen spezifische Veröffentlichungspflichten in Bezug auf die im PNRR enthaltenen Interventionen eingeführt hat, daher hat der Betrieb eine Veröffentlichung mit dem Titel "Wiederaufbauplan PNRR - Gesundheit Südtirol" vorgesehen (siehe institutionelle Website » Transparente Verwaltung » andere Inhalte) und es wurde begonnen, die Veröffentlichungen im Bereich Ausschreibungen und Verträge gemäß den sektoralen Vorschriften anzupassen. Im Jahr 2025 wurde der Abschnitt der Webseite zum PNRR aktualisiert. Es wurden die Projektblätter im Bereich Transparenz aktualisiert und auch aktuelle Fotos der Maßnahmen sowie der entsprechende Link zu den diesbezüglichen landesweiten Beschlüssen veröffentlicht. Die Aktivitäten in diesem Bereich werden unter Einhaltung der branchenspezifischen Regelungen fortgeführt.

Haupttätigkeiten

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;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- 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 Dekretes Nr. 33/2013;
- Veröffentlichung des Auditplan;
- 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 Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 1, Abs. 16 des Gesetzes Nr. 190/2012, in Bezug auf die Veröffentlichungspflichten;
- Erhöhung des Informationsflusses innerhalb des Betriebes, indem mehrere Ämter und Strukturen in die Tätigkeit miteinbezogen werden, um auch das Bewusstsein und die Verantwortung aller Beteiligten für die Wichtigkeit derselben zu erhöhen;
- Fortsetzung des Prozesses der Erkennung und Nutzung bereits im Einsatz befindlicher Datenbanken und Anwendungen, sowie die Einführung neuer, auch um den neu entstandenen Bedürfnissen gerecht zu werden - auch und vor allem im Hinblick auf weitere Verfahrensanpassungen und die Automatisierung bei der Erzeugung von Daten, Informationen und Dokumenten;
- Weiterverwendung der Whistleblowing-Plattform;
- die Erstellung und Veröffentlichung der Liste der Maßnahmen;
- die Erstellung und Veröffentlichung des Zugangsregisters;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Versendung der Mitteilung zu folgenden Themen an einzelne Strukturen des Betriebes: Aktenzugänge, einfache und allgemeine Bürgerzugänge, unter Hinweis auf die Bedeutung einer ordnungsgemäßen Protokollierung der Anträge für die Erstellung des Zugangsregisters;
- Bereitstellung an einzelnen beantragenden zuständigen Strukturen eines zweisprachigen Modells für den Antrag auf Zugang zu den Verwaltungsunterlagen – dokumentale Aktenzugänge in Zusammenarbeit mit der Stabstelle Privacy-Datenschutz;
- Übermittlung an die zuständigen Strukturen der FAQ im Bereich Transparenzpflichten, die von ANAC aktualisiert worden sind, mit gleichzeitiger Aufforderung die in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallenden Transparenzpflichten anzugleichen und zu aktualisieren;
- Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 20 des G.v.D. Nr. 39/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 14 des G.v.D. Nr. 33/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- Aufstellung und Veröffentlichung der Entschädigungszahlungen gemäß Art. 4, Abs. 3 des Gesetzes Nr. 24/2017;
- fortwährende Verbesserung der Anwendung der PerlaPA-Datenbank, zusammen mit anderen vorgesehenen Mitteilungen für das „Ministerium der öffentlichen Verwaltung – Department der öffentlichen Funktion" („Dipartimento della Funzione Pubblica");
- Fortführung und Verbesserungen der Veröffentlichung in der transparenten Verwaltung, auf der institutionellen Webseite des Betriebes;
- 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_id=124437
- Durchführung von drei Kontrollen, der Veröffentlichungspflichten, um den Stand der Einhaltung zu überprüfen, mit schriftlichem und mündlichem Austausch mit den einzelnen Referenten, sowie die Übermittlung von drei zusammenfassenden Mitteilungen an alle Referenten und an die Betriebsdirektion über die erhaltenen Ergebnisse;
- besonderes Augenmerk wird auf die Verbreitung innerhalb des Sanitätsbetriebes und auf die Beratung von Ämtern und Abteilungen bzgl. Themen der Transparenzpflichten gelegt;
- im Jahr 2024 wurde ein integrierter Kurs zu den Themen Antikorruption, Transparenz und Datenschutz eingeführt, der für die Mitarbeiter über eine spezielle E-Learning-Plattform zugänglich ist und auch die Ausstellung eines normgemäßen Teilnahme- und Ergebniszertifikats vorsieht; diese online Fortbildung 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 und Organisationseinheit für die klinische Führung u.ä.;
- 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.

Strategische Zielsetzungen - Transparenz

Die strategischen Ziele des Sanitätsbetriebes für den Dreijahreszeitraum 2026-2028 stimmen mit denen der Vorjahre überein: Aufbau einer leichter zugänglichen öffentlichen Verwaltung durch die Veröffentlichung von Daten und Informationen. Im Jahr 2025 wurde erneut besonderes Augenmerk auf

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

den allgemeinen Bürgerzugang sowie auf die Sensibilisierung und Unterstützung der zuständigen Ämter gelegt, obwohl diese von einer bedeutenden Arbeitsbelastung und einem Personalmangel betroffen waren (weitere Einzelheiten finden Sie in dem themenbezogenen Kapitel).

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb will mit diesem Programm die folgenden strategischen Ziele erreichen:

- sicherstellen, dass die Bürger über die vom Sanitätsbetrieb angebotenen Dienstleistungen (Merkmale und Methoden der Bereitstellung) informiert sind;
- das Vertrauensverhältnis zu den Bürgern stärken;
- die Beziehung zu den Bürgern vereinfachen und die Zuhörprozesse verbessern;
- eine direkte Beziehung zwischen dem Sanitätsbetrieb und dem Bürger/Klienten/Patienten fördern;
- die eigenen Daten besser zugänglich und nutzbar machen;
- mit den ergriffenen Initiativen im Bereich der Transparenz die Rechtmäßigkeit des Handelns des Betriebes garantieren;
- eine "umfassende" Kontrolle über die Tätigkeit des Sanitätsbetriebes ermöglichen;
- die Kenntnis, das Wissen und das Bewusstsein der Mitarbeiter in Bezug auf die Transparenz der Verwaltung erhöhen;
- Begünstigung von Zugängen, insbesondere von allgemeinen Bürgerzugängen.

In den Jahren 2023 und 2024 wurden gemäß dem Dreijahresprogramm Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Transparenz und verwandten Themen wie z. B. dem Interessenkonflikt organisiert. Im Jahr 2025 wurden diese Themen im Rahmen der bereits genannten online Weiterbildung siehe oben und im Abschnitt „Fortbildung” behandelt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bewertung des Erreichungsgrades der gesetzten Ziele - Transparenz

Alle Führungskräfte des Sanitätsbetriebes unterliegen einem Bewertungsverfahren zur jährlichen Evaluierung der ihnen zugewiesenen Ziele, das durch ein Verfahren zur Überwachung und Überprüfung des Prozentsatzes der erreichten Ziele durchgeführt wird.

Der Auswertungsprozess besteht aus den folgenden Schritten:

- Verhandlung zu Beginn des Jahres über die Ziele zwischen Beurteiler und Beurteiltem;
- mögliche Überarbeitung der zugewiesenen Ziele, falls Umstände eintreten, die es erforderlich machen, die Ziele umzugestalten oder neue Ziele vorzusehen;
- Beurteilung im Dialog zwischen Beurteiler und Beurteiltem, mit Zuordnung eines Prozentsatzes, an den die Ergebnisvergütung gekoppelt ist.

Im Anhang des gegenständlichen Plans sind die Verpflichtungen in Bezug auf Transparenz aufgeführt, die in den sachlichen Zuständigkeitsbereich des Sanitätsbetriebes und ihrer einzelnen operativen Strukturen fallen, die auf verschiedene Weise an der Veröffentlichung von Daten und Informationen beteiligt sind. Dieser Anhang wird aktualisiert, wenn es neue Entwicklungen gibt.

Gemäß den geltenden Rechtsvorschriften wird der ITOP zusammen mit den Anhängen in der entsprechenden Sektion der institutionellen Webseite veröffentlicht.

Kommunikationsinitiativen und Instrumente zur Verbreitung der veröffentlichten Daten

Die Initiativen zur Unterstützung der Verbreitung von Transparenz erfolgen in Form von Aktivitäten zur Förderung und Verbreitung der Inhalte des Programms und der veröffentlichten Daten.

Nachfolgend sind die Instrumente/Initiativen aufgeführt:

- Betriebswebseite: sie stellt das wichtigste und unmittelbare Kommunikationsmittel des Sanitätsbetriebes nach außen dar und bietet den Nutzern hilfreiche Informationen über die Organisation und die Verwaltung des Sanitätsbetriebes selbst, über ihre Strukturen, über die angebotenen Dienstleistungen und die jeweiligen Zugangsmöglichkeiten;
- MySabes (betriebliches Intranet): dies ist eines der Instrumente, die der Sanitätsbetrieb zur Kommunikation mit seinen Mitarbeitern verwendet (z. B. Veröffentlichung von Gehaltsabrechnungen, Bekanntmachung von Betriebsinitiativen, Plattform zum Austausch von Dokumenten für Arbeitsgruppen usw.);
- Betriebs-E-Mail-Postfach: die sogenannte Betriebs-E-Mail ist ein effektives, schnelles und sicheres Werkzeug, mit dem der Sanitätsbetrieb Rundschreiben, Informationen und Nachrichten von Interesse an die Mitarbeiter verteilen kann;
- Zertifizierte elektronische Post (PEC);
- Charta der Dienste und Qualitätsstandards: stellt die Informationen dar, die für den Zugang zu den Dienstleistungen des Sanitätsbetriebes erforderlich sind, und veranschaulicht die Rechte und Pflichten der Bürger;
- Patientenbroschüren: diese bieten nützliche Informationen über den Zugang zu den Strukturen des Sanitätsbetriebes und den angebotenen Dienstleistungen;
- Betriebsmagazin (One): der Sanitätsbetrieb gibt regelmäßig ein gedrucktes und ein elektronisches Magazin heraus, das Informationen über die Organisation, Initiativen und Veranstaltungen des Betriebes enthält;
- Zeitungsartikel zum Thema Gesundheitswesen in lokalen Zeitungen: in regelmäßigen Abständen kauft der Sanitätsbetrieb spezielle Gesundheitsseiten in lokalen Zeitungen, um neue Dienste zu bewerben und Initiativen und Projekte bekannt zu machen, die für die Gemeinschaft von Interesse sind;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Ad-hoc-Schulungen der Mitarbeiter zu Transparenz und Integrität;
- Treffen mit Referenten: um den Dialog zum Thema Transparenz im Sanitätsbetrieb zu fördern und zu verbessern;
- Transparenz-Tage.

Transparenztage

Transparenztage sind einer der Momente der Auseinandersetzungen und des Zuhörens, um zwei der Hauptziele der Transparenz zu erreichen:

- die Beteiligung von Bürgern/Stakeholdern, um die Informationen von konkretem Interesse für die Nutzergemeinschaft zu identifizieren;
- die Einbeziehung der Bürger/Stakeholder in die Aktivitäten des Sanitätsbetriebes, um die Qualität der Dienstleistungen und die Kontrolle durch die Gemeinschaft zu verbessern.

Die Transparenztage bieten somit die Gelegenheit, die notwendigen Informationen über das Programm sowie einen Überblick über die Tätigkeit des Sanitätsbetriebs, die Ressourcen, die erbrachten Dienstleistungen, Best Practices und die erzielten Ergebnisse zu vermitteln. Im Sinne der Transparenzvorschriften widmete der Südtiroler Sanitätsbetrieb am 14.11.2022 einen Vormittag dem Transparenztag, der auf großes Interesse stieß. Für den Dreijahreszeitraum 2023–2025 war dann die Durchführung eines weiteren Transparenztages geplant. Letztlich fand am 09.10.2024 der erste und am 21.10.2025 der zweite im genannten Dreijahreszeitraum geplante Transparenztag statt.

Für weitere Informationen siehe » Transparente Verwaltung » Andere Inhalte » Weitere Daten » Transparenztag der Jahre: 2022, 2024 und 2025.

Verantwortliche Strukturen

Die angehängte Tabelle, auf die ausdrücklich verwiesen wird, enthält eine Beschreibung der Veröffentlichungspflichten gemäß den geltenden Rechtsvorschriften.

Die Führungskräfte der für die Erstellung, Aktualisierung, Validierung und Übermittlung der Daten verantwortlichen Struktur übernehmen die volle und ausschließliche Verantwortung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der Übermittlung, sowohl bei direkter Veröffentlichung als auch bei Übermittlung der Daten an die für die Veröffentlichung verantwortliche Struktur, sofern diese nicht ausdrücklich an den die Transparenzbeauftragte delegiert wurde.

Die o.g. Beauftragte übt seine Funktion der Koordinierung - und folglich der Überwachung - der Aktivitäten der Verantwortlichen der Strukturen, die für die Erstellung, Aktualisierung und Übermittlung der Daten zuständig sind, durch folgende Methoden aus:

- Mitteilungen, Informationen und operative Bestimmungen werden vorrangig durch vereinfachte Methoden verbreitet, z. B. Besprechungen mit Bereichsleitern und Verwaltungskoordinatoren auf Betriebsebene, E-Mail, usw.;
- Bereitstellung eines Monitorings des Umsetzungsstandes der Veröffentlichungspflichten, das darauf abzielt, alle fehlenden Daten und Informationen zu identifizieren, die unvollständig sind oder bei denen Eingriffe in Bezug auf die Zugänglichkeit, Verständlichkeit und/oder Formatierung für die Veröffentlichung notwendig sind, um das Prinzip der Transparenz in den Aktivitäten des Betriebs vollständig umzusetzen;
- Organisation und Supervision von spezifischen internen Arbeitsgruppen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Bereitstellung von Material und Unterlagen von besonderem Interesse für die Erfüllung der Verpflichtungen in Bezug auf die einzelnen Unterabschnitte (Stellungnahmen, Klarstellungen, FAQs und alle anderen Aspekte der rechtlichen, technischen und methodischen Unterstützung);
- Vorstellung der Ergebnisse des von den Besuchern ausgefüllten Bewertungsfragebogens der Sektion "Transparente Verwaltung";
- jedes andere Instrument, das für die Ausübung seiner Koordinierungs- und Überwachungsfunktionen als geeignet erachtet wird.

Organisatorische Maßnahmen für die Regelmäßigkeit und Rechtzeitigkeit der Informationsflüsse

Der Sanitätsbetrieb führt die folgenden Maßnahmen durch, um die Vorschriften zur Transparenz einzuhalten:

- Analyse und zweifelfreie Definition, für jede Veröffentlichungspflicht, des Inhalts und der Darstellungsform der Daten, die genaue Anforderungen an Vollständigkeit, Klarheit und Verwendbarkeit erfüllen müssen;
- Neubewertung, für jede Veröffentlichungspflicht, der Angemessenheit der Veröffentlichung von Dokumenten, Informationen und Daten direkt durch die Struktur, die für den Abschnitt/Unterabschnitt verantwortlich ist, deren Erstellung und Aktualisierung zuständig ist, oder durch die Abteilung für Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen;
- Vereinfachung des Veröffentlichungsprozesses durch die Aktivierung, wo möglich, von automatischen Veröffentlichungsabläufen;
- kontinuierliche Anpassung der Sektion "Transparente Verwaltung" der Betriebswebseite an die geltenden Vorschriften und rechtzeitige Aktualisierung derselben;
- Übertragung der Informationen und Daten, die bereits auf der Website des Betriebes vorhanden sind, in der Sektion "Transparente Verwaltung", wo sie der Veröffentlichung gemäß der geltenden Gesetzgebung unterliegen;
- Ergreifung von Maßnahmen, um den Grad der Benutzerzufriedenheit in Bezug auf den Zugang, die Klarheit und die Nutzbarkeit der veröffentlichten Daten zu ermitteln, um eine kontinuierliche und konstante Einbeziehung der Bürger zu gewährleisten und den Sanitätsbetrieb bei der Aufgabe zu unterstützen, die Qualität des Informationsflusses zu sichern;
- Programmierung von Weiterbildungsinitiativen zum Thema Transparenz.

Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung der Transparenzpflichten

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

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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Instrumente und Methoden zur Erkennung der tatsächlichen Verwendung von Daten durch die Nutzer der Sektion "Transparente Verwaltung"

Um den Grad des Interesses der Bürger für das, was auf der Betriebswebsite veröffentlicht wird, zu erkennen, hat der Sanitätsbetrieb mit dem Jahr 2023 das Monitoring-Tool Siteimprove aktiviert, um die Daten des Zugangs zur Sektion "Transparente Verwaltung" und zu den verschiedenen Untersektionen zu überwachen.

Deshalb werden jedes Jahr die Zugriffsdaten auf die relevantesten Seiten veröffentlicht, in denen detailliert aufgelistet wird, welche Seite angezeigt wird, die Zeit des Besuchs, die Absprungrate und der Prozentsatz der Ausgänge.

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 Sanitätsbetrieb nützlich für mögliche weitere Interventionen zur Verbesserung.

Referenten für Transparenz

Der Sanitätsbetrieb und insbesondere die TB behalten sich das Recht vor, Verantwortliche für die Transparenz zu ernennen, die derzeit in den Abteilungsdirektoren vom Sanitätsbetrieb zu identifizieren sind.

Bürgerzugang und Allgemeiner Bürgerzugang

Die Informationen und Adressen, an die der Antrag auf Bürgerzugang und allgemeinen Bürgerzugang gestellt werden muss, sind in der Sektion „Transparente Verwaltung", Unterabschnitt „Sonstige Inhalte", Unterabschnitt „Bürgerzugang" angegeben.

Dies vorausgeschickt, wird darauf hingewiesen, dass der Sanitätsbetrieb im Jahr 2016 umgehend die neuen Regeln des Zugangs umgesetzt hat, auch durch die Aktualisierung des Anwendungsprogramms auf der eigenen Webseite. Im Jahr 2017 hat sich der Sanitätsbetrieb aufgrund des Rundschreibens Nr. 2/2017 des Ministeriums für die Vereinfachung und die öffentliche Verwaltung durch die Einführung des Registers der Allgemeinen Bürgerzugänge ausgerichtet. Das genannte Register wurde in der Sektion „Transparente Verwaltung", Untersektion „Andere Inhalte", Untersektion „Bürgerzugang" veröffentlicht.

Seit 2018 wurde ein Sammelsystem für die Registrierung der Aktenzugänge, Bürgerzugänge und allgemeinen Bürgerzugänge eingerichtet. Im selben Jahr wurde eine neue Methode der internen Protokollierung eingeführt, welche die Ausarbeitung und Veröffentlichung eines halbjährlichen Registers der Zugänge ermöglicht mit allen vom Gesetz vorgeschriebenen Zugangsarten. Dieses Register wurde im Laufe der Jahre 2019-2022 einer kontinuierlichen Verfeinerung unterzogen.

Mit Dekret des Landeshauptmanns vom 13. Januar 2020, Nr. 4 wurde eine Verordnung zur Ausübung des Zugangsrechts sowie der Rechte verabschiedet, die sich aus den Veröffentlichungspflichten, der Transparenz und der Informationsverbreitung der öffentlichen Verwaltungen ergeben. Diese Verordnung regelt im Einklang mit der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, sowie zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG die Wahrnehmung folgender Rechte: a) Zugang zu den Verwaltungsunterlagen; b) einfacher Bürgerzugang; c) allgemeiner Bürgerzugang; d) Zugang zu den Unterlagen der Vergabeverfahren und der Verfahren zur Ausführung öffentlicher Aufträge;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

e) Zugang zu den Umweltinformationen; f) Information und Recht auf Zugang zu personenbezogenen Daten.

Das gegenständliche Dekret wurde auf der betrieblichen Webseite unter » Transparente Verwaltung » Allgemeine Bestimmungen » Allgemeine Akte veröffentlicht.

Angesichts der hohen Anzahl an Zugangsanträgen an den Sanitätsbetrieb, erschien es angezeigt:

1. im Jahr 2021 eine Mitteilung zu den Themen: Aktenzugang, einfacher Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang auszuarbeiten und diese allen Führungskräften und Mitarbeitern zur Kenntnis zu bringen. Vorgenanntes Dokument enthält im Wesentlichen die Angabe der Rechtsquellen und die praktische Verwaltung der verschiedenen Formen von Informationsanfragen und Unterlagen, die der Sanitätsbetrieb behandelt;
2. im Jahr 2022 den Mitarbeitern des Sanitätsbetriebs eine Fortbildung zu den Themen Aktenzugang, einfacher Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang anzubieten;
3. im Jahr 2023 allen Mitarbeitern des Sanitätsbetriebes eine persönliche Informationsveranstaltung zu den Themen Zugang zu den Verwaltungsunterlagen, einfacher und allgemeiner Bürgerzugang und Fragen des Datenschutzes anzubieten;
4. ebenfalls im Jahr 2023 den Mitarbeitern des Sanitätsbetriebes eine Online-Informationsveranstaltung zu den Themen Zugang zu den Verwaltungsunterlagen, einfacher und allgemeiner Bürgerzugang und praktische Beispiele anzubieten;
5. im Jahr 2024 den Mitarbeitern von SABES ein weiteres online Weiterbildungsangebot zu den Themen Zugang zu den Verwaltungsunterlagen, einfacher und allgemeiner Bürgerzugang und praktische Beispiele anzubieten, Event, dass 2024 regulär stattgefunden hat;
6. im Jahr 2025 den Mitarbeitern von SABES ein weiteres Weiterbildungsangebot zu den Themen Zugang zu den Verwaltungsunterlagen, einfacher und allgemeiner Bürgerzugang und dazugehörige Thematiken anzubieten;
7. für 2026 wird die Fortsetzung der Schulungsmaßnahmen zu den genannten Themen vorgesehen.

Für 2023 waren zwei Überprüfungen der Zugänge unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Bürgerzugänge programmiert.

Im Laufe des Jahres 2023 wurden schließlich folgende Maßnahmen durchgeführt:

- 12 Kontrollen der im Jahr 2023 registrierten Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- 12 Kontrollen der im Jahr 2023 registrierten allgemeinen Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- 4 Kontrollen des Zugangs zu Verwaltungsdokumenten, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen.

Im Laufe des Jahres 2024 und 2025 wurde nachstehende ausgeführt:

- 12 Kontrollen der registrierten Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- 12 Kontrollen der registrierten allgemeinen Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- 12 Kontrollen der Zugänge zu Verwaltungsdokumenten, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen.

Im nächsten Triennium wird die Weiterführung von regelmäßigen Prüfungen der Zugänge geplant.

Zusätzliche Daten

Der Sanitätsbetrieb hat in der Sektion "Transparente Verwaltung" unter "Sonstige Inhalte - Zusätzliche Daten" die Ergebnisse der Überwachung des Zugriffs auf die Sektion sowie den Bericht über die "Transparenztage" u.ä. veröffentlicht.

Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Sanitätsbetrieb aus Transparenzgründen zusätzlich zu den Daten, für die gemäß G.v.D. Nr. 33/2013 eine Veröffentlichungspflicht besteht, weitere Daten veröffentlicht hat.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Kontrolle der Umsetzung von Maßnahmen (Überwachung)

Der Plan legt das folgende System für die Überwachung der Implementierung der Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen fest: aufgrund der erfolgten Modellierung der Entscheidungsprozesse in den Risikobereichen, sowie der im selben Zuge erhobenen Risikoanalyse wurde die Auflistung der bereits vorhandenen Gegenmaßnahmen und die Umsetzung derselben fortgeführt (es wird auf die Anlage I verwiesen, in welcher in den Tabellen die Indikatoren, die Fristen, die Verantwortlichen und die Überprüfungsmodalitäten der erfolgten Implementierung angegeben sind).

Kontrollen mittels Verwendung von Fragebögen über die Wirksamkeit und Effizienz siehe die vorangegangenen Kapitel.

Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen in den modellierungspflichtigen Bereichen für das Jahr 2024 wurde in Übereinstimmung mit dem, was von den Referenten vorgesehen und geplant war, auch unter Berücksichtigung eventueller organisatorischer und gesetzlicher Änderungen, überwacht. Man verweist hier nochmals auf die vorangegangenen Kapitel.

Für das Jahr 2025 wurde ein spezifischer Anti-Korruptions-Kontrollplan erstellt und der Generaldirektion vorgelegt, der vom Antikorruptionsbeauftragten umgesetzt wird.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Risikomanagement

Es handelt sich dabei um eine Reihe von Tätigkeiten, die vom A.K.T.B. (jetzt A.K.B. und T.B.) koordiniert werden, um korruptionsgefährdete Aktivitäten einzudämmen und zu überwachen.

Diese Tätigkeit besteht, zusammengefasst, in der Erkennung von Risikoprozessen, in der Modellierung und Überwachung derselben, um dem Phänomen der Korruption vorzubeugen, es zu beseitigen (oder, wo dies nicht möglich ist, es so weit wie möglich einzudämmen). Das Hauptwerkzeug für die Durchführung dieser Tätigkeit ist gegenständlicher Plan.

Der gesamte Prozess des Risikomanagements erfordert die Aktivierung von Mechanismen zur Konsultation der Verantwortlichen der Bereiche. Für die Aktivitäten der Identifikation, Analyse, Gewichtung und Umschreibung von Risiken wird daher die Möglichkeit geprüft, spezifische Arbeitsgruppen einzurichten, um einen synergetischen und damit effektiveren Abgleich zu gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aktualisierung des Plans

Die Aktualisierung der obigen Ausführungen erfolgt unter Einhaltung der sektoralen Bestimmungen und insbesondere durch:

a) neue Rechtsvorschriften, die zusätzliche Verpflichtungen auferlegen;

b) neue Gesetzgebung, die den institutionellen Zweck der Verwaltung ändert;

c) Auftreten neuer Risiken, während der Vorbereitungs-/Erstellungsphase des Plans oder zu jedem Zeitpunkt, zu dem die Umstände dies erforderlich machen;

d) neue von der ANAC erlassene Richtlinien oder Weisungen.

Für 2025 sind neue Risikomodelle und Risikobewertungsbögen geplant, um eine bessere Leserlichkeit zu gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

SEZIONE 2.3 PIAO I
Parte descrittiva dei rischi corruttivi e trasparenza

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

© Azienda Sanitaria dell’Alto Adige – 2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INDICE

Legenda delle abbreviazioni utilizzate **5**

Premessa **6**

Quadro normativo 6
Concetto di corruzione 6
Concetto di conflitto di interessi 6
Principali strumenti per la prevenzione della corruzione 7
Il P.T.P.C.T. e PIAO 7
Il collegamento fra il sistema di prevenzione e il PNRR 9

Contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige **14**

Analisi del contesto esterno **15**

Analisi del contesto interno **15**

Soggetti esterni 35
Soggetti interni 35

Attività di analisi del rischio **41**

Mappatura e monitoraggio dei processi 43
Monitoraggio dei termini procedimentali 44

Aree a rischio **45**

A - Controlli, verifiche e ispezioni 46
B – Ripartizione amministrazione del Personale e Ripartizione sviluppo del Personale 51
C – Contratti pubblici 51
D - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni cliniche e ricerca sanitaria 55
E – Strutture sanitarie private accreditate 62
F - Liste d'attesa 63
G - Attività libero professionale intramoenia 62
H - Affari generali e contenzioso 69
I – Attività conseguente ai decessi intraospedalieri 71
J - Servizio aziendale di medicina del lavoro 72
K - Servizio aziendale di medicina dello sport 72
L - Servizio veterinario aziendale 72
M - Minialloggi e altre soluzioni abitative 75
N - Asilo nido aziendale e microstrutture convenzionate 76
O - Servizio per le dipendenze (SERD) 78
P – Gestione immobiliare e patrimonio 81
Q – Servizio igiene alimenti e nutrizione S.I.A.N. (Servizio aziendale) 81
R – Ispettorato micologico 83
S – Medicina ambientale 81
T - Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica (S.I.S.P.) 84
U - Sponsorizzazione 84
V – Amministrazione parcheggi 85
W – Donazioni 85
X – Internal Auditing 85
Z – Magazzino 86

Misure per contrastare il fenomeno della corruzione **87**

Formazione 87
Semplificazione amministrativa 89
Ulteriori interventi ed attività trasversali finalizzati al contrasto del fenomeno corruttivo 94
Rotazione degli incarichi 98
Codice degli obblighi di servizio e comportamento 101

Sezione Trasparenza ed Integrità **116**

Quadro normativo e PNRR 116
Le principali attività 116
Obiettivi strategici – trasparenza 118
Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei dati pubblicati 120
Giornate della trasparenza 121
Strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati 121
Misure organizzative per la regolarità e tempestività dei flussi informativi 122
Misure di monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di trasparenza 122
Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" 123
Referenti per la trasparenza 123
Accesso civico e accesso civico generalizzato 123
Dati ulteriori 125

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Controllo sull'implementazione delle misure (monitoraggio) 126

Gestione del rischio 127

Aggiornamento 128

Sezione 2.3 PIAO II: Mappatura dei processi decisionali e analisi del rischio
Sezione 2.3 PIAO III: Elenco obblighi di pubblicazione vigenti

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Legenda delle abbreviazioni utilizzate

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
P.A.	Pubblica Amministrazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
C.I.V.I.T.	Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle P.A.
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
PIAO	Piano integrato di attività e organizzazione
PP	Piano Performance
P.T.P.C.T.	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
P.T.T.I.	Programma triennale per la trasparenza e Integrità
R.P.C.T.	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
R.P.C.	Responsabile per la prevenzione della corruzione
R.T.	Responsabile per la Trasparenza
S.S.P.	Servizio Sanitario Provinciale
S.N.A.	Scuola Nazionale di Amministrazione
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari
D.Lgs.	Decreto legislativo
D.L.	Decreto Legge
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
D.F.P.	Dipartimento della funzione pubblica
LEA	Livelli essenziali di Assistenza
BPM	Business Process Management
AS	Azienda Sanitaria
CS	Comprensorio Sanitario
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Premessa[1]

Quadro normativo

Le fonti normative in sintesi sono le seguenti:

- legge 6 novembre 2012, n. 190, recante „Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 che riordinano la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, comma 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, in attuazione dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come sostituito dalla legge n. 190, che ha approvato il "Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni";
- legge 7 agosto 2015, n. 124;
- decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- i Piani nazionali anticorruzione (PNA);
- articolo 6 del decreto-legge n. 80 del 9 giugno 2021 (per dettagli: https://piao.dfp.gov.it/)
- decreto legislativo n. 36/2023.

(per ulteriori informazioni vedasi: https://home.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/corruzione.asp)

Concetto di corruzione

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

Concetto di conflitto di interessi

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e trasparenza, rileva altresì definire preliminarmente il concetto di "conflitto di interessi" che rappresenta un concetto ancor più ampio di quello di corruzione tout court.

Comprenderne il reale significato e l'ipotesi di eventuale sussistenza, rileva sia nell'analisi che nella pianificazione delle attività volte a prevenire la corruzione.

[1] *In conformità con le linee guida del Parlamento Europeo sulla neutralità di genere nel linguaggio, si specifica come l'utilizzo del maschile riferito a persone e professioni è da intendersi come neutro.*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

La difficoltà dell'approccio a tale concetto deriva dal fatto che, pur risultando esso presente nella normativa, in particolar modo in quella anticorruzione, non ne viene tuttavia fornita una precisa definizione; pertanto, ciò di cui si può disporre è la ricostruzione - non sempre pacifica- che di tale concetto è stata fatta da dottrina e giurisprudenza.

Sintetizzando, il conflitto di interessi nella Pubblica Amministrazione - reale, potenziale, o anche meramente percepito - sussiste allorquando l'interesse secondario (di qualsivoglia natura) di un soggetto appartenente all'Amministrazione medesima tende, o potrebbe tendere, ad interferire con l'interesse primario della P.A.

Il carattere volutamente generale di tale definizione consente di adattarla alle diverse fattispecie di conflitto di interessi che possano eventualmente coinvolgere i vari soggetti nelle diverse aree e nei diversi ambiti di attività della Pubblica Amministrazione.

Principali strumenti per la prevenzione della corruzione

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

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

Il P.T.P.C.T. , PIAO e percezione della corruzione

Il piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza rappresentava il documento fondamentale dell'Amministrazione per la definizione della strategia di prevenzione del rischio corruttivo all'interno dell'Azienda Sanitaria.

Il Piano era un documento di natura programmatica che inglobava tutte le misure di prevenzione obbligatorie e quelle ulteriori individuate dalla singola PA.

Per essere efficace, il piano, ora in sostanza parte del PIAO, deve essere strutturato come documento di programmazione delle attività e dell'impiego delle risorse umane, con l'indicazione di rischi specifici, obiettivi indicatori, misure in relazione al grado di rischio rilevato.

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il piano è sottoposto a continuo controllo circa la sua effettiva applicazione e la sua efficacia preventiva.

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

Il piano e i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul sito internet (https://www.asdaa.it/it/home) – Sezione Amministrazione trasparente - Disposizioni Generali – e – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione.

All'interno del Piano sono presenti le seguenti indicazioni:

- i soggetti: vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità (il responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, i dirigenti, i dipendenti, i referenti);
- le aree a rischio;
- l'indicazione della metodologia per effettuare la valutazione del rischio;
- le misure di contrasto e di prevenzione;
- la programmazione previsione di cicli di formazione e definizione dei destinatari;
- l'adozione di integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- i tempi e le modalità di riorganizzazione della struttura aziendale.

L'attuale sezione 2.3. PIAO tiene conto della mappatura dei processi decisionali monitorati nel corso dell'anno 2025.

Nel 2025 il R.P.C. ha effettuato un monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza individuate nel precedente piano interpellando per iscritto tutti i vari referenti d'area e richiedendo loro di indicare lo stato di implementazione delle singole misure programmate.

Il R.P.C. nel 2025 ha rivisto la struttura delle schede di mappatura, valutazione ed individuazione delle contromisure con la finalità di renderle più intellegibili, omogenee e di introdurre indicatori ed obiettivi.

Le nuove schede sono:

- dotate di diversi menù a scelta multipla in modo tale da facilitarne la compilazione;
- state presentate dal R.P.C. ed alimentate dai referenti con il supporto del R.P.C. in appositi incontri personali;
- contengono anche i questionari circa l'efficacia delle misure di prevenzione e quello circa la necessità di prevedere misure ulteriori (specifiche), non presenti nel precedente triennio, per modifiche del contesto interno e/o esterno.

In base agli esiti dei questionari:

- le singole misure di contrasto e di prevenzione per la riduzione del rischio di corruzione elencate nel Piano triennale 2025-2027 (vedasi allegati del presente documento) relative sono state ritenute ancora efficaci;
- non sono stati registrati rilevanti cambiamenti nel contesto esterno ed interno, per cui non sono necessarie ulteriori contromisure (specifiche).

Nell'anno 2024 è stata realizzata la traduzione in lingua tedesca del questionario con cui venivano poste alcune domande utili a monitorare la percezione e l'eventuale esperienza della corruzione nella azienda sanitaria nonché la conoscenza della strategia anticorruzione.

Il questionario è stato inoltrato nel corso 2025 a tutti i collaboratori.

Il questionario, somministrato in forma anonima e bilingue, ha fornito indicazioni utili per orientare le strategie di prevenzione della corruzione e rafforzare la cultura dell'integrità all'interno dell'Azienda Sanitaria.

La corruzione è percepita come diffusa a livello nazionale (90% "molto" o "abbastanza"), con una progressiva attenuazione della percezione a livello regionale (60%) e aziendale (28%). È significativo che

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

quasi un terzo dei rispondenti non percepisca la corruzione come presente in Azienda, e che oltre un quarto la ritenga "quasi per niente diffusa" o "inesistente". Questo dato suggerisce una fiducia crescente nei meccanismi interni di controllo, nella trasparenza delle procedure e nella cultura organizzativa locale.

La minore percezione di corruzione in Azienda è attribuita a fattori quali la conoscenza diretta delle procedure, la cultura locale, l'etica del lavoro, la presenza di controlli strutturati, ma anche alla cautela nel dichiarare situazioni critiche.

La conoscenza delle misure anticorruzione è in fase di consolidamento: il Codice di Comportamento è noto al 62% dei rispondenti, mentre la sezione Anticorruzione del PIAO è conosciuta dal 22%. I concetti di whistleblowing e pantouflage risultano meno noti, ma sono oggetto di formazione mirata nel Piano Triennale 2025–2027.

La partecipazione ai corsi è in crescita, ma ancora limitata: il 26% ha seguito corsi sul Codice di Comportamento, il 17% sul PIAO-Anticorruzione, il 9% su whistleblowing e il 4% su pantouflage. Il dato evidenzia spazi di miglioramento già presi in carico nel piano formativo 2025.

La maggioranza dichiara di non avere elementi per valutare l'efficacia delle misure, mentre una quota minoritaria le ritiene "abbastanza" o "molto efficaci". Questo risultato è coerente con la complessità del tema e con la necessità di rafforzare la comunicazione interna sulle azioni di prevenzione e sugli esiti delle verifiche.

Il 75% non ha mai assistito o non è certo di aver assistito a episodi di corruzione. Tra chi ha assistito, prevalgono la scelta di non agire (20%) o di non rispondere (26%), mentre solo una minoranza ha utilizzato i canali di segnalazione.

Tra gli ostacoli più frequentemente indicati emergono la convinzione che "non cambierebbe nulla", la paura di ritorsioni e la sfiducia nei canali disponibili.

Questi elementi evidenziano la necessità di rafforzare la fiducia nei meccanismi di segnalazione, migliorandone la trasparenza, la protezione e la comunicazione.

Raccomandazioni operative

Alla luce dei risultati, si propongono le seguenti azioni di miglioramento:

- Rafforzare la comunicazione interna sulle misure anticorruzione, con campagne informative periodiche, materiali semplici e canali diversificati (intranet, newsletter, incontri brevi).

- Incrementare la formazione mirata su anticorruzione, whistleblowing e pantouflage, con corsi pratici, moduli e-learning e quiz di autovalutazione, coinvolgendo anche i nuovi assunti.

- Promuovere la cultura della fiducia e della trasparenza, valorizzando testimonianze di segnalazioni gestite correttamente e coinvolgendo i dirigenti come "ambasciatori" dell'integrità.

- Monitorare e migliorare i canali di segnalazione, verificando periodicamente l'efficacia della piattaforma whistleblowing e raccogliendo feedback anonimi sugli ostacoli percepiti.

- Personalizzare la comunicazione in base ai diversi profili professionali, utilizzando anche strumenti visivi (infografiche, video brevi).

Il collegamento fra il sistema di prevenzione e il PNRR

Il Recovery and Resilience Facility (RRF) ha una dimensione totale pari a € 672,5 miliardi, di cui € 312,5 miliardi sono sovvenzioni e € 360 miliardi sono prestiti a tassi agevolati. Per l'Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede circa €191,5 miliardi, di cui € 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto.

Le aree prioritarie di investimento del piano sono: transizione verde; trasformazione digitale; crescita intelligente, sostenibile e inclusiva; coesione sociale e territoriale; salute e resilienza economica, sociale e istituzionale; politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

Il PNRR si articola nelle seguenti 6 Missioni, a loro volta divise in 16 Componenti:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (€ 40,32 mld);
- Rivoluzione verde e transizione ecologica (€ 59,47 mld):
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile (€ 25,40 mld);
- Istruzione e ricerca (€ 30,88 mld);
- Inclusione e coesione (€ 19,8 mld);
- Salute (€ 15,63 mld).

Al fine di finanziare tutti i progetti ritenuti in linea con la strategia del PNRR, è stato istituito un Fondo Nazionale Complementare, per un importo complessivo pari a € 30,6 miliardi.

Focus Missione 6 "Salute"

La Missione 6 «Salute» si articola, come segue, in due Componenti separate ma complementari.

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale.
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

La Componente 1 mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità) rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti.

- Investimento 1.1.: Case della Comunità e presa in carico della persona.
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
  - *Investimento 1.2.1:* Casa come primo luogo di cura (Adi);
  - *Investimento 1.2.2: Implementazione delle* Centrali operative territoriali (COT);
  - *Investimento 1.2.3:* Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
- Investimento 1.3.: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti.

- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.
  - *Investimento 1.1.1:* Digitalizzazione di 280 ospedali sede DEA I e II livello.
  - *Investimento 1.1.2:* Sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie.
  - *Investimento 1.1.3:* Rafforzamento strutturale del SSN (tendenziale).
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.
  - Realizzazione di almeno 109 interventi di adeguamento antisismico. A questi si aggiungono altri 220 interventi attraverso le risorse del PNC.
  - Risorse da accordi di programma: art. 20 legge finanziaria 67/88 – strutture sanitarie.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.
  - *Sub-investimento 1.3.1:* Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
    - Creazione del repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly.
    - Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni.
    - Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria Elettronica (tendenziale).
  - *Sub-investimento 1.3.2:* Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.
    - Evoluzione dell'infrastruttura e degli strumenti tecnologici e di analisi del Ministero della salute.
    - Reingegnerizzazione del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) a livello locale.
    - Costruzione di uno strumento potente e complesso di simulazione e predizione di scenari a medio lungo termine del SSN.
    - Sviluppo di una piattaforma nazionale di servizi di telemedicina.
- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.
  - *Investimento 2.1.1:* 100 progetti di ricerca finanziati con voucher Proof of Concept (PoC).
  - *Investimento 2.1.2:* 100 progetti di ricerca finanziati per tumori rari e malattie rare.
  - *Investimento 2.1.3:* 324 progetti di ricerca finanziati per malattie altamente invalidanti.
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.
  - *Investimento 2.2.1:* finanziamento di 2.700 borse aggiuntive in formazione di medicina generale.
  - *Investimento 2.2.2:* circa 294.000 corsi di formazione in infezioni ospedaliere.
  - *Investimento 2.2.3:* circa 4.500 corsi di formazione manageriale.
  - *Investimento 2.2.4:* 4.200 contratti di formazione medico-specialistica aggiuntivi.

L'allegato 2 Missione 6 Salute e dettaglio investimenti riporta per ciascun investimento della Componente 1 il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi (Comune, Provincia e Indirizzo) e all'importo dell'intervento.

L'adozione del presente PIAO avviene quindi in un periodo storico particolare segnato da profondi cambiamenti dovuti alle numerose riforme legate agli impegni presi dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare la crisi.

Il considerevole afflusso di fondi disponibili e le deroghe alla legislazione ordinaria, introdotte per esigenze di rapidità, richiedono un rafforzamento dell'integrità pubblica e la pianificazione di efficaci misure di prevenzione della corruzione specialmente nel settore dei contratti pubblici per evitare che i risultati attesi siano compromessi da eventi corruttivi.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige partecipa ai progetti PNRR inclusi nella "Missione 6 – Salute" occupandosi, in qualità di Soggetto Attuatore Esterno, delle attività di verifica, controllo e monitoraggio delle diverse fasi dei singoli interventi.

Per garantire un'attuazione efficace e tempestiva del PNRR, l'Azienda deve attivare sistemi di gestione e controllo adeguati, capaci di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il raggiungimento degli obiettivi entro le scadenze stabilite nella decisione di approvazione del Piano da parte dell'U.E.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In particolare, ai sensi dell'art. 22 del Reg. (UE) 2021/241 che istituisce il "Dispositivo per la ripresa e la resilienza" (RRF), devono essere adottate misure appropriate per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e garantire che l'uso dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi e del "doppio finanziamento".

Per attuare il PNRR-Salute, il Ministero della Salute, in qualità di Soggetto Titolare, ha istituito il "Sistema di Gestione e Controllo" (Si.Ge.Co.). Questo sistema definisce i ruoli e le funzioni dei principali attori della fase attuativa degli interventi PNRR, le procedure per la selezione, il monitoraggio e il presidio degli interventi, le tipologie di circuito finanziario nonché le caratteristiche del sistema informativo.

Attraverso il sistema Si.Ge.Co., i diversi responsabili aziendali dei processi di attuazione del PNRR dovranno registrare e attestare (con evidenza documentale) gli esiti dei controlli effettuati anche in riferimento alle misure per la prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi e del "doppio finanziamento".

Come suggerito da ANAC, è opportuno che la Direzione Aziendale, il R.P.C. T e i direttori delle strutture aziendali coinvolti nei progetti cooperino per garantire un sistema efficace di prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi.

Tutti i Direttori (di strutture semplici, complesse, di dipartimento, d'ufficio o di staff) che gestiscono processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali hanno il compito di:

- procedere con l'aggiornamento e l'analisi dei processi menzionati, in conformità con quanto previsto da questa sezione del PIAO, implementando le misure indicate dal PNA, dalla Circolare MEF n. 30 dell'11/08/2022 e dal relativo Allegato "Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori", dalla Direttiva operativa MDS-UMPNRR-08-15/06/2022 e da eventuali successive indicazioni provenienti dagli Enti competenti;
- verificare la pubblicazione puntuale di tutti i dati, documenti e informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente con particolare attenzione a quelli relativi ai processi che contribuiscono all'attuazione degli obiettivi del PNRR e alla gestione dei fondi strutturali;
- assicurare l'acquisizione delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e delle certificazioni di assenza di conflitto di interesse, ai sensi del DPR n. 445/2000, firmate dai soggetti interni o esterni all'Azienda che svolgono incarichi specifici nell'ambito di tutti i processi che contribuiscono all'attuazione degli obiettivi del PNRR (ad esempio: RUP, membri delle Commissioni di gara, membri dei Collegi Tecnici, RP, DEC, Collaudatori, Coordinatori) e dai partecipanti ai bandi di gara, in linea con la normativa vigente del codice dei contratti pubblici.

L'Azienda Sanitaria nel corso della fine del 2024 ed inizio del 2025:

- si è dotata di un vademecum PNRR;
- ha incaricato l'Ufficio Internal Auditing, con il supporto della società di consulenza Pirene S.r.l., di eseguire dei controlli ex post di tipo campionario sulla documentazione relativa ai progetti PNRR archiviata in Archiflow.

Il vademecum è stato concepito come uno strumento operativo per i RUP (Responsabili Unici del Procedimento) dell'ASDAA, con l'obiettivo di:

- garantire la regolarità amministrativo-contabile degli atti e delle spese PNRR;
- assicurare il rispetto delle condizionalità e dei principi trasversali del PNRR (DNSH, conflitto di interessi, doppio finanziamento, antiriciclaggio);
- fornire indicazioni pratiche per la compilazione della piattaforma Regis;
- supportare l'archiviazione documentale e la rendicontazione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il documento contiene:

- le procedure già in essere in azienda per il PNRR;
- le indicazioni operative sui livelli di controllo (primo e secondo livello);
- le modalità di archiviazione documentale tramite il sistema Archiflow 10-PNRR;
- una sezione dedicata alle disposizioni operative ufficiali (Operational Arrangements) che regolano l'attuazione dei progetti PNRR, adattate per facilitarne l'applicazione all'interno dell'ASDAA
- le check-list e dichiarazioni da allegare (conflitto d'interessi, titolarità effettiva, ecc.) ai fini della rendicontazione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

I recenti piani nazionali anticorruzione (PNA) esprimono funditus l'importanza dell'analisi del contesto esterno ed interno al fine di rendere il piano più congruo e personalizzato possibile rispetto all'ente che descrive.

La prevenzione della corruzione, infatti, non deve essere solo documentata, per così dire, in modo impersonale, ma deve concretamente e fattivamente calarsi nella realtà dell'amministrazione. A tale scopo, non si può prescindere dall'analisi e dalla comprensione del contesto, esterno ed interno, in cui l'Azienda Sanitaria (d'ora in poi anche solo AS) opera per l'identificazione, il trattamento del rischio e la conseguente programmazione delle misure per combattere la corruzione in modo efficace ed efficiente. Il contesto esterno influisce sulla vita della popolazione e sul mondo del lavoro in relazione sia al territorio di riferimento (parametri sociali, socioeconomici, criminologici, ecc.) sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività.

L'analisi del contesto interno in modo complementare, partendo proprio dalla struttura aziendale e dalla distribuzione delle funzioni, dei compiti e delle responsabilità, permette di individuare punti di forza e di debolezza dell'organizzazione amministrativa nel suo complesso al fine di comprendere ed identificare eventuali aree più a rischio corruttivo, o più in generale, suscettibili di maladministration.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Analisi del contesto esterno

Andamento demografico

La demografia rileva e studia diversi aspetti della popolazione presente e della popolazione residente di una regione. I dati sono tratti dalla statistica ufficiale della popolazione e dai registri anagrafici e stato civile dei comuni e riguardano:

- la struttura demografica;
- l'andamento demografico.

I dati descrivono sia le principali caratteristiche demografiche strutturali, cioè età, sesso, stato civile, nazionalità e tipologia familiare, sia l'andamento demografico in seguito a nascite, decessi e migrazione.

È da sottolineare che - trattandosi di due fonti di dati diversi - l'ammontare della popolazione desunto dai registri anagrafici può discostarsi da quello calcolato in base alla statistica ufficiale della popolazione.

Vengono rilevati anche i dati concernenti i matrimoni, le separazioni ed i divorzi.

Partendo da questi dati vengono calcolati degli indicatori per effettuare una sintesi delle informazioni, per esempio saldo naturale, saldo migratorio, speranza di vita, tasso di natalità, tasso di nuzialità, tasso di divorzialità, indice di vecchiaia, quota degli stranieri, ampiezza media familiare, ecc.

Fonte: https://astat.provincia.bz.it/it/popolazione.asp

INDICATORI

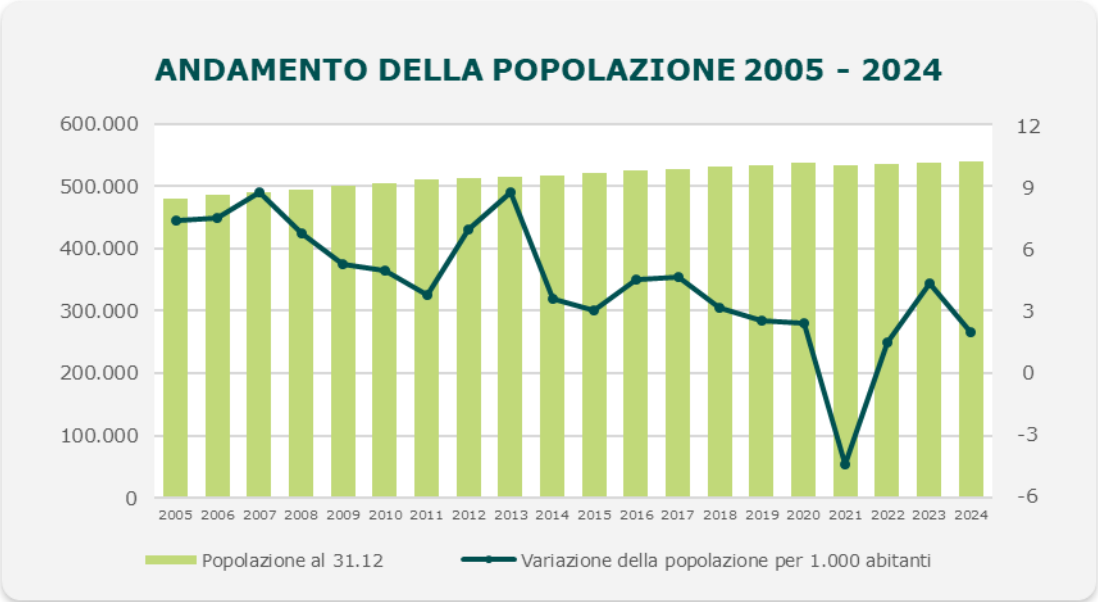
DESCRIZIONE	DATA	VALORE
Popolazione residente al 31.12 (a) (c)	2024	539.386
Nati vivi (a) (c)	2024	4.526
Morti (a) (c)	2024	4.549
Saldo migratorio (a) (c)	2024	+1.853
Età media al 1° gennaio (a) (c)	2024	44,0
Indice di vecchiaia al 1° gennaio (a) (c)	2024	≈136
Tasso di fecondità totale (a)	2024	1,5–1,6
Ampiezza media familiare (b)	2024	2,2
Stranieri (%) (a)	2024	≈10,5%
Matrimoni religiosi (%) (b) (c)	2024	≈25%
Tasso di nuzialità (per 1.000 abitanti) (b) (c)	2024	≈4,0
Tasso di divorzialità (per 10.000 abitanti) (b) (c)	2024	≈9,0

(a) Fonte: ISTAT (b) Fonte: ASTAT, elaborazione dei registri anagrafici comunali (c) Dati provvisori

Al 31.12.2024 la popolazione residente in Alto Adige ammonta a 539.386 persone, 1.853 in più rispetto all'anno precedente (+3,4‰).

Fonte: ASTAT info 31/2025

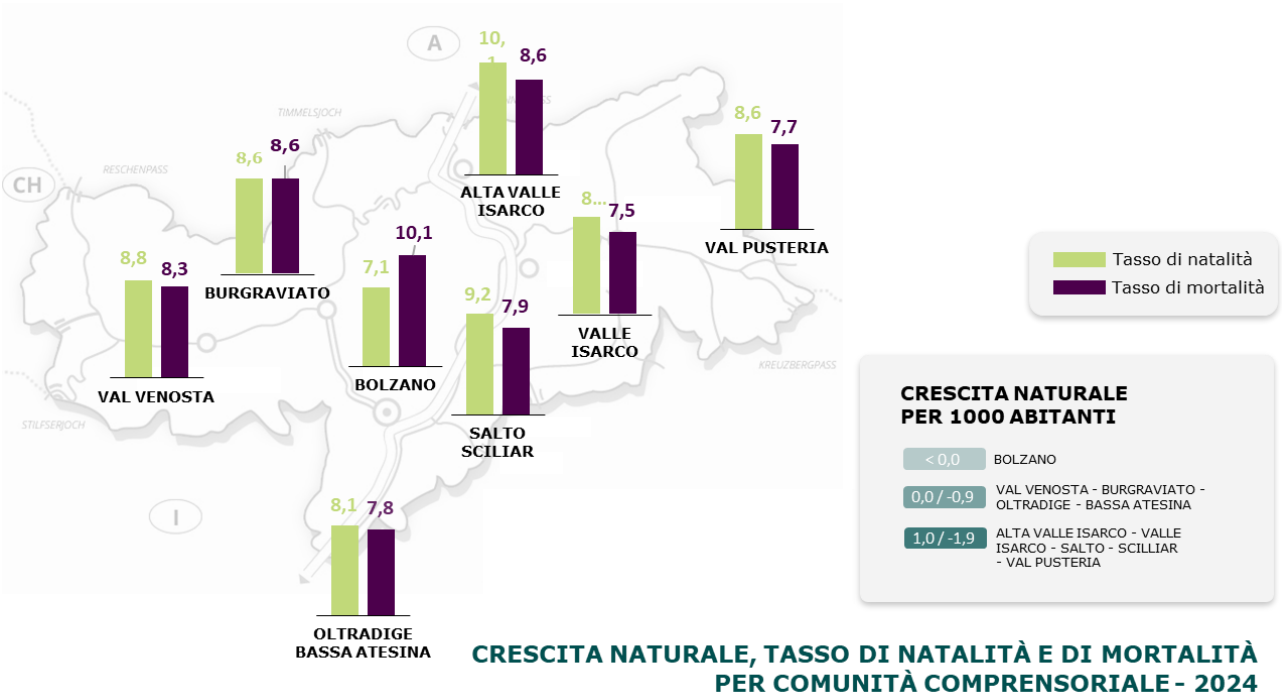
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Fonte: ASTAT info 31/2025

A fronte di una crescita naturale stagnante, questa modesta variazione è dovuta esclusivamente alla componente migratoria. Nel complesso, in Alto Adige si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione, con un'età media che sale a 44 anni, mentre l'ampiezza media familiare è in costante diminuzione.

Fonte: ASTAT info 31/2025



CRESCITA NATURALE, TASSO DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ PER COMUNITÀ COMPRENSORIALE - 2024

Fonte: ASTAT info 31/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Istruzione e cultura in Alto Adige

Nell'ambito delle statistiche sull'istruzione vengono rilevati e pubblicati annualmente i dati relativi alle iscrizioni ed agli esiti finali degli scrutini nelle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di primo e secondo grado della provincia di Bolzano. La statistica inerente alla formazione professionale comprende i corsi per apprendisti ed i corsi a tempo pieno. L'istruzione universitaria prevede la rilevazione annuale degli studenti altoatesini iscritti, neo-immatricolati e laureati presso le università italiane e austriache.

INDICATORI

DESCRIZIONE	DATA	VALORE
Tasso di scolarità (a)	2023/24	101,8%
Quota di alunne e alunni stranieri (b)	2023/24	12,7%
Diplomate/i per 100 diciottenni	2023/24	54%
Tasso d'iscrizione all'università 19- 25 anni (c)	2023/24	29,9%
Iscrizioni scuola dell'infanzia	2023/24	15.367
Iscrizioni scuola primaria	2023/24	27.927
Iscrizioni scuola secondaria di I grado	2023/24	17.174
Iscrizioni scuola secondaria di II grado	2023/24	20.002
Iscrizioni formazione professionale	2023/24	10.273

(a) Scuole primarie, secondarie di I e II grado, formazione professionale
(b) Scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I e II grado
(c) Studenti altoatesini iscritti presso le università italiane e austriache ogni 100 diplomati dei 5 anni scolastici precedenti

Fonte: ASTAT info 05/2025; 16/2025

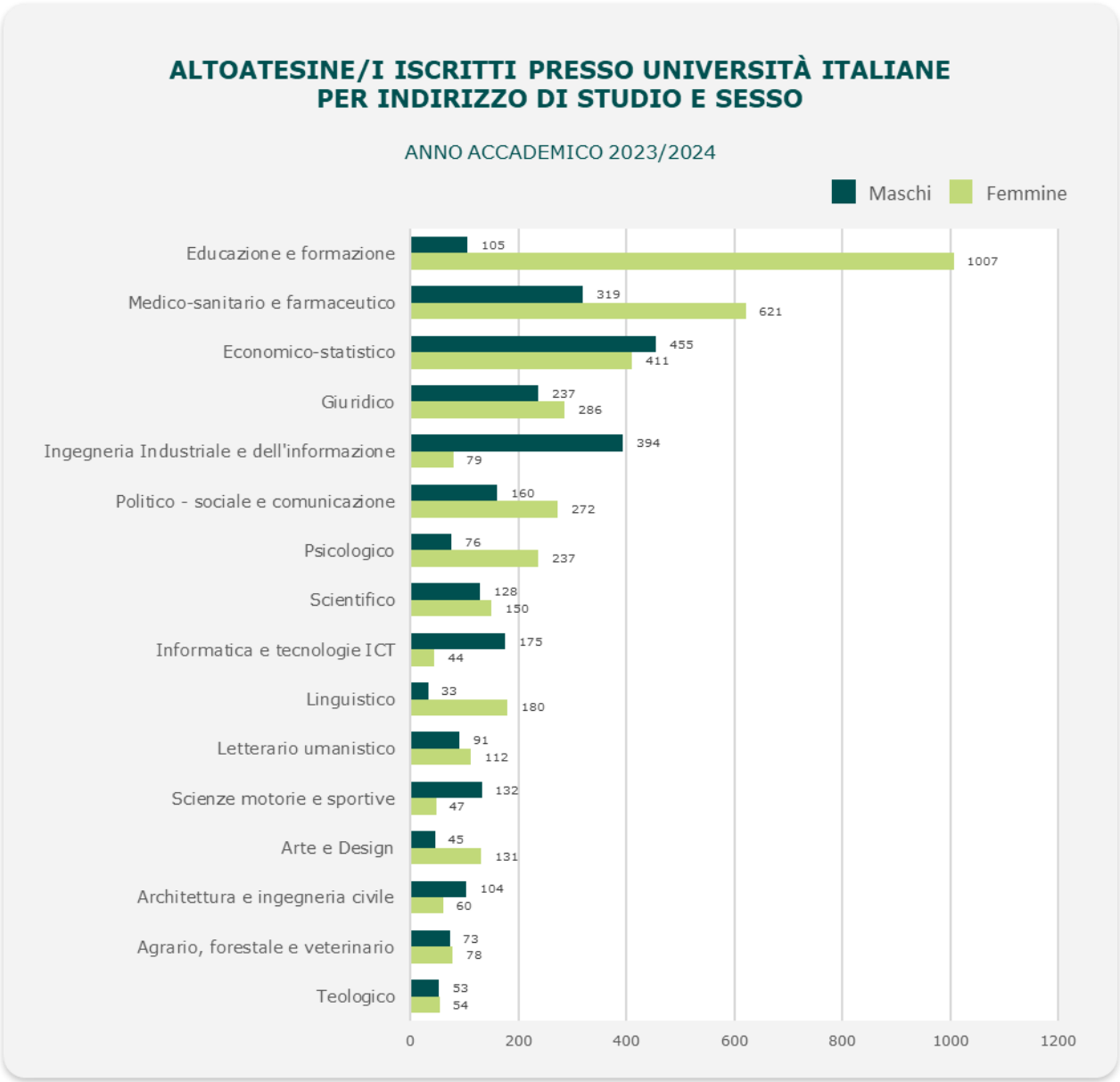
Nell'anno scolastico 2023/24 sono 15.367 le iscrizioni nella scuola dell'infanzia altoatesina, 27.927 nella scuola primaria e 17.174 nella scuola secondaria di I grado. 20.002 giovani frequentano una scuola secondaria di II grado, mentre in 10.273 sono iscritti ad un corso di formazione professionale. Il 12,7% della popolazione scolastica non possiede la cittadinanza italiana.

Fonte: ASTAT info 05/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

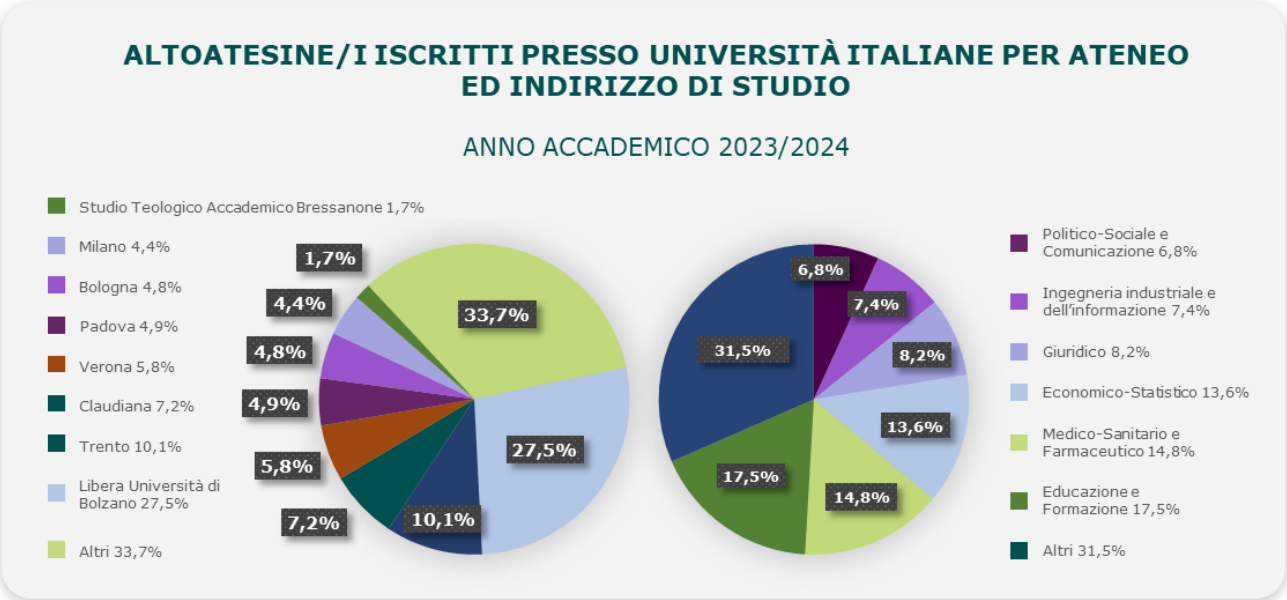
Nell’anno accademico 2023/24 le persone residenti in Alto Adige iscritte a università italiane o austriache sono complessivamente 12.642, di cui 1.930 neo-immatricolate. Il tasso di iscrizione all’università delle donne (35,0%) è significativamente più alto rispetto a quello degli uomini (25,1%). 2.601 altoatesine e altoatesini si sono laureati in Italia o in Austria nell’anno accademico 2022/23, ovvero nell’anno solare 2023.

Fonte: ASTAT info 16/2025



Fonte: ASTAT info 16/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

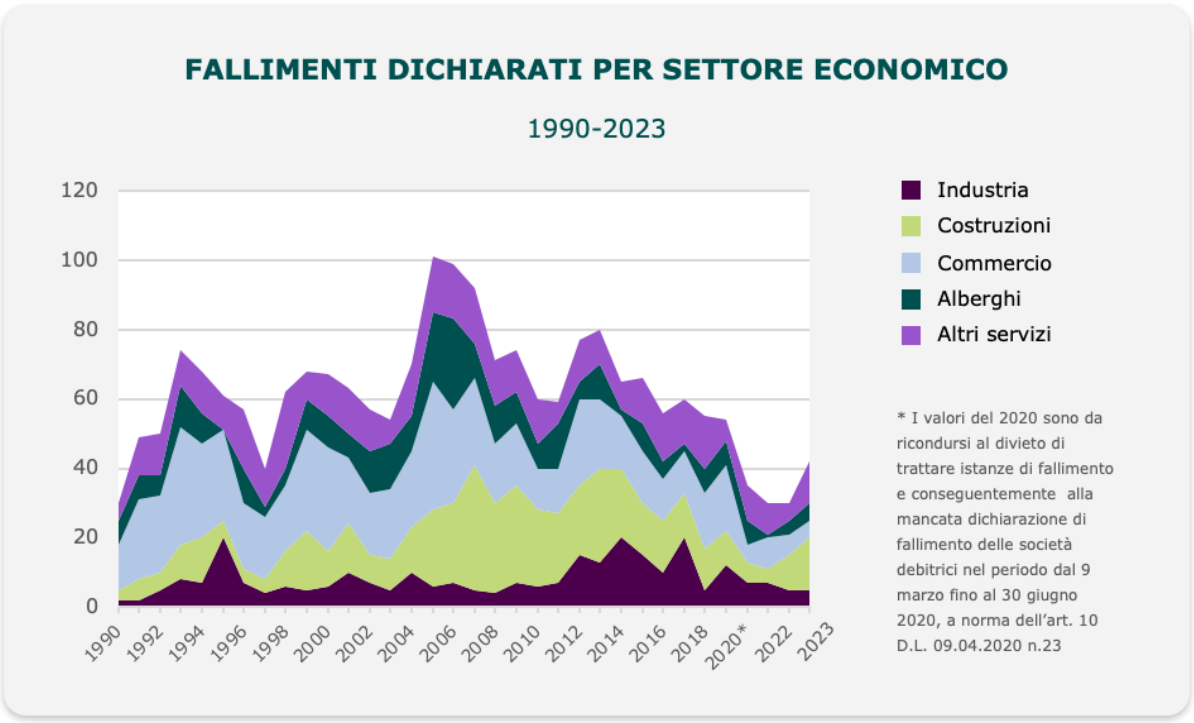


Fonte: ASTAT info 16/2025

Liquidazioni giudiziali - 1° semestre 2025

Nel primo semestre del 2025, sono 22 le liquidazioni giudiziali avviate e 15 quelle concluse. In totale sono state avviate 22 liquidazioni giudiziali, di cui 7 nel settore degli Altri servizi, 5 nelle Costruzioni e 4 nel Commercio. Nella comunità comprensoriale di Bolzano si contano 12 liquidazioni giudiziali, mentre nel Burgraviato e nell'Oltradige-Bassa Atesina ne sono state avviate 3. Nel primo semestre del 2025 sono state concluse 15 liquidazioni giudiziali; in media, a ciascuna procedura sono stati ammessi 35 creditori.

Fonte: https://astat.provincia.bz.it/it/pubblicazioni/liquidazioni-giudiziali-1-semestre-2025



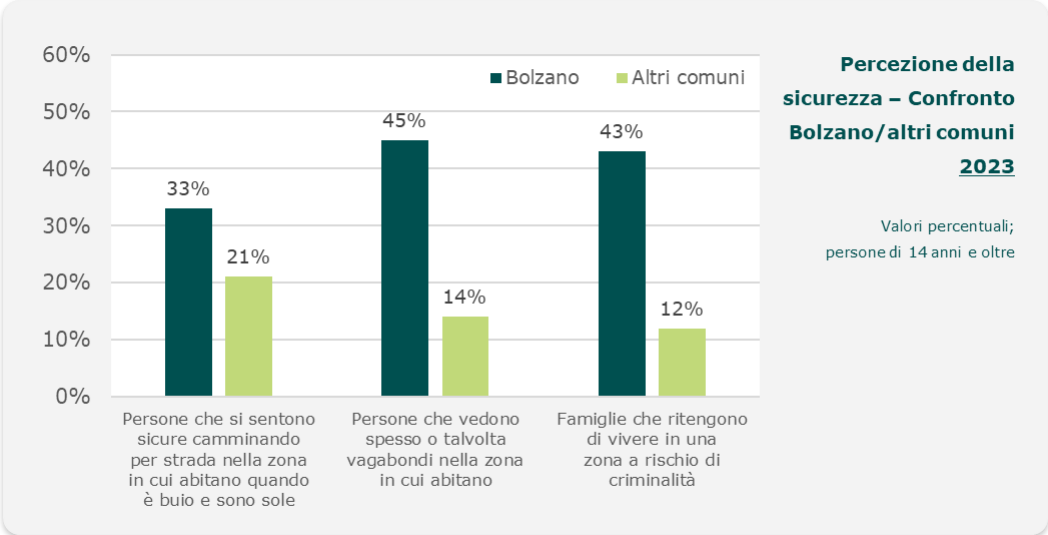
Fonte: Annuario statistico della Provincia di Bolzano 2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Percezione di sicurezza - 2023

Nel 2023 la maggior parte della popolazione altoatesina si sente sicura nella propria zona di residenza, ma con marcate differenze territoriali e di genere. La percezione del degrado urbano - come vagabondaggio e atti di vandalismo - è più elevata nei centri maggiori, in particolare a Bolzano. Dopo una fase di calo, aumenta nuovamente la quota di famiglie che percepisce un rischio di criminalità. Il quadro generale resta stabile, ma con segnali di crescente disagio.

Fonte: https://astat.provincia.bz.it/it/pubblicazioni/percezione-della-sicurezza-2023

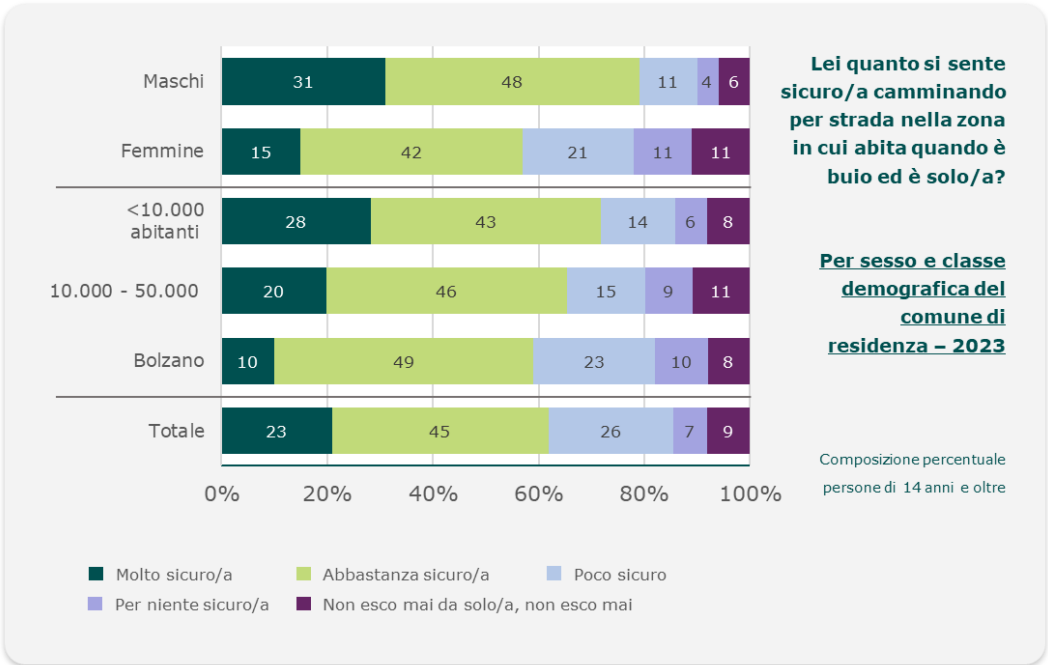


Fonte: ASTAT info 38/2025

Una persona su quattro non si sente sicura nella zona in cui vive

Nel complesso, il 68% della popolazione altoatesina dai 14 anni in su si sente molto o abbastanza sicuro camminando da solo al buio nella zona in cui abita, mentre il 16% riferisce di sentirsi poco sicuro e un ulteriore 7% per niente sicuro. Una quota non trascurabile (9%) dichiara di non uscire mai da sola o di non uscire mai quando è buio.

Fonte: ASTAT info 38/2025



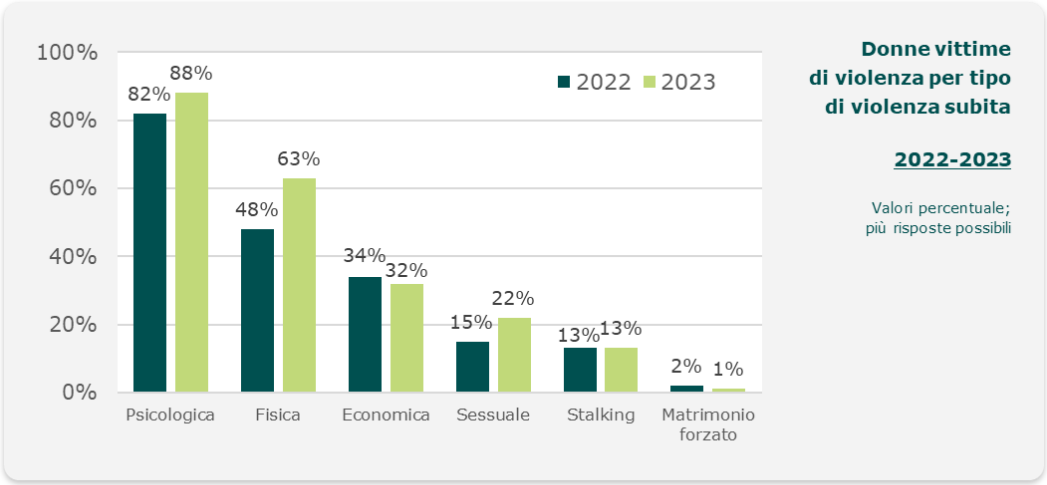
Fonte: ASTAT info 38/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Violenza sulle donne: Centri antiviolenza e strutture residenziali - 2023

Nel 2023 il numero complessivo delle donne che si so-no rivolte ai quattro centri antiviolenza della provincia è di 760: 160 richieste di aiuto in più rispetto all'anno 2022. Molto spesso le forme di violenza subite dalle donne si sovrappongono; nel 2023 prevale la violenza psicologica (88%), seguita da quella fisica (63%).

Fonte: ASTAT Info 48/2024

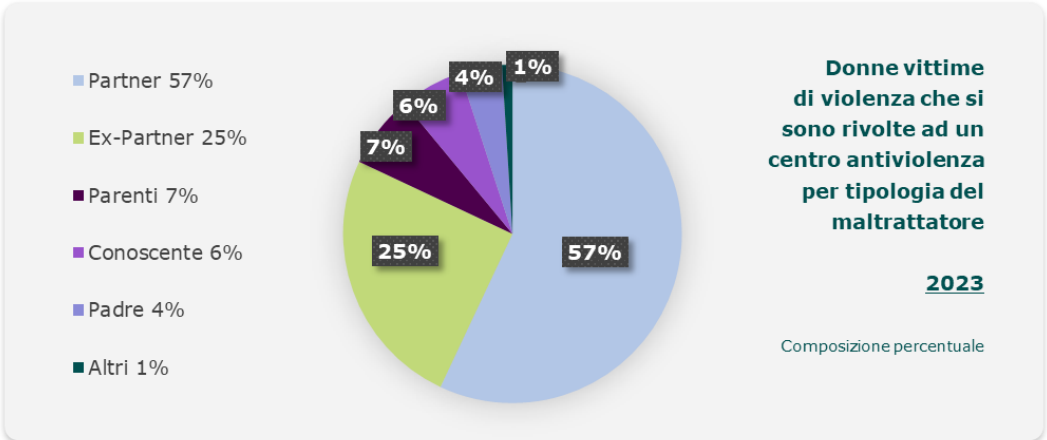


Fonte: ASTAT Info 48/2024

Gli autori della violenza sono in prevalenza partner o ex partner

Gli autori della violenza si trovano soprattutto tra le persone con cui la donna ha legami affettivi importanti, nel 57% dei casi il maltrattatore è il partner (marito, con-vivente o fidanzato) e nel 25% si tratta dell'ex partner. Nell'11% dei casi è un altro familiare o parente a perpetrare le violenze. Le violenze subite fuori dall'ambito familiare e di coppia costituiscono il restante 7%.

Fonte: ASTAT Info 48/2024



Fonte: ASTAT Info 48/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Più di 12.000 contatti per collaborazioni per supportare le donne e uscire da una situazione di violenza

La presenza di un’ampia rete di supporto è importante sia per accompagnare la donna al centro antiviolenza e/o al servizio "Casa delle donne", sia durante il per-corso di uscita dalla violenza. Per rispondere in modo sempre più efficace ai bisogni delle donne nel 2023 il numero complessivo di contatti per collaborazione con altri nodi della rete è pari a 12.092 (2.546 in più rispetto all’anno 2022).

Fonte: ASTAT Info 48/2024

CONTATTI PER COLLABORAZIONI CON ALTRI SERVIZI DELLA RETE - 2023

ENTI E SERVIZI	N.
Servizi sociali nelle comunità comprensoriali	3.602
Casa-donne in provincia	1.601
Forze dell’ordine	1.168
Associazioni	960
Avvocati	937
Servizi sanitari	759
Scuole	598
Servizi specifici per emigrati	572
Comuni e altri enti pubblici	393
Ricerca lavoro e servizi affini (Uffici del lavoro, INPS, ecc.)	360
Tribunale/Tribunale per minorenni	347
Ricerca casa (IPES, privati, ecc.)	254
Consultorio famigliare	215
Casa-donne fuori provincia	136
Altre strutture di ospitalità in provincia	146
Altre strutture di ospitalità fuori provincia	44
TOTALE	**12.092**

Fonte: ASTAT Info 48/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Tavole di mortalità della popolazione altoatesina – 2022 e 2023

La speranza di vita della popolazione altoatesina ha subito delle forti oscillazioni negli ultimi quattro anni: dopo il brusco calo del 2020 dovuto all'avvento della pandemia da Covid-19, nel 2021 è ritornata a salire, nel 2022 è rimasta stabile e soltanto nel 2023 ha recuperato completamente gli anni persi.

Nel 2022 la speranza di vita totale in Alto Adige ammonta a 83,4 anni e risulta invariata rispetto al 2021. Nel 2023 aumenta a 84,2 anni, ovvero sale di quasi dieci mesi rispetto all'anno precedente. Si registra quindi un pieno recupero degli anni di vita persi durante il 2020, ovvero nel primo anno di pandemia da Covid-19 (nel 2019 la speranza di vita ammontava a 83,9 anni).

Un bambino di sesso maschile nato nel 2022 può con-tare su una speranza di vita di 81,2 anni, mentre una bambina su una speranza di 85,7 anni. Nel 2023 la speranza di vita alla nascita aumenta per entrambi i sessi ritornando ai valori pre-pandemia: l'aspettativa di vita di un bambino nato nel 2023 ammonta a 82,3 anni e rispetto al 2019 risulta superiore di 6 mesi, mentre l'aspettativa di una bambina è pari a 86,2 anni, stabile rispetto al 2019.

Fonte: ASTAT info 09/2025

INDICATORI

DESCRIZIONE	DATA	VALORE
Speranza di vita alla nascita: Maschi (a) (d)	2023	82,0
Speranza di vita alla nascita: Femmine (a) (d)	2023	86,2
Tumore: Tasso di mortalità (b)	2023	228,6
Malattie del sistema circolatorio: Tasso di mortalità (b)	2023	273,7
Interruzioni volontarie di gravidanza (c)	2023	5,0
Aborti spontanei (c)	2022	4,6

(a) Fonte: ISTAT (b) per 100.000 abitanti (c) Per 1.000 donne in età fertile (d) dati provvisori

Fonte: ASTAT Info 09/2025

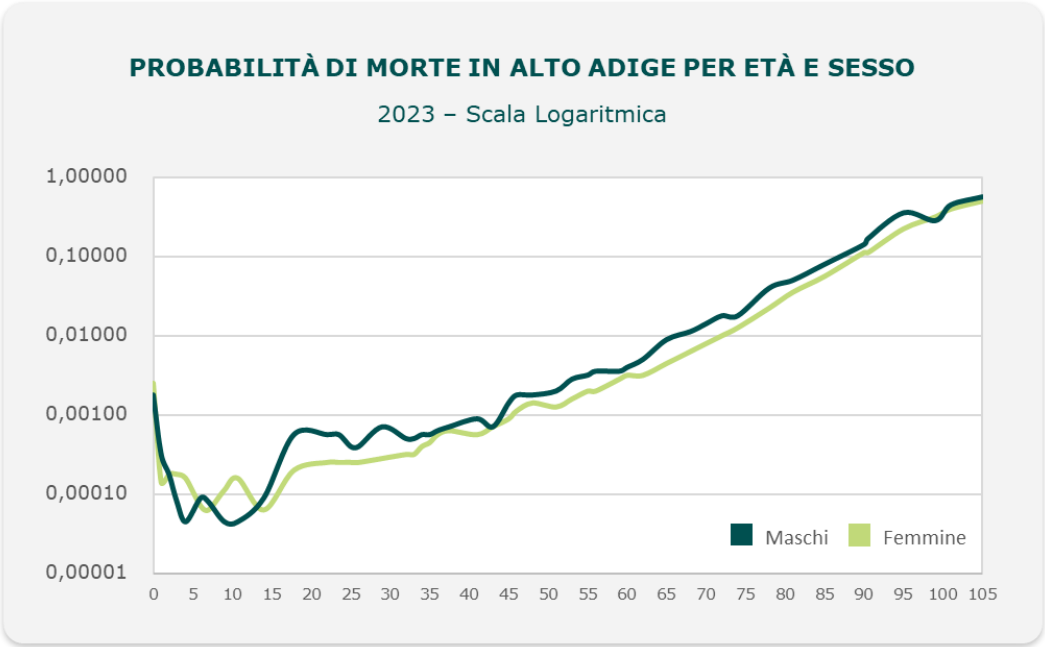
Tavole di mortalità

La speranza di vita viene calcolata in base alle tavole di mortalità. I dati - distinti per genere - indicano il numero di persone provenienti da un ipotetico contingente iniziale (di solito 100.000 persone) che in base alla probabilità di morte attuale sopravvivranno o moriranno nelle singole classi annuali di età.

Di seguito sono rappresentate le probabilità di morte specifiche per età per il 2023. La presentazione è realizzata in scala logaritmica per meglio illustrare le particolarità nell'infanzia, nell'adolescenza e nella giovane età adulta.

Fonte: ASTAT info 09/2025

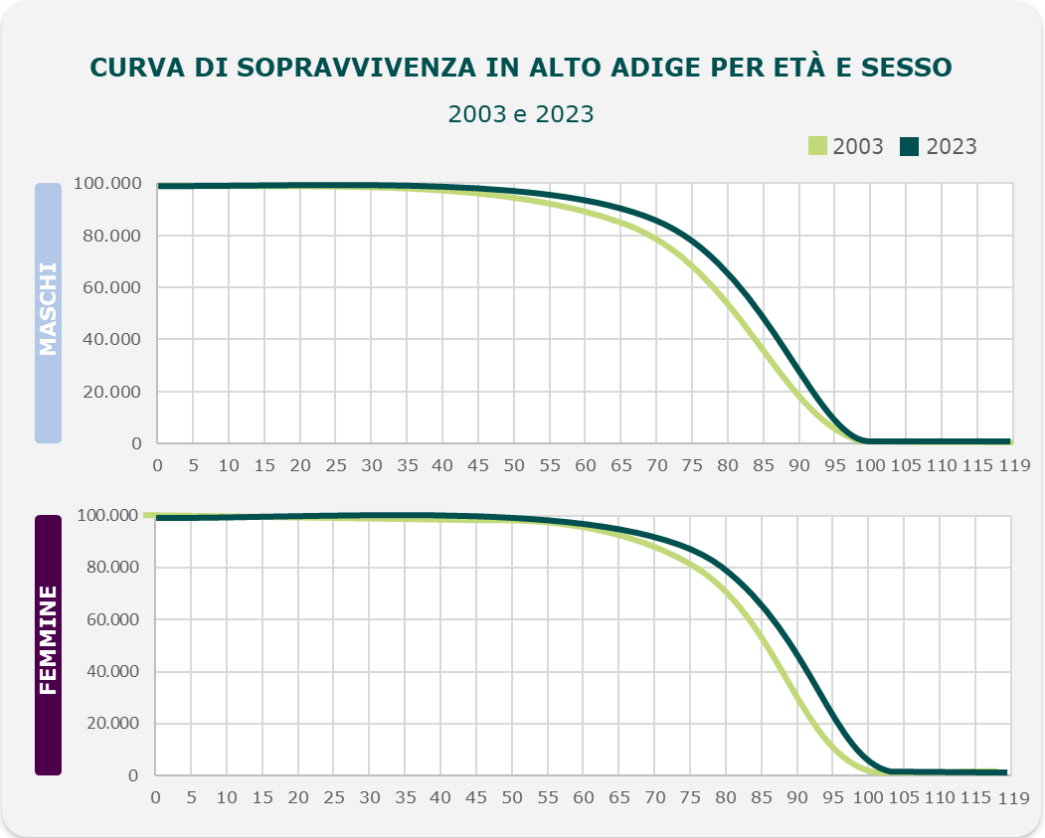
Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Fonte: ASTAT info 09/2025

Confrontando l'andamento delle curve di sopravvivenza del 2003 e del 2023, si nota che gli uomini hanno guadagnato più speranza di vita delle donne negli ultimi vent'anni: per le donne, infatti, la distanza tra la curva del 2003 e quella del 2023 è molto più ridotta.

Fonte: ASTAT info 09/2025



Fonte: ASTAT info 09/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

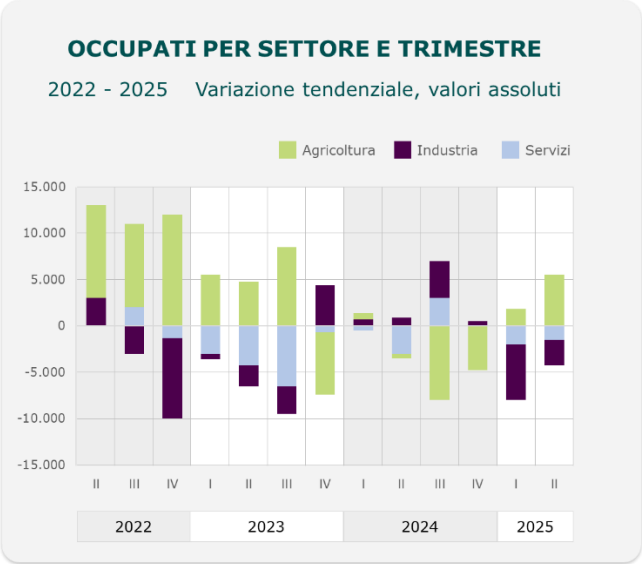
La salute degli altoatesini

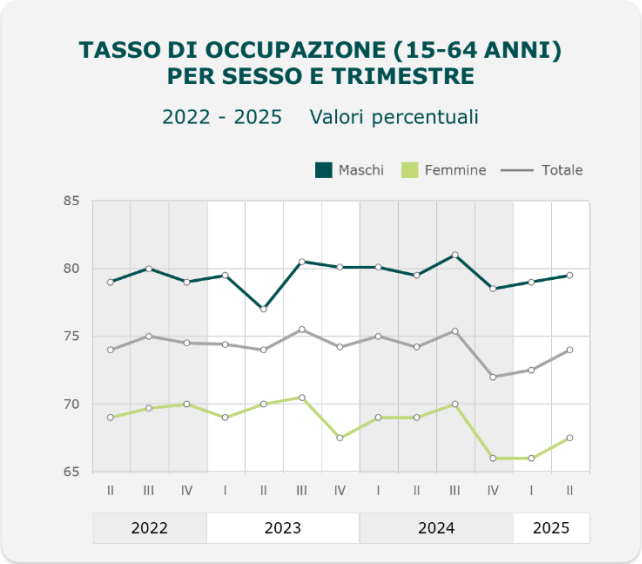
Vedasi PIAO in primis sezione 1 e https://civis.bz.it/it/temi/salute-benessere.html

Occupazione in Alto Adige

Nel secondo trimestre 2025 il numero di occupati è pari a 261.328 persone, situazione in linea con gli stessi trimestri dei due anni precedenti. Se nell'agricoltura e nell'industria si registrano lievi flessioni (rispettivamente -1.206 e -2.889 persone), nei servizi emerge un aumento di 5.673 persone. Il tasso di occupazione (15-64 anni) tra aprile e giugno 2025 si attesta al 74,0%, invariato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. I disoccupati ammontano a 4.157 persone, valore in linea con lo stesso periodo dell'anno precedente. Nel secondo trimestre 2025 il tasso di disoccupazione (15-74 anni) è pari all'1,6%, mentre lo stesso indicatore per le donne raggiunge il 2,0%. Il numero di inattivi (15-64 anni) ammonta a 84.983 persone. Il tasso di inattività, in analogia agli altri indicatori, conferma una certa stabilità, attestandosi al 24,8%.

Fonte: ASTAT info 41/2025





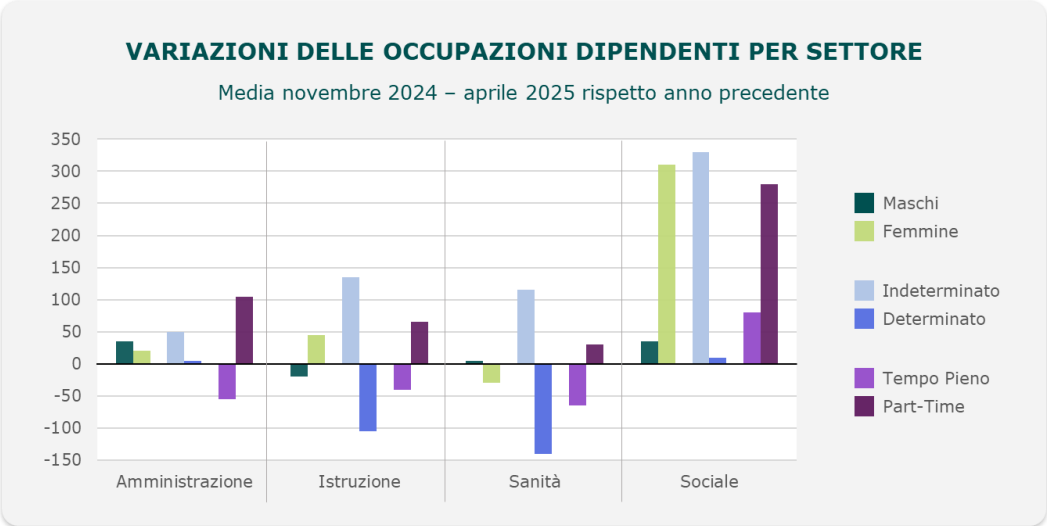
Fonte: ASTAT info 41/2025

<u>Più posti di lavoro nel sociale gestito da privati</u>

Nel settore pubblico, definito come l'insieme di pubblica amministrazione, istruzione, sociale e sanità (sia pubblici che privati), risultavano occupate nel periodo novembre 2024 - aprile 2025 mediamente 57.034 persone. Ciò corrisponde ad un lieve aumento del +0,7% rispetto a dodici mesi prima, ovvero +387 rapporti di lavoro. Questo leggero incremento è stato coperto quasi completamente da donne (+333; +0,8%) e quasi per niente da uomini (+54; +0,4%).
La crescita occupazionale è avvenuta grazie a privati che offrono servizi sociali, sia residenziali (p.es. case di riposo) che non. Per fare ciò, hanno aumentato i posti di lavoro con contratto a tempo indeterminato e part-time. Negli altri settori si osserva invece soltanto il lento percorso verso contratti di lavoro meno precari e con orari settimanali ridotti.

Fonte: Rapporto sul mercato del lavoro in provincia di Bolzano 2025/1

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Fonte: Rapporto sul mercato del lavoro in provincia di Bolzano 2025/1

Relazione sull'attività delle forze di polizia

Ogni anno a cura del Dipartimento della Pubblica sicurezza - Direzione centrale della Polizia criminale, viene pubblicata la Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata, di cui si indicano qui sotto i riscontri. L'ultima è stata pubblicata il 18.12.2024 in relazione all'anno 2023.

Vedi: https://www.camera.it/temiap/2025/01/20/OCD177-7811.pdf

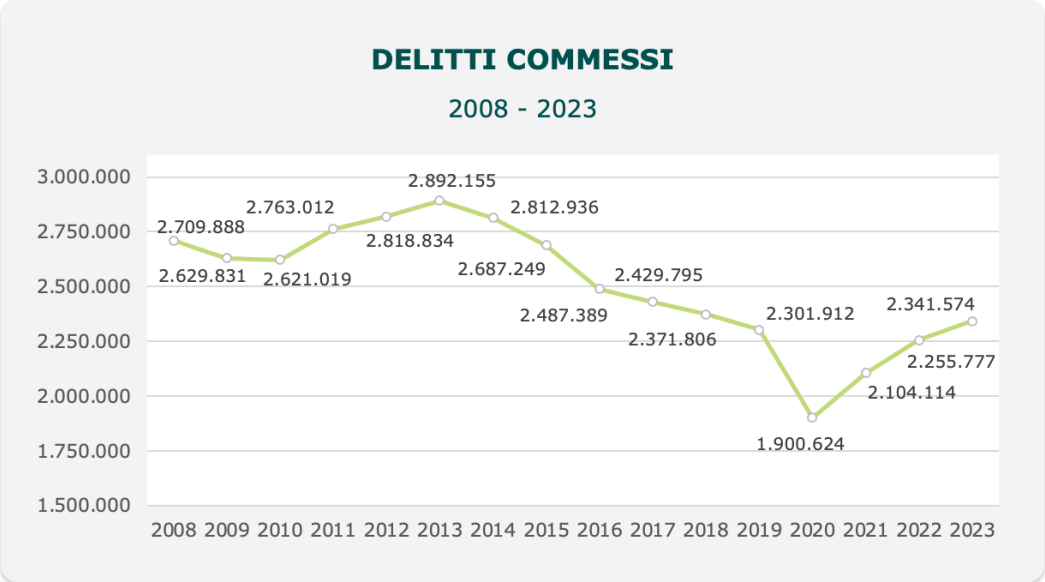
Andamento della delittuosità in Italia

In Italia, nel periodo 2013-2019, il totale generale dei delitti ha mostrato una costante flessione fino al 2020 per poi risalire nel 2021, attestandosi su valori intermedi rispetto agli anni 2019 e 2020. In particolare, nell'anno in esame 2023, si registrano 2.341.574 delitti commessi.

In Italia, nell'arco temporale 2008-2023 il numero totale dei delitti commessi ha mostrato un andamento altalenante sino al 2013, evidenziando una costante flessione tra il 2014 ed il 2020. Nel periodo 2021-2023 si è, invece, rilevato un trend in aumento; in particolare, nel 2023 i delitti registrati sono stati 2.341.574, con un incremento del 3,8% rispetto al 2022. Tale valore è, peraltro, simile a quelli rilevati negli anni 2018 e 2019.

Fonte: Relazione al parlamento 2023

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge



Fonte: Relazione al parlamento 2023

Rispetto al 2022, l'aumento del numero dei reati rilevato nel 2023 ha riguardato, in particolare, le truffe e le frodi informatiche (+10,3%), le rapine (+9,5%), i furti (+6,0%), i danneggiamenti (+2,5%), le lesioni dolose (+1,3%), le ricettazioni (+1,1%). Risultano, invece, in diminuzione il contrabbando (-29,7%), l'usura (-21,5%), lo sfruttamento della prostituzione e la pornografia minorile (-21,3%), gli incendi (-18,8%), le estorsioni (-5,1%), i danneggiamenti seguiti da incendio (-1,6%) e le violenze sessuali (-1%).

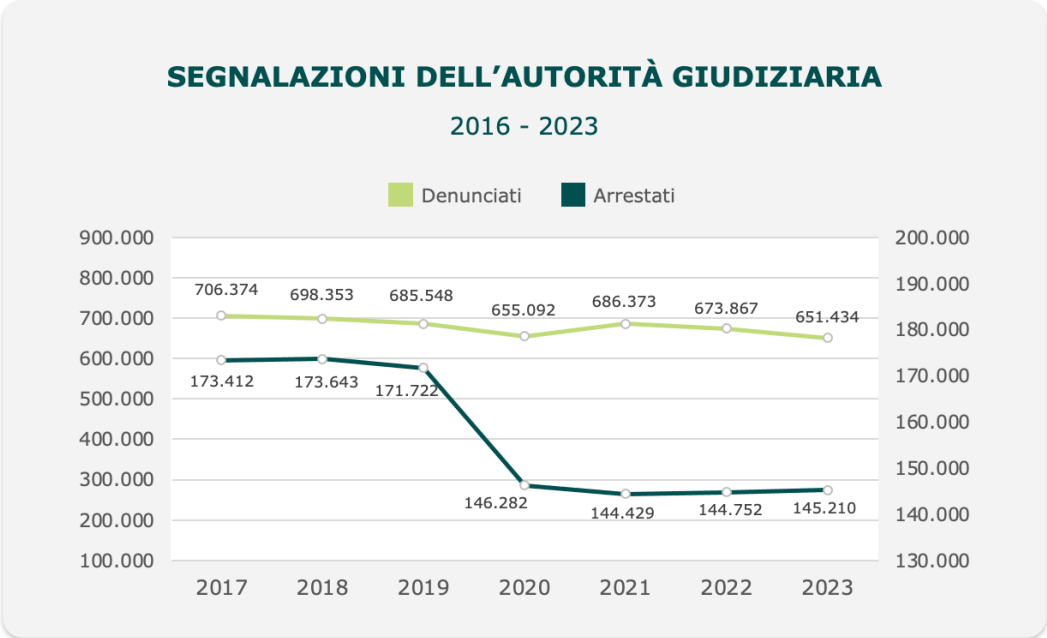
Sull'incremento dei reati predatori rilevato nel 2023, l'approfondimento delle specifiche tipologie di rapina (+9,5% nel 2023 rispetto al 2022) ha evidenziato, rispetto al 2022, un aumento del 12,9% delle rapine in abitazione (che rappresentano il 7% del totale), del 9,5% delle rapine in pubblica via (che rappresentano il 59% del totale) e del 6,3% delle rapine in esercizi commerciali (che rappresentano il 13,6% del totale). Risultano, invece, in diminuzione del 33,6% le rapine in banca (che rappresentano lo 0,31% del totale). Nel 2023 si è rilevato in aumento anche il numero degli omicidi volontari.

Azioni di contrasto

Nel 2023 risultano 796.644 segnalazioni riferite a persone denunciate e/o arrestate (268.780 riferite a stranieri e 32.981 a minori), registrandosi un decremento del 2,7% rispetto alle 818.619 del 2022. Nel medesimo periodo sono 651.434 le segnalazioni di persone denunciate in stato di libertà, 216.969 delle quali relative a stranieri e 28.897 a minori. Il dato complessivo evidenzia una diminuzione del 3,3% rispetto al 2022. Le segnalazioni di persone arrestate risultano, invece, 145.210, delle quali 51.811 riferite a stranieri e 4.084 a minori. Si rileva, rispetto al 2022, un incremento dello 0,3%.

Fonte: Relazione al parlamento 2023

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

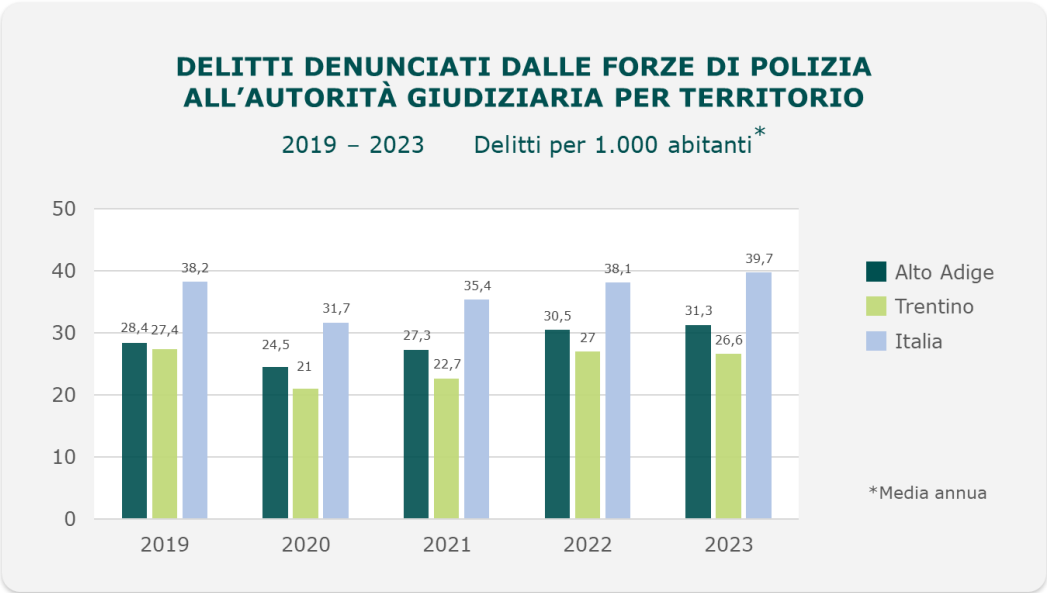


Fonte: Relazione al parlamento 2023

Delitti denunciati dalle Forze di Polizia - 2023

Nel 2023 le Forze di Polizia in Alto Adige hanno denunciato all'Autorità giudiziaria 16.693 delitti, in aumento del 2,7% rispetto al 2022 (16.258 delitti). Il rapporto dei delitti per 1.000 abitanti in provincia di Bolzano (31,3 per 1.000 abitanti) e in Italia (39,7) è superiore rispetto al dato del 2022, mentre in Trentino (26,6) è legger-mente inferiore.

Fonte: ASTAT info 1/2025



Fonte: ASTAT info 01/2025

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DELITTI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA PER TIPO DI DELITTO

2020 - 2022

ART DER STRAFTAT	2021	2022	2022	
			N	%
Vorsätzlicher und fahrlässiger Mord davon: bei Verkehrsunfällen	16 9	14 11	13 8	0,1 61,5
Versuchter Mord	3	6	9	0,1
Schläge	219	176	280	1,7
Vorsätzliche Körperverletzung	571	556	686	4,1
Bedrohung	540	507	568	3,4
Entführung	7	3	12	0,1
Sexualverbrechen	50	87	86	0,5
Sexuelle Handlungen mit Minderjährigen	1	1	9	0,1
Ausbeutung und Begünstigung der Prostitution	7	9	-	-
Kinderpornografie und Besitz von pädophilem Material	7	13	14	0,1
Diebstähle davon: • Einbrüche in abgestellte Autos • Mit besonderer Geschicklichkeit begangene Diebstahl z.B. Taschendiebstahl • Ladendiebstähle • Diebstähle durch Einbrüche in Wohnungen • Diebstahl von Mopeds • Diebstahl von Autos • Diebstahl von Motorrädern • Diebstahl durch Entreißen des Gegenstandes • Diebstahl von Kunstgegenständen und archäologischem Material	5.697 369 679 739 647 36 46 48 50 -	7.558 501 731 772 1.004 35 75 35 54 1	7.043 611 558 751 1046 26 77 61 51 8	42,2 8,7 7,9 10,7 14,9 0,4 1,1 0,9 0,7 0,1
Raub davon: • Auf öffentlichem Grund • In Geschäften/Kaufhäuser • In Banken • In Wohnungen	192 112 51 - 6	232 145 46 - 9	236 130 63 - 11	1,4 55,1 26,7 - 4,7
Erpressung	121	122	111	0,7
Cyberkriminalität	1.216	1.238	1.501	9,0
Computerdelikte	79	113	99	0,6
Fälschung von Warnzeichen, Schutzmarken und Industrieprodukten	2	13	10	0,1
Hehlerei	135	232	193	1,2
Geldwäsche und Verwendung von Geld, Gütern oder Einkünften unrechtmäßiger Herkunft	4	5	4	..
Sachbeschädigung	1.054	1.078	1.290	7,7
Brandstiftung	19	29	36	0,2
Sachbeschädigung, gefolgt von Brandstiftung	29	24	26	0,2
Drogendelikte	304	401	376	2,3
Kriminelle Vereinigung	5	1	-	..
Andere Straftaten	4.287	3.829	4.083	24,5
INSGESAMT	**14.581**	**16.258**	**16.693**	**100,0**
Angezeigte Straftaten, deren Tatverdächtige im Jahr zuvor und im selben Jahr ermittelt wurden	5.318	5.404	5.482	32,8
Straftaten der vergangenen Jahre, deren Tatverdächtige ermittelt wurden	778	735	643	3,9

Fonte: ASTAT info 8/2024

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Delitti denunciati in aumento ma calo dei furti

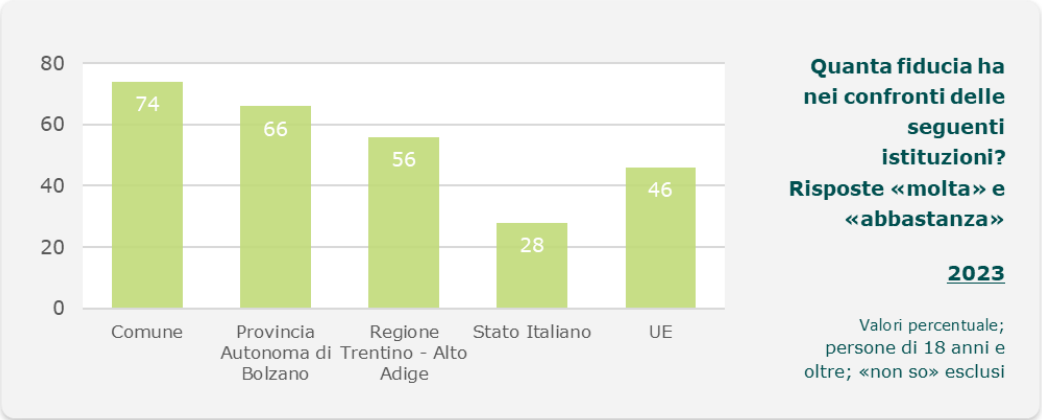
I furti costituiscono il tipo di delitto più frequente (7.043 singole denunce, pari al 42,2% del totale dei delitti); rispetto all'anno precedente sono diminuiti del 6,8%. Il calo si registra in particolare nei furti con destrezza (-23,7%), mentre nei furti in esercizi commerciali, al secondo posto per tipologia di furto, la diminuzione è più contenuta (-2,7%). I furti nelle abitazioni, che costituiscono il 14,9% del totale dei furti, aumentano invece del 4,2%.

Nel 2023 le rapine, che rispetto ad altre tipologie di delitti sono molto meno diffuse, aumentano leggermente (+1,7% rispetto al 2022). In particolare, crescono quelle in esercizi commerciali (+37,0%), mentre calano quelle in pubblica via (-10,3%).

Fonte: ASTAT info 1/2025

Soddisfazione delle cittadine e dei cittadini nei confronti dei servizi pubblici - 2023

La fiducia nelle istituzioni locali, storicamente elevata, risulta in calo. Soprattutto la Provincia autonoma di Bolzano ha avuto rispetto alla precedente edizione dell'indagine una diminuzione.
La Provincia Autonoma di Bolzano ha avuto rispetto al 2018 una diminuzione sensibile e passa dal 78% al 66% di voti positivi su quelli "validi" (ovvero tutte le risposte esclusi i "non so"). Italia e UE, invece, fanno registrare un recupero: lo Stato italiano passa dal 19% al 28%.



Fonte: ASTAT info 1/2024

Rapporto annuale dell'ANAC riguardante la corruzione

Il Presidente dell'ANAC nel 2025 ha presentato nella Camera dei Deputati la relazione annuale dell'Autorità Nazionale Anticorruzione sull'attività svolta nel 2024.

I temi affrontanti erano: i contratti pubblici, l'aggiornamento dell'attuale PNA, l'attività di vigilanza collaborativa, conflitti di interesse ed integrità e monitoraggio e dati.
Im Jahr 2024 wurde das Transparenzportal von ANAC durch eine Reihe gezielter Maßnahmen deutlich gestärkt, um die Transparenz im Bereich der lokalen öffentlichen Dienste zu vereinfachen, zu digitalisieren und zugänglicher zu machen.
Zu den wichtigsten Neuerungen zählen die Einführung neuer Standardformate für die Veröffentlichung von Daten, die Erweiterung der Funktionen, damit die Einrichtungen Jahresberichte und andere Dokumente direkt hochladen können, sowie die Einführung vereinfachter digitaler Werkzeuge für die Übermittlung von Informationen.
Darüber hinaus wurde eine breitere und strukturiertere Nutzung der Plattform gefördert, die im Jahr 2024 von über 700 Einrichtungen aktiv genutzt wurde. Dies hat dazu beigetragen, die Daten zugänglicher, vergleichbarer und zentralisiert zu machen.

Per maggiori dettagli vedasi: Relazione annuale 2024 - www.anticorruzione.it

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Indice di percezione della corruzione - i paesi dell'UE nella classifica globale

L'Indice di Percezione della Corruzione, elaborato annualmente da Transparency International, nasce nel 1995 ed è diventato il principale indicatore globale della corruzione nel settore pubblico. L'Indice assegna un punteggio a 180 Paesi e territori di tutto il mondo in base alla percezione della corruzione nel settore pubblico, utilizzando dati provenienti da 13 fonti esterne. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

Sulla scala che va da 0 (massima corruzione) a 100 (nessuna corruzione), il punteggio dell'Italia nel CPI 2024 è di 54 e colloca il Paese al 52° posto nella classifica globale ed al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea. Nell'ambito di una tendenza alla crescita, con +14 punti dal 2012, il CPI 2024 segna il primo calo dell'Italia (-2). Le più recenti riforme ed alcune questioni irrisolte stanno indebolendo i progressi nel contrasto alla corruzione.

Il CPI 2024 rivela che in più di un decennio la maggior parte dei Paesi ha fatto pochi progressi nell'affrontare la corruzione. Oltre 120 Paesi coperti dal CPI, ovvero più di due terzi del campione, ottengono ancora un punteggio inferiore al punto medio della scala (50 su 100).



L'indice attuale è reperibile al https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Stakeholder

L'analisi del contesto esterno ha anche come obiettivo quello di evidenziare come le possibili relazioni con portatori di interessi esterni (stakeholder) possono influenzarne l'attività.
I soggetti esterni che interagiscono con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sono:

- Amministrazione Provinciale con particolare riferimento all'Assessorato alla Salute;
- Comuni, Consorzio comuni, Comunità comprensoriali, Regioni, Stati esteri;
- Difesa civica;
- Corte dei conti;
- Tribunale Amministrativo Regionale;
- Ministeri;
- Ordini di categoria;
- Associazioni, Cooperative, Comitati;
- Fondazioni e altre organizzazioni senza scopo di lucro;
- Società in house della Provincia;
- Società partecipate e società controllate dell'AS;
- Università;
- Operatori economici;
- Cittadini/utenti/pazienti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Analisi del contesto interno

Organizzazione e funzioni dell'Azienda Sanitaria

Si rinvia alla sezione relativa del PIAO.

Si specifica, che con riferimento al progetto di riorganizzazione ancora in atto ed i cui dettagli sono reperibili nella sezione relativa del PIAO, esso impatterà fortemente sui procedimenti esistenti, essendo prevista ove possibile l'informatizzazione dei medesimi (sul punto si veda la voce "semplificazione amministrativa").

Premesso che uno degli obiettivi principali dell'Azienda sanitaria è quello di offrire la massima qualità nei servizi e di garantire in ogni momento la sicurezza del paziente, si specifica che sono stati elaborati a tal fine alcuni progetti, di cui di seguito si sintetizzano i principali:

Centro di simulazione per la sicurezza del paziente

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha fondato il Centro per la sicurezza dei pazienti nel marzo 2017 in collaborazione con l'Università Claudiana di Scienze Applicate alle Professioni Sanitarie. Il Centro per la sicurezza dei pazienti sviluppa e promuove la sicurezza dei pazienti nel settore sanitario. L'obiettivo è stabilire una rete di cooperazione con l'Università Claudiana di Scienze Applicate e offrire eventi di formazione regolari per gli operatori sanitari (interni ed esterni) con un focus sulla sicurezza dei pazienti - a livello aziendale. Il programma di formazione comprende principalmente corsi di rianimazione, corsi basati sulla simulazione medica e formazione sulla segnalazione degli incidenti.

Data l'importanza della conoscenza degli errori in medicina attribuibili al fattore umano, la gamma di corsi di formazione in questo settore è stata ampliata in modo trasversale, così da integrare queste conoscenze nei programmi di tutti i corsi di formazione e nei programmi di formazione di base.

In definitiva, il filo conduttore di tutte le attività del Centro di simulazione per la sicurezza dei pazienti rimane la promozione della sicurezza dei pazienti.

Gestione del rischio clinico

L'attività principale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è la cura dei pazienti. Lo svolgimento di questa attività cela per sua natura un elevato potenziale di rischio. La gestione del rischio in ambito sanitario si basa sul riconoscimento tempestivo di rischi ed errori con conseguente valutazione degli stessi al fine di circoscriverli, ridurli e, ove possibile, eliminarli completamente.

Una corretta valutazione del rischio è fondamentale per la qualità del servizio erogato, in quanto la qualità in Azienda si può ottenere solo mediante la standardizzazione dei processi, al fine di raggiungere l'eccellenza clinica.

Con deliberazione n. 1194 del 08.11.2022 è stato quindi nominato il direttore reggente della struttura complessa dell'unità organizzativa per il governo clinico presso la direzione generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ed attribuita la funzione di risk manager aziendale (per dettagli vedasi delibera sull'albo pretorio dell'azienda).

Critical Incident Reporting System (CIRS)

È stato configurato e implementato un nuovo software per la segnalazione e gestione dei *near miss* in ASDAA.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il nuovo Software permette di effettuare un monitoraggio quotidiano sugli eventi segnalati dal personale e quelli gestiti dal *team* di analisi, anonimizza e analizza le segnalazioni entranti suggerendo poi le azioni di miglioramento finalizzate ad evitare che lo stesso incidente si ripeta.

Il portale di segnalazione è accessibile al personale attraverso la pagina intranet CIRS Portal IT (sabes.it).

Promozione e sviluppo della cultura della sicurezza attraverso l'accreditamento all'eccellenza con Accreditation Canada

Accreditation Canada è una certificazione all'eccellenza che risponde ad alti standard qualitativi e organizzativi di eccellenza per la sanità riconosciuti a livello internazionale e sviluppati in collaborazione con HSO (Health Standards Organization).

Nel periodo dal 27 maggio al 7 giugno 2024 si è svolta la visita di valutazione degli auditori esterni. È stata effettuata una valutazione della nostra azienda sanitaria sulla base di criteri rigorosi e attraverso sopralluoghi in loco anche in singoli reparti e servizi:

COMPRENSORIO SANITARIO DI BOLZANO		In ospedale		Su distretto
NR. AUDIT	**54**	32		22
COMPRENSORIO SANITARIO DI MERANO		Merano	Silandro	Su distretto
NR. AUDIT	**45**	24	25	6
COMPRENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE		Bressanone	Vipiteno	Su distretto
NR. AUDIT	**34**	15	14	5
COMPRENSORIO SANITARIO DI BRUNICO		Brunico	San Candido	Su distretto
NR. AUDIT	**41**	23	16	5
TOT. ASDAA				
NR. AUDIT	**174**	**139**		**38**

Il report inviatoci in data 24 di giugno decreta il raggiungimento del livello platino (paziente al centro delle cure, coerenza dei servizi) dell'intera azienda.

ASDAA ha concluso pertanto il suo primo ciclo di accreditamento triennale con Accreditation Canada ottenendo la sua prima certificazione aziendale di accreditamento all'eccellenza di livello platino.

La Direzione Aziendale ha deliberato la prosecuzione del programma di accreditamento con Accreditation Canada, avviando ufficialmente il triennio previsto per il ciclo di mantenimento 2025-2027.

A tale scopo, è stata attivata una procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando per l' affidamento del servizio di riaccreditamento secondo lo standard Qmentum International per il periodo 2025-2027, destinato all' Azienda Sanitaria dell' Alto Adige.

Il contratto è stato formalizzato mediante lettera di stipulazione firmata in data 04.03.2025.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Process Management - Gestione degli strumenti di qualità

Per definire le basi del sistema di qualità e gestione di rischio clinico e per garantire processi sicuri nei reparti e servizi vengono elaborati e gestiti strumenti di qualità quali: descrizioni di processi, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), protocolli, procedure, checklist e altri, i quali concorrono e contribuiscono al raggiungimento e mantenimento delle dimensioni delle qualità come, ad esempio, la sicurezza dei pazienti e collaboratori.

Nell'azienda sono in uso diversi strumenti di garanzia della qualità gestiti tramite il software Archiflow e disponibili attraverso l'applicazione "Strumenti di qualità" nell'intranet aziendale. I documenti descrivono i processi e le attività da introdurre e forniscono al collaboratore le informazioni necessarie per lo svolgimento delle prestazioni.

Soggetti e ruoli nella strategia di prevenzione del rischio

Soggetti esterni

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

Soggetti interni

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è stato nominato con deliberazione del Direttore generale n. 238 del 28 ottobre 2013 ed è stato individuato nella figura del Direttore amministrativo dell'Azienda Sanitaria. Il d.lgs. n. 97/2016 s.m.i. ha introdotto una nuova disciplina, che ha unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, prevedendo che a quest'ultimo siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività. Inoltre, secondo la nuova disciplina, il programma triennale per la trasparenza e l'integrità è integrato nel P.T.P.C.T. Si specifica come l'Azienda Sanitaria, con deliberazione del Direttore generale n. 18 del 29 gennaio 2014, aveva già provveduto ad unificare nella medesima persona i due ruoli sopra citati.

Il 30 gennaio 2017, con deliberazione del Direttore generale n. 2017-A-000051, è stato nominato Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Azienda Sanitaria il direttore della ripartizione legale e affari generali, con decorrenza dal 01.02.2017.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel 2024 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha separato la figura di Responsabile della prevenzione della corruzione (R.P.C.) e la funzione di Responsabile della trasparenza (R.T.) per i motivi esposti nella delibera d.d. 14.05.2024 n. 521, pubblicata in Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Prevenzione della corruzione.

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, si è ritenuto di assicurare al medesimo l'apporto di uno staff di referenti che operano in stretto collegamento con il Responsabile per l'applicazione concreta del Piano.

Qui di seguito i compiti e le funzioni del R.P.C. T (ora anche R.P.C. e R.T.):

- elabora la proposta di piano da adottare da parte del Direttore generale illustrando adeguatamente all'organo di indirizzo politico i contenuti e le implicazioni attuative;
- definisce procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruzione (art. 1, comma 8);
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verifica, laddove prevista come misura, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
- individua il personale da inserire nella formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
- vigila sui rischi in materia di inconferibilità e incompatibilità (d.lgs. 39/2013 – circolare 1/2013);
- cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento dell'Azienda;
- elabora una relazione annuale sull'attività svolta, ne assicura la pubblicazione sul sito web e la trasmissione al Direttore generale (art. 1, comma 14);
- cura e definisce le modalità del raccordo con tutti gli altri attori nel processo di gestione del rischio descritto dal presente piano;
- è investito di poteri di interlocuzione e di controllo.

Il PNA 2018 ha poi approfondito il ruolo e i poteri del R.P.C.T., i requisiti soggettivi per la sua nomina, la sua permanenza in carica e la revoca della medesima.

Il PNA 2019 si è, di nuovo, diffusamente occupato del R.P.C.T. (a cui dedica -anche- un allegato ad hoc), indicando specificamente i criteri di scelta del medesimo, in termini sia oggettivi che soggettivi, specificandone autorità, poteri e responsabilità, oltre che il supporto operativo di cui necessita il medesimo. Anche il PNA 2022 dedica attenzione alla figura del R.P.C.T. e delinea nell'allegato n. 3 la figura del R.P.C.T. e la struttura di supporto. Le attualità sul tema sono pubblicate da parte di ANAC (https://www.anticorruzione.it/).

Il Direttore generale:

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

I referenti per la prevenzione:

- data la particolare organizzazione dell'Azienda Sanitaria (composta da quattro comprensori sanitari), si è ritenuto opportuno, per una migliore gestione delle funzioni e delle risorse, individuare dei referenti nella persona dei direttori delle ripartizioni aziendali;
- i referenti collaborano attivamente nelle misure procedurali di adozione del PIAO;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- i referenti svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.), affinché questi abbiano riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'Azienda Sanitaria;
- i referenti svolgono attività di impulso e elaborano proposte concrete in stretta collaborazione con il R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.);
- i referenti osservano le misure contenute nel PIAO e ne promuovono il rispetto.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

I dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

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

U.P.D. per i procedimenti disciplinari:

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

Con delibera n. 354 dell'11 ottobre 2016 è stato approvato un nuovo regolamento per istituire un unico U.P.D. a livello centralizzato (invece che a livello comprensoriale), onde rendere i procedimenti disciplinari uniformi e garantire parità di trattamento a tutti i dipendenti. Tale procedura implica altresì l'impegno alla creazione di un archivio contenente tutti i procedimenti disciplinari avviati nel corso dell'anno ed un sistema di reporting al R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.) di quelli, tra detti procedimenti, che implichino una contestazione attinente a reati contro la P.A. e alla tematica della corruzione, intesa come abuso e sviamento delle funzioni pubbliche per fini personali.

Con delibera n. 368 del 12 settembre 2017 sono stati nominati i membri dell'unità disciplinare a cui è affidato tale procedimento. Tale commissione si occupa di irrogare sanzioni nei confronti dei dipendenti all'esito procedimentale. Inoltre, è stato deciso che, dopo la conclusione dei procedimenti disciplinari all'epoca già pendenti, le singole strutture operanti nei singoli comprensori sanitari decadessero dalla propria funzione, per fare in modo che tutti i procedimenti disciplinari venissero seguiti da quel momento in poi da un'unica commissione, vale a dire quella di cui alla delibera sopra indicata.

Con delibera n. 749 del 12.11.2019 è stata approvata la sostituzione di un componente dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari.

Con delibera n. 253 del 08.03.2022 sono stati nominati i nuovi componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari.

Con delibera n. 254 del 10.03.2022 è stata approvata l'integrazione della delibera n. 253 del 08.03.2022 "Nomina dei componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari".

Con delibera n. 1515 del 29.12.2022 è stata approvata la modifica della composizione dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari nel caso in cui il procedimento disciplinare riguardi medici pediatri di libera scelta.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Con delibera n. 816 del 05.06.2023 è stata approvata l'integrazione della delibera n. 253 del 08.03.2022 "Nomina dei componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari".

Con delibera n. 1153 del 05.09.2023 è stata approvata la modifica della delibera n. 253 del 08.03.2022 "Nomina dei componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari".

Con delibera n. 1366 del 24.10.2023 è stata approvata la modifica della delibera n. 1153 del 05.09.2023 relativa alla modifica della delibera n. 253 dell'08.03.2022 "Nomina dei componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari".

Con delibera n. 754 del 23.07.2024 è stata approvata l'integrazione della delibera n. 253 dell'08.03.2022 afferente sempre la "Nomina dei componenti dell'Unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari".

Con delibera n. 171 del 04/03/2025 sono stati nominati nomina i componenti dell'unità organizzativa aziendale competente per i procedimenti disciplinari.

Per quanto riguarda l'anno 2025 (alla data di redazione del presente documento 31.10), si specifica che i nuovi procedimenti avviati sono stati 8, di cui 6 sono stati conclusi.

Rileva evidenziare che l'esito di questi ultimi è stato il seguente: nr. 3 riduzione dello stipendio per un mese, nr. 1 censura, nr. 1 sospensione per giorni 7, nr. 1 archiviazione.

Tutto il personale dell'Azienda:

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

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- osservano le misure di prevenzione di corruzione e trasparenza e il PIAO;
- segnalano le situazioni di illecito (whistleblowing).

Il Responsabile per l'Anagrafe Unica (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), l' R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.) ha individuato nel 2013 il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nella persona del direttore della ripartizione acquisti, il quale ha tempestivamente effettuato l'inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e curato la tenuta del registro. Fino al 2019 il RASA dell'Azienda Sanitaria è stato il dott. Alessandro Amaduzzi, al quale, a partire dal 16.12.19 è subentrato il dott. Paolo Filippi.

Il gestore per la segnalazione antiriciclaggio

In data 29 novembre 2016 il direttore generale ha individuato tale figura nel direttore della ripartizione economico e finanziaria (ora ripartizione Finanze), designandolo formalmente con deliberazione n. 478 d.d. 22 dicembre 2016.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L’Azienda Sanitaria ha predisposto una bozza di circolare Antiriciclaggio che verrà adottata nel corso del 2025. Nel corso della giornata della Trasparenza del 21.10.2025 è stata chiarita la differenza fra whistleblowing e segnalazione di operazione sospetta.
È previsto, inoltre, per il 2026 l’erogazione di una formazione specifica in materia di antiriciclaggio.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Attività di analisi del rischio

Anche nel corso del 2025 tutti i responsabili di settore hanno provveduto ad elaborare i dati necessari per procedere alla mappatura dei processi e sub processi decisionali a rischio corruzione e al relativo monitoraggio, rispettando in primis le linee di indirizzo contenute nell'attuale PNA (vedasi allegata mappatura).

Le aree di rischio indicate nell'allegato II del PNA 2019 riformulano in modo schematico, sintetico e tabellare quanto già indicato nei PNA precedenti e nelle indicazioni ANAC; il risultato è, per quanto di competenza dell'AS, una tabella che indica aree di rischio generali – di tutte le P.A. - e specifiche – del settore sanitario, di cui sotto:

Elenco delle principali aree a rischio generali per tutte le Amministrazioni ed Enti

(Allegato 1 della delibera ANAC 1064 del 13.11.2019 - PNA 2019)

Aree di rischio generali	**Riferimento**
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 PNA del 2013 corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art.1 della Legge 190/2012)
Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Aree di rischio generali – Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
Incarichi e nomine	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Pr, 6.3 lettera b)
Affari legali e contenzioso	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 del PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Elenco delle principali aree a rischio specifiche per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale

(Allegato 1 della delibera ANAC 1064 del 13.11.2019 - PNA 2019)

Aree di rischio specifiche	**Riferimento**
Attività libero professionali	Aree di rischio specifiche – Parte speciale I – SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITÀ del PNA 2016
Liste di attesa	Aree di rischio specifiche – Parte speciale I – SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITÀ del PNA 2016
Rapporti con soggetti erogatori	Aree di rischio specifiche – Parte speciale I – SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITÀ del PNA 2016
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni	Aree di rischio specifiche – Parte speciale I – SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITÀ del PNA 2016
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Aree di rischio specifiche – Parte speciale I – SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITÀ del PNA 2016

Le attività sopra descritte, nel concreto della realtà aziendale, si traducono nell'analisi e mappatura delle seguenti aree:
- ripartizione sviluppo del personale
- ripartizione amministrazione del personale
- ripartizione prestazioni sanitarie e assistenza territoriale
- ripartizione finanze
- ripartizione informatica
- ripartizione ingegneria clinica
- ripartizione acquisiti
- ripartizione tecnica e patrimonio
- ripartizione legale ed affari generali
- comitato etico
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- S.I.S.P.
- S.I.A.N.

Si specifica che dall'anno 2017 in poi sono state monitorate e mappate, inoltre, le seguenti ulteriori aree:

- Servizio di medicina del lavoro
- Servizio di medicina dello sport
- Servizio veterinario aziendale
- Servizio per le dipendenze
- Asilo nido aziendale, cooperative convenzionate e attività estive e minialloggi
- Medicina ambientale
- Ispettorato micologico.

Ulteriormente si è iniziato durante l'ultimo triennio ad analizzare l'amministrazione parcheggi e parco vetture.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel 2024, infine, sono state mappate le seguenti ulteriori aree:

- Logistica
- Internal Auditing.

Ciò in quanto la prima e più importante misura per combattere la corruzione consiste nella mappatura dei processi decisionali riguardanti i settori più a rischio dell'azienda sanitaria – da analizzare e selezionare non solo sulla base del PNA ma anche alla luce del contesto esterno ed interno - e nel monitoraggio dei processi già mappati, al fine di verificare l'idoneità delle misure preventive e di contrasto della corruzione intraprese e, ove necessario, l'integrazione/revisione delle medesime.

Mappatura e monitoraggio dei processi

L'azienda sanitaria opera quale ente strumentale della provincia autonoma di Bolzano con indipendenza gestionale e propria personalità giuridica. Dal 2007 l'azienda sanitaria è soggetta ad un processo di riorganizzazione. Infatti, fino al 2007, nel territorio della provincia autonoma di Bolzano operavano quattro distinte aziende sanitarie, che sono state riunite con la riforma sanitaria (riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale ex lege L.P. 7/2001 e L.P. 9/2006) in un'unica azienda sanitaria della provincia autonoma di Bolzano. L'organo di indirizzo politico è individuato nella figura del direttore generale.

L'azienda sanitaria è suddivisa in quattro comprensori sanitari, che fanno capo ciascuno ad un direttore di comprensorio. Alla luce della riforma di cui sopra, l'amministrazione dell'azienda sanitaria è organizzata a livello centrale in ripartizioni aziendali che fanno capo ciascuna ad un direttore di ripartizione e a livello periferico territoriale in uffici comprensoriali, che fanno capo al direttore di comprensorio sanitario o al coordinatore amministrativo.

Per valutare il contesto interno, al fine della mappatura dei processi organizzativi, è stato utilizzato un questionario e inviato ai direttori delle ripartizioni aziendali per la dovuta compilazione. L'individuazione delle attività a rischio corruzione è stata effettuata attraverso il diretto coinvolgimento del personale e dei direttori responsabili delle attività, valutando per ciascuna di esse il grado di esposizione al rischio mediante l'analisi della probabilità del verificarsi dell'evento corruttivo e del potenziale impatto entro una scala di rischio (basso-medio-alto).

Per un maggior coinvolgimento dei referenti nell'attività descritta, sono state fatte riunioni ad hoc per singole aree di rischio oltre ad incontri di sensibilizzazione sul tema.

A tal proposito si evidenzia che, il responsabile della prevenzione della corruzione svolge periodicamente controlli a campione per verificare l'efficienza delle misure di prevenzione e di contrasto ai fenomeni corruttivi.

Ai fini della mappatura delle aree, l'analisi del rischio ha tenuto conto dei seguenti elementi:

- identificazione del processo decisionale - e di eventuali sottofasi – ritenute a rischio (in quanto rientranti in una delle cd. "aree a rischio corruzione" individuate ex lege all'art. 1, comma 16, legge 190/2012, oppure in quanto di fatto tali;
- con riferimento ai singoli processi decisionali, valutazione del rischio corruttivo attraverso l'identificazione, l'analisi e la ponderazione del medesimo;
- descrizione dei fattori abilitanti: ovvero dei fattori, di diversa natura, che consentono o favoriscono l'attuazione dei comportamenti a rischio. A mero titolo esemplificativo si elencano di seguito tipi di fattori abilitanti: mancanza di controlli; mancanza di trasparenza; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; monopolio delle

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

competenze; scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; inadeguata diffusione della cultura della legalità; eccesso di discrezionalità; conflitti di interesse e simili;
- individuazione, analisi ed introduzione di misure di prevenzione e contrasto con riferimento al singolo processo (sia esistenti che programmate);
- indicatori di valutazione;
- obiettivi ed indicatori di monitoraggio.

Si specifica che la mappatura e il monitoraggio dei processi decisionali sono terminati nella prima metà di dicembre 2025 e il risultato di tale attività è contenuto nella mappatura delle aree a rischio di cui al relativo allegato.

Si evidenzia, altresì, che il responsabile della prevenzione della corruzione provvederà alla verifica ed alla compilazione del monitoraggio mediante l'utilizzo della piattaforma ANAC.

Monitoraggio dei termini procedimentali

Le finalità del monitoraggio vanno individuate nell'ambito delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 2, della legge n. 69/2009, dove si stabilisce che "*il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti rappresenta un elemento di valutazione dei dirigenti; di esso si tiene conto al fine della corresponsione della retribuzione di risultato"*.

Pertanto, ciascun dirigente è tenuto al monitoraggio periodico del rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza.

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

Infine, con la circolare n. 3 del 22 giugno 2016 la provincia di Bolzano ha stabilito di rilevare i procedimenti amministrativi per la cui conclusione siano necessari termini superiori ai trenta giorni previsti per legge.

Con la delibera provinciale del 15 novembre 2016, n. 1245 sono stati disciplinati i procedimenti amministrativi con un termine dilazionato per la conclusione del procedimento.
Con delibera del 27 dicembre 2016, n. 1512 sono state disciplinate le eccezioni all'applicazione dell'istituto giuridico del silenzio assenso. Entrambe le delibere sono state modificate dalla delibera n. 205 del 21 febbraio 2017.

Si specifica che nella delibera provinciale n. 169/2018 sono elencati tutti i procedimenti amministrativi per cui non vige obbligo di conclusione entro il termine di trenta giorni (termine dilazionatorio).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aree a rischio

Nel triennio attuale si è proceduto alla revisione dei processi decisionali monitorati alla luce delle indicazioni contenute nei recenti PNA ove emergono le aree a rischio corruttivo generali e specifiche da prendere in considerazione per la mappatura delle attività svolte nell'azienda sanitaria.

Pertanto, si procede con la descrizione delle attività mappate.

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari (privi o con effetto economico diretto ed immediato)
- Contratti pubblici
- Acquisizione e gestione del personale
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso
- Attività libero professionali
- Liste d'attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni cliniche e ricerca sanitaria
- Sponsorizzazione
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Servizio di medicina del lavoro
- Servizio di medicina dello sport
- Servizio veterinario aziendale
- Servizio per le dipendenze
- Asilo nido aziendale, cooperative convenzionate e attività estive e minialloggi e altre soluzioni abitative
- S.I.S.P. - Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica
- S.I.A.N. - Servizio aziendale igiene alimenti e nutrizione
- Ripartizione tecnica e patrimoniale
- Ripartizione ingegneria clinica
- Ripartizione informatica
- Medicina ambientale
- Ispettorato micologico
- Logistica
- Internal Auditing.

Le sopra elencate attività, ai fini di un migliore monitoraggio successivo alla mappatura, vengono elencate e descritte sulla base della struttura organizzativa aziendale così come segue.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

A - Controlli, verifiche e ispezioni

Entrate spese e patrimonio

Con riferimento a quest'area, qui di seguito le principali funzioni esercitate dalla ripartizione finanze, direttamente od attraverso i relativi uffici.

Con delibera del Direttore generale n. 2022-A-000668 del 23.06.2022, relativa all'"Implementazione dell'organigramma ai sensi della delibera n. 717 del 20.12.2018 - Istituzione della ripartizione Finanze e dei relativi uffici", nel rispetto del principio di efficienza amministrativa sono state introdotte variazioni organizzativo-strutturali. Mentre prima gli uffici della ripartizione erano cinque, distribuiti per i quattro comprensori sanitari, con l'implementazione del nuovo organigramma, il numero degli uffici è stato ridotto a tre, non più organizzati per comprensorio sanitario ma per materia (ufficio bilancio, ufficio contabilità e tributi e ufficio fatturazione e recupero crediti). Pertanto, in osservanza delle disposizioni ANAC sulla rotazione a scopo anti-corruttivo, alcune funzioni sono state accorpate con conseguente modifica delle mansioni attribuite al singolo dipendente dell'azienda sanitaria.

Riassumendo, la ripartizione coordina le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali nel settore economico finanziario, garantisce la regolare tenuta della contabilità economico patrimoniale e che venga rispettata la normativa vigente nell'espletamento degli adempimenti fiscali di competenza dell'azienda; assicura la migliore gestione finanziaria delle risorse aziendali, curando l'espletamento delle procedure attinenti alla contabilità clienti e fornitori.

Con riferimento ai singoli uffici che fanno capo alla ripartizione di cui sopra, essi sono:

- ufficio bilancio: predisposizione del bilancio preventivo economico, del bilancio di esercizio, dei conti economici trimestrali e rendiconti annuali aziendali (Modello CE - Conto Economico e SP - Stato Patrimoniale);

- ufficio contabilità e tributi÷assicura la regolare tenuta della contabilità generale, gestisce le operazioni riferite al ciclo attivo e al ciclo passivo. Gestisce i rapporti con la tesoreria e adempie agli obblighi fiscali dell'Azienda, in coerenza con le vigenti normative in materia;

- ufficio fatturazione e recupero crediti: emissione e trasmissione delle fatture attive differite relative a prestazioni sia sanitarie che non sanitarie, 'invio delle sanzioni amministrative e gestione delle attività connesse al recupero stragiudiziale dei crediti.

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Controlli

Il sistema di controlli interni dell'azienda sanitaria è oggetto del programma di riorganizzazione aziendale. Attualmente trova attuazione nel progetto PAC (percorso attuativo di certificabilità).

Come risulta dal piano di performance aziendale 2019-2021, il progetto di certificabilità del bilancio è iniziato nel maggio del 2017 con il supporto della società vincitrice dell'appalto per l'accompagnamento, la consulenza e la formazione durante il percorso (E&Y). Con delibera della Giunta Provinciale n. 213 del 23 febbraio 2016 è stato approvato il percorso attuativo di certificabilità (PAC), aggiornato con DGP n. 914 dell'11 settembre 2018. Con DGP 606 dell'11.08.2020 sono state ulteriormente prorogate le scadenze del PAC.

Con delibera n. 717 del 20 dicembre 2018 è stato approvato il nuovo organigramma della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale. Era previsto che tale nuovo organigramma venisse implementato entro tre anni. Rileva specificare che nel nuovo organigramma è stata annunciata l'introduzione di un'unità operativa di "internal audit". Con delibera n. 711/21 d.d. 28/09/2021 è stato nominato il direttore dell'ufficio internal audit.

Nel 2019 sono stati predisposti gli spazi nella pianta organica per questa unità, è stato definito il profilo professionale del coordinatore dell'ufficio Internal Auditing e sono stati predisposti il regolamento di Internal Auditing ed il piano triennale di audit.

Il direttore dell'ufficio Internal Auditing, proveniente da una realtà privata esterna, si è insediato in azienda sanitaria ad inizio novembre 2021. Non appena insediatosi, priorità assoluta è stata attribuita al risk assessment delle società partecipate (Saim e Wabes) e ad assicurare alla funzione di controllo interno risorse sufficienti e adeguate a eseguire efficacemente il piano 2022.

A fine gennaio 2022 si sono incorporate nella funzione di Internal Auditing due risorse junior.

La sopramenzionata attività sul partenariato si è conclusa con la formalizzazione di un piano di azione la cui implementazione è stata assoggettata a follow-up da parte della funzione di Internal Auditing dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Nel 2022:

- la maggior parte delle azioni di rimedio concordate con Saim e Wabes sono state realizzate;
- il piano di audit 2022 risulta essere completamente realizzato.

La programmazione 2022 prevedeva:

- l'esecuzione di numero sei attività di audit sulle procedure amministrativo-contabili previste dal PAC;
- due attività di formazione a carico dell'Internal Auditing relativa alla diffusione della cultura di rischi e controlli;
- un'attività di risk self assessment che ha coinvolto tutte le strutture amministrative dell'Azienda, con la conseguente redazione di un piano di azione di medio lungo termine;
- ordinarie attività di follow-up e stato avanzamento azioni di rimedio (SAL);
- la redazione di adeguati flussi informativi (relazioni periodiche) per i vertici aziendali e per il collegio sindacale.

Il piano audit 2022 è stato supportato da un piano di formazione specifico per le due risorse junior anch'esso sostanzialmente realizzato; a regime tale investimento consentirà di limitare in futuro il ricorso all'esternalizzazione del servizio, con conseguente risparmio di spesa.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Ad aprile 2023 si sono incorporate nella funzione di Internal Auditing due ulteriori risorse junior, anche esse senza alcuna esperienza in materia di audit come le precedenti. La funzione di Internal Auditing ha raggiunto così un numero complessivo di quattro collaboratori. Entrambe hanno svolto nel 2023 il corso base di Internal Auditing presso l'associazione italiana internal auditor (AIIA) e beneficeranno di un necessario piano di formazione 2024. Le due nuove risorse vanno considerate in *training on the job* per tutto il 2024.

Nel 2023:

- sono state realizzate 7 delle 9 azioni di rimedio concordate con Saim e Wabes (2 restano ancora aperte, di cui la necessaria revisione dei contratti e il software per la gestione della fatturazione);
- il piano delle verifiche 2023 dell'Internal Auditing è stato completamente realizzato.

La programmazione 2023 prevedeva:

- l'esecuzione di numero sei attività di audit sulle procedure amministrativo-contabili previste dal PAC;
- due attività di formazione a carico dell'Internal Auditing relativa alla diffusione della cultura di rischi e controlli;
- il *follow-up* dell'attività di *risk self assessment* che ha coinvolto tutte le strutture amministrative dell'azienda con la conseguente redazione di un piano di azione di medio lungo termine (nel 2023 sono state realizzate n. 4 azioni delle complessive 78 presenti nel piano);
- ordinaria attività di *follow-up* e stato avanzamento azioni di rimedio degli interventi concordati in sede di *exit meeting* dei singoli audit (nel 2023 sono state realizzate n. 18 azioni delle complessive 74);
- la redazione di adeguati flussi informativi (relazioni periodiche) per i vertici aziendali e per il collegio sindacale;
- sono state inoltre svolte in corso d'anno delle attività straordinarie di audit su incarico della Direzione Generale.

Il piano audit 2023 è stato supportato da un piano di formazione specifico per le due risorse junior, anch'esso sostanzialmente realizzato; a regime tale investimento consentirà di limitare in futuro il ricorso all'esternalizzazione del servizio, con conseguente risparmio di spesa.

Il progetto PAC è stato concluso con data 31.12.2023, tutte le procedure previste dal Pac sono state predisposte ed approvate, l'implementazione delle procedure e dei controlli in esse previsti costituisce un processo continuativo.

Lo stato patrimoniale del Bilancio d'esercizio 2022 ed il Bilancio d'esercizio 2023 sono stati certificati dalla società di revisione (Trevor S.r.l. di Trento) senza rilievi. Nell'ambito dell'attuale contratto è prevista la certificazione del bilancio d'esercizio 2024, mentre a luglio 2025 è stata effettuata della gara per l'aggiudicazione dei servizi di revisione dei bilanci 2025-2027.

Nel corso del 2024/2025 sono state aggiornate le procedure PAC tenendo conto della riorganizzazione aziendale (implementazione nuovo organigramma), dei rilievi/suggerimenti sorti nell'ambito degli audit effettuati e di altre esigenze.

In particolare, sono stati approvati i seguenti aggiornamenti:

- procedura per la valutazione delle passività potenziali (delibera 716 del 05.08.2025);
- procedura per la gestione dei rilievi (delibera 717 del 05.08.2025);
- procedura chiusure contabili (delibera 718 del 05.08.2025);
- procedura gestione tesoreria (delibera 719 del 05.08.2025);
- procedura per la Gestione dei Tributi (delibera 720 del 05.08.2025);
- procedura per la Gestione del personale non dipendente (delibera 721 del 05.08.2025);
- procedura gestione stipendi (delibera 722 del 05.08.2025);
- procedura per la gestione dei contributi (delibera 723 del 05.08.2025);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- procedura Gestione acquisti beni e servizi (delibera 724 del 05.08.2025);
- procedura per il calcolo TFR (delibera 725 del 05.08.2025);
- procedura "modalità operative di raccordo dati CO.AN e sistema CO.GE (delibera 730 del 05.08.2025).

A settembre 2025 sono inoltre pronte per l'approvazione gli aggiornamenti delle seguenti procedure:

- procedura gestione del magazzino (precedente delibera 33 del 26.01.2021);
- procedura gestione immobilizzazioni materiali ed immateriali (precedente delibera 37 del 26.01.2021);
- procedura per la Gestione di Convenzioni e Prestazioni (precedente delibera 152 del 23.02.2021);
- procedura per la Gestione dei ricavi per prestazioni sanitarie e non sanitarie (precedente delibera 185 del 09.03.2021).

Il piano di audit approvato prevedeva nel 2024 la prosecuzione delle verifiche amministrativo contabili del PAC ed un focus specifico di audit sui processi informatici e sulle funzioni di controllo di secondo livello (*privacy*), che proseguirà anche nel piano attività 2025.

Nel corso del 2024 sono state sottoposte a verifica le seguenti procedure/processi:

- organizzazione e presidi di controllo in ambito normativa privacy;
- chiusure contabili (accantonamenti per fatture da ricevere);
- determinazione del saldo IVA;
- gestione delle immobilizzazioni materiali e immateriali;
- progettazione e implementazione misure di sicurezza (gestione sicurezza IT – terze parti);
- gestione e controllo accessi identità logica.

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'ufficio Internal Auditing in sede di verifica.

Per ulteriori dettagli si rimanda al piano triennale di verifiche 2024-2026 di Internal Auditing (delibera nr. 1718 del 29.12.2023).

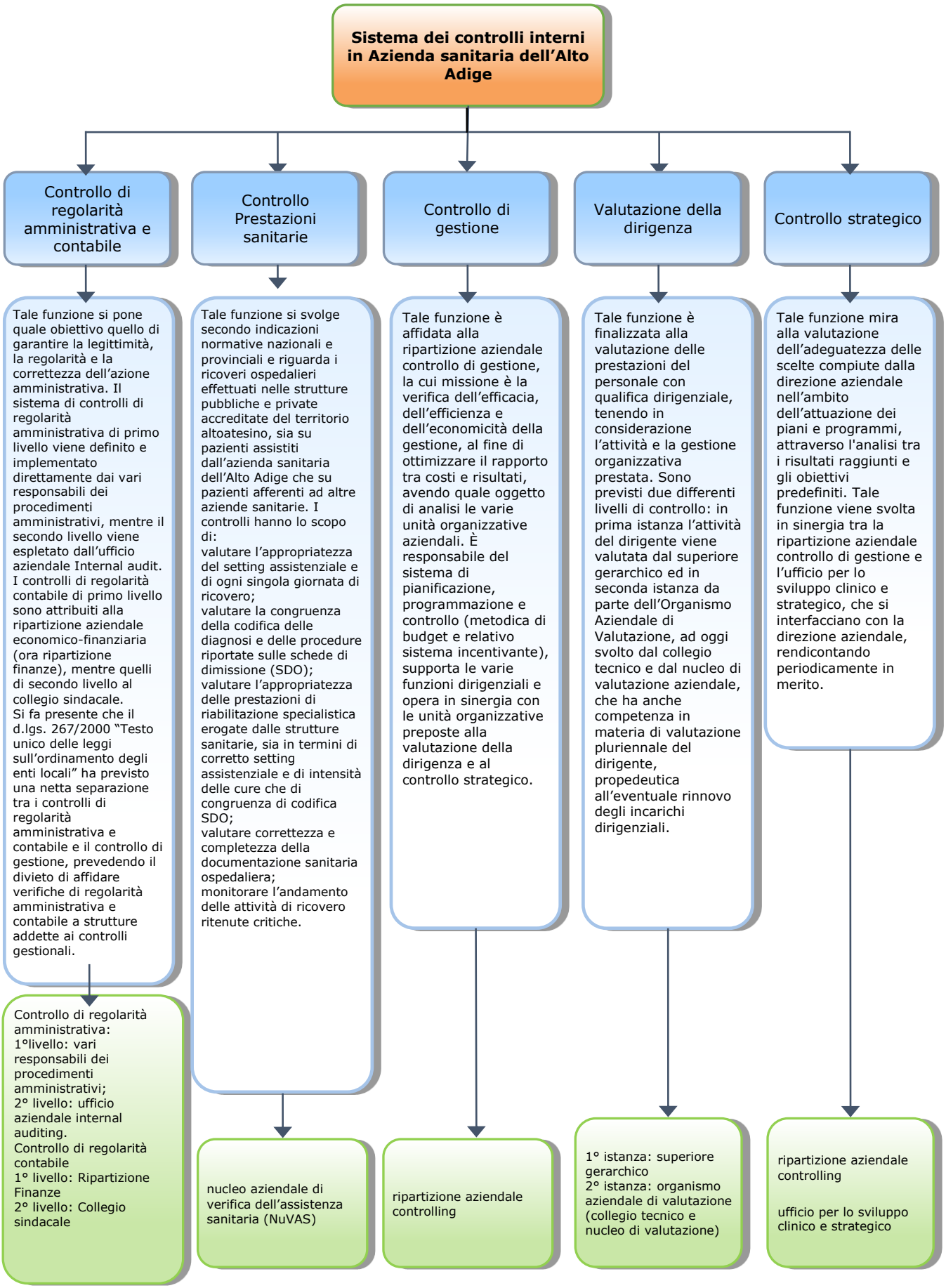
Il piano di audit 2025 ha realizzato le seguenti verifiche in ambito:

- amministrativo contabile (PAC): la procedura relativa alla determinazione del fondo rischi ed oneri e quella del calcolo del trattamento di fine rapporto;
- informatico: la gestione degli incidenti cyber;
- acquisti: con focus sugli acquisti con importo a base di gara al di sopra della stabilita soglia comunitaria.

L'Internal Auditing è stato, inoltre, impegnato con delle verifiche sui progetti PNRR, eseguendo dei controlli formali, di regolarità amministrativo-contabile e sul principio di non arrecare danno all'ambiente (DNSH).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il sistema di controllo previsto dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige può essere rappresentato in base al seguente diagramma:



Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

B – Ripartizione amministrazione del Personale e Ripartizione sviluppo del Personale

La Ripartizione per l'amministrazione del personale è riferimento aziendale in materia di personale per i rapporti di lavoro, l'organizzazione del lavoro, gli aspetti economici e giuridici, le pensioni e la gestione del personale dipendente. A ciascuno di questi settori è preposto un dirigente.

Le procedure sono segmentate anche all'interno dello stesso ufficio (ad es. collaboratori diversi tra loro si occupano dell'ammissione dei candidati e della selezione, della concessione dei benefici economici e della loro messa in liquidazione, ecc.). Ciò significa che i vari settori all'interno della Ripartizione sono gestiti in modo autonomo da parte di diversi dirigenti e collaboratori; non vi è, pertanto, concentrazione di poteri, per cui il rischio di abuso è assai ridotto.

Gli uffici della ripartizione che si occupano delle procedure di acquisizione del personale hanno avviato nel corso degli ultimi anni dei processi atti a garantire la riduzione dei rischi corruttivi relativi ai predetti settori, riducendo la discrezionalità dei provvedimenti e garantendo così la massima trasparenza dell'azione amministrativa.

Le procedure sono pubblicate secondo la normativa vigente e le commissioni sono composte con membri qualificati, verificando e documentando l'insussistenza di situazioni d'inconferibilità ed incompatibilità e garantendo la rotazione continua.

Nel processo di autorizzazione all'attività extralavorativa svolta al di fuori dell'orario di servizio dai dipendenti dell'Azienda Sanitaria si prevedono diverse limitazioni e viene verificata la sussistenza di determinati requisiti (ad es. il divieto di attività lucrative a favore di ditte private che abbiano rapporti commerciali con l'Azienda, deve trattarsi di un'attività occasionale e saltuaria, che non dia luogo a conflitti d'interesse e non pregiudichi il corretto adempimento dei compiti d'ufficio). Vengono effettuate delle verifiche per il rispetto dei predetti requisiti e controllate a campione le attività svolte al di fuori dell'orario di servizio.

Per la Ripartizione Sviluppo Personale si veda mappatura in allegato.

C – Contratti pubblici

Le Ripartizioni aziendali (Tecnica, Acquisti, Ingegneria clinica) che si occupano di appalti pubblici hanno prevalentemente carattere aziendale e prevedono una suddivisione degli uffici per competenza in base alle tipologie di lavori e servizi ed alle categorie merceologiche. Tale organizzazione permette la specializzazione e qualificazione dei funzionari, con al contempo il controllo degli organi di vertice.

A partire dal 1.01.2024 è entrata in vigore la digitalizzazione degli appalti pubblici in attuazione del nuovo codice appalti, con conseguente adeguamento della legge provinciale n. 16/2015: tra le novità di rilevo va certamente segnalato l'obbligo di gestione telematica di tutti gli affidamenti diretti anche di importo inferiore a 40.000.- €, come da modifica all'art. 38 l.p. 16/15, e l'introduzione della programmazione triennale degli appalti anche per servizi e forniture di importo sopra i 140.000.- €.

Nel corso dell'anno è stato quindi completato l'aggiornamento di tutta la modulistica in materia di appalti in conformità al nuovo Codice appalti D.Lgs. 36/2023, come sotto meglio specificato.

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo codice e in particolare dell'Allegato I.2 "Attività del RUP" e dell'Allegato II.14 "Direzione lavori e dell'esecuzione. Svolgimento attività fase esecutiva. Collaudo e verifica di conformità" che disciplinano puntualmente compiti, funzioni e responsabilità e del Direttore dell'esecuzione dei contratti di servizi e forniture, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha altresì ravvisato la necessità di dotarsi di un documento aziendale riepilogativo che riassumesse compiti, funzioni e responsabilità del DEC.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Valutando le specifiche funzioni e responsabilità in capo alla figura del DEC si è ritenuto di fornire alle figure coinvolte uno strumento di lavoro utile e di supporto nello svolgimento delle rispettive funzioni al fine di garantire la corretta esecuzione della commessa pubblica, ridefinendo altresì chiaramente le modalità di individuazione e nomina del DEC e dei suoi eventuali assistenti.

La Ripartizione Acquisti, la Ripartizione di Ingegneria clinica e la Ripartizione tecnica e Patrimonio, tutte coinvolte nella gestione dei contratti pubblici di forniture e servizi, hanno pertanto condiviso e proposto alla Direzione il nuovo documento sul DEC che veniva approvato con Deliberazione del Direttore Generale Nr. 2024-001281 dd. 03.12.2024 "Documento aziendale per la figura del Direttore di esecuzione del contratto (DEC): linee guida, compiti e funzioni".

Con riferimento agli affidamenti diretti, che rappresentano generalmente l'attività con più elevato rischio corruttivo, la disciplina del Regolamento aziendale per le acquisizioni sottosoglia prevedeva già una precisa articolazione delle procedure e dei processi, diversificando anche le responsabilità tra i soggetti coinvolti.

Nel corso del 2024, viste le modifiche intervenute negli ultimi anni in materia di appalti pubblici, si è rivelato però necessario un aggiornamento del regolamento aziendale per la disciplina delle acquisizioni di importo inferiore alla soglia comunitaria: è stato quindi elaborato un testo con la proposta di aggiornamento del suddetto regolamento nell'ambito dell'organo tecnico consultivo in materia di acquisti di cui hanno fatto parte la Ripartizione Acquisti, la Ripartizione di Ingegneria clinica e la Ripartizione tecnica e Patrimonio. La proposta è stata anche avvallata dall'Agenzia per i Contratti Pubblici- ACP della Provincia Autonoma di Bolzano.

In data 23.12.2024 con Deliberazione del Direttore Generale Nr. 2024-001405 è stato infine approvato l'aggiornamento al "Regolamento aziendale per la disciplina delle acquisizioni di lavori, forniture e servizi di importo inferiore alle soglie europee".

Considerata infine la previsione di cui all'art. 45 del D.Lgs. n. 36/2023 che ha introdotto un emolumento da attribuire ai RUP ed ai soggetti che svolgono le funzioni indicate nell'allegato I.10 del Codice e alla luce della disciplina introdotta nel 2024 dalla delibera della Giunta Provinciale n. 27/2024 (come modificata dalla delibera n. 554/2024), l'organo tecnico consultivo in materia di acquisti ha elaborato una regolamentazione di dettaglio per adeguare le nuove incentivazioni alle specifiche esigenze dell'Azienda Sanitaria, nell'alveo dei dettami e dei principi individuati dal regolamento provinciale.

Con Deliberazione del Direttore Generale Nr. 2024-001430 dd. 30.12.2024 è stata pertanto approvata la "Disciplina per la corresponsione degli incentivi appalti ai sensi dell'art. 45 del D.Lgs. 36/2023" per l'Azienda Sanitaria.

Considerato quindi tutte le richiamate modifiche normative intervenute e l'approvazione di importanti documenti aziendali di indirizzo e regolatori sopra citati, nel corso del 2024 si è ritenuto altresì necessario, riprendere il processo di riordino dei procedimenti amministrativi, con la finalità di riallenare in modo organico le tipologie di atti e provvedimenti, nonché i soggetti e le relative competenze.

Per l'adozione di provvedimenti di una certa rilevanza è previsto il coinvolgimento delle Direzioni di Comprensorio/Direzione Generale, non solo in ottica anticorruttiva, ma anche di prevenzione di eventuali ipotesi di "mala gestio", quale momento di verifica e controllo dell'operato delle Ripartizioni e dei singoli Uffici.

È in previsione quindi una deliberazione per definire una puntuale attribuzione delle competenze di firma e di delega, ovvero anche del livello di coinvolgimento delle Direzioni di Comprensorio/Direzione Generale.

Come sopra richiamato le Ripartizioni aziendali (Tecnica, Acquisti, Ingegneria clinica) utilizzano principalmente una modulistica uniforme e standardizzata che impedisce una gestione discrezionale e/o fiduciaria delle procedure di appalto. La condivisione delle problematiche e della modalità di risoluzione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

delle stesse in occasione delle riunioni periodiche di tutte le strutture aziendali che si occupano di appalti scongiura il rischio della creazione di nicchie isolate di gestione della cosa pubblica.

Sul punto, in base a quanto riportato nel PNA 2022 (delibera ANAC 17/1/23):

- nel corso del 2024 è stata aggiornata la modulistica standard: in particolare il disciplinare di gara, i capitolati speciali, le check-list, ecc. Tale attività continuerà anche nel triennio 2025/27, essendo la normativa in continua evoluzione;
- la Ripartizione Tecnica e Patrimoniale, in linea di principio, si conforma ai moduli e alla documentazione richiesti per la gestione delle gare d'appalto relative ai 'Lavori' da parte dell'ACP, tenendo conto dei vademecum predisposti in armonia con la normativa di settore;
- sono state attivate ovvero richieste modifiche sui software attualmente in utilizzo o di nuova implementazione con nuovi campi (inserimenti manuali e/o automatici) e alert (es: riferimento tabella 12 PNA 2022). È in atto un progetto per lo sviluppo di una "piattaforma tecnologica di gestione del processo di acquisto di beni e servizi" con adesione ad accordo quadro Consip, che prevede anche un modulo "procedura di acquisto e relativa reportistica" e nell'analisi dei processi e dei sistemi connessi è stata segnalato alla ditta affidataria il riferimento al PNA 2022 (tabella 12, ovvero tabella 1 nell'aggiornamento del 2023) per *alert*/statistiche/report.

In riferimento al PNA 2022 ed ai "controlli in loco, periodici e a sorpresa, al fine di accertare che le prestazioni siano eseguite dall'aggiudicatario o da un subappaltatore autorizzato", si precisa che, pur essendo stati istituiti dei nuovi uffici dedicati anche al controllo esecutivo di determinati servizi (es. alberghieri) in Azienda Sanitaria ad oggi i controlli in loco e/o a sorpresa potranno essere eseguiti, vista la mancanza di personale, solo nel caso di segnalazione. Inoltre, per "l'aggiornamento tempestivo da parte dell'ufficio gare degli elenchi su richiesta degli operatori economici che intendono partecipare alla gara", si precisa che, qualora pervengano delle richieste le stesse vengono inoltrate all'ufficio competente per categoria merceologica.

Per quanto riguarda la "chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare e a monitorare le dichiarazioni di situazioni di conflitto di interessi" (PNA 2022 pagina 110) si osserva che nel Codice di comportamento dell'Azienda Sanitaria è riportato che il dipendente informa per iscritto il diretto superiore e lo stesso, in casi dubbi, coinvolgerà il R.P.C.

A tal proposito, il Codice degli appalti pubblici, D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 prevedeva agli artt. 37 e 38 la creazione di centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti (per la Provincia di Bolzano per la qualificazione delle Stazioni appaltanti valevano le indicazioni della delibera della G.P. n. 198 del 29.03.2022). Durante il 2023 i riferimenti normativi sono cambiati, ovvero il riferimento ad oggi è il D.Lgs. 36/2023 (articoli 62 e 63). Inoltre, l'Azienda Sanitaria ha provveduto al proprio inserimento nel sistema di qualificazione nazionale gestito da ANAC (la Provincia di Bolzano ha deciso che gradualmente si sposterà anche in tale sistema).

Gli obiettivi in generale sono:

- razionalizzazione della spesa nel rispetto delle specificità e della qualità
- valorizzazione delle risorse disponibili
- promozione dell'innovazione
- trasparenza sui processi di acquisto
- apertura al mercato e valorizzazione dell'offerta pur nel rispetto delle esigenze delle micro, piccole e medie imprese.

I fattori critici di successo sono:

- competenze

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- digitalizzazione dei processi
- condivisione delle informazioni
- coinvolgimento delle strutture sanitarie
- dialogo con gli operatori di mercato.

Sub specie: procedure di acquisto, gestione e manutenzione parco autovetture aziendali

L'acquisto del parco autovetture è gestito dalla Ripartizione Acquisti; la manutenzione e la gestione della fruizione da parte del personale autorizzato è ad appannaggio dei singoli Comprensori.

Nell'ottica dell'inserimento di ulteriori misure anti corruttive ed in ossequio al principio di efficienza amministrativa nel 2023, è stata adottata una nuova procedura per gestione del parco autovetture. È inoltre conclusa la procedura di acquisto di un software per la gestione aziendale del parco autovetture ed è stato messo in utilizzo durante il 2023.

Si annota che la parte gestionale è di competenza delle Dirigenze Amministrative Ospedaliere.

Gli indicatori di rischi nell'area appalti sono consultabili sul sito ANAC https://dati.anticorruzione.it/superset/dashboard/indicatori/

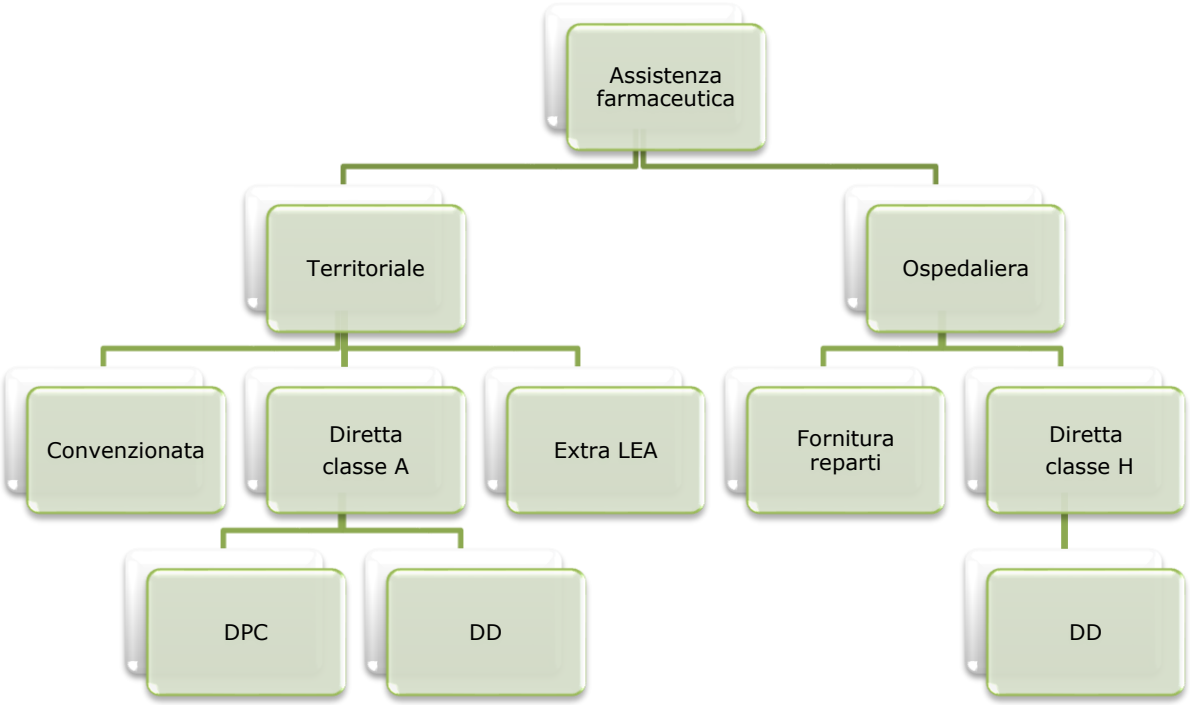
Si rinvia anche alla mappatura dei rischi allegata.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

D - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni cliniche e ricerca sanitaria

Area farmaceutica

Nella provincia di Bolzano i farmaci a carico dell'SSP (servizio sanitario provinciale) sono dispensati ai pazienti secondo plurime modalità. Il presente diagramma fornisce un riassunto dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica in Alto Adige.



L'assistenza farmaceutica può essere suddivisa in assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Rientrano nell'assistenza farmaceutica ospedaliera il consumo di farmaci all'interno delle strutture ospedaliere e la distribuzione diretta di farmaci di classe H.

Fanno parte dell'assistenza farmaceutica territoriale la dispensazione di farmaci:

- in modalità convenzionata (i farmaci vengono distribuiti a carico del SSP tramite farmacie convenzionate pubbliche e private, assicurando così ai cittadini l'accesso ai farmaci essenziali o per malattie croniche);
- tramite distribuzione diretta di farmaci di classe A e dei farmaci extra LEA (livelli essenziali di assistenza). Questa contraddistinta a sua volta in DPC (distribuzione in nome e per conto dell'azienda sanitaria) e DD (distribuzione diretta da struttura pubblica).
- farmaci extra LEA (livelli essenziali di assistenza).

Per DPC si intende l'erogazione di farmaci presenti nel PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio), inseriti nel medesimo con decreto dal direttore della ripartizione provinciale salute e distribuiti in nome e per conto dell'azienda sanitaria tramite le farmacie convenzionate pubbliche e private ai pazienti, previo pagamento di un compenso concordato.

La DPC è classificata come attività rischiosa ai sensi dell'attività di prevenzione alla corruzione in quanto detti farmaci sono acquistati dall'Azienda sanitaria mediante gara pubblica.

Si specifica, inoltre, che la rendicontazione dei farmaci in DPC è stata dematerializzata al fine di consentire l'informatizzazione della stessa, ed è pertanto dotata dei requisiti di durevolezza e rintracciabilità.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Per DD si intende la distribuzione di farmaci a carico del SSP a seguito di ricovero ordinario o visita specialistica. In tali occasioni, i pazienti possono rivolgersi al punto di distribuzione farmaci presenti negli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico e ritirare i farmaci prescritti dal medico specialista. I farmaci che l'azienda sanitaria deve distribuire in modalità diretta, ai sensi dell'elenco contenuto nel PHT (di cui sopra), sono dispensati anche essi mediante questa modalità.

Questo canale di distribuzione è quello più economico per l'Azienda sanitaria in quanto i farmaci vengono acquistati attraverso una procedura pubblica (per ulteriori informazioni sulle misure anticorruzione adottate in tale ambito si rimanda all'allegato attinente, sezione acquisti).

La fornitura alle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio provinciale di quei farmaci contenuti nel prontuario terapeutico delle case di riposo rientra anche essa nella DD.

Per Extra LEA si intende l'erogazione di farmaci e parafarmaci compresi nei LEA, le integrazioni LEA a livello provinciale, nonché eventuali aggiunte ad personam autorizzate dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige destinati ai pazienti con malattie rare.

Rientrano nella categoria "fornitura reparti" i farmaci consegnati ai reparti/ambulatori per la somministrazione degli stessi ai pazienti in ospedale. Presso l'azienda sanitaria dell'Alto Adige è presente a questo proposito un prontuario terapeutico ospedaliero aziendale (PTOA) approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1914 del 17/12/2012. Il prontuario è oggetto di revisioni ed aggiornamenti periodici da parte della commissione farmaceutica aziendale. L'allestimento dei farmaci antiblastici è centralizzato presso il Servizio farmaceutico di ogni Comprensorio Sanitario ed avviene in ambienti dedicati. La spesa farmaceutica ospedaliera, come quella territoriale, viene monitorata costantemente attraverso la predisposizione di un report dedicato.

Attraverso i punti di distribuzione diretta (DD classe H) presenti negli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono distribuiti i farmaci di classe H acquistabili solo da strutture pubbliche e per uso domiciliare.

Si annota che l'assistenza farmaceutica nella provincia di Bolzano è regolata dalla legge provinciale n. 16/2012.

Si aggiunge, inoltre, che nella provincia di Bolzano, con deliberazione della G.P. n. 1344 dell'11.12.2018, sono state approvate le linee guida per il registro del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto. In questo documento sono riportate le informazioni oggetto di rilevazione circa le prestazioni farmaceutiche erogate, ai sensi del DM 31 luglio 2007 e come indicato nelle linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS.

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

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

L'azienda sanitaria (dal 2016) elabora semestralmente un report per il monitoraggio delle spese per farmaci e dispositivi medici, al fine di controllare costantemente la congruenza della spesa effettiva con quella pianificata.

Considerata la complessità dei processi nell'analisi, valutazione e trattamento del rischio in tale ambito, ci si è focalizzati sui macro-processi delle aree di programmazione, di gestione magazzino, di liquidazione delle ricette dei farmaci distribuiti tramite farmacie convenzionate, di liquidazione delle ricette dei dispositivi medici, del materiale da medicazione distribuito tramite farmacie convenzionate e dello smaltimento dei farmaci. È stata, inoltre, monitorata anche l'area acquisti nell'area *de qua*.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Proseguendo oltre, in data 04.02.2020, è stata istituita - con deliberazione n.57/2020 - una commissione aziendale per l'appropriatezza prescrittiva ed il monitoraggio dell'attività ex art. 25, commi 4 e 5 dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale (ACN MMG), allo scopo di sottoporre a continuo controllo le prescrizioni farmaceutiche, sia di carattere specialistico-ambulatoriale che di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Inoltre, in medesima data, con deliberazione n. 59/2020, sono stati rinnovati due membri della commissione per la sorveglianza epidemiologica ed il monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con rGH (ormone della crescita) per pensionamento di due dei precedenti, ed è stato nominato, altresì, un membro aggiuntivo.

Infine, sempre in tema di appropriatezza prescrittiva (e come da piano delle performance aziendale), si specifica che l'azienda sanitaria monitora e controlla l'appropriatezza dell'emissione delle schede di prescrizione e di trattamento previste dall'AIFA, ai fini della rimborsabilità di determinati farmaci.

Istituzione della commissione aziendale per i dispositivi medici

Con delibera del direttore generale n. 2017-A000240 è stata istituita la commissione aziendale dei dispositivi medici (ad eccezione delle apparecchiature elettro-medicali e dei dispositivi medico-diagnostici di laboratorio, che non rientrano tra i compiti della commissione) con lo scopo di razionalizzare ed uniformare i dispositivi medici in uso nei vari comprensori, servendosi anche dell'aiuto dell'ufficio acquisti "beni sanitari di valenza aziendale", specie per quanto concerne il compito di svolgere le delle relative gare (a livello aziendale).

Con delibera 2018-A 000086 del 27.02.2018 è stata revocata la precedente commissione e nominata una nuova commissione aziendale dei dispositivi medici congiuntamente all'approvazione del regolamento interno alla medesima.
Si specifica, che la competenza all'acquisto di dispositivi medici è migrata alla ripartizione acquisti e la competenza è esclusiva della medesima ripartizione. La collaborazione fondamentale con il servizio farmaceutico continua invece per gli aspetti tecnici e programmatori dell'unificazione e della programmazione degli acquisti dei DM. In particolare, è previsto che proseguirà sino al 2026 il processo di mappatura citato con l'espletamento di procedure aziendali del settore.

A tal proposito prosegue un progetto di uniformazione (a livello aziendale) degli acquisti di materiale di laboratorio e dispositivi medici.

Programmazione

A tal proposito, l'art. 12 della LP n. 16/2012, intitolato, "Programmazione dell'assistenza farmaceutica" recita:

"1. Ai fini della semplificazione, dell'unificazione delle procedure, della riduzione dei costi e dell'aumento della qualità e dell'efficienza, la giunta provinciale programma l'attività di assistenza farmaceutica dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige e verifica i risultati raggiunti.
2. La giunta provinciale individua i prodotti galenici magistrali, il materiale di medicazione e i dispositivi medici (presidi terapeutici) stabilisce i criteri per la loro erogazione e prescrizione quali prestazioni sanitarie aggiuntive a carico del Servizio sanitario provinciale. L'azienda sanitaria dell'Alto Adige garantisce l'erogazione delle prestazioni di cui sopra tenuto conto delle risorse stanziate sull'apposito capitolo del bilancio, ottimizzando le modalità di acquisto, di prescrizione e di erogazione e potenziando i relativi controlli. L'importo della spesa sostenuta è liquidato sulla base di apposite rendicontazioni presentate dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

3. L’istituzione di dispensari farmaceutici può essere autorizzata dalla Provincia autonoma di Bolzano in comuni che non hanno i requisiti per l’apertura di una farmacia. I criteri per la concessione di dispensari farmaceutici sono stabiliti con regolamento di esecuzione.”

Pertanto, la rilevazione del fabbisogno viene effettuata in generale sulla base del fabbisogno storico, tenendo, però, in considerazione le scorte. In caso di introduzione di nuovi farmaci o di prestazioni farmaceutiche eccezionali stabilite di concerto tra servizio farmaceutico, medici e commissione farmaceutica aziendale, si valuta la necessità d’acquisto ed il fabbisogno sulla base di elementi oggettivi.

Con deliberazione della giunta provinciale n. 1914 del 17.12.2012 è stato approvato il “prontuario terapeutico ospedaliero aziendale”, elaborato da un gruppo di lavoro aziendale ed approvato dalla commissione farmaceutica aziendale. Esso è costituito da una lista di principi attivi, ordinati secondo la classificazione anatomica terapeutica chimica (ATC), ed è costantemente aggiornato.

Infatti, il “prontuario terapeutico ospedaliero aziendale” è uno strumento in continua evoluzione, oggetto di revisione ed aggiornamento periodico da parte dalla commissione farmaceutica aziendale. Eventuali richieste di attualizzazione o proposte di modifica (ad esempio, la richiesta di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico) potranno essere formalizzate attraverso l’utilizzo di una modulistica specifica presente sul sito istituzionale e di facile consultazione, da compilare ed inviare al servizio farmaceutico comprensoriale di competenza che provvede al relativo inoltro alla Commissione Farmaceutica Aziendale.

L'acquisto di farmaci non presenti nel “prontuario terapeutico ospedaliero aziendale” è consentito solo in casi limitati ed eccezionali a causa di patologie che affliggono specifici e determinati pazienti assistiti e su specifica richiesta di un medico ospedaliero, essendo inoltrata attraverso una modulistica ad hoc contenente dati generali, descrizione, stima e motivazione (scaricabile dal sito istituzionale), da compilare ed inviare come sopra descritto. Si annota che con circolare d.d. 09.05.2014 il direttore sanitario dell’Azienda ha portato a conoscenza dei servizi coinvolti la procedura del “prontuario terapeutico ospedaliero aziendale” ed il conseguente approvvigionamento farmaceutico.

Dal 2013 è attivo, inoltre, un “prontuario terapeutico delle case di riposo”, con l’obiettivo di garantire un’assistenza farmaceutica appropriata ed uniforme agli ospiti nelle case di riposo e dei centri di degenza nella provincia di Bolzano.

L’azienda sanitaria, con deliberazione n.009 del 16.01.2019, ha congiuntamente disciplinato la nomina dei componenti della commissione aziendale del farmaco e approvato il regolamento della medesima.

L’azienda sanitaria ha, altresì, aggiunto alle dichiarazioni di incompatibilità e inconferibilità, previste per i membri della commissione, dichiarazioni di pubblico interesse come da modello preposto da AGENAS (adattandole però alla realtà dell’azienda e, pertanto, bilingui). È stato, pertanto, avviato a tale scopo apposito scambio epistolare afferente alle modalità di raccolta e il successivo caricamento dei dati nell’apposito applicativo web che AGENAS, ad oggi, accetta solo in lingua italiana. La questione è ancora in fase di studio. In attesa di poter usare l’applicativo web, l’azienda sanitaria ha ad ogni modo predisposto ed archiviato le dichiarazioni di pubblico interesse di ogni membro della suddetta commissione. Dal 01 gennaio 2021 la compilazione della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario è stata sospesa.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Liquidazione ricette dei farmaci distribuiti tramite le farmacie convenzionate:

L'art. 11 della LP n. 16/2012, dal titolo "contabilizzazione dei farmaci e dei dispositivi medici", recita:

"L'azienda sanitaria dell'Alto Adige individua l'unità organizzativa che contabilizza le ricette a carico del Servizio sanitario provinciale spedite dalle farmacie convenzionate e che le controlla dal punto di vista tecnico, contabile e amministrativo. Omissis 2. L'unità organizzativa: - omissis - c) trasmette mensilmente alla ripartizione provinciale sanità, ai fini dell'attività di indirizzo e di programmazione, tutti i dati statistici riguardanti costi ed entità del consumo di prodotti farmaceutici, medicazioni e presidi medici".

L'Ufficio supporto amministrativo ai servizi distrettuali, assistenza protesica, dispositivi e farmaceutica della azienda sanitaria, in base alla suddetta legge e all'accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private in provincia di Bolzano, effettua mensilmente rilevazioni circa gli scostamenti tra quanto dichiarato dalle farmacie e quanto rilevato dall'azienda sanitaria con riferimento alle farmacie convenzionate della provincia, pubbliche e private. Sulla base di tali rilevazioni, vengono effettuati controlli più approfonditi.

Gli esiti di tali controlli possono dare luogo a rettifiche contabili nei confronti delle farmacie esaminate. La raccolta dei dati contenuti nelle ricette farmaceutiche avviene mediante scansione delle stesse e il loro inserimento in un programma di *data entry*, che permette sia la rilevazione degli errori riscontrati che la pulizia dei dati da utilizzare a fini statistici.

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

Il macro-processo di cui al paragrafo precedente è regolamentato dall'accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private in provincia di Bolzano (deliberazione della Giunta Provinciale 7 luglio 2003, n. 2270, così come dal contratto collettivo nazionale pubblicato il 19 marzo 2025) e dalla successiva normativa nazionale e provinciale. Tale accordo viene applicato e rispettato in toto dall'azienda, tranne dove risulti incompatibile, in quanto obsoleto, con le modifiche e variazioni introdotte in materia dalla normativa nazionale e provinciale.

La prescrizione dei farmaci in forma digitale è stata estesa a tutto il territorio provinciale. Ad oggi, circa il 90% delle prescrizioni mediche farmacologiche è stata digitalizzata e i farmaci possono essere ritirati presso ogni farmacia territoriale, ad esclusione dei farmaci che, ai sensi della normativa statale (inclusi i farmaci in DPC e in DD), debbano essere ancora prescritti in modo cartaceo. La prescrizione dematerializzata ha portato al miglioramento e alla semplificazione delle procedure e dei controlli.

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

In base alle linee guida elaborate a livello aziendale per i controlli ed il pagamento dei dispositivi medici e del materiale da medicazione alle farmacie convenzionate (di cui alla delibera LR Nr. 1343 del 11 dicembre 2018, DDG 249 del 21 febbraio 2023 e DDG 1390 del 31 ottobre 2023 (Dispositivi medici con tecnologia standard su pazienti con diabete), DDG 56 del 31 gennaio 2025 per l'approvvigionamento dei dispositivi medici), l'azienda sanitaria effettua manualmente o tramite sistemi digitalizzati il controllo tra il dichiarato dalle farmacie e il rilevato dagli addetti.

L'osservanza della normativa in materia e la correttezza dell'attività di controllo svolta dagli uffici amministrativi dei diversi CS è verificata per una tantum dall'ufficio preposto della rip. 23.2 dell'assessorato.

Si precisa che l'azienda sanitaria sta lavorando al progetto "informatizzazione orientata al paziente: presidi sanitari e prodotti dietetici", con il quale si prevede di introdurre un sistema informatico per la realizzazione dell'intero processo di prescrizione, autorizzazione, consegna, controllo e liquidazione dei

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

presidi sanitari. A causa degli adeguamenti normativi necessari all'armonizzazione dei criteri per la somministrazione dei dispositivi medici ai pazienti diabetici con i nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza) è emersa la necessità di posticipare il processo di informatizzazione, che si è realizzato a novembre 2023.

Con riferimento ai prodotti per persone affette da celiachia in dicembre 2020 è stato introdotto un programma, già adottato in altre regioni italiane, per l'informatizzazione della relativa documentazione.

Sul punto, con deliberazione della Giunta Provinciale 10 marzo 2020, n. 167, è stato stabilito di procedere all'utilizzo del software denominato "Celiachi@_RL", sviluppato da ARIA S.p.A per conto della Regione Lombardia e concesso alla provincia autonoma di Bolzano tramite convenzione con quest'ultima. Il software Celiachi@_RL permette, nello specifico:

- la completa dematerializzazione dei buoni per l'erogazione dei prodotti dietetici senza glutine;
- la possibilità per i pazienti celiaci di acquistare prodotti dietetici per celiaci su tutto il territorio provinciale (presso farmacie, negozi specializzati, grande distribuzione organizzata ecc.) senza alcun vincolo se non l'esaurimento del budget mensile a disposizione;
- la gestione ed il controllo della rendicontazione mensile inviata dagli erogatori.

Tale servizio determina, oltre che un risparmio per la Provincia Autonoma di Bolzano, anche una semplificazione delle attività di controllo ed un aumento dell'efficacia dei controlli stessi.

A partire dal 1° settembre 2020 i presidi per l'incontinenza distribuiti nelle residenze per anziani del territorio della Provincia di Bolzano sono stati forniti dall'Azienda Sanitaria sulla base di un unico contratto di aggiudicazione anziché consegnati tramite le farmacie territorialmente competenti (vedasi la pagina web dell'Azienda Sanitaria, alla voce "Amministrazione Trasparente" - "contratti di acquisto di beni e servizi per importo superiore ad un 1.000.000 euro" - "prot. N. 0109472-ME 2019") al fine di uniformare e semplificare procedure e controlli sulla corretta erogazione contrattualmente prevista.

Nel 2025 è stata avviata la gestione digitale della dispensazione e della rendicontazione dei dispositivi medici per problemi di incontinenza, ai sensi del DDG nr. 56/2025. Inoltre, a partire dal 1° ottobre 2025 sarà avviata la gestione interamente digitale della procedura per l'erogazione degli alimenti a fini medici speciali, dalla prescrizione fino al ritiro presso l'erogatore del servizio (farmacia o parafarmacia), ai sensi del DDG n. 813/2025.

Sperimentazioni Cliniche e ricerca sanitaria

Il Comitato etico per la sperimentazione clinica dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con sede presso il Comprensorio Sanitario di Bolzano è stato istituito ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2023 che, in recepimento del D. Lgs. n. 52/2019, individua i 40 comitati etici territoriali.

Con successiva deliberazione della Giunta Provinciale n. 484 del 13.06.2023 è stato adottato, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 30.01.2023, il regolamento di esecuzione sulla disciplina del Comitato etico che ne individua i criteri per la composizione ed il funzionamento e che prevede nello specifico, all'art. 3, l'indipendenza del Comitato medesimo per la prevenzione di eventuali conflitti di interessi.

Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 586 del 11.07.2023 sono stati infine nominati i membri del nuovo Comitato etico.

In virtù dell'adeguamento della normativa italiana al Reg. EU 536/2014 l'indipendenza del Comitato etico è garantita dalla nomina di competenza provinciale, dall'indipendenza della valutazione delle sperimentazioni interventistiche rispetto al sito di sperimentazione (il Comitato etico non valuta le sperimentazioni interventistiche effettuate dall'Azienda che vengono valutate da comitati etici territoriali di altre Regioni mentre valuta le sperimentazioni interventistiche svolte presso le Aziende Sanitarie di altre Regioni), nonché dalla prevenzione di conflitti d'interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta per tutte le altre tipologie di sperimentazione. A tal fine i componenti del Comitato rilasciano, ai sensi del

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

sopraccitato D. Lgs. n. 52/2019 un'autodichiarazione annuale nella quale attestano l'assenza di interessi di tipo economico-finanziario nei confronti delle aziende che producono i farmaci in esame, dispositivi medici o altre tecnologie. I membri e gli sperimentatori sono pertanto tenuti ad astenersi dalla votazione di quelle sperimentazioni per le quali potrebbe sussistere un potenziale conflitto d'interessi ed invitati ad allontanarsi dalla seduta (per esempio nel caso di dirigente medico dello stesso reparto ospedaliero o studio clinico nel quale viene condotta la sperimentazione). Si specifica che, con riferimento all'art 6 D. Lgs. n. 52/2019 relativo al riassetto e alla riforma normativa in materia di sperimentazione clinica per il necessario coordinamento con il Regolamento EU 536/2014, si è tutt'ora in attesa del provvedimento di AIFA, affinché vegano individuate le modalità idonee a tutelare l'indipendenza della sperimentazione clinica e a garantire l'assenza di conflitti di interesse nella valutazione delle relative domande.

Ai sensi del novellato art. 6 del D. Lgs n. 52/2019 lo sperimentatore, a tutela dell'indipendenza e imparzialità della sperimentazione clinica, dichiara preventivamente alla struttura presso la quale svolge lo studio clinico gli interessi finanziari propri, del coniuge o del convivente o di parente entro il secondo grado, nonché i rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione con il promotore dello studio stesso.

I membri dipendenti dell'Azienda Sanitaria svolgono il proprio ruolo al di fuori del proprio orario di lavoro, percependo il compenso previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 30.01.2023 per quanto riguarda le sperimentazioni interventistiche o quello previsto dalla normativa della Provincia Autonoma di Bolzano per gli organi collegiali per tutte le altre tipologie di sperimentazione. L'attività di ricerca da parte del personale avviene in orario di servizio e per tale attività non è prevista alcuna retribuzione aggiuntiva. Eventuali compensi corrisposti dai promotori per studi profit sponsorizzati vengono versati all' Azienda Sanitaria, alimentando il Fondo per le sperimentazioni senza scopo di lucro istituito dalla Direzione ai sensi del D.M. del 30.11.2021. L'utilizzo del Fondo da parte dei rispettivi servizi ed unità operative è stato disciplinato con apposito regolamento approvato con Delibera del Direttore Generale Nr. 51 del 27.01.2025

Per una più dettagliata analisi del rischio si rinvia all'allegato.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

E – Strutture sanitarie private accreditate

Il d.lgs. 502/92 versione vigente "Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, all'art. 8 bis "Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali" stabilisce che le Regioni/Province Autonome assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (i cosiddetti LEA) avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies.

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie "private", l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni sanitarie da parte della Regione/Province Autonome.

L'accreditamento istituzionale in provincia di Bolzano è rilasciato, come l'autorizzazione, dalla ripartizione sanità della Provincia Autonoma di Bolzano alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione provinciale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per questa azienda sanitaria a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate.

L'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta come previsto dalla normativa vigente.

La Legge Provinciale 7/2001 versione vigente "Riordinamento del servizio sanitario provinciale" all'art. 37 "Erogazione delle prestazioni sanitarie", riprendendo il dettato del d.lgs. 502/92, prevede l'eventualità che anche soggetti privati possano erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario provinciale purché accreditati e sulla base di specifici accordi contrattuali.

La definizione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali da parte dell'azienda sanitaria, la sua suddivisone a livello dei 4 comprensori sanitari in base alla popolazione residente e la conseguente definizione dei volumi di prestazioni da acquistare e dei relativi tetti di spesa (importo che viene riconosciuto a ciascuna struttura) per le varie strutture private accreditate avviene su base triennale.

Infatti, gli accordi contrattuali vigenti hanno validità triennale e prevedono sia un tetto base annuo a validità triennale che un tetto variabile che può essere confermato o meno l'anno successivo a seconda del fabbisogno rilevato e della disponibilità della stessa struttura ad erogarlo. In caso di criticità dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio nazionale e provinciale, come risultante dal monitoraggio mensile dei tempi di attesa, gli accordi contrattuali vigenti prevedono un ulteriore budget (budget di garanzia), che l'azienda sanitaria può attivare nel corso di validità dell'accordo e per periodo di tempi definito.

Nel rispetto della normativa vigente sui controlli da attuare per le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private convenzionate, sono regolamentati i controlli ed individuate le relative responsabilità, di natura amministrativa-contabile, di correttezza prescrittiva e di correttezza e completezza della documentazione clinica prodotta dalle strutture private convenzionate.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Azioni implementate

Al fine di garantire regole aziendali a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private convenzionate nel rispetto della normativa vigente, è stata approvata la procedura aziendale n. 6716/21, rilasciata dalla direzione sanitaria, che individua le responsabilità e la tipologia di controlli da attuare sulle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate. Nello specifico:

- controlli di natura amministrativa e contabile da attuare per le prestazioni erogate dalle strutture private, a cura degli uffici competenti (validità dell'esenzione indicata nell'impegnativa, correttezza del codice fiscale dell'assistito ecc.);
- controlli, a cura del nucleo di valutazione dell'assistenza sanitaria (NUVAS), per la verifica:
  - della correttezza e completezza della documentazione clinica prodotta dalle strutture private convenzionate;
  - della correttezza e completezza delle prescrizioni mediche prodotte dalla struttura convenzionata nel rispetto delle indicazioni aziendali (presenza del quesito diagnostico, gestione della classe di priorità, laddove previsto, corretta attribuzione del codice e/o descrizione della prestazione secondo catalogo provinciale del prescrivibile (CPP).

F - Liste d'attesa

Il governo dei tempi di attesa rappresenta una delle sfide più difficili per qualsiasi azienda sanitaria e riguarda la modalità organizzativa con cui il sistema sanitario garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie entro tempi appropriati alla patologia ed alle necessità di cura dei pazienti. Questa garanzia è una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Trovare un equilibrio tra offerta, domanda, aspettative della popolazione e risorse disponibili è una sfida molto complessa. Le determinanti che influenzano il tema delle liste di attesa sono molteplici, ed in particolare:

- la crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovuta a cambiamenti sociodemografici (invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche, ricorso alla medicina preventiva);
- la carenza di risorse umane (personale medico, tecnico assistenziale e amministrativo) e strutturali (p.e. quantità e tipologia dei macchinari diagnostici) in grado di far fronte alla crescente domanda;
- il progresso tecnologico e l'aumentata aspettativa di salute da parte dei cittadini;
- l'appropriatezza prescrittiva (definizione di regole prescrittive omogenee per i medici prescrittori e adozione di modelli e criteri clinici per definire la priorità della domanda);
- il fenomeno del *no-show* e la mobilità territoriale dei pazienti.

Nel "Piano provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021" (approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 915 del 5 novembre 2019) vengono fissati i tempi massimi di prenotazione ed individuate le aree di intervento per un ottimale ed efficiente governo delle liste di attesa. Punti cardine del piano sono:

- la riorganizzazione dei servizi di prenotazione attraverso la creazione di un centro unico di prenotazione provinciale (CUPP);
- l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione;
- la promozione di iniziative mirate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso l'adozione di strumenti per definire la priorità della domanda di prestazioni (modello Raggruppamenti di attesa omogenei – RAO);
- la trasparenza del ciclo di pianificazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati, del monitoraggio delle prestazioni prenotate, della gestione delle liste di attesa e dell'erogazione delle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Provinciale.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In attuazione del piano provinciale è stato approvato, in forma di cronoprogramma operativo, con delibera aziendale n. 84 del 04.02.2020, il "Piano attuativo aziendale per il governo dei tempi di attesa 2020-2022 dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige", in cui vengono individuate azioni e strumenti di medio e lungo periodo che si concretizzano in:

- una maggiore diffusione della ricetta dematerializzata;
- un miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni e un maggiore governo dell'offerta di prestazioni;
- lo sviluppo ed implementazione di un sistema informativo per il puntuale e costante monitoraggio dei tempi di attesa, in grado di rilevare aree di criticità in maniera tempestiva;
- una ottimizzazione e diversificazione dei canali di accesso per la prenotazione da offrire al cittadino, in linea con l'evoluzione della sanità elettronica;
- attuazione di strategie informative per la popolazione.

In seguito all'emergenza epidemiologica Covid-19 è stato elaborato un piano operativo provinciale per il recupero delle liste di attesa (delibera della Giunta Provinciale Nr. 1050 del 22.12.2020), rimodulato nel 2022 per tenere conto di alcuni cambiamenti normativi (delibera della Giunta Provinciale Nr. 577 del 23.08.2022) e nuovamente aggiornato nel 2023 (delibera della Giunta Provinciale Nr. 836 del 03.10.2023). Le misure esposte nei documenti hanno lo scopo di potenziare il sistema sanitario.

Al fine di offrire al cittadino un servizio di prenotazione di alta qualità, l'azienda sanitaria ha riorganizzato il centro unico di prenotazione provinciale (CUPP) in coerenza con le linee guida nazionali CUP, di cui all'accordo Stato-Regioni del 29.4.2010, e con il piano provinciale. Il modello organizzativo, approvato con delibera aziendale n. 667 del 04.12.2018, ha portato all'unificazione dei 6 CUP comprensoriali in un unico CUP provinciale (CUPP) e una separazione dell'attività di front office rispetto alle funzioni di back office. Al CUPP è stata attribuita la responsabilità dell'intero servizio aziendale di prenotazione, da cui dipendono:

- un unico call-center aziendale articolato su due sedi operative (Bolzano e Varna);
- quattro *team* di back-office nei quattro comprensori sanitari, a cui sono affidati la gestione e manutenzione delle agende di prenotazione.

Il cittadino può accedere alle prestazioni erogabili tramite due distinti livelli di prenotazione:

1. CUPP, con il focus sui primi accessi;
2. singoli reparti/servizi, con il focus sugli accessi successivi.

Il CUPP gestisce le prestazioni affidategli in modo centralizzato e omogeneo per l'intero ambito di garanzia, corrispondente al territorio della provincia autonoma di Bolzano. Al termine del potenziamento del servizio, tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale ed altre ancora saranno gestite dal CUPP. I cittadini possono prenotare e gestire gli appuntamenti delle prime visite specialistiche e delle prestazioni diagnostico-strumentali grazie al CUPP tramite un sistema multicanale, articolato nel seguente modo:

a) call-center aziendale. Grazie all'avvio del nuovo *contact-manager* aziendale è stato istituito un numero unico provinciale di prenotazione in sostituzione dei numeri preesistenti. Anche la prenotazione via e-mail presso il call-center è stata notevolmente semplificata e armonizzata grazie all'unificazione degli indirizzi;
b) sistemi di auto prenotazione, quali l'attivazione di una nuova versione tecnologicamente più avanzata del portale aziendale online dedicato alla prenotazione e la gestione degli appuntamenti, denominata "Sanibook" e disponibile anche in versione *App Mobile,* sia con sistema operativo Android che iOS. Oltre a prenotare e gestire gli appuntamenti è possibile consultare le disponibilità attuali reali.
c) sportelli casse multifunzionali sul territorio, in particolare negli ospedali e nei distretti, con dipendenza funzionale dal CUPP per quanto riguarda la prenotazione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il beneficio offerto dal CUPP è quello di rendere note con un unico contatto tutte le disponibilità aziendali per la prestazione desiderata. Al cittadino viene offerto innanzitutto il primo appuntamento disponibile a livello aziendale, nel rispetto dell'ambito di garanzia definito nel piano provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.

L'offerta e la relativa prenotazione del servizio sanitario provinciale/servizio sanitario nazionale (SSP/SSN) è tenuta nettamente distinta dalla libera professione intramuraria (LPI), sia per mezzo dei canali di contatto separati e dedicati (numero di telefono, indirizzo E-Mail, sezione del portale di prenotazione) sia attraverso apposita procedura per gli operatori.

Il personale CUPP è formato e sensibilizzato sui temi del rispetto della privacy, della trasparenza e della anticorruzione e il tema è sempre presente nel quadro dello sviluppo organizzativo. Le procedure organizzative e i permessi software sono regolati su questo. A partire dal terzo quadrimestre 2023 è iniziato il percorso di transizione ad un nuovo applicativo centrale per le prenotazioni. Questo applicativo consentirà per esempio il log approfondito delle attività effettuate e un ancora più dettagliato governo delle abilitazioni.

A partire dal 2017 per il settore della prevenzione e dal 2022 per il settore dei prelievi del sangue e delle vaccinazioni covid, il CUPP si avvale del supporto di due fornitori esterni di servizi di *contact-center*, entrambi ubicati sul territorio provinciale. Questa esternalizzazione di parte dell'attività operativa di prenotazione si è resa necessaria visto il crescere di prestazioni che sono passate a gestione CUPP e sono quindi state armonizzate e/o ricondotte ad un unico sistema di prenotazione valido per tutto il territorio. In particolare, anche per il prelievo del sangue si è passati ad una gestione unica della prenotazione sul territorio che ha sostituito la prenotazione singola presso circa 40 erogatori, con notevoli benefici in termini di trasparenza ed organizzazione del servizio. I fornitori esterni seguono le stesse procedure e linee guida del CUPP per una soluzione continua del servizio tra azienda sanitaria e partner esterni nei confronti dei cittadini. Il sistema software dei fornitori è allineato e/o integrato con quello dell'azienda sanitaria e configurato per operare nei soli settori di competenza. Il lavoro è oggetto quotidiano di monitoraggio ed è soggetto alle direttive del CUPP dell'azienda sanitaria.

I singoli reparti/servizi gestiscono le visite e prestazioni di controllo. Alcune prestazioni specifiche e/o di alta complessità vengono prenotate dai singoli reparti/servizi.

Azioni implementate

La riorganizzazione del CUPP, ai sensi della delibera aziendale n. 667 del 04.12.2018, concernente l'attribuzione delle competenze aziendali inerenti all'attività di call-center e back-office relative al servizio provinciale di prenotazione delle prestazioni sanitarie, in linea generale è stata implementata nel rispetto delle tempistiche programmate. Ci sono stati alcuni dilazionamenti temporali rispetto alle scadenze previste a causa dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Lo sviluppo organizzativo continua con l'obiettivo di garantire un servizio efficace ed efficiente, nonché trasparente, alla popolazione. Le misure contenute nei piani sono oggetto di pianificazione e applicazione.

Per l'analisi, la valutazione e il trattamento del rischio si rinvia a quanto disposto nell'Allegato.

G - Attività libero professionale intramoenia

L'attività libero professionale intramoenia (di seguito LPI) viene presa in considerazione nelle linee-guida ANAC in particolar modo con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e con riferimento alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

La stessa viene, infatti, individuata come un'area a rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini, con eventuali ripercussioni dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.

Pertanto, in linea con le direttive ANAC, l'azienda ha focalizzato i propri interventi di gestione del rischio con riferimento:

a) alla fase autorizzatoria;

b) alla fase di svolgimento effettivo dell'attività;

c) alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Si riepilogano qui, pertanto, le direttive già presenti, gli interventi effettuati e le attività in programmazione con riferimento alle aree sopra indicate:

1 Fase autorizzatoria allo svolgimento dell'attività in LPI

Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività intramoenia, possibili eventi rischiosi vengono individuati nella possibilità di:

- rilascio di dichiarazioni mendaci, prodotte al fine di ottenere l'autorizzazione;
- ipotesi di inadeguata verifica dell'attività erogata in regime di LPI.

Possibili misure di contrasto sono costituite da:

- una preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento della LPI (disciplina regolata a livello aziendale con delibera n.273/2008 e linee guida d.d. 05.11.2009 e d.d. 20.01.2010);
- una negoziazione dei volumi di attività in LPI in relazione agli obiettivi istituzionali, stabilita ex ante da una limitazione della possibilità di svolgere attività LPI per massimo 6 ore a settimana;
- una ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento della LPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda sanitaria.

Alla luce delle indicazioni sopra evidenziate, in relazione alla fase autorizzatoria, sono in atto, sulla base delle direttive aziendali, i seguenti controlli:

- preventiva verifica della sussistenza dei requisiti necessari per lo svolgimento della LPI;
- negoziazione dei volumi di attività LPI con riferimento agli obiettivi istituzionali di abbattimento delle liste d'attesa.

Tali fattori risultano, infatti, strettamente interconnessi.

Conditio sine qua non dell'autorizzazione stessa risulta l'autorizzazione generale (annuale, semestrale o ulteriormente ridotta a seconda della branca) rilasciata dalla direzione aziendale a seguito di una valutazione dei tempi di attesa presenti per ciascuna disciplina, rilevati come da successivo paragrafo (si confronti "Liste d'attesa").

A tal proposito, si specifica che sia il piano aziendale libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario, previsto dalla L.P. n. 10/1995 ed approvato con deliberazione n. 273/2008, sia le successive linee guida aziendali d.d. 05.11.2009 e d.d. 20.01.2010, disciplinano possibilità e limitazioni alle attività e alle prestazioni da autorizzare, in relazione ai titoli posseduti e dichiarati.

Gli ulteriori passaggi vengono seguiti dall'ufficio preposto, il quale verifica periodicamente la sussistenza dei requisiti normativamente e contrattualmente previsti per l'esercizio della LPI in capo al richiedente/autorizzato.

Si specifica, sul punto, come il rischio del rilascio di dichiarazioni mendaci sia basso, in quanto titoli accademici ed eventuali specializzazioni sono atti in possesso dell'azienda sanitaria (presso la ripartizione del personale). In ogni caso, anche in corso d'anno vengono effettuati dei controlli.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Infine, per quanto concerne l'intramoenia allargata, fattispecie evidenziata nelle direttive ANAC quale circostanza a rischio di fenomeni corruttivi, si evidenzia che ad oggi la stessa non risulta autorizzata presso l'azienda sanitaria e che tale possibilità non risulta essere in previsione.

2 Svolgimento effettivo dell'attività e relativi controlli

Con riferimento alla fase di esercizio effettivo dell'attività LPI fra gli eventi rischiosi possono configurarsi:

- errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime istituzionale, al fine di favorire l'attività in LPI;
- false o omesse dichiarazioni circa il superamento dei limiti dei volumi autorizzati o svolgimento di prestazioni non autorizzate;
- svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Ciò premesso, in relazione al primo punto ed alle misure adottate ed adottande, si rimanda nuovamente a quanto descritto nel successivo paragrafo "liste d'attesa" e in particolare alla gestione delle prenotazioni.

Nel corso del 2025, in coerenza con quanto indicato da ANAC ed al fine di formalizzare i controlli che venivano già svolti da parte dell'Azienda rispetto a tale ambito e riferiti, sia alla fase di autorizzazione che di svolgimento effettivo dell'attività, è stato inoltre approvato, con delibera del Direttore Generale n. 411 del 2025, il "regolamento aziendale per i controlli nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)" ove è stato peraltro specificamente individuato il procedimento volto alla contestazione delle violazioni e per l'irrogazione delle sanzioni della sospensione e della revoca dell'autorizzazione.

Con riferimento, invece, agli altri punti esplicitati, si evidenzia che, i vigenti contratti collettivi di comparto, il citato piano aziendale dell'attività intramoenia e le successive direttive interne applicative - già citate - prevedono specificamente che l'attività intramuraria debba sempre essere svolta fuori dall'orario di servizio, mediante timbratura e con specifico codice identificativo. Tale codice permette di individuare nel dettaglio tutte le attività svolte in LPI e di verificare eventuali incongruenze o violazioni delle autorizzazioni rilasciate e/o delle direttive sopra citate.

Si specifica, altresì, che, nel rispetto della normativa vigente, è stata istituita una commissione di verifica della libera professione che, in qualità di organo di controllo, con cadenza almeno semestrale:

- accerta il rapporto fra volumi di attività assicurati in regime istituzionale e quelli svolti in regime di LPI;
- verifica l'andamento delle liste d'attesa e fornisce parere alla direzione generale aziendale con riferimento alle autorizzazioni generali;
- evidenzia eventuali situazioni di contrasto dell'attività in LPI con le finalità e attività istituzionali;
- verifica l'equilibrio tra attività istituzionale e attività in LPI con particolare riferimento alle prestazioni eseguite (sia nelle prime visite che in quelle di controllo).

Sempre con riguardo alla suddetta commissione si rileva che la stessa, ai sensi dell'art. 3 comma 3 dell'Accordo d.d. 18/10/2010 della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, riveste specifiche competenze anche in merito all'insorgenza di conflitti di interesse o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale.
Con deliberazione del Direttore generale n. 526 d.d. 15/9/2020 è stata inoltre prevista la partecipazione in capo alla stessa di due componenti delle organizzazioni maggiormente rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Si evidenzia, altresì, che con delibera n. 1069/2008 la Giunta provinciale ha elaborato, ai sensi della LP n.10/95, art.1ter, delle direttive secondo le quali l'azienda sanitaria ha il compito di monitorare

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

costantemente il rapporto tra attività istituzionale ed attività resa in regime di LPI, unitamente al dovere di riferire annualmente alla Provincia circa l'influenza dell'attività svolta in regime di LPI sull'andamento delle liste d'attesa.

Tale monitoraggio è finalizzato a verificare l'equilibrio tra le due tipologie di attività e il corretto svolgimento delle medesime.

Proseguendo oltre, a livello contrattuale sono previste situazioni di incompatibilità con l'esercizio dell'attività erogata in regime di LPl e che di seguito si indicano:

- l'assenza per malattia;
- l'assenza per infortunio;
- l'aspettativa per motivi familiari;
- l'assenza per maternità obbligatoria o facoltativa;
- l'assenza per congedo parentale;
- il turno in pronta disponibilità;
- il servizio di guardia.

Tali fattispecie sono state tassativamente indicate al fine di evitare situazioni di interferenza con l'attività svolta in regime istituzionale. L'ufficio preposto effettua, quindi, specifici controlli mensili al riguardo.

In particolare, sempre con riferimento ai controlli, l'attività intramoenia, come accennato, richiede differenti tipologie di verifica della stessa (modalità di prenotazione, tipologie di visite e altre prestazioni prenotate, volumi attesi ed effettivamente erogati, rispetto degli orari previsti per lo svolgimento della LPI, sovrapposizioni tra attività istituzionale e attività libero-professionale, utilizzo di spazi, utilizzo di attrezzature, gestione documentale, accesso alle banche dati e archiviazione della documentazione clinica, organizzazione, gestione attività, orari del personale di supporto, modalità di accesso dei pazienti, modalità di fatturazione e pagamento, congruità delle agende con la programmazione ordinaria).

I processi sopra indicati configurano rischi potenziali di corruzione, per cui, in sede di svolgimento dell'attività suddetta, vengono applicate le procedure di controllo previste per le diverse fasi del processo e tracciate le medesime attività.

Inoltre, con riferimento all'iter procedimentale dell'attività nel suo complesso, risulta potenzialmente a rischio corruttivo la gestione dell'incasso dei proventi dell'attività in LPI.

A tal fine, le modalità di riscossione dei proventi prevedono il pagamento anticipato della prestazione prenotata direttamente alle casse, la compilazione di apposita modulistica sottoscritta dal professionista e dal paziente con indicazione delle prestazioni effettuate, unitamente alla data di erogazione ed alla relativa tariffa.

La riscossione dei proventi è, altresì, prevista tramite invio differito di fattura al domicilio dell'utente qualora il servizio cassa non sia operativo.

Al fine di potenziare le misure di contrasto alla corruzione, è, inoltre, in fase di conclusione un progetto per l'introduzione di modalità automatizzate di pagamento delle prestazioni.

Proseguendo nella disamina, con riferimento al tema dei volumi di attività, si evidenzia che i controlli sopra indicati permettono di verificare prontamente eventuali incongruenze rispetto a quanto autorizzato.

Inoltre, è importante puntualizzare che, in linea con quanto previsto dall'Accordo d.d. 18/11/2010 della conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, i volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili presso l'Azienda Sanitaria risultano nettamente inferiori a quelli erogabili a livello nazionale e non prevedono un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nello specifico, con riferimento all'anno 2024, si dichiara che i medici autorizzati ad erogare servizi in regime di LPI sono 240; le ore che sono state autorizzate per l'attività intramuraria sono 774,25 alla settimana.

3 Rischio interferenze con attività istituzionale

Per evitare interferenze con l'attività istituzionale - e per un'efficiente allocazione delle risorse umane e strutturali - gli ambulatori per l'attività in LPI sono organizzati in fasce orarie differenti.

Inoltre, attualmente il numero di ore settimanali che possono essere autorizzate al professionista sono limitate ad un massimo di 6. Pertanto, le possibilità di commistione tra le due attività risultano alquanto remote ed in ogni caso l'Ufficio competente effettua controlli al riguardo.

Oltre a ciò, come ampiamente descritto nel precedente paragrafo sulle liste d'attesa, la prenotazione delle prestazioni in regime di LPI avviene in modo separato rispetto alla prenotazione dell'attività in regime istituzionale e all'utenza devono essere fornite tutte le informazioni in ordine ai tempi di attesa e ai tariffari applicati.

I tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono monitorati mensilmente e pubblicati - periodicamente - sul sito web aziendale, ove sono altresì reperibili i nominativi dei professionisti che svolgono attività intramoenia, i relativi orari, le sedi di erogazione del servizio e le tariffe applicate.

Quale ulteriore misura di contrasto alla problematica in esame, si rileva che la normativa aziendale, concordemente con quanto sopra esplicitato, è molto più stringente di quella nazionale (che prevede come limite ai volumi una generica indicazione circa il fatto che l'attività in LPI non superi quantitativamente quella resa in regime istituzionale).

Inoltre, lo svolgimento dell'attività in LPI è consentito solo fuori dall'orario di servizio e, in via generale, al termine degli orari di apertura degli ambulatori.

In conclusione, sulla base dell'attuale regolamentazione, al fine di prevenire ipotesi corruttive o, ad ogni modo, di *maladministration*, è prevista la sostanziale separazione dei percorsi dei pazienti che accedono alle strutture per prestazioni rese in regime libero-professionale e quelli che accedono, invece, per prestazioni rese in regime istituzionale.

H - Affari generali e contenzioso

Ufficio affari generali e assicurazioni

L'*Ufficio affari generali e assicurazioni* - quali misure di prevenzione della corruzione ed in ottica di trasparenza amministrativa nonché alla luce della normativa di riferimento – intraprende diverse azioni per contrastare potenziali rischi associabili alle attività rientranti nel proprio ambito di competenza e legate a risarcimenti corrisposti per sinistri e/o rimborsi. Nello specifico:

1. rispetto alla **gestione dei sinistri rientranti nella polizza per responsabilità civile verso terzi ed operatori** (cosiddetta "RCT/O") – che è stipulata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ai sensi dell'art. 10 della L. n. 24/2017 – l'*Ufficio affari generali e assicurazioni* esegue uno stretto monitoraggio dei sinistri notificati e, dunque, poi denunciati alla *Compagnia assicurativa*. Inoltre, coordina l'istruttoria sui casi, coinvolgendo il *Servizio aziendale di medicina legale* (per i danni a persona) nonché i coordinatori/trici infermieristici/che del *Reparto/Servizio* coinvolto (per i danni a cose), per poi rimettere la decisione finale su ogni singolo sinistro alla *Compagnia assicurativa*, in quanto trattasi attualmente di assicurazione senza franchigia.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2. rispetto al **rimborso delle spese di riparazione per danni all'auto privata utilizzata per motivi di servizio**, l'*Ufficio affari generali e assicurazioni* agisce nel rispetto di quanto previsto dal contratto collettivo intercompartimentale (2005-2008), allegato 1 ("Disciplina di missione"), art. 10 ("Rimborso dei danni subiti dal proprio veicolo in missione di servizio"). Inoltre, a fini istruttori, coinvolge la *Ripartizione tecnica e patrimoniale* per la valutazione del danno, interpella l'*Ufficio estimo* della Provincia autonoma di Bolzano per la raccolta di un parere di congruità delle spese ed esegue controlli sulla sussistenza dei presupposti per fare luogo al risarcimento, ai sensi di quanto previsto dal contratto collettivo intercompartimentale applicabile. A questo proposito si annoverano, a titolo esemplificativo, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sul fatto causativo del danno, il verbale della *Polizia* o dei *Carabinieri* nonché il verbale del *Pronto Soccorso*.

3. rispetto al **rimborso delle spese legali e/o peritali** – che sono state sostenute dal personale (sia in servizio che cessato dal servizio) **per la propria difesa in procedimenti giudiziari** (per responsabilità penale, civile, amministrativa e contabile), nei quali lo stesso sia rimasto coinvolto per cause di servizio – l'*Ufficio affari generali e assicurazioni* agisce nel rispetto di quanto previsto dalla L.P. n. 16/2001 s.m.i. Tra i requisiti per poter avanzare la richiesta di rimborso è necessaria la presenza di un provvedimento giudiziario definitivo, nel quale non risulti accertata la "colpa grave" o il "dolo" e nel quale venga dichiaratamente esclusa la responsabilità del personale. A fini istruttori, l'*Ufficio affari generali e assicurazioni* raccoglie un parere sulla congruità degli importi delle spese oggetto della richiesta di rimborso, motivo per cui interpella l'*Ufficio legale (*per le spese legali), il S*ervizio di medicina legale* (per le spese peritali) e – laddove necessario nonché in caso di situazioni particolarmente complesse, anche in riferimento a singole pratiche – l'*Avvocatura di Stato di Trento*. L'*Ufficio affari generali e assicurazioni* predispone poi una relazione circa la sussistenza dei presupposti per dare luogo al rimborso, la quale viene sottoposta, in ultimo luogo, all'attenzione della *Direzione generale*. La decisione finale sulla concessione del rimborso avviene tramite la pubblicazione di determinazione o deliberazione, a seconda dell'afferenza (rispettivamente comprensoriale o aziendale) dell'unità del/la dipendente che ha richiesto il rimborso. Preme sottolineare che, nel corso del 2025, l'*Ufficio affari generali e assicurazioni* ha provveduto anche alla revisione della procedura aziendale relativa alla gestione delle richieste di rimborso delle spese legali, peritali e giudiziarie, allo scopo – oltre che di uniformare a livello aziendale le condizioni, i presupposti e le modalità di dette richieste – di tenere conto dell'esperienza maturata sull'argomento da parte dell'*Ufficio affari generali e assicurazioni* medesimo nonché di conformare detto documento ai pareri resi nel tempo dall'*Avvocatura di Stato di Trento*.

Ufficio Legale

L'*Ufficio legale* - quali misure di prevenzione della corruzione ed in ottica di trasparenza amministrativa nonché alla luce della normativa di riferimento – intraprende diverse azioni per contrastare potenziali rischi associabili alle attività rientranti nel proprio ambito di competenza. Nello specifico:

1. rispetto ai **pareri di congruità delle spese legali per il rimborso delle spese legali e peritali** l'Ufficio *legale* esegue uno stretto controllo di congruità delle parcelle degli avvocati che hanno assistito i dipendenti nei procedimenti nei quali sono stati coinvolti. Per verificare la congruità delle stesse, l'Ufficio Legale utilizza i tariffari forensi pubblicati nella Gazzetta Ufficiale e approvati con appositi Decreti Ministeriali (DM 55/2014 e DM 147 del 2022) e confronta tutte le voci applicate nelle parcelle degli avvocati con quelle di cui ai decreti ministeriali di cui sopra. Qualora tali parcelle dovessero essere molto alte, vengono inviate per il controllo ed il parere di congruità all'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Trento.
2. Rispetto alla **predisposizione di pareri legal**i, la Direttrice dell'Ufficio legale e la Direzione Aziendale esercitano una supervisione sugli stessi, che non possono mai essere richiesti da singoli

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

soggetti se non appartenenti al Comitato gestionale. Inoltre, nella predisposizione dei pareri vengono coinvolti per le informazioni necessarie tutti gli uffici interessati.

3. **Rappresentanza dell'ente in giudizio**: il legale che difende l'Azienda in giudizio si astiene dall'attività di difesa in ipotesi di eventuale conflitto di interessi ed agisce con perizia professionale. Eventuali conflitti vengono comunicati alla direttrice dell'Ufficio e il legale viene sostituito.
4. **Azioni di rivalsa nei confronti di terzi:** le pratiche per le rivalse vengono inviate all'Ufficio Legale dai Comprensori e difficilmente vengono omesse le segnalazioni. L'Ufficio Legale nel tentativo di recupero degli importi controlla se vi siano azioni civili o penali in corso o concluse e se l'assicurazione del terzo abbia versato eventuali somme al danneggiato.

I – Attività conseguente ai decessi intraospedalieri

L'Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano applica la normativa vigente per l'espletamento delle attività connesse ai decessi intraospedalieri.

Si osservano in particolare:

- D.P.R. n. 285 del 10.09.1990 „Approvazione del regolamento di polizia mortuaria";
- Circolare Ministero della Sanità n. 24 d.d. 24.06.1993 "Regolamento di polizia mortuaria";
- Legge provinciale n. 1 d.d. 19.01.2012 "Disposizioni in materia cimiteriale e di cremazione ";
- Circolare dell'Assessorato famiglia, sanità e politiche sociali 19.09.2013, Prot. Nr. 55.01.504923 "Disposizioni in materia cimiteriale e di cremazione ";
- DM 15.12.1990 „Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive";
- DPR 3 November 2000, Nr. 396;
- Legge n. 190 del 23.12.2014;
- Circolare n. 33 del 13.02.2015 "Trasmissione telematica all'Inps del certificato di accertamento del decesso da parte dei medici necroscopi. Attuazione della legge n. 190 del 23 dicembre 2014 (legge di stabilità per il 2015)";
- Legge n. 130 del 30.03.2001;
- Art. 361 und Art 365 codice penale;
- Legge n.31 del. 02.02.2006.

Nell'anno 2023 è stata introdotta una procedura operativa sui compiti di polizia mortuaria (n. ID 9963/23, pubblicata nell'intranet aziendale alla voce "strumenti di qualità").

Nell'azienda sanitaria della provincia di Bolzano le camere mortuarie vengono gestite da personale interno (medici, infermieri, servizio trasporto pazienti, operatori tecnici di sala autoptica/necrofori), che ruota secondo l'ordinaria turnazione. Gli operatori sono consapevoli e preparati alle peculiarità della mansione da svolgere con correttezza, legalità ed eticità. Sono, altresì, informati del fatto che, secondo le regole contenute nel codice di comportamento aziendale, i dipendenti non possono accettare regali, compensi o qualsiasi utilità in relazione all'espletamento delle loro funzioni.

In caso di decesso di un paziente è prevista l'assistenza spirituale, ove richiesta.

L'area dei servizi funebri rappresenta un'area a rischio corruttivo anche alla luce dei casi di corruzione che, su tutto il territorio nazionale, hanno visto coinvolti dipendenti delle aziende sanitarie ed imprese funebri esterne.

Gli eventi rischiosi in tale area sono riconducibili alla fattispecie secondo cui il personale addetto venga, procuri o si ponga come intermediario per imprese di onoranze funebri.

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

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

J - Servizio aziendale di medicina del lavoro

In primo luogo, si specifica che tutti i processi già descritti nell'anno 2023 sono rimasti invariati.

Nel corso dell'anno 2024 sono cambiate le figure professionali che compongono il team dello Sportello per le situazioni critiche in ambito lavorativo e il mobbing con l'assunzione di un'assistente amministrativa al posto della precedente assistente sanitaria.

È ancora in fase di elaborazione una procedura che definirà i criteri e le modalità d'accesso allo Sportello nonché le modalità operative, i compiti ed i ruoli degli operatori che interverranno nelle diverse fasi del procedimento in atto.

Le misure adottate, necessarie ad incrementare l'azione di prevenzione della corruzione sono:

1) l'accettazione del caso avviene in base alla data della richiesta e alla gravità del caso (decisione da prendere in team dai componenti dello Sportello);
2) la classificazione, risoluzione del caso ed eventuale denuncia alle sedi competenti in caso di mobbing da effettuarsi ad opera del team multidisciplinare (che prevede figure esterne allo Sportello: psichiatra, psicologo, medico del lavoro);
3) la procedura prevede l'uso di modulistica standardizzata e l'inserimento dei dati archivio digitale;
4) i colloqui e la presa in carico avvengono con il consenso informato degli interessati.

K - Servizio aziendale di medicina dello sport

Il servizio provinciale di medicina dello sport effettua principalmente visite mediche sportive per il rilascio dell'idoneità agonistica all'attività sportiva e visite mediche per il rilascio di certificati medici per lo svolgimento di attività di volontariato (ad esempio, vigili del fuoco volontari con autorespiratore o soccorso alpino).

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

Ogni federazione sportiva nazionale stabilisce per i propri iscritti:

- i limiti di età (minima e massima) di chi si deve sottoporre alla visita;
- la validità massima temporale del certificato rilasciato;
- gli esami e gli accertamenti da effettuare per ogni tipo di sport al fine di formulare un giudizio.

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

Il medico certificatore esprime autonomamente (valutati tutti gli accertamenti previsti dalla legge e avvalendosi di eventuali accertamenti e/o valutazioni di altri medici specialisti aggiuntivi) il giudizio di idoneità o di non idoneità. Ha, inoltre, la facoltà di limitare nel tempo la durata massima prevista per la validità del certificato ad una durata più breve sulla base delle circostanze del caso specifico.

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

Le prestazioni del servizio provinciale di medicina dello sport vengono erogate presso la sede principale di Bolzano (clinica S. Maria) e gli ambulatori di Merano, Silandro, Bressanone, Vipiteno, Brunico e San Candido.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Oltre alle visite medico-sportive per il rilascio dell'idoneità sportivo-agonistica, il servizio aziendale di medicina dello sport, come sopra specificato, esegue visite per il rilascio di certificati nei diversi ambiti in cui si può operare mediante attività di volontariato (vigili del fuoco con autorespiratore, soccorso alpino, assistente bagnante, soccorso speleologico, soccorso subacqueo, soccorso sulle piste da sci ecc.).

Tali attività sono regolamentate dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 794/2007.

La prenotazione delle visite per il rilascio dei certificati sopra descritti avviene, dal 2022, tramite il CUPP.

Nel 2018 sono stati mappati per la prima volta i tre processi decisionali principali del servizio aziendale di medicina dello sport e negli anni successivi si è provveduto con l'attività di monitoraggio e revisione del rischio concernente tali attività. La definizione di tali processi, la valutazione dei rischi e le misure di contrasto sono contenuti nell'allegata mappatura.

L - Servizio veterinario aziendale

Il servizio veterinario aziendale è caratterizzato da molteplici competenze. Queste sono distribuite in base alla legislazione nazionale e provinciale (LP.3/2017) sui tre seguenti Servizi: Sanità animale, (identificata nella tabella sottostante con la sigla A), Igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale (sigla B) e Igiene degli allevamenti, dei mangimi e delle produzioni zootecniche (sigla C).

Questa suddivisione di base non è ancora completamente applicata in Provincia Autonoma di Bolzano, dove vige anche la LP 3/1983. Le competenze dei tre Servizi vengono pertanto, da un punto di vista organizzativo, ripartite tra le due strutture complesse del Servizio Veterinario, Sanità animale e Igiene degli alimenti esistenti in Provincia Autonoma di Bolzano.

La "Tabella delle competenze" raggruppa le stesse in base alle pertinenti normative nazionali, in tre servizi (Area A, B e C) e le assegna attraverso due diverse colorazioni (rosso e giallo) alle due strutture complesse esistenti nella Provincia autonoma di Bolzano. Il colore rosso indica le competenze assegnate alla Struttura Complessa Igiene degli alimenti, il colore giallo quelle della Struttura Complessa Sanità Animale. L'assegnazione all'uno o all'altro settore viene effettuata sulla base delle risorse del personale e di considerazioni tecniche. Si è preferito, per motivi di razionalità organizzativa associare settori connessi per contenuto in modo che, come descritto nella tabella 2, tali attività possano essere divise in "filiere", secondo una logica di processi consecutivi incatenati e la rispettiva struttura complessa di appartenenza.

Nel caso le tabelle descrivono l'esecuzione di controlli, si considera ricompreso l'eventuale iter autorizzativo degli operatori sottoposti a vigilanza.

<table>
<tr><th>(Area B) Struttura complessa
Sicurezza alimentare</th><th>(Area C)</th><th colspan="3">(Area A) Struttura complessa
Sanità animale</th></tr>
<tr><th>Sicurezza alimentare (LH)</th><th>Igiene delle produzioni zootecniche (TH)</th><th>Sanità animale (TG)</th><th colspan="2">Specie animale</th></tr>
<tr><td>1. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di macellazione</td><td>1. Attuazione dei controlli nelle aziende di produzione del latte</td><td>1. Identificazione e registrazione</td><td colspan="2">Bovini Ovicaprini Suini Equidi Avicoli Allevamenti ittici Apiari Animali d'affezione Camelidi Elicicolture Lagomorfi</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di sezionamento, lavorazione carni macinate, preparazioni di carni e carni separate meccanicamente</td><td rowspan="2">2. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di latte crudo e derivati.</td><td rowspan="8">2. Piani di profilassi statali e provinciali</td><td>Specie animale</td><td>Malattia</td></tr>
<tr><td>Bovini</td><td>TBC
Brucellosi
Leucosi BVD
IBR
BT</td></tr>
<tr><td>3. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di trasformazione di prodotti a base di carne</td><td>3. Attuazione del controllo sull'alimentazione animale</td><td>Ovicaprini</td><td>Brucellosi
B.ovis
BT
CAEV</td></tr>
<tr><td>4. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di prodotti della pesca</td><td>4. Attuazione del controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario</td><td>Suini</td><td>Aujeszky
Peste suina classica
Peste suina africana</td></tr>
<tr><td>5. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di uova e derivati</td><td>5. Attuazione dei controlli per verificare la corretta attuazione della normativa sul benessere animale</td><td>Equidi</td><td>Arterite virale MCM
Anemia infettiva WND</td></tr>
<tr><td>6. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di trasformazione del latte</td><td>6. Attuazione dei controlli sulla sperimentazione animale</td><td>Avicoli</td><td>Influenza Salmonellosi
Newcastle</td></tr>
<tr><td>7. Attuazione dei controlli negli stabilimenti di confezionamento e depositi/frigo</td><td>7. Attuazione dell'attività di vigilanza e controllo su arti e professioni
veterinarie, attività zooiatrica e strutture sanitarie</td><td>Pesci</td><td>Viremia primaverile
Necrosi emopeitica
Koi Herpes</td></tr>
</table>

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

8. Attuazione dei controlli negli stabilimenti registrati (assegnato ai tecnici della prevenzione)	8. Attuazione della vigilanza e controllo sulla corretta gestione dei sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano		Lagomorfi	Mixomatosi Malattia emorragica
9. Attuazione dei controlli nella commercializzazione degli alimenti di origine animale al dettaglio e all'ingrosso	9. Attuazione dei controlli sulla produzione, commercializzazione ed uso dei prodotti destinati all'alimentazione animale		Api	Varroasi Nosemosi Aethina tumda
10. Attuazione dei controlli nell'ambito di altri a. o misti (vegetali-animali)	10. Attuazione dei controlli sulla riproduzione animale			
11. Attuazione dei controlli nel trasporto degli alimenti di origine animale	11. Attuazione Piani di monitoraggio PNR - PNAA	3. Profilassi vaccinale obbligatoria e malattie denunciabili (Reg. CE 429/2016)		Rabbia Carbonchio BT
12. Attuazione dei controlli nella ristorazione pubblica e collettiva	12. zootecnia biologica	4. Sorveglianza sullo spostamento degli animali		
13. Rapid Allert System		5. Verifica delle misure di biosicurezza negli allevamenti		
		6. Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Rabbia		
		7. Igiene urbana veterinaria (lotta al randagismo, controllo nascite, benessere animali d'affezione ed esotici)		

Tabella delle filiere e piani nazionali con assegnazione Area competente

(giallo = Area A / rosso = Area B)

1. Parte

Filiera	prodotto finale	settori coinvolti	Responsabilità organizzativa	Tabella delle competenze	Responsabilità esecutiva
Filiera carne	Carne bovina, ovicaprina, suina carne di selvaggina allevata carne avicunicula 1	Identificazione e registrazione	Sanità animale	TG 1	vet. competente territorio
		Piani di profilassi statali e provinciali	Sanità animale	TG 2	vet. competente territorio/vet. aziendale
		visita ante mortem, verifica trattamenti1	Igiene alimenti	LH 1	vet. ispettore macello
		Benessere animale	Igiene allevamenti	TH 5	vet. competente territorio
		Macellazione, sezionamento, lavorazione	Igiene alimenti	LH 1 - 3	vet. ispettore macello
		monitoraggio residui, controllo microbiologico	Igiene alimenti	LH 11	vet. ispettore, team area B
		Controllo mangimi, controllo farmaci2	Igiene allevamenti	TH 3 - 4	vet. competente territorio
		Verifica delle misure di biosicurezza (suini, avicoli)	Sanità animale	TG 5 - 6	vet. competente territorio
Filiera latte	latte bovino, ovicaprino	Identificazione e registrazione	Sanità animale	TG 1	vet. competente territorio
		Piani di profilassi statali e provinciali	Sanità animale	TG 2	vet. competente territorio/vet. aziendale
		Benessere animale	Igiene allevamenti	TH 5	vet. competente territorio
		Controllo qualità latte conferito	Igiene allevamenti	TH 1	Incarico Alta specialità
		monitoraggio residui e microbiologico del latte conferito	Igiene allevamenti		
		controllo mangimi, controllo farmaci2	Igiene allevamenti	TH 3 - 4	vet. competente territorio
	prodotti lattiero-caseari	monitoraggio residui, controllo microbiologico	Igiene alimenti	LH 6, TH 2	Team Ispettivo area B, vet. competente territorio
Filiera miele	apiari	Identificazione e registrazione	Sanità animale	TG 1	vet.incaricato per comprensorio
	miele	controllo farmaci2	Igiene allevamenti	TH 5	
		controllo residui2	Igiene alimenti	LH 7 - 9	
Filiera uova	produzione uova consumo	Identificazione e registrazione	Sanità animale	TG 1	vet.incaricato
		Piani di profilassi statali e provinciali	Sanità animale	TG 2	vet.incaricato
		Benessere animale	Igiene allevamenti	TH 5	vet.incaricato
		Controllo mangimi, controllo farmaci2	Igiene allevamenti	TH 3 - 4	vet.incaricato per comprensorio
		Verifica delle misure di biosicurezza	Sanità animale	TG 6	vet.incaricato
	commercializzazione uova consumo e ovoprodotti	monitoraggio residui, controllo microbiologico	Igiene alimenti	LH 5, LH9	Team Ispettivo area B, vet. competente

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

					territorio presso centri imballaggio
Filiera pesce	allevamento pesce	Identificazione e registrazione	Sanità animale	TG 1	Incarico alta specialità
		Benessere animale	Igiene allevamenti	TH 5	
		Controllo mangimi controllo farmaci2	Igiene allevamenti	TH 3 - 4	
	commercializzazion e prodotti	monitoraggio residui, controllo microbiologico	Igiene alimenti	LH 4	Team Ispettivo area B, vet. competente territorio
Filiera man-gimi	Mangime pronto all'uso	Controllo alimentazione animale in azienda agricola	Igiene allevamenti	TH 3	vet. competente territorio
	Materie prime e additivi	Controllo mangimifici ed audit	Igiene alimenti	TH 11	Team Ispettivo interarea
PNAA		Esecuzione PNAA	Igiene alimenti	TH 11	Tecnici della prevenzione
PNR		Esecuzione PNR	Igiene alimenti	TH 11	Tecnici della prevenzione

1 La visita ante mortem può anche essere effettuata dal veterinario di sanità animale competente per territorio;
2 si intende esclusa l'attività prevista dai PNR e PNAA.

2. Parte

Filiera	**prodotto finale**	**settori coinvolti**	**Responsabilità organizzativa**		**Tabella competenze**	**Responsabilità esecutiva**
Filiera sottoprodotti	Sottoprodotti origine animale non destinati ad uso umano		Igiene allevamenti	Igiene alimenti	TH 8, TH 9	Incarico alta specialità
	Animali morti in azienda agr.		Igiene allevamenti		TH 8, TG 2	vet. competente territorio
	depositi, concerie, imbalsamatori		Igiene allevamenti		TH 8	Incarico alta specialità
	Biogas, compost		Igiene allevamenti		TH 8	Incarico alta specialità
Filiera farmaco veterinario	Controllo sistematico di filiera del farmaco2	Commercio al dettaglio e all'ingrosso del farmaco veterinario	Igiene allevamenti		TH 4	vet. competente territorio o vet. incaricato coadiuvati da tecnici della prevenzione, vet. Ispettore macello
Arti e professioni veterinarie		Ambultarori e cliniche per animali d'affezione	Igiene allevamenti		TH 7	vet. competente territorio
		Attività zooiatrica ed aziende zootecniche				
		Controlli per stupefacenti				

1 La visita antemortem viene effettuata dal Veterinario di sanità animale competente per territorio;
2 si intende esclusa l'attività prevista dai PNR e PNAA.

M - Minialloggi e altre soluzioni abitative

Il settore dei mini-alloggi e altre soluzioni abitative per il personale sanitario del comprensorio sanitario di Bolzano (di seguito "comprensorio sanitario") sono gestiti dalla dirigenza amministrativa comprensoriale per il tramite dell'ufficio servizi generali. I mini-alloggi sono unità abitative autonome di proprietà dell'Istituto per l'edilizia sociale della provincia di Bolzano (di seguito "IPES") e messi a disposizione in virtù di una convenzione tra l'IPES e il comprensorio stipulata in data 15/02/2025.

Le norme provinciali e i provvedimenti aziendali/comprensoriali definiscono:

- i requisiti per ottenere l'assegnazione;
- la gestione della graduatoria cronologica in base alle richieste di alloggio per un'assegnazione equa.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In particolare, il comprensorio sanitario gestisce l'assegnazione dei 150 minialloggi siti in viale Druso n. 150-154. La graduatoria viene compilata seguendo l'ordine cronologico di inizio attività presso il comprensorio sanitario ed è riservata a tutto il personale sanitario dipendente, con incarico libero-professionale e convenzionato ai sensi della deliberazione della Giunta Provinciale n. 718 del 29/08/2023.

Inoltre, con determinazione del direttore del comprensorio sanitario n. 825 del 27/04/2022 è stato approvato il nuovo Regolamento del comprensorio sanitario di Bolzano per l'assegnazione dei minialloggi IPES e altre soluzioni abitative per il personale sanitario dell'Azienda sanitaria.
In particolare, si segnalano alcuni passaggi salienti contenuti nel citato regolamento:

- ridefinizione dei criteri di attribuzione del punteggio totale costituito in parte dalla situazione reddituale del richiedente e in parte da una valutazione discrezionale congiunta del coordinatore sanitario e del dirigente tecnico assistenziale coordinatore;
- revisione della durata dell'assegnazione dell'unità abitativa.

Con l'approvazione della nuova determinazione vengono adeguati di conseguenza il regolamento comprensoriale e la relativa modulistica di SABES e IPES.

La gestione delle domande compete alla Dirigenza Amministrativa comprensoriale.
Nella gestione delle domande di richiesta del mini-alloggio rientrano le seguenti attività:

- raccolta dei moduli di richiesta (reperibili sul sito-web istituzionale o forniti tramite e-mail), verifica dei requisiti dei richiedenti e conseguente comunicazione dell'esito della domanda;
- verifica della disponibilità dei posti e successiva diretta conclusione del contratto con i richiedenti;
- gestione e archiviazione delle fatture a carico del Comprensorio Sanitario da parte di IPES;
- controllo mensile del versamento del canone di locazione tramite bonifico bancario;
- controllo mensile della trattenuta del canone di locazione dallo stipendio.

Informazioni relative ai mini-alloggi e altre soluzioni abitative sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Azienda sanitaria: https://www.asdaa.it/it/moduli-e-moduli-prestampati

Esiste infine una bacheca online dove privati e agenzie possono pubblicare annunci di alloggi accessibili esclusivamente al personale già dipendente.

https://sabes365.sharepoint.com/sites/mysabes/it/news/Pagine/Wohnungen-f%C3%BCr-das-Gesundheitspersonal-eigene-Plattform-geschaffen.aspx

Per l'analisi del rischio si rinvia all'allegato I.

N - Asilo nido aziendale e microstrutture convenzionate

Dal 01/07/2017 la gestione dell'asilo nido del comprensorio sanitario di Bolzano (di seguito "comprensorio sanitario") è di competenza della dirigenza amministrativa dell'ospedale.

Per quanto riguarda la gestione degli asili nido presenti nei quattro comprensori per i figli dei dipendenti, essi vengono gestiti attraverso un regolamento unico che definisce i requisiti e i criteri di accesso, approvato con deliberazione nr. 562 del 24/06/2025 ed entrato in vigore dalla data della sua.

I singoli comprensori sanitari possono stabilire ulteriori regolamenti integrativi per adempiere alle proprie esigenze, che verranno regolarmente pubblicati nella pagina istituzionale.

Per l'ammissione all'asilo nido viene redatta apposita graduatoria suddivisa in due sessioni annuali.

Informazioni relative all'asilo nido del comprensorio di Bolzano e alle microstrutture convenzionate sono pubblicate sul sito istituzionale dell'azienda sanitaria:

https://www.asdaa.it/it/assistenza-ai-bambini-ospedale-di-bolzano

Si aggiunge che il comprensorio sanitario consente ai/alle propri/e dipendenti di usufruire dei seguenti servizi: asilo nido aziendale e microstrutture convenzionate.

1 - Asilo nido aziendale

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L’asilo nido aziendale è situato nei locali della Claudiana – scuola provinciale superiore, nei pressi dell’ospedale di Bolzano, ed è gestito da una cooperativa sociale a seguito dell’aggiudicazione di procedura aperta per l’affidamento del servizio.

La dirigenza amministrativa comprensoriale gestisce, ai sensi del regolamento unico approvato con delibera nr. 562 del 24/06/2025, le seguenti macro-fasi:

- comunicazione ai/alle dipendenti dei termini entro i quali è possibile presentare le domande (modulo pubblicato sul sito-web istituzionale);
- raccolta delle domande di ammissione, verifica dei presupposti dei richiedenti e conseguente formazione della graduatoria ai sensi regolamento unico che definisce i requisiti e i criteri di accesso;
- comunicazione ai/alle dipendenti della posizione in graduatoria e conseguente comunicazione dell’esito della domanda;
- comunicazione all’ufficio stipendi dell’ammontare del contributo mensile da parte dei/delle dipendenti, al fine di consentire l’addebito dello stesso.

2 - Microstrutture convenzionate

Il Comprensorio Sanitario provvede alla stipulazione di convenzioni con enti/cooperative senza scopo di lucro che sul territorio provinciale gestiscono servizi accreditati per la prima infanzia (Tagesmütter/Tagesväter e/o microstruttura) presso cui siano presenti posti bambino disponibili. I costi del servizio di assistenza all’infanzia reso dalla microstruttura sono così suddivisi: 1/3 dell’intero costo del servizio è a carico dei/delle dipendenti e 2/3 dell’intero costo del servizio è a carico del Comprensorio.

La gestione delle domande di ammissione alle microstrutture convenzionate compete alla Dirigenza Amministrativa comprensoriale. Nella gestione delle domande di ammissione rientrano le seguenti attività:

- raccolta dei moduli di preiscrizioni (reperibili sul sito-web istituzionale), verifica dei requisiti dei richiedenti e conseguente comunicazione dell’esito della domanda;
- verifica della disponibilità dei posti nella microstruttura e successiva diretta conclusione del contratto con i beneficiari;
- raccolta e archiviazione delle copie del contratto stipulato con la microstruttura;
- gestione e archiviazione delle fatture a carico del Comprensorio Sanitario come previsto ai sensi delle singole convenzioni.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

O - Servizio per le dipendenze (SERD)

Nel 2017 hanno avuto luogo i primi incontri per la mappatura dei rischi attinenti al servizio per le dipendenze (SERD) dell'azienda sanitaria. In tale occasione è stata, inoltre, acquisita la descrizione del servizio HANDS - Onlus Bolzano, del servizio di consulenza psicosociale Caritas Silandro, Diocesi Bolzano - Bressanone e del centro terapeutico Bad Bachgart di Rodengo.

I servizi per le dipendenze nei comprensori di Merano, Bolzano e Bressanone sono distribuiti a livello territoriale invece quello di Brunico ha sede presso l'Ospedale. Tutte le informazioni utili (sedi, numeri di telefono, orari di apertura, descrizione dei servizi e simili) su tali servizi sono pubblicate sul sito istituzionale dell'azienda sanitaria.

Nella fase dell'attuale mappatura è stata rianalizzata la procedura di prenotazione delle visite. Da tale analisi è emerso che ora i SERD hanno una procedura standardizzata che regola la fase di accoglienza, la presa in carico, la fase progettuale/trattamentale e la fase di valutazione finale con apposita procedura documentale.

Il primo contatto, vista la situazione particolare in cui si trovano gli utenti/pazienti, avviene per telefono o di persona durante gli orari di apertura dei singoli servizi (i recapiti telefonici e gli orari di apertura sono resi noti all'utenza sul sito della trasparenza dell'azienda sanitaria), in quanto la prenotazione visite tramite CUP non risulterebbe adeguata al tipo di accoglienza necessaria per utenti/pazienti in situazioni di vita così delicate. Questo primo contatto viene effettuato da personale competente e consiste nell'ascolto dell'utente/paziente fornendo al medesimo tutte le delucidazioni richieste, fissando contestualmente una data per il primo colloquio psicosociale e/o prima visita medica. In caso di urgenza medica e/o psichiatrica l'utente/paziente viene inviato al Pronto Soccorso (o al servizio psichiatrico) dell'ospedale competente.

In caso di ulteriori urgenze collegate alla dipendenza che non necessitano dell'intervento sopra descritto, il colloquio si svolge normalmente entro 24 ore. In linea di principio, i SERD dell'azienda sanitaria applicano il principio di rotazione del personale che effettua il primo contatto. Inoltre, tutti i servizi lavorano con il sistema "Ippocrate", *data base* utilizzato al fine di adempiere all'obbligo di documentazione delle prestazioni. "Ippocrate" mette in rete i quattro SERD e le strutture convenzionate con l'azienda sanitaria dell'Alto Adige.

I SERD operano sempre mediante team di operatori. I servizi svolgono regolarmente riunioni di aggiornamento/controllo con i propri collaboratori. In tali sedute vengono discussi i casi clinici e organizzato il lavoro amministrativo. Infine, regolarmente si svolgono incontri tra tutti i servizi dell'azienda sanitaria con il coinvolgimento del servizio HANDS - Onlus Bolzano, del servizio di consulenza psicosociale Caritas Silandro, Diocesi Bolzano – Bressanone, dell'associazione La Strada – Der Weg e del centro terapeutico Bad Bachgart di Rodengo.

I SERD si impegnano ad uniformare e hanno uniformato l'applicazione di molte procedure (ad esempio, la procedura di disassuefazione dal fumo di tabacco, alcol, tossicodipendenza).

Dopo aver raccolto le informazioni generali dei SERD ed alla luce di un primo esame dei documenti inviati è emerso che, oltre alla prenotazione visite sopra descritta, altra attività da considerare rischiosa, ai sensi della vigente normativa anticorruzione, è rappresentata dall'inserimento di pazienti in strutture pubbliche o private per le degenze (c.d. assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche – centri riabilitativi e comunità terapeutiche). Pertanto, sono stati analizzati i criteri che vengono utilizzati per decidere circa l'eventuale inserimento di un soggetto in una struttura.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Da tale analisi è emerso che i criteri di inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale sono connessi alla diagnosi formulata e al "profilo" della persona oggetto di diagnosi. Per la formulazione di tale diagnosi si fa riferimento ai c.d. manuali diagnostico-statistici dei disturbi mentali DSM IV-R, DSM V ed ICD-10, strumenti validi a livello internazionale.

Viene inoltre valutato come e quanto il ricovero in struttura impatti sul paziente, oltre alla sua motivazione/compliance, allo stato di salute fisica e alla necessità di sostenere il soggetto durante il ricovero con un supporto farmacologico. Vengono tenuti altresì presenti, in caso una persona abbia già avuto esperienze di ricoveri in C.T., la durata, l'esito e l'andamento del medesimo.

È fondamentale sottolineare l'importanza dell'offerta terapeutico-riabilitativa della struttura (fase di accoglienza, fase di trattamento, fase di reinserimento sul territorio di provenienza oppure sul territorio della struttura, qualora il rientro risulti inappropriato per l'utente), intesa anche come approccio terapeutico e socio-pedagogico.

Le strutture vengono scelte tra quelle convenzionate con l'azienda sanitaria (a loro volta queste strutture, se fuori Provincia, devono avere una convenzione in vigore con l'azienda sanitaria competente per territorio che ne valuta, attraverso sopralluoghi operativo-gestionali ed igienico-sanitari, l'idoneità).

Infine, si segnala che, rispetto alla congruità dell'inserimento (ricovero) in struttura, viene presa in considerazione la compresenza di più patologie, così come l'eventuale assunzione di più sostanze.

È competenza dei singoli SERD valutare se sia possibile e appropriato inserire l'utente/paziente in una delle strutture della provincia di Bolzano che sono: centro riabilitativo Bad Bachgart a Rodengo, "Fase del rientro" Bolzano (gestiti entrambi dall'associazione "La Strada – Der Weg" Bolzano) o centro Hands a Bolzano (gestita dall'associazione onlus Hands).

Se ciò non fosse possibile (mancanza di posti disponibili, offerta terapeutica inappropriata alla tipologia di utente/paziente), verrebbe valutata la possibilità di inserimenti in altre strutture italiane (l'utente/paziente viene inserito in strutture convenzionate come sopra riportato) o all'estero (Austria). Per queste ultime strutture, la convenzione viene sottoscritta direttamente dagli uffici competenti (per quanto riguarda la mappatura dei processi decisionali e i rischi connessi relativamente alla stipula delle convenzioni, si rinvia all'allegato del presente piano).

La modulistica di invio in strutture italiane è ora unificata a livello amministrativo. Rimane specifica la modulistica riguardante le informazioni cliniche richieste, causa esigenze diverse da parte delle singole comunità. Risulta anche unificata la modulistica di invio all'estero e quella di invio in strutture provinciali.

Come ultima procedura è stata esaminata la gestione della somministrazione del metadone, riscontrando che i servizi si attengono al DPR n. 309 del 1990 e s.m.i. "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (aggiornato al 16.05.2014), decreto del Ministero della sanità del 03.08.2001 "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative" e decreto del Ministero della salute del 16 Novembre 2007 pubblicato sulla GU del 29-11-07 **"**Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento". In sintesi, si può concludere che l'erogazione del suddetto farmaco sostitutivo, oltre a corrispondere alla prescrizione medica e a rispettare un iter di somministrazione specifico e la Privacy dell'utente/paziente, risulta interamente tracciata e registrata come previsto dalle norme di settore.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel 2018, da un'ulteriore analisi in tema di prevenzione della corruzione negli ambiti di competenza dei SERD sono emersi due processi a rischio: la libera professione da parte degli operatori dei SERD aziendali e le misure alternative alla detenzione in un istituto penitenziario (carcere). I rischi derivanti dalla libera professione consistono nell'eventuale introduzione del paziente in percorsi privati, laddove ne esistano di pubblici. Invece, il rischio nella gestione dei percorsi con i detenuti è rappresentato da pressioni nei confronti del personale sanitario.

Negli anni dal 2018 al 2024 è emerso che nessun operatore dei SERD, assunto come dipendente pubblico dell'azienda sanitaria, svolgesse attività intramoenia.

Per quanto riguarda la gestione dei percorsi con detenuti con disturbi da uso di sostanze nell'area della casa penitenziaria con sede a Bolzano, la competenza territoriale, fino all' autunno del 2018, era del servizio di medicina di base – distretti sanitari. Dall'autunno 2018 il servizio è stato consegnato al SERD di Bolzano e quindi è iniziata una prima fase di studio e programmazione. In questa fase iniziale è stato previsto che tutti i nuovi pazienti venissero visitati dai medici del SERD per la diagnosi. A seguito della diagnosi detti pazienti vengono presi in carico dagli psicologici della casa penitenziale, anche per prevenire domande strumentali di misure alternative di esecuzione di pene e misure. Come misura di prevenzione della corruzione, è stata pattuita una rotazione annuale del personale coinvolto nel percorso. Il paziente, una volta concordato il progetto terapeutico, viene inviato al team di trattamento. I contatti con i difensori dei pazienti sono distribuiti su più collaboratori.

Si aggiunge inoltre che i costi per i percorsi dei detenuti della casa circondariale di Bolzano erano all'inizio tutti a carico del SERD di Bolzano, sulla base del principio della residenza nella casa circondariale di Bolzano; attualmente sono, invece, sostenuti dal SERD ove realmente ha residenza il detenuto.

Rileva evidenziare che si è formato un gruppo di lavoro tra Provincia, medicina di base, servizio psichiatrico, medicina penitenziaria, coordinatori infermieristici, SERD e casa circondariale al fine di redigere una delibera che definisca puntualmente compiti e ruoli dei singoli, sulla base della quale l'azienda sanitaria possa ridefinire l'organigramma.

Nota: è auspicabile e necessario che la Provincia recepisca il DPCM 01.04.2008 (riforma della sanità penitenziaria) in modo che l'azienda sanitaria dell'Alto Adige possa a sua volta regolamentare nel dettaglio le competenze, a livello di operatori e servizi che operano all'interno del carcere.

Inoltre, si sta formalizzando un protocollo operativo tra Tribunale di sorveglianza, UEPE e i SERD provinciali al fine di unificare i programmi di misura alternativa alla detenzione, ex art. 94/DPR 309/90.

Si annota ancora che le richieste di dati ai vari SERD sono sempre più numerose e provengono da parte di molti attori, quali ad esempio Provincia, Ministero, azienda sanitaria, vari altri enti collaboranti, ecc.

La gestione dei documenti/dati è, quindi, diventata un lavoro spesso complesso che produce anche demotivazione agli inseritori, in quanto richiede tanto tempo e cura. A causa di ciò, in alcuni ambiti si sono riscontrate delle lacune nella raccolta dati/documenti. Inoltre, il fenomeno delle dipendenze è molto cambiato negli ultimi anni.

Ciò brevemente premesso, nell'anno 2021 ha avuto luogo un convegno a porte chiuse per venire incontro all'esigenza di avere una raccolta più uniforme e coerente dei dati e che in sostanza aiutasse a capire meglio i cambiamenti in atto. Dopo tale evento, è stato concordato che un gruppo di operatori si sarebbe riunito per proporre una *check list* da utilizzare in futuro da parte di tutti i collaboratori di tutti i SERD coinvolti. Nel corso del 2022 si è deciso, dopo congrua valutazione di tutti i servizi per le dipendenze insieme al CED, di sostituire il software "Ippocrate", ormai obsoleto, con uno più congruo; tale sostituzione è avvenuta entro il 2023 con il software "Gedi".

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nella presente area di rischio sono state peraltro riviste e implementate negli anni le seguenti procedure:

- procedura per la gestione amministrativa del magazzino (delibera n. 33 del 26.01.2021). Tale documento definisce in sintesi la procedura in termini di strutture organizzative coinvolte, responsabilità, modalità di esecuzione dei processi e dei controlli, sistemi informatici/informativi a supporto ed altri elementi di natura amministrativa e organizzativa;
- procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti n. 1393/14 (comprensorio sanitario di Brunico), la quale prosegue l'obiettivo che tutti i collaboratori dispongano di sufficienti conoscenze al fine di una corretta manipolazione dei farmaci classificati come stupefacenti;
- procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti della "Tabella dei medicinali - sezioni A, B C" n. 1602/14 (comprensorio sanitario di Merano). Tale istruzione operativa determina le modalità e le responsabilità per la gestione dei farmaci stupefacenti soggetti alla disciplina del D.P.R. n. 309/90, sezioni A, B, C della tabella dei medicinali e comprende l'ordine, l'immagazzinamento, il controllo, la preparazione e la somministrazione. L'obiettivo è che tutti i collaboratori gestiscano i farmaci in maniera corretta e sicura secondo procedura e normativa vigente;
- procedura per la gestione dei farmaci stupefacenti nella farmacia ospedaliera n. 2387/14. Tale procedura ha lo scopo di evidenziare le modalità operative e le responsabilità connesse alla gestione dei farmaci contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope e la corretta tenuta del registro di carico e scarico.

Nel corso del 2021 è stata infine eseguita la mappatura del processo decisionale dell'inserimento dei pazienti con disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e alcol in processi terapeutici di alternativa al carcere secondo la legge n. 309 del 1990 (vedasi allegato).

P – Gestione immobiliare e patrimonio

vedasi allegato

Q – Servizio igiene alimenti e nutrizione S.I.A.N. (Servizio aziendale)

Il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) è la struttura operativa complessa del Dipartimento di prevenzione che opera sul territorio della provincia autonoma di Bolzano con l'obiettivo di tutelare la salute della popolazione attraverso la prevenzione dei rischi legati al consumo di alimenti e bevande e di promuovere la salute attraverso interventi nutrizionali, al fine di migliorarne la qualità di vita e di ridurne la morbosità e la mortalità per cause inerenti a fattori alimentari.

Il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione è articolato in due aree funzionali:

- area funzionale igiene degli alimenti e delle bevande
- area funzionale igiene della nutrizione

Il SIAN rappresenta, pertanto, una struttura unitaria interdisciplinare che si occupa in modo integrato di igiene degli alimenti, igiene della nutrizione e stili di vita.

Nell'ambito dell'igiene degli alimenti e delle bevande gli obiettivi vengono garantiti mediante un'attività di verifica della conformità alla normativa vigente relativamente agli alimenti e alla sicurezza alimentare, all'integrità e alla salubrità in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione degli alimenti di origine non animale e/o delle bevande, comprese le norme volte a garantire pratiche commerciali leali e a tutelare gli interessi e l'informazione dei consumatori.

L'attività di ispezione e vigilanza che riguarda gli alimenti di origine animale (carne, latte, uova, pesce ecc.) viene garantita dal servizio veterinario anch'esso presente all'interno del Dipartimento di prevenzione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il compito del SIAN in ambito di igiene della nutrizione consiste sia nella sorveglianza nutrizionale che negli interventi di prevenzione nutrizionale finalizzati a favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari. Il SIAN ha anche il compito di promuovere l'adozione di una alimentazione sostenibile e la riduzione degli sprechi alimentari.

Tali attività vengono svolte in collaborazione con i servizi di dietetica e nutrizione clinica dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Il SIAN è organizzato in quattro sedi operative territoriali, una in ogni comprensorio sanitario. La pronta disponibilità per urgenze, inerenti alla sicurezza degli alimenti e delle bevande e così come alla micologia, è attiva, nelle fasce orarie non coperte dal normale orario di servizio, attraverso i centralini degli ospedali ubicati sul territorio provinciale.

Principali attività e competenze

Sicurezza alimentare:

- vigilanza igienico-sanitaria tramite varie metodologie (ispezioni, audit, campionamento per analisi ecc.) su imprese o industrie alimentari che svolgono una qualsiasi delle attività di produzione, preparazione, trasformazione, commercializzazione, deposito, trasporto, vendita e somministrazione di alimenti di origine non animale e/o bevande;
- il controllo è mirato a verificare l'idoneità igienico-strutturale, la salubrità, la sicurezza degli alimenti e l'applicazione della normativa vigente, inclusa la verifica dell'applicazione dell'autocontrollo aziendale (HACCP), la tracciabilità degli alimenti, l'etichettatura, ecc;
- il servizio è responsabile dell'adozione di tutti gli atti intrapresi verso tali attività quali diffide, sanzioni amministrative e, nei casi più gravi, sospensione delle attività e/o segnalazione alla Procura della Repubblica;
- registrazione e aggiornamento dell'anagrafe degli operatori del settore alimentare (OSA) suddivisa per tipologia di attività e con categorizzazione del rischio;
- gestione del sistema europeo di allerta rapido per alimenti (RASFF) in provincia di Bolzano;
- gestione degli esposti relativi all'igiene e alla salubrità degli alimenti relativi agli ambiti di competenza;
- rilascio di certificazioni per l'esportazione di alimenti da parte degli OSA;
- sorveglianza epidemiologica delle malattie a trasmissione alimentare;
- attività di informazione/formazione, comunicazione del rischio, educazione e promozione della salute in materia di sicurezza alimentare;
- attività di assistenza/consulenza ad enti, associazioni, aziende.

Igiene della nutrizione:

- ristorazione collettiva:
  - scolastica: rilevazione dei bisogni e delle problematiche nutrizionali della collettività; definizione, supervisione e controllo degli standard nutrizionali; consulenza ed elaborazione di piani alimentari; consulenza sui capitolati; formulazione ed elaborazione diete ad personam su prescrizione medica;
  - socioassistenziale: rilevazione dei bisogni e delle problematiche nutrizionali della collettività; definizione, supervisione e controllo degli standard nutrizionali; consulenza ed elaborazione di piani alimentari; attività di consulenza sui capitolati; formulazione ed elaborazione diete ad personam su prescrizione medica;
- interventi a tutela dei soggetti celiaci e con allergie alimentari;
- prevenzione delle patologie da carenza di iodio (iodoprofilassi);
- sorveglianza nutrizionale;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- pianificazione ed attivazione di campagne informative, preventive e di educazione alimentare finalizzate a favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale, in gruppi a rischio e nei diversi *setting* erogativi;
- sostegno a interventi per promuovere l'adozione di una alimentazione sostenibile e la riduzione degli sprechi alimentari;
- formazione del personale di cucina nell'ambito della dietetica;
- assistenza ad enti, associazioni, aziende.

Prodotti fitosanitari:

- attività di controllo in materia di produzione, vendita e utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- rilascio di pareri per l'autorizzazione al deposito e commercio di prodotti fitosanitari.

Ambito micologico:

- Attività di consulenza e controllo in campo micologico con l'obiettivo di prevenire le intossicazioni da funghi (vedi Ispettorato micologico).

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

R – Ispettorato micologico

Presso la struttura complessa aziendale Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.A.N.) del Dipartimento di prevenzione è istituito l'Ispettorato micologico.

L'Ispettorato micologico svolge un'azione di prevenzione delle intossicazioni da funghi, attraverso la verifica di commestibilità dei funghi freschi epigei spontanei destinati al consumo che provengono da raccoglitori privati e/o aziende che li commercializzano.

Principali attività:

- certificazione dei funghi freschi destinati alla vendita;
- controllo sulla produzione, confezionamento, commercializzazione e vendita funghi freschi e conservati;
- prelievo campioni di funghi e prodotti a base di funghi;
- informazione ed educazione sanitaria alla popolazione mediante il supporto dei mass-media;
- consulenza micologica ai privati raccoglitori;
- consulenza e collaborazione su richiesta dei Pronto Soccorso, reparti ospedalieri e medici curanti in caso di sospetta intossicazione da funghi;
- rilascio ai commercianti dell'attestato d'idoneità alla vendita delle specie fungine commercializzabili, a seguito del superamento di un esame.

Queste attività vengono svolte da esperti micologi, appositamente formati e iscritti al Registro nazionale dei micologi.

Il servizio di consulenza micologica è gratuito per i privati e si trova presso ciascun comprensorio, con disponibilità nei seguenti periodi:

- Da metà* luglio fino al 14 agosto
  ogni lunedì dalle ore 16:00 alle ore 17:00

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Dal 15 agosto fino a metà* novembre
  ogni lunedì e tutti i giorni feriali pari dalle ore 16:00 alle ore 17:00, ad esclusione dei venerdì, in cui l'orario sarà dalle ore 11:00 alle ore 12:00

Il servizio di consulenza micologica viene erogato **solamente su prenotazione**.

**periodo indicativo che può subire leggere variazioni annuali. Per informazioni precise verificare il comunicato stampa dell'anno di riferimento.*

L'accesso al servizio è comunque garantito in tutti i periodi dell'anno previo appuntamento.

Prima dell'apertura al pubblico, nei periodi di maggior raccolta, i mass-media locali comunicano le date e gli orari esatti di attività.

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

S – Medicina ambientale

Vedasi: https://home.asdaa.it/prevenzione/medicina-ambientale.asp Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

T - Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica (S.I.S.P.)

Vedasi: Servizio Igiene e Sanità pubblica S.I.S.P. (sabes.it)

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

U - Sponsorizzazione

I rapporti tra personale, ditte esterne e sponsorizzazioni sono particolarmente esposti al rischio di sussistenza di conflitto di interessi.

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

Si specifica che, ai sensi del d.lgs. n. 502/92, del d.lgs. n. 216/2006 e dell'Accordo Stato-Regioni, in caso di evento riguardante farmaci prodotti o commercializzati da uno sponsor, esso è sottoposto all'autorizzazione dell'AIFA e disciplinato dal codice deontologico di Farmindustria.

L'azienda sanitaria, al fine di ridurre il rischio di conflitto di interessi e garantire il rispetto dei criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza, ha predisposto una proposta di regolamento aziendale per le sponsorizzazioni (e le donazioni) che è in attesa di essere ufficialmente adottato tramite deliberazione, al fine di introdurre una procedura chiara ed uniforme valida per tutti i Comprensori.

Per la mappatura vedasi allegato.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

V – Amministrazione parcheggi

L'azienda sanitaria con delibera n. 125 del 15.02.2022 - successivamente integrata con le disposizioni operative (delibera n. 1289 del 22.11.2022) - ha introdotto il nuovo regolamento aziendale sui parcheggi che nel C.S. di Bolzano è entrato in vigore l'01.02.2023.
Nel Comprensorio di Bolzano, nel corso del 2025 l'attività si è concentrata principalmente su attività aventi lo scopo di garantire la messa in sicurezza del sistema parcheggio. In particolare:

1) sull'ammodernamento dell'infrastruttura al fine di garantire la sicurezza dei dati relativi ai transiti e la sicurezza della rete. È in programma l'installazione di un secondo server per garantire la ridondanza del sistema e degli UPS che garantiscano la continuità del servizio in caso di mancanza di corrente o cali di tensione. I server saranno a loro volta collegati al gruppo di continuità di SABES.
2) In collaborazione con l'Ufficio tecnico del Comprensorio di Bolzano e la ripartizione informatica è stato avviato, infatti, il passaggio delle diverse attrezzature che compongono il sistema parcheggio su rete SABES. Attualmente, infatti, le videocamere, le sbarre, le colonnine i POS ecc. sono attestati su rete SEAB.

W – Donazioni

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

X – Internal Auditing

L'Internal Auditing in ASDAA SABES ha il compito di:

- guidare l'organizzazione verso le buone prassi amministrative e gestionali;
- identificare e mitigare i rischi attraverso un sistema strutturato di controlli;
- supportare la Direzione Generale e gli organi di vertice con flussi informativi standardizzati e reporting continuo.

La metodologia adottata dalla funzione di controllo interno è articolata in fasi ben definite:

- Mappatura dei rischi e dei processi: identificazione delle aree prioritarie.
- Pianificazione: redazione del piano annuale di audit, approvato dalla Direzione Generale e sottoposto a parere della Provincia Autonoma di Bolzano.
- Notifica e *Kick-off meeting*: comunicazione formale dell'incarico e avvio delle attività.
- Verifica: valutazione dell'efficacia dei controlli e rispetto delle procedure.
- Exit meeting: confronto con i responsabili sulle risultanze.
- Reporting: redazione del report finale e definizione dell'action plan.
- Monitoraggio: follow-up sulle azioni correttive.

Questa struttura è supportata da strumenti come la matrice standard rischi-controlli ed il *risk self assessment*.
Il Responsabile dell'Internal Auditing è membro attivo di una community di esperti di Internal auditor nazionale contribuendo così alla diffusione delle buone pratiche anche all'esterno.

Il Piano Triennale di Internal Audit 2026-2028 prevede verifiche in ambito:

- sicurezza informatica e *business continuity*;
- affidamenti diretti;
- gestione del fabbisogno (acquisti);
- convenzioni e prestazioni con strutture private accreditate;
- prestazioni ambulatoriali e calcolo del fabbisogno.

Relativamente all'attività scolta si veda anche il precedente paragrafo "Controlli".
Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Z – Magazzino

Per la mappatura dei processi si rinvia al relativo allegato.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Misure per contrastare il fenomeno della corruzione

Formazione

La formazione in materia di etica e legalità è rivolta a tutto il personale, in particolare alla dirigenza ed al personale addetto alle aree a rischio e ai responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Dal 2015 tutta la dirigenza amministrativa frequenta almeno un aggiornamento annuale sul tema della prevenzione della corruzione, trasparenza, incompatibilità e inconferibilità.

Dato che la formazione in materia di anticorruzione deve intendersi come continua e specifica, essa diffonde ed approfondisce:

- la normativa sulla prevenzione della corruzione;
- gli adempimenti dalla stessa richiesti;
- il ruolo del PIAO;
- i compiti dei responsabili e dei dipendenti;
- le responsabilità di settore;
- il whistleblowing;
- il codice di comportamento;
- la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione;
- il conflitto di interesse "anche potenziale" e l'obbligo di astensione;
- i reati contro la pubblica amministrazione;
- le tematiche specifiche per i singoli settori;
- le novità di settore.

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

Il percorso formativo deve essere adeguato al livello di preparazione, qualifica e funzione del dipendente quale soggetto attivo nella prevenzione della corruzione. Si specifica che per il triennio 2018-2020 sono stati programmati corsi di base e di secondo livello sui temi di cui sopra.

Tra il mese di aprile e dicembre 2018 si sono svolti undici corsi di formazione sui temi di prevenzione della corruzione, responsabilità, trasparenza e legalità, che hanno coinvolto tutti i settori e tutto il personale dell'azienda sanitaria. In tali occasioni si è cercato di approfondire i temi tradizionali, unitamente alle più recenti innovazioni.

Sempre in ottica di contrasto alla corruzione, si sono svolti nel 2018 corsi su procedimentalizzazione/ modellizzazione dei processi, in particolare:

- due corsi a tema Process management e ISO 9001 per i collaboratori coinvolti nel progetto della certificazione della chirurgia oncologica;
- dopo due corsi di sensibilizzazione sul Process management, in data 19 ottobre 2018 sono stati presentati al gruppo di direttori e dirigenti aziendali sia il modello aziendale di Process management che i primi risultati;
- due eventi formativi dal titolo "Process management: perché?" destinati a tutti i collaboratori, al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:
  - promuovere la gestione dei processi;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- vantaggi e benefici della metodologia;
- conoscere il modello della gestione dei processi dell'Azienda dell'Alto Adige;
- presentare l'utilizzo e le potenzialità della gestione dei processi nell'azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Inoltre, alla luce delle novità introdotte dal Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), l'azienda sanitaria ha organizzato quattro corsi base e due corsi di approfondimento sui temi anticorruzione, trasparenza e privacy, destinati ai diversi livelli dell'articolazione aziendale.

Con delibera n. 728 del 27.12.2018, l'Azienda ha approvato il nuovo piano formativo per l'anno 2019 e tra il mese di marzo e di ottobre del 2019 è proseguito il ciclo formativo. Negli anni successivi sono stati predisposti regolarmente dei piani di formazione.

Con riferimento all'anno 2020, l'emergenza Covid-19 ha ritardato l'approvazione della delibera sui corsi di formazione considerata l'impossibilità di organizzare corsi in-house e di ricercare modalità telematiche che garantissero medesimi risultati.

Nel 2021 sono stati tenuti due corsi di formazione online con il focus sul conflitto di interessi nell'ambito di sanità e sugli appalti pubblici.

Nel 2022 sono stati eseguiti, invece, sei eventi formativi in modalità online sui seguenti temi:

- ✓ il rischio di corruzione, processi, comportamenti, asimmetrie, soluzioni;
- ✓ l'etica pubblica e il codice di comportamento;
- ✓ valori, principi e doveri del dipendente pubblico;
- ✓ il *Whistleblowing*;
- ✓ i rischi di corruzione nel settore sanitario.

Sempre nel 2022 sono stati svolti, altresì, due eventi formativi in presenza sul tema della prevenzione della corruzione e trasparenza nei processi del CUPP.

Nel 2023:

1) ha avuto luogo un Workshop, in presenza, nel comprensorio di Merano sui temi della prevenzione della corruzione, appalti e responsabilità amministrativa nelle aziende sanitarie;
2) si sono tenute due giornate formative, sempre in presenza, presso il Comprensorio di Bolzano, per approfondire soprattutto i temi del conflitto di interessi, incompatibilità/inconferibilità, *pantouflage*, controlli, mappatura, monitoraggio, PNA22 e discussione di casi concreti.

Oltre a ciò, hanno avuto luogo vari eventi formativi in materia di trasparenza; per maggiori dettagli si rinvia alla parte sottostante dedicata alla trasparenza.

Si specifica infine, che nel 2023, a causa della riorganizzazione del settore del personale in corso e della recente assunzione di un direttore nel settore acquisti, è proseguita la valutazione e la realizzazione di un corso integrato riferito alle tematiche dell'anticorruzione, trasparenza e privacy, il quale sarà fruibile da parte dei dipendenti mediante apposita piattaforma e-learning e che prevederebbe anche il rilascio di un certificato di frequenza e profitto di valenza – come da normativa - biennale.
Il corso e-learning è partito il 2024 e sarà offerto anche nell'anno 2025.
Nel 2024:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

1) ha avuto luogo un evento formativo in presenza nel comprensorio di Merano sui temi del rispetto della normativa anticorruzione e dei principi di etica e legalità, appalti e diverse tipologie di responsabilità dei dipendenti;
2) ha avuto luogo un evento formativo in presenza nel comprensorio di Bolzano con focus sul conflitto di interessi, rotazione del personale, inconferibilità e ~~le~~ incompatibilità degli incarichi ed il *whistleblowing*;
3) due corsi di formazione online con il focus sul conflitto di interessi e accessi documentali, civici e civici generalizzati.

Tra gli appuntamenti più rilevanti del 2025 si segnalano:

- il corso del 9 maggio "Anticorruzione e prevenzione del conflitto di interessi", impostato in chiave pratica e partecipativa;
- il corso del 25 settembre su "Accesso documentale e accesso civico generalizzato";
- la "Giornata della Trasparenza" del 21 ottobre 2025;
- quattro incontri informativi in autunno, rivolti ai primari dei comprensori, dedicati ad anticorruzione e conflitto di interessi.

Il RPC, su incarico della Direzione Generale, per l'anno 2025 ha inoltre redatto ed eseguito un piano di attività di verifica su:

- incarichi extra istituzionali
- gestione delle salme
- commissioni esaminatrici (conflitto di interessi ed altri rischi corruttivi)
- monitoraggio ad hoc delle misure relativa ai rischi alti del piano anticorruzione;
- incompatibilità ed inconferibilità.

Per ogni attività di controllo è stato predisposto un report formale pubblicato in Archiflow e messo a disposizione dei vertici aziendali.

Semplificazione amministrativa

Seguono le singole iniziative in materia di semplificazione:

Nuova Anagrafe Vaccinale provinciale

Nel corso del 2025 sono state completate le seguenti attività
Completata revisione dei modelli di stampa delle schede di singola vaccinazione e dei certificati di stato vaccinale;
Attivata una maschera di inserimento vaccinazioni semplificata per consentire la registrazione anche da servizi diversi dal Dipartimento di Prevenzione (es.: Pronto Soccorso, punti nascita);
Il processo di firma massiva dei documenti prodotti così da garantire una loro tempestiva indicizzazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Nel corso del 2025 è stata completata l'operazione di adeguamento dei vari applicativi produttori di documenti alle Linea Guida FSE 2.0 al fine di garantire il raggiungimento degli indicatori ministeriali previsti. Sono gestiti gli errori di indicizzazione, riprocessando in maniera automatica le notifiche secondo delle regole prestabilite.

Portale MMG/PLS

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Nel 2025 è pienamente funzionante un portale aziendale per i MMG/PLS all'interno del quale si trovano i servizi forniti dall'Azienda Sanitaria accessibili mediante un processo di autenticazione a più fattori. I servizi consentono la gestione delle autorizzazioni alle visite domiciliari, la rendicontazione degli anticoagulanti Orali ad Azione Diretta (DOAC/NOAC) e la prescrizione dei trasporti non urgenti.

Servizio per le dipendenze e Istituti penitenziari

Nel 2025 è funzionante il software PoInTGeDi per la gestione delle dipendenze a livello aziendale. In fase di attivare un modulo della stessa piattaforma che consenta di gestire in maniera informatizzata la Casa Circondariale di Bolzano. In questa maniera si ottimizzano i costi necessari per l'introduzione di nuove soluzioni software.

Software di Cassa e Fatturazione differita

Nel 2025 sono funzionanti i software di Cassa e Fatturazione differita in uso presso il Comprensorio di Merano, adottando gli stessi software già in uso da alcuni anni presso il Comprensorio di Bolzano. E ' stato chiuso l'accesso ai vecchi software in entrambi i Comprensori, lasciando abilitati solo pochi utenti per controlli ed eventuali correzioni. È attiva la circolarità dell'incasso fra i comprensori di Bolzano e Merano. Il nuovo sistema per la gestione della Fatturazione differita gestisce gli inviti al pagamento di Pronto Soccorso.

Medicina del lavoro

Sostituito l'attuale applicativo per la gestione della sorveglianza sanitaria. Si è inoltre progettata l'informatizzazione della gestione delle attività da parte delle aziende autorizzate al trattamento dell'amianto. La messa in produzione del nuovo software è quindi prevista per l'inizio dell'anno seguente.

Assistenza territoriale

Rilasciato in produzione il nuovo software SISTER per la gestione dell'assistenza domiciliare integrata. Nel corso del 2025 è stato ampliato il regime di setting assistenziali gestiti nel software delle Centrali operative Territoriali, garantendo un collegamento con le strutture intermedie.

Telemedicina

Nel corso dell'anno 2025 è stato interfacciata l'infrastruttura provinciale di telemedicina (IRT) con l'infrastruttura nazionale di telemedicina (INT) come previsto dal cronoprogramma di AGENAS per la alimentazione della piattaforma nazionale di telemedicina (PNT).

Piano Migrazione dei sistemi in Cloud

Completata migrazione dei sistemi in piano di migrazione presso il CSP Siag. Migrati i sistemi in cloud e completata asseverazione da parte del DTD.

Assessment sicurezza informatica

Elaborati un documento di policy e le seguenti procedure operative per la Cybersecurity:

Politica e modello organizzativo per la Cybersecurity - definisce ruoli e responsabilità per la Cybersecurity, identifica i criteri, gli obiettivi, gli ambiti di azione e i principali processi di sicurezza ICT previsti come operanti sull'Azienda Sanitaria. Tale politica risk-based aiuta a garantire la riservatezza, disponibilità ed integrità delle informazioni e dei dati personali;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Procedura di gestione dei rischi Cyber – modello metodologico, conforme a quanto richiesto dalla normativa cogente applicabile corredato dal processo attuativo e dagli strumenti per poter condurre l'attività;

Procedura di gestione degli incidenti di Cybersecurity – definisce il processo, i ruoli, le attività e i criteri di escalation (es. incidente significativo in ambito NIS1,2; data breach privacy, …) per la adeguata e tempestiva gestione degli eventi di sicurezza;

Procedura di gestione delle Terze Parti (forniture ICT) – definisce i requisiti e i controlli da applicare al ciclo di vita della fornitura per assicurare un adeguato controllo del rischio derivante dalle terze parti che agisce sui servizi e sui sistemi ICT (es. checklist di qualificazione/valutazione, esempi di clausole contrattuali standard, …);

Procedura di gestione degli accessi logici e delle identità digitali – definisce i requisiti minimi da assicurare per la corretta gestione delle credenziali (es. personali, machine-to-machine) di autenticazione e dei profili autorizzativi.

Chiamata paziente ambulatoriale con numero

Nel corso del 2025 questa chiamata paziente numerica andrà applicata progressivamente agli ambulatori di Bolzano di gastroenterologia, odontostomatologia, centro antidiabetico.

Agende CUP diffuse in ambulatori nei quali si usano applicativi differenti

Nel corso del 2025 l'integrazione bidirezionale è stata estesa ad altri applicativi degli ambulatori specialistici di: gastroenterologia e di cardiologia.

Introduzione della cartella clinica verticale per emodialisi

La cartella verticale per emodialisi gestisce i pazienti dializzati in maniera centralizzata, consentendo di automatizzare il più possibile quotidianamente il flusso di lavoro dei clinici: generazione delle prescrizioni massive delle prestazioni da erogare ai pazienti, richieste massive automatiche delle analisi di laboratorio, chiusura automatica del ciclo di erogazione e di rendicontazione. Verranno risparmiate risorse umane che potranno essere utilizzate per altre attività.

Rendicontazione erogato DEMA

Applicata ed estesa nel 2025 la rendicontazione ai vari applicativi verticali in uso nei reparti/ambulatori aziendali.

Coagulometri e TAONET

Finalità: raccogliere il dato generato dai coagulometri, che saranno distribuiti nei vari reparti ospedalieri e agli ambulatori dei MMG, direttamente nel programma TAONET2 idoneo alla prescrizione della terapia anticoagulante orale.
Situazione di partenza: il medico prescrive al paziente (su Dema o su ricetta rossa) l'esame PT (Tempo di Protrombina); al paziente che si reca in laboratorio viene fatto il prelievo ed il risultato viene esposto dal LIS in una tabella affinché il programma Taonet2 possa andare a leggerlo per inserirlo nel programma. Il medico è quindi in grado di dosare la terapia TAO che viene inviata al paziente.
Situazione di arrivo: Il medico dotato di coagulometro sottopone il paziente all'esame PT; il risultato mediante un apposito middleware viene inviato al LIS, che produce il referto dell'esame ed invia un messaggio HL7 a Taonet2 affinché lo inserisca nel programma. Nel giro di qualche minuto il dato è visibile al medico che è quindi subito in grado di dosare la terapia TAO che viene comunicata al paziente.
Stato del progetto: in corso

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Flusso provinciale erogato LIS

Finalità: rendicontare alla provincia quante prestazioni ordinate con prescrizione dematerializzata sono state erogate dai laboratori di patologia clinica
Situazione di partenza: il flusso era generato manualmente ogni anno eseguendo un programma costruito in ripartizione
Situazione di arrivo: il flusso viene generato automaticamente ogni mese eseguendo un programma costruito dal fornitore del LIS
Stato del progetto: in corso
Azioni future: la generazione dei flussi di rendicontazione va resa automatica.

Order entry per LIS e radiologia

Ora il personale medico ordina agevolmente dall'applicativo abituale di cartella clinica elettronica le prestazioni di diagnostica (radiologia, laboratorio, sacche di sangue)

TAONET2 ai MMG dei Comprensori di Bressanone e Brunico

Il programma TAONET2 è lo strumento certificato e idoneo alla prescrizione della terapia anticoagulante orale, col quale anche i MMG dei comprensori di Bressanone e Brunico gestiscono le visite dei pazienti fragili e documentano le dosi di terapia anticoagulante orale

Avviamento in esercizio programma gestione sale operatorie a Bressanone e Vipiteno.

DIGISTAT è stato attivato nel Comprensorio di Bressanone ed entro la fine dell'anno sarà attivato nel Comprensorio di Brunico.

Area Sistemi informatici amministrativi

Attivata la nuova area intranet con i servizi per i dipendenti di Sabes. Digitalizzati i processi di gestione delle richieste e delle autorizzazioni e la pubblicazione dei dati dei dipendenti.

Cartella clinica elettronica

La cartella clinica elettronica è funzionante nei reparti degli ospedali dell'ospedale di Bolzano, Merano e Silandro sia mediante interfaccia web da Pc che da palmare. Attivato anche il modulo per la gestione delle richieste (laboratorio, radiologia, consulenze) da reparto con NGH_OE.

Area Sistemi informatici amministrativi

Numerose attività evolutive hanno interessato i sistemi informatici dell'area amministrativa. In primo luogo, alcuni sistemi sono sottoposto a un processo di evoluzione continua sia in ottica *bottom up* quale effetto delle sollecitazioni da parte degli utilizzatori più evoluti, sia per interventi di programmazione di attività evolutive top down, al fine di mantenere i sistemi aggiornati rispetto all'evoluzione delle normative e alle crescenti necessità aziendali. Nello specifico si è condotto l'aggiornamento del sistema SpExpert alla versione 19 di Oracle, consentendo quindi l'implementazione di diversi nuovi workflow per l'automazione di vari processi aziendali, tra cui l'integrazione del software *iTel* per la rilevazione dei tempi di lavoro tramite telefono fisso e/o mobile; si è proceduto con la migrazione di server, DB e applicazioni nel datacenter di SIAG secondo il relativo piano aziendale; è proseguita la migrazione dei siti Intranet Intranet comprensoriali verso il sito unico aziendale my.sabes.it; si sono introdotte nuove funzioni per la digitalizzazione e la categorizzazione dei documenti nel *Fascicolo digitale del dipendente*; è proseguita l'estensione dei sistemi di controllo accessi con installazione e attivazione nell'ospedale di Bolzano; il

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

sistema di ECM si è arricchito con la gestione dei tempi di percorrenza e il relativo interfacciamento con SpExpert.
Si è proceduto d'altra parte al continuo aggiornamento e alla manutenzione conservativa e evolutiva dei sistemi software dell'Area contabilità e gestione magazzino (Eusis e Silor 4.0), dell'area di gestione delle risorse umane (GPS, GP4, IPV e PGA). In particolare nella gestione magazzino sono state condotte le integrazioni tra il sistema gestionale Silor 4.0 e il sistema di gestione delle sale operatorie (Digistat) e avviato il processo di gestione integrata dei due sistemi ai fini della tracciabilità di dispositivi e farmaci; in merito alla gestione delle risorse umane è stato progettato e creato il portale del dipendente e si è dato avvio all'importante progetto di gestione informatizzata dei concorsi integrato con il sistema nazionale InPA.
Un importante impulso evolutivo è stato dato alla piattaforma di gestione documentale dell'azienda (Archiflow) con l'introduzione di nuovi moduli a copertura di altrettanti processi aziendali, in particolare la gestione informatizzata delle sanzioni per mancata disdetta e la revisione dell'area legata alla documentazione della qualità. In merito alla gestione documentale propriamente detta si è operato con un'importante evoluzione del sistema di protocollo, necessaria da un lato per l'adeguamento alle più recenti normative, ma d'altro lato per l'adeguamento alla nuova organizzazione aziendale, con la definizione, in particolare, del nuovo organigramma aziendale e la revisione dei workflow di processo. Sempre in quest'ambito, si è fatta evolvere la vecchia gestione atti con l'abbandono del sistema precedentemente in uso, ormai obsoleto, e l'avvio di un sistema adeguato alle nuove e sempre crescenti esigenze aziendali, processo già concluso in tutta l'Azienda per quanto riguarda la gestione delle delibere, e nei comprensori di Brunico e Bressanone per quanto riguarda le determine. Il completamento degli altri comprensori e l'attivazione dei decreti vedranno la conclusione nei primissimi mesi del 2025, realizzando così in pieno il progettato rinnovo della gestione dei processi documentali che include anche la revisione dei processi di invio in conservazione.

Cartella clinica elettronica

Nell'ultimo mese sono stati fatti passi importanti per la messa in produzione della piattaforma NGH presso l'Ospedale di Bolzano.
Da fine settembre i 4 reparti che avevano testato la Cartella Clinica Elettronica, ed in particolare la gestione della prescrizione elettronica della terapia farmacologia, sono stati messi in condizione di utilizzare la somministrazione controllata dei farmaci attraverso l'utilizzo dei Palmari. Questa evoluzione ha richiesto un impegno particolare dei reparti di Gastroenterologia, Neurologia, Chirurgia generale ed Ematologia, che ha dovuto ripercorrere e rivedere le nomali consuetudini di lavoro per poter raggiungere un importante traguardo della Somministrazione Controllata dei Farmaci ai pazienti ricoverati. L'utilizzo dei palmari è operativo nei primi due reparti e si sta avviando in Chirurgia, ma la collaborazione da parte del personale non è mancata. Situazione differente si è valutata per Ematologia che ha un particolare tecnico non di poco conto, l'impossibilità di accesso alle stanze dei pazienti con il palmare; quindi, si procederà con la gestione della somministrazione da PC fino a quando, tecnicamente parlando, non potremo adottare una soluzione che permetta di compiere le operazioni di identificazione in piena sicurezza.
Dal 2 di ottobre l'Ospedale di Bolzano ha cambiato applicazione di registrazione dei movimenti pazienti ricoverati, ha attivato ADT NGH. Le attività di formazione hanno raggiunto oltre il 70% del personale su circa 1900 persone coinvolte ed il personale Sanitario ha acquisito anche 4 crediti formativi.
L'avvio è stato complesso e ha messo in evidenza la pervasività del sistema ADT (con la precedente applicazione chiamata SDO KEB) nella gestione dei diversi applicativi aziendali creando a volte criticità nella normale gestione operativa. Ad oggi molte situazioni sono state risolte, ma le attività di verifica e di assistenza continuano.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il 7 ottobre è stato attivato il sistema di richieste elettroniche (Order Entry) per le Consulenze Specialistiche e la Radiologia. L'avvio è stato gestito in modo graduale, sia per la Radiologia, sia per le Consulenze Specialistiche, al fine di evitare criticità nell'operatività dei reparti. Attualmente la Radiologia è operativa su tutti i reparti, mentre gli erogatori di consulenze attivati sono circa il 60% del loro totale. L'avvio è stato affiancato e lo sarà anche per le prossime settimane, da personale del fornitore e da personale interno della Direzione Tecnico Assistenziale, del Governo Clinico e dalla Ripartizione Informatica.
Dal 25/11 presso tutti i reparti dell'ospedale di Silandro è stato attivato il modulo NGH-CCE di reparto.

Ulteriori interventi ed attività trasversali finalizzati al contrasto del fenomeno corruttivo

Nell'ambito di un progetto finanziato dall'Unione europea, mirato a definire un serie di indicatori in grado di individuare il rischio di corruzione nella Pubblica amministrazione, l'ANAC ha pubblicato il Rapporto "La corruzione in Italia 2016-2019", basato sull'esame dei provvedimenti, emessi dall'Autorità giudiziaria nell'ultimo triennio. Inoltre, sul sito ANAC sono disponibili Dashboard con indicatori di rischio negli appalti. Per ulteriori approfondimenti vedasi sito istituzionale ANAC.

L'Azienda Sanitaria avverte il dovere di fare proprie le raccomandazioni espresse dall' ANAC e di farsi carico dell'onere di promuovere una cultura della legalità e integrità in tutti le aree di competenza, incentivando una maggiore conoscenza del fenomeno corruttivo e le misure per contrastarlo, al fine di tutelare al meglio il bene comune.

A tale proposito, con delibera n. 545 /2020 l'Azienda Sanitaria ha aderito al "Forum per l'integrità" promosso dall'Associazione "Transparency International Italia" per il triennio 2020-2022.

Tale adesione è stata rinnovata per il triennio 2024-2026 con delibera n. 1184/2023.

Proseguendo oltre, al fine di un maggiore contrasto all'eventualità di ipotesi di fenomeni corruttivi, si specifica come una delle misure introdotte nell'area contratti pubblici è rappresentata dall'unificazione dei bandi di gara d'appalto, vale a dire l'indizione di bandi di gara per forniture, lavori e servizi a livello aziendale, anziché a livello comprensoriale.

A titolo esemplificativo, la gestione dell'acquisto del farmaco ha carattere aziendale in capo all'ufficio preposto, il quale favorisce l'adesione a gare pubbliche di centrali di committenza di carattere interregionale, al fine di ottenere migliori prezzi e massima partecipazione. Il settore del dispositivo medico ad uso diagnostico può contare per la gran parte su procedure rispondenti a fabbisogni aziendali ed è prevista una sua implementazione in tal senso. Infatti, l'incremento degli acquisti di carattere aziendale - con conseguente unificazione dei fabbisogni - scongiura il rischio del frazionamento artificioso dell'appalto e aumenta la concorrenza e la partecipazione da parte degli operatori economici.

Ove possibile, si è poi proseguito con il processo di centralizzazione a livello aziendale della gestione degli appalti per categoria merceologica.

Patti integrità

Ai sensi dell'art.1, c.17 della L. 190/2012, alla luce del Codice Appalti, D.Lgs. 50/2016 e D.Lgs. 36/2023 e dei numerosi interventi ANAC che esortano all'introduzione di misure pattizie volte ad arginare, prevenire e reprimere i fenomeni corruttivi in una delle aree considerate più a rischio -quale è quella del settore Acquisti- sono stati introdotti con delibera n. 2019-A-000722 del 29.10.2019 i Patti di Integrità: un complesso di regole di comportamento finalizzate, non solo -come precedentemente accennato- a

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

prevenire/reprimere fenomeni di corruzione, ma anche a valorizzare l'etica comportamentale di tutti coloro che sono coinvolti a vario titolo nelle procedure di affidamento di beni servizi e lavori (dai concorrenti al personale aziendale). Il Patto di integrità dovrà venire aggiornato nel prossimo triennio 24-26.

Tali Patti prevedono, oltre ad impegni di natura comportamentale volti alla tutela della legalità e della trasparenza, un regime sanzionatorio applicabile dalle stazioni appaltanti in caso di violazione delle previsioni contenute nell'atto medesimo, di tenore differente a seconda della gravità della violazione perpetrata (dall'esclusione in fase di partecipazione alla gara nel caso di mancata sottoscrizione /accettazione del patto, alla revoca dell'aggiudicazione con conseguente applicazione delle misure accessorie -escussione della cauzione e segnalazione all'ANAC- fino alla risoluzione del contratto eventualmente stipulato, nel caso in cui sia accertata la violazione delle clausole pattuite).

Per quanto riguarda il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e i soggetti con cui la stessa stipula contratti sono in uso misure di contrasto quali:

- durante il 2024 è stata predisposta una nuova versione del Regolamento aziendale per le acquisizioni sottosoglia, in fase di iter di approvazione;
- direttive per i membri delle commissioni di valutazione;
- dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità, di conflitti di interesse e obblighi di astensione in ordine alle ditte partecipanti alla procedura di gara per i membri di tali commissioni;
- attualizzazione delle pubblicazioni ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i., ai sensi del D.Lgs n. 36/2023 e delle circolari ACP (Agenzia per i contratti pubblici relative agli adempimenti degli obblighi di pubblicità e trasparenza relativi ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
- individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori (si rinvia sul punto al capitolo "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità").

Inoltre, nella fase di conclusione dei contratti, nonché nella fase della loro esecuzione, è fatto espresso divieto ai dipendenti dell'Azienda Sanitaria di ricorrere alla mediazione di terzi e di corrispondere o promettere utilità a titolo di intermediazione.

I dipendenti, nel caso in cui da tale condotta possano conseguire vantaggi a qualsiasi titolo, si devono astenere dal concludere -per conto dell'Azienda Sanitaria- contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali il dipendente abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile e di quelli di modico valore, come specificato nel comma successivo. In tal caso il dipendente deve astenersi dal partecipare alle attività relative all'adozione ed all'esecuzione del contratto pubblico, redigendone verbale scritto da indirizzare al superiore gerarchico.

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

Infatti, al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, in ogni momento, il R.P.C.T. può richiedere alle strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati provvedimenti, attività o fatti significativi. Inoltre, ogni anno i dirigenti delle ripartizioni aziendali, nonché i direttori medici con incarico di direttore di struttura complessa, devono comunicare al R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.) eventuali informazioni che ritengano per il medesimo rilevanti. In generale, con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

- il personale che riceve segnalazioni da soggetti interni o esterni inerenti alla materia della corruzione o, più in generale, dell'illegalità è tenuto ad informare immediatamente il R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.);
- ogni quattro mesi viene effettuato il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- tutti i dirigenti sono tenuti a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente piano, adottando le azioni necessarie per l'eliminazione della stessa, oppure, nel caso in cui non rientri nella propria competenza dirigenziale, proponendo le azioni necessarie;
- i referenti (direttori di ripartizione aziendale) devono informare il R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.) sull'effettiva attuazione e sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione nel proprio settore, indicando anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva;
- qualunque atto, circolare o regolamento aziendale che riguardi, anche indirettamente, la materia della prevenzione della corruzione, deve essere preventivamente vistato dal R.P.C.T. (ora R.P.C. e R.T.).

Nella prossima revisione (triennio 24-26) del patto di integrità si programma l'inserimento di apposite clausole sottoscritte dai partecipanti alle gare, ai sensi dell'art. 1, co. 17, della l. n. 190/2012.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Whistleblowing

Ai fini della repressione del fenomeno corruttivo, risulta significativa l'introduzione legislativa dell'istituto del *whistleblowing* ai sensi della L. 179/17: "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Sul punto, il comma 5 dell'Art. 1 della citata legge, dispone che, in conformità ad apposite linee guida ANAC sentito il garante per la protezione dei dati personali, si preveda l'utilizzo di modalità, anche informatiche, e l'eventuale ricorso a strumenti di crittografia "per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione".

Visto infine il decreto legislativo n. 24 del 10.03.2023, l'ASDAA ha messo a disposizione un canale informatico per le segnalazioni *whistleblowing*. Il sistema di segnalazione (aperto anche ai cittadini che intendono fare una segnalazione) utilizza la tecnologia prevista dalla normativa di settore.

Per maggiori dettagli si rinvia a » Amministrazione trasparente » Altri contenuti » Segnalazione di condotte illecite (c.d. *WHISTLEBLOWING*).

È stato introdotto nel 2025 il regolamento aziendale sul *whistleblowing*.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Rotazione degli incarichi

Questa misura è stata affrontata e perseguita da parte dei referenti e del R.P.C.T (ora R.P.C. e R.T.) con maggiore incisività (pur sussistendo il problema della necessità della specializzazione delle risorse umane impiegate, che risultano limitate, sia a livello di dirigenza amministrativa che sanitaria).

Ove possibile, il meccanismo della rotazione viene applicato in via automatica. Ad esempio, nelle commissioni d' esame, la rotazione dei membri è garantita.

Per quanto riguarda la rotazione dei RUP come riportato nel PNA 2022 (delibera ANAC 17/1/23) pagina 110 punto 3.4: tra dimissioni, trasferimenti, nuovi assunti nel periodo 2021-2024 si ritiene sostanzialmente soddisfatta, tenendo anche conto delle caratteristiche e modalità organizzative dell'Azienda Sanitaria.

Nonostante la comunicazione di ACP nr. 1 del 3/1/2023 che esonera i RUP, che svolgono esclusivamente affidamenti diretti e utilizzano strumenti di acquisto messi a disposizione dalle centrali di committenza, dalla qualificazione ovvero all'iscrizione registro RUP, si decide che comunque gli stessi devono effettuare la formazione continua.

Qui di seguito alcune specifiche: per le ripartizioni Tecnica, Acquisti ed Ingegneria Clinica sono stati deliberati i nuovi organigrammi in data 30.12.2020 (del. n. 892 e n.893) e in data 06.09.2022 (del. n. 936) che prevedono nuovi uffici e una nuova organizzazione.

Proseguendo oltre, con deliberazione della G.P. n. 1226 del 15.11.2016 è stato introdotto il controllo di regolarità da parte dell'Unità di Audit dell'Agenzia provinciale per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture. Nel corso del 2024 l'Unità Audit dell'ACP (della Provincia) non ha effettuato verifiche di procedure aziendali. Il nuovo ufficio aziendale di audit interno proseguirà con lo svolgimento di audit sugli acquisti anche nel 2025.

Infine, è stato proposto uno scambio interno di mansioni tra i vari collaboratori degli uffici prestazioni.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Come sopra esposto nelle premesse l'implementazione dell'organigramma amministrativo con l'istituzione della Ripartizione per l'amministrazione del personale e della Ripartizione per lo sviluppo del personale ha comportato una nuova organizzazione e nuovi uffici.

Fra gli incarichi dirigenziali la rotazione ha riguardato:

Area Acquisti:

- dal 16.08.2022 nuovo direttore dell'Ufficio di acquisto di servizi (con contestuale abolizione della Ripartizione Comprensoriale acquisti e servizi economali);
- dal 01.10.2022 nuova direttrice Ufficio acquisti di beni di consumo sanitari;
- da luglio 2023 ha cessato l'incarico la direttrice dell'Ufficio acquisti di beni di consumo sanitari.
- da gennaio 2024 ha preso l'incarico il direttore dell'ufficio gestione della supply chain e dell'anagrafica.

Area Tecnica:

- da aprile 2023 ha cessato l'incarico il direttore dell'ufficio contratti;
- da dicembre 2023 ha preso l'incarico il direttore dell'ufficio tecnico di Bressanone;
- da ottobre 2024 ha preso l'incarico la direttrice dell'ufficio gestione contratti.

Nell'anno 2023:

- la nuova direttrice per l'ufficio per il reclutamento ed engagement del personale,
- il nuovo direttore per l'ufficio gestione rischi assicurativi, sinistri e servizi generali,
- la nuova direttrice per l'ufficio bilancio,
- la nuova direttrice per l'ufficio per il supporto dei servizi distrettuali, protesi, cure farmaceutiche e ausili medici.

Nell'anno 2024:

- il nuovo Direttore per l'Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività
- la nuova Direttrice per l'Ufficio comunicazione della salute
- il nuovo Direttore per Ufficio prevenzione e protezione Bressanone
- la nuova Direttrice per l'Ufficio formazione e aggiornamento
- il nuovo Direttore per l'Ufficio per il sistema informativo ospedaliero.

Nell'anno 2025:

- il nuovo Direttore per l'Ufficio Stato Giuridico;
- il nuovo Direttore per l'Ufficio edilizia e manutenzione Merano.

Si segnala che il dirigente della Ripartizione Finanze è andato in pensione, mentre il dirigente dell'Ufficio per la gestione della supply chain e delle anagrafiche ha abbandonato l'incarico. Entrambi tali incarichi devono essere nuovamente attribuiti.

Con delibera della Giunta provinciale dell'Alto Adige n. 140 del 14.02.2023 è stato nominato ed istituito l'organismo indipendente di valutazione dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige (OIV), ai sensi dell'articolo 46/bis della LG 7/2001.

L'OIV ha iniziato la sua attività con decorrenza 1° novembre 2023. Emette i pareri ed effettua le verifiche e le valutazioni previste dalla LP 7/2001.

Nell'area tecnico-assistenziale sono vigenti le seguenti misure:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- informazione e formazione del personale sul tema anticorruzione;
- divieto per il personale di assistere i propri familiari durante le visite a domicilio;
- regolamenti per la gestione dei turni, per la programmazione delle ferie, per la sostituzione del personale in caso di assenze;
- divieto per il personale di accettare regali;
- controllo dell'applicazione di quanto sopra esplicitato da parte dei coordinatori;
- controllo dei coordinatori da parte dei dirigenti (per esempio, eseguono controlli dell'orario del lavoro, della formazione e della pianificazione delle ferie).

Si specifica, altresì, che fisiologicamente dal 2017 in poi avviene la c.d. "rotazione di fatto", in virtù del pensionamento di alcuni dirigenti e del trasferimento di altri.

La tematica della rotazione è rimasta continuamente oggetto di dialogo con i dirigenti.

In ASDAA esiste una rotazione naturale del personale in tutti gli ambiti.

Dal 2019 in poi il precedente R.P.C.T. ha ribadito durante gli incontri che la rotazione del personale è una misura di prevenzione della corruzione esplicitamente prevista dalla legge n. 190/2012 (art. 1, c. 4, lett. e), c. 5, lett. b), c. 10, lett. b), pertanto di fondamentale importanza.

Il precedente R.P.C.T. ha informato che, con delibera n. 215 del 26.03.2019, l'ANAC ha dato indicazioni sull'applicazione della "rotazione straordinaria" (art. 16, c. 1 quater, d.lgs. 165/2001); disciplina regolarmente applicata dall'azienda sanitaria.

Il R.P.C.T. precedente ha inviato il PNA 2022 a tutti i referenti.

Riassumendo, dalle analisi svolte in tema di rotazione è emerso che:

nel 2018 e 2019 sono stati sostituiti i vertici dell'azienda sanitaria;

- in autunno 2023 è stata nominata una commissaria straordinaria al posto del direttore generale dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige;
- in autunno 2023 sono stati altresì nominati: un direttore tecnico assistenziale ff., un direttore comprensoriale ff. nel CS di Bolzano, un direttore comprensoriale ff. nel CS di Bressanone e una coordinatrice dirigente tecnico assistenziale ff. nel CS di Merano;
- a marzo 2024 è stato nominato il nuovo direttore generale, il nuovo direttore amministrativo e la direttrice tecnico-assistenziale dell'Azienda sanitaria;
- il 16.12.2019 ha preso servizio un nuovo Direttore della Ripartizione Acquisti;
- nel corso del 2020 und 2021 presso la Ripartizione Tecnica e Patrimonio sono stati assunti: - per il Comprensorio di Bressanone un perito - per il Comprensorio di Bolzano un ingegnere e per quello di Merano un geometra;
- negli anni 2020-2024 vi sono stati diversi avvicendamenti per le direzioni delle Ripartizioni Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica e dei relativi uffici;
- nel 2021 e nel 2022 l'unità audit dell'ACP ha svolto controlli; nel 2022 e nel 2023 l'ufficio aziendale di audit interno ha svolto controlli;
- negli anni 2018-2023 alcuni dirigenti sono variati;
- nel corso del 2020 sono stati nominati alcuni nuovi dirigenti (es. direttrice ufficio servizi amministrativi ospedalieri, direttrice ufficio gestione amministrativa ospedaliera, direttrice ufficio per lo sviluppo clinico e strategico);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- nel corso del 2021 sono stati nominati alcuni nuovi dirigenti amministrativi (direttore ufficio internal auditing, direttrice ufficio servizi alberghieri e controllo servizi in appalto, direttore ufficio logistica comprensoriale);
- nell'area tecnica prosegue l'attivazione di gare comuni a più Comprensori;
- nell'area ripartizione acquisti prosegue la concentrazione e specializzazione delle procedure svolte dagli uffici competenti per aree "merceologiche" a livello aziendale;
- ulteriormente nel corso degli anni alcuni dipendenti tramite concorso hanno raggiunto livelli superiori ed hanno quindi assunto nuovi compiti;
- numerosi dipendenti svolgono nuove e ulteriori attività nella propria struttura di appartenenza;
- vengono sistematicamente svolti concorsi aziendali per l'assunzione di nuovo personale.

In conclusione, la tematica della rotazione sarà affrontata ancora nel corso del prossimo triennio durante i quali si darà attuazione alla riforma amministrativa.

Codice degli obblighi di servizio e comportamento

Elemento essenziale del piano in oggetto, tale codice rappresenta una delle misure principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal PNA. Il codice aziendale è stato adottato con deliberazione n. 117 del 01.07.2014. Esso viene consegnato all'atto di assunzione ad ogni dipendente e la sua divulgazione è attuata mediante pubblicazione sul sito istituzionale unitamente a copie cartacee esposte nelle bacheche presenti nei diversi comprensori. Nel codice degli obblighi di servizio e di comportamento sono contenute le disposizioni che incentivano la prevenzione della corruzione. Nel codice è stato istituito il dovere specifico, in capo a tutti i dipendenti, di rispettare il presente piano, della cui eventuale violazione sarà tenuto conto in sede di responsabilità disciplinare. Si specifica, che è stato elaborato un nuovo codice di comportamento, in cui è stata inserita anche la disciplina sull'utilizzo dei social media.

Tale codice è stato approvato con delibera del 30/09/2020 n. 566.

Tra le principali novità introdotte si segnala:
- la regolamentazione del comportamento nei rapporti privati (art. 7) con esplicito riferimento all'uso dei social media;
- la regolamentazione dell'obbligo di denuncia e supporto al R.P.C.T. (ora R.P.C.) con esplicito riferimento alla normativa del *whistleblowing*;
- la particolare attenzione al tema degli obblighi di servizio per quanto riguarda lo svolgimento di attività estranee in orario di lavoro, con conseguente rischio di falsa attestazione in servizio (art. 4/9).

Il 09.02.2021 è stata inviata a tutti i direttori di ripartizione e coordinatori amministrativi la Circolare interpretativa della previsione di cui all'art. 2, comma 3 del Codice degli obblighi di servizio e di comportamento per il personale dell'Azienda Sanitaria.
Quest'ultima intende chiarire l'interpretazione dell'Amministrazione in riferimento alla previsione relativa all'obbligo di consegna materiale del codice di comportamento al soggetto affidatario al momento della sottoscrizione del contratto, al fine di garantirne l'uniforme applicazione da parte delle Ripartizioni interessate.
Il codice degli obblighi di servizio e di comportamento è stato adeguato con delibera nr. 112/2025 (18.02.25) alle novità contenute nel d.P.R. n. 81/2023 di modifica del d.P.R. 62/2013.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Astensione in caso di conflitto di interesse e segnalazione dei potenziali conflitti di interesse al proprio dirigente / al responsabile per l'anticorruzione e trasparenza, sotto pena di responsabilità disciplinare:

L'art. 1, comma 41, della L. 190/2012 ha introdotto, con l'art. 6 bis, il conflitto di interessi nella L. 241/1990 sul procedimento amministrativo. Sulla base di tale disposto, i direttori, i dirigenti, i RUP, i direttori d' esecuzione, ed i dipendenti degli uffici competenti effettuano ispezioni, controlli e adottano valutazioni. Tutti i dipendenti, collaboratori e consulenti, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando al proprio responsabile gerarchico ogni situazione di conflitto anche potenziale. Sul punto, si rinvia agli artt. 8 e 9 del codice di condotta di cui sopra, ove sono definiti gli obblighi specifici ai quali i dipendenti sono assoggettati.

Previsione dei casi di inconferibilità:

All'interno dell'azienda sanitaria è costantemente applicato con particolare attenzione il divieto normativo di conferire incarichi dirigenziali e di partecipare a commissioni di concorso o di gara nei confronti di chi abbia subito una condanna penale (anche in caso di sentenza non passata in giudicato) per un reato contro la P.A.; si prevede, altresì, il divieto di svolgere attività lavorativa presso enti privati in relazione ad attività svolte in precedenza presso la P.A. (cd. *pantouflage*) ed il divieto di conferire incarichi a coloro che provengono da enti di diritto privato finanziati dall'azienda sanitaria o a coloro che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

In materia di *pantouflage* l'azienda sanitaria ha programmato le seguenti misure preventive per il triennio 2023-2025:

- da maggio 2023 è stato previsto l'obbligo di rendere una dichiarazione specifica in materia di *pantouflage* al momento della cessazione dal servizio,
- viene previsto l'inserimento all'interno dei contratti di assunzioni dei dirigenti di specifiche clausole "anti *pantouflage*,
- controlli sui dirigenti cessati dagli incarichi.

Si sottolinea altresì che nel corso del 2023 si è inserito:

- nei disciplinari di gara, l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del già menzionato divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016; sono state implementate dichiarazioni ovvero sottoscrizioni di documenti con indicazioni come da normativa quali "di non aver assunto ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter D.lgs. n. 165/2001, dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni ……omissis "
- nei bandi di gara, ovvero nel disciplinare di gara, un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. Sono state implementate nei disciplinari e/o nelle dichiarazioni da controfirmare da parte degli operatori economici indicazioni con esplicito riferimento art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001

Infine, nella prossima revisione del patto di integrità si programma l'inserimento di apposite clausole sottoscritte dai partecipanti alle gare, ai sensi dell'art. 1, co. 17, della l. n. 190/2012.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Formazione commissioni ed assegnazioni uffici

Secondo le norme del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 39/2013 le unità aziendali operative competenti verificano la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico di dipendenti e/o soggetti ai quali viene dato l'incarico di membro in commissioni per appalti o concorsi pubblici o di dirigenza.

Obiettivi strategici e indicatori 2026-2028: sintesi e articolazione per ambiti tematici

In sintesi, il Piano Integrato 2026–2028 rappresenta uno strumento strategico e operativo per promuovere una cultura diffusa di integrità, trasparenza e legalità all'interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Le azioni previste per il triennio – che spaziano dalla digitalizzazione dei controlli alla formazione mirata, dalla gestione dei conflitti di interesse alla sicurezza informatica, fino alla regolamentazione di sponsorizzazioni, donazioni e al rafforzamento dei presìdi antiriciclaggio e whistleblowing – testimoniano l'impegno dell'Azienda nel presidiare le aree a rischio e nel promuovere un'amministrazione responsabile, etica e orientata alla qualità.

L'approccio adottato, fondato su indicatori misurabili, monitoraggi sistematici e un coinvolgimento trasversale di tutte le strutture, costituisce una base solida per il miglioramento continuo e per il consolidamento della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario pubblico.

Di seguito sono riportati, in forma tabellare, gli obiettivi strategici previsti per il triennio 2026–2028.

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
1.	R.P.C.T.	Prevenzione della corruzione e trasparenza	- Aggiornamento delle modalità di analisi e reporting - Integrazione degli indicatori contenuti nelle schede di mappatura rischi nei cicli di monitoraggio - Rafforzamento del raccordo tra RPC, OIV e referenti di settore - Estensione del monitoraggio a sponsorizzazioni e del controllo sulle attività extraistituzionali in base alla nuova normativa provinciale	Nuovo format di report annuale e condivisione con OIV
2.	Internal Auditing	Assurance	- Verifiche su sicurezza informatica, affidamenti diretti, gestione del fabbisogno, convenzioni con strutture private e prestazioni ambulatoriali	Numero di audit completati e relativi report pubblicati
3.	Responsabile Antiriciclaggio	Compliance & Regulatory Risk – Antiriciclaggio	- Adozione di un regolamento aziendale - Formazione mirata per dirigenti e responsabili	Presenza del regolamento antiriciclaggio approvato; numero di partecipanti ai corsi;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
			di procedimento - Integrazione tra whistleblowing e presidi antiriciclaggio - Aggiornamento di una clausola antiriciclaggio nel patto integrità	patti d'integrità aggiornati con clausola antiriciclaggio
4.	Internal Auditing	Fraud Risk Management	Rafforzare il sistema di prevenzione e rilevazione delle frodi attraverso l'esecuzione di un assessment dedicato e l'adozione di un regolamento antifrode aziendale.	Esecuzione di un assessment frode Approvazione e diffusione del Regolamento antifrode
5.	Ufficio gestione presenze ed intramoenia	Attività libero-professionale intramoenia (LPI)	- Ampliamento geografico extra comprensorio di Bolzano dei controlli su orari, agende e spazi - Estensione orari serali di apertura casse - Riattivazione delle casse automatiche	Numero o percentuale di controlli effettuati
6.	Ripartizione Informatica	Sicurezza informatica	- Approvazione delle procedure IT - Integrazione dei sistemi di controllo interno in ambito IT - Implementazione della funzione di Chief Information Security Officer (CISO)	Numero di procedure IT approvate; presenza del CISO formalmente nominato
7.	R.P.C.T.	Formazione	- Proseguimento della formazione obbligatoria - Interventi mirati con casi pratici all'interno delle riunioni mensili dei coordinatori infermieristici e dei primari - Moduli specialistici per dirigenti, RUP e commissari	Incremento della percentuale di personale formato; numero di moduli specialistici attivati Incremento numero di ore/formazioni erogate; percentuale di personale formato

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
			- Potenziamento del training on the job Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	
8.	Internal Auditing / R.P.C.T.	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR	- Controlli a ciclo continuo - Campionamento automatizzato - Collaborazioni interaziendali	Numero di rendiconti PNRR controllati;
9.	Ripartizione Amministrazione del Personale Ripartizione Comunicazione R.P.C.T.	Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (codice di comportamento, gestione conflitti di interessi)	- Aggiornamento del Codice aziendale - Formazione obbligatoria per neoassunti - Monitoraggio sull'applicazione del Codice - Potenziamento dell'autodichiarazione preventiva - Registro dei pareri RPC - Promozione della cultura della segnalazione	Presenza del modulo formativo; numero di audit etici completati Numero di pareri RPC registrati Aggiornamento e adozione del codice di comportamento
10.	R.P.C.T.	Whistleblowing	- Promozione del canale di segnalazione - Piattaforma digitale dedicata - Monitoraggio delle misure di protezione	Numero di segnalazioni ricevute; tempo medio di risposta alle segnalazioni
11.	Trasparenza	Donazioni	In attesa dell'istituzione del Registro pubblico telematico "Sanità trasparente", previsto dall'art. 5 della L. 62/2022 e curato dall'Ufficio trasparenza, archivio e protocollo, si	Presenza pubblicazione nella sezione della trasparenza del sito istituzionale Numero di controlli a campione effettuati

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Area Tematica	Obiettivi 2026-2028	Indicatore di monitoraggio
			pubblicherà un file contenente l'elenco dei beni acquisiti a titolo di donazione nel corso dell'anno Controlli a campione sulla coerenza delle donazioni	
12.	Trasparenza	Accessi civici	Controlli a campione degli accessi civici registrati	Numero di controlli a campione effettuati e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti per garantire la cortezza della elaborazione del registro accessi
13.	R.P.C.T. e Ripartizione Comunicazione	Flussi informativi	Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione interna/esterna	Numero di comunicazioni/informative inviate; feedback degli stakeholder
14.	R.P.C.T.	Informatizzazione	Informatizzazione delle schede e dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio	Numero di schede digitalizzate; tempi di aggiornamento delle mappature
15.	R.P.C.T.	Rafforzamento dell'analisi dei rischi	Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione su appalti pubblici e selezione personale	Numero di controlli effettuati; numero di misure adottate
16.	R.P.C.T.	Coordinamento con altre funzioni di controllo	Coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e finanziamento terrorismo	Numero di azioni integrate; presenza di protocolli di coordinamento

Monitoraggio di secondo livello tramite indicatori, target e audit tematici

Dopo aver presentato gli obiettivi strategici pluriennali dell'Azienda in materia di anticorruzione e trasparenza, che coinvolgono l'intera organizzazione e costituiscono il quadro di riferimento per la

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

promozione di integrità e legalità, è opportuno sottolineare che la prevenzione della corruzione si declina anche in un monitoraggio operativo, ricorrente e specialistico.
A partire dal 2025, infatti, accanto agli indicatori strategici di sistema – che guidano la direzione complessiva dell'Azienda nel triennio e coinvolgono tutti i livelli organizzativi – è stato introdotto un **set di indicatori e strumenti annuali specificamente dedicati al monitoraggio di secondo livello, affidato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC)**.
Questa evoluzione non rappresenta solo un adempimento normativo, ma un vero salto di qualità nella cultura della trasparenza e dell'integrità aziendale: il monitoraggio di secondo livello si arricchisce di strumenti pensati per garantire un controllo sempre più puntuale, dinamico e aderente alle reali esigenze dell'organizzazione.
Ogni indicatore è stato selezionato per offrire una fotografia chiara e misurabile dell'efficacia delle misure adottate, consentendo di intervenire tempestivamente in caso di criticità e di valorizzare le buone pratiche.
Il sistema si basa su audit programmati e su una reportistica puntuale, che consente di mantenere alta l'attenzione su temi chiave come incarichi extraistituzionali, commissioni, patti di integrità, sponsorizzazioni e situazioni di incompatibilità.
Questi indicatori, pensati per garantire un controllo costante e tempestivo sull'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza, permettono di rilevare criticità, misurare i progressi e intervenire in modo mirato sulle aree più sensibili.
Di seguito si presenta l'intero **set di indicatori annuali**, ciascuno corredato dal relativo target e dalla scadenza, a testimonianza di un approccio sistematico e orientato al miglioramento continuo, complementare rispetto alla visione strategica di lungo periodo.

Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
Dirigenti coinvolti dal RPC	Trasmissione al RPC di eventuali aggiornamenti dell'elenco di tutti i processi di competenza del Servizio/Ufficio/ Dipartimento/Struttura (SI/NO)	Assicurare che il RPC disponga di un quadro aggiornato dei processi organizzativi, necessario per una corretta mappatura e gestione dei rischi corruttivi.	31/12 di ogni anno
RPC	Attivazione di un controllo a campione relativo alla gestione degli incarichi extraistituzionali.	Garantire trasparenza, prevenire conflitti di interesse e rafforzare l'integrità aziendale.	31/12 di ogni anno
RPC	Attivazione di un controllo a campione sui dipendenti e sulle strutture convenzionate per verificare, ai sensi dell'art. 1, comma 62, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, il rispetto delle norme su incompatibilità e conflitti di interesse.	Rafforzare legalità, trasparenza e integrità	31/12 di ogni anno
	Attivazione di un controllo a campione atto a monitorare, ai sensi della L.P. 21.07.2022, n. 6 e della L.P. 19.05.2015, n.	Prevenire conflitti di interesse e rischi corruttivi nell'ASDAA	31/12 di ogni anno

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	6, la conformità e l'integrità delle procedure di nomina delle commissioni nei concorsi per dirigenti e non.		

Gli indicatori sono associati a un ciclo di audit programmati su base trimestrale, che coprono le seguenti aree tematiche:

Audit 1: incarichi extraistituzionali
Audit 2: partecipazione a commissioni esaminatrici
Audit 3: patti d'integrità
Audit 4: ambiti a rischio elevato individuati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione
Audit 5: sponsorizzazioni
Audit 6: situazioni di incompatibilità e inconferibilità
Audit 7: controlli ex Art. 1, co. 62, L. Nr. 662/1996

Questi audit rappresentano la base operativa per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate e per redigere la sezione dedicata all'anticorruzione all'interno del PIAO.

Schede di mappatura e indicatori di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Una novità introdotta nel 2025 riguarda le schede di mappatura e valutazione degli eventi corruttivi, che riportano — per ciascuna misura specifica di prevenzione — gli indicatori di attuazione, i target e le scadenze previste definite dai singoli responsabili dei processi mappati.

Macro processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione al 50%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
		Etica e Comportamento	Sì	31/12/2026
Acquisizione e progressione del personale, premialità, affidamento di incarichi e nomine	Ripartizione sviluppo del personale	Rotazione	100%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
		Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale	Trasparenza Formazione Regolamentazione	Conforme 50% Conforme	31/12/2026 31/12/2026 31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Macro processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
	e Ingegneria Clinica	Controlli	fino al 25% e 100% (nei subappalti)	31/12/2026
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione al 25%	31/12/2026
Strutture Private Accreditate - Liste d'attesa	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
		Formazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Semplificazione	sì	31/12/2026
Affari generali e contenzioso		Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
Sicurezza Informatica	Ripartizione Informatica			
Medicina del lavoro	Servizio aziendale di medicina del lavoro e Sezione ispettorato medico del lavoro	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
Medicina dello Sport	Servizio Aziendale di Medicina dello Sport	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
		Formazione	25%	31/12/2026
Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali; Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Sanità animale ed igiene degli	Servizio Veterinario Aziendale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Macro processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
allevamenti e delle produzioni animali				
Minialloggi e altre soluzioni abitative	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
Asili nido aziendale e microstrutture convenzionate	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
Cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche	Servizio per le Dipendenze - SERD	Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Rotazione	100%	31/12/2026
Gestione Patrimonio e Immobiliare	Ripartizione Tecnica Patrimoniale	Controlli Trasparenza	100% Conforme	31/12/2026 31/12/2026
Igiene degli alimenti	S.I.A.N.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
Prevenzione, tutela e controllo dei rischi ambientali e chimici	S.I.S.P. - Medicina ambientale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
Tutela della salute e della sicurezza; Autorizzazioni o concessioni	S.I.S.P.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Semplificazione	sì	31/12/2026
		Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
Aggiornamento / Sponsorizzazione	Ripartizione Sviluppo Personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
Parco auto - Autovetture	Ufficio Logistica BZ	Trasparenza	Conforme	31/12/2026
		Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
Donazioni	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
Vigilanza, controlli, ispezioni	Ufficio Internal Auditing			
Magazzino / Logistica	Ufficio Logistica BZ	Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
		Formazione	25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Macro processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
		Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
		Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026

Monitoraggio di secondo livello tramite indicatori, target e audit tematici

Dopo aver presentato gli obiettivi strategici pluriennali dell'Azienda in materia di anticorruzione e trasparenza, che coinvolgono l'intera organizzazione e costituiscono il quadro di riferimento per la promozione di integrità e legalità, è opportuno sottolineare che la prevenzione della corruzione si declina anche in un monitoraggio operativo, ricorrente e specialistico.
A partire dal 2025, infatti, accanto agli indicatori strategici di sistema – che guidano la direzione complessiva dell'Azienda nel triennio e coinvolgono tutti i livelli organizzativi – è stato introdotto un **set di indicatori e strumenti annuali specificamente dedicati al monitoraggio di secondo livello, affidato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC)**.
Questa evoluzione non rappresenta solo un adempimento normativo, ma un vero salto di qualità nella cultura della trasparenza e dell'integrità aziendale: il monitoraggio di secondo livello si arricchisce di strumenti pensati per garantire un controllo sempre più puntuale, dinamico e aderente alle reali esigenze dell'organizzazione.
Ogni indicatore è stato selezionato per offrire una fotografia chiara e misurabile dell'efficacia delle misure adottate, consentendo di intervenire tempestivamente in caso di criticità e di valorizzare le buone pratiche.
Il sistema si basa su audit programmati e su una reportistica puntuale, che consente di mantenere alta l'attenzione su temi chiave come incarichi extraistituzionali, commissioni, patti di integrità, sponsorizzazioni e situazioni di incompatibilità.
Questi indicatori, pensati per garantire un controllo costante e tempestivo sull'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza, permettono di rilevare criticità, misurare i progressi e intervenire in modo mirato sulle aree più sensibili.
Di seguito si presenta l'intero **set di indicatori annuali**, ciascuno corredato dal relativo target e dalla scadenza, a testimonianza di un approccio sistematico e orientato al miglioramento continuo, complementare rispetto alla visione strategica di lungo periodo.

Tabella nr. 2: obiettivi ed indicatori annuali

ID	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
17.	Dirigenti coinvolti dal RPC	Trasmissione al RPC di eventuali aggiornamenti dell'elenco di tutti i processi di competenza del Servizio/Ufficio/ Dipartimento/Struttura (SI/NO)	Assicurare che il RPC disponga di un quadro aggiornato dei processi organizzativi, necessario per una corretta mappatura e gestione dei rischi corruttivi.	31/12 di ogni anno
18.	RPC	Attivazione di un controllo a campione relativo alla gestione degli incarichi extraistituzionali.	Garantire trasparenza, prevenire conflitti di interesse e rafforzare l'integrità aziendale.	31/12 di ogni anno
19.	RPC	Attivazione di un controllo a campione sui	Rafforzare legalità, trasparenza e integrità	31/12 di ogni anno

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
		dipendenti e sulle strutture convenzionate per verificare, ai sensi dell'art. 1, comma 62, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, il rispetto delle norme su incompatibilità e conflitti di interesse.		
		Attivazione di un controllo a campione atto a monitorare, ai sensi della L.P. 21.07.2022, n. 6 e della L.P. 19.05.2015, n. 6, la conformità e l'integrità delle procedure di nomina delle commissioni nei concorsi per dirigenti e non.	Prevenire conflitti di interesse e rischi corruttivi nell'ASDAA	31/12 di ogni anno

Gli indicatori sono associati a un ciclo di audit programmati su base trimestrale, che coprono le seguenti aree tematiche:

Audit 1: incarichi extraistituzionali
Audit 2: partecipazione a commissioni esaminatrici
Audit 3: patti d'integrità
Audit 4: ambiti a rischio elevato individuati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione
Audit 5: sponsorizzazioni
Audit 6: situazioni di incompatibilità e inconferibilità
Audit 7: controlli ex Art. 1, co. 62, L. Nr. 662/1996

Questi audit rappresentano la base operativa per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate e per redigere la sezione dedicata all'anticorruzione all'interno del PIAO.

Schede di mappatura e indicatori di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Una novità introdotta nel 2025 riguarda le schede di mappatura e valutazione degli eventi corruttivi, che riportano — per ciascuna misura specifica di prevenzione — gli indicatori di attuazione, i target e le scadenze previste definite dai singoli responsabili dei processi mappati.

Tabella: indicatori di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione per macro-processo

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
20.	Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
21.	Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione al 50%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Etica e Comportamento	Sì	31/12/2026
22.	Acquisizione e progressione del personale, premialità, affidamento di incarichi e nomine	Ripartizione sviluppo del personale	Rotazione	100%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
23.	Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica	Trasparenza Formazione Regolamentazione Controlli	Conforme 50% Conforme fino al 25% e 100% (nei subappalti)	31/12/2026 31/12/2026 31/12/2026 31/12/2026
24.	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione al 25%	31/12/2026
25.	Strutture Private Accreditate - Liste d'attesa	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Formazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Semplificazione	sì	31/12/2026
26.	Affari generali e contenzioso		Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
27.	Sicurezza Informatica	Ripartizione Informatica	Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Controlli	100%	31/12/2026
28.	Medicina del lavoro	Servizio aziendale di medicina del lavoro e Sezione ispettorato medico del lavoro	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
29.	Medicina dello Sport	Servizio Aziendale di Medicina dello Sport	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
			Formazione	25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
30.	Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali; Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali	Servizio Veterinario Aziendale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
31.	Minialloggi e altre soluzioni abitative	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
32.	Asili nido aziendale e microstrutture convenzionate	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
33.	Cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche	Servizio per le Dipendenze - SERD	Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Rotazione	100%	31/12/2026
34.	Gestione Patrimonio e Immobiliare	Ripartizione Tecnica Patrimoniale	Controlli	100%	31/12/2026
			Trasparenza	conforme	31/12/2026
35.	Igiene degli alimenti	S.I.A.N.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
36.	Prevenzione, tutela e controllo dei rischi ambientali e chimici	S.I.S.P. - Medicina ambientale	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
37.	Tutela della salute e della sicurezza; Autorizzazioni o concessioni	S.I.S.P.	Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Semplificazione	sì	31/12/2026
			Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
38.	Aggiornamento	Ripartizione Sviluppo Personale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

ID	Macro-processo	Responsabilità	Indicatore	Target/obiettivo	Scadenza
39.	Parco auto - Autovetture	Ufficio Logistica BZ	Trasparenza	Conforme	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
40.	Donazioni	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Controlli	Implementazione al 100%	31/12/2026
41.	Vigilanza, controlli, ispezioni	Ufficio Internal Auditing	Controlli	Implementazione del piano controlli al all' 80%	31/12/2026
42.	Magazzino / Logistica	Ufficio Logistica BZ	Regolamentazione	Conforme	31/12/2026
			Formazione	25%	31/12/2026
			Rotazione	Implementazione fino al 25%	31/12/2026
			Controlli	Implementazione fino al 25%	31/12/2026

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sezione Trasparenza ed Integrità

Quadro normativo e PNRR

È opportuno specificare che il legislatore ha fornito una prima definizione di trasparenza nel d.lgs. n. 150/2009. Il medesimo decreto prevedeva, altresì, l'obbligo per tutte le P.A. di adottare un programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Successivamente, l'istituto della trasparenza si evolve con l'introduzione nel sistema giuridico nazionale del d.lgs. n. 33/2013, che disciplina la trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Nel corso del 2016, il decreto legislativo n. 33/2013 ha subito importanti modifiche e/o specificazioni da parte sia del legislatore, con il d.lgs. n. 97/2016, che da ANAC, con la deliberazione n. 831/2016 e le linee guida emanate con delibere n. 1309/2016 e n. 1310/2016.

Le principali novità introdotte dalle fonti succitate, si sostanziano principalmente: a) in una più precisa e più ampia individuazione degli obblighi di pubblicazione; b) nella modifica dell'istituto dell'accesso civico; c) nel superamento di un piano per la trasparenza distinto dal PTPC.

La LP n. 9/2016 ha introdotto nell'art. 1 della LP n. 17/1993, fra i criteri generali ai quali si deve ispirare l'attività amministrativa, oltre alla pubblicità, anche la trasparenza amministrativa. Con la LP n. 10/2018 tale articolo è stato poi successivamente modificato e ora il comma 1 così recita: "L'attività amministrativa si attiene a criteri di imparzialità, di efficacia, di economicità, di speditezza, di pubblicità, di trasparenza, di parità e di pari opportunità nonché ai principi dell'ordinamento dell'Unione europea per il perseguimento delle finalità volute dalla legge."

Oltre a quanto esposto sopra nella parte intitolata collegamento fra il sistema di prevenzione e PNRR, l'ASDAA sottolinea che ha fin da subito recepito la disciplina prevista in ambito PNRR, DL n. 77/2021 *("Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure")* ed il PNA 2022 che ha introdotto specifici obblighi di pubblicazione con riguardo agli interventi inclusi nel PNRR, quindi, ha introdotto la pubblicazione intitolata "piano PNRR salute Alto Adige" (vedasi sito aziendale » Amministrazione Trasparente » Altri contenuti) ed ha iniziato ad adeguare le pubblicazioni nella sezione bandi di gare e contratti come da regolamentazione settoriale. Nel 2025 è stata aggiornata la sezione del sito riguardante il PNRR. Sono state aggiornate le schede progetto della sezione trasparenza pubblicando anche le recenti foto degli interventi, nonché il link di riferimento ai provvedimenti provinciali riguardanti il tema. Le attività in tale ambito verranno seguite nel rispetto delle regole di settore.

Le principali attività

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;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- 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 degli accessi civici registrati nel 2025 e susseguenti segnalazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli degli accessi civici generalizzati registrati nel 2025 e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli degli accessi ai documenti amministrativi registrati nel 2025 e susseguenti avvisi di correzione alle strutture competenti;
- ricerca continua di migliorare la qualità della pubblicazione dei dati in conformità al decreto legislativo n. 33/2013, in termini di forma e tempi previsti;
- impegno di perfezionamento del monitoraggio semestrale dei dati, ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 1, comma 16 della legge n. 190/2012, con riferimento agli obblighi di pubblicazione;
- incremento del flusso informativo interno all'Azienda, mediante coinvolgimento di più uffici e strutture nell'attività, in un'ottica – anche - di consapevolezza e responsabilizzazione di tutti i soggetti circa l'importanza della medesima;
- proseguimento dell'iter di ricognizione ed impiego delle banche dati e degli applicativi già in uso ed introduzione di nuovi, anche per far fronte alle nuove esigenze emerse, soprattutto, nell'ottica di ulteriori procedimentalizzazioni 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;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- invio delle FAQ aggiornate da parte di ANAC in tema di obblighi di pubblicazione alle strutture competenti, con la contestuale richiesta di allineare ed attualizzare 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 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.

Obiettivi strategici – trasparenza

Gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria per il triennio 2026-2028 sono in linea con quelli degli anni precedenti: costruire un'amministrazione pubblica più accessibile, attraverso la pubblicazione di dati ed informazioni. Nel 2025, è stata di nuovo dedicata un'attenzione particolare all'accesso civico generalizzato e alla sensibilizzazione e al sostegno degli uffici competenti, nonostante risentissero di un carico di lavoro importante e di carenza di personale (per ulteriori dettagli vedasi il capo dedicato al tema).

Nel merito, con il presente programma l'azienda sanitaria dell'Alto Adige si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dall'azienda sanitaria (caratteristiche e modalità di erogazione);

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- semplificare il rapporto con i cittadini, migliorando i processi di ascolto;
- favorire un rapporto diretto tra azienda sanitaria e cittadino/utente/cliente/paziente;
- rendere più accessibili e fruibili i propri dati;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, la legalità dell'azione aziendale;
- consentire il controllo "diffuso" sull'attività dell'azienda sanitaria;
- aumentare la conoscibilità, la conoscenza e la consapevolezza dei dipendenti in tema di trasparenza amministrativa;
- favorire gli accessi, con particolare riferimento agli accessi civici generalizzati.

Nel corso degli anni 2023 e 2024 sono stati organizzati eventi formativi come da programma triennale dedicate alla trasparenza ed a temi limitrofi come p.e. conflitti di interessi. Nel 2025 tale tematiche sono state trattate nel corso FAD vedasi sopra e la sezione formazione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati – trasparenza

Tutti i dirigenti dell'azienda sanitaria sono sottoposti ad un sistema di valutazione annuale degli obiettivi ad essi assegnati, che si esplica attraverso una procedura di monitoraggio e verifica della percentuale raggiunta degli obiettivi medesimi.

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

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

In allegato sono individuati gli adempimenti in materia di trasparenza che rientrano nell'ambito soggettivo di competenza dell'azienda sanitaria e delle singole strutture operative della medesima, coinvolte a vario titolo nella pubblicazione dei dati e delle informazioni. Tale allegato viene aggiornato se sopravvengono novità.

Come da normativa vigente, il PIAO, insieme agli allegati, è pubblicato nell'apposita sezione del sito istituzionale.

Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei dati pubblicati

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

Di seguito gli strumenti/le iniziative.

- Sito web aziendale: esso rappresenta per l'azienda sanitaria il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce ai fruitori utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'azienda sanitaria medesima, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso.
- MySabes (Intranet aziendale): è uno degli strumenti che l'azienda sanitaria utilizza per comunicare con i propri dipendenti (es. pubblicazione del cedolino stipendiale, pubblicizzazione di iniziative aziendali, piattaforma per lo scambio di documenti per gruppi di lavoro).
- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta e-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale.
- Posta elettronica certificata (PEC).
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'azienda sanitaria e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini.
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'azienda sanitaria ed ai servizi offerti.
- Rivista aziendale (One): periodicamente l'azienda pubblica una rivista cartacea e telematica che contiene informazioni riguardanti l'organizzazione aziendale, iniziative ed eventi.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Inserti sanità sui quotidiani locali: periodicamente l'azienda sanitaria acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare iniziative, progetti di interesse della collettività.
- Formazione *ad hoc* dei dipendenti in materia di trasparenza ed integrità.
- Riunioni con i referenti: per agevolare e potenziare il dialogo sul tema della trasparenza nell'azienda sanitaria.
- Giornate della trasparenza.

Giornate della trasparenza

Le giornate della trasparenza rappresentano uno dei momenti di confronto e ascolto per conseguire due degli obiettivi principali della trasparenza:

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

Le giornate rappresentano, pertanto, l'occasione per fornire le necessarie informazioni sul programma ed una panoramica sull'attività dell'azienda sanitaria, sulle risorse, sui servizi erogati, sulle *best practice* e sui risultati conseguiti. Nello spirito delle norme sulla trasparenza, in data 14.11.2022 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha dedicato una mattinata alla Giornata della Trasparenza, la quale ha suscitato un ampio interesse. Nel triennio 2023-2025 è stata programmata l'organizzazione di una ulteriore giornata della trasparenza. Il 09.10.2024 si è quindi svolta la prima ed in data 21.10.2025 la seconda giornata della Trasparenza programmata nel suddetto triennio.

Per maggiori informazioni vedasi» Amministrazione Trasparente » Altri contenuti » Dati ulteriori » Giornata della trasparenza anni: 2022, 2024 e 2025.

Strutture responsabili

Nella tabella allegata, alla quale si fa esplicito rinvio, viene riportata la descrizione degli obblighi di pubblicazione come previsto dalla normativa di settore.

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

La suddetta responsabile espleta le proprie funzioni di coordinamento -e conseguente monitoraggio- delle attività dei dirigenti preposti alle strutture responsabili della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative diffuse prioritariamente attraverso modalità semplificate, p.e. riunioni con i direttori di ripartizione a livello aziendale e coordinatori amministrativi, posta elettronica, etc.;
- messa a disposizione del monitoraggio dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, finalizzato all'individuazione di eventuali dati ed informazioni mancanti, incompleti o per i quali siano necessari interventi in termini di accessibilità, comprensibilità e/o formattazione per la pubblicazione per la piena realizzazione del principio di trasparenza nell'attività aziendale;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro interni;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di particolare interesse per gli adempimenti relativi alle singole sottosezioni (pareri, chiarimenti, FAQ ed ogni ulteriore aspetto di supporto giuridico, tecnico e metodologico);
- presentazione dei risultati del questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente" compilato dai visitatori;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento e monitoraggio.

Misure organizzative per la regolarità e tempestività dei flussi informativi

L'azienda sanitaria mette in atto, ai fini degli adempimenti normativi in materia di trasparenza, le seguenti misure:

- analisi e definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati, che deve rispondere a precisi requisiti di completezza, chiarezza e utilizzabilità;
- rivalutazione, per ciascun obbligo di pubblicazione, dell'opportunità che i documenti, le informazioni ed i dati vengano pubblicati direttamente dalla struttura responsabile della sezione/sottosezione deputata alla produzione ed all'aggiornamento o dalla ripartizione comunicazione, marketing e relazioni con il pubblico;
- semplificazione del processo di pubblicazione, mediante l'attivazione, ove possibile, di flussi automatici di pubblicazione;
- adeguamento continuo della sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale alla normativa vigente e tempestivo aggiornamento del medesimo;
- trasferimento nella sezione "Amministrazione trasparente" delle informazioni e dei dati già presenti nel sito web aziendale, ove soggetti a pubblicazione ai sensi della normativa vigente;
- adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante dei cittadini ed aiutare l'azienda sanitaria nel compito di garantire la qualità del flusso informativo;
- programmazione di iniziative formative in materia di trasparenza.

Misure di monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza è svolto da soggetti interni all'azienda sanitaria coordinati dalla R.T., 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.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

L'azienda sanitaria, al fine di rilevare il livello di interesse dei cittadini per ciò che viene pubblicato sul sito web aziendale, ha attivato nel 2023 tramite Siteimprove strumenti tecnici per monitorare i dati di accesso alla sezione "Amministrazione trasparente" ed alle diverse sottosezioni.

Pertanto, annualmente, vengono pubblicati i dati di accesso alle pagine di maggior interesse elencando in dettaglio quale pagina viene visualizzata, il tempo della visita, la frequenza di rimbalzo e la percentuale di uscita.

L'azienda ha predisposto e pubblicato sul sito web aziendale un questionario per i visitatori della sezione, finalizzato all'acquisizione di elementi relativi all'effettivo utilizzo dei dati pubblicati, al grado di soddisfazione in merito alle informazioni incontrate ed al grado di chiarezza delle stesse. Tale feedback è utile all'azienda sanitaria per eventuali ulteriori interventi in ottica migliorativa.

Referenti per la trasparenza

L'azienda e nello specifico la R.T. si riservano il diritto di nominare referenti aziendali per la trasparenza finora individuati nei direttori di ripartizione aziendale.

Accesso civico e accesso civico generalizzato

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

Tanto premesso, si precisa che l'azienda sanitaria, nel 2016, ha prontamente recepito le nuove regole di accesso, aggiornando anche l'applicativo sul proprio sito. Nel 2017 l'azienda sanitaria si è poi orientata in base alla circolare n. 2/2017 del Ministero della semplificazione e pubblica amministrazione, introducendo il registro degli accessi civici generalizzati. Il suddetto registro è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti", sottosezione "Accesso civico".

Dal 2018 è stato predisposto un sistema di raccolta per la registrazione degli accessi documentali, accessi civici e accessi civici generalizzati. Nel medesimo anno è stato introdotto un nuovo metodo di protocollazione interna, che ha consentito di elaborare e pubblicare un registro d'accessi semestrale contenente tutte le tipologie d'accesso previste dalla legge. Tale registro è stato oggetto di continuo perfezionamento nel corso degli anni 2019-2022.

Con decreto del Presidente della Provincia del 13 gennaio 2020, n. 4 è stato emanato un regolamento sull'esercizio del diritto di accesso nonché dei diritti derivanti dagli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni delle pubbliche amministrazioni. Questo regolamento disciplina, conformemente al regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, l'esercizio dei seguenti diritti: a) l'accesso ai documenti amministrativi; b) l'accesso civico semplice; c) l'accesso civico generalizzato; d) l'accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici; e) l'accesso alle informazioni ambientali; f) l'informazione e il diritto di accesso ai dati personali.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il presente decreto è stato pubblicato sul sito istituzionale nella sezione» Amministrazione trasparente » Disposizioni generali » Atti generali.

Visto l'elevato numero di istanze di accessi indirizzate all'Azienda sanitaria, si è ritenuto opportuno:

1. nel 2021 predisporre una comunicazione sui temi: accesso documentale, accesso civico semplice e generalizzato e di portarla all'attenzione di tutti i direttori e collaboratori. Il suddetto documento contiene essenzialmente l'indicazione delle fonti legali e la gestione pratica delle varie forme di richieste di informazioni e documenti gestiti dall'azienda sanitaria;

2. nel 2022 offrire ai collaboratori dell'Azienda sanitaria un evento informativo sui temi: accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato;

3. nel 2023 offrire a tutti i collaboratori dell'Azienda sanitaria un evento informativo in presenza sui temi: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato e domande connesse alla protezione dei dati;

4. sempre nel 2023 destinare ai collaboratori dell'Azienda sanitaria un evento informativo online sui temi: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato ed esempi pratici;

5. nel 2024 destinare ai collaboratori dell'Azienda sanitaria un ulteriore evento informativo online sui temi: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato ed esempi pratici. Tale evento è stato regolarmente svolto nel 2024;

6. nel 2025 destinare ai collaboratori dell'Azienda sanitaria un evento informativo sui temi: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato e tematiche collegate.

7. nel 2026 proseguire l'iter formativo sulle tematiche *de quo.*

Nel 2023 erano programmate due verifiche degli accessi, con particolare riferimento agli accessi civici generalizzati.

Infine, durante l'anno 2023 si sono svolti:

- n. 12 controlli degli accessi civici registrati nel 2023 e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli degli accessi civici generalizzati registrati nel 2023 e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 4 controlli degli accessi ai documenti amministrativi e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti.

Nel 2024 e 2025 si sono svolti invece:

- n. 12 controlli degli accessi civici e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli degli accessi civici generalizzati e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli degli accessi ai documenti amministrativi e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti.

Nel prossimo triennio si programma di proseguire regolarmente a fare controlli degli accessi.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dati ulteriori

L’azienda ha pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente”, alla voce “Altri contenuti - Dati ulteriori” gli esiti del monitoraggio degli accessi alla sezione medesima, nonché il resoconto delle “giornate della trasparenza” e simili.

Si annota quindi che l’azienda ha pubblicato, ai fini della trasparenza, dati ulteriori rispetto a quelli per cui vige l’obbligo di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/13.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Controllo sull’implementazione delle misure (monitoraggio)

Il piano individua il seguente sistema di monitoraggio sull’implementazione delle misure di contrasto alla corruzione: in seguito alla mappatura dei processi decisionali delle aree a rischio e al conseguente rilevamento dei rischi, si è proceduto all’elencazione delle misure di prevenzione già in uso, ed all’implementazione delle medesime (per indicatori, tempistica, responsabili e modalità di verifica dell’avvenuta implementazione si rinvia al relativo allegato). Controlli attraverso l’impiego di questionari sull’efficacia ed efficienza vedi capitoli precedenti.

L’implementazione delle misure di prevenzione sottoposte a mappatura per l’anno 2024 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 capitoli precedenti.

Per l’anno 2025 è stato predisposto e condiviso con la Direzione Generale un piano di controlli specifico in ambito anticorruzione che verrà espletato dal responsabile anticorruzione.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gestione del rischio

È l'insieme delle attività coordinate dal responsabile della prevenzione della corruzione per contenere e monitorare le attività a rischio corruttivo.

Tale attività, brevemente, si sostanzia nel riconoscimento dei processi rischiosi, nella modellazione e monitoraggio dei medesimi al fine di prevenire il fenomeno corruttivo, azzerandolo (ovvero, ove non sia possibile, contenendolo il più possibile). Il principale strumento per lo svolgimento di tale attività è costituito dal presente documento triennale.

L'intero processo di gestione del rischio richiede l'attivazione di meccanismi di consultazione dei dirigenti delle aree di rispettiva competenza. Per l'attività di identificazione, analisi, ponderazione e circoscrizione dei rischi si sta, pertanto, valutando la possibilità di costituire appositi e specifici gruppi di lavoro, al fine di assicurare un confronto sinergico e, così, più efficace.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Aggiornamento

L’aggiornamento di quanto esposto viene eseguito rispettando le regole di settore ed in particolare in caso di:

a) normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;

b) normative sopravvenute che modifichino le finalità istituzionali dell’amministrazione;

c) emersione di nuovi rischi in fase di predisposizione/elaborazione del piano, o in ogni momento in cui le circostanze siano tali da renderlo necessario;

d) nuovi indirizzi o direttive impartite dall’ANAC.

Per il 2025 è prevista l’adozione di nuove schede di mappatura e valutazione dei rischi per garantire maggiore intellegibilità.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sektion 2.3 PIAO II - Modellierung von Entscheidungsprozessen und Risikoanalyse

Der Nationale Anti-Korruptionsplan 2019 - ANAC-Beschluss Nr. 1064 vom 13.11.2019 und der entsprechende methodische Anhang sehen vor, dass die Messung jedes Kriteriums durch eine Bewertung "**hoch** - **mittel** - **niedrig**" und eine angemessene Begründung im Lichte der gesammelten Daten und Nachweise erfolgt. Es wird zur Erinnerung angemerkt, dass das Korruptionsrisiko als niedrig eingestuft wird, wenn aufgrund der Gesamtsumme der Durchschnittswerte in Bezug auf Wahrscheinlichkeit und Auswirkungen des Risikos ein Gesamtwert zwischen 0 und 3 ermittelt wurde, das Risiko als mittelmäßig bewertet wird, wenn sich aus der Gesamtbewertung ein Wert zwischen 3 und 4 ergibt, und das Risiko als erhöht eingestuft wird, wenn die Gesamtbewertung mehr als 4 Punkte ausmacht. *(In Übereinstimmung mit den Leitlinien des Europäischen Parlaments zur Geschlechtsneutralität in der Sprache wird festgelegt, dass die Verwendung des Maskulinums in Bezug auf Personen und Berufe als neutral zu verstehen ist.)*

(A) - Kontrollen, Überprüfungen und Inspektionen 2

(B) - Personal 6

(C) - Öffentliche Verträge 17

(D) - Arzneimittel, Geräte und andere Technologien - Forschungsstudien 36

(E-F) - Konventionierte private Sanitätsstrukturen und Wartelisten 51

(G) - Freiberufliche Tätigkeit (FBT) 56

(H) - Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten 62

(I) - Abteilung Informatik 70

(J) - Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin 72

(K) - Betrieblicher Dienst für Sportmedizin 90

(L) - Betrieblicher Tierärztlicher Dienst 93

(M) - Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen 103

(N) - Betriebskindergarten, konventionierte Kindertagesstätte 104

(O) - Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) 108

(P) - Vermögens- und Immobilienverwaltung 110

(Q-R) - Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (S.I.A.N.) und mykologische Kontrollstelle 115

(S) - Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.) - betriebliche Sektion Umweltmedizin 125

(T) - Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.) 129

(U) - Sponsoring 140

(V) - Fuhrpark und Parkplatzverwaltung 141

(W) - Schenkungen 143

(X) - Amt für Internal Auditing 145

(Z) - Lagerverwaltung 148

(AA) - Ableben im Krankenhaus 155

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Bereich Ausgaben und Einnahmen	Abteilung Finanzen	Amt für Bilanz	Dr.in Paola Gorini

RISIKOBEREICH: **Verwaltung von Einnahmen und Ausgaben**

PROZESS / PHASE ⟶ Vorbereitung von Haushaltsakten.				**INPUT** Erfassung der Buchhaltungsdaten und der Einnahmen- und Ausgabenschätzungen			**OUTPUT** Erstellung und Genehmigung der Jahresabschlüsse☐
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG** BEGRÜNDUNG		**GEGENMAßNAHMEN** DERZEITIGE MAßNAHMEN			GEPLANTE MAßNAHMEN
Verstoß gegen die Regeln zur Erstellung des Jahresabschlusses durch Eingabe falscher Daten in den Jahresabschluss.	1. Fehlende Kontrollen 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 11. Fehlende Kommunikation zwischen den Ämtern der eigenen Verwaltung	Die Erfassung der Daten im Jahresabschluss erfolgt in Übereinstimmung mit den Buchführungsgrundsätzen und wird durch den Überwachungsrat, die Revisionsgesellschaft, die Provinz und den Rechnungshof geprüft.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Interne Kontrollen durch die Dienste selbst und durch das Internal Audit sind umgesetzt.			Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Überwachungsrat, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Autonome Provinz Bozen			
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: Ad hoc		ART DER ÜBERPRÜFUNG: Stichprobenprüfung	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Trasparenz	Anwendung der vom PAC vorgesehenen Verfahren (Implementierungspfad für die Zertifizierbarkeit des Jahresabschlusses). Veröffentlichung des Haushaltsabrechnung.		Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
				Kontrolle			100%
				Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Bereich Ausgaben und Einnahmen	Abteilung Finanzen	Amt für Buchhaltung und Abgaben	Dr.in Roberta Biasi

RISIKOBEREICH: **Verwaltung von Einnahmen und Ausgaben**

PROZESS / PHASE → Lieferantenbuchhaltung (Lieferantenarchiv, Rechnungserfassung) und Ausstellung von Zahlungsaufträgen	**INPUT** Rechnungen und Stammdaten von Lieferanten, zu leistenden Zahlungen	**OUTPUT** Rechnungserfassung und Ausstellung von Zahlungsaufträgen an Lieferanten

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Willkürliche Aufnahme neuer Lieferanten sowie bei der Definition/Anwendung von Prioritätskriterien, um bestimmte Gläubiger/Lieferanten zu begünstigen, z. B. Begünstigung von Gläubigern durch Zahlung vor der vertraglichen/gesetzlichen Frist.	1. Fehlende Kontrollen	Die Eintragung neuer Lieferanten erfolgt in der Abteilung Finanzen auf Anfrage anderer Dienststellen (Ökonomat ...). Die Fristen der Rechnungen sind in den Verträgen/Bestellungen angegeben, die Zahlung erfolgt unter Einhaltung dieser Fristen und unter Beachtung der Zahlungsverfahren.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung von Versäumnissen bei Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen durch Agentur der Einnahmen-Einzug (AdeR) und DURC. Die Finanzabteilung ist dafür zuständig, die Ordnungsmäßigkeit von Ausgabenaufträgen auch stichprobenartig zu überprüfen. Überwachung der Gebarung durch den Überwachungsrat, das Internal Audit und durch die Zertifizierungsgesell.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Überwachungsrat, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene)	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: Ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: Stichprobenprüfung	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 11. Verhaltens-kodex 2. Transparenz Trennung zwischen Mitarbeitern, die die Eingabe neuer Lieferanten anfordern und jenen, die für deren Eingabe und für die Verbuchung und Zahlung der Rechnungen zuständig sind. Regelung für Inkasso- und Zahlungsverfahren - Beschluss des G.D. Nr. 171 vom 14.10.2010. Veröffentlichung von Zahlungs-fristen; PROFIS-Portal zur Prüfung von Lieferanten-rechnungen; Plattform der kommerziellen Forderungen beim MEF.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Verwaltung von Einnahmen und Ausgaben**

PROZESS / PHASE ⟶ Überwachung, Kontrolle und Entlastung der Ökonomat- und Kassadienste.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Wirtschaftliche Vorgänge (Einnahmen und Ausgaben), Belegunterlagen (Rechnungen, Quittungen), Buchhaltungsaufzeichnungen, periodische Abrechnungen, interne Vorschriften.	Prüfung der Ordnungsmäßigkeit, Genehmigung der Abrechnungen, formelle Entlastung des Kassenverwalters, Übermittlung der Rechnungslegung an das Rechnungsprüfungsamt, Korrekturmaßnahmen im Falle von Unregelmäßigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unterschlagung von Geldern, die in den Kassen gesammelt werden, d.h. die gesammelten Gelder werden nicht auf das Konto des Sanitätsbetriebes eingezahlt.	1. Fehlende Kontrollen	Der Kassendienst ist inzwischen computerisiert/informatisch. Periodische Prüfungen und Kontrollen der Einzelabrechnungen werden gemäß den Kassenvorschriften durchgeführt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Der Leiter des wirtschaftlich-finanziellen Bereichs führt die Überprüfung der Buchhal-tung durch und genehmigt mit seiner eigenen Maßnahme den Bericht, indem er der beauftragten Person Entlastung erteilt. (Art. 20 der Regelung der Kassen- und Ökonomatdienste, die durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 2010-A000072 vom 16.03.2010 genehmigt wurde). Der Leiter des wirtschaftlich-finanziellen Bereichs ist für die Aufsicht über den Ökonomatdienst und den Kassendienst verantwortlich. Der Verantwortliche für den wirtschaftlich-finanziellen Bereich ist verpflichtet, die Ordnungsmäßigkeit der Ökonomatdienstführung/Kassenführung einschließlich der Ordnungsmäßigkeit der buchhalterischen Eintragungen regelmäßig, mindestens jährlich, zu überprüfen (Art. 9 und Art. 21 der Regelung der Kassen- und Ökonomatdienste, die durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 2010-A000072 vom 16.03.2010 genehmigt wurde). Überwachung der Gebarung durch den Überwachungsrat, das Internal Audit und durch die Zertifizierungsgesell.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Überwachungsrat	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: Ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: Stichprobenprüfung	
				WEITERE MAßNAHMEN: 11. Verhaltens-kodex 1. Weitere Kontrollen Der Betrieb zieht in der Regel die Einnahmen ein, bevor die Dienstleistung erbracht wird (Art. 3 der GD 171/2010), laut Vereinbarung der Rahmenbedingungen. Interne Kontrollen durch die Dienste selbst und durch das Internal Audit sind umgesetzt. Um eine Rechnung (oder Quittung) zu stornieren, ist es immer notwendig, eine Gutschrift in gleicher Höhe auszustellen, auf der die Begründung der Stornierung angegeben werden muss und die vom Mitarbeiter und wenn möglich, vom Kunden unterzeichnet wird (Art. 16 der Regelung der Kassen- und Ökonomatdienste, die durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 2010-A000072 vom 16.03.2010 genehmigt wurde). Der Beauftragte für den Kassendienst und sein Stellvertreter dürfen nicht zu den Ämtern gehören, die für die Kontrolle und Überwachung der Bargelddienstleistungen zuständig sind (Art. 9 und Art. 14 der Regelung der Kassen- und Ökonomatdienste, die durch den Beschluss des Generaldirektors Nr. 2010-A000072 vom 16.03.2010 genehmigt wurde).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen 3. Vorhergangene Korruptionvorfälle		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100% Regulierung — — — regelkonform	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Bereich Ausgaben und Einnahmen	Abteilung Finanzen	Amt für Fakturierung und Forderungseinbringung	Dr.in Monica Tesini

RISIKOBEREICH: **Verwaltung von Einnahmen und Ausgaben**

PROZESS / PHASE ⟶ Ausstellung von Rechnungen, Mahnungen und Verzugshinweisen.				**INPUT** Daten zu den erbrachten Leistungen, Informationen über Patienten/Schuldner sowie zu belastende Beträge.	**OUTPUT** Rechnungsstellung, Versand von Zahlungserinnerungen, Inverzugsetzung zum Forderungseinzug.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG** BEGRÜNDUNG		**GEGENMAßNAHMEN** DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unterlassung der Rechnungsstellung für erbrachte Leistungen und Veränderung der Beträge und des Zeitpunkts der Einziehung von Forderungen durch Begünstigung von Parteien, Verschiebung von Fristen oder Nichtverfolgung nicht eingezogener Forderungen.	1. Fehlende Kontrollen 11. Fehlende Kommunikation zwischen den Ämtern der eigenen Verwaltung	Die Rechnungsstellung und das Inkasso erfolgen nach einem festgeschriebenen Verfahren, das auch entsprechende Kontrollen beinhaltet.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Interne Kontrollen durch die Dienste selbst sind umgesetzt (PAC Verfahren). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Überwachungsrat, Rechnungshof , Autonome Provinz Bozen HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle / / / 100%	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalverwaltung	Amt für Anstellungen	Dr.in Jutta Hueber

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE → Anwerbung: Verfahren zur befristeten Aufnahme von Personal (provisorische Aufträge und Ersatz).	**INPUT**	**OUTPUT**
	Identifizierung des Personalbedarfs.	Tatsächliche Einstellung des Arbeitnehmers.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ad hoc Zusammensetzung der Prüfungskommission, um gewisse Kandidaten zu bevorzugen.	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Zusammensetzung der Kommission ist an ein gewisses Ausgewogenheitsverhältnis von Geschlecht und Sprachgruppe sowie von Einstufung und Kompetenz gebunden. Außerdem wird das Prinzip der Rotation der Mitglieder der Kommission befolgt. Schließlich wird das Nichtvorliegen von Nichterteilbarkeitsgründen und Unvereinbarkeiten stets überprüft und dokumentiert.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Es wird stets überprüft und dokumentiert, dass keine Situation vorherrscht, die die Erteilung des Auftrags verhindert oder eine Unvereinbarkeit vorliegt. Das Schreiben für die Ernennung der Kommission ist durch eine Erklärung zu ergänzen, in der die Bestimmungen der Regelung der öffentlichen Wettbewerbe angeführt werden. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 5. Erklärungen Die Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen ist de facto so (nach Titeln, Fachgebiet, externe Mitglieder). Erklärung der Mitglieder der Prüfungskommissionen betreffend das Nichtbestehen von Interessenskonflikten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 5. Zusammenarbeit des Verantwortlichen (ABK)			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Ethik und Verhalten			ja

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Werkverträge				**INPUT**	**OUTPUT**
				Anfrage zur Zusammenarbeit.	Beginn der Zusammenarbeit oder des Projekts.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Auswahl des Freiberuflers aufgrund des persönlichen Vertrauens – Vertrag "intuitu personae"	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Auswahl des Freiberuflers wird von einer dreiköpfigen Kommission auf der Grundlage der Überprüfung der Titel getroffen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Vom Antragsteller auszufüllendes Formular; er muss seine Wahl begründen. ☐ RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Für die Werkverträge werden jährlich öffentliche Verfahren durchgeführt, welche auf der Website des Sanitätsbetriebes gemäß den geltenden Bestimmungen veröffentlicht werden. Veröffentlichung der öffentlichen Kundmachung auf der institutionellen Webseite und der Beauftragung in PERLA.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren des Personals – Bewertung mündliche und schriftliche Prüfung.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Schriftliche Arbeiten, mündliche Prüfungen, Bewertungs-kriterien.	Punktzahlen, Rangliste, Protokolle.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Kriterien für die Bewertung der Kandidaten, die nicht vorher festgelegt, allgemein oder ungenau sind und während der Auswahl zugunsten eines Kandidaten geändert werden können.	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Bewertungskriterien werden von der Kommission vor Beginn der Prüfung festgelegt und im Prüfungsprotokoll festgehalten. Die schriftlichen Prüfungen werden anonym durchgeführt, die mündlichen Prüfungen werden vom Kandidaten nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Unterstützung der Kommission durch eine der Sekretärin/Sekretär, die/der die Regeln der Auswahlvrfahren kennt und die Kommission begleitet. Die Fragen werden gezogen; die Fragen sind unterschiedlich; es muss eine Frage mehr geben als es Kandidaten gibt;	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform
Transparenz			regelkonform
Interessenkonflikt			ja

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalverwaltung	Amt für Wettbewerbe	Dr. Giuseppe Scalzini

RISIKOBEREICH: Aufnahme und Vorrückung des Personals

PROZESS / PHASE →	Anwerbung: Verfahren zur unbefristeten Aufnahme von Personal (öffentlicher Wettbewerb nach Titeln und Prüfungen).	INPUT	OUTPUT
		Identifizierung des Personalbedarfs.	Tatsächliche Einstellung des Mitarbeiter.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Irreguläre Zusammensetzung der Wettbewerbskommission. Verletzung der Verfahrensregelungen zur Sicherstellung von Transparenz und Unparteilichkeit des Auswahlverfahrens.	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Zusammensetzung der Kommission ist an ein gewisses Ausgewogenheitsverhältnis von Geschlecht und Sprachgruppe sowie von Einstufung und Kompetenz gebunden. Außerdem wird das Prinzip der Rotation der Mitglieder der Kommission befolgt. Schließlich wird das Nichtvorliegen von Nichterteilbarkeitsgründen und Unvereinbarkeiten stets überprüft und dokumentiert.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Nichterteilbarkeitsgründen und Unvereinbarkeiten stets überprüft und dokumentiert. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 5. Erklärungen 2. Transparenz 12. Sonstiges Die Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen ist de facto so (nach Titeln, Fachgebiet, externe Mitglieder); Das Amt für Wettbewerbe garantiert eine kontinuierliche Rotation der Mitglieder der Kommissionen für die Wettbewerbe der einzelnen Berufsprofile. Die Kommission kann die Prüfungsfragen am Tag der Prüfung vorbereiten. Die Korrektur der schriftlichen Prüfung erfolgt unter Beachtung der Anonymität (die Schriftstücke dürfen keine Erkennungszeichen bergen/beinhalten); dadurch wird das Risiko erheblich verringert.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 5. Zusammenarbeit des Verantwortlichen (ABK)			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Rotation			50%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalverwaltung	Amt für die rechtliche Verwaltung des Personals	Dr. Alberto Zendrini

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Außerinstitutionelle Tätigkeiten.				**INPUT**			**OUTPUT**	
				Schriftliche Arbeiten, mündliche Prüfungen, Bewertungskriterien.			Punktzahlen, Rangliste, Protokolle.	
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**				
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN			GEPLANTE MAßNAHMEN	
Interessenkonflikt	15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Bei der Genehmigung von Nebentätigkeiten besteht ein Verbot der Ausübung von Arbeitstätigkeiten, die zu Interessenkonflikten führen können, z. B. lukrative Tätigkeiten zugunsten privater Unternehmen, die Geschäftsbeziehungen zum Arbeitgeber unterhalten.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Durchführung von Tätigkeiten außerhalb der Arbeitszeit wird stichprobenartig auf statistischer Basis kontrolliert.			Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.	
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses, Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung				
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc		ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig		
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen	Der Antragsteller muss die Identität des Auftraggebers, die Art der Tätigkeit, den vereinbarten Betrag sowie die Art und den Zeitpunkt der Tätigkeit angeben. Auswahlverfahren mittels Bewertung der CV und vorherige Angabe der Kriterien		Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.	
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 5. Zusammenarbeit des Verantwortlichen (ABK)		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR	
				Kontrolle			bis 25%	
				Regulierung			regelkonform	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalentwicklung	Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Dr. Fabio Zadra

RISIKOBEREICH: Aufnahme und Vorrückung des Personals

PROZESS / PHASE →	Erteilung von Führungsaufträgen (Verwaltungsbereiche, technischer und berufsbezogener Bereich).	INPUT: Organisatorischer Bedarf an der Besetzung von Führungspositionen in den administrativen, technischen und fachlichen Bereichen.	OUTPUT: Formelle Zuweisung von Führungsaufgaben an geeignetes Personal.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Gezielte Zusammensetzung der Bewertungskommission, um gewisse Kandidaten zu begünstigen, Vorgabe von "personalisierten" Zugangsvoraus-setzungen.	15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Zusammensetzung der Kommission richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Sie ist auch an ein gewisses Ausgewogenheitsverhältnis von Geschlecht und Sprachgruppe gebunden. Ähnliche Bestimmungen gibt es für die Zugangsvoraussetzungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 2. Transparenz Erklärung der Mitglieder der Prüfungskommissionen betreffend das Nichtbestehen von Interessenskonflikten. Die Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen ist de facto so (nach Titeln, Fachgebiet, externe Mitglieder). Veröffentlichung auf der Webseite des Betriebes.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Verfahren zur Erteilung von Führungsaufträgen (ärztlicher Bereich).				**INPUT**	**OUTPUT**
				Erfordernis der Besetzung von Führungspositionen im medizinischen Bereich im Einklang mit der Gesundheitsplanung.	Ernennung von leitenden Ärzten in verantwortungsvolle Positionen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Gezielte Zusammensetzung der Bewertungskommission, um gewisse Kandidaten zu begünstigen, Vorgabe von "personalisierten" Zugangsvoraus-setzungen.	15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Zusammensetzung der Kommission richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Sie ist auch an ein gewisses Ausgewogenheitsverhältnis von Geschlecht und Sprachgruppe gebunden. Ähnliche Bestimmungen gibt es für die Zugangsvoraussetzungen. Was die Auswahlverfahren für die Leiter komplexer Strukturen anbelangt, so werden die Mitglieder der Kommission aus der nationalen Liste, in der die Direktoren der italienischen Sprachgruppe aus ganz Italien enthalten sind, ausgelost, sowie aus der Provinzliste, in der die Direktoren der deutschen und ladinischen Sprachgruppe sowie Führungskräfte aus dem deutschsprachigen Ausland von vertragsgebundenen Einrichtungen, wie es die nationale und Landesgesetzgebung vorschreibt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 2. Transparenz Erklärung der Mitglieder der Prüfungskommissionen betreffend das Nichtbestehen von Interessenskonflikten. Die Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen ist de facto so (nach Titeln, Fachgebiet, externe Mitglieder). Veröffentlichung auf der Webseite des Betriebes.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — 100% Transparenz — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Erteilung von Koordinationsaufträgen				**INPUT** Ermittlung von Funktionen, die innerhalb der operativen Strukturen Koordinationsverantwortung erfordern.	**OUTPUT** Zuweisung von Koordinationsaufgaben an Personal mit den vorgesehenen Voraussetzungen.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Vorgabe von "personalisierten" beruflichen Voraussetzungen und Fähigkeiten.	15. Interessenkonflikt	Die Anforderungen sind in den geltenden Kollektivverträgen vorgesehen. Im Bereich der Pflegedienstleitung wurde ein spezielles betriebliches Verfahren zur Schaffung, Abwägung und Zuordnung von Koordinationsstellen sowie zur Ernennung und Beurteilung von Koordinatoren genehmigt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 12. Sonstiges: Bei den Auswahlkommissionen für Koordinierungsaufträge, die in die Zuständigkeit des Amtes fallen, wird die Unparteilichkeit durch Erklärungen gewährleistet, dass kein Interessenkonflikt vorliegt, während bei den Verfahren, die von der Pflegedienstleitung verwaltet werden, die Rotation der Mitglieder und das Fehlen von Gründen für die Unvereinbarkeit stichprobenartig kontrolliert werden	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	

RISIKOBEREICH: **Aufnahme und Vorrückung des Personals**

PROZESS / PHASE ⟶ Erteilung von Aufträgen zur Führung einer Organisationsposition.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Festlegung von organisatorischen Positionen und Erfordernis, deren funktionale Steuerung sicherzustellen.	Übertragung von Leitungsaufgaben organisatorischer Positionen an ausgewähltes Personal.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Gezielte Zusammensetzung; Vorgabe von "personalisierten" beruflichen Voraussetzungen und Fähigkeiten zur Eignung.	15. Interessenkonflikt 13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal	Die Voraussetzungen sowie die Zusammensetzung der Kommission sind im Kollektivvertrag geregelt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 2. Transparenz Erklärung der Mitglieder der Prüfungskommissionen betreffend das Nichtbestehen von Interessenskonflikten. Die Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen ist de facto so (nach Titeln, Fachgebiet, externe Mitglieder). Es wird eine Überwachung der Rotation der Mitglieder der Prüfungskommissionen eingeführt. Veröffentlichung auf der Webseite des Betriebes.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — 100% Transparenz — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Prämien**

PROZESS / PHASE ⟶ Prämien und wirtschaftliche Anerkennung.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Bewertung der vom Personal erzielten Ergebnisse im Hinblick auf die zugewiesenen Ziele und die Gewerkschaftsvereinbarungen.	Auszahlung von Leistungsprämien an das Personal des Bereichs und an Führungskräfte.“

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Akritische und ungerechte Prämienverteilung.	13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal	Eine spezielle Vereinbarung mit den Gewerkschaften, ist für die Produktivität der Mitarbeiter des Bereiches vorgesehen. Bei Führungspersonal wird die Produktivität nach der Bewertung der Erreichung der Ziele der individuellen festgelegten Zielvereinbarungen bezahlt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Festlegung von Kriterien für die Verteilung der Produktivitätsprämie auf das Personal des Bereiches. Insbesondere die Durchführung von Bewertungen der individuellen Leistung der Mitarbeiter auf der Grundlage von Zielen, die ihnen zuvor von den Führungskräften zugewiesen wurden, in Anlehnung an das, was mit Führungskräften geschieht.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform
Kontrolle			bis 25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalentwicklung	Amt für Aus- und Weiterbildung	Dr.in Manuela Gotto

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Aufträgen und Ernennungen.**

PROZESS / PHASE ⟶ Vergabe von externen Aufträgen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Ermittlung von Bedarfen, die mit internen Ressourcen nicht gedeckt werden können.	Beauftragung qualifizierter externer Fachkräfte.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Auswahl der Referenten ohne objektive Kriterien. Günstlingswirtschaft oder Klientelismus (Auswahl von Referenten, aufgrund persönlicher oder politischer Bekanntschaften). Interessenkonflikt (Referenten mit Verbindungen zur Führungskraft oder zur Verwaltung). Ungerechtfertigter Ausschluss von besseren Referenten. Verschwendung öffentlicher Gelder. Bevorzugung bestimmter Lieferanten. Bevorzugung von Lieferanten die den Entscheidungsträgern nahe stehen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz	Die Auswahl der Schulungsorte erfolgt auf der Grundlage von mehreren Vergleichsangeboten, um Wettbewerb und Transparenz zu gewährleisten. Außerdem ist eine Ausschreibung für die mehrjährige Beauftragung der Dienstleistung in Vorbereitung, die die Standardisierung und Unparteilichkeit des Prozesses weiter stärken wird. Auswahl der Referenten: Die Namen werden vom Veranstalter vorgeschlagen, unterliegen jedoch der Überprüfung durch das Amt für Weiterbildung, das sicherstellt, dass sie den erforderlichen fachlichen Anforderungen entsprechen. Vorgesehen ist auch eine Rotation der Referenten für die gleiche Weiterbildung, um Phänomene der Konsolidierung privilegierter Beziehungen zu verhindern. Festlegung der Vergütung: Die angewandten Vergütungssätze sind von Landesbestimmungen vorgegeben, wodurch der Ermessensspielraum bei der wirtschaftlichen Festlegung der Aufträge sehr eingeschränkt ist. Vermeidung von Interessenkonflikten: Die Erklärung, dass kein Interessenkonflikt vorliegt, durch alle Referenten ist obligatorisch, um die Unparteilichkeit des Verwaltungshandelns zu gewährleisten. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 6. Umsetzung von Maßnahmen	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle des Besitzes der erklärten Anforderungen KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Begründungspflicht. Anwesenheit von mehr als einer für die Untersuchung verantwortlichen Person, unbeschadet der Verantwortung des RUP (einzigen Verfahrensverantwortlichen). Veröffentlichung in PERLA PA und auf der institutionellen Website.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Verträge	Abteilungen: Einkäufe, Technik und Vermögen und Medizintechnik	-	Dr. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Programmierung: Festlegung des Bedarfes.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Bedarfserhebung	Festlegung des Ankaufplanes

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Über- oder Untertreibung des Bedarfs. Definition eines Bedarfs, der nicht den Kriterien von Dimensionierung, Effizienz, Effektivität und Sparsamkeit entspricht, sondern dem Wunsch, Partikularinteressen zu bedienen. Künstliche Fraktionierung (eher relevant für Lieferungen).	4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion	Mögliche Verschiebung der Programmierung und begründete Anpassungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz 10. Fortbildung Die formelle Verabschiedung (Betriebssbeschluss) der Dreijahresplanung ab Ende 2024. Koordinierung der Verantwortlichen, die die Quantität der Ankäufe von Dienstleistungen und Lieferungen schätzen, sodass kein Risiko entsteht Vertragsverlängerungen, Vertragserneuerungen oder dringende Vergaben bzgl. programmierbarer Erfordernissen zu machen. Verpflichtung zur Veröffentlichung der Dreijahresplanung auf dem Vergabeportal der Provinz. (www.bandi-altoadige.it) Laufende Schulung der EPVs/RUPs.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 3. Vorhergangene Korruptionvorfälle		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz — — — regelkonform Fortbildung — — — 50%	

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Planung: Definition des Vertragsgegenstandes.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Bedarfsermittlung	Detaillierte Definition des Auftragsgegenstands

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Übermäßige und vorgeschobene Einschränkung des Wettbewerbs bis zur Nichtaustauschbarkeit des Gegenstands.	2. Mangel an Transparenz 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	In vielen Fällen der Einzigartigkeit der Produkte/Dienstleistungen Abhängigkeit von den Antragstellern - unterschiedliche Details der jeweiligen Begründung (nicht immer einfach, die klinischen/technischen Begründungen zu überprüfen); jedoch weit verbreitete Nutzung der vorherigen Marktabfrage und Nutzung der Markterhebungen auf dem Portal. Das LG 16/2015 Art. 26 ermöglicht die Direktvergabe von Leistungen und Lieferungen im Wert von weniger als 140.000 Euro und von Arbeiten im Wert von weniger als 150.000 Euro, auch ohne Konsultation von mehreren Wirtschaftsteilnehmern. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrolle: Gegenüberstellung oder Sitzung zwischen den Akteuren der antragstellenden Struktur und der Ankaufstelle des Betriebs, wenn vorgesehen, je nach Komplexität des Arguments kann eine Sitzungsniederschrift oder Marktanalyse vorgesehen sein. Verwendung der Interessenbekundung/Marktkonsultation, wo angemessen, zur Überprüfung der Einzigartigkeit. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: nicht anwendbar WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Begründungspflicht in der Vertragsentscheidung über 5.000 € (ohne MwSt.) Bei Beteiligung von Abteilungen: Begründungspflicht bei Einzelangeboten für Direktvergaben von Leistungen, Lieferungen oder Beratungsaufträgen im Rahmen von Gesundheitsforschungsprojekten. Definierung von gemeinsamen Tätigkeiten, Vertiefung von gemeinsamen Themen der verschiedenen Ankaufssektoren mittels gemeinsamer u. periodischer Sitzungen Mögliche Durchführung von Marktbefragungen und Nutzung von vorherigen Markterhebungen. Verpflichtung zur Veröffentlichung der dreijährlichen Programmierung auf dem Vergabeportal der Provinz (www.bandi-altoadige.it). Veröffentlichung von Entscheidungen zum Vertragsabschluss www.sabes.it und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Planung: Festlegung des Instruments/Instituts für die Vergabe				**INPUT**	**OUTPUT**
				Überprüfung der verfügbaren Optionen für die Vergabe	Auswahl des für die Beauftragung am besten geeigneten Instruments/Instituts

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Nutzung des Verhandlungsverfahrens und Umgehung der vom Gesetz vorgesehenen Fälle für die Direktvergabe, um ein gewisses Unternehmen zu begünstigen. Konditionierung der Vergabe unter dem Vorwand der Einmaligkeit der Produkte/Leistungen und Vorschlag auf Ankauf vom Alleinvertrieb.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 15. Interessenkonflikt	Klare Bestimmungen in der Betriebsordnung für Verträge unterhalb der Schwellenwerte und Anwendung der Bestimmungen des Kodex und des Landesgesetzes für Verträge oberhalb der Schwellenwerte.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft. Für die telematischen Verfahren: Verwaltung in telematischer Form der Vergabeverfahren (mittels telematischen Systemen Informationssystem Öffentlicher Verträge der Autonomen Provinz Bozen (ISOV)/ www.acquistinretepa.it). Untersagung/Verbot der telematischen Einsichtnahme der Angebotssteller vor dem Verfallstermin für die Vorlage der Angebote. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene) HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Überprüfung bestehender Konvention AOV-ACP/CONSIP und MEPAB Kategorien. Veröffentlichung von Entscheidung zur Verhandlung /Beschluss auf www.sabes.it und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

9. Interne Kontrollen

4. Undurchsichtigkeit

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE → Planung: Teilnahmevoraussetzungen				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identifizierung der erforderlichen Eigenschaften der Teilnehmer	Festlegung der Qualifikationsanforderungen für die Vergabe

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Definition der Teilnahmevoraussetzungen, insbesondere, der technischen, wirtschaftlichen Voraussetzungen der Mitbewerber, um ein Unternehmen zu begünstigen.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Auswahl aus dem telematischen Verzeichnis des Landesvergabeportals, das die Grundqualifikation und Zuverlässigkeit gewährleistet; Angabe in der Programmierung und/oder Durchführung von Marktbefragung und/oder Vorberatungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen Beachtung, dass die geforderten Anforderungen eine möglichst hohe Teilnahme ermöglichen. Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: nicht anwendbar WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz 1. Weitere Kontrollen Umfassende Konsultation des elektronischen Verzeichnisses der qualifizierten Wirtschaftsteilnehmer im ISOV (Informationssystem Öffentlicher Verträge der Autonomen Provinz Bozen). Veröffentlichung von Entscheidungen zum Vertragsabschluss. Veröffentlichung der Vergabebekanntmachung, falls vorgesehen. Auswahl der Wirtschaftsteilnehmer aus dem Verzeichnis im Vergabeportal der Provinz Bozen geregelt durch Art. 27, Abs. 5 LG Nr. 16/15 Verabschiedung der Integritätsvereinbarungen gemäß Art. 83-bis des Gesetzes Nr. 159/2011 entsprechenden Hinweis in den Ausschreibungsunterlagen mit der Verpflichtung der Lieferanten, diese einzuhalten	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz — regelkonform	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Verträge	Technik und Vermögen	-	Ing. Arnold Karl Kaiser

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Planung: Erstellung eines Zeitplanes				INPUT	OUTPUT
				Zeitplan	Zeitplan

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Mangelhafte Zeitplanung für die Ausführung der Leistung, die es der Firma erlaubt nicht fest an eine präzise Umsetzung gebunden zu sein und somit könnten Bedienungen geschaffen werden, die es dem Leistungserbringer ermöglichen würden, eine zusätzliche Bezahlung zu beantragen.	15. Interessenkonflikt	Zusätzlicher begünstigender Faktor: Strategische Bedürfnisse, die den normalen Zeitbedarf nicht berücksichtigen. Kontinuierliche Entwicklungen in der Betriebsorganisation und die damit verbundenen Bedürfnisse im Gesundheitswesen. Bereitstellung in den Ausschreibungsunterlagen des Zeitplans der Verwaltung und Überwachung seitens des Verantwortlichen der Ausführungsphase.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Durch den BL - fristgerecht - KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: Der Zeitplan muss Phasen, Zeiträume, eingesetzte Ressourcen und Überprüfungsmodalitäten enthalten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Verträge	Abteilungen: Einkäufe, Technik und Vermögen und Medizintechnik	-	Dr. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Zuschlagskriterien				INPUT	OUTPUT
				Festlegung der Prioritäten und Ziele des Projekts	Festlegung der Vergabekriterien für die Auswahl des Empfängers

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Nutzung des Verhandlungsverfahrens und Umgehung der vom Gesetz vorgesehenen Fälle für die Direktvergabe, um ein gewisses Unternehmen zu begünstigen. Verzerrung der Vergabe mit dem Kriterium des wirtschaftlich günstigsten Angebotes zur Begünstigung einer Firma, unter Angabe der Einzigartigkeit der Produkte/Dienstleistungen und Angebot des Exklusivankaufs.	15. Interessenkonflikt 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Kriterien des wirtschaftlich günstigsten Angebotes teilweise abhängig von den Antragstellern - unterschiedliche Angaben zur relativen Identifikation und Spezifikation (nicht immer einfach, die klinischen und technischen Gründe zu überprüfen); jedoch Gleichwertigkeit der Kriterien in den Landesregelungen (Art. 33 LG Nr. 16/15).	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen Beachtung, dass die geforderten Anforderungen eine möglichst hohe Teilnahme ermöglichen. Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: nicht anwendbar WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Zweckmäßige Bewertung des anzuwendenden Kriteriums auch in Hinblick auf die Komplexität der Leistung. Klare Begründung. Rechtzeitige Ausarbeitung der Kriterien durch die technische Ansprechperson, sofern ernannt. Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft und/oder EPV-RUP. Veröffentlichung von Entscheidungen zum Vertragsabschluss auf www.sabes.it und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Überprüfung der Angebote				**INPUT**	**OUTPUT**
				Empfang der Angebote durch die Teilnehmer	Prüfung und Bewertung der Angebote zur Feststellung der Konformität mit den Anforderungen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Falsche Anwendung des Kriteriums des wirtschaftlich günstigsten Angebotes, um eine Firma zu bevorzugen. Nicht begründete Anwendung des Kriteriums des niedrigsten Preisangebots.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Pluralität und Trennung der beteiligten Subjekte mit eingeschränktem Handlungsspielraum: technischer Referent, der die Kriterien aufstellt, RUP (EPV), der ihre Relevanz prüft, technisches Komitee, das sie anwendet und damit einen stark eingeschränkten Ermessensspielraum ausübt/hat (LG 16/15 Art. 34).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Prüfung der Einhaltung der in den Ausschreibungsunterlagen aufgelisteten Kriterien, welche die Kommissionsmitglieder bei der Punktevergabe für das jeweilige Angebot einhalten müssen. Ex ante Kontrollen Einholung Eigenerklärungen der Kommissionsmitglieder für Arbeiten, Lieferungen, Dienstleistungen bzgl. Unvereinbarkeit und Vorstrafen wegen Straftanten gegen die öffentliche Verwaltung Ex post Kontrollen Kontrolle Strafauszug für die Kommissionsmitglieder der Bewertungskommission KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Auswahl der Mitglieder der Kommission gemäß den geltenden Vorschriften unter Berücksichtigung der erforderlichen Fachkenntnisse. Verpflichtung zur Auswahl von Kommissionsmitgliedern aus der Liste der Kommissionsmitglieder im ISOV (Informationssystem Öffentlicher Verträge der Autonomen Provinz Bozen). Veröffentlichung der Auflistung der Niederschriften der Wettbewerbskommissionen und der Lebensläufe der Kommissionmitglieder auf www.sabes.it bzw. auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz / / / regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Überprüfung, ob es sich um unangemessene Angebote handelt.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Prüfung der eingegangenen Angebote	Identifizierung und Überprüfung etwaiger ungewöhnlicher Angebote/Anomalien

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Nichteinhaltung der Kriterien für die Überprüfung der übertrieben niedrigen Angebote auch in verfahrenstechnischer Hinsicht, um ein Unternehmen zu begünstigen.	5. Machtmonopol 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Anwendung der Landesrichtlinie zur Prüfung von Unregelmäßigkeiten bei Angeboten (Beschluss des Landesregierung Nr. 1099/2018).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: ex-post Prüfung durch Internal Auditing	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene)	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen Anwendung der Richtlinien der Provinz (ex Art. 30 L.G. Nr. 16/15). Bewertung von Seiten des EPV-RUP und im Falle der Notwendigkeit von Fachleuchten.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Verhandlungsverfahren.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Feststellung der Notwendigkeit eines Verhandlungsverfahrens	Beginn und Abschluss des Verhandlungsverfahrens mit den interessierten Subjekten

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Anwendung des Verhandlungsverfahrens außerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fälle, um ein Unternehmen zu begünstigen; bedingte Wirksamkeit der Vergabe unter dem Vorwand der Einmaligkeit der Produkte/Leistungen und Vorschlag auf Ankauf vom Alleinvertreiber.	2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 11. Fehlende Kommunikation zwischen den Ämtern der eigenen Verwaltung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Eingeschränkte Nutzung von Verhandlungsverfahren laut Vorschriften.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrolle: Auswahl der einzuladenden Firmen mittels Marktanalysen oder mittels telematischen Verzeichnisses des Portals des Landes ISOV oder MEPA/MEPAB. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Ausdrückliche Begründungspflicht bei Exklusivität Erfordernis einer ausdrücklichen und detaillierten schriftlichen Begründung durch den technischen Ansprechpartner/Abteilung oder gegebenenfalls durch die anfordernde Partei. Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft und / oder des EPV-RUP. Aufnahme in die Programmierung oder Ex-ante-Veröffentlichung der Bekanntmachung im Amtsblatt der EU (wenn es vom AOV/ACP aktiviert wird). Veröffentlichung der Entscheidungen zum Vertragsabschluss. Veröffentlichung auf dem telematischen Portal in Modalität „für alle sichtbar" mit Angabe der Anzahl der eingeladenen Wirtschaftsteilnehmer. Laufende Veröffentlichung der Ergebnisse. Veröffentlichung der Bekannt machung der Absicht, den Auftrag mittels Verhandlungsverfahren abzuschließen (ex ante) ohne vorherige Veröffentlichung einer Bekannt-machung mit einem Wert oberhalb der EU-Schwelle.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Direktvergabe				**INPUT**	**OUTPUT**
				Feststellung der Notwendigkeit einer direkten Beauftragung	Direktvergabe an den ausgewählten Lieferanten/das ausgewählte Unternehmen ohne Ausschreibungsverfahren

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Umgehung der Direktvergabe außerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fälle, um ein Unternehmen zu begünstigen und ohne Begründung. Konditionierung der Vergabe unter dem Vorwand der Einmaligkeit der Produkte/Leistungen und Vorschlag auf Ankauf vom Alleinvertreiber.	2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Komplexe Verwaltung der Vereinheitlichung aller Produktkategorien und der zugehörigen Stammdaten auf Betriebsebene, auch unter Berücksichtigung der ständigen Technologie- und Marktentwicklung.	HOCHES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Anwendung der in der Betriebsordnung festgelegten Regeln für Käufe unterhalb der Schwellenwerte. Stichprobenartige interne Kontrollen	Die bestehende Maßnahmen <u>SIND WIRKSAM</u> daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene)	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht in der Vertragsentscheidung Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft. Bei Verfahren, deren Konsultations-/Untersuchungsphase außerhalb des Portals begonnen hat, wird die Rückverfolgbarkeit der versandten Angebotsanfragen und deren Empfang unter Einhaltung der Gleichbehandlung gewährleistet. Veröffentlichung der Entscheidung zum Vertragsabschluss/Beschluss und Zuschlag auf www.sabes.it und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it Rechtzeitige Bekanntgabe des Ergebnisses.	Der interne/externe Kontext <u>SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN</u> daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Verträge	Abteilungen: Einkäufe, Technik und Vermögen	-	Dr. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahlverfahren: Direktvergabe

INPUT: Feststellung des Bedarfs eine Direktvergabe einzuleiten

OUTPUT: Direktvergabe an den ausgewählten Lieferanten/das ausgewählte Unternehmen ohne Ausschreibungsverfahren

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG
Betrauung mit Aufträgen für Mitarbeit und Beratung mit mangelnder Begründung, um einen gewissen Wirtschaftsteilnehmer zu begünstigen. Risiko einer wiederholten Beauftragung auf Antrag der wissenschaftlichen Leiter von Gesundheits-forschungsprojekten	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Auswahl aufgrund subjektiver Merkmale (z. B. Lebenslauf) nicht immer objektiv quantifizierbar. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	HOCHES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Anwendung der in der Betriebsordnung festgelegten Regeln für Käufe unterhalb der Schwellenwerte. Stichprobenartige interne Kontrollen	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene)	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht in der Vertragsentscheidung Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft. Bei Verfahren, deren Konsultations-/Untersuchungsphase außerhalb des Portals begonnen hat, wird die Rückverfolgbarkeit der versandten Angebotsanfragen und deren Empfang unter Einhaltung der Gleichbehandlung gewährleistet. Veröffentlichung der Entscheidung zum Vertragsabschluss/Beschluss und Zuschlag auf www.sabes.it und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it Rechtzeitige Bekanntgabe des Ergebnisses.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Verträge	Abteilungen: Einkäufe, Technik und Vermögen und Medizintechnik	-	Dr. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE → Zuschlagserteilung: Widerruf / Annullierung der Ausschreibungs-bekanntmachung / Ausschreibung	**INPUT**	**OUTPUT**
	Entscheidung über die Annullierung oder den Widerruf einer Ausschreibung od Bekanntnmachung	Erlass der formellen Maßnahme zur Aufhebung oder Annullierung

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Beschlussfassung eines Widerrufes/Annullierung der Ausschreibungs-bekanntmachung / Ausschreibung zwecks Löschung der Ausschreibung um den Zuschlag an ein anderes als das erwartete Unternehmen zu vermeiden oder um die Prämissen für eine Entschädigung für den Zuschlagsempfänger zu gewährleisten. Nutzung der Annullierung und des Widerrufes in Missachtung der Vorschriften gemäß der Artikel 21 quinquies und 21 nonies des Gesetzes Nr. 241/1990, um den Zuschlag zu Gunsten eines gewissen Teilnehmers zu vermeiden oder um die Voraussetzungen zu schaffen, dem Zuschlagempfänger eine Entschädigung bereitzustellen.	1. Fehlende Kontrollen	Möglichkeit für Wirtschaftsteilnehmer, gegen die zum Selbstschutz ergriffenen Maßnahmen Einspruch zu erheben; Diversifizierung der Subjekte, die für die Ergreifung von Maßnahmen zum Selbstschutz zuständig sind, durch Entscheidungen der Bezirksdirektionen oder Beschlüsse der Betriebsdirektion.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verabschiedung durch Entscheidungen/ Beschlüsse der Direktion der Gesundheitsbezirke / Generaldirektion für Aufträge oberhalb der Schwellenwerte. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 6. Avokation 2. Transparenz Anwendung des Widerrufs vorbehaltlich einer genauen Untersuchung des EPV-RUP; Evtl. Einholung eines Gutachtens des Rechtsamtes. Veröffentlichung des Widerrufs im Falle eines Verfahrens mit Veröffentlichung. Veröffentlichung von Entscheidung /Beschluss auf www.sabes.it, und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE → Vertragsausführung: Änderung/Varianten im Laufe der Vertrags-ausführung, die verschieden zu den Vertrags-optionen sind.				**INPUT** Identifizierung unerwarteter Änderungen, die eine Vertragsänderung erfordern	**OUTPUT** Umsetzung der Vertragsänderung und Aktualisierung der Vertragsbedingungen
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG** BEGRÜNDUNG		**GEGENMAßNAHMEN** DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Zulassung von Änderungen/Varianten im Zuge der Vertragsausführung, die verschieden zu den vertraglich vorgesehenen Optionen sind, um der Zuschlagsfirma die Einbringung des im Zuge der Ausschreibung gewährten Rabatts/Abschlages oder zusätzliche Verdienste zu ermöglichen (bei Bauaufträgen), oder um die Fortsetzung eines bereits bestehenden Vertrags zu gestatten (bei Dienstleistungen und Lieferungen).	15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Laufende Änderungen in der Betriebsorganisation und damit verbundene Bedürfnisse im Gesundheitswesen Zum Beispiel hat die Ausbreitung der Covid-19 Pandemie den Bedarf an Vertragsänderungen auch über die vertraglichen Anforderungen hinaus deutlich erhöht.	HOCHES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Für Vergaben über EU-Schwelle Beschlüsse/Entscheidungen der Direktion der Gesundheitsbezirke/Generaldirektion (wenn nicht schon vorgesehen/angegeben in der jeweiligen Zuschlagsentscheidung). Die Varianten unterliegen einem verschärften Verfahren, das eine ausdrückliche Begründung vorsieht.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 6. Avokation 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Anwendung von Varianten und Änderungen vorbehaltlich einer genauen und angemessenen Untersuchung/Prüfung vonseiten des EPV-RUP, BL (Bauleiters) und/oder DEC (Direktor der Ausführung des Vertrages). Überprüfung seitens der zuständigen Führungskraft Anwendung des Art. 120 des Kodexes der Verträge unter Beachtung der einschlägigen Rechtsprechung auf Grundlage der technischen Begründungen (Begründung vom EPV-RUP, des Direktors bzgl. der Erklärungen vom Wirtschaftsteilnehmer), die die Varianten genehmigen. Formblatt /PCP In den vorgesehenen Fällen Mitteilung an die ANAC. In den vorgesehenen Fällen Veröffentlichung im Amtsblatt der EU. Veröffentlichung von Entscheidung /Beschluss auf www.sabes.it, und/oder auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE → Vertragsausführung: Weitervergabe				**INPUT**	**OUTPUT**
				Feststellung der Notwendigkeit der Vergabe von Unteraufträgen/Weitervegaben	Genehmigung und Formalisierung der Untervergabe/Weitervergabe

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Mangelnde Kontrolle durch den öffentlichen Auftraggeber bei der Ausführung der Quote/des Anteils, die/den die Zuschlagsfirma direkt ausführen sollte und die stattdessen aufgeschlüsselt und durch Verträge übertragen wird, die nicht als Unteraufträge, sondern als Lieferungen qualifiziert sind. Nichteinhaltung der Anforderungen der Artikel. 94-100 des Kodex für öffentliche Ausschreibungen/Weitervergabe - an den Unterauftragnehmer. Bei Nichtvorhandensein der Voraussetzungen wird kein Ersatz angefordert.	1. Fehlende Kontrollen 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Schwierigkeiten bei der Überwachung/Identifizierung von Unteraufträgen während der Ausführung für den BL oder DEC	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung der Voraussetzungen des Subunternehmers Aktivierung der ex-ante-Kontrollen vor der Genehmigung der Untervergabe (Für Arbeiten Vorabkontrolle des BL) Bereich Bauaufträge: Überprüfung der weitervergebenen Leistungen gemäß den Bestimmungen des Vergabegesetzes, z. B. Lokalaugenscheine vor Ort	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: Veröffentlichung der Genehmigung auf Verfahrensebene auf www.bandi-altoadige.it	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Kontrolle			100%

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen und Lieferungen und Arbeiten**

PROZESS / PHASE → Vertragsausführung: Nutzung der alternativen Streitbeilegungsmöglichkeiten während der Ausführungsphase des Vertrages.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Entstehung einer Streitigkeit während der Vertragserfüllung	Anwendung alternativer Methoden zur Streitbeilegung

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Teilnahme der privaten Partei bei der Kommission zur Beeinflussung der Entscheidungen für eine Lösung der Streitsache am Ende einer gütlichen Streitbeilegung.	15. Interessenkonflikt	Vielzahl der an der Verabschiedung des Schlussakts beteiligten Akteure Restfälle	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen Austausch des EPV-RUP mit dem Rechtsamt. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Mitteilung zum Zwecke der Eintragung in das ANAC-Register im Falle einer Vertragsauflösung mit Schadensersatz.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz / / / regelkonform	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Öffentliche Aufträge (für Arbeiten, Dienstleistungen und Lieferungen)	Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für allgemeine Dienste	Dr.in Stefania Bertolami

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der wirtschaftlichen und logistischen Dienstleistungen: Wäscheversorgung**

PROZESS / PHASE ⟶ Kontrollen und Abnahmen				**INPUT**			**OUTPUT**	
				Checkliste Qualitätskontrolle, Wäscheproben, Bericht über Nichtkonformitäten			Abnahmeprotokolle, Prüfergebnisse, Beanstandungs- oder Freigabeschreiben	
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**				
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN			GEPLANTE MAßNAHMEN	
- Formale und nicht inhaltliche Kontrollen - Unterlassene Meldung von Nichtkonformitäten - Absprachen zwischen Kontrolleuren und dem Anbieter	1. Fehlende Kontrollen	Das Risiko wurde als mittel eingestuft, da zwar Prüf- und Abnahmeverfahren vorgesehen sind, jedoch weiterhin Schwachstellen in Bezug auf die Qualität und Unabhängigkeit der Kontrollen bestehen. Im Einzelnen: - Durchführung rein formaler Kontrollen, ohne eine inhaltliche Überprüfung der Dienstleistungsqualität; - Mögliche Unterlassung der Meldung von Nichtkonformitäten, sei es aus Nachlässigkeit oder aufgrund äußerer Einflüsse; - Risiko von Absprachen zwischen dem Kontrollpersonal und dem Anbieter, insbesondere in Fällen langjähriger Geschäftsbeziehungen. Diese Schwachstellen werden zwar durch Checklisten, Nachverfolgbarkeit und Rotationsprinzipien teilweise gemindert, erfordern jedoch eine Stärkung der Überwachungs- und Transparenzmaßnahmen.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Von der Garderobe werden folgende Kontrollen durchgeführt: - Bei der geformten Wäsche werden die einzelnen Kleidungsstücke, die am DCS aufgehängt werden müssen, kontrolliert. Im Falle von Unregelmäßigkeiten (z. B. Risse, Flecken, mangelhafte Bügelung) werden sie in Reklamationssäcken zurückgegeben. - Bei der Flachwäsche wird wöchentlich der Bestand der verschiedenen Wäschearten in den Abteilungen überprüft, um rechtzeitig Nachlieferungen anzufordern, bevor es zu Engpässen kommt. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND NICHT VOLLSTÄNDIG WIRKSAM daher halte ich es für notwendig, weitere Korrekturmaßnahmen zu entwickeln. Neudefinition des Vertrags, einschließlich Vertragsstrafen im Falle von Nichtkonformitäten des gelieferten Materials – sowohl in Bezug auf geformte Wäsche als auch auf Flachwäsche. Umsetzungszeitrahmen: 1 Jahr Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.	
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 1. Externe Interesse		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR	
				Kontrolle			bis 25%	

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der wirtschaftlichen und logistischen Dienstleistungen: Wäscheversorgung**

PROZESS / PHASE ⟶ Vertragsausführung				**INPUT**	**OUTPUT**
				Unterzeichneter Vertrag, Betriebsplan des Lieferanten, Übergabe-/Abholbericht, Reklamationen aus den Abteilungen	Erbrachte Dienstleistung, Konformitätsbericht, eventuelle Beanstandungen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
- Keine Überprüfung der Dienstleistungsqualität - Toleranz gegenüber Vertragsverstößen - Nicht begründete Vertragsänderungen	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 2. Mangel an Transparenz	Die Qualität des Wäscherei- und Leihservices wirkt sich direkt auf die Hygiene und Sicherheit in Gesundheitseinrichtungen aus. Das Fehlen gezielter Kontrollen oder die Durchführung rein formaler Überprüfungen kann eine Toleranz gegenüber nicht konformen Lieferungen begünstigen, was potenzielle Reputations- und Gesundheitsrisiken mit sich bringt. Die Existenz detaillierter technischer Leistungsverzeichnisse und Kontroll-Checklisten senkt jedoch das Risiko auf ein mittleres Niveau. In einem Kontext kontinuierlicher Geschäftsbeziehungen mit dem Anbieter kann ein nachlässiger Umgang mit Vertragsverstößen (z. B. Verspätungen, fehlender Austausch mangelhafter Wäsche) entstehen, auch um Streitigkeiten oder Dienstunterbrechungen zu vermeiden. Das Risiko wird durch die Nachverfolgbarkeit von Beschwerden und die Möglichkeit der Anwendung vertraglicher Strafen gemindert, bleibt jedoch aufgrund des Ermessensspielraums im Management auf mittlerem Niveau. Änderungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Mengen-, Frequenz- oder Preisänderungen) können Begünstigungen oder intransparente Absprachen verschleiern, insbesondere wenn keine dokumentierten Begründungen vorliegen. Das Vergaberecht sieht Grenzen und Bedingungen für solche Änderungen vor, deren Anwendung jedoch ständige Aufmerksamkeit erfordert, was eine mittlere Risikobewertung rechtfertigt.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: - Meldungen per E-Mail, auch mit fotografischen Nachweisen, durch die Abteilungen und die Wäscherei über festgestellte Unregelmäßigkeiten bei der Dienstleistungserbringung. - Es wird derzeit ein Ticketing-System getestet, in dem künftig alle Meldungen der Abteilungen gesammelt werden sollen.	Die bestehende Maßnahmen <u>SIND NICHT VOLLSTÄNDIG WIRKSAM</u> daher halte ich es für notwendig, weitere Korrekturmaßnahmen zu entwickeln. Neudefinition des Vertrags, einschließlich Vertragsstrafen, sowie Einführung einer Unternehmensrichtlinie, die den Typ der Arbeitskleidung für jedes Berufsprofil festlegt – unter besonderer Berücksichtigung der Realität in Bozen, da diese die größte und komplexeste Einheit des gesamten Unternehmens darstellt.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN*		KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
		9. Interne Kontrollen 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum		HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	Umsetzungszeitrahmen: 1 Jahr Status: In Bearbeitung
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext <u>SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN</u> daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der wirtschaftlichen und logistischen Dienstleistungen: Wäscheversorgung**

PROZESS / PHASE ⟶ Abrechnung und Zahlung				**INPUT**	**OUTPUT**	
				Lieferantenrechnungen, Prüfprotokolle, Freigabe zur Abrechnung	Zahlungsauftrag, Buchung, Spesenbericht	
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**		
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN		GEPLANTE MAßNAHMEN
- Abrechnung für nicht erbrachte Dienstleistungen - Nichtüberprüfung der Belegunterlagen	1. Fehlende Kontrollen	Das Risiko wurde als mittel eingestuft, da zwar Verfahren zur Prüfung und Genehmigung der Zahlungen vorgesehen sind, jedoch weiterhin Schwachstellen in Bezug auf die Qualität und Rückverfolgbarkeit der Kontrollen bestehen. Im Einzelnen: - Die Zahlung von Rechnungen für nicht erbrachte oder nicht konforme Leistungen kann erfolgen, wenn kein systematischer Abgleich mit den Leistungsberichten vorgenommen wird; - Die fehlende Prüfung der Belegunterlagen kann auf etablierte Gewohnheiten, hohe Arbeitsbelastung oder mangelnde Integration zwischen technischen und administrativen Abteilungen zurückzuführen sein. Diese Schwachstellen werden zwar durch digitale Buchhaltungssysteme und Stichprobenkontrollen teilweise gemindert, erfordern jedoch ständige Aufmerksamkeit, um die Korrektheit und Transparenz der öffentlichen Ausgaben zu gewährleisten.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Abrechnung des Leihwäschematerials (Chipwäsche) erfolgt über die Gate-Systeme. Die Anzahl der ausgegebenen Teile wird in Kilogramm umgerechnet, und die Abrechnung erfolgt nach Gewicht. Derzeit besteht keine Möglichkeit, zu erfahren, wie viel Wäsche unser Gate verlassen hat – diese Information ist nur bei WABES verfügbar. Für die noch in den Bezirken verwendete Wäsche im Eigentum von SABES wird das Material vom Wäschereibereich gewogen, und die Daten werden mit denen von WABES abgeglichen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND NICHT VOLLSTÄNDIG WIRKSAM daher halte ich es für notwendig, weitere Korrekturmaßnahmen zu entwickeln. Neudefinition des Vertrags, einschließlich einer integrierten Plattform, die den Bezirken zur Verfügung gestellt wird, zur Überwachung der Bewegungen der Flach- und Formwäsche. Umsetzungszeitrahmen: 1 Jahr Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 1. Externe Interesse				

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der wirtschaftlichen und logistischen Dienstleistungen: Wäscheversorgung**

PROZESS / PHASE ⟶ Beschwerde- und Meldungsmanagement				**INPUT**	**OUTPUT**
				Reklamationen aus den Abteilungen, interne Meldungen, unterstützende Dokumentation.	Formelle Rückmeldung, Korrekturmaßnahmen, Berichterstattung für RPCT und Geschäftsleitung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
- Nichtbearbeitung von Meldungen - Repressalien gegenüber Hinweisgebern	1. Fehlende Kontrollen 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht	Das Risiko wurde als mittel eingestuft, da zwar Meldesysteme und Verfahren zur Bearbeitung von Hinweisen vorgesehen sind, jedoch weiterhin Schwachstellen bei deren tatsächlicher Umsetzung bestehen. Im Einzelnen: - Die fehlende Erfassung oder Bearbeitung von Meldungen kann auf organisatorische Mängel oder eine unterentwickelte Unternehmenskultur in Bezug auf Transparenz zurückzuführen sein; - Das Risiko von Repressalien gegenüber Hinweisgebern, obwohl durch Whistleblowing-Vorschriften gemildert, kann die Kooperationsbereitschaft des Personals verringern und die Aufdeckung von Fehlverhalten behindern. Diese Schwachstellen erfordern eine Stärkung der Anonymitätsgarantien, der Nachverfolgbarkeit von Meldungen sowie eine gezielte Schulung des Personals.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Abteilungen melden dem Büro und/oder der Garderobe fehlende Flachwäsche. Das Büro steht in Kontakt mit WABES und fordert umgehend per E-Mail die Nachlieferung des fehlenden Materials an. Was die Arbeitskleidung betrifft, meldet das Personal eventuelle Engpässe, damit eine Nachbestellung bei WABES erfolgen kann. Zudem leiten sie dem Büro eventuelle Engpässe in Bezug auf die Anzahl der „Kleiderguthaben" weiter. In solchen Fällen stimmt sich das Büro mit der medizinischen Direktion ab, um zu prüfen, ob eine Erhöhung der Guthaben sinnvoll ist. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND NICHT VOLLSTÄNDIG WIRKSAM daher halte ich es für notwendig, weitere Korrekturmaßnahmen zu entwickeln. Neudefinition des Vertrags, einschließlich einer Überarbeitung der verfügbaren Kleiderguthaben für die einzelnen Abteilungen. Besondere Berücksichtigung findet dabei die Situation in Bozen, da nur dort spezielle Abteilungen mit abweichenden Anforderungen bestehen (z. B. Hämatologie usw.). Umsetzungszeitrahmen: 1 Jahr Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 1. Externe Interesse			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung ME	Dr. Stefan Dejaco

RISIKOBEREICH: Anwerbung und Vorrückung des Personals

PROZESS / PHASE ⟶ Anwerbung von vertragsgebundenem Personal.				INPUT: Notwendigkeit von vertraglich gebundenem Personal zur Sicherstellung der Dienstleistungserbringung.	OUTPUT: Abschluss von Vereinbarungen mit ausgewählten Fachkräften.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Fehlerhafte Bewertung der Voraussetzungen zum Zweck einer willkürlichen Punktezuweisung.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen gemäß Landesverträge Ärzte für Allgemeinmedizin, Basiskinderärzte und „Sumai". Überprüfung der Unterlagen (z. B. Kontrolle bei den Einrichtungen, die die im Lebenslauf angegebenen Bescheinigungen ausgestellt haben) sowie der vorgelegten Eigenerklärungen (z. B. Abgleich mit anderen Gesundheitsbetrieben zur Überprüfung der Richtigkeit der Angaben). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Ranglisten, die in Übereinstimmung mit den Branchenvorschriften erstellt werden. Besondere Transparenz-verpflichtungen: Gemäß den Branchenvorschriften gefordert.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — bis 25% Transparenz — regelkonform	

RISIKOBEREICH: Anwerbung und Vorrückung des Personals

PROZESS / PHASE	→ Erteilung von Aufträgen an ärztliche Leiter der Seniorenheime / Pflegeheime.	INPUT: Bedarf an Fachpersonal für die medizinische Betreuung in den Einrichtungen.	OUTPUT: Formeller Akt der Auftragserteilung an die ausgewählten Fachkräfte

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG	GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Willkürliche Auswahl des Beauftragten unter den wenigen Anwärtern, die die Voraussetzungen erfüllen, für die Beauftragung.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen der Voraussetzungen (gemäß den zu diesem Thema geltenden Vorschriften). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 2. Transparenz Vorhergehendes Gutachten des ärztlichen Leiters, bzw. des zuständigen Primars. Besondere Transparenz-verpflichtungen: Gemäß den Branchenvorschriften gefordert.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

4. Undurchsichtigkeit

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Vertragsabkommen	Dr.in Alessia Toniatti

RISIKOBEREICH: **Vergabe von Dienstleistungen**

PROZESS / PHASE → Vergabe von sanitären und sozio-sanitären Leistungen an akkreditierte sanitäre und sozio-sanitäre Strukturen.				**INPUT** Notwendigkeit, die Erbringung von Gesundheits- und Sozialleistungen durch qualifizierte externe Anbieter sicherzustellen.	**OUTPUT** Vertrag oder Vergabebeschluss an zugelassene und/oder akkreditierte Einrichtungen zur Erbringung der Leistungen.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG** BEGRÜNDUNG		**GEGENMAßNAHMEN** DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Willkürliche Festlegung des Vertragspartners unter denen, die die Voraussetzungen aufweisen bzw. die Anzahl und die Art der erforderten Leistung anbieten.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist mittel. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum 1. Externe Interesse 4. Undurchsichtigkeit	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante Überprüfung der von den Bestimmungen Gesetz Nr. 502/1992 und LG Nr. 7/2001 und Beschluss LR Nr. 1544/2015 vorgesehenen Kriterien und Voraussetzungen wie insbesondere die für den entsprechenden Fachbereich gültige Akkreditierung (Beschluss L.R. Nr. 1544/2015), Einhaltung Personalstandards usw. Ex-post Kontrolle laut Kriterien Beschluss der L.R. Nr. 1544/2015, Kontrolle der Leistungserbringung und Anwendung entsprechender Protokolle, Kontrolle der erbrachten Leistungen und der dazu notwendigen Verschreibungen. Überprüfung der Wartezeiten. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Vorhergehende Bedarfserhebung und diesbezügliches Gutachten der Abteilung Krankenhausversorgung zusammen mit der Sanitätsdirektion sowie Gutachten der Autonomen Provinz Bozen zu den abzuschließenden Vereinbarungen. NUVAS Gruppe (Überwachungsorgan für die sanitäre Betreuung ernannt mit Beschluss Nr. 143 vom 26.08.2014). Veröffentlichung in einer eigenen Sektion der Webseiten der jeweiligen akkreditierten Einrichtung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Dienst für Rechtsmedizin	Rechtsmedizin	Dr.in Barbara Avesani

RISIKOBEREICH: **Maßnahmen welche die Rechtsphäre der Adressaten erweitern ohne direkte wirtschaftliche Auswirkungen**

PROZESS / PHASE → Ernennung der Mitglieder der Kommission zur Feststellung der Zivilinvalidität, Blindheit und Taubheit.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Institutioneller Bedarf an Fachkräften zur Begutachtung von Zivilinvalidität, Blindheit und Gehörlosigkeit.	Formeller Ernennungsakt der Mitglieder der Kommissionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Willkürliche Beauftragung des Auftrages bei mehreren Anwärtern, die die erforderlichen Voraussetzungen aufweisen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN*		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	
		2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Unterstützung der Sprengeldienste, die prothetische-pharmazeutische Betreuung und Heilbehelfe BZ	Dr.in Anna Maria Ramoser

RISIKOBEREICH: **Maßnahmen welche die Rechtssphäre der Adressaten erweitern mit direkter wirtschaftlicher Auswirkung auf den Adressaten**

PROZESS / PHASE ⟶ Lieferung von Medizinprodukten (Heilbehelfen) und Diätprodukten an Patienten.	INPUT: Ärztliche Verordnung und Antrag durch den anspruchsberechtigten Patienten.	OUTPUT: Abgabe der zugelassenen medizinischen Hilfsmittel und/oder diätetischen Produkte an den Patienten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Lieferung von Medizinprodukten (Heilbehelfen) und Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke an nicht betreuungsberechtigte Empfänger.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering. Die Leistung erfolgt nur nach ärztlicher Verordnung.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ab 2025 wird der gesamte Prozess für die Versorgung mit Inkontinenzhilfen digital abgewickelt – von der ärztlichen Verschreibung über die Genehmigung bis hin zur Lieferung – und ist mit der elektronischen Gesundheitskarte verknüpft. Ab Oktober 2025 wird das digitale Verfahren auch für Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke eingeführt, über eine Anbindung an die Website des Ministeriums, die alle verschreibungsfähigen Produkte enthält. Für Produkte, die noch nicht digital verwaltet werden (z. B. Wundversorgungsprodukte, Kompressionsstrümpfe usw.), werden weiterhin Kontrollen hinsichtlich Verschreibung, Genehmigung und erstattetem Preis durchgeführt. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — bis 25%	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Dienst für Rechtsmedizin	Rechtsmedizin	Dr.in Barbara Avesani

RISIKOBEREICH: **Maßnahmen welche die Rechtssphäre der Adressaten erweitern mit direkter wirtschaftlicher Auswirkung auf den Adressaten.**

PROZESS / PHASE ⟶ Prothetische Versorgung der Zivilinvaliden.				**INPUT** Antrag des Versicherten mit Nachweis der Invalidität und prothetischer Verordnung.			**OUTPUT** Versorgung der Anspruchsberechtigten mit vorgesehenen Hilfsmitteln und Prothesen.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**			
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN			GEPLANTE MAßNAHMEN
Genehmigung der Versorgung für nicht betreuungsberechtigte Empfänger.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:			Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:			
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE:	ART DER ÜBERPRÜFUNG:		
				WEITERE MAßNAHMEN:			Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN*		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
		2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit					

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Patientenmobilität, Informationsflüsse und indirekte Betreuung BZ	Dr. Manuel Zugliani

RISIKOBEREICH: **Maßnahmen welche die Rechtssphäre der Adressaten erweitern mit direkter wirtschaftlicher Auswirkung auf den Adressaten**

PROZESS / PHASE →	Indirekte Betreuung für sanitäre Leistungen die im In und im Ausland bei vertragsgebundenen und nicht vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Erstattungsantrag mit Unterlagen zur in Anspruch genommenen Leistung.	Auszahlung des erstattungsfähigen Betrags gemäß den geltenden Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Anerkennung von unberechtigten oder nur im geringeren Maße berechtigten Rückzahlungen.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung der im LG Nr. 7/2001 und den Beschlüssen LR Nr. 2081/2011, 1608/2012, 103/2013, 554/2013,1414/2013, 450/2014, sowie im Legislativdekret Nr. 38/2014 und EU-Richtlinie 2011/24 (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) vorgesehenen Kriterien und Voraussetzungen. Überprüfung der Berechtigung des Antragsstellers, der zugelassenen Ausgaben (eingereichte Rechnungsbelege), in Anspruch genommene Gesundheitsleistung und eingerechte Dokumentation (medizinische Unterlagen und fachärtzliche Verschreibung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 2. Transparenz Zwingendes Gutachten der ärztlichen Direktion oder der zuständigen Fachabteilung. Veröffentlichung der Daten betreffend der Ausgaben auf der Webseite “Transparente Verwaltung”.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Unterstützung der Sprengeldienste, die prothetische-pharmazeutische Betreuung und Heilbehelfe BZ	Dr.in Anna Maria Ramoser

RISIKOBEREICH: **Maßnahmen welche die Rechtssphäre der Adressaten erweitern mit direkter wirtschaftlicher Auswirkung auf den Adressaten**

PROZESS / PHASE ⟶ Einschreibung im Landesgesundheitsdienst.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Antrag auf Einschreibung durch den Nutzer mit den erforderlichen Ausweisdokumenten und den vorgesehenen Voraussetzungen.	Offizielle Registrierung des Nutzers im provinzialen Gesundheitsdienst.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Eintragung von Nichtberechtigten.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Am Beginn Überprüfung der von den gesetzlichen Bestimmungen vorgesehenen Voraussetzungen und später laufend Überprüfung des Fortbestehens der Voraussetzungen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, halbjährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation Rotation des Personals.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100%	

RISIKOBEREICH: **Aufträge (nationaler und Landeskollektvivertrag für Apotheken)**

PROZESS / PHASE →	Rückerstattung an vertragsgebundene Apotheken und Sanitätshäuser die laut Ermächtigung des Sprengels an Patienten, mit spezifischer Verschreibung und Autorisierung durch den Sprengel für Medizinprodukte (Heilbehelfe), Verbandsmaterial und Diätprodukte verteilen.	**INPUT**	Belegunterlagen über die erfolgten Lieferungen, einschließlich der vom Bezirk erteilten Genehmigungen.	**OUTPUT**	Auszahlung an die Vertragspartner gemäß den vertraglich festgelegten Modalitäten und Fristen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Rückerstattung an vertragsgebundene Apotheken und Sanitätshäuser die laute Ermächtigung des Sprengels an Patienten, mit spezifischer Verschreibung Heilbehelfe, Verbandsmaterial und Diätprodukte verteilen.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Bei den digitalisierten Rezepten erfolgen Ex-ante-Kontrollen, während bei den verbleibenden Papierrezepten stichprobenartige Ex-post-Kontrollen durchgeführt werden. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Kontrolle			100%

RISIKOBEREICH: **Heilbehelfe (Medizinprodukte)**

PROZESS / PHASE →	Liquidierung von Heilbehelfen (Medizinprodukten) / Vergütung an die Betreuten durch vertragsgebundene Apotheken.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Belegunterlagen über die genehmigten Lieferungen.	Zahlung an die Apotheken für die erbrachten Lieferungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ineffiziente Ausführung der Tätigkeit.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Regelungen zur Risikobewertung für diesen Bereich ist gering.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen: Der Übergang von der Abrechnungsübersicht zur elektronischen Rechnung ist im Gange, wie im nationalen Vertrag der ACN vom März 2025 vorgesehen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Abgleich durch spezifische Software. Veröffentlichung auf der betriebsinternen Internetseite/Transparenz: » Subventionen, Beiträge, Zuschüsse, wirtschaftliche Vergünstigungen >> Gewährungsakte >> Liste der Empfänger.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Klinische Studien und Gesundheitsforschung	Dienst für Innovation, Forschung und Lehre (IRTS)	Forschungsverwaltung	Dr.in Mirta Fedrizzi

RISIKOBEREICH: **Gesundheitsforschung**

PROZESS / PHASE → Verfahren für die Erteilung von befristeten Aufträgen im Rahmen von Forschungsprojekten.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Personalbedarf für die Durchführung spezifischer Projekte der Gesundheitsforschung.	Vergabe befristeter Aufträge für Forschungstätigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ad hoc Zusammensetzung der Prüfungskommission, um gewisse Kandidaten zu bevorzugen Vorgabe von „personalisierten" beruflichen Voraussetzungen und Fähigkeiten.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Der Prozess ist in einer Prozedur abgebildet, jedoch bestehen Ermessensspielräume. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 6. Umsetzung von Maßnahmen 9. Interne Kontrollen	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen: Überprüfung der Erklärungen. Verwendung von Auswahlverfahren nach vorheriger Veröffentlichung der Ausschreibung. Die Zusammensetzung ist an ein bestimmtes Gleichgewicht hinsichtlich Geschlecht und Sprachgruppe sowie Kompetenz gebunden. Das Nichtvorhandensein einer Situation von Unvereinbarkeit oder Nichtzuteilbarkeit wird überprüft. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 2. Transparenz Der wissenschaftliche Projektverantwortliche ist verpflichtet, die Kriterien offenzulegen, die zur Erstellung der Rangliste verwendet wurden. Erklärung der Mitglieder der Prüfungs-kommissionen betreffend des Nichtbestehens von Interessenskonflikten. Veröffentlichung der Auswahlverfahren aller Projekte. Veröffentlichung der Beauftragung auf der Betriebsseite "Transparente Verwaltung" und PerlaPa.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Gesundheitsforschung**

PROZESS / PHASE ⟶	Verträge zur Durchführung von klinischen Studien und/oder Zusammenarbeit mit Firmen, Vereinigungen oder anderen Körperschaften für die Durchführung von Forschungsprojekten.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Vorschlag für eine klinische Studie oder ein Forschungsprojekt durch externe Subjekte.	Abschluss von Verträgen zur Durchführung von Studien oder Projekten in Zusammenarbeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Interessenkonflikt mit dem lokalen Projektträger oder dem Antragsteller der Zusammenarbeit.	15. Interessenkonflikt	Es bestehen keine Ermessensspielräume, die Prozeduren sind durch nationale Vorschriften und die AIFA-Regelungen vorgegeben.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrolle: Abgleich mit der Einkaufsabteilung und Personalabteilung, um die Beziehungen zwischen dem externen Unternehmen und dem Antragsteller zu überprüfen. Selbsterklärung über das Vorliegen finanzieller Interessen oder über Beratungs- und Kooperationsverhältnisse mit dem Sponsor der Studie, auf Formularen, die vom Nationalen Koordinierungszentrum der Ethikkommissionen bereitgestellt werden. Verwendung von AIFA-Modellen für Verträge zur Durchführung von Studien.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Analyse des Antrages und Gutachten des Direktors der beteiligten operativen Einheit. Die Beträge werden an den Sanitätsbetrieb überwiesen und im entsprechenden Bereich der transparenten Verwaltung veröffentlicht. Ersuchen des Antragstellers um eine Eigenerklärung über das Nichtbestehen von finanziellen Verhältnissen, Beratungs- und Kooperationsverhältnissen und Überprüfung durch die zuständigen Abteilungen.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle / / / 100%	

RISIKOBEREICH: **Klinische Studien**

PROZESS / PHASE ⟶ Verwaltung des Fonds für klinische Studien.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Für klinische Studien vorgesehene oder beschaffte finanzielle Mittel.	Verwaltung, Zuweisung und Nutzung der Fondsmittel zur Unterstützung klinischer Studien oder anderer institutioneller Tätigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Risiko der Verwendung des Fonds für unangemessene Zwecke oder Missbrauch.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Bewertung gemäß der von dem Betriebsreglement über die Verwaltung des Betriebsfonds für klinische Studien vorgesehenen Prozedur.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrolle durch den IRTS Verbindliche Stellungnahme des Ethikkomitees und der für die wirtschaftliche Bewertung und die Beurteilung der Übereinstimmung mit der Unternehmensplanung zuständigen Direktoren.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen Begründung mittels Verwendungsformular. Regelung über die Verwaltung des Betriebsfonds für der klinische Studien.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Klinische Studien, Ethikkomitee**

PROZESS / PHASE → Genehmigung der klinischen Studien und der Beobachtungsstudien, profit und no profit.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Antrag auf Genehmigung zur Durchführung einer klinischen Studie oder einer Beobachtungsstudie.	Erteilung der Genehmigung zur Durchführung des Versuchs oder der Studie.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Interessenskonflikt zwischen den Sponsor der Studie und den Mitgliedern des Ethik Komitees.	15. Interessenkonflikt	Es bestehen keine Ermessensspielräume, die Prozeduren sind durch nationale Vorschriften und die Regelungen der AIFA festgelegt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle durch verschiedene Ämter. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz 5. Erklärungen Eigenerklärung über das Nichtbestehen eines Interessenkonfliktes. Stimmenthaltung bei Studien, an denen eine direkte oder indirekte Beteiligung besteht (siehe Erklärung zum Nichtvorliegen eines Interessenkonflikts), sowie Verlassen der Sitzung. Für die Beauftragung externer Berater des Ethikkomitees ist die Einrichtung eines Verzeichnisses durch die Autonome Provinz Bozen vorgesehen. Veröffentlichung laufender und abgeschlossener klinischer Studien sowie deren Finanzierung, Namen der Projektleiter und deren curricula/Lebensläufe gemäß Gesetzesdekret 52/2019.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	BÜRO/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Lehre	Dienst für Innovation, Forschung und Lehre (IRTS)	Lehre	Dr.in Valentina Zingerle

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der Medizinstudierenden**

PROZESS / PHASE ⟶ Auswahl des Praktikanten				**INPUT**		**OUTPUT**	
				Antrag zur Durchführung eines Praktikums		Annahme des Praktikumantrages	
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**			
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN		GEPLANTE MAßNAHMEN	
Möglicher Interessenkonflikt bei der Auswahl des Praktikanten durch den Primar	5. Machtmonopol 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Der Primar hat volle Entscheidungsfreiheit bei der Auswahl des Praktikanten; einziges Kriterium ist die Einhaltung der Fristen für die Einreichung des Praktikumsantrags.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Es gibt: - eine interne Regelung, die die Fristen für die Einreichung von Praktikumsanträgen festlegt; - ein digitales Verfahren (Webplattform) für die Bewerbung zum Praktikum, in dem zeitliche Grenzen für die Anmeldung festgelegt sind; - die Anmeldung über das Portal gewährleistet den Versicherungsschutz für den potenziellen Praktikanten.		Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.	
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses			
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: nicht anwendbar	ART DER ÜBERPRÜFUNG: nicht anwendbar		
				WEITERE MAßNAHMEN:		Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.	
		BEWERTUNGSINDIKATOREN*		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR		
		1. Externe Interesse		Regulierung			regelkonform
		2. Ermessensspielraum		Vereinfachung			ja

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Konventionierte private Sanitätsstrukturen – Wartelisten	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Amt für Vertragsabkommen	Dr.in Alessia Toniatti

RISIKOBEREICH: **Einkauf von Gesundheits- und Sozialleistungen im ambulanten und stationären Bereich**

PROZESS / PHASE → Beauftragung von Gesundheits- und Sozialleistungen an autorisierte und/oder akkreditierte Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.	**INPUT** Erfordernis der Erbringung von Gesundheits- oder Sozialleistungen durch zugelassene und/oder akkreditierte externe Einrichtungen.	**OUTPUT** Vergabebeschluss an eine externe Einrichtung zur Erbringung der erforderlichen Gesundheits- oder Sozialleistungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Auswahl gemäß gesetzlich geregeltem Auswahlverfahren des Auftragnehmers unter den berechtigten Einrichtungen sowie der Anzahl und Art der Leistungen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz	Gesetzlich geregelte Verwaltungstätigkeit, ausgeführt von der Autonomen Provinz Bozen und dem Sanitätsbetrieb.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Überprüfung der Kriterien und Anforderungen, die im Gesetz Nr. 502/1992 und LG Nr. 7/2001 vorgesehen sind (erhaltene Akkreditierung für die jeweilige Branche und weitere Anforderungen wie z.B. Personalstandards, erlassen von der Abteilung Gesundheit der Autonomen Provinz BZ); Überprüfung und Kontrolle der Leistungserbringung, Anwendung der entsprechenden Protokolle, Kontrolle der erbrachten Leistungen und Überprüfung der Verschreibungen; Überprüfung der Wartezeiten. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Präventive Bewertung des Bedarfs und entsprechende Stellungnahme der Sanitätsdirektion zusammen mit der Abteilung für Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung und Mitteilung an die Abteilung Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen gemäß B.L.R. Nr. 139/2023. Gruppe NUVAS (Überwachungsorgan für die sanitäre Betreuung ernannt mit Beschluss Nr. 143 vom 26.08.2014). Abschlüsse von Vereinbarungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen auf der Grundlage von Zeitplänen, die von dem SB genehmigt wurden. Veröffentlichung in einem eigenen Bereich auf der Website der jeweiligen akkreditierten Einrichtung.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Konventionierte private Sanitätsstrukturen – Wartelisten	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	ELVS	Renate Pernthaler

RISIKOBEREICH: Ambulante Fachdienstleistungen und Registerabfrage

PROZESS / PHASE → Verwaltung der Termine und personenbezogenen Daten der Patienten seitens der Vormerkstelle.	INPUT: Zuweisung von Zugangsdaten und Zugangsprofilen, unternehmensinterne Richtlinien zur Terminkalenderkonfiguration und Terminverwaltung.	OUTPUT: Im System hinterlegte und konfigurierte Terminkalender; Nachverfolgbarkeit der durch autorisiertes Personal durchgeführten Vorgänge.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG
Zugriff auf besondere personenbezogene Patientendaten losgelöst von der vorgesehenen Tätigkeit im Rahmen der Gesundheitsversorgun.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Rückverfolgung der Tätigkeiten. Das Personal ist über die Möglichkeit der Einsicht in Patientenakten informiert und geschult. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 3. Vorhergangene Korruptionvorfälle	MITTLERES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Aufgrund von Meldungen	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz 10. Fortbildung Verwendung von Programmen für die Vormerkung. Nachverfolgung der vorgenommenen Tätigkeiten. Sensibilisierung für eine korrekte und rechtmäßige Nutzung des Programms. Das Personal der Vormerkstelle wird regelmäßig zum Thema Datenschutz, Anti-korruption und Transparenz geschult.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Fortbildung			25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: Zugang zu ambulanten Fachleistungen

PROZESS / PHASE →	INPUT	OUTPUT
Verwaltung und Erstellung von Wartelisten für den Zugang zu ambulanten Fachleistungen, die im Bereich der institutionellen und der freiberuflichen Tätigkeit angeboten werden.	Anfrage einer Leistung mit Überweisung oder Wahl der Freiberuflichen Institutionellen Tätigkeit (FIT), persönliche und klinische Daten, Verfügbarkeit der Terminkalender	Der Termin wird mit Datum und Modalität registriert, die Wartelisten werden entsprechend aktualisiert und der Nutzer wird benachrichtigt.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG
Beinflussung, unsachgemäße Priorisierung, intransparente Verwaltung der Wartelisten für fachärztliche ambulante Leistungen, die sowohl im institutionellen Rahmen als auch im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit angeboten werden. Verlängerung der Wartzeiten für die institutionellen Leistungen, um Patienten gezielt in die freiberufliche Tätigkeit umzulenken.	2. Mangel an Transparenz 15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Die Prozesse zur Vermeidung unangemessener Verhaltensweisen und zur Verhinderung einer Abweichungen von der institutionellen Tätigkeit zugunsten der FIT (Freiberufliche Institutionelle Tätigkeit) sind geregelt. Etwaige Unregelmäßigkeiten können anhand von Meldungen und internen Überprüfungen nachvollzogen werden. Die Verwaltung der Verfügbarkeiten im institutionellen Rahmen beinhaltet eine kontinuierliche Überwachung und Kontrolle von Unregelmäßigkeiten in der Terminplanung. FIT-Termine werden von der ELVS verwaltet – sowohl über einen speziellen telefonischen Kontakt und eine dedizierte E-Mail-Adresse als auch online BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen	MITTLERES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenartige regelmäßige Überprüfungen durch das Back - Office der von den Verantwortlichen eingegebenen Terminkalender/ Vollständig auf der Grundlage von Meldungen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM, jedoch werden mögliche Interventionen geprüft, um ihre Wirksamkeit weiter zu erhöhen
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Sonstiges	Es ist vorgesehen, die Plattform CUPWeb durch NGH-CUP zu ersetzen
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig	Umsetzungszeitrahmen: 3 Jahre Status: In Bearbeitung
WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 11. Verhaltens-kodex 2. Transparenz Die Wartelisten der freiberuflichen Tätigkeit werden unter Beobachtung folgender Vorschriften verwaltet: -Landesverordnung (L.R. n. 10/1995 -Landesplan zur Verwaltung der Wartezeiten 2019-2021 (Beschluss L.R Nr. 915/2019) -Umsetzungsplan zur Verwaltung der freiberuflichen Tätigkeit (SABES-Beschluss Nr. 273/2008) Kontrolle der institutionellen Wartezeiten seitens der freiberuflichen Tätigkeits-Kommission. Regelmäßige Überprüfung der Wartezeiten, um Unregelmäßigkeiten in der Performance zu erkennen. Anwendung des Ethik-Kodexes: Berufseid. Das Personal der Vormerkstelle wird regelmäßig zum Thema Datenschutz, Anti-korruption und Transparenz geschult. Differenzierung des Zugangs – und Vormerkungsverfahren zwischen freiberuflicher und institutioneller Tätigkeit. Veröffentlichung der Wartelisten auf der institutionellen Website des Sanitätsbetriebs (DL 33/2013).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform
Kontrolle			bis 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH:	Vormerkung von Gesundheitsleistungen seitens ELVS-Mitarbeiter und externe Vertragspartner (ELVS-Vorsorge und ELVS-Labor)

PROZESS / PHASE	⟶	Verwaltung der Vormerkungen durch die Ermittlung von Prioritätsklassen der Leistungen und die Verwendung eines EDV-Programms, in dem die Terminkalender hochgeladen werden.	INPUT: Terminvormerkungsanfrage mit klinischer Indikation, Prioritätsklasse und Verfügbarkeit der im System geladenen Terminkalender.	OUTPUT: Zugewiesener Termin mit registriertem Datum und Priorität, automatische Aktualisierung des Terminkalenders und Nachverfolgbarkeit im System.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG	GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEGENMAßNAHMEN – GEPLANTE MAßNAHMEN
Intransparente und nicht überprüfbare Verwaltung von Vormerkungen. Missbrauch der Zugangsdynamik zu Gesundheitsleistungen, um einige Personen auf Kosten anderer zu begünstigen (z. B willkürliche Platzierung an der Spitze einer Warteliste).	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Digitalisierung der Vormerkung für ambulante Facharztleistungen mit entsprechendem Routing und Rückverfolgbarkeit der von Front-Office und Back-Office durchgeführten Tätigkeiten (Operator-ID und Datum/Uhrzeit der Operation) sowie Einschränkung des Ermessensspielraum. Für die meisten Leistungen besteht eine Verschreibungspflicht, die den Zugang zu den Terminkalendern voraussetzt.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Rückverfolgung der Tätigkeiten von Front-Office und Back-Office (Operator-ID und Datum/Uhrzeit der Operation). Verwaltung der begrenzten Genehmigungen für externe Vertragspartner. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Der Zugang zu den Dienstleistungen erfolgt in Übereinstimmung mit: - der Prioritätsklassifizierung der Leistungen gemäß dem Landesplan zur Verwaltung der Warteliste 2019-2021 (Beschluss L.R. Nr. 915/2019) und gemäß dem R.A.O.-System (Homogene Wartegruppen). -Dem Umsetzungsplan 2020-2022 (SABES-Beschluss 84/2020). Die von externen Auftragnehmern durchgeführten Tätigkeiten unterliegen denselben internen Verfahren und Leitlinien und werden vom Sanitätsbetrieb ständig überwacht (Zusammenarbeit zur Verwaltung der Tätigkeiten, Bearbeitung von Beschwerden und Meldungen). Falls vorgesehen, Veröffentlichungspflichten gemäß Art. 41 Absatz 6 des Gesetzesdekrets 33/2013. Transparente Verwaltung der angebotenen Dienstleistungen und der Wartelisten. Freie Online-Überprüfung der aktuellen Verfügbarkeiten vieler Dienstleistungen (über Sanibook).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM, jedoch werden mögliche Interventionen geprüft, um ihre Wirksamkeit weiter zu erhöhen Es ist vorgesehen, die Plattform CUPWeb durch NGH-CUP zu ersetzen Umsetzungszeitrahmen: 3 Jahre Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

9. Interne Kontrollen

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: Änderung der Terminvormerkungen

PROZESS / PHASE		INPUT	OUTPUT
	Bei Vorliegen bestimmter interne und organisatorischen Gegebenheiten (z. B. Abwesenheit des Arztes, technische Ausfälle, ...) wird die Vormerkung umgeändert und die Patienten erhalten einen neuen Termin.	Änderungsanfrage durch Patient:innen oder Personal, Daten der ursprünglichen Vormerkung sowie aktualisierte Verfügbarkeit der Terminkalender.	Neue Vormerkung im System registriert, mit Systemaktualisierung, Nachverfolgbarkeit der Änderung und Benachrichtigung des Nutzers.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Undurchsichtige und nicht überprüfbare Verwaltung von Slots, um den Zugang für bestimmte Patienten zu erleichtern.	6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 2. Mangel an Transparenz 15. Interessenkonflikt 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Die Zuteilung der Termine unterliegt folgenden Kriterien: - in den ersten verfügbaren Terminen (einschließlich der „Last-Minute"-Termine aufgrund der Absage durch einen anderen Patienten); - in zusätzlichen Terminen, die die Abteilung dem CUPP monatlich zusätzlich zum bestehenden Angebot auf der Grundlage der geplanten Dienste zur Verfügung stellt; - in Slots, die die Abteilung dem CUPP zur Verfügung stellt, um die Terminverschiebung auszugleichen. - in so genannten „Reserve-Slots", Slots, die im Voraus auf monatlicher Basis für die Buchung von zuvor verschobenen Patienten reserviert werden. (Dies wird vor allem bei besonders kritischen Diensten und in kleinen Orten genutzt, wo die Dienste oft von einem einzigen Facharzt erbracht werden). Den Patienten wird ein neuer Termin in der ursprünglichen Reihenfolge zugewiesen. Rückverfolgbarkeit der von Front-Office und Back-Office durchgeführten Tätigkeiten (Operator-ID und Datum/Uhrzeit der Tätigkeit) und Begrenzung der Zugänge zu den Slots, welche ausschließlich vom Back-Office-Personal verwaltet werden. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die IT-Berechtigungen ermöglichen eine regelkonforme Verwaltung von Terminänderungen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen: Leitlinien für die Verwaltung des Terminkalenders. Da die Verwaltung der Verfügbarkeiten zentralisiert ist, ist jegliches Fehlverhalten beim Zuweisen von neuen Terminen nachvollziehbar	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM, jedoch werden mögliche Interventionen geprüft, um ihre Wirksamkeit weiter zu erhöhen Es ist vorgesehen, die Plattform CUPWeb durch NGH-CUP zu ersetzen Umsetzungszeitrahmen: 3 Jahre Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Personal	Abteilung für die Personalverwaltung	Amt für Anwesenheit und Intramoenia-Tätigkeit	Dr.in Manuela Meneghelli

RISIKOBEREICH: **Genehmigung zur Durchführung von FBT**

PROZESS / PHASE ⟶ Erteilung der Genehmigung.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Anfrage des Professionisten mit Unterlagen.	Genehmigung zur Ausübung der Intramoenia-Tätigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ermessensentscheidung für die Erteilung der Genehmigung Falsche Angaben seitens des Antragstellers.	1. Fehlende Kontrollen	Die Erteilung von Genehmigungen unterliegt klaren, standardisierten Anforderungen. Eine Bewertung der Auslastung der Terminpläne ist auch bei der Erneuerung von Genehmigungen vorgesehen, um die gewährten Stunden zu bestätigen oder zu reduzieren.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Flächendeckend in der Genehmigungsphase und stichprobenartig im Laufe des Jahres, um zu prüfen, ob die Anforderungen noch erfüllt werden. Vorbeugende und regelmäßige Überprüfung des Vorhandenseins der für die Ausübung der Tätigkeit im Rahmen des FBT erforderlichen Anforderungen und eventueller Unvereinbarkeiten (für jeden Antrag werden die folgenden Anforderungen geprüft: Qualifikation Arzt FB A, Vollzeitarbeitsverhältnis, Spezialisierung in dem Fachgebiet, für das die Zulassung beantragt wird, Haftpflichtversicherung, welche grobe Fahrlässigkeit beinhaltet). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Verordnung mit Zuteilungskriterien. Aushandlung des Tätigkeitsvolumens in der FBT in Bezug auf die institutionellen Ziele. Vorherige Prüfung der organisatorischen Voraussetzungen für die Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen der FBT (Genehmigung der Anträge nur mit Zustimmung des zuständigen Chefarztes und der Ärztlichen Direktion).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Kontrolle			bis 25%
Regulierung			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Zugang zu spezialisierten ambulanten Diensten**

PROZESS / PHASE → Bildung von Wartelisten, davon eine für die institutionelle Tätigkeit und eine für die FBT.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anträge auf Leistungen durch die Nutzer.	Erstellung getrennter Wartelisten für institutionelle Tätigkeit und Intramoenia-Tätigkeit

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Nutzung der FBT für unpassende Anwendung und zur Vermeidung von Wartelisten. Umleitung des Patienten von den Wartelisten der institutionellen Tätigkeit zur FBT und daraus resultierende Verletzung des Wahlrechts des Patienten. Nutzung des institutionellen Kanals, um den Zugang des Patienten zu den freiberuflichen Leistungen zu begünstigen.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Die Prozesse zur Vermeidung von Umlenkungen von der institutionellen Tätigkeit zur FBT und zur Vermeidung von Fehlverhalten sind geregelt, und die Vormerkungen werden von der ELVS mit einem eigenen hierfür vorgesehenen Telefonkontakt verwaltet. Jedes ungewöhnliche Verhalten kann anhand der Berichte überprüft werden. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Monatliche Überprüfung der institutionellen Wartezeiten von der ELVS. Zudem ist eine Berichterstattung an das Ministerium und an AGENAS vorgesehen. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz 11. Verhaltens-kodex Zugang zu den Leistungen durch Vormerkung bei der ELVS, gemäß der Prioritätsklassifizierung der Dienstleistungen nach dem R.A.O.-System (Homogene Wartegruppen). Trennung der Zugangskanäle und Buchungswege zwischen FBT und institutioneller Tätigkeit. Überwachung der institutionellen Wartezeiten Wartezeiten durch die FBT-Kommission. Systematische Überprüfung des Leistungsniveaus der Produktion pro Betriebseinheit. Verwaltung der FBT gemäß den Richtlinien, die durch die Vorschriften des Landes (L.G. Nr.10/95), durch den Landesplan zur Verwaltung der Wartelisten, durch den Betriebsplan zur FBT (Beschluss Nr. 273/2008) und die nachfolgenden erläuternden Richtlinien (2009/2010) festgelegt wurden). Korrekte Patienteninformation über die Wartezeiten für den Zugang zu institutionellen Leistungen durch Veröffentlichung auf der Internetseite des Betriebes. Veröffentlichung der Vormerklisten. Umsetzung der auf der Internetseite des Betriebes veröffentlichten Informationen. Anwendung des Ethikodex: Berufsgeheimnis	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

RISIKOBEREICH: **Ambulante Facharzt-leistungen in der FBT**

PROZESS / PHASE ⟶ Erhebung der Dienstleistung				**INPUT**	**OUTPUT**
				Erbringung der fachärztlichen Leistung.	Einzug der Vergütung durch das Unternehmen für Aktivitäten in Intramoenia-Tätigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Nicht nachvollziehbare Zahlungen aus der FBT-Tätigkeit und daraus resultierendes Risiko der Steuerumgehung.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Das System ermöglicht die Verfolgung der erbrachten Leistungen von der Buchung bis zur Bezahlung. Es gibt Zahlungssperren, wenn die Leistungen nicht gebucht werden, und es werden nachträgliche Kontrollen von den zuständigen Stellen durchgeführt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Gegenkontrolle zwischen Kasse, Abrechnung und Buchungsstelle. Gezielt nach Meldung der zuständigen Ämter	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Vorauszahlung der Leistung. Ein betrieblicher Plan für die Bereitstellung von automatisierten Kassen ist in Ausarbeitung, die in Bozen schon Anwendung finden.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

RISIKOBEREICH: **Ambulante Facharzt-leistungen in der FBT**

PROZESS / PHASE ⟶ Einhaltung der genehmigten FBT-Tätigkeitsgrenzen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Planung der Intramoenia-Tätigkeit unter Einhaltung der festgelegten Zeit- und Mengengrenzen..	Erbringung der Intramoenia-Tätigkeit innerhalb der genehmigten Grenzen unter Gewährleistung der Einhaltung der geltenden Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Grenzwertverletzung des Volumens der Leistungen, die in der FBT erbracht werden können.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die FBT wird über die ELVS vorgemerkt und daher gibt es im Vorfeld eine Überprüfung auf eventuelle Überschreitungen in Bezug auf die erteilten Genehmigungen. Für die Bezahlung von Leistungen, deren Notwendigkeit bei der Ausführung der gebuchten Leistung festgestellt wird, muss die Unterschrift des ärztlichen Leiters, der sie ausgeführt hat, vom Patienten gegengezeichnet werden.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle auf mögliche Überschreitungen der erteilten Genehmigungen. Periodisch / stichprobenartig. Flächendeckend während der Genehmigungsphase und stichprobenartig während des Jahres.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Definition des Volumens, das während der Genehmigungsphase der FBT nach Bewertung der organisatorischen Aspekte ausgezahlt werden kann (Anzahl der zu genehmigenden möglichen Wochenstunden: 6 Stunden pro Woche; festgelegte Dauer der Visiten; Vormerkungen ausschließlich durch ELVS). Jährliche Berichterstattung an die Provinz.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

RISIKOBEREICH: **Ambulante Facharzt-leistungen in der FBT**

PROZESS / PHASE → Bildung von Wartelisten, davon eine für die institutionelle Tätigkeit und eine für die FBT	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anträge auf Leistungen durch die Nutzer.	Erstellung getrennter Wartelisten für institutionelle Tätigkeit und Intramoenia-Tätigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Opportunistisches Verhalten, das zu einer Erhöhung der Wartezeiten auf institutionelle Listen zu Gunsten der FBT führen könnte.	1. Fehlende Kontrollen	Es wurden noch keine Fälle gemeldet.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Wartezeiten sowie das institutionelle Angebot werden täglich von der ELVS überwacht, die im Falle einer vermeintlichen Vorgetäuschtheit der Schließung von Ambulanzen und generell des Angebots die Situation den zuständigen Stellen zur notwendigen Überprüfung meldet; Die wichtigste Gegenmaßnahme betrifft in jedem Fall die Möglichkeit, die Intramoenia Tätigkeit zu blockieren, wenn die Wartezeiten überschritten werden. Dies ist direkt in den geltenden Vorschriften festgelegt, die vorsehen, dass die Generaldirektoren der Gesundheitsunternehmen nach Überprüfung der Wartezeiten und des Verhältnisses zwischen Volumen die Genehmigungen für die IntramoeniaTätigkeit widerrufen können.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 3. Vorhergangene Korruptionvorfälle			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

RISIKOBEREICH: **Ambulante Facharzt-leistungen in der FBT**

PROZESS / PHASE ⟶ Arbeitszeit				**INPUT**	**OUTPUT**
				Planung der Intramoenia-Tätigkeit und des Dienstplans des Fachpersonals.	Konforme Planung ohne Überschneidungen mit Dienstzeiten, Rufbereitschaft oder anderen unvereinbaren Verpflichtungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Durchführung der FBT während der Arbeitszeit oder in Überschneidung mit Bereitschaftsschichten oder anderen mit der klinischen Tätigkeit unvereinbaren Zeiträumen/Zeiten.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Es werden Kontrollen durchgeführt und eventuelle Unstimmigkeiten an die Betroffenen und Verantwortlichen gemeldet.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: regelmäßige / stichprobenartige Prüfung der Kompatibilität der Daten und Erhebungen der Präsenzen während der institutionellen Tätigkeit und der angegebenen Uhrzeiten der FBT (Abgleich der F.I.T. Aktivitäten mit Abwesenheiten aufgrund von Krankheit, Arbeitsunfall, obligatorischem oder fakultativem Mutterschaftsurlaub, Elternurlaub, Wartestand aus familiären Gründen, Bereitschafts- und Wachdienst). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: viermonatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 4. Inspektionen 2. Transparenz Regelmäßige Kontrolle durch die zuständigen Verwaltungsstellen. Verbreitung der Regeln über das betriebliche Intranet und als Anhang zu den Genehmigungen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform
Ethik und Verhalten			ja

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten	Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten	Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen	Dr. Paolo Martini

RISIKOBEREICH: **Abwicklung von Schadensfällen, Rückerstattungen und Versicherungsschutz**

PROZESS / PHASE → Eröffnung und Verwaltung der Schadensfälle mit der Haftpflichtversicherungsgesellschaft.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Meldung eines potenziell durch die Versicherungspolizze abgedeckten Schadensfalls	Ermittlung und Übermittlung des Schadensfalls an die Versicherungsgesellschaft zur Aktivierung des Versicherungsschutzes

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ungleiche Behandlung und nicht begründete Verlangsamung bzw. Beschleunigung der Verfahrensabwicklung.	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Das Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen hat ein Verfahren zur Reorganisation der unter die Haftpflichtversicherung gegenüber Dritten und zugunsten der Bediensteten fallenden Schadensfälle durchgeführt. Infolge verwaltet, koordiniert und fördert dieses Amt die Tätigkeiten der Versicherungsgesellschaft und des Dienstes für Rechtsmedizin, um die Bearbeitung dieser Schadensfälle zu beschleunigen und zu vereinheitlichen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Abrechnung der eingegangenen und tatsächlich an die Versicherungsgesellschaft gemeldeten Schadensfälle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Seit dem 01.01.2023 wurde die Koordination der Abwicklung von Schadensfällen, die unter die Haftpflichtversicherung gegenüber Dritten und zugunsten der Bediensteten fallen, im Amt für Allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen zentralisiert. Beim Verfahren werden drei weitere Ämter/Dienststellen involviert, die im Folgenden näher spezifiziert werden. Bei Personenschäden werden die rechtsmedizinischen Gutachten zur Haftung im Gesundheitsbereich vom Dienst für Rechtsmedizin erstellt. Bei Sachschäden werden die Stellungnahmen von den Pflegekoordinatoren der betroffenen Ämter/Dienststellen eingereicht. In jedem Fall wird bei der Eröffnung, Bearbeitung und abschließenden Entscheidung zu jedem Schadensfall eine Stellungnahme von der Versicherungsgesellschaft eingereicht.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100%	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Abwicklung von Schadensfällen, Rückerstattungen und Versicherungsschutz**

PROZESS / PHASE → Genehmigung der Rückerstattung der Reparaturspesen an Privatfahrzeugen gemäß BÜKV i.g.F. die für Dienstzwecke genutzt wurden				**INPUT**	**OUTPUT**
				Rückerstattung mit beigefügter Dokumentation bezüglich des Dienstes und der entstandenen Kosten	Maßnahme zur Genehmigung oder Ablehnung der Kostenerstattung

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ungerechtfertigte Rückerstattung.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Die Voraussetzungen für Schadenersatzansprüche wird auch aufgrund der geltenden Bestimmungen in den Kollektivverträgen geprüft. Erstattungsanfragen werden genauestens analysiert und die Bewertung vom Schaden von der Abteilung Technik und Vermögen vorgenommen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Angemessenheitsgutachten durch das Amt für Schätzungen der Provinz. Überprüfung Voraussetzungen gemäß dem anwendbaren bereichsübergreifenden Kollektivvertrag.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 5. Erklärungen Auf zwei Ämter aufgeteiltes Verfahren. Ein externes für die Erstellung des Angemessenheitsgutachtens und ein internes für die Maßnahme der Rückerstattung. Begründungspflicht. Anforderung einer Eigenerklärung über den Schadenshergang, Polizeibericht oder Bericht der Carabinieri, Bericht der Ersten Hilfe.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Abwicklung von Schadensfällen, Rückerstattungen und Versicherungsschutz**

PROZESS / PHASE → Genehmigung der Rückerstattung der Anwalts- und Gutachterkosten als passive Partei.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Rückerstattung mit Dokumentation bezüglich des Verfahrens und der entstandenen Kosten	Maßnahme zur Genehmigung oder Ablehnung der Erstattungen von Anwalts-/Gutachterkosten

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ungerechtfertigte Rückerstattung.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Erstattungen von Anwalts-/Gutachterkosten werden genauestens analysiert und es ist sehr schwierig, dass ungerechtfertigte Erstattungen genehmigt werden. Freispruch - Archivierung.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Erstellung eines Berichts über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Erstattung. Der vom Amt für Allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen erstellte Bericht wird dem Abteilungssdirektor vorgelegt (anschließend wird der obengenannte Bericht der Generaldirektion vorgelegt). Die Kontrolle zur Angemessenheit der Anwaltspesen erfolgt durch das Rechtsamt. Die Kontrolle zur Angemessenheit der Gutachterspesen wird vom Dienst für Rechtsmedizin durchgeführt. Die Bewertung erfolgt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Staatsanwaltschaft, an die sich der Sanitätsbetrieb auch wenden kann, um Stellungnahmen zu bestimmten Fällen einzuholen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc — ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 5. Erklärungen Das Verfahren zur Angemessenheitsprüfung ist zwischen zwei Ämtern aufgeteilt: das Rechtsamt ist für die Anwaltsspesen zuständig, der Dienst für Rechtsmedizin für die Gutachterspesen. Begründungspflicht.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

7. Vorstrafen

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Allgemeine Angelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten	Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten	Rechtsamt	Dr.in Sonia Gasparri

RISIKOBEREICH: Gutachten, Streitverfahren und gerichtliche Schritte

PROZESS / PHASE →	Gutachten für die Angemessenheit und Rückerstattung der Anwalts- und Gutachterkosten	INPUT	Zu prüfende Spesenabrechnung mit beigefügter juristischer oder gutachterlicher Dokumentation	OUTPUT	Angemessenheitsgutachten und Festlegung des zu erstattenden Betrags

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG	GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEGENMAßNAHMEN – GEPLANTE MAßNAHMEN
Zu hohe oder ungerechtfertigte Kostennoten genehmigen.	1. Fehlende Kontrollen 15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die mögliche Angemessenheit von Anwaltskosten wird sorgfältig geprüft, und zu hohe oder ungerechtfertigt erscheinende Ausgaben werden der Staatsadvokatur zur Stellungnahme vorgelegt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Angemessenheitskontrolle durch das Rechtsamt über die angewandten Tarife, Kontrolle der Voraussetzungen laut LG Nr. 16/2001 für die Rückerstattung vonseiten des zuständigen Beamten/der zuständigen FK.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Auf zwei Ämter aufgeteilter Entscheidungsprozess für das Gutachten über die Angemessenheit der Kosten und für den Beschluss der Rückerstattung. Betriebsprozedur Nr. ID 9789/20 - Kriterien und Modalitäten zur Rückvergütung des Anwalts,- Gutachter- und Gerichtskosten an das Personal im Sinne des L.G. Nr. 16/2001.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Gutachten, Streitverfahren und gerichtliche Schritte**

PROZESS / PHASE ⟶ Erlassung von Gutachten.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Förmliche Anfrage eines internen Amtes zur rechtlichen oder auslegungstechnischen Klärung.	Schriftliche rechtliche Stellungnahme zum eingereichten Ersuchen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Interessenskonflikt oder Verletzung der Unparteilichkeit.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 15. Interessenkonflikt	Der Rechtsanwalt, der Rechtsgutachten erstellt, enthält sich regelmäßig bei möglichen Interessenkonflikten und ist stets unparteiisch.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Die Direktorin und die Generaldirektion führen Aufsichtstätigkeiten über die einzelnen Gutachten durch, bevor sie diese erlassen KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Miteinbeziehung anderer Ämter.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100%	

RISIKOBEREICH: **Gutachten, Streitverfahren und gerichtliche Schritte**

PROZESS / PHASE ⟶ Verteidigung vor Gericht.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Zustellung eines gerichtlichen Dokuments oder Entscheidung über die Prozessvertretung.	Einreichung verteidigender Unterlagen und Vertretung der Einrichtung im Verfahren.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Interessenskonflikt, Unerfahrenheit.	15. Interessenkonflikt	Der Rechtsanwalt, der den Betrieb vor Gericht verteidigt, enthält sich regelmäßig bei Auftreten jedes möglichen Interessenkonflikts und handelt mit fachlicher Kompetenz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Erklärung des beauftragten Anwalts	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 6. Avokation Auftrag von der Direktion.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	

RISIKOBEREICH: **Gutachten, Streitverfahren und gerichtliche Schritte**

PROZESS / PHASE ⟶ Schadloshaltung von Seiten Dritter.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Feststellung eines dem Unternehmen entstandenen Schadens aufgrund eines Drittwirkens	Einleitung des gerichtlichen oder außergerichtlichen Regressverfahrens

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unterlassung der Anforderung.	1. Fehlende Kontrollen 15. Interessenkonflikt	Regressklagen werden von der Rechtsabteilung bewertet und werden nahezu fast nie unterlassen. Regressklagen, die derzeit auf Anweisung des DSB ausgesetzt sind.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLBESCHREIBUNG: Kontrolle, ob die Versicherung des Dritten bereits den Schaden ersetzt hat oder ob Straf- oder Zivilverfahren behängen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 5. Erklärungen Aufteilung des Entscheidungsprozesses zwischen zwei getrennten Ämtern, Übersendung des von dem zuständigen Bezirk auszufüllenden Berichts und Beantragung der Kosten durch das Rechtsamt. Bericht der Carabinieri/Ordnungskräfte.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100%	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Externe Rechtsberatung**

PROZESS / PHASE ⟶ Beauftrauung mit externen Rechtsaufträgen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Notwendigkeit externer Rechtsberatung aufgrund fehlender interner Kompetenzen oder Interessenkonflikten.	Beauftragung der staatlichen Rechtsvertretung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Interessenkonflikt, Betrauung mit Anwälten, Freunden oder Verwandten.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Externe Aufträge werden nur der Staatsanwaltschaft übertragen, die kostenlos ist und eine Einrichtung ist, der das EV nach dem Gesetz Aufträge übertragen kann.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN:	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
IT-Sicherheit	Abteilung Informatik	Abteilung Informatik	Ing. Andrea Toniutti

RISIKOBEREICH: Aktivierung/Sperrung von Benutzern

PROZESS / PHASE ⟶ Aktivierung/Sperrung von Benutzern.				INPUT: Mitteilung über Einstellung, Beendigung oder Rollenänderung des Mitarbeiters.	OUTPUT: Aktivierung oder Deaktivierung von Zugangsdaten und Benutzerprofilen in Unternehmenssystemen.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Es besteht die Gefahr, dass Benutzer einen Zugang zu Diensten erhalten, zu denen sie nicht berechtigt sind, oder dass sie keinen Zugang erhalten, obwohl sie dazu berechtigt sind.	1. Fehlende Kontrollen 11. Fehlende Kommunikation zwischen den Ämtern der eigenen Verwaltung	Gegenwärtig basiert eine Benutzerberechtigung auf einem Antrag des Leiters der Abteilung, in der der Mitarbeiter arbeitet. Die beantragte Genehmigung kann ganz oder teilweise von den für die betreffende Stelle erteilten Genehmigungen abweichen, oder die Genehmigung kann mit der beantragten Genehmigung nicht übereinstimmen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Es gibt ein digitalisiertes Workflow-Verfahren für die Beantragung und Vergabe von Zugangsdaten zu Unternehmenssoftware. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Der Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss Nr. 968 vom 21.12.2021 ein spezifisches unternehmensinternes Verfahren zur Vergabe von Zugangsdaten zu den IT-Anwendungen eingeführt, wie im PAC-Zertifizierungsverfahren vorgesehen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Regulierung — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Multi-Factor Authentication (MFA)**

PROZESS / PHASE	→	Aktivierung des persönlichen Multi-Faktor-Authentifizierungssystems, Multi-Factor Authentication (MFA), für den Zugriff auf die Betriebsdomäne, d.h. E-Mail und Betriebsführungssoftware.	**INPUT**	**OUTPUT**
			Einführung des unternehmensweiten Systems zur persönlichen Multi-Faktor-Authentifizierungssystem.	Aktivierung der MFA-Authentifizierung durch die Nutzer.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Aktivierung des persönlichen Multi-Faktor-Authentifizierungssystems, Multi-Factor Authentication (MFA), für den Zugriff auf die Betriebsdomäne, d.h. E-Mail und Betriebsführungssoftware.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Der Diebstahl von persönlichen Zugangsdaten durch unbefugte Außenstehende birgt die Möglichkeit, dass Daten oder Teile davongestohlen, beschädigt und/oder gelöscht werden. Die Verwendung eines zweiten Authentifizierungsfaktors, der z. B. über das Mobiltelefon genutzt werden kann, verringert das Risiko erheblich, dass im Falle eines Diebstahls von Benutzername und Passwort diese missbraucht werden, da sie nicht mehr ausreichen, um den Zugang zum Unternehmensbereich zu ermöglichen.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Regelmäßige Überprüfung des Abdeckungsgrads der Nutzer, die MFA aktiviert haben, im Vergleich zur Gesamtzahl der Domänennutzer. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 10. Fortbildung Der Sanitätsbetrieb hat das technische Tool für die Multi-Faktor-Authentifizierung (MFA) im Jahr 2021 eingeführt und verteilt und die Nutzer online über den Zweck der Operation informiert und geschult. Verbreitung und Bekanntmachung der Verordnung und der Referenzgesetzgebung. Es wurden Online-Schulungen zur Cybersecurity, die Veröffentlichung eines Benutzerhandbuchs und die Einrichtung eines Unterstützungsdienstes für die MFA-Aktivierung organisiert.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arbeitsmedizin	Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin	Abteilung ärtzliches Arbeitsinspektorat	Dott. Stefano Murano

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Präventiv- und Kontrollmaßnahmen um den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in allen öffentlichen und privaten Unternehmen aller Tätigkeitsbereiche.*	**INPUT**	**OUTPUT**
	Meldungen, Beschwerden oder Anfragen von Behörden, Arbeitnehmern, Bürgern oder Gewerkschaften.	Besichtigungen, Kontrollen und Inspektionen am Arbeitsplatz.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Zuteilung der Tätigkeit erfolgt durch den Direktor/Koordinator nach einem Rotationsprinzip unter allen Ärzten, Technikern, Sanitätsassistenten. Die Tätigkeiten werden in Abteilungssitzungen besprochen und wechselnden Paaren zugewiesen. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen ex post. Seit 2017 existiert eine interne Prozedur die den Verfahrensverantwortlichen, die Phasen und die Fristen der Prozedur festlegt. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Rotation des Personals. Die Tätigkeiten werden von einem Kollegialorgan ausgeführt (zwei Sachbearbeiter arbeiten geleichzeitig zusammen). Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit an ein an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Tätigkeit wird grundsätzlich von zwei Inspektoren (UPG) ausgeführt. Teamdiskussion der präventiven Einsätze zur Vorbeugung und Überwachung. Besondere Transparenz-verpflichtungen:Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform
Rotation			100%

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Ermittlungen, in Folge einer Meldung von Berufskrankheit in allen öffentlichen und privaten Unternehmen aller Tätigkeitsbereiche.*	**INPUT**	**OUTPUT**
	Meldungen von Berufskrankheiten.	Untersuchungen und technische Berichte über mögliche Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit dem Ausbruch der Krankheit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen. Derzeit gibt es in der Dienststelle nur zwei Sanitätsassistentinnen, so dass das Rotationsprinzip eingeschränkt ist.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Beauftragung von Berufskrankheits-untersuchungen erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter den Sanitätsassistenten und Ärzten. Für die Definition von Sonderfällen sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen. Die Stellungnahme des Arbeitsmediziners der Gesundheitsbehörde ist nicht bindend, und die endgültige Entscheidung liegt beim INAIL-Arzt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen 10. Fortbildung 2. Transparenz Rotation des Personals. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit mit hohem Risiko an ein an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Die Tätigkeit wird grundsätzlich von zwei Inspektoren (UPG) ausgeführt. Diskussion der Fälle seitens der Angestellten, welche am Prozess teilgenommen haben; Sanitätsassistenten/innen und Arbeitsmediziner. Für das Jahr 2021 ist eine Schulung zum Umgang mit Berufskrankheiten geplant und organisiert worden. Besondere Transparenz-verpflichtungen:Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Räumliche Probenahmen und Messungen in Arbeitsbereichen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Interne Planung, Meldungen oder Anträge auf Umweltprüfung.	Technische Berichte mit Messergebnissen und Angaben zur Konformität oder zu kritischen Punkten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Vergabe dieser Tätigkeiten erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter allen Präventionstechnikern des Dienstes. Um Sonderfälle zu definieren, sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 4. Inspektionen Rotation des Personals. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit von Tätigkeiten mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Tätigkeit wird grundsätzlich von zwei Inspektoren (UPG) ausgeführt.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation / / / 25%	

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Probenahme von möglicherweise asbesthaltigem Material.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Meldungen, Beschwerden oder Feststellungen vor Ort in Bezug auf verdächtige Materialien.	Analytischer Bericht über das mögliche Vorhandensein von Asbest.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Vergabe dieser Tätigkeiten erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter allen Präventionstechnikern des Dienstes. Um Sonderfälle zu definieren, sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex post nach Zufallsprinzip. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Rotation des Personals. Delegierung der Inspektionen, Kontrollen, Aufsicht oder Prozesse mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan (2 Mitarbeiter). Tätigkeit wird grundsätzlich von zwei Inspektoren (UPG) ausgeführt. Die Tätigkeit wird grundsätzlich von einem Kollegialorgan ausgeführt (zwei Sachbearbeiter arbeiten geleichzeitig zusammen).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — 25% Kontrolle — — — bis 25%	

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE ⟶ Bewertung von Arbeitsplänen (Asbest)	**INPUT**	**OUTPUT**
	Vorgelegte Arbeitspläne.	Technische Stellungnahme zur Genehmigung, Vorschriften oder Antrag auf Ergänzungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Vergabe dieser Tätigkeiten erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter allen Präventionstechnikern des Dienstes. Um Sonderfälle zu definieren, sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex post nach Zufallsprinzip.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Begründungspflichtig. Rotation des Personals. Die Tätigkeit wird grundsätzlich von einem Kollegialorgan ausgeführt (zwei Sachbearbeiter arbeiten geleichzeitig zusammen). Teambesprechungen der Gutachten nach Überprüfung eines Teils der Arbeitspläne für Asbest. Besondere Transparenz-verpflichtungen:Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Rotation			25%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE ⟶ Rekurs gegen Eignungsbestätigungen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Vom Arbeitnehmer eingereichte Beschwerde.	Neue Gesundheitsbewertung und endgültige Beurteilung der Eignung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Rekurse gegen Eignungsurteile werden nach dem Prinzip der fairen Rotation zwischen den Dienstärzten vergeben. Sonderfälle werden in Teams diskutiert und entschieden.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Betriebskontrollen ex post. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 1. Weitere Kontrollen Rotation des Personals. Die Bestätigung, die Abänderung, der Widerruf der Eignungsbestätigungen seitens des Arbeitsmediziners wird in einem Ärzteteam besprochen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Rotation			25%

RISIKOBEREICH:	Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)

PROZESS / PHASE →	Ausstellung der Bescheinigung zur Wiederbenutzbarkeit von Bereichen, in welchen schwachgebundener Asbest entfernt wurde.	INPUT	Technische Dokumentation und Ergebnisse der Nachsorgeuntersuchungen.	OUTPUT	Konformitätsbescheinigung, die die gemäß den Vorschriften erfolgte Sanierung bestätigt.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Vergabe dieser Tätigkeiten erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter allen Präventionstechnikern des Dienstes. Um Sonderfälle zu definieren, sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex post nach Zufallsprinzip. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Begründungspflichtig. Rotation des Personals. Die Tätigkeit wird grundsätzlich von einem Kollegialorgan ausgeführt (zwei Sachbearbeiter arbeiten geleichzeitig zusammen). Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit von Tätigkeiten mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Rotation			25%

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung von Stellungnahmen im Anwendungsbereich der Gesetzgebung von Hygiene und Gesundheit in Arbeitsbereichen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anfrage nach einer Stellungnahme durch Behörden oder Unternehmen.	Begründete technische Stellungnahme gemäß den geltenden Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Vergabe dieser Tätigkeiten erfolgt nach dem Zufallsprinzip und nach einem Rotationsprinzip unter allen Ärzten und Präventionstechnikern des Dienstes. Um Sonderfälle zu definieren, sind Gegenüberstellungen zwischen den verschiedenen Fachleuten vorgesehen. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen ex Post. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 1. Weitere Kontrollen Rotation des Personals. Teambesprechung des Großsteiles der ausgestellten Stellungnahmen/Gutachten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Rotation			25%

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE → Stellungnahme zur Autorisierung der Durchführung von gefährlichen Tätigkeiten und Prozesse durch Minderjährige.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Genehmigungsantrag mit normativen und sicherheitsrelevanten Unterlagen	Technische Genehmigung oder begründete Ablehnung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Stellungnahmen zur Zulassung von Minderjährigen zu verbotenen Arbeiten und Verfahren werden nach dem Prinzip der fairen Rotation unter den Ärzten des Dienstes abgegeben. Sonderfälle werden im Team besprochen und entschieden. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen ex Post. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: Personalrotation. 3. Rotation	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			25%
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Gespräche, Gutachten**

PROZESS / PHASE ⟶ Planung, Empfang und Berücksichtigung der Bedürfnisse der ASDAA-Mitarbeiter.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Technische Genehmigung oder begründete Ablehnung.	Empfangs-, Unterstützungs- und Beratungsdienste für Mitarbeiter.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Anfordern, Empfangen und Zuhören, um bestimmten Personen zu helfen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Tätigkeit wird im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften und nach Protokollen und Verfahren durchgeführt, die den modernsten wissenschaftlichen Leitlinien entsprechen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen durch den Direktor. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen Pflicht zur Begründung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Gespräche, Gutachten**

PROZESS / PHASE → Einstufung und Lösung des Falles; mögliche Beschwerde bei den zuständigen Stellen im Falle von Mobbing.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Meldungen über mutmaßliche Fälle von Mobbing.	Beurteilung des Falls, Korrekturmaßnahmen und gegebenenfalls Anzeige bei den zuständigen Stellen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Einstufung und Lösung des Falles.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Entscheidungsprozesse werden von einem multidisziplinären Team unter Einhaltung der geltenden Rechtsvorschriften und nach Protokollen und Verfahren getroffen, die mit den modernsten wissenschaftlichen Leitlinien übereinstimmen. Die Entscheidung des SABES ist nicht bindend, die betroffene Person kann sich jederzeit an Dritte wenden.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen Teamarbeit. Teambesprechung komplexer Fälle. Kontrollen, Inspektionen durch Fachleute.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Arbeitsmedizin	Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin	Klinische Sektion	Dr. Stefano Murano

RISIKOBEREICH: Anderes

PROZESS / PHASE →	Programmierung und Durchführung der sanitären Überwachung von Bediensteten des Sanitätsbetriebes, von Bediensteten der Provinz und anderen Betrieben die mit dem Sanitätsbetrieb eine Vereinbarung abgeschlossen haben.	INPUT: Gesundheitsüberwachungsplan und Liste der zu überwachenden Mitarbeiter	OUTPUT: Durchführung der Gesundheitsüberwachung

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG	GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEGENMAßNAHMEN – GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anforderung/Durchführung von sanitären Untersuchungen, um bestimmte Personen zu begünstigen Seit 2020, mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie, hat die Tätigkeit des Dienstes zugenommen, ohne dass das Personal entsprechend aufgestockt wurde. In den letzten zwei Jahren hat sich die Zahl der Ärzte und medizinischen Assistenten aufgrund von Pensionierungen und Entlassungen verringert. Dies führt zu einer Verzögerung bei der Durchführung einiger der institutionellen Tätigkeiten des zuständigen Arztes.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der Betriebe an jeden zuständigen Arzt nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

4. Undurchsichtigkeit

6. Umsetzung von Maßnahmen

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Anderes**

PROZESS / PHASE →	Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Bediensteten des Sanitätsbetriebes, von Bediensteten der Provinz und anderen Betrieben die mit dem Sanitätsbetrieb eine Vereinbarung abgeschlossen haben.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen und klinische Daten.	Formalisierung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Ausstellung der Arbeitsfähigkeit/ Arbeitsunfähigkeit, um bestimmte Personen zu begünstigen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der Betriebe an jeden zuständigen Arzt nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Anderes**

PROZESS / PHASE → Lokalaugenscheine (Betriebsbesichtigungen) und Bewertung der Risikoanalyse im Sanitätsbetrieb, der Provinz und anderen Betrieben die mit dem Sanitätsbetrieb eine Vereinbarung abgeschlossen haben	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anträge auf Begehung und Dokument zur Gefährdungsbeurteilung.	Formelle Überprüfung des DVR, technische Prüfungsunterlage und Hinweise auf etwaige Anpassungen gemäß den geltenden Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Bewertung der Risiken am Arbeitsplatz, um bestimmte Personen zu begünstigen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der Betriebe an jeden zuständigen Arzt nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN*			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Anderes**

PROZESS / PHASE → Programmierung und Durchführung der sanitären Überwachung von strahlenexponierten Bediensteten des Sanitätsbetriebes.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Liste der exponierten Sabes-Mitarbeiter und gesetzliche Verpflichtungen zum Strahlenschutz.	Umsetzungsprogramm für die medizinischen Untersuchungen und Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anforderung/Durchführung von sanitären Untersuchungen, um bestimmte Personen zu begünstigen.	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der verschiedenen Abteilungen an jeden autorisierten Arzt, laut G.v.D. Nr. 101/2020, nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Anderes**

PROZESS / PHASE → Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von strahlenexponierten Bediensteten des Sanitätsbetriebes.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchungen und klinische Daten.	Formalisierung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Ausstellung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit, um bestimmte Personen zu begünstigen.	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der verschiedenen Abteilungen an jeden autorisierten Arzt, laut G.v.D. Nr. 101/2020, nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Anderes**

PROZESS / PHASE →	Ausdruck des Urteils des gefährdeten Arbeiters gemäß den Bestimmungen des Rundschreibens des Gesundheitsministeriums und des Arbeitsministeriums vom 04. September 2020, Nr. 13.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Gesundheitsunterlagen, Bewertung erforderlich.	Beurteilung der Gebrechlichkeit an den Arbeitgeber übermittelt.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Erteilung von Eignungs- oder Untauglichkeitsurteilen, um bestimmte Personen zu begünstigen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der verschiedenen Abteilungen an jeden autorisierten Arzt, laut G.v.D. Nr. 101/2020, nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: Anderes

PROZESS / PHASE		INPUT	OUTPUT
	Ab dem 15. Oktober 2021 und bis zum 30. November 2021 ist der zuständige Arzt gemäß den Runderlassen des Gesundheitsministeriums Nr. 0035309-04/08/2021 und Nr. 0043366-25/09/2021 befugt, Bescheinigungen über die Befreiung von der Anti-COVID-19-Impfung entgegenzunehmen und dem Arbeitgeber (mit Zustimmung des Arbeitnehmers) zu übermitteln.	Ärztliche Bescheinigung über die Befreiung.	Beurteilung der Gebrechlichkeit an den Arbeitgeber übermittelt.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Bewertung von Ausnahmegenehmigungen für die Anti-COVID-19-Impfung, um bestimmte Personen zu begünstigen.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Durchführung der Inspektionen und der DVR-Bewertung erfolgt nach den Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, INAIL, der Regionen und der Interregionalen Technischen Koordination für Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Prüfung: Zuteilung der verschiedenen Abteilungen an jeden autorisierten Arzt, laut G.v.D. Nr. 101/2020, nach gleichen Kriterien, die von der klinischen Sektion festgelegt werden. Ex-post-Prüfung durch Stichproben: gemeinsame Besprechung spezieller Fälle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: Begründungs pflicht (G.v.D. Nr. 81/2008). Zuweisung der Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder Prozeduren mit hohem Risiko an das Kollegium.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Sportmedizin	Betrieblicher Dienst für Sportmedizin	Sportmedizin	Dr. Vincenzo De Nigris

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung rechtsmedizinischer Bescheinigungen für die Ausstellung oder die Erneuerung der Eignung für Wettkampfsport.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anfrage der betroffenen Person mit beigefügter medizinischer Dokumentation und den Ergebnissen der vorgesehenen Untersuchungen.	Rechtsmedizinisches Attest über die Eignung oder Nichteignung für den wettkampforientierten Sport.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Die Art des Zertifikats bzw. die grundlegenden Bewertungen sind gesetzlich (Art. 5 - M.D./D.M. vom 18/2/1982) und von den Sportverbänden (CONI) vorgeschrieben, sodass wenig Raum für persönliche Bevorzugung besteht. Außerdem ist die Ausstellung von Zertifikaten termingebunden, sodass ein bevorzugtes Vorgehen nicht möglich ist. Zudem erfolgen die Vormerkungen/Verschreibungen der Visiten seit 2022 über die ELVS nach einem definierten Jahresplan, was wiederum Manipulationen in den Vormerklisten seitens des Dienstes unmöglich macht. Zusätzliche Leistungen werden von anderen Gesundheitsdiensten/Abteilungen je nach Verfügbarkeit erbracht.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Übereinstimmung zwischen dem Terminplan (Untersuchungsprogramm) des CUPP und der Liste der durchgeführten medizinischen Untersuchungen. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Verfahrensinternes. Gutachten Begründungspflicht. Übergabe von Inspektionen, Aufsichtskontrollen oder risikoreichen Prozessen an ein monokratisches Gremium. Verpflichtung zur Eintragung in das Landesverzeichnis der zur Ausstellung von Bescheinigungen für den Leistungssport qualifizierten Ärzte.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Fortbildung			25%

RISIKOBEREICH:	Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)

PROZESS / PHASE	⟶	Ausstellung rechtsmedizinischer Bescheinigungen für die Ausstellung oder die Erneuerung der Eignung für ehrenamtliche Mitarbeiter des Zivilschutzes (z.B. Freiwillige Feuerwehr, Wasserrettung u.ä.).	INPUT: Antrag des Freiwilligen, medizinische Unterlagen und Befunde der durchgeführten Untersuchungen.	OUTPUT: Rechtsmedizinisches Attest über die Eignung oder Nichteignung zur Ausübung der Tätigkeit als freiwillige Einsatzkraft.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG		GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEGENMAßNAHMEN – GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Art der Bescheinigung bzw. die Grundeinschätzungen werden gemäß den Beschlüssen der LR Nr. 2309 vom 16.7.2001 und Nr. 794 vom 12.3.2007 von den jeweiligen Wohlfahrts/ Freiwilligenverbänden vorgegeben, sodass für persönliche Bevorzugungen wenig Raum bleibt. Außerdem ist die Ausstellung von Zertifikaten termingebunden, so dass ein bevorzugtes Vorgehen nicht möglich ist. Außerdem werden seit 2020 die Listen der angeforderten Visiten jährlich den Bezirksreferenten der einzelnen Vereinigungen mitgeteilt und sie sind es, die ihre Betreuten in den Listen vormerken; somit wird eine Manipulation bzw. Bevorzugung von Klienten seitens des Dienstes ausgeschlossen. Zusätzliche Leistungen werden von anderen Gesundheitsdiensten/Abteilungen je nach Verfügbarkeit erbracht.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: n.a. KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen Verfahrensinternes. Gutachten Begründungspflicht. Übergabe von Inspektionen, Aufsichtskontrollen oder risikoreichen Prozessen an ein monokratisches Gremium.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

4. Undurchsichtigkeit

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE ⟶ Rekurs gegen die Nicht-Eignung.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Einspruchsantrag der betroffenen Person, ergänzende medizinische Unterlagen und/oder Antrag auf erneute Begutachtung.	Bestätigung oder Änderung des Eignungsurteils nach erneuter rechtsmedizinischer Begutachtung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Das Verfahren der Berufung wird nach dem Gesetz, Art.5 - M.D./D.M. vom 18/2/1982 geregelt (innerhalb von 30 Tagen der Untauglichkeit) und die Berufung wird von einer medizinischen Kommission durchgeführt, die sich aus verschiedenen Fachleuten zusammensetzt, mit einem Rechtsmediziner als Vorsitzenden, welche sich regelmäßig auf Anfrage trifft. Die Kommission ist außerhalb der Sportmedizin angesiedelt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Es gibt eine externe Kommission. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 4. Inspektionen 2. Transparenz Verfahrensinternes Gutachten. Begründungspflicht. Übertragung von Inspektionen, Aufsichtskontrollen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan. Besondere Transparenzpflichten: zwischen der externen Kommission und der Sportmedizin.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 7. Vorstrafen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle / / / 100%	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Hygiene bei der Herstellung, Lagerung und Vermarktung von Lebensmitteln tierischen Ursprungs	Überbetrieblicher tierärztlicher Dienst	Hygiene in der Lebensmittelproduktion	Dr. Uwe Holzmann

RISIKOBEREICH: Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE →	Kontroll- und Überprüfungstätigkeiten im Rahmen der Tätigkeiten zur Zulassung von Betrieben, die Lebensmittel tierischen Ursprungs herstellen.	INPUT: Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	OUTPUT: Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch des Verfahrens zur Begünstigung bestimmter Personen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmte Personen zu begünstigen. Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben oder um „Bevorzugungen" bei der Bearbeitung von Vorgängen zu erhalten.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Es werden sehr unterschiedliche Bereiche verglichen, die vom kleinen Bergbauern bis zur großen Industrieanlage reichen. Die Umsätze und möglichen Auswirkungen unterscheiden sich erheblich. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Übervorteilung" besteht.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Vorabkontrollen: Beauftragung des Bezirksveterinärs, der die Kontrollen im Team mit dem amtlichen Tierarzt des Gebiets oder einem Präventionstechniker durchführt (Kontrolle durch 2 Personen). Spezifisches Verfahren mit speziellen Formularen. Ex-post-Kontrollen: Das Ergebnis der Kontrolle wird dem Bereichsleiter zur Kenntnisnahme übermittelt; anschließende geplante Kontrollen durch anderes Dienstpersonal, andere Stellen (Audit) KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene) HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz 10. Fortbildung Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten. Einführung von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf der Plattform des ASL-Dienstes (DIA) und/oder anderen (Provinz, Gesundheitsministerium) Im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden werden die vorgebrachten Gründe geprüft und von den betroffenen Mitarbeitern unter Aufsicht des direkten Vorgesetzten bewertet. Verwaltungsbeschwerden werden bei einer dritten Stelle (Provinzvetärdienst) eingereicht, die dem Landwirtschaftsressort untersteht. Personalrotationssystem auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen und Inspektion durch ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute) in Betrieben, die auf Antrag der Zahlstelle einer Kontrolle unterzogen werden sollen. Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle: bis 25% Transparenz: regelkonform Regulierung: regelkonform	

RISIKOBEREICH: Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE	→	Kontrolle und Überprüfung der Anforderungen für die Aufnahme von Produktionsstätten für Lebensmittel tierischen Ursprungs in die Ausfuhrlisten für Drittländer und Ausstellung der entsprechenden Ausfuhrbescheinigungen	INPUT: Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	OUTPUT: Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch des Verfahrens zur Begünstigung bestimmter Personen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmte Personen zu begünstigen. Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben oder um „Bevorzugungen" bei der Bearbeitung von Vorgängen zu erhalten.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 15. Interessenkonflikt	Es handelt sich um mittelgroße bis große Industrie- oder Handwerksbetriebe. Der Umsatz und die möglichen Auswirkungen variieren erheblich. Es handelt sich um industrielle oder handwerkliche Anlagen mittlerer bis großer Größe. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Bevorzugungen" besteht. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen: Zuweisung der Aufgabe an den Verantwortlichen der Referenzstelle und/oder den Bezirksveterinärkoordinator, der/die die Überprüfungen im Team mit dem amtlichen Tierarzt des Gebiets oder einem Präventionstechniker durchführt (Inspektion durch 1 oder 2 Personen) Spezifisches Verfahren mit spezifischen Formularen Eingabe von Checklisten und Inspektionsberichten auf einer spezifischen lokalen und/oder nationalen Plattform; Ex-post-Kontrollen: Das Ergebnis der Kontrolle wird dem Bereichsleiter zur Kenntnisnahme übermittelt; anschließende geplante Kontrollen durch anderes Dienstpersonal; Überprüfungen durch das Ministerium (Audits) und durch Dritte (Audits durch Drittländer) KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz 10. Fortbildung Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten. Einführung von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf der Plattform des ASL-Dienstes (DIA) und/oder anderen (Provinz, Gesundheitsministerium) Im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden werden die vorgebrachten Gründe geprüft und von den betroffenen Mitarbeitern unter Aufsicht des direkten Vorgesetzten bewertet. Verwaltungsbeschwerden werden bei einer dritten Stelle (Provinzvetärdienst) eingereicht, die dem Landwirtschaftsressort untersteht. Personalrotationssystem auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen und Inspektion durch ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute) in Betrieben, die auf Antrag der Zahlstelle einer Kontrolle unterzogen werden sollen. Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Überwachungstätigkeiten im Bereich der Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs bei der Schlachtung	**INPUT**	**OUTPUT**
	Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch des Verfahrens zur Begünstigung bestimmter Personen. Entstehung eines übermäßigen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Betreiber und dem Kontrolleur. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmte Personen zu begünstigen. Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben oder um „Bevorzugungen" bei der Bearbeitung von Vorgängen zu erhalten.	2. Mangel an Transparenz 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Es werden sehr unterschiedliche Bereiche verglichen, die von der speziellen Notschlachtung über die Schlachtung auf dem Bauernhof bis hin zur Kontrolle kleiner lokaler Schlachthöfe oder größerer Schlachthöfe auf kommunaler Ebene reichen. Die Umsätze und möglichen Auswirkungen unterscheiden sich erheblich. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Übervorteilung" besteht. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen: Vorbereitung, Veröffentlichung und Verbreitung von Betriebsverfahren für die verschiedenen Aspekte der Schlachtung; Zuweisung von zwei Audits an den Leiter der spezifischen UO zu OSA/OSM, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und von mindestens zwei Personen durchgeführt werden. Ex-post-Kontrollen: Stichprobenartige Überprüfung durch den Vorgesetzten auf Übereinstimmung zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den ergriffenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Verwarnungen usw.). Gesamtbewertung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Kontrollen von zufällig ausgewählten Gruppen und von Gruppen, die von einer dritten Stelle (Zahlstelle der Autonomen Provinz) auf der Grundlage des Risikos ausgewählt wurden. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene) HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten. Einführung von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf einer spezifischen lokalen und/oder nationalen Plattform. Im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden werden die vorgebrachten Gründe geprüft und von den betroffenen Mitarbeitern unter Aufsicht des direkten Vorgesetzten bewertet. Verwaltungsbeschwerden werden an eine dritte Stelle (Provinz Veterinärdienst) gerichtet, die dem Landwirtschaftsdezernat untersteht. Personalrotationssystem auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen und, soweit möglich, Inspektion durch ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE →	Überwachungstätigkeiten im Bereich der Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs in anderen zugelassenen Betrieben	INPUT: Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	OUTPUT: Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch des Verfahrens zur Begünstigung bestimmter Personen. Entstehung eines übermäßigen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Betreiber und dem Kontrolleur. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmte Personen zu begünstigen. Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben oder um „Bevorzugungen" bei der Bearbeitung von Vorgängen zu erhalten.	2. Mangel an Transparenz 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Es werden sehr unterschiedliche Bereiche verglichen, die von kleinen, anerkannten Bergbauernhöfen bis hin zu großen Industrieanlagen reichen. Der Umfang und die möglichen Auswirkungen unterscheiden sich erheblich. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Bevorzugungen" besteht.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen: Zuweisung der Aufgaben nach jährlicher Planung, wenn möglich mit Personalrotation. Ex-post-Kontrollen: Stichprobenartige Überprüfung durch den Vorgesetzten auf Übereinstimmung zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den ergriffenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Verwarnungen usw.). Gesamtbewertung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Kontrollen in randomisierten Gruppen und ausgewählten Gruppen KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Rechnungshof , Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene) HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten. Einstellung von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf einer spezifischen lokalen und/oder nationalen Plattform. Im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden werden die vorgebrachten Gründe geprüft und von den betroffenen Mitarbeitern unter Aufsicht des direkten Vorgesetzten bewertet. Verwaltungsbeschwerden werden bei einer dritten Stelle (Provinzvetärdienst) eingereicht, die dem Landwirtschaftsdezernat untersteht. Personalrotationssystem auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen und, soweit möglich, Inspektion durch ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

1. Externe Interesse

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Überwachungstätigkeit im Bereich der Eierproduktion.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Entstehung von übermäßigen Vertrauensverhältnissen zwischen dem Betreiber und dem Kontrolleur. Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Umsätze pro Einzelunternehmer sind aufgrund der geringen Größe der landwirtschaftlichen Betriebe begrenzt. Daher kann die OSA/OSM das Verhalten des Kontrolleurs kaum beeinflussen. In diesem Fall wären die Folgen ohnehin begrenzt, da sie andere Akteure weder begünstigen noch benachteiligen würden. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Bevorzugungen" besteht.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen: Zuweisung eines Teils der Aufträge im Rotationsverfahren und Kontrollen der OSA/OSM, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden, mit Inspektion durch 1 oder 2 Personen. Ex-post-Kontrollen: Stichprobenartige Überprüfung durch den Vorgesetzten auf Übereinstimmung zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den erlassenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Verwarnungen usw.). Gesamtbewertung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen den Kontrollergebnissen von zufällig ausgewählten Gruppen und von einer dritten Stelle (Zahlstelle der Autonomen Provinz) nach dem Risiko ausgewählten Gruppen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten. Einführung von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf einer speziellen lokalen und/oder nationalen Plattform. Im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden werden die vorgebrachten Gründe geprüft und von den betroffenen Mitarbeitern unter Aufsicht des direkten Vorgesetzten bewertet. Verwaltungsbeschwerden werden bei einer dritten Stelle (Provinzvetärdienst) eingereicht, die dem Assessorat für Landwirtschaftt untersteht. Personalrotationssystem auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen und, soweit möglich, Inspektion durch ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Tiergesundheit, Hygiene in der Tierhaltung und -produktion; Hygiene bei der Herstellung, Lagerung und Vermarktung von Lebensmitteln tierischen Ursprungs; Futtermittel	Überbetrieblicher tierärztlicher Dienst	Hygiene der Lebensmittelproduktion Hygiene in der Tierproduktion	Dr. Uwe Holzmann

RISIKOBEREICH: **Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE →	Probenahme im Rahmen der Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs, Futtermitteln und für die„ " (Protokolle zur Überwachung der Tiergesundheit), Prophylaxepläne und PNR	INPUT: Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen, Anforderungen an die Gesundheitsüberwachung.	OUTPUT: Entnahme und Analyse von Proben zur Überprüfung der Einhaltung der Gesundheitsvorschriften; Feststellung etwaiger Verstöße und gegebenenfalls Verhängung von Sanktionen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Entstehung eines übermäßigen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Marktteilnehmer und dem Kontrolleur. Missbrauch der Kontrollfunktionen, um bestimmte Akteure zu begünstigen. Druck/Einschüchterung des Kontrolleurs Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Wechsel von Betreibern und diversifizierten Systemen zwischen Selbstkontrolle und amtlicher Kontrolle mit der Möglichkeit von Inspektionen und Audits durch nicht an den Probenahmen beteiligte Personen. Es gibt keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Bevorzugungen" besteht. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-post-Kontrollen durch stichprobenartige Überprüfung durch den direkten Vorgesetzten auf Übereinstimmung zwischen der festgestellten Situation (Entnahmeprotokoll) und den ergriffenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Verwarnungen usw.). Bewertung der Unangemessenheit der Probenahme im Allgemeinen im Falle von Beanstandungen (z. B. beauftragtes Labor, Parteiberater usw.) KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, halbjährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten; vorab festgelegte Muster aus europäischen/staatlichen/provinzialen Programmen. Eingabe von Checklisten und Inspektionsprotokollen auf spezifischen Plattformen (DIA, Lafis, Vetinfo) Einführung von Checklisten und Inspektionsberichten auf spezifischen Plattformen (DIA, Lafis, Vetinfo) Personalrotationssystem (Personaleinsatz auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen). Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Tiergesundheit und Hygiene in der Tierhaltung und -produktion	Überbetrieblicher tierärztlicher Dienst	Hygiene in der Tierproduktion	Dr. Uwe Holzmann

RISIKOBEREICH: **Überwachung, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Überwachungstätigkeit im Bereich der Primärproduktion von Milch	**INPUT**	**OUTPUT**
	Offizieller Kontrollplan und/oder Meldungen	Überprüfung der Einhaltung der Hygiene- und Gesundheitsvorschriften und Verhängung etwaiger Sanktionen

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Entstehung von übermäßigen Vertrauensverhältnissen zwischen dem Betreiber und dem Kontrolleur. Druck/Einschüchterung des Tierarztes Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder anderen Vorteilen im Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 15. Interessenkonflikt	Der Umsatz pro Einzelunternehmer ist aufgrund der geringen Größe der landwirtschaftlichen Betriebe begrenzt, entspricht jedoch seinem gesamten Einkommen. Daher haben das Ergebnis der Kontrolle und die darauf folgenden Maßnahmen existenzielle Auswirkungen auf den Betrieb.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante-Kontrollen: Kontrolle aufgrund von Meldungen Dritter über Unregelmäßigkeiten (Laborergebnisse), die von den Molkereien selbst oder Molkereiverbänden festgestellt wurden. Zuweisung der Aufgaben im Rotationsverfahren und Durchführung gegebenenfalls durch 1 oder 2 Personen. Ex-post-Kontrollen: Stichprobenartige Überprüfung durch den Vorgesetzten auf Übereinstimmung zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den erlassenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Verwarnungen usw.).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Protokolle mit festgelegter Struktur, Verfahren, Checklisten; Personalrotationssystem (Personaleinsatzplanung auf Basis der verfügbaren Ressourcen). Übertragung von Inspektionen, Kontrollen, Überwachungen oder risikoreichen Prozessen an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Tiergesundheit sowie Hygiene in der Tierhaltung und bei der Erzeugung tierischer Produkte	Tierärtzlicher Dienst	Tiergesundheit	Dr. Dietmar Kluge

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE	→ Genehmigung der Tiertransporteure	INPUT	OUTPUT
		Antrag auf Zulassung mit den erforderlichen Unterlagen	Erteilung der Genehmigung für den Transport von Tieren in Übereinstimmung gemäß den geltenden Rechtsvorschriften oder begründete Ablehnungsentscheidung

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbräuchlicher Erlass von Genehmigungen, um gewisse Akteure zu begünstigen. Unrechtmäßig Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	7. Mangelnde interne Verantwortlichkeit 1. Fehlende Kontrollen	Die Anzahl der nachträglichen Kontrollen durch verschiedene Behörden (nationale und internationale) ist so groß, dass ein Missbrauch unwahrscheinlich ist. Es gibt keine Wartelisten, so dass die Dateien in Echtzeit bearbeitet werden.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex post Überprüfung seitens des Vorgesetzten der Kohärenz zwischen der vorgefundenen Situation und der erlassenen Bewertung/Gutachten KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Begründung bei negativer Bewertung der Anfrage und gesetzlich standardisierte Inhalte und Modulistik/Vordrucke. Rotation des Personals. Zuweisung laut Zuständigkeitszone (Amtstierärzte) unter Teilnahme an den Phasen der Leistungserbringung von verschiedenen Personen (auch Verwaltungspersonal.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Überwachungstätigkeit des Tierschutzes, sowie der Kennzeichnung und Registrierung der Tiere.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Amtlicher Kontrollplan und/oder Warnmeldungen.	Überprüfung der Einhaltung von Tierschutzstandards und Rückverfolgbarkeit, mit der Möglichkeit der Anwendungng von Sanktionsmaßnahmen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgabe. Entstehung von Beziehungen mit übermäßiger Vertraulichkeit zwischen Kontrolleur und Unternehmer. Interessenskonflikt. Druck und Einschüchterung auf den Tierarzt.	10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion	Der Umsatz in den zumeist kleinstrukturierten landwirtschaftlichen Betrieben ist gering, weshalb die Unternehmer die Kontrollperson nur in einem sehr eingeschränkten Ausmaß beeinflussen können. Im Falle einer Beeinflussung wären die Folgen ohnehin begrenzt, da andere Personen dadurch weder begünstigt noch benachteiligt würden.. BEWERTUNGSINDIKATOREN 1. Externe Interesse	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Zuweisung eines Teils der Aufgaben im Rotationsverfahren und Kontrollen von Unternehmen, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden und von zwei Personen durchgeführt werden. Überprüfung ex post: Stichprobenartig seitens des Vorgesetzten der Übereinstimmung zwischen der vorgefundenen Situation (Inspektionsprotokoll) und der erlassenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafe, Verwarnung usw.) Statistische Bewertung des unterschiedlichen Kontrollergebnisse seitens der Landeszahlstelle von nach Zufallsprinzip ausgewählten Betrieben und Betrieben auf Grund von Risikoanalyse. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: Ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Vorgefertigte Modulistik/Formulare, Prozeduren und Checklisten. Eintragung der Checklisten in eine Verwaltungssoftware des Gesundheitsministerium, samt Upload sämtlicher Dokumente der Inspektion als PDF-Datei. Im Rahmen von Verwaltungsrekursen werden die Begründungen bewertet und unter der Supervision des direkten Vorgesetzten eine Bewertung abgegeben. Rekurse im Verwaltungsverfahren erfolgen an eine andere unabhängige Behörde (Landestierärztlicher Dienst) des Assessorates für Landwirtschaft. Rotation des Personals aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Inspektion durch 2 Personen in Betrieben, die zur Kontrolle von der Landeszahlstelle ausgewählt wurden. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Überwachungstätigkeit in den Bereichen Tierernährung, Vertrieb von Tierarzneimitteln, Nutztierpraxen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Amtlicher Kontrollplan und/oder Berichte, Daten aus den Registern für Tierarzneimittel.	Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften über die Tierernährung und die Verwendung von Tierarzneimitteln, gegebenfalls mit Sanktionsmaßnahmen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch des Verfahrens zur Begünstigung bestimmter Akteure. Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um bvestrimmte Akteure zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben oder um „Vorteilsgewährung" bei der Behandlung von Gesuchen zu erhalten.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Der Umsatz pro Einzelunternehmer ist aufgrund der geringen Größe der landwirtschaftlichen Betriebe begrenzt. Daher kann der Unternehmer das Verhalten des Kontrolleurs kaum beeinflussen. In jedem Fall wäre das Ausmaß der Folgen begrenzt. Es bestehen keine Wartelisten, sodass keine Gefahr von „Vorteilsgewährung" besteht.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Zuweisung eines Teils der Aufgaben im Rotationsverfahren und Kontrollen von Unternehmern, Apotheken und Praxen (OSA/OSM), die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden und von zwei Personen durchgeführt werden.n Überprüfung ex post: stichprobenartig seitens des Vorgesetzten der Kohärenz zwischen der vorgefundenen Situation (Inspektionsprotokoll) und der erlassenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafe, Verwarnung usw.) Statistische Bewertung des unterschiedlichen Outcomes der Kontrollen seitens der Landeszahlstelle von nach Zufallsprinzip ausgewählten Betrieben und Betrieben auf Grund von Risikoanalyse. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Vorgefertigte Modulistik/Formulare, Prozeduren und Checklisten. Eintragung der Check Listen in eine Verwaltungssoftware des Gesundheitsministerium, samt Upload sämtlicher Dokumente der Inspektion als PDF-Datei. Im Rahmen von Verwaltungsrekursen werden die Begründungen bewertet und unter der Supervision des direkten Vorgesetzten eine Bewertung abgegeben. Rekurse im Verwaltungsverfahren erfolgen an eine andere unabhängige Behörde (Landestierärztlicher Dienst) des Assessorates für Landwirtschaft. Rotation des Personals aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Inspektion durch 2 Personen in Betrieben die zur Kontrolle von der Landeszahlstelle ausgewählt wurden. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — bis 25% Transparenz — — — regelkonform Regulierung — — — regelkonform	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen	Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für allgemeine Dienste	Dr.in Stefania Bertolami

RISIKOBEREICH: **Festlegung der Rangfolge der Antragsteller für Kleinwohnungen und anderen Wohnlösungen**

PROZESS / PHASE →	Erstellung der Rangliste auf der Grundlage der Zuteilung der relativen Punkte (gemäß den geltenden Vorschriften des Landes und des Betriebes). Sammlung von Anträgen auf Unterbringung und regelmäßige Verwaltung des Status der Anträge.	**INPUT**	Unterkunftsanträge seitens des Personals; geltende Landes- und Betriebsordnungen	**OUTPUT**	Rangliste mit entsprechender Punktzahl; regelmäßige Aktualisierung des Status der Gesuche.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Fehlende Kontrolle der Eigenerklärungen der Bewerber. Nicht kontextgerechte Umsetzung der Landesregelungen durch die beteiligten Stellen (WOBI und SABES) (Überschneidungen von Regelungen, z.B. Dauer der Belegung). Übermäßiger Ermessensspielraum (z.B. Zuweisung der Neugeborenen-Intensivstation / Südtiroler Frühgeborenenverband)	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Die Ranglisten werden auf der Grundlage von Verordnungen, die die Kriterien für ihre Erstellung ausdrücklich vorsehen, und auf der Grundlage der von den Antragstellern gemachten Angaben erstellt. Die schrittweise Umsetzung der Normen und der Ermessensspielraum bei der Zuteilung betreffen nur Restfälle.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenartige Überprüfung der von den Antragstellern gemachten Angaben KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 2. Transparenz Verordnung mit Zuteilungsanforderungen und Prioritätskriterien. Rotation des Personals. Veröffentlichung von Regelungen und daraus resultierenden Ranglisten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Rotation			25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Betriebskindergarten, konventionierte Kindertagesstätte	Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für allgemeine Dienste	Dr.in Stefania Bertolami

RISIKOBEREICH: **Kinderhorte: Identifizierung von Einrichtungen/Genossenschaften für die Beauftragung des betrieblichen Kinderbetreuungsdienstes**

PROZESS / PHASE →	Die Verwaltung der Kinderhorte für die Kinder der Beschäftigten des Gesundheitsbezirks wird einer zuständigen Einrichtung/Genossenschaft für die Bereitstellung von Kinderbetreuungsdiensten übertragen.			**INPUT**	**OUTPUT**
				Bedarf des Kinderbetreuungsdienstes	Vergabe des Dienstes an eine spezialisierte Einrichtung/Genossenschaft

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Fehlende Transparenz bei der Auswahl des Auftragnehmers.	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die für die Erbringung der Dienstleistung geeignete Genossenschaft wird im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens (Abteilung Einkäufe - EVV) ermittelt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verfahren für die Vergabe der Verwaltung der Kinderhorte (Einkaufsabteilung - EVV). KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz: Veröffentlichung der Schritte zur Auswahl des Auftragnehmers auf der dafür vorgesehenen Plattform (Festlegung des Auftrags, Ausschreibungsunterlagen und Zuschlagserteilung).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Transparenz / / / regelkonform	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Kinderhorte: Verwaltung der Anträge auf Aufnahme in die betriebliche Kinderkrippe**

PROZESS / PHASE →	Sammlung von Anträgen und Überprüfung der Anforderungen der Antragsteller.			**INPUT**	**OUTPUT**
				Von den Bewerbern eingereichte Ansuchen; gesetzliche und regulatorische Anforderungen	Verzeichnis der zugelassenen Kandidaten

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Mangelnde Überprüfung der Selbsterklärungen der Antragsteller.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Anträge werden nach den Kriterien der einheitlichen Verordnung (genehmigt durch Beschluss Nr. 562 vom 24.06.2025) bearbeitet, in der die Voraussetzungen und Kriterien für den Zugang festgelegt sind.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Anforderungen der Antragssteller werden stichprobenartig überprüft. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — bis 25%	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Kinderhorte: Erstellung der Rangliste der Antragsteller für betriebliche Kinderkrippen**

PROZESS / PHASE ⟶	Erstellung einer Rangliste auf der Grundlage der Zuteilung der entsprechenden Punkte (gemäß den in der einzigen Verordnung festgelegten Kriterien) und anschließende Mitteilung der Position an die Arbeitnehmer.			**INPUT**	**OUTPUT**
				Zulässige Ansuchen mit gemäß der einheitlichen Regelung zugewiesenem Punktwert	Erstellte Rangliste und Mitteilung der Platzierung in der Rangliste an die Mitarbeitenden

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Mangelnde Überprüfung der Selbsterklärungen der Antragsteller.	1. Fehlende Kontrollen	Die Ranglisten werden gemäß der einheitlichen Verordnung (genehmigt durch Beschluss Nr. 562 vom 24.06.2025) erstellt, in der die Anforderungen und Kriterien für den Zugang festgelegt sind.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Anforderungen an die Antragssteller werden stichprobenartig überprüft und anschließend werden Punkte vergeben.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Die einheitliche Verordnung (genehmigt durch den Beschluss Nr. 562 vom 24.06.2025) wird auf der institutionellen Website veröffentlicht.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Konventionierte Kindertagesstätte: Identifizierung der Einrichtungen/Genossenschaften, mit denen die Vereinbarung geschlossen werden soll**

PROZESS / PHASE →	Der Gesundheitsbezirk trifft Vereinbarungen mit gemeinnützigen Organisationen/Genossenschaften, die anerkannte Kinderbetreuungseinrichtungen in der Provinz betreiben, in denen Kinderbetreuungsplätze zur Verfügung stehen.			**INPUT**	**OUTPUT**
				Bedarf an Kinderbetreuungsplätzen; Angebot von akkreditierten Einrichtungen/Genossenschaften auf dem Territorium	Vereinbarungen mit gemeinnützigen Einrichtungen/Genossenschaften für den Zugang zu frühkindlichen Betreuungsdiensten

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Fehlende Transparenz bei der Auswahl des Auftragnehmers.	2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Fehlende Transparenz bei der Auswahl des Auftragnehmers.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verfahren für die Vergabe der Dienstleistung "Sommeraktivitäten" (Einkaufsabteilung - EVV).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE:	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: / ART DER ÜBERPRÜFUNG:	
				WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Vorgesehen ist die Einführung einer Bekanntmachung zur Interessenbekundung. Abrechnung gegenüber der Autonomen Provinz Bozen zum Zweck des Erhalts des Landesbeitrags.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Therapie und Rehabilitation von Suchtkrankheiten	Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)	Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)	Dr. Francesco Guidoboni

RISIKOBEREICH: **Einbeziehung von Patienten mit Drogen-, Psychopharmaka- und Alkoholproblemen in therapeutische Prozesse als Alternative zum Gefängnis gemäß Artikel 94 des Gesetzes 309/90**

PROZESS / PHASE → Überprüfung der territorialen Zuständigkeit für alle Genehmigungsanträge bei der zuständigen DfA und Analyse der Unterlagen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Erhaltene Unterlagen zum Fall und Wohnsitz-/Aufenthaltsadresse des Nutzers.	Bestätigung der örtlichen Zuständigkeit und Einholung der Genehmigung (falls erforderlich).

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Oberflächliche Analyse der Unterlagen ohne Überprüfung der Anforderungen.	7. Geringe interne Rechenschaftspflicht	Geringer Ermessensspielraum bei der Entscheidungsfindung. Bereitstellung von Werkzeugen und Ausrüstung für objektive Untersuchungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Die Dokumentation wird bei Team- oder Miniteamsitzungen (ca. 1 Stunde) vorgestellt.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation Überprüfung der territorialen Zuständigkeit für einen eventuellen Antrag auf Zulassung beim zuständigen DfA und Analyse der Unterlagen. Rotation der Betreiber.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			25%

RISIKOBEREICH: **Einbeziehung von Patienten mit Drogen-, Psychopharmaka- und Alkoholproblemen in therapeutische Prozesse als Alternative zum Gefängnis gemäß Artikel 94 des Gesetzes 309/90**

PROZESS / PHASE → Antrag des Nutzers auf eine Alternative zur Inhaftierung und Möglichkeit des Zugangs zu Alternativen zur Haft Art. 94 Gesetz 309/90.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anfrage der betroffenen Person oder der Justizbehörde.	Einleitung des Verfahrens zur Bewertung der Zulässigkeit des therapeutischen Programms.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Begünstigung des Patienten, um im Falle eines laufenden Straf- oder Verwaltungsverfahrens in den Vorteil von Nebenleistungen zu kommen. Oberflächliche Analyse der Unterlagen ohne Überprüfung der Anforderungen. Mangelnde Kontrolle/Aufmerksamkeit gegenüber möglichen Manipulationen. Änderung der diagnostischen Bewertung. Oberflächlichkeit bei der Bewertung des Programms, die keine Neuformulierungen zulässt.	7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 2. Mangel an Transparenz 1. Fehlende Kontrollen 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten	Geringe Diskretion bei der Entscheidungsfindung Bereitstellung von Werkzeugen und Ausrüstung für objektive Untersuchungen. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Entscheidungen werden von einem Team kollegial getroffen. Die Dokumentation wird bei Team- oder Miniteamsitzungen (ca. 1 Stunde) vorgestellt. Die Entscheidung erfolgt nach einem bestimmten Verfahren: - Gespräch und Eröffnung der psychosozialen Akte - Gesundheitliche und psychosoziale diagnostische Bewertung - Teamsitzung zur Ausarbeitung eines Vorschlags für ein therapeutisches Programm - Beginn des therapeutischen Programms - regelmäßige Überprüfung und Bewertung des Programms und eventuelle Neuformulierung Anwendung von Verfahren in ausgestatteten Umgebungen, um die Kontrollen einhalten zu können (z. B. Kameras in den Toiletten, um die Manipulation von Proben zu vermeiden) (ca. 20 Minuten) Erstellung eines Protokolls mit der externen Strafverfolgungsbehörde (UEPE) und Zusammenarbeit in verschiedenen Situationen Austausch über das therapeutische Projekt zwischen mehreren Mitarbeitern und verschiedenen Fachleuten (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, usw.) und der UEPE (mehrere Treffen von etwa 1 Stunde) Verwendung der Berichte aus den Verfahren, die bei der Vorlage des therapeutischen Programms beschlossen wurden (Überprüfung auf Alkohol- und/oder Drogenkonsum und psychotrope Substanzen) Austausch über die Bewertung des Projekts unter den Fallbearbeitern, auch von den beteiligten externen Stellen (UEPE) Mehrere Sitzungen von ca. 1 Stunde) KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation Diagnostische Bewertung Team-/Miniequi-pe-Sitzung zur Ausarbeitung des vorgeschlagenen Therapieprogramms. Regelmäßige Überprüfung und Bewertung des Programms und mögliche Neuformulierungen. An den Verfahren ist mehr als ein Mitarbeiter beteiligt, auch von verschiedenen zuständigen Stellen. Mehr Mitarbeiter werden in die Bewertung des laufenden Therapieprogramms einbezogen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Vermögens- und Immobilienverwaltung	Abteilung Technik und Vermögen	Abteilung Technik und Vermögen	Dr. Arnold Kaiser

RISIKOBEREICH: Immobilienverwaltung

PROZESS / PHASE → Verwaltung des Immobilienvermögens und Befolgung der einschlägigen Vorschriften.				INPUT: Verwaltungsunterlagen Immobilienverwaltung	OUTPUT: Aktualisierung Register, Verwaltungsdokumente, steuerrechtliche- und Vertragsauflagen.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
		BEGRÜNDUNG			
Nicht korrekte und zielführende Verwaltung des Immobilienvermögens.	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals 1. Fehlende Kontrollen 16. Sonstiges	Die Mietverträge werden nur nach vorheriger Analyse des Bedarfes abgeschlossen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Lokalaugenschein, um die Anfrage zu überprüfen Kontrollen der Ausführung ex post während der Ausführung KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 2. Transparenz Verfahrensinterne Gutachten und Pflicht zur Begründung. Veröffentlichung der Tabelle der verwalteten Immobilien auf der Seite des Betriebes.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — 100% Transparenz — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Immobilienverwaltung**

PROZESS / PHASE ⟶ Bearbeitung der Schäden am Immobilienvermögen.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Schadensmeldungen, technische Gutachten, Versicherungsunterlagen.	Wiederherstellungsmaßnahmen, Schadensersatzforderungen, Aktualisierung des Zustands der Immobilien.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Beauftragung von Reparaturarbeiten.	2. Mangel an Transparenz 15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 1. Fehlende Kontrollen	Die Reparaturen werden schnellstmöglich bearbeitet und beauftragt, um Schäden am Immobilienvermögen zu vermeiden. Kleinere Reparaturen werden direkt durch die Mitarbeiter des Betriebes durchgeführt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Lokalaugenschein, um die jeweilige Anfrage zu überprüfen. Kontrollen der Ausführung ex post während/nach der Ausführung der Reparatur. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen Technischer Bericht vom Schaden. Kontrolle der Abrechnung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der passiven Mietverträge**

PROZESS / PHASE ⟶ Abschluss von Mietverträgen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Antrag der Verwaltung auf Anmietung von Immobilien für institutionelle Zwecke.	Formalisierter Mietvertrag mit festgelegter Miete und Registrierung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Abschluss des Vertrages mit einem bestimmten Vermieter / Bezahlung eines nicht gerechten Mietzinses. Vertragsbedingungen, die das Interesse der Gegenpartei gegenüber dem der Verwaltung überwiegen lassen.	2. Mangel an Transparenz 15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 1. Fehlende Kontrollen	Die passiven Mietverträge werden im Anschluss an eine Marktanalyse abgeschlossen, welche auf der Seite der Provinz veröffentlicht wurde und nachdem durch das Schätzamt der Provinz der gerechte Mietzins festgelegt worden ist.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle des gerechten Mietzinses mit Hilfe des Schätzamtes der Provinz. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Verfahrensinterne Gutachten und Pflicht zur Begründung. Marktanalyse durch den Sanitätsbetrieb. Veröffentlichung der Tabelle der passiven Mietverträge auf der Seite des Betriebes.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Verwaltung der aktiven Mietverträge.**

PROZESS / PHASE ⟶ Abschluss von Mietverträgen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Antrag auf einen Mietvertrag	Formell ausgefertigter, unterzeichneter und bei der Agentur für Einnahmen registrierter Mietvertrag.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Selektives Verfahren für die Auswahl der Mieter ohne die Prinzipien der Veröffentlichung und Transparenz zu garantieren / Forderungen eines nicht gerechten Mietzinses. Vertragsbedingungen, die das Interesse der Gegenpartei gegenüber dem der Verwaltung überwiegen lassen.	2. Mangel an Transparenz 15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 1. Fehlende Kontrollen	Die aktiven Mietverträge werden abgeschlossen, nachdem eine Veröffentlichung auf der Seite der Provinz vorgenommen wurde mit einer Einladung an alle Interessierten ein Angebot zu stellen. Der Abschluss der betreffenden Verträge geschieht nach einer genauen Analyse der eingegangenen Angebote.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle des gerechten Mietzinses mit Hilfe des Schätzamtes der Provinz. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Verfahrensinterne Gutachten und Pflicht zur Begründung. Marktanalyse durch den Sanitätsbetrieb. Veröffentlichung der zugehörigen Beschlüsse.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Konventionen mit den Bezirksgemeinschaften betreffend die Führung der Sozial- und Gesundheitssprengel**

PROZESS / PHASE → Abschluss von Konventionen mit der Bezirksgemeinschaft für die Führung des Sozial- und Gesundheitssprengels.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Kooperationsvorschlag und programmatische Unterlagen seitens der Bezirksgemeinschaft.	Formell unterzeichnete und genehmigte Vereinbarung mit Festlegung der Rollen und Pflichten für die Verwaltung des Sozial- und Gesundheitsprengels.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Verstoß gegen die Vorschriften zur Abrechnung der Spesen.	15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 1. Fehlende Kontrollen	Die Bezahlung der Spesen wird nach den offiziellen Tausendsteltabellen abgewickelt, die von einem befähigten Techniker erstellt worden sind und nach der Kontrolle der den Abrechnungen beigelegten Rechnungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen der jährlichen Abrechnung der Führungsspesen ex post während der Führung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 2. Transparenz Verfahrensinterne Gutachten und Pflicht zur Begründung. Veröffentlichung der zugehörigen Beschlüsse.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Hygiene der Lebensmittel	Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (DHLE)	Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (DHLE)	Dr.in Dagmar Regele

RISIKOBEREICH: Aufsicht, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE →	Überwachung des Wiederverkaufs von Pflanzenschutzmitteln und professionellen Anwender von Pflanzenschutzmitteln.	INPUT	OUTPUT
		Liste der zugelassenen Verkaufsstellen und der Personen, die zur beruflichen Verwendung von Pflanzenschutzmitteln berechtigt sind.	Erstellte Inspektionsprotokolle und gegebenenfalls verhängte Sanktionen oder Anordnungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben.	3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und das die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird. Es gibt eine branchenspezifische Vorschrift, die die verschiedenen Anforderungen und Kriterien regelt, die einzuhalten sind. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrolle durch den Direktor/Koordinator der Kohärenz zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den erlassenen Maßnahmen (Verwaltungssanktionen, Verwarnungen usw.). Überprüfung der Rechtsmittel gegen erlassene Maßnahmen, die zu deren Aufhebung geführt haben. Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Vorstrukturierte Protokolle, Verfahren, Checkliste. Jährliche Programmierung und zufällige Zuweisung. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Aufsicht, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE →	Überwachung der Lebensmittelsicherheit bei der Herstellung, Lagerung und Vermarktung von Lebensmitteln pflanzlichen Ursprungs, inklusiv die Kontrolle im Bereich der Präventiven Ernährung.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Liste der Lebensmittelunternehmer und Pläne für amtliche Kontrollen.	Erstellte Inspektionsprotokolle und gegebenenfalls verhängte Sanktionen oder Anordnungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben.	13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und das die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes, Überprüfung der Wirksamkeit in Echtzeit und rückwirkend auf Stichprobenbasis. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen des Direktors/Koordinators auf der Grundlage der Kohärenz zwischen der festgestellten Situation und der abgegebenen Stellungnahme/dem abgegebenen Urteil. Überprüfung der Rechtsmittel gegen erlassene Maßnahmen, die zu deren Aufhebung geführt haben. Stichprobenartige Echtzeitprüfung der Wirksamkeit. Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht bei ungünstigem Ausgang des Antrags des Antragstellers. Vorstrukturierte Protokolle, Verfahren, Checkliste Jährliche Programmierung und zufällige Zuweisung. Zufällige Zuweisung innerhalb des spezifischen Bereichs, sofern dies aufgrund des verfügbaren Personals möglich ist. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Aufsicht, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Probenentnahme von Lebensmitteln, Zusatzstoffen, Materialien die für den Kontakt mit Lebensmitteln bestimmt sind, usw.				**INPUT** Probenahmeplan, der auf der geltenden Gesetzgebung und den amtlichen Kontrollplänen basiert.	**OUTPUT** Entnommene Proben, Übergabe an amtliche Labore und Erhalt des Analyseberichts zur Bewertung der Konformität.
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG** BEGRÜNDUNG		**GEGENMAßNAHMEN** DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben.	13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und Proben nimmt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Entnahmeprotokolls in die dienstliche Datenbank, nachträgliche Überprüfung der Wirksamkeit auf Stichprobenbasis. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Stichprobenkontrollen durch den Direktor/Koordinator auf Richtigkeit des Entnahmeprotokolls. Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich — ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz: Vorstrukturierte Protokolle, Verfahren, Checkliste. Jährliche Programmierung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

7. Vorstrafen

2. Ermessensspielraum

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

RISIKOBEREICH: **Aufsicht, Kontrollen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Management von Verwaltungsstreitigkeiten in der Aufsichtstätigkeit.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Rekurse oder Einsprüche, die von Personen eingelegt wurden, die von sanktions- oder anordnungsbezogenen Maßnahmen betroffen sind.	Abschluss des Ermittlungsverfahrens mit Ausarbeitung von Verteidigungsschriften, Gegenäußerungen oder Festlegung des Verfahrensabschlusses.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben. Externer Druck sowohl hierarchischer als auch politischer Art mit dem Ziel einer bevorzugten Behandlung von Streitfällen oder Maßnahmen.	15. Interessenkonflikt 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Einfügen des Ergebnisses in die dienstliche Datenbank, Überprüfung jedes Einspruchs durch die Direktion des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird. Wenn eine Maßnahme größere Auswirkungen und Bedeutung hat (z. B. Verwaltungssanktion, vorübergehende Schließung, Strafanzeige), wird mindestens ein leitender Arzt und/oder die Dienstleitung einbezogen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-post-Kontrollen: stichprobenartige Überprüfung der Kohärenz zwischen der festgestellten Situation (Inspektionsbericht) und den erlassenen Maßnahmen (Verwaltungssanktionen, Verwarnungen usw.) durch den Direktor/Koordinator Beurteilung im Allgemeinen der Unzulänglichkeit der Probenahme bei Streitigkeiten (z. B. für die Analyse zuständiges Labor, Parteiberater...). Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). Überprüfung der Rechtsmittel gegen erlassene Maßnahmen, die zu deren Aufhebung geführt haben. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Vorstrukturierte Protokolle, Verfahren, Checklisten; Stichproben, die durch europäische/staatliche/provinzielle Programme vorgegeben sind. Jährliche Programmierung und zufällige Zuordnung. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 7. Vorstrafen 2. Ermessensspielraum 1. Externe Interesse		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — bis 25% Kontrolle — — — 100% Regulierung — — — regelkonform	

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE ⟶ Registrierung von Betreibern (= Unternehmen) der Lebensmittelbranche	**INPUT**	**OUTPUT**
	Anmeldungsgesuch, eingereicht vom Unternehmen mit den gemäß geltender Gesetzgebung vorgesehenen Unterlagen.	Eintragung des Unternehmens in das offizielle Register.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unsachgemäße Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Aufgaben oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" bei der Abwicklung von Praktiken.	2. Mangel an Transparenz	Trennung zwischen Personal, das die Beantragung der Registrierung überprüft, und jenem, dass die Registrierung in der Datenbank vornimmt, mit zufälliger Rotationszuweisung.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht bei ungünstigem Ausgang des Antrags des Antragstellers. Mehr Menschen, auch mit unterschiedlichem (administrativem) Berufsprofil, nehmen an den verschiedenen Phasen der Leistungserbringung teil. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR	

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE	→	Hygienisch-sanitäres Gutachten zur Anerkennung der Unternehmer (= Unternehmen) des Lebensmittelsektors.	**INPUT**	**OUTPUT**
			Formeller Antrag mit technischen und planerischen Unterlagen der anerkennungspflichtigen Tätigkeit.	Begründete hygienisch-sanitäre Stellungnahme, positiv oder negativ, im Rahmen des Verfahrens zur offiziellen Anerkennung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unsachgemäße Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Aufgaben oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" bei der Abwicklung von Praktiken.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal	Trennung zwischen Personal, das die Aufgabe zuweist und jenem, dass die vorbereitenden Tätigkeiten für die Formulierung des Gutachtens ausführen. Einbeziehung unterschiedlicher Berufsprofile in die Formulierung des Gutachtens. Die Erteilung des Gutachtens erfolgt in sehr geringer Anzahl (<3 Anträge pro Jahr).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verstärkte Maßnahme mit Einbeziehung zweier unabhängiger Stellen: Der Betreiber beantragt die Anerkennung beim Provinzbüro. Das SIAN gibt mit seinem Personal nach einer Ortsbesichtigung und Dokumentenanalyse auf Anfrage desselben Provinzbüros eine Stellungnahme ab, die auf die Erteilung der Anerkennung abzielt. Das Provinzbüro erteilt die vollständige oder bedingte Anerkennung auf Grundlage der abgegebenen Stellungnahme. Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht bei ungünstigem Ausgang des Antrags des Antragstellers. Inhalte, die durch Vorschriften und betriebswirtschaftliche Software standardisiert sind; standardisierte Formulare. Zufällige Zuordnung innerhalb der zuständigen Arbeitsgruppe. Mehr Menschen, auch mit unterschiedlichem (administrativem) Berufsprofil, nehmen an den verschiedenen Phasen der Leistungserbringung teil. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE ⟶	Konformitätsgutachten der Räumlichkeiten, die für den Verkauf von Pflanzenschutzmitteln genutzt werden, um eine Zulassung für den Handel und den Verkauf zu erhalten.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Formeller Antrag mit technischen und planerischen Unterlagen der anerkennungspflichtigen Tätigkeit.	Begründete hygienisch-sanitäre Stellungnahme, positiv oder negativ, im Rahmen des Verfahrens zur offiziellen Anerkennung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" im Umgang mit Praktiken.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal	Trennung zwischen Personal, das die Aufgabe zuweist und jenem, dass die vorbereitenden Tätigkeiten für die Formulierung des Gutachtens ausführen. Einbeziehung unterschiedlicher Berufsprofile in die Formulierung des Gutachtens. Die Erteilung des Gutachtens erfolgt in sehr geringer Anzahl (<3 Anträge pro Jahr).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verstärkte Maßnahme mit Einbeziehung zweier unabhängiger Stellen: Der Betreiber beantragt die Anerkennung beim Provinzbüro. Das SIAN gibt mit seinem Personal nach einer Ortsbesichtigung und Dokumentenanalyse auf Anfrage desselben Provinzbüros eine Stellungnahme ab, die auf die Erteilung der Anerkennung abzielt. Das Provinzbüro erteilt die vollständige oder bedingte Anerkennung auf Grundlage der abgegebenen Stellungnahme. Prozedur zur Erfassung individueller Situationen mit potenziellem Interessenkonflikt (unterliegt einer regelmäßigen Aktualisierung). KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Autonome Provinz Bozen HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen 2. Transparenz Begründungspflicht bei ungünstigem Ausgang des Antrags des Antragstellers. Inhalte, die durch Vorschriften und betriebliche Software standardisiert sind; standardisierte Formulare. Zufällige Zuordnung innerhalb der einzelnen zuständigen Arbeitsgruppe. Mehr Menschen, auch mit unterschiedlichem (administrativem) Berufsprofil, nehmen an den verschiedenen Phasen der Leistungserbringung teil. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle / / / 100%	

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung von Zertifikaten für die Ausfuhr von Erzeugnissen des Lebensmittelsektors.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Antrag mit Unterlagen zum Produkt sowie zu den Produktions- und Lagerbedingungen.	Konformitätszertifikat für den Export, entsprechend den Anforderungen des Bestimmungslandes.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" im Umgang mit Praktiken.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Im Falle von Abwesenheiten Rotation des Personals, das für die Zertifizierung zuständig ist. Annahme des Antrags und Übermittlung des Zertifikats durch Verwaltungspersonal. Einführung eines operativen Verfahrens, das den Prozess regelt.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Jährliche Ex-post-Kontrolle eingeführt: Überprüfung von mindestens 10 stichprobenartig ausgestellten Zertifikaten des Vorjahres gemäß spezifischem Verfahren. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 1. Weitere Kontrollen Begründungspflicht bei ungünstigem Ausgang des Antrags des Antragstellers. Rotation des Personals basierend auf verfügbaren Ressourcen. Monokratisches Organ (1 Profi). Mehr Menschen, auch mit unterschiedlichem (administrativem) Berufsprofil, nehmen an den verschiedenen Phasen der Leistungserbringung teil.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			bis 25%
Kontrolle			bis 25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Hygiene der Lebensmittel	Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (DHLE)	Mykologische Kontrollstelle	Dr.in Dagmar Regele

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung nach Prüfung des Eignungsnachweises für den Verkauf von frischen Waldpilzen.	**INPUT** Einreichung des Antrags durch den Interessenten zur Teilnahme an der Eignungsprüfung für den Verkauf frischer oberirdischer Wildpilze.	**OUTPUT** Organisation der Prüfung zur Überprüfung der Verkaufsfähigkeit und Ausstellung des Zertifikats über die Verkaufsfähigkeit nach positivem Prüfungsergebnis.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" im Umgang mit Praktiken.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Prüfung organisiert und durchgeführt von 3 Fachleuten gemäß den gesetzlichen Vorschriften. Einbindung des Verwaltungspersonals in den Prozess. Einführung eines operativen Verfahrens, das den Prozess regelt. Die Unabhängigkeit bei der Ernennung des Kommissionsvorsitzenden wird durch den Verantwortlichen des Dienstes gewährleistet. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum	NIEDRIGES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Einführung einer jährlichen Kontrolle über die Gesamtzahl der ausgestellten Eignungszertifikate für den Verkauf frischer oberirdischer Wildpilze.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 4. Inspektionen 2. Transparenz Liste der verkäuflichen Pilze, die gesetzlich definiert ist; Standardformulare. Rotation des Personals basierend auf verfügbaren Ressourcen. Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			bis 25%
Kontrolle			100%

RISIKOBEREICH: **Genehmigungen oder Konzessionen (d. h. Maßnahmen, die den Rechtsbereich der Empfänger ohne unmittelbare und unmittelbare wirtschaftliche Wirkung für den Empfänger erweitern)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung der Anerkennungsurkunde für frische Epigäne-Spontanpilze c/o Einzel- und Großhandel.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Antrag des Interessenten auf Ausstellung eines Anerkennungszertifikats für frische oberirdische Wildpilze zum Zweck des Verkaufs.	Ausstellung des Anerkennungszertifikats für frische oberirdische Wildpilze für den Einzel- und Großhandel.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch bei der Anwendung von Maßnahmen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmten Personen einen Vorteil zu verschaffen. Missbräuchliche Aufforderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflichten oder übertragenen Aufgaben oder zur Erlangung von „Vorzugswegen" im Umgang mit Praktiken.	13. Unzureichende wirtschaftliche Anreize für das Personal 4. Langwierige und ausschließliche Ausübung der Verantwortung für ein Verfahren durch einige wenige oder eine einzige Person	Zuweisung von Aufgaben auf der Grundlage eines vordefinierten Arbeitsturnus, Rotation des Personals entsprechend des a priori festgelegten Turnus.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 2. Transparenz Liste der verkäuflichen Pilze, die gesetzlich definiert ist; Standardformulare. Rotation des Personals basierend auf verfügbaren Ressourcen Monokratisches Organ (1 Profi/Fachmann).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — bis 25%	

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Prävention, Schutz und Kontrolle von Umwelt- und Chemierisiken	Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit Bozen	Betriebliche Sektion Umweltmedizin	Dr. Lino Wehger

RISIKOBEREICH: Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE	→ Erhebung des Zustandes der Dächer, welche Asbestzement beinhalten.	INPUT: Bewertung der Sicherheit und Integrität von Dächern mit Asbestzement.	OUTPUT: Überprüfung des Erhaltungszustands und Umsetzung von Kontroll- oder Sanierungsmaßnahmen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	
Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben oder um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 5. Machtmonopol 11. Fehlende Kommunikation zwischen den Ämtern der eigenen Verwaltung	Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Die Tätigkeiten werden häufig in Zusammenarbeit mit anderen Behörden (Umweltagentur /Gemeinden) durchgeführt. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen	NIEDRIGES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Die Bewertungen werden auch aufgrund von Anfragen sowie einem Register, welches von einer anderen Einrichtung (Umweltagentur) erstellt wird, durchgeführt. Stichprobenkontrollen ex post: Überprüfung nach Zufallsprinzip seitens des zuständigen Arztes.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 5. Erklärungen 7. Delegation 3. Rotation 2. Transparenz Einholung von Gutachten; Bewertung nach technischen Prozedere und Bewertungsbogen wie vom Beschluss der Landesregierung Nr. 998/2011 vorgeschrieben. Die Begründungspflicht wird aufgrund des Ergebnisses eines mathematischen Punktesystems des Bewertungsbogen. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungs-tätigkeit mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan. Diese Kontrollen werden im Normalfall von Personal durchgeführt, welche zwei verschiedenen Behörden angehören: Sanitätsbetrieb und Umweltagentur. Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14. März 2013, Nr. 33. Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25. Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE →	Überwachungstätigkeit bezüglich der Reach, CLP und BPR Verordnungen bzgl. chemischer Stoffe und Gemische.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Sicherstellung der Einhaltung der REACH-, CLP- und BPR-Vorschriften.	Überprüfung der Konformität und Umsetzung von Korrekturmaßnahmen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit 3. Übermäßige Regulierung, Komplexität und Unklarheit der einschlägigen Rechtsvorschriften	Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan. Diese Kontrollen werden im Normalfall von Personal durchgeführt, welche zwei verschiedenen Behörden angehören: Sanitätsbetrieb und Umweltagentur. Geschäftsvolumen der kontrollierten Betriebe sind sehr unterschiedlich.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Zu kontrollierende Unternehmen werden nach vorgegebenen "target group" vom Nationalen Kontrollplan des Gesundheitsminis-teriums vorgegeben. Kontrollen ex post: Inspektionsproto-kolle werden vom zuständigen Arzt eingesehen. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 7. Delegation 3. Rotation 2. Transparenz Vorgefertigte Modulistik/Formulare, Prozeduren und Checklisten. Eventuelle Vergehen, welche während der Kontrolltätigkeiten festgestellt werden müssen mit Begründungspflicht der zuständigen Behörde (Umweltagentur) für die Erlassung der Verwaltungsakte einschließlich der Strafmaßnahmen gemeldet werden. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungs-tätigkeit mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan. Diese Kontrollen werden im Normalfall von Personal durchgeführt, welche zwei verschiedenen Behörden angehören: Sanitätsbetrieb und Umweltagentur. Überwachungstätigkeit und daraus resultierende Beanstandungen werden von verschiedenen Behörden durchgeführt. Bei Verwaltungsrekursen werden die Begründungen mit dem zuständigen Arzt bewertet und anschließend dem Verwaltungsamt für Umwelt der Umweltagentur mitgeteilt. Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14. März 2013, Nr. 33. Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25. Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen

PROZESS / PHASE →	Musterentnahmen für chemische Analysen REACH/CLP/BPR/Pflanzen-schutzmittelrückstände.	INPUT	OUTPUT
		Probenentnahme zur Überprüfung der gesetzlichen Konformität.	Analyse der Proben und Umsetzung von Korrekturmaßnahmen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen	Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan. Diese Kontrollen werden im Normalfall von Personal durchgeführt, welche zwei verschiedenen Behörden angehören: Sanitätsbetrieb und Umweltagentur. Offizielle Musterentnahmen werden gezielt mit anderen Behörden (Umweltagentur) geplant und sind vom nationalen Kontrollplan des Gesundheitsministeriums vorgesehen.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante: Die zu kontrollierenden Unternehmen werden nach vorgegebenen "target group" vom Nationalen Kontrollplan des Gesundheitsminis-teriums und des Kontrollplans der Provinz Bozen, vorgegeben. Kontrollen ex post: Entnahmeprotokolle werden vom zuständigen Arzt eingesehen. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 7. Delegation 3. Rotation 2. Transparenz Vorgefertigte Modulistik/Formulare, Prozeduren und Checklisten. Anzahl und Stoffe sowie Produkte werden nach dem Kontrollplan der Provinz Bozen welcher mit dem Amt für Lebensmittelanalysen und Produktsicherheit der Umweltagentur vereinbart. Kollegialorgan – Die Kontrollen werden von Personal durchgeführt, welche zwei verschiedenen Behörden angehören: Sanitätsbetrieb und Umweltagentur. Beanstandungen, welche aufgrund von Musterentnahmen hervorgehen, werden von einer anderen Behörde ausgestellt. Bei Verwaltungsrekursen werden die Begründungen mit dem zuständigen Arzt bewertet und anschließend dem Verwaltungsamt für Umwelt der Umweltagentur mitgeteilt, der die Bestimmungen beschließt und erlässt. Die Sektion für Umweltmedizin verfügt über vier Amtsträger der Gerichtspolizei, welche eine Rotation des Personals ermöglicht. Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14. März 2013, Nr. 33. Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25. Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)**

PROZESS / PHASE → Ausstellung des sanitären Gutachtens bezüglich der Gefahr für die Bevölkerung, welche von asbesthaltigen Dächern ausgeht.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Bewertung des Asbestrisikos für die Bevölkerung.	Erteilung eines hygienisch-sanitären Gutachtens.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben oder um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen	Das Gutachten wird aufgrund des Bewertungsbogens ausgestellt, welcher auch von anderen Behörden ausgestellt wird (Umweltagentur/Gemeinden). Ein Missbrauch ist sehr unwahrscheinlich, da nachträgliche Kontrollen von Seiten anderer Behörden stattfinden (Gemeinde stellt Verordnung aus).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex post: Das ausgestellte Gutachten erfordert, falls ein gesundheitliches Risiko besteht, eine Verordnung des Bürgermeisters. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 7. Delegation 2. Transparenz Die Begründung des Gutachtens bezieht sich auf das Ergebnis des Bewertungsbogens. Das Gutachten erfordert eine eventuelle Verordnung des Bürgermeisters und hat keine direkten Auswirkungen auf Dritte. Das Gutachten wird aufgrund des Bewertungsbogens ausgestellt, welcher auch von anderen öffentlichen Einrichtungen ausgestellt wird. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein monokratisches Organ. Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14. März 2013, Nr. 33. Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25. Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Gesundheits- und Sicherheitsschutz	Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.)	-	Dr.in Silvia Spertini

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Kontrolltätigkeiten in den Bereichen der Hygiene des Trinkwassers und Schwimmbäder, der Bauhygiene und der Schönheitspflege sowie der Gesundheitseinrichtungen.	**INPUT** Überwachung der Gesundheitsvorschriften, Erhebung von Umweltdaten, Entgegennahme von Meldungen über Nichtkonformitäten.	**OUTPUT** Überprüfung der Konformität, Sanktionen, Meldungen von Unregelmäßigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und welches die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung ex post nach Zufallsprinzip seitens des Vorgesetzten in Bezug auf die festgestellte Situation (Inspektionsprotokoll) und die getroffenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Mahnungen, usw.) KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz 1. Weitere Kontrollen Rotation des Personals (Aufgrund von Personalmangel in Anbetracht der vielen zuständigen Bereiche, werden fixe Teams für spezifische Fachgebiete unterteilt). Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein Kollegialorgan. Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft. Strukturierte Berichte, Prozeduren Check-List. Im Bereich der Verwaltungsrekurse werden die eingereichten Begründungen ex Post bewertet und es wird ein Urteil von den interessierten Angestellten, unter der Aufsicht vom Vorgesetzten, abgegeben.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 7. Vorstrafen 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Vereinfachung			ja
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH:	Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaß-nahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)

PROZESS / PHASE →	Ausstellung von Gutachten und Eignungsurteilen in den Bereichen Hygiene des Trinkwassers und Schwimmbäder, der Bauhygiene und der Schönheitspflege, sanitäre Strukturen für den Erlass der Autorisierung.	INPUT: Analyse von Vorschriften, Prüfung von Unterlagen, Entgegennahme von Genehmigungsanträgen.	OUTPUT: Analyse von Vorschriften, Prüfung von Unterlagen, Entgegennahme von Genehmigungsanträgen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und welches die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung ex post und Verwaltung seitens des Vorgesetzten der Zusammenhang zwischen der beobachteten Situation und dem abgegebenen Urteil.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 7. Delegation 2. Transparenz Begründung im Fall eines ungünstigen Ergebnisses von Seiten des Antragstellers. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Regulierung			regelkonform
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE → Entnahme von Proben in den Bereichen Hygiene des Trinkwassers und Schwimmbäder, der Bauhygiene und der Schönheitspflege.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Planung der Probenentnahme, Sammlung von Vorschrifteninformationen, Entgegennahme von Kontrollanfragen.	Proben entnehmen, Ergebnisse analysieren, Unregelmäßigkeiten melden.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Missbräuchliche Ausübung von Kontrollfunktionen, um gewisse Subjekte zu begünstigen; Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und welches die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung ex post nach Zufallsprinzip seitens des Vorgesetzten in Bezug auf die festgestellte Situation (Inspektionsprotokoll) und die getroffenen Maßnahmen (Verwaltungsstrafen, Mahnungen, usw) Ferner wird eine Bewertung der Fehler bei Probeentnahmen im Falle von Beanstandungen (z.B: zuständiges Labor für die Durchführung der Analysen, Berater...) vorgenommen	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich, ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 3. Rotation 7. Delegation 2. Transparenz Strukturierte Berichte, Prozeduren Check-List, Probeentnahme von Mustern laut europäischer/nationaler oder landesweiter Programme. Rotation des Personals (Aufgrund von Personalmangel in Anbetracht der vielen zuständigen Bereiche, werden fixe Teams für spezifische Fachgebiete unterteilt). Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute). Laut Art. 25, Abs. 1, Buchstabe a) und b) G.v.D. 14 März 2013, Nr. 33 Dieser Artikel wurde durch das G.v.D 25 Mai 2016, Nr. 97 (im Amtsblatt 08/06/2016, Nr. 132) abgeschafft.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen 2. Ermessensspielraum			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH:	Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)

PROZESS / PHASE →	Rechtsmedizinische Tätigkeit: Ausstellung/Erneuerung von Führerscheinen, Bootsführerscheinen, Waffenpässen, Tauglichkeit für internationalen Adoptionen, Erstaufnahme usw.	INPUT	Erhebung von Gesundheitsdokumentationen, Entgegennahme von Zertifizierungsanträgen, Überprüfung spezifischer Vorschriften.	OUTPUT	Ausstellung von rechtsmedizinischen Bescheinigungen, Erteilung/Verlängerung von Führerscheinen, Bescheinigung der Eignung für Adoptionen und weitere Tätigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben oder um Fälle zu bevorzugen oder Wartezeiten zu verkürzen.	10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Da der Arzt allein ist, trifft er die Entscheidung eigenständig.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Rotation des Personals der Ambulatorien, einheitliche Vormerkungsstelle. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 7. Delegation 4. Inspektionen 1. Weitere Kontrollen Begründung im Fall eines ungünstigen Ergebnisses von Seiten des Antragstellers. Rotation des Personals auf Grund der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Mehrere Angestellten, auch aus unterschiedlichen Bereichen (Verwaltung), nehmen an der Erbringung von Leistungen teil. Nachträgliche Bewertung von Einsprüchen im Zusammenhang mit Genehmigungen für Behindertenparkplätze durch eine zuständige Kommission der Provinz.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — bis 25%	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen Verwaltung- und buchhalterische Kontrollen**

PROZESS / PHASE ⟶ Einnahme der für Private durchgeführte bzw. bereitgestellte Leistungen Beträge.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Rechnungen ausstellen, Buchhaltungsunterlagen sammeln.	Einziehung von Beträgen, Überprüfung der Zahlungen, Aktualisierung der Buchhaltungsunterlagen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben.	1. Fehlende Kontrollen 10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion 2. Mangel an Transparenz	Trennung zwischen Personal, das die Programmierung durchführt und welches die Aufsicht durchführt. Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Personalrotation. Einfügen des Protokolls über die amtliche Kontrolle in die Datenbank des Dienstes. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen ex ante durch gelegentlichen Zugang des Kunden zu den Schalterbeamten Kontrollen ex post: Monatlich wird ein Bericht für die Abteilung Buchhaltung und Finanzen zusammengestellt über die Anzahl der Einnahmen im Vergleich zu den erbrachten Leistungen (und deren Art). Die erbrachten bezahlten Leistungen werden in einer Datenbank, die auch für die Verwaltungsabteilung zugänglich ist, registriert. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz 3. Rotation 7. Delegation Jeder kodierten Leistung wird im Landestarifverzeichnis ein bestimmter Betrag zugewiesen; die Mitarbeiter, die für die Einnahme zuständig sind, werden durch einen Beschluss vom Bezirk festgelegt. Rotation des Personals auf Grund der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit an ein monokratisches Organ (1 Fachmann).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH:	Ermächtigungen oder Konzessionen (d.h. begünstigende Verwaltungsmaßnahmen ohne direkte und unmittelbare wirtschaftliche Auswirkungen für den Betroffenen)

PROZESS / PHASE →	Nekroskopie und Rechtsmedizin (Untersuchungen, verschiedene Bescheinigungen, Transportgenehmigungen).	INPUT	Entgegennahme von Obduktionsanträgen, Sammlung von Unterlagen, Untersuchung der Todesumstände.	OUTPUT	Durchführung von Leichenschau, Ausstellung medizinisch-rechtlicher Bescheinigungen, Genehmigung des Transports.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste); Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die totenpolizeilichen Bestimmungen sehen eine doppelte und zeitlich versetzte Leichenschau, seitens des AFA und des Leichenschauers vor.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen: Bereitschaftskalender mindestens monatlich festgelegt Ex post Kontrolle nach Zufallsprinzip: Anwesenheit von Polizeikräften, wenn die Tätigkeit im Auftrag der Staatsanwaltschaft durchgeführt wird. Kontrollen ex post pro Auftrag: Anwesenheit eines Mitarbeiters des Bestattungsdienstes; ISTAT-Zertifikat vom behandelnden Arzt erlassen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation 7. Delegation Rotation des Personals. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein monokratisches Organ (1 Fachmann).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen, Sanktionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Totenpolizeiliche Obliegenheiten.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Entgegennahme von Todesmeldungen, Sammlung rechtlicher Unterlagen, Koordination mit den zuständigen Behörden.	Durchführung von Kontrollen, Überprüfung der Konformität, Gewährleistung der Einhaltung von Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Programmierung erfolgt zu Beginn des Jahres. Tätigkeit, die normalerweise von zwei Professionisten ausgeführt wird.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen: Bereitschaftskalender mindestens 2-mal jährlich. Kontrollen ex post pro Auftrag: Anwesenheit eines Mitarbeiters der Gemeinde. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: halbjährlich, ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation Rotation des Personals.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Andere**

PROZESS / PHASE →	Einladungen zur Pflichtimpfung laut Gesetz 2017, Juni, nr.73, Impfanamnese, Zustimmung, Vorbereitung und Verabreichung des Impfstoffes, Berechnung des Impfstoffes laut Landestarifverzeichnis, Beobachtungzeit nach Impfung (20 Minuten).	**INPUT**	**OUTPUT**
		Festlegung des Impfplans, Vorbereitung der Einladungen, Festsetzung der eventuellen Impfkosten.	Versand von Einladungen, Verabreichung des Impfstoffs, Beobachtung des Patienten, Erfassung der Informationen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Automatische Programmierung der Einladungen mit Programm. Terminvergabe durch die einheitliche Vormerkungsstelle. Rotation des Personals.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex ante Kontrollen: Impfkalender, OMS-Richtlinien, Prozeduren, zufällige Zuteilung der Ambulanzen zwischen den Mitarbeitern. Überprüfung ex post nach Zufallsprinzip. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 7. Delegation Begründungspflicht. Rotation des Personals. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit an ein Kollegialorgan (mindestens 2 Fachleute).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen und Konzessionen**

PROZESS / PHASE ⟶	Durchführung der notwendigen Tests (Reaktionszeiten, Visiotest) zur Erlangung der ärztlichen Eignung für: Führerscheine, Bootsführerscheine, Waffenpass, Adoptionen und anderes.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Entgegennahme von Testanfragen, Sammlung der erforderlichen Unterlagen, Planung der Tests.	Durchführung von Tests, Ausstellung von Eignungsbescheinigungen, Erteilung von Führerscheinen und Genehmigungen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Rotation des Personals der Ambulatorien, einheitliche Vormerkungsstelle. Zuweisung von Aufgaben auf der Grundlage eines vordefinierten Arbeitsturnus, Rotation des Personals entsprechend des a priori festgelegten Turnus.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation 7. Delegation Begründungspflicht. Rotation des Personals. Delegierung von Inspektions-, Kontroll- und Überwachungstätigkeit und Prozesse mit hohem Risiko an ein monokratisches Organ (1 Fachmann).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Rotation — — — bis 25%	

RISIKOBEREICH: **Ermächtigungen und Konzessionen**

PROZESS / PHASE ⟶ Epidemiologische Erhebung und Dokumentation bei Infektionskrankheiten.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Erhebung von Gesundheitsdaten, Überwachung von Infektionskrankheiten, Entgegennahme von Meldungen.	Durchführung der epidemiologischen Überwachung, Meldung von Infektionskrankheiten, Aktualisierung der Gesundheitsregister.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjektes auf erster Stelle in der Warteliste). Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben, um Fälle zu bevorzugen.	12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Bearbeitung der Fälle nach Uhrzeit und Datum des Eingangs und nach Risiko für die öffentliche Gesundheit.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung ex post nach Zufallsprinzip. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 3. Rotation Begründungspflicht. Rotation des Personals aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 6. Umsetzung von Maßnahmen		ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN* / IST-ERGEBNIS / ZIEL LAUFENDES JAHR / ZIEL NÄCHSTES JAHR Kontrolle — — — bis 25%	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

RISIKOBEREICH: **Andere**

PROZESS / PHASE ⟶ Verwaltung der Vormerkungen Impfungen, Reiseberatung und Impfgespräche.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Terminvereinbarungen, Organisation der Personalverfügbarkeit, Erhebung von Informationen für Beratungen.	Terminvergabe, reisemedizinische Beratung, Durchführung von Impfgesprächen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Missbrauch der Prozedur und beim Erlass von Maßnahmen, um gewisse Subjekte zu begünstigen (z.B. Einfügen eines Subjekts auf erster Stelle in der Warteliste). Missbrauch bei der Ausstellung von Genehmigungen, um gewisse Subjekte zu begünstigen. Unrechtmäßige Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Entgelt oder anderen Begünstigungen in Zusammenhang mit der Ausübung der eigenen Funktion oder Aufgaben um Fälle zu bevorzugen.	1. Fehlende Kontrollen 10. Nichtumsetzung der Unterscheidung zwischen Kontroll- und aktiver Verwaltungsfunktion 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Rotation des Personals der Ambulatorien, einheitliche Vormerkungsstelle. Zuweisung von Aufgaben auf der Grundlage eines vordefinierten Arbeitsturnus, Rotation des Personals entsprechend des a priori festgelegten Turnus.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: KONTROLLVERANTWORTLICHE: HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ART DER ÜBERPRÜFUNG: WEITERE MAßNAHMEN: 3. Rotation Rotation des Personals.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

4. Undurchsichtigkeit

6. Umsetzung von Maßnahmen

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			bis 25%
Kontrolle			bis 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Sponsoring	Dienst für Innovation, Forschung und Lehre (IRTS)	Forschungsverwaltung	Dr.in Mirta Fedrizzi

RISIKOBEREICH: Sponsoring für Projekte der Gesundheitsforschung

PROZESS / PHASE →	INPUT	OUTPUT
Verträge zur Durchführung von klinischen no-profit-Studien oder Forschungsprojekten des Sanitätsbetriebes, die von Dritten finanziert werden.	Betriebliches Forschungsprojekt, finanziert durch Dritte, oder Vorschlag für eine klinische no-profit-Studie	Abschluss von Verträgen zur Durchführung der finanzierten Studien oder Projekte.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Interessenskonflikt zwischen dem Projektträger und dem Drittmittelgeber.	15. Interessenkonflikt	Es bestehen begrenzte Ermessensspielräume, da Leitlinien vom Koordinierungszentrum der Ethikkommissionen vorgesehen sind. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 1. Externe Interesse 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Selbsterklärung über das Vorliegen finanzieller Interessen oder von Beratungs- und Kooperationsverhältnissen mit dem Sponsor der Studie, auf dem vom Nationalen Koordinierungszentrum der Ethikkommissionen bereitgestellten Formular. Bewertung des Nichtvorliegens bestimmter Vertragsklauseln durch die Ethikkommission. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 4. Inspektionen 2. Transparenz Gutachten von Seiten des Direktors der beteiligten operativen Einheit. Veröffentlichung der im Rahmen des Projekts eingenommenen Beträge im entsprechenden Bereich der transparenten Verwaltung.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM, jedoch werden mögliche Interventionen geprüft, um ihre Wirksamkeit weiter zu erhöhen Betriebsreglement über Sponsoren und Schenkungen (zu implementieren) Umsetzungszeitrahmen: 3 Jahre Status: In Bearbeitung Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Fuhrpark	Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für Bezirkslogistik / Transporteinheit	Dr. Francesco Gullotti / Martin Gamper

RISIKOBEREICH: Nichtkonforme Nutzung

PROZESS / PHASE		INPUT	OUTPUT
Zuteilung der Fahrzeuge zu den Diensten auf der Grundlage der jährlich geplanten Aktivitäten. Innerhalb des Dienstes werden die Fahrzeuge nach der täglichen Detailplanung und zu bestimmten Tätigkeiten zugewiesen.	⟶	Erfassung und Zuteilung der Firmenfahrzeuge.	Verteilung der Firmenfahrzeuge an die Dienste; tägliche Zuweisung zu den spezifischen Tätigkeiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ermessensfreiheit bei der Nutzung von Fahrzeugen nach Kriterien, die für die Arbeitstätigkeit nicht zweckmäßig sind. Mangelnde Transparenz der Verfahren.	9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Die Nutzung eines Fahrzeuges zu Arbeitszwecken ist geregelt und wird verfolgt. Anomalien sind möglich, aber leicht zu erkennen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Regelmäßige Überprüfung des gesamten Fuhrparks während der Zählung und bei der Aufnahme neuer Fahrzeuge. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Pflicht zur Begründung der einzelnen Fahrt, Angabe des Anfangs- und Endkilometerstandes sowie der insgesamt zurückgelegten Kilometer. IT-Plattform für die Verwaltung und Buchung von Fahrzeugen (Krankenhaus Bozen, Park Edison, Territorium) sowie auch für die Zählung und Zuweisung und Fahrzeuge. Automatische Benachrichtigungsmechanismen für Verantwortliche bei Buchungen und Übereinstimmungskontrollen bei der Verwendung von Tankkarten. Bessere Kontrolle bei Wartungs- und Reparaturarbeiten. Höhere Transparenz bei der Durchführung von Fahrten. Fahrzeugvorschriften-Regelung für den Fuhrpark: Aktualisierung und Überarbeitung des Dokuments. R.A.C.I.S.-Matrix mit eindeutiger Definition der zugewiesenen Verantwortlichkeiten. Besondere Transparenzverpflichtungen: Veröffentlichung auf der Amtstafel des Genehmigungsbeschlusses.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Parkplatzverwaltung und -administration am Krankenhaus	Abteilung Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für Verpflegungsdienste und Kontrolle von vergebenen Diensten	Dr.in Daniela Qualtieri

RISIKOBEREICH: Zugang zu den Parkplätzen

PROZESS / PHASE ⟶ Verwaltung der Parkplatzzugänge gemäß der Betriebsordnung.	INPUT: Antrag auf Zugang/Parkplatz durch berechtigtes Personal oder berechtigte Nutzer.	OUTPUT: Genehmigung und Registrierung des Parkplatzzugangs.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Unbefugter Zutritt zum Krankenhausgelände Missbräuchliche. Nutzung der Parkplätze durch Mitarbeitende und externe unberechtigte Personen. Manipulation von Zugangs- bzw. Abrechnungsdaten.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Kontrollen mit Kennzeichenerkennungssystemen, Stempelkarte und Parkplatzkarten Zugangskontrolle über Kameras und Gegensprechanlagen. Abschaffung des Zugangs mit nicht registrierten Chips. Zusammenarbeit mit SEAB und dem Infopoint zur Kontrolle des Westzugangs Automatisierte Verwaltung der Belastungen.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Monatliche Überprüfung der Zugangsdaten. Zugangskontrolle über das Kennzeichenerkennungssystem und/oder persönlichen Stempelkarten. Monatliche Überprüfung der Zahlungen externer Abonnenten. Überwachung der Rückgabe von zugewiesenen Parkplatzkarten an externe Abonnenten sowie der Austritte von Mitarbeiter. Überprüfung und Überwachung der Belastungen sowohl für Mitarbeiter als auch für externe Abonnenten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 12. Sonstiges 9. Whistleblowing Information des Personals. Periodische Aktualisierung der Betriebsordnung. Whistleblowing-Mechanismen.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 1. Externe Interesse 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Schenkungen	Abteilung für Technik und Vermögen	Inventarbüro	Herbert Vescoli

RISIKOBEREICH: Schenkungen ≥ €30.000

PROZESS / PHASE	⟶ Annahme der vorgeschlagenen Schenkung beweglicher Güter.	INPUT	OUTPUT
		Formeller Schenkungsantrag mit Beschreibung des beweglichen Gutes und technischer Dokumentation	Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der Schenkung auf der Grundlage der verbindlichen Stellungnahme des technischen Komitees.☐

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG		GEGENMAßNAHMEN	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Interessenskonflikt mit dem institutionellen Auftrag des Sanitätsbetriebes, vertragliche Abhängigkeit aufgrund des geschenkten Guts (z.B. Instandhaltung, Konsummaterial usw.)	15. Interessenkonflikt 12. Übermäßige Ermessensfreiheit	Bewertung der Annahme gemäß Landesbeschluss Nr. 192 vom 02.01.2006 Art. 16 und Verfahren Beschluss SB Nr. 2021-A-000037	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Verabschiedung einer spezifischen Verordnung bis Ende 2024 Überwachung gemäß den festgelegten Verfahren Internen technische Komitee zur Prüfung der Schenkung und Abgabe einer verbindlichen Stellungnahme	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 5. Erklärungen 1. Weitere Kontrollen Gutachten von Seiten der betroffenen Abteilung. Bewertung der Annahme gemäß Landesbeschluss Nr. 192 vom 02.01.2006 Art. 16 und Verfahren Beschluss SB Nr. 2021-A-000037.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 2. Ermessensspielraum 3. Vorhergangene Korruptionvorfälle			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Schenkungen	Dienst für Innovation, Forschung und Lehre (IRTS)	Forschungsverwaltung	Dr.in Mirta Fedrizzi

RISIKOBEREICH: Schenkungen für Gesundheitsforschung

PROZESS / PHASE → Prozedur zur Annahme von Vorschlägen für Geldspenden oder beweglichen Gütern.	INPUT: Vorschlag zur Spende durch Drittpersonen	OUTPUT: Formelle Annahme der Spende und Übernahme der gespendeten Ressourcen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG
Möglicher Interessenkonflikt zwischen dem Zieldienst und dem institutionellen Interesse des Sanitätsbetriebs, vertragliche Abhängigkeit infolge der Annahme des beweglichen Gutes (z.B. Wartungsvertrag usw.).	15. Interessenkonflikt	Bewertung der Annahme gemäß der im Spendenreglement vorgesehenen Prozedur.	NIEDRIGES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc / ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
WEITERE MAßNAHMEN: 4. Inspektionen 2. Transparenz — Gutachten von Seiten des Direktors der beteiligten operativen Einheit. Veröffentlichung der Beschlussniederschrift über die Annahme der Spende.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform
Regulierung			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Interne Kontrolle	Generaldirektion	Amt für Internal Auditing	Dr. Luigi Catapano

RISIKOBEREICH: Überwachung, Kontrollen, Inspektionen

PROZESS / PHASE → Aufsichts- und Kontrolltätigkeiten im Verwaltungs-/Buchhaltungs- und Managementbereich.	INPUT: Von der Generaldirektion genehmigter Prüfungsplan	OUTPUT: Prüfungsbericht

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	
Missbrauch des Verfahrens, um bestimmte Personen zu begünstigen; Missbrauch bei der Ausübung von Kontrollfunktionen, um bestimmte Personen zu begünstigen Unangemessene Forderung und/oder Annahme von Geschenken, Vergütungen oder sonstigen Vorteilen im Zusammenhang mit der Erfüllung der eigenen Funktionen oder der übertragenen Aufgaben. Schaffung eines übermäßigen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Betreiber und dem Kontrolleur. Druck/Einschüchterung	1. Fehlende Kontrollen	Das Amt für Internal Auditing ist unabhängig und hierarchisch der Generaldirektion unterstellt, während die anderen Einheiten der Verwaltungsdirektion unterstehen; der Prozess der Risikobewertung und der Festlegung des Prüfungsplans ist formalisiert und unterliegt der Kontrolle der Generaldirektion, des Betriebsrats und der Stellungnahme der Provinz; die Audits werden immer von einem Team von zwei oder mehr Personen durchgeführt und unterliegen der Aufsicht des Leiters der Internal Auditing; Rotation der Aufgaben innerhalb der Struktur. BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit	NIEDRIGES RISIKO

GEGENMAßNAHMEN

DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
KONTROLLEBESCHREIBUNG: Überprüfung durch die Generaldirektion, den Betriebsrat sowie eine Stellungnahme der Autonomen Provinz Bozen.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
KONTROLLVERANTWORTLICHE: Autonome Provinz Bozen, Sonstiges	
HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc, jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig, stichprobeweise	
WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Veröffentlicht auf der Seite Sabes - Beschlüsse.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Vereinfachung			ja
Fortbildung			25%

RISIKOBEREICH: **Urteilsbildung - Auditprozess**

PROZESS / PHASE ⟶ Ergebnis der Bewertung des Auditprozesses.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Risikobestimmung	Risikobewertung
KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Ergebnis verbessert oder verschlechtert zugunsten der betroffenen Person.	1. Fehlende Kontrollen	Der Auditprozess ist vollständig abgebildet und nachvollziehbar, die Bewertung folgt einer formalisierten und überlegten Methodik. Das Ergebnis wird mit dem Geprüften geteilt, der im Exit-Meeting die Möglichkeit hat, seine abweichende Stellungnahme zu den Ergebnissen des Audits zu äußern.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Aufsicht durch den Leiter der Internal Auditing zur korrekten Anwendung der Methodik durch das Prüfungsteam. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Es liegt eine genehmigte und auch mit den Geprüften abgestimmte Methodik vor; der Prozess ist nachvollziehbar und rückverfolgbar, sodass man zum gleichen Ergebnis gelangen kann. Protokolliert und in der Dokumentenverwaltungssoftware Archiflow veröffentlicht.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Informationsflüsse und Kommunikation**

PROZESS / PHASE ⟶ Berichterstattung an interne und externe Führungskräfte.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Auflistung der Ergebnisse der einzelnen Prüfungstätigkeiten	Halbjahres- und Jahresbericht

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Veränderte Informationen, die nicht der Realität entsprechen.	1. Fehlende Kontrollen	Die Schritte der Prüfungstätigkeit sind nachverfolgbar; den Führungskräften wird ein halbjährlicher Fortschrittsbericht zur Verfügung gestellt; der Geprüfte gibt ein formelles Urteil über die Qualität der von der Internal Auditing während der Prüfung erbrachten Leistungen ab.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Ex-ante Kontrolle während des Exit-Meetings durch den Geprüften. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 2. Transparenz Das Ergebnis des einzelnen Audits wird nach Abschluss der Tätigkeit an die Führungskräfte übermittelt. Vor Abschluss der Tätigkeit kann der Geprüfte seine abweichende Stellungnahme zu den Ergebnissen des Audits äußern und protokollieren.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%
Transparenz			regelkonform

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Lagerverwaltung	Abteilung Verwaltungsleitung des Krankenhauses Bozen	Amt für Bezirkslogistik	Dr. Francesco Gullotti Cordaro

RISIKOBEREICH: **Beschaffung**

PROZESS / PHASE → Überprüfung der Korrektheit der erhaltenen Lieferungen in Bezug auf Menge und Qualität.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Lieferung von Waren durch den Lieferanten.	Bestätigung der Konformität der Lieferung oder Meldung einer Nichtkonformität.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Mangel und/oder Überschuss an Waren.	1. Fehlende Kontrollen 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Standardisierte Tätigkeit, Aufgabenverteilung, Schulung des Personals zu den Verfahren und Arbeitsanweisungen für das Lager (Beschaffungsverfahren).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Während der Zählung Anwesenheit von Dritten während der Überprüfung (Personal aus anderen Lagern/Einheiten). Periodische unterjährige Inventuren. Jährliche Stichprobenkontrolle durch den externen Wirtschaftsprüfer.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Überwachungsrat	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 4. Inspektionen Trennung zwischen dem, der bestellt, dem, der entgegennimmt, und dem, der die Ware verwaltet. Überwachung durch den pharmazeutischen Dienst. Vorhandensein eines Implementierungspfads zur Zertifizierung (PAC) und computergestützte Verwaltung über spezielle Software.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 6. Umsetzung von Maßnahmen 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform
Fortbildung			100%

RISIKOBEREICH: **Verwaltung periodischer physischer Inventuren**

PROZESS / PHASE → Durchführung der physischen Zählung und Unterzeichnung eines Berichts mit den Ergebnissen.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Notwendigkeit der Überprüfung des Inventars oder des vorhandenen Materials.	Unterzeichneter Bericht mit dem Ergebnis der durchgeführten physischen Bestandsaufnahme.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Möglicher Verlust von Unternehmenswerten, die bei der Inventur als vorhanden erfasst werden	7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Inventarplanung, um sicherzustellen, dass die Tätigkeit von mehreren Personen durchgeführt wird; Anwesenheit von Dritten während der Überprüfung (Personal aus anderen Lagern).	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Während der Bestandsaufnahme Anwesenheit von externem Personal zur Kontrolle (z. B. Mitarbeiter anderer Lagerbereiche/Bezirke). Regelmäßige unterjährige Inventurprüfungen. Jährliche Stichprobenprüfung durch einen externen Wirtschaftsprüfer.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Überwachungsrat	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise, vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 4. Inspektionen 3. Rotation Anwesenheit von Dritten während der Erfassung. Es ist vorgesehen, das Personal zwischen den verschiedenen Lagern des Unternehmens zu rotieren.	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Rotation			100%

RISIKOBEREICH: **Verwaltung periodischer physischer Inventuren**

PROZESS / PHASE ⟶ Erstellung des gerichtlichen Kontos.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Rechnungs- und Verwaltungdokumentation im Zusammenhang mit der Bewirtschaftung öffentlicher Vermögenswerte.	Formell erstellter Gerichtskonto, bereit zur Übermittlung an die zuständigen Kontrollorgane.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Das Risiko kann sich beziehen auf: •Falsche Bewertung •Unzureichende Buchführung •Interne Kontrolle, •Frühere Fehler, •Diebstahl und Verlust von Vermögenswerten	1. Fehlende Kontrollen	Es gibt ein EDV-gestütztes Verfahren zur Erstellung gerichtlicher Konten; Die Konten unterliegen einer internen Kontrolle durch die zuständigen Lagerleiter und einer Überprüfung durch die Finanzabteilung sowie der Überprüfung durch den Aufsichtsrat. Schließlich unterliegen sie der externen Kontrolle durch den Rechnungshof.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrollen sowohl ex ante als auch ex post, sowohl intern als auch extern. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Überwachungsrat, Rechnungshof , Internal Auditing (nur bei Kontrolle der Dritten Ebene), Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Computergestütztes Verfahren zur Datenextraktion gerichtlicher Konten; Trennung zwischen dem, der das Konto erstellt, dem, der es kontrolliert, und dem, der es abgleicht. Vorhandensein einer speziellen Regelung für gerichtliche Konten.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Lagerbestand von medizinischen Gütern**

PROZESS / PHASE ⟶ Verwaltung von Medikamenten.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Beschaffung von Medikamenten.	Lagerung, Dokumentation und Verteilung von Arzneimitteln an die anfordernden Einheiten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Bestellung neuer Medikamente bei Vorhandensein von ablaufenden und/oder bereits im Lager befindlichen Medikamenten.	1. Fehlende Kontrollen 8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Schulung des Personals zu den Verfahren und Arbeitsanweisungen des Lagers (Beschaffungsverfahren und Verwaltung von Verfallsdaten medizinischer Güter).	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle bei der Warenanlieferung, inklusive möglicher Erkennung von Nichtkonformitäten. Lagerarbeiter dürfen Waren nur über das System bewegen. Die Handhabung von Chargen und Haltbarkeiten ist anspruchsvoll und hängt von der Zusammenarbeit mit den Apothekern ab. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich, monatlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen 2. Transparenz Vorhandensein eines Implementierungspfads zur Zertifizierung (PAC). Computergestütztes Verfahren zur Verfolgung des Produkts; Trennung der Aufgaben zwischen dem, der bestellt, und dem, der kontrolliert; Bericht über abgelaufene Medikamente mit Angabe von Eusis-Code und Chargennummer. Einführung einer neuen Lagerverwaltungssoftware (WMS).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit 2. Ermessensspielraum 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform
Vereinfachung			ja

RISIKOBEREICH: **Verwaltung abgelaufener Güter**

PROZESS / PHASE ⟶ Entsorgung abgelaufener Güter.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identifizierung von abgelaufenen Gütern.	Entnahme aus dem Lager und Einleitung des ordnungsgemäßen Entsorgungsverfahrens gemäß den geltenden Vorschriften.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Das Risiko kann sich beziehen auf: •Umweltverschmutzung •Risiken für die öffentliche Gesundheit (z. B. Verbreitung von Antibiotika) •Gesetzeskonformität (z. B. Strafen für illegale Entsorgung)	8. Unzureichende oder fehlende Kompetenzen des mit den Verfahren betrauten Personals	Schulung des Personals zu den Verfahren und Arbeitsanweisungen des Lagers für die korrekte Entsorgung abgelaufener Güter.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Kontrolle durch die Finanzabteilung und den Aufsichtsrat. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Überwachungsrat, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Arbeitsanweisung zur Entsorgung abgelaufener Güter. Vorhandensein eines Implementierungspfads zur Zertifizierung (PAC).	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 4. Undurchsichtigkeit			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Verbrauch von Gütern**

PROZESS / PHASE ⟶ Überwachung des Verbrauchs von Gütern.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Anforderungen von Gütern durch die Fachabteilungen; Daten zum Lagerbestand; historische Entwicklung; relevante Verbrauchsindikatoren.	Bericht zur Verbrauchsüberwachung, Anzeige von Auffälligkeiten und Empfehlungen zur Nachbestellung.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Die Festlegung der Anforderbarkeit durch Dienste und Abteilungen muss den tatsächlichen Bedürfnissen des Dienstes oder der Abteilung entsprechen.	2. Mangel an Transparenz	Regelmäßige Überwachung durch die Medizinische Leitung/Territoriale Leitung der Güter, die von den Abteilungen und Diensten angefordert werden.	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Nachträgliche Kontrolle der relevanten Abteilungskennzahlen	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.
				KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges	
				HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig	
				WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Erweiterung des Verfahrens C.6 „Überwachung des Verbrauchs medizinischer Güter" auf alle Güter. Erweiterung des Implementierungspfads zur Zertifizierung (PAC).	Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Regulierung			regelkonform

RISIKOBEREICH: **Kontrolle der im Lager vorhandenen Gütermenge**

PROZESS / PHASE ⟶ Möglicher Diebstahl von Gütern aus den Lagern.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Bestandsdaten und Zu- bzw. Abgangsbuchungen.	Überprüfung der Übereinstimmung zwischen physischen und gebuchten Beständen.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	**BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN**	**RISIKOBEWERTUNG**		**GEGENMAßNAHMEN**	
		BEGRÜNDUNG		DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Schwierigkeiten aufgrund der physischen Struktur der Lager (z.B. Mangel an angemessener Zugangskontrolle) bei der Überwachung der Lagerbestände.	1. Fehlende Kontrollen 9. Unzureichende Verbreitung der Kultur der Rechtmäßigkeit / Kenntnis der Referenzgesetzgebung	Erschwerte Lagerbestandsüberwachung aufgrund baulicher Gegebenheiten der Lagerstruktur (z. B. unzureichende Zugangskontrollen).	MITTLERES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Periodizität: jährliche Überprüfung des Zugangssystems KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: jährlich ART DER ÜBERPRÜFUNG: vollständig WEITERE MAßNAHMEN: 1. Weitere Kontrollen Erweiterung des Zugangsnachverfolgungssystems auf alle Lagerbereiche.	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.
		BEWERTUNGSINDIKATOREN* 9. Interne Kontrollen			

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			100%

MAKROPROZESS/OPERATIVER BEREICH	ABTEILUNG/DIENSTSTELLE	AMT/SACHGEBIET	VERANTWORTLICHE/R
Ableben im Krankenhaus	Ärztliche Leitung / Dienst für pathologische Anatomie	-	Dr.in Roberta Vanzetta (BK), Dr.in Monika Zaebisch (BZ); Dr. Marco Mancini (BX); Dr. Valter Ciarrocchi (ME) / Dr.in Esther Hanspeter (BZ)

RISIKOBEREICH: Ableben im Krankenhaus und Bestattungstätigkeit

PROZESS / PHASE →	Feststellung des Todes, Benachrichtigung, Versorgung der Leiche, Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmen.	INPUT: Todesbescheinigung, Krankenakte, Antrag auf Bestattungsdienstleistungen.	OUTPUT: Todesmeldung, Übergabe der Leiche, Aktivierung von Bestattungsdiensten.

KORRUPTIONS-EREIGNIS / RISIKO	BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN	RISIKOBEWERTUNG – BEGRÜNDUNG	RISIKOBEWERTUNG	GEGENMAßNAHMEN – DERZEITIGE MAßNAHMEN	GEPLANTE MAßNAHMEN
Vorzeitige Benachrichtigung von Bestattungsunternehmen über Todesfälle im Austausch für persönliche Vorteile. Empfehlung bestimmter Bestattungsunternehmen an Angehörige. Annahme von Geschenken oder finanziellen Zuwendungen. Unbefugtes Betreten der Leichensäle.	1. Fehlende Kontrollen 2. Mangel an Transparenz 12. Übermäßige Ermessensfreiheit 6. Monopolisierung der Zuständigkeiten 7. Geringe interne Rechenschaftspflicht 15. Interessenkonflikt	Aktualisierte und veröffentlichte Arbeitsanweisungen (ID 9963/23), automatische Rotation des zuständigen Personals (zufälliger Transport von Leichen), Verbot der Annahme von Geschenken oder Vergütungen (Verhaltenskodex), keine Listen von Bestattungsunternehmen in den Krankenhausräumen, selbstständige Wahl des Bestattungsunternehmens durch die Familie, Zugangsregister für Bestattungsunternehmen, nachvollziehbare und digitalisierte Verwaltung, regelmäßige Überwachung durch den RPC und den Clinical Risk Manager.	NIEDRIGES RISIKO	KONTROLLEBESCHREIBUNG: Automatische Rotation des Personals für Leichensäle und Leichentransporte, Verbot, Angehörigen Bestattungsunternehmen zu empfehlen, keine Listen von Bestattungsunternehmen in den Krankenhausräumen, regelmäßige Schulungen zu Ethik und Rechtmäßigkeit, unternehmensinterner Verhaltenskodex, regelmäßige Kontrollen und interne Inspektionen, aktive Whistleblowing-Mechanismen, verpflichtende Meldung von Interessenkonflikten, Zugangsregister für Bestattungsunternehmen, ad-hoc-Verfahren für die Verwaltung des Eigentums Verstorbener. KONTROLLVERANTWORTLICHE: Verantwortlicher des Prozesses, Verantwortlicher für die Korruptionsvorbeugung, Sonstiges HÄUFIGKEIT DER KONTROLLE: ad hoc ART DER ÜBERPRÜFUNG: stichprobeweise WEITERE MAßNAHMEN:	Die bestehende Maßnahmen SIND WIRKSAM daher sind keine Korrekturmaßnahmen erforderlich. Der interne/externe Kontext SIND UNVERÄNDERT GEBLIEBEN daher ist es nicht notwendig, weitere Gegenmaßnahmen vorzusehen.

BEWERTUNGSINDIKATOREN*

2. Ermessensspielraum

1. Externe Interesse

4. Undurchsichtigkeit

6. Umsetzung von Maßnahmen

ÜBERWACHUNGS-INDIKATOREN*	IST-ERGEBNIS	ZIEL LAUFENDES JAHR	ZIEL NÄCHSTES JAHR
Kontrolle			bis 25%
Ethik und Verhalten			ja
Regulierung			regelkonform

Sez. 2.3 PIAO II - Mappatura dei processi decisionali e analisi del rischio

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 - Delibera ANAC 1064 del 13.11.2019 e il rispettivo Allegato metodologico prevedono che la misurazione di ogni criterio avvenga mediante una scala di misurazione **"alto – medio – basso"** ed una adeguata motivazione alla luce dei dati e delle evidenze raccolte. Si rammenta che il rischio di corruzione è considerato basso se dal calcolo complessivo delle medie aritmetiche riferite alla probabilità del verificarsi e all'impatto se ne ricava un valore complessivo da 0 a 3. Il rischio è considerato medio quando dalla valutazione complessiva emerge un valore complessivo tra 3 e 4 ed il rischio è considerato alto quando il valore complessivo supera invece 4. *(Si annota che in conformità con le linee guida del Parlamento Europeo sulla neutralità di genere nel linguaggio, si specifica come l'utilizzo del maschile riferito a persone e professioni è da intendersi come neutro.)*

(A) - Controlli, verifiche e ispezioni 2
(B) - Personale 6
(C) - Contratti pubblici 17
(D) - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni cliniche e ricerca sanitaria 36
(E-F) - Strutture private accreditate e Liste d'attesa 51
(G) - Attività Libero Professionale Intramoenia (LPI) 56
(H) - Ripartizione Aziendale Legale e Affari Generali 62
(I) - Ripartizione Informatica 70
(J) - Servizio aziendale di medicina del lavoro 72
(K) - Servizio aziendale di medicina dello sport 90
(L) - Servizio veterinario aziendale 93
(M) - Minialloggi e altre soluzioni abitative 103
(N) - Asili nido aziendale, microstrutture convenzionate 104
(O) - Servizio per le dipendenze – SERD 108
(P) - Gestione patrimonio e immobiliare 110
(Q-R) - Servizio aziendale di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) ed ispettorato micologico 115
(S) - Servizio aziendale Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) - Sezione di medicina ambientale 125
(T) - Servizio aziendale di Igiene e Sanità pubblica (S.I.S.P.) 129
(U) - Sponsorizzazione 140
(V) - Autovetture e parcheggi 141
(W) - Donazioni 143
(X) - Ufficio Internal Auditing 145
(Z) - Magazzino 148
(AA) - Attività conseguente ai decessi intraospedalieri 155

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Ufficio Bilancio	Dott.ssa Paola Gorini

AREA DI RISCHIO: **Gestione delle entrate e delle uscite**

PROCESSO / FASE ⟶ Predisposizione degli atti di bilancio.				**INPUT**	**OUTPUT**	
				Raccolta dei dati contabili e delle previsioni di entrata e spesa.	Redazione e approvazione degli atti di bilancio.	
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**		
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE		PROGRAMMATE
Violazione delle norme in materia di predisposizione del bilancio, mediante iscrizione di dati non corretti nel bilancio.	1. Mancanza di controlli 7. Scarsa responsabilizzazione interna 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 11. Assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA.	L'iscrizione di dati nel bilancio avviene in base ai principi contabili ed è controllata dal Collegio Sindacale, dalla società di revisione, dalla Provincia e dalla Corte dei Conti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Implementati controlli interni da parte dei servizi stessi (procedure PAC)		Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Collegio Sindacale, Società di revisione, Provincia di Bolzano, Responsabile del processo		
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione		
				ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Applicazione delle procedure previste dal PAC (Percorso attuativo della certificabilità del Bilancio) e controlli pianificati da parte dell'Internal Auditing. Pubblicazione del bilancio.		Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO		
				Controlli — — — 100%		
				Trasparenza — — — conforme		

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Ufficio Contabilità e Tributi	Dott.ssa Roberta Biasi

AREA DI RISCHIO: **Gestione delle entrate e delle uscite**

PROCESSO / FASE → Contabilità fornitori (archivio fornitori, registrazione fatture) ed emissione ordinativi di pagamento.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Fatture e dati anagrafici dei fornitori, impegni di spesa approvati	Registrazione delle fatture e emissione degli ordinativi di pagamento verso i fornitori

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'inserimento di nuovi fornitori nonché nella definizione/applicazione dei criteri di priorità al fine di favorire taluni creditori/fornitori, p.e. favorire creditori pagando prima della scadenza contrattuale/legale.	1. Mancanza di controlli	La registrazione di nuovi fornitori avviene nella Ripartizione Finanze su richiesta degli altri servizi. Le scadenze delle fatture vengono definite nei contratti/ordini, il pagamento avviene rispettando tali scadenze, rispettando le procedure di pagamento.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica inadempienze relative ad imposte o oneri sociali mediante Agenzia delle Entrate-Riscossione e DURC. Alla Ripartizione Finanze sono attribuiti i compiti di riscontro, anche a campione, sulla regolarità dei mandati di spesa. Controllo della gestione da parte del Collegio sindacale, dell'Internal Audit e della società di revisione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Collegio Sindacale, Società di revisione, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli Separazione tra personale che propone l'inserimento di nuovi soggetti e quello che li inserisce e che provvede alla registrazione delle fatture e al relativo pagamento. Regolamento per le procedure di incasso e di pagamento - Delibera del D.G. n. 171 del 14.10.2010. Pubblicazione delle scadenze per il pagamento; portale PROFIS per il controllo sulle fatture dei fornitori; piattaforma dei crediti commerciali presso il MEF.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Gestione delle entrate e delle uscite**

PROCESSO / FASE → Sorveglianza, controllo e formale discarico dei servizi economato e di cassa	**INPUT**	**OUTPUT**
	Operazioni economali (incassi e pagamenti), documentazione giustificativa (fatture, ricevute), registrazioni contabili, rendiconti periodici, normative interne.	Verifica della regolarità, approvazione dei rendiconti, discarico formale dell'economo, trasmissione del conto giudiziale, azioni correttive in caso di irregolarità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Appropriazione indebita delle somme incassate alle casse, vale a dire le somme incassate non vengono versate sul conto dell'Azienda Sanitaria.	1. Mancanza di controlli	I servizi di cassa sono ormai informatizzati. In base al regolamento di cassa vengono effettuati controlli periodici e controlli delle singole rendicontazioni.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Il responsabile del settore economico-finanziario effettua il riscontro contabile e, con proprio atto, approva il rendiconto, dando discarico all'incaricato/a. (art. 20 del Regolamento dei servizi di economato e di cassa approvato con delibera del Direttore Generale n. 2010-A000072 del 16.03.2010). La vigilanza sul servizio di economato e di cassa spetta al/alla responsabile del settore economico-finanziario che è tenuto ad effettuare verifiche periodiche, comunque non meno di una volta all'anno, per accertare la regolarità della gestione del servizio di economato/cassa, inclusa la regolare tenuta delle scritture contabili (art. 9 e art. 21 del Regolamento dei servizi di economato e di cassa approvato con delibera del Direttore Generale n. 2010-A000072 del 16.03.2010). Implementati i controlli interni da parte dei servizi stessi e dell'Internal Audit. Controllo della gestione da parte del Collegio sindacale, dell'Internal Audit e della società di revisione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello), Società di revisione, Collegio Sindacale	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione	
				ALTRE MISURE: 11. codice di comportamento 1. altri controlli L'Azienda provvede, compatibilmente con i vincoli organizzativi, ad incassare i proventi, di norma prima dell'effettuazione della prestazione (art. 3 del. DG 171/2010). Per annullare una fattura (o quietanza) è sempre necessario emettere una nota di credito di pari importo, in calce alla quale dovrà essere indicato il motivo dell'annullamento, apposta la firma dell'operatore e, laddove possibile, dell'utente (art. 16 del Regolamento dei servizi di economato e di cassa approvato con delibera del Direttore Generale n. 2010-A000072 del 16.03.2010). L'incaricato/a del servizio di cassa nonché il suo sostituto/la sua sostituta non possono far parte degli uffici cui compete il controllo e la vigilanza dei servizi di cassa in base all'art. 9 e art.14 del Regolamento dei sevizi di economato e di cassa approvato con delibera del direttore Generale n. 2010-A-000072 del 16.03.2010.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni 3. Eventi corruttivi passati			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Regolamentazione			conforme

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Settore spese ed incassi	Ripartizione Finanze	Ufficio Fatturazione e Recupero Crediti	Dott.ssa Monica Tesini

AREA DI RISCHIO: **Gestione delle entrate e delle uscite**

PROCESSO / FASE ⟶ Emissione fatture, solleciti e messe in mora.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Dati relativi ai servizi forniti, informazioni sui pazienti/debitori, importi da addebitare.	Emissione delle fatture, invio di solleciti di pagamento, messa in mora per recupero crediti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Omissione fatturazione di prestazioni eseguite e alterazione di importi e tempistiche dei crediti da recuperare, favorendo soggetti, spostando scadenze o non perseguendo crediti non riscossi.	1. Mancanza di controlli 11. Assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA.	La fatturazione e il recupero di crediti avvengono secondo una procedura formalizzata, che prevede anche relativi controlli.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Implementati controlli interni da parte dei servizi stessi (procedure PAC) RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello), Società di revisione, Collegio Sindacale, Corte dei Conti, Provincia di Bolzano FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Ufficio Assunzioni	Dott.ssa Jutta Hueber

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE →	Reclutamento: procedura di assunzione a tempo determinato di personale (incarichi provvisori e di sostituzione)			INPUT	OUTPUT
				Identificazione necessità di personale	Assunzione effettiva del lavoratore

EVENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Composizione ad hoc della commissione per favorire determinati candidati.	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	La composizione della commissione è vincolata ad un determinato equilibrio di genere e di gruppo linguistico oltre che di inquadramento e di competenza.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Viene sempre verificata e documentata l'insussistenza di situazioni d'inconferibilità ed incompatibilità. Integrare la nomina della commissione con dichirazione di quanto è previsto dal regolamento dei concorsi pubblici. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Responsabile Prevenzione Corruzione FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 5. dichiarazioni Principio della rotazione dei membri della commissione. La rotazione dei membri di commissione è in re ipsa (per titoli, specialità, membri esterni). Dichiarazione dei membri di commissione sull'insussistenza di conflitti di interesse.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 5. Collaborazione del responsabile (RPC)			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Etica e Comportamento			si

AREA DI RISCHIO: **Acquisizione e progressione del personale**

PROCESSO / FASE → Stipula di contratti d'opera intellettuale				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta di collaborazione	Inizio della collaborazione o progetto

EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Scelta del professionista sulla fiducia. Contratto "intuitu personae"	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	La scelta del professionista viene affidata ad una commissione composta da tre membri sulla base della verifica dei titoli.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Scheda che deve compilare il richiedente; deve motivare la scelta. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza Pubblicazione annuale delle procedure sul sito dell'Azienda sanitaria in base alle disposizioni vigenti. Pubblicazione dell'avviso sul sito istituzionale e dell'incarico in PERLA PA	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità 7. Precedenti giudiziari		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: **Acquisizione e progressione del personale**

PROCESSO / FASE ⟶ Processo di selezione: valutazione prove orali e scritte di selezione				**INPUT**	**OUTPUT**
				Elaborati scritti, prove orali, criteri di valutazione	Punteggi, graduatoria, verbali.

EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Criteri per la valutazione dei candidati non predeterminati, generici o imprecisi, modificabili nel corso della selezione per avvantaggiare un candidato.	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	I criteri di valutazione vengono stabiliti dalla commissione prima dell'inizio dello svolgimento della prova e vengono riportati nel verbale della selezione. Le prove scritte vengono effettuate in forma "anonima" e per quanto riguarda le prove orali le domande vengono estratte a sorte dal candidato stesso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Supporto di segretaria della commissione, che dà le regole e che accompagna la commissione. Le domande vengono estratte; le domande sono diverse deve esserci una domanda in più rispetto ai candidati presenti; RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme
Trasparenza			conforme
Conflitto di interessi			si

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Ufficio Concorsi	Dott. Giuseppe Scalzini

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE →	Reclutamento: procedura di assunzione a tempo indeterminato (pubblico concorso per titoli ed esami)	INPUT	OUTPUT
		Identificazione necessità di personale	Assunzione effettiva del lavoratore

EVENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Irregolare composizione della commissione di valutazione inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	La composizione della commissione è vincolata ad un determinato equilibrio di genere e di gruppo linguistico oltre che di inquadramento e di competenza.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Viene sempre verificata e documentata l'insussistenza di situazioni d'inconferibilità ed incompatibilità. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Responsabile Prevenzione Corruzione FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 3. rotazione 5. dichiarazioni 2. trasparenza 12. altro Principio della rotazione dei membri della commissione. La rotazione dei membri di commissione è in re ipsa (per titoli, specialità, membri esterni). L'ufficio concorsi garantisce una rotazione continua dei membri di commissione per i concorsi relativi ai singoli profili professionali. Dichiarazione dei membri di commissione sull'insussistenza di conflitti di interesse. E' previsto dal regolamento che la correzione avvenga in modo completamente anonimo (sono esclusi gli elaborati che presentano segni distintivi).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 5. Collaborazione del responsabile (RPC)			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Rotazione			50%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Ufficio gestione giuridica del personale	Dott. Alberto Zendrini

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE ⟶ Processo di monitoraggio delle attività extra istituzionali				INPUT: Segnalazioni/relazioni attività extra-istituzionali, normativa e regolamenti interni.	OUTPUT: Report di monitoraggio, eventuali comunicazioni agli organi competenti.
EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Conflitto di interessi	15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Nel processo di autorizzazione all'attività extralavorativa si prevede il divieto di svolgere attività di lavoro che possano determinare conflitto di interessi, quali ad esempio attività lucrative a favore di ditte private che abbiano rapporti commerciali con il datore di lavoro.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Si svolgono controlli a campione su base statistica sullo svolgimento delle attività fuori orario al momento del rilascio dell'autorizzazione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Responsabile Prevenzione Corruzione FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni — Il richiedente è tenuto a dichiarare le generalità del committente, natura dell'attività, importo pattuito, modalità e tempi di svolgimento dell'attività.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 5. Collaborazione del responsabile (RPC)		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — fino a 25% Regolamentazione — — — conforme	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione sviluppo del personale	Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Dott. Fabio Zadra

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE ⟶ Conferimento di incarichi dirigenziali (area amministrativa, tecnica e professionale)				INPUT	OUTPUT
				Necessità organizzativa di copertura di posizioni dirigenziali nelle aree amministrativa, tecnica e professionale.	Attribuzione formale di incarichi dirigenziali a personale idoneo.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Composizione ad hoc della commissione di valutazione al fine di favorire determinati candidati, previsione di requisiti di accesso "personalizzati".	15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità	La composizione della commissione è disciplinata dalle disposizioni normative. È inoltre vincolata da equilibri di genere e di gruppo linguistico. Analoghe disposizioni prevedono i requisiti di accesso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile Prevenzione Corruzione	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: a campione	
				ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 2. trasparenza Dichiarazione dei membri di commissione sull'insussistenza di conflitti di interesse. La rotazione dei membri di commissione è in re ipsa (per titoli e specialità richieste ai membri e membri esterni previsti dalla normativa). Pubblicazione nel sito istituzionale.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*			
		7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Acquisizione e progressione del personale**

PROCESSO / FASE ⟶ Conferimento di incarichi dirigenziali (area medica).				**INPUT**	**OUTPUT**
				Esigenza di copertura di posizioni dirigenziali nell'area medica, in coerenza con la programmazione sanitaria.	Nomina di dirigenti medici in ruoli di responsabilità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Composizione ad hoc della commissione di valutazione al fine di favorire determinati candidati, previsione di requisiti di accesso "personalizzati".	15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità	La composizione della commissione è disciplinata da apposite disposizioni normative. È inoltre vincolata da equilibri di genere e di gruppo linguistico. Analoghe disposizioni disciplinano i requisiti d'accesso. Per quanto riguarda le procedure di selezione per direzioni di strutture complesse, i membri della commissione sono sorteggiati dalla lista nazionale e provengono da tutta l'Italia, come anche dalla lista provinciale che comprende i direttori del gruppo linguistico tedesco e ladino e dirigenti dall'Estero germanofono di strutture convenzionate come previsto da normativa nazionale e provinciale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile Prevenzione Corruzione FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 2. trasparenza Dichiarazione dei membri di commissione sull'insussistenza di conflitti di interesse. La rotazione dei membri di commissione è in re ipsa (per titoli e specialità richieste ai membri e membri esterni previsti dalla normativa). Pubblicazione nel sito istituzionale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Acquisizione e progressione del personale**

PROCESSO / FASE ⟶ Conferimento di incarichi di coordinamento.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Individuazione di funzioni che richiedono responsabilità di coordinamento all'interno delle strutture operative.	Assegnazione di incarichi di coordinamento a personale in possesso dei requisiti previsti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Previsione di requisiti attitudinali e professionali "personalizzati".	15. Conflitti di interesse	I requisiti sono previsti nelle disposizioni contrattuali vigenti. Nel settore tecnico-assistenziale è stata approvata una specifica procedura aziendale finalizzata all'istituzione, pesatura, assegnazione delle posizioni di coordinamento nonché per l'incarico e la valutazione delle coordinatrici e dei coordinatori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 12. altro Per quanto attiene alle commissioni di selezione di incarichi di coordinamenti di competenza dell'ufficio é garantita l'imparzialitá attraverso dichiarazioni di insussistenza di conflitto d'interesse, mentre per le procedure gestite dalle Dirigenze tecnico-assistenziali vengono effettuati controlli a campione sulla rotazione dei memebri e sull'insussistenza di cause di incompatibilitá	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE ⟶ Conferimento di incarichi di direzione di posizione organizzativa.				INPUT: Definizione di posizioni organizzative e necessità di garantirne la gestione funzionale.	OUTPUT: Conferimento di incarichi di direzione di posizione organizzativa a personale selezionato.
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Composizione ad hoc della commissione; previsione di requisiti attitudinali e professionali "personalizzati".	13. Inadeguata incentivazione economica del personale	I requisiti così come la composizione della commissione sono previsti nel contratto collettivo.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 2. trasparenza Dichiarazione dei membri di commissione sull'insussistenza di conflitti di interesse. La rotazione dei membri di commissione è in re ipsa (per titoli e specialità richieste ai membri e membri esterni previsti dalla normativa). Introduzione di un monitoraggio sulla roatzione dei membri di commissione. Pubblicazione nel sito istituzionale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Rotazione — — — 100% Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: Premialità

PROCESSO / FASE → Premialità				INPUT	OUTPUT
				Valutazione dei risultati conseguiti dal personale in relazione agli obiettivi assegnati e agli accordi sindacali.	Erogazione di premi di produttività al personale comparto e dirigenziale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Distribuzioni premi di risultato in maniera acritica.	13. Inadeguata incentivazione economica del personale	Per la produttività relativa al personale del comparto viene stipulato uno specifico accordo con le organizzazioni sindacali rappresentative del settore. Per il personale dirigenziale la produttività viene erogata previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati negli accordi individuali.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: a campione	
				ALTRE MISURE: 1. altri controlli — Individuazione di criteri per distribuzione della produttività al personale del comparto. Segnatamente l'implementazione di valutazioni delle performance individuali die collaboratori su base di obiettivi preventivamente assegnati loro dai repsonsabili sulla falsariga di quanto accade per il persoanle con incarico dirigenziale.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione sviluppo del personale	Ufficio formazione ed aggiornamento	Dott.ssa Manuela Gotto

AREA DI RISCHIO: Affidamento di incarichi e nomine

PROCESSO / FASE → Conferimenti di incarichi esterni.				INPUT	OUTPUT
				Identificazione di esigenze non soddisfabili con risorse interne.	Affidamento di incarichi a soggetti esterni qualificati.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Selezione discrezionale del relatore senza criteri oggettivi. Favoritismo o clientelismo (scelta di soggetti legati da rapporti personali o politici). Conflitto di interessi (relatore con legami con il dirigente o con l'amministrazione). Esclusione indebita di candidati più meritevoli. Spreco di risorse pubbliche. Favoritismi verso fornitori. Utilizzo di strutture riconducibili a soggetti vicini ai decisori.	2. Mancanza di trasparenza 1. Mancanza di controlli	La scelta delle sedi formative viene effettuata sulla base di più offerte comparative, assicurando concorrenza e trasparenza. Selezione dei relatori: é prevista una rotazione dei relatori per la stessa formazione, al fine di prevenire fenomeni di consolidamento di rapporti privilegiati. Determinazione dei compensi: le tariffe applicate sono stabilite da normativa provinciale, riducendo ogni margine di discrezionalità nella definizione economica degli incarichi. Prevenzione dei conflitti di interesse: è obbligatoria la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte dei soggetti incaricati, a tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 6. Attuazione misure	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo del possesso dei requisiti dichiarati. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Obbligo di motivazione . Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, ferma restando la responsabilità del procedimento in capo al RUP. Pubblicazione in PERLA PA e su sito istituzionale .	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica	-	Dott. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Programmazione: Individuazione dei singoli bisogni				INPUT: Individuazione dei bisogni	OUTPUT: Definizione del piano di acquisizione
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Sovradimensionamento o sottostima dei bisogni. definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di dimensionamento, efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Frazionamento artificioso (più pertinente per le forniture)	4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva	Possibilità di inserimento in programmazione postuma e di rettifiche motivate.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza 10. formazione Prevista l'adozione formale (delibera aziendale) della programmazione triennale da fine 2024. Coordinamento con i responsabili di funzione che indicano e stimano la quantità degli acquisti di beni e servizi in maniera tale da non rischiare di far fronte ad esigenze preventivabili agevolmente con proroghe, rinnovi ed affidamenti con urgenza. Obbligo di pubblicazione della programmazione triennale sul portale provinciale (www.bandi-altoadige.it) Formazione continua dei RUP.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 3. Eventi corruttivi passati			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme
Formazione			50%

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Progettazione: Definizione dell'oggetto di affidamento				INPUT: Identificazione del fabbisogno	OUTPUT: Definizione dettagliata dell'oggetto dell'affidamento
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Restrizione eccessiva e pretestuosa della concorrenza sino all'infungibilità dell'oggetto.	2. Mancanza di trasparenza 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	In molti casi di unicità dei prodotti/prestazioni dipendenza dai soggetti richiedenti – differente dettaglio della relativa motivazione (non sempre facile riscontro amm.vo delle motivazioni clinico-tecniche); comunque, diffuso utilizzo della consultazione preliminare di mercato e utilizzo dell'indagine di mercato sul portale. La L.P. 16/2015 art. 26 consente l'affidamento diretto di servizi e forniture di importo inferiore a 140.000 euro e per lavori di importo inferiore a 150.000 euro, anche senza consultazione di più operatori economici.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante in base a un confronto o una riunione tra operatori della struttura aziendale proponente e struttura acquisitiva, se previsto, ed a seconda della complessità dell'argomento, può essere prevista anche una verbalizzazione della riunione e analisi di mercato. *Utilizzo della manifestazione di interesse/consultazione del mercato ove opportuna per verificare l'infungibilità.* RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: non applicabile ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Obbligo di motivazione indicata nella decisione a contrarre sopra €5.000 (IVA esclusa). Nel caso di coinvolgimento delle ripartizioni: obbligo di motivazione in caso di unico preventivo per affidamenti diretti di servizi, forniture o incarichi di consulenza nell'ambito di progetti di ricerca sanitaria. Implementazione dei confronti e della definizione di attività condivise oltre ad approfondimenti di tematiche comuni a vari settori acquisitivi tramite riunioni periodiche comuni. Possibile effettuazione di indagini di mercato e utilizzo delle consultazioni preliminari di mercato. Obbligo di pubblicazione della programmazione triennale sul portale provinciale (www.bandi-altoadige.it) Pubblicazione delle decisioni a contrarre/delibera su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza / / / conforme	

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE → Progettazione: Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento				**INPUT**	**OUTPUT**
				Analisi delle opzioni disponibili per l'affidamento	Selezione dello strumento/istituto più adatto per l'affidamento

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge, al fine di favorire un'impresa. Condizionamento dell'efficacia dell'affidamento dichiarando unicità dei prodotti/prestazioni e proponendo acquisto in esclusiva.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 15. Conflitti di interesse	Chiare disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli appalti sottosoglia e utilizzo delle previsioni del codice e della legge provinciale per i sopra soglia.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica da parte del dirigente competente. Per le procedure gestite in modalità telematica; gestione online delle procedure di gara (attraverso i sistemi telematici SICP BZ / www.acquistinretepa.it). Inibizione a visionare telematicamente i mittenti delle varie offerte prima della scadenza del termine di presentazione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Verifica presenza convenzione ACP/CONSIP e della categoria sul MEPAB. Obbligo pubblicazione determina a contrarre/delibera su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE ⟶ Progettazione: Individuazione dei requisiti di qualificazione				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identificazione delle caratteristiche richieste per i partecipanti	Definizione dei requisiti di qualificazione per l'affidamento

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti, al fine di favorire un'impresa.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 6. Monopolio delle competenze 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità / conoscenza della normativa di riferimento 15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità	Selezione dall'elenco telematico del portale provinciale che garantisce una prima qualificazione e affidabilità; indicazione in programmazione e/o effettuazione di indagine di mercato e/o consultazioni preliminari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante. Attenzione che i requisiti previsti permettano ampia partecipazione. Verifica da parte del dirigente competente. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: non applicabile ALTRE MISURE: 2. trasparenza 1. altri controlli Diffusa consultazione dell'elenco telematico degli operatori economici qualificati sul SICP. Pubblicazione della decisione a contrarre. Pubblicazione del bando, qualora previsto. Selezione degli operatori dall'elenco telematico istituito presso il portale provinciale e disciplinato dall'art. 27, comma 5 L.P. n. 16/15 Adottati i protocolli di legalità ai sensi dell'art. 83-bis della L.159/2011 corrispondente indicazione negli atti di gara dell'obbligo da parte dei fornitori di rispettarli.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti Pubblici	Rip. Tecnica Patrimoniale	-	Ing. Arnold Karl Kaiser

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di lavori**

PROCESSO / FASE ⟶ Redazione del cronoprogramma				**INPUT**	**OUTPUT**
				cronoprogramma	cronoprogramma
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione delle prestazioni, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali guadagni extra da parte dello stesso esecutore.	15. Conflitti di interesse	Ulteriore fattore abilitante: Necessità strategiche che forzano le tempistiche fisiologiche. Continue evoluzioni nell'organizzazione aziendale e delle relative esigenze sanitarie. Previsione negli atti di gara del cronoprogramma dell'amministrazione e supervisione del direttore dei lavori.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: supervisione del direttore dei lavori - tempestivo - RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Il cronoprogramma deve contenere fasi, tempi, risorse impiegate e modalità di verifica	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità 7. Precedenti giudiziari		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica	-	Dott. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Selezione: Criteri di aggiudicazione				INPUT	OUTPUT
				Definizione delle priorità e degli obiettivi del progetto	Stabilimento dei criteri di aggiudicazione per la selezione del vincitore

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge, al fine di favorire un'impresa. Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa condizionamento dell'efficacia dell'affidamento dichiarando unicità dei prodotti/prestazioni e proponendo acquisto in esclusiva.	15. Conflitti di interesse 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Criteri dell'offerta economicamente più vantaggiosa in parte dipendenti dai soggetti richiedenti – differente dettaglio della relativa individuazione e specificazione (non sempre facile riscontro amm.vo delle motivazioni clinico-tecniche); Comunque, equivalenza dei criteri nella disciplina provinciale (art. 33 L.P. n. 16/15)	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante. Attenzione che i criteri previsti permettano un adeguata selezione. Verifica da parte del dirigente competente. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: non applicabile ALTRE MISURE: 1. altri controlli 5. dichiarazioni 4. ispezioni 2. trasparenza Opportuna valutazione del criterio da applicare anche in ragione della complessità della prestazione. Attenta motivazione. Elaborazione puntuale dei criteri da parte del referente tecnico ove nominato. Verifica da parte del dirigente competente e/o il Rup. Pubblicazione decisione a contrarre/delibera su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Selezione: Valutazione delle offerte				INPUT: Ricezione delle offerte da parte dei partecipanti	OUTPUT: Analisi e valutazione delle offerte per determinare la conformità ai requisiti
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a favorire un'impresa. Uso non motivato del criterio del minor prezzo.	12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Pluralità e separazione dei soggetti coinvolti con limitato margine di azione: referente tecnico che elabora i criteri, RUP che ne verifica la pertinenza, commissione tecnica che li applica esercitando quindi una discrezionalità fortemente vincolata o utilizzo di criteri tabellari (L.P. n. 16/15 art. 34).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica del rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta Controlli ex ante: Acquisizione dichiarazioni dei componenti di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, forniture o servizi, circa l'inesistenza da parte degli stessi di cause di incompatibilità e di condanne penali per reati contro la p.a. Controllo ex ante del casellario giudiziale per i membri della commissione giudicatrice. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Selezione secondo normativa vigente dei membri della commissione tenendo conto delle necessarie competenze specialistiche. Obbligo di selezione dei commissari dall'elenco dei commissari sul SICP. Pubblicazione dell'elenco dei verbali e dei CV dei membri della Commissione giudicatrice su www.sabes.it ovvero a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità 7. Precedenti giudiziari		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Selezione: Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte				INPUT: Esame delle offerte ricevute	OUTPUT: Identificazione e analisi di eventuali offerte anomale
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale che può favorire un'impresa.	5. Monopolio del potere 12. Eccesso di discrezionalità	Applicazione della Linea guida provinciale in materia di verifica dell'anomalia delle offerte (Deliberazione di Giunta n. 1099/2018).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica ex post di Internal Auditing RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni Applicazione delle Linee Guida provinciali (art. 30 L.P. n. 16/15). Valutazione da parte del RUP ed in caso di necessità di soggetti esperti.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Regolamentazione — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Selezione: Procedure negoziate				INPUT	OUTPUT
				Individuazione della necessità di procedura negoziata	Avvio e conclusione della procedura negoziata con i soggetti interessati

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge, al fine di favorire un'impresa; condizionamento dell'efficacia dell'affidamento dichiarando unicità dei prodotti/prestazioni e proponendo acquisto in esclusiva.	2. Mancanza di trasparenza 6. Monopolio delle competenze 11. Assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA. 12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Uso delle procedure negoziate limitato ai casi ammessi dalla norma.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante Individuazione delle ditte da invitare mediante indagini di mercato o mediante elenco telematico SICP o del MEPAB/MEPA RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 2. trasparenza Espresso obbligo di motivazione in caso di esclusiva. Richiesta di espressa motivazione scritta e circostanziata da parte del referente tecnico/reparto o soggetto richiedente ove previsto. Verifica da parte del dirigente competente e/o il Rup. Inserimento in programmazione o pubblicazione ex-ante sulla GUCE di avviso (quando attivato da ACP). Pubblicazione della decisione a contrarre. Pubblicazione sul portale telematico in modalità "visibile a tutti" con indicazione del numero di operatori economici invitati. Pubblicità tempestiva dell'esito. Pubblicazione sulla GUCE dell'avviso in cui si manifesta l'intenzione di concludere il contratto (ex ante) per le procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di valore superiore alla soglia comunitaria	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE → Selezione: Affidamenti diretti				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identificazione della necessità di un affidamento diretto	Esecuzione dell'affidamento diretto al fornitore/impresa selezionato, senza procedura di gara

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge, al fine di favorire un'impresa e senza motivazione. Condizionamento dell'efficacia dell'affidamento dichiarando unicità dei prodotti/prestazioni e proponendo acquisto in esclusiva.	2. Mancanza di trasparenza 6. Monopolio delle competenze 12. Eccesso di discrezionalità	Complessa gestione dell'unificazione a livello aziendale di tutte le categorie merceologiche e relative anagrafiche considerando anche la costante evoluzione tecnologica e del mercato.	RISCHIO ALTO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Applicazione della disciplina prevista dal Regolamento aziendale per le acquisizioni sottosoglia. Controlli interni a campione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione indicata nella decisione a contrarre. Verifica da parte del dirigente competente. Per le procedure la cui fase di consultazione/indagine è iniziata fuori portale è garantita la tracciabilità delle richieste di offerta inviate e della ricezione delle stesse nel rispetto della par condicio. Pubblicazione decisione a contrarre/delibera e aggiudicazione su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it Pubblicità tempestiva dell'esito.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale	-	Dott. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE ⟶ Selezione: Affidamenti diretti				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identificazione della necessità di un affidamento diretto	Esecuzione dell'affidamento diretto al fornitore/impresa selezionato, senza procedura di gara

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, al fine di favorire un determinato operatore economico, con carenze nella motivazione Rischio di affidamento reiterato su richiesta dei responsabili scientifici dei progetti di ricerca sanitaria	12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Selezione basata su caratteristiche soggettive (ad es. C.V.) non sempre oggettivamente quantificabili.	RISCHIO ALTO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Applicazione della disciplina prevista dal Regolamento aziendale per le acquisizioni sottosoglia. Controlli interni a campione	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello)	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione	
				ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione indicata nella decisione a contrarre. Verifica da parte del dirigente competente. Per le procedure la cui fase di consultazione/indagine è iniziata fuori portale è garantita la tracciabilità delle richieste di offerta inviate e della ricezione delle stesse nel rispetto della par condicio. Pubblicazione decisione a contrarre/delibera e aggiudicazione su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it Pubblicità tempestiva dell'esito.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti Pubblici	Rip. Acquisti, Tecnica Patrimoniale e Ingegneria Clinica	-	Dott. Paolo Filippi, Ing. Arnold Karl Kaiser, Ing. Andrea Marri

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE ⟶ Aggiudicazione: revoca/annullamento del bando / della gara				**INPUT**	**OUTPUT**
				Decisione di annullare o revocare una gara o un bando	Adozione del provvedimento formale di revoca o annullamento

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Adozione di un provvedimento di revoca/annullamento del bando/gara strumentale alla eliminazione di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario. Uso dell'annullamento e della revoca in dispregio alle norme di cui agli artt. 21 quinquies e 21 nonies della L. 241/90, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	1. Mancanza di controlli	Possibilità degli operatori economici di impugnare i provvedimenti adottati in autotutela; diversificazione dei soggetti competenti ad adottare i provvedimenti in autotutela mediante determine della Direzione di Comprensorio o delibere della Direzione Generale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Adozione mediante determine/delibere della Direzione di Comprensorio / Direzione Generale per appalti sopra soglia. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 6. avocazioni 2. trasparenza Ricorso alla revoca previa adeguata e approfondita istruttoria a carico del RUP; eventuale richiesta di parere all'ufficio legale. Pubblicazione della revoca in caso di gara pubblicata. Pubblicazione determina/delibera su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Affidamento di servizi, forniture e lavori**

PROCESSO / FASE → Esecuzione: varianti in corso di esecuzione o modifiche del contratto, diverse dalle opzioni contrattualmente previste				**INPUT**	**OUTPUT**
				Identificazione di cambiamenti imprevisti che richiedono una modifica del contratto	Implementazione della variante contrattuale e aggiornamento dei termini contrattuali

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Ammissione di varianti in corso d'esecuzione o modifiche del contratto, diverse dalle opzioni contrattualmente previste, per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori (lavori) oppure per proseguire un contratto preessistente (servizi e forniture).	15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Continue evoluzioni nell'organizzazione aziendale e delle relative esigenze sanitarie. Ad es. il diffondersi della pandemia da Covid-19 ha notevolmente aumentato la necessità di modifiche al contratto anche oltre le previsioni contrattuali.	RISCHIO ALTO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Per appalti sopra soglia adozione mediante determine/delibere della Direzione di Comprensorio / Direzione Generale (se non già previsto/indicato nelle determine/delibere di aggiudicazione. Le varianti sono soggette ad un processo rafforzato che prevede esplicita motivazione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 6. avocazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Ricorso alla variante/modifica previa adeguata e approfondita istruttoria a carico del DL e RUP e/o DEC. Verifica da parte del dirigente competente. L'applicazione dell'art. 120 del Codice appalti va effettuata anche alla luce della giurisprudenza formatasi in particolare sulla base delle ragioni tecniche (motivazione da parte del RUP, del Direttore circa le indicazioni rese dall'Operatore economico) che ammettono le varianti. Compilazione scheda osservatorio/PCP. Nei casi prescritti comunicazione ANAC. Nei casi prescritti pubblicazione su GUCE. Pubblicazione della determina/delibera su www.sabes.it, e/o a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Esecuzione: Subappalto				INPUT	OUTPUT
				Identificazione della necessità di ricorrere al subappalto	Autorizzazione e formalizzazione del subappalto

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalti, ma alla stregua di forniture. Mancato controllo dei requisiti di cui dall´art. 94-100 del Codice appalti - sul subappaltatore. Mancata sostituzione dello stesso in caso di assenza dei requisiti.	1. Mancanza di controlli 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	Difficoltà della DL o del DEC del controllo/identificazione dei subappalti in fase di esecuzione.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica dei requisiti in capo al subappaltatore. Attivazione dei controlli ex ante all'autorizzazione al subappalto. Autorizzazione da parte del Dirigente competente (per lavori: previo controllo della D.L.) Area appalti di lavori: verifica delle prestazioni subappaltate come previste dal codice degli appalti come p.e. sopralluoghi RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza: Pubblicazione dell'autorizzazione a livello di procedura su www.bandi-altoadige.it	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizi, forniture e lavori

PROCESSO / FASE → Esecuzione: utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto				**INPUT**	**OUTPUT**
				Insorgere di una controversia durante l'esecuzione del contratto	Adozione di metodi alternativi per risolvere la controversia

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Condizionamenti nelle decisioni assunte per la risoluzione delle controversie all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione	15. Conflitti di interesse	Pluralità dei soggetti coinvolti nell'adozione dell'atto finale. Casistica residuale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante con eventuale confronto RUP con l'Ufficio Legale RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 2. trasparenza Comunicazione ai fini dell'iscrizione nel casellario ANAC in caso di risoluzione del contratto in danno.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Contratti pubblici (di lavori, servizi e forniture)	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Ufficio servizi generali	Dott.ssa Stefania Bertolami

AREA DI RISCHIO: **Gestione dei servizi economali e logistici: lavanolo**

PROCESSO / FASE ⟶ Controlli e collaudi.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Check-list controllo qualità, Campioni biancheria, Report non conformità.	Verbali di collaudo, Esiti controlli, Atti di contestazione o approvazione.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
- Controlli formali e non sostanziali - Omessa segnalazione di non conformità - Collusione tra controllori e fornitore	1. Mancanza di controlli	Il rischio è stato classificato come medio in quanto, pur essendo previste procedure di verifica e collaudo, permangono elementi di vulnerabilità legati alla qualità e all'indipendenza dei controlli. In particolare: - l'effettuazione di controlli meramente formali, senza un riscontro sostanziale sulla qualità del servizio; - la possibile omissione nella segnalazione di non conformità, per superficialità o pressioni esterne; - il rischio di collusione tra personale incaricato dei controlli e il fornitore, soprattutto in contesti di rapporti consolidati. Tali criticità, seppur mitigate da check-list, tracciabilità e rotazione degli incarichi, richiedono un rafforzamento delle misure di vigilanza e trasparenza.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Da parte del guardaroba vengono fatti controlli: - sulla biancheria sagomata i singoli capi che devono essere appesi al DCS vengono controllati e in caso di anomalie (rotture, macchie, stiratura..) vengono resi nei sacchi reclamo; - sulla biancheria piana settimanalmente si verificano gli stock disponibili nei reparti delle diverse tipologie di capi allo scopo di chiedere l'integrazione senza aspettare che il reparto vada in sofferenza. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti NON SONO PIENAMENTE EFFICACI pertanto, ritengo necessario elaborare ulteriori azioni correttive. In caso di non conformità del materiale consegnato, sia per la biancheria sagomata che per quella piana, si procederà all'esecuzione integrale del contratto o, se necessario, alla sua ridefinizione con applicazione delle relative penali. Tempistica di attuazione: 1 anno Stato implementazione: In corso Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: Gestione dei servizi economali e logistici: lavanolo

PROCESSO / FASE → Esecuzione del contratto.				INPUT	OUTPUT
				Contratto firmato, Piano operativo fornitore, Report consegna/ritiro, Reclami dai reparti.	Servizio erogato, Report di conformità, Eventuali contestazioni.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
- Mancata verifica della qualità del servizio - Tolleranza verso inadempienze contrattuali - Modifiche contrattuali non motivate	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità 2. Mancanza di trasparenza	La qualità del servizio di lavanolo incide direttamente sull'igiene e sulla sicurezza dei reparti sanitari. L'assenza di controlli puntuali o l'effettuazione di verifiche meramente formali può favorire situazioni di tolleranza verso forniture non conformi, con potenziali danni reputazionali e sanitari. Tuttavia, la presenza di capitolati tecnici dettagliati e di check-list di controllo riduce il rischio a un livello medio. In un contesto di rapporti continuativi con il fornitore, può emergere una gestione poco rigorosa delle inadempienze (es. ritardi, mancata sostituzione di biancheria difettosa), anche per evitare contenziosi o interruzioni del servizio. Il rischio è mitigato dalla tracciabilità dei reclami e dalla possibilità di applicare penali contrattuali, ma resta medio per effetto della discrezionalità gestionale. Le modifiche in corso d'opera (es. variazioni di quantità, frequenza o condizioni economiche) possono celare favoritismi o accordi non trasparenti, soprattutto in assenza di motivazioni documentate. La normativa sugli appalti prevede limiti e condizioni per tali modifiche, ma la loro applicazione richiede attenzione costante, giustificando una valutazione di rischio medio. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni 1. Interessi esterni	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: - segnalazioni via email anche con evidenze fotografiche da parte dei reparti e del guardaroba delle anomalie riscontrate in sede di fornitura del servizio - è in fase di sperimentazione un sistema di ticketing nel quale dovranno confluire tutte le segnalazioni che riceviamo dai reparti RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro, Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti NON SONO PIENAMENTE EFFICACI pertanto, ritengo necessario elaborare ulteriori azioni correttive. Esecuzione integrale del contratto, o sua eventuale ridefinizione con applicazione delle relative penali, unitamente all'introduzione di un regolamento aziendale che definisca, per ciascun profilo professionale, la tipologia di abbigliamento da lavoro, con particolare attenzione alla realtà di Bolzano, considerata la più estesa e complessa dell'intera Azienda. Tempistica di attuazione: 1 anno Stato implementazione: In corso Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Gestione dei servizi economali e logistici: lavanolo**

PROCESSO / FASE ⟶ Liquidazione e pagamento.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Fatture fornitore, Verbali verifica, Autorizzazione liquidazione.	Mandato di pagamento, Registrazione contabile, Report di spesa.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Liquidazione per servizi non resi; Mancata verifica documenti giustificativi	1. Mancanza di controlli	Il rischio è stato classificato come medio in quanto, pur essendo previste procedure di verifica e autorizzazione alla liquidazione, permangono criticità legate alla qualità e alla tracciabilità dei controlli. In particolare: la liquidazione di fatture per servizi non resi o non conformi può verificarsi in assenza di un confronto puntuale con i report di esecuzione del servizio; la mancata verifica dei documenti giustificativi può derivare da prassi consolidate, carichi di lavoro elevati o scarsa integrazione tra uffici tecnici e amministrativi. Tali vulnerabilità, seppur mitigate da sistemi contabili informatizzati e da controlli a campione, richiedono attenzione costante per garantire la correttezza e la trasparenza della spesa pubblica.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: La gestione della fatturazione del materiale in lavanolo ("chippato") avviene automaticamente tramite il passaggio nei gate. Le quantità di capi che escono vengono trasformati in kg e la fatturazione è a kg. Non vi è attualmente la possibilità di sapere quanta biancheria è uscita dal gate ASDAA. E' un dato disponibile solo a Wabes. Per la biancheria di proprietà ASDAA ancora utilizzata nei distretti, il guardaroba pesa sempre il materiale e il dato viene confrontato con quello di WABES.	Le misure di contrasto esistenti NON SONO PIENAMENTE EFFICACI pertanto, ritengo necessario elaborare ulteriori azioni correttive. Esecuzione integrale del contratto, o sua eventuale ridefinizione comprensiva dell'applicazione di penali, con l'integrazione di una piattaforma digitale condivisa, messa a disposizione dei comprensori, per il monitoraggio completo dei movimenti della biancheria, sia piana che sagomata.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale	Tempistica di attuazione: 1 anno Stato implementazione: In corso
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Gestione dei servizi economali e logistici: lavanolo**

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione reclami e segnalazioni.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Reclami dai reparti, Segnalazioni interne, Documentazione di supporto.	Riscontro formale, Azioni correttive, Reportistica per RPCT e Direzione.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Mancata gestione segnalazioni; Ritorsioni verso segnalanti	1. Mancanza di controlli 7. Scarsa responsabilizzazione interna	Il rischio è stato classificato come medio in quanto, pur essendo previsti canali e procedure per la gestione delle segnalazioni, permangono criticità legate alla loro effettiva applicazione. In particolare: - la mancata registrazione o gestione delle segnalazioni può derivare da carenze organizzative o da una cultura interna poco orientata alla trasparenza; - il rischio di ritorsioni verso chi segnala anomalie, seppur mitigato da normative sul whistleblowing, può disincentivare la collaborazione del personale e ostacolare l'emersione di comportamenti illeciti. Tali vulnerabilità richiedono un rafforzamento delle garanzie di anonimato, della tracciabilità delle segnalazioni e della formazione del personale.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: I reparti segnalano all'ufficio e/o al guardaroba le carenze di biancheria piana. L'ufficio è in contatto con WABES e richiede subito, via email, l'integrazione di quanto mancante. Per quanto riguarda gli abiti da lavoro il personale segnala eventuali mancanze di abiti da lavoro in modo che si possa chiedere l'integrazione a WABES. Inoltrano all'ufficio anche eventuali carenze in termini di numero "crediti". In questo caso l'ufficio si confronta con la direzione medica al fine di valutare l'opportunità di aumentare i crediti RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti NON SONO PIENAMENTE EFFICACI pertanto, ritengo necessario elaborare ulteriori azioni correttive. Ridefinizione del contratto, comprensiva della riassegnazione dei crediti disponibili ai singoli reparti, tenendo in particolare considerazione la realtà di Bolzano, dove sono presenti reparti specialistici – come l'ematologia – che presentano esigenze operative differenti rispetto agli altri presidi aziendali Tempistica di attuazione: 1 anno Stato implementazione: In corso Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio cure primarie e assistenza territoriale ME	Dott. Stefan Dejaco

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE ⟶ Reclutamento del personale convenzionato				**INPUT**	**OUTPUT**
				Necessità di personale convenzionato per garantire l'erogazione dei servizi.	Stipula di convenzioni con professionisti selezionati.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Errata valutazione dei requisiti finalizzata ad una arbitraria assegnazione di punteggio.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante ai sensi dei contratti provinciale MMG, PLS e SUMAI Controllo sulla documentazione (ad es. verifica presso gli istituiti che hanno rilasciato le attestioni presenti nel CV) e dichiarazioni sostitutive consegnate (ad es. check presso altre aziende sanitarie della veridicità delle dichiarazioni). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza — Obblighi particolari di trasparenza: come previsto dalla normativa di settore. Graduatorie formate ai sensi della normativa di settore.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e progressione del personale

PROCESSO / FASE → Conferimento di incarico di responsabile medico della casa di riposo / centro di degenza.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Esigenza di figure professionali per l'assistenza medica nelle strutture.	Atto formale di conferimento dell'incarico ai professionisti selezionati.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Scelta arbitraria dell'incaricato tra i pochi soggetti aventi i requisiti per il conferimento.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante sui requisiti (secondo la normativa vigente in materia). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza — Parere preventivo del dirigente medico o del primario competente. Obblighi particolari di trasparenza: come previsto dalla normativa di settore.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio Accordi Contrattuali	Dott.ssa Alessia Toniatti

AREA DI RISCHIO: Affidamento di servizio

PROCESSO / FASE → Affidamento a strutture sanitarie/sociosanitarie autorizzate e/o accreditate di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Necessità di garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie mediante soggetti esterni qualificati.	Contratto o provvedimento di affidamento a strutture autorizzate e/o accreditate per l'erogazione delle prestazioni

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Individuazione arbitraria del contraente tra gli aventi i requisiti e del numero e della tipologia delle prestazioni.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è medio.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica ex ante dei criteri e requisiti previsti dalla legge n. 502/1992 e della LP n. 7/2001 e delibera GP 1544/2015 come specialmente l'accreditamento ottenuto per la relativa branca (delibera GP 1544/2015) e ulteriori requisiti come standard del personale. Verifica ex post prevista dalla delibera GP 1544/2015 e controllo dell'erogazione delle prestazioni, applicazione dei relativi protocolli, controllo delle prestazioni effettuate e verifica delle prescrizioni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Valutazione preventiva del fabbisogno e relativo parere della Ripartizione assistenza ospedaliera congiuntamente con la direzione sanitaria e parere della Provincia Autonoma di Bolzano in merito agli accordi da stipulare. Gruppo NUVAS (Nucleo Aziendale di Verifica dell'Assistenza Sanitaria istituito con la deliberazione n. 143 del 26.08.2014). Pubblicazione in una apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente"	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*			
		7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità 4. Opacità 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Servizio di Medicina Legale	Medicina Legale	Dott.ssa Barbara Avesani

AREA DI RISCHIO: **Provvedimento ampliativo della sfera giuridica del destinatario privo di effetto economico diretto sul destinatario**

PROCESSO / FASE → Nomina dei componenti delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, cecità e sordità.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Esigenza istituzionale di esperti per valutare l'invalidità civile, la cecità e la sordità.	Atto di nomina formale dei componenti delle commissioni.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Assegnazione arbitraria degli incarichi tra più pretendenti aventi i requisiti richiesti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO:	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: / TIPO DI VERIFICA:	
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	
		2. Discrezionalità			
		4. Opacità			

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio supporto amministrativo ai servizi distrettuali, assistenza protesica, dispositivi e farmaceutica BZ	Dott.ssa Anna Maria Ramoser

AREA DI RISCHIO: Provvedimento ampliativo della sfera giuridica del destinatario privo di effetto economico diretto sul destinatario

PROCESSO / FASE → Fornitura di dispositivi medici (presidi sanitari) e di prodotti dietetici a pazienti.	INPUT	OUTPUT
	Prescrizione medica e richiesta da parte del paziente avente diritto.	Erogazione al paziente dei presidi sanitari e/o dei prodotti dietetici autorizzati.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Fornitura di dispositivi medici (presidi) e prodotti alimentari a fini medici speciali ausili non spettanti ai pazienti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso. L'erogazione avviene solo a seguito di prescrizione medica.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Dispositivi medici per incontinenza dal 2025 attivito intero processo in modalità digitale, dalla prescrione, all'autorizzazione e consegna collegato alla tessera sanitaria. Da ottobre 2025 la modalità digitale verrà adottata per gli alimentari a fini medici speciali tramite collegamento al sito del Ministero che contiene tutti i prodotti prescrivibili. Eseguiti controlli su prescrizione, autorizzazione e prezzo rimborsato su prodotti che invece non hanno adottato la modalità digitale (ad. es dispositivi medici per medicazione, calze etc.). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Servizio di Medicina Legale	Medicina Legale	Dott.ssa Barbara Avesani

AREA DI RISCHIO: **Provvedimento ampliativo della sfera giuridica del destinatario privo di effetto economico diretto sul destinatario**

PROCESSO / FASE ⟶ Assistenza protesica ad invalidi civili.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Domanda dell'assistito corredata da certificazione di invalidità e prescrizione protesica.	Fornitura di ausili e protesi previsti agli aventi diritto.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Concessione a pazienti non avente diritto.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO:	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: / TIPO DI VERIFICA:	
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio mobilità sanitaria, flussi informativi e assistenza indiretta BZ	Dott. Manuel Zugliani

AREA DI RISCHIO: **Provvedimento ampliativo della sfera giuridica del destinatario privo di effetto economico diretto sul destinatario**

PROCESSO / FASE → Assistenza indiretta per prestazioni sanitarie fruite in Italia e all'estero presso strutture convenzionate e non.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta di rimborso corredata da documentazione relativa alla prestazione fruita.	Liquidazione dell'importo rimborsabile secondo la normativa vigente.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Riconoscimento di rimborsi non spettanti o spettanti in misura inferiore.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo sui criteri e requisiti secondo la LP 7/2001 e le delibere GP 2081/2011, 1608/2012, 103/2013, 544/2013, 1414/2013, 450/2014, nonchè il D. Lgs.38/2014 e Direttiva UE 2011/24 (assistenza transfrontaliera) e il DM 3.11.1989. Controllo sull'avente diritto, spesa ammissibile (fatture presentate), prestazione sanitaria eseguita e documentazione presentata (documentazione e prescrizione medica). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza Pareri / autorizzazioni medico specialistiche competenti Pubblicazione importi di spesa sul sito "amministrazione trasparente".	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Farmaceutica, dispositivi e atre tecnologie	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio supporto amministrativo ai servizi distrettuali, assistenza protesica, dispositivi e farmaceutica BZ	Dott.ssa Anna Maria Ramoser

AREA DI RISCHIO: Provvedimento ampliativo della sfera giuridica del destinatario privo di effetto economico diretto sul destinatario

PROCESSO / FASE → Iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta di iscrizione da parte dell'utente con documentazione anagrafica e requisiti previsti.	Registrazione ufficiale dell'utente nel Servizio Sanitario Provinciale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Iscrizione ai non aventi diritto.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Dopo la verifica della presenza dei requisiti di legge, controllo sulla permanenza dei requisiti di legge, controllo sulla permanenza dei requisiti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, semestrale TIPO DI VERIFICA: totale	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE: 3. rotazione Rotazione del personale.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Incarico (accordo nazionale e provinciale per farmacie)**

PROCESSO / FASE →	Rimborso compensi alle farmacie/sanitarie ed esercizi commerciali convenzionati per la dispensazione di dispositivi medici (presidi terapeutici), materiale di medicazione e prodotti dietetici a pazienti in possesso di prescrizione ed autorizzazione emessa dal distretto.	**INPUT**	Documentazione giustificativa delle forniture effettuate, comprese le autorizzazioni rilasciate dal distretto.	**OUTPUT**	Erogazione del pagamento ai soggetti convenzionati secondo le modalità e i termini contrattuali.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Concessione a pazienti non aventi diritto e pagamento alle farmacie sanitarie ed esercizi commerciali convenzionati non conforme alle disposizioni provinciali e alle linee guida aziendali.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Esistono controlli ex ante nelle ricette dematerializzate e controlli ex post (a campione) nelle ricette cartecee (residuali). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione, totale	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: Presidi (dispositivi medici)

PROCESSO / FASE → Liquidazione presidi (dispositivi medici) e del materiale di medicazione distribuiti tramite le farmacie convenzionate.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Documenti giustificativi delle forniture autorizzate.	Pagamento alle farmacie per le forniture erogate.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Attività svolta in modo inefficace.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il range di discrezionalità rispetto alla normativa che regola la misurazione del rischio per questa area è basso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli a campione, è in corso il passaggio dalla distinta contabile alla fattura elettronica come indicato dal contratto nazionale di ACN del 03/2025. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Allineamento con software specifico. Pubblicazione sul sito aziendale sezione trasparenza: Amministrazione Trasparente: »Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici » Atti di concessione» Elenco beneficiari.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sperimentazioni cliniche e ricerca sanitaria	Servizio per l'innovazione, la ricerca e l'insegnamento	Amministrazione della ricerca	Dr.ssa Mirta Fedrizzi

AREA DI RISCHIO: **Ricerca Sanitaria**

PROCESSO / FASE → Procedura per il conferimento di incarichi a tempo determinato nell'ambito dell'espletamento di progetti di ricerca sanitaria.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Esigenza di personale per lo svolgimento di specifici progetti di ricerca sanitaria.	Conferimento di incarichi a tempo determinato per attività di ricerca.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Composizione ad hoc della commissione di valutazione per favorire determinati candidati Previsione di requisiti attitudinali e professionali personalizzati.	12. Eccesso di discrezionalità	Processo è mappato in una procedura, tuttavia sussistono margini di discrezionalità. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni 6. Attuazione misure	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: verifica dichiarazioni Utilizzo di procedure di selezione previa pubblicazione del bando. La composizione è vincolata ad un determinato equilibrio di genere e gruppo linguistico oltre che di competenza. Viene verificata l'insussistenza di situazione di inconferibilità ed incompatibilità. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza Obbligo da parte del responsabile scientifico del progetto di dichiarare i criteri utilizzati per la formazione della graduatoria. Dichiarazione dei membri della commissione sull'insussistenza di conflitto di interessi. Pubblicazione procedure di selezione per tutti i progetti. Inserimento incarichi sul sito "amministrazione trasparente" e PerlaPA.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Ricerca Sanitaria**

PROCESSO / FASE → Contratti per la conduzione di sperimentazioni cliniche e/o collaborazione con aziende, associazioni o altri enti per lo svolgimento di progetti di ricerca.				**INPUT** Proposta di sperimentazione clinica o progetto di ricerca da parte di soggetti esterni.	**OUTPUT** Stipula di contratti per la realizzazione di sperimentazioni o progetti in collaborazione.
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile conflitto di interessi con lo sperimentatore locale o il richiedente la collaborazione.	15. Conflitti di interesse	Non sussitono margini di discrezionalità, le procedure sono previste da normativa nazionale e da regolamentazione AIFA.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: incrociati con ripartizione acquisti e ripartizione personale per verifica dei rapporti intercorrenti tra l'azienda esterna e il richiedente la collaborazione Autodichiarazione della presenza di interessi finanziari o di rapporti di consulenza e collaborazione con il promotore dello studio, su modulistica predisposta dal Centro Coordinamento nazionale dei Comitati etici. Utilizzo modelli AIFA per i contratti per la conduzione di sperimentazioni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 4. ispezioni 5. dichiarazioni 2. trasparenza Analisi della richiesta e parere preventivo del Direttore dell'Unità operativa coinvolta. Gli importi vengono versati all'Azienda sanitaria e sono pubblicati nell'apposito settore dell'amministrazione trasparente. Richiesta da parte del richiedente di una dichiarazione di insussistenza di rapporti finanziari o di consulenza e collaborazione e verifica tramite le ripartizioni competenti.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 2. Discrezionalità 4. Opacità 6. Attuazione misure 9. Controlli interni		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100%	

AREA DI RISCHIO: **Ricerca Sanitaria**

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione fondo sperimentazioni cliniche.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Risorse economiche destinate o acquisite per attività di sperimentazione clinica	Gestione, allocazione e utilizzo delle risorse del fondo a supporto delle sperimentazioni cliniche o altre attività istituzionali

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Rischio utilizzo del fondo per fini non idonei o uso distorto.	12. Eccesso di discrezionalità	Valutazione secondo la procedura prevista dal regolamento sulla gestione del Fondo aziendale sperimentazioni cliniche.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante da parte di IRTS Parere vincolante da parte del Comitato Etico e dei direttori preposti alla valutazione economica e coerenza con la programmazione aziendale. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli Motivazione richiesta tramite modulo di utilizzo. Regolamento sulla gestione del Fondo aziendale sperimentazioni cliniche.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: Sperimentazioni cliniche, Comitato Etico

PROCESSO / FASE →	Autorizzazione alle sperimentazioni cliniche e studi osservazionali, profit e no profit.	INPUT: Domanda di autorizzazione per lo svolgimento di una sperimentazione clinica o studio osservazionale.	OUTPUT: Rilascio di autorizzazione allo svolgimento della sperimentazione o studio.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO – MOTIVAZIONE		MISURE DI CONTRASTO – ESISTENTI ATTUATE	MISURE DI CONTRASTO – PROGRAMMATE
Possibile rischio di conflitto di interessi tra promotore dello studio e membri del Comitato etico.	15. Conflitti di interesse	Non sussitono margini di discrezionalità, le procedure sono previste da normativa nazionale e da regolamentazione AIFA.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Autodichiarazione da parte di tutti i membri dell'assenza di interessi finanziari o di rapporti di consulenza e collaborazione con il promotore dello studio Astensione dalla votazione in caso di potenziale esistenza di conflitto di interessi. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse. Astensione dal voto in sperimentazioni dove c'è il coinvolgimento diretto o indiretto (vedi dichiarazione di assenza di conflitto di interesse) e allontanamento dalla seduta. Per gli incarichi a consulenti esterni al comitato etico è prevista la costituzione di un albo da parte della Provincia Autonoma di Bolzano. Pubblicazione studi clinici in corso e conclusi nonché i relativi finanziamenti, nominativi sperimentatori e rispettivi curricula ai sensi del D. Lgs. 52/2019.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Insegnamento	Servizio per l'innovazione, la ricerca e l'insegnamento	Insegnamento	Dott.ssa Valentina Zingerle

AREA DI RISCHIO: **Gestione degli studenti di medicina**

PROCESSO / FASE ⟶ Individuazione tirocinante				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta di tirocionio	Accettazione della richiesta di tirocinio

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile conflitto di interessi nella selezione del tirocinante da parte del Primario.	15. Conflitti di interesse 5. Monopolio del potere 12. Eccesso di discrezionalità	Il Primario ha piena facoltà di scelta del tirocinante unico criterio è il rispetto delle tempistiche di invio della richiesta di tirocinio.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Esiste: - un regolamento interno che definisce le tempistiche per la presentazione delle richieste di tirocinio; - esiste una procedura informatica (piattaforma web) per la candidatura del tirocinio in cui sono settati i limiti temporali per la richiesta di iscrizione; - l'iscrizione tramite portale garantisce l'assicurazione al potenziale tirocinante. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: non applicabile TIPO DI VERIFICA: non applicabile ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		1. Interessi esterni 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme
Semplificazione			si

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Strutture Private Accreditate - Liste d'attesa	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio Accordi Contrattuali	Dott.ssa Alessia Toniatti

AREA DI RISCHIO: Acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regime ambulatoriale e di ricovero

PROCESSO / FASE →	Affidamento a strutture sanitarie/sociosanitarie autorizzate e/o accreditate di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.	INPUT: Necessità di erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie mediante soggetti esterni autorizzati/accreditati	OUTPUT: Atto di affidamento a struttura esterna per l'erogazione delle prestazioni sanitarie o sociosanitarie richieste

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO – MOTIVAZIONE		MISURE DI CONTRASTO – ESISTENTI ATTUATE	MISURE DI CONTRASTO – PROGRAMMATE
Individuazione secondo procedura prevista dalla legge del contraente tra gli aventi i requisiti e del numero e della tipologia delle prestazioni	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza	Attività procedimentalizzata regolamentata ripartita tra Provincia e dall'azienda sanitaria. Valutazione di precedenti giudiziari: No (nelle premesse degli accordi contrattuali viene di fatto preso atto che il rappresentante legale dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente)	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica ex ante dei criteri e requisiti previsti dalla legge n. 502/1992 e della LP n. 7/2001 (l'accreditamento ottenuto per la relativa branca e ulteriori requisiti come standard del personale rilasciato dalla Rip. Sanità della Prov. Autonoma Bz); verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni, applicazione dei relativi protocolli, controllo delle prestazioni effettuate e verifica delle prescrizioni; verifica tempi di attesa. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Valutazione preventiva del fabbisogno e relativo parere della direzione sanitaria congiuntamente alla Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale ed invio comunicazione alla Rip. Sanità - Provincia Autonoma di Bolzano ai sensi della DGP 139/2023. Gruppo NUVAS (Nucleo Aziendale di Verifica dell'Assistenza Sanitaria istituito con la deliberazione n. 143 del 26.08.2014). Stipula accordi con le strutture private accreditate sulla base di schemi tempi approvati dall'AS. Pubblicazione in una apposita sezione del sito della rispettiva struttura accreditata	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			25%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Strutture Private Accreditate - Liste d'attesa	Ripartizione Prestazioni e Territorio	Ufficio Centro Unico di Prenotazione Provinciale	Renate Pernthaler

AREA DI RISCHIO: **Prestazioni specialistiche ambulatoriali e consultazione delle anagrafiche**

PROCESSO / FASE → Gestione dell'elenco appuntamenti degli assistiti e delle anagrafiche da parte del personale addetto alla prenotazione e alla configurazione delle agende.	**INPUT** Assegnazione di credenziali e profili di accesso, direttive aziendali su configurazione agende e gestione prenotazioni.	**OUTPUT** Agende caricate e configurate nel sistema, tracciabilità delle operazioni effettuate dal personale autorizzato.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Accesso ai dati particolari dei pazienti in via scollegata all'esercizio dell'attività prevista di accesso alle cure.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Scarsa responsabilizzazione interna 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Le attività sono tracciate. Il personale è formato e informato in merito all'opportunità nella consultazione delle anagrafiche degli assistiti.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: In base a segnalazioni RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza 10. formazione Utilizzo degli applicativi per la prenotazione. Tracciamento delle attività effettuate negli applicativi aziendali di prenotazione e sensibilizzazione ad un loro uso corretto e lecito. Al personale addetto alla prenotazione viene offerta formazione periodica a tema privacy, anticorruzione e trasparenza.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 3. Eventi corruttivi passati			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Formazione			25%

AREA DI RISCHIO: Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

PROCESSO / FASE →	Gestione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali offerte in regime istituzionale e in LPI tramite liste d'attesa.	INPUT: Richiesta di prestazione con impegnativa o scelta LPI, dati anagrafici e clinici, disponibilità agende.	OUTPUT: Prenotazione registrata con data e modalità, aggiornamento liste d'attesa e comunicazione all'utente.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO – MOTIVAZIONE	
Condizionamento, scorrimento improprio, gestione non trasparente delle liste d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime istituzionale e in LPI. Incremento dei tempi di attesa dell'attività istituzionale per dirottare i pazienti verso le prestazioni in LPI.	2. Mancanza di trasparenza 15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 7. Scarsa responsabilizzazione interna 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	I processi volti ad evitare comportamenti impropri e dirottamenti dall'attività istituzionale alla LPI sono normati. Eventuali comportamenti anomali sono verificabili sulla base di segnalazioni e verifiche interne. La gestione delle disponibilità in regime istituzionale porta con sé il monitoraggio costante e il controllo di anomalie nella programmazione. Le prenotazioni LPI sono gestite dal CUPP sia con contatto telefonico e indirizzo e-mail dedicati sia che anche online.	RISCHIO MEDIO

MISURE DI CONTRASTO

ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Periodici a campione da parte del back office sulle agende alimentate dai gestori / totale sulle base delle segnalazioni	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI, tuttavia si considerano possibili interventi per rafforzarne ulteriormente l'efficacia.
RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello), Altro	è prevista la sostituzione della piattaforma CUPWeb con NGH-CUP
FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, mensile TIPO DI VERIFICA: a campione, totale	Tempistica di attuazione: 3 anni Stato implementazione: In corso
ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni 11. codice di comportamento 2. trasparenza Gestione delle liste d'attesa della LPI nel rispetto delle rispettive direttive: - Normativa provinciale (L.P. n. 10/1995), - Piano Provinciale di Governo di liste d'attesa - Piano aziendale sulla LPI (delibera SABES n. 273/2008) - successive linee guida esplicative (2009/2010) Linee guida per la gestione delle agende Monitoraggio tempi di attesa istituzionali da parte della commissione sulla LPI. Monitoraggio periodico dei tempi di attesa volto anche a rilevare anomalie nei livelli di produzione dei singoli erogatori. Applicazione del codice deontologico: giuramento professionale. Al personale addetto alla prenotazione viene offerta formazione periodica a tema privacy, anticorruzione e trasparenza Separazione dei canali di accesso e dei percorsi di prenotazione tra LPI e attività istituzionale. Pubblicazione delle liste di attesa sul sito istituzionale della azienda sanitaria (DL 33/2013).	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI DI VALUTAZIONE*

2. Discrezionalità

9. Controlli interni

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Prenotazione delle prestazioni sanitarie da parte del personale CUPP e degli affidatari esterni (CUPP-Laboratorio, CUPP-Prevenzione)**

PROCESSO / FASE →	Gestione delle prenotazioni attraverso l'identificazione dei livelli di priorità e l'utilizzo di un programma informatizzato in cui sono state caricate le agende degli appuntamenti.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Richiesta di prenotazione con indicazione clinica, classe di priorità, disponibilità agende caricate nel sistema.	Appuntamento assegnato con data e priorità registrata, aggiornamento automatico dell'agenda e tracciabilità nel sistema.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Gestione delle prenotazioni in maniera non trasparente e verificabile. Abuso nelle dinamiche di accesso alle prestazioni sanitarie per favorire alcuni soggetti a discapito di altri (ad esempio, l'inserimento arbitrario in cima ad una lista di attesa).	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	Informatizzazione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con relativo instradamento e tracciabilità delle azioni compiute da front-office e back-office (ID operatore e data/ora operazione) e limitazione della discrezionalità. Nella maggior parte dei casi per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sussiste l'obbligo di presenza di una prescrizione medica all'atto della prenotazione, che condiziona l'accesso alle agende.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Tracciabilità delle azioni compiute da front-office e back-office (ID operatore e data/ora operazione). Gestione delle abilitazioni limitate ai soli settori di competenza per gli affidatari esterni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Accesso alle prestazioni nel rispetto: - della classificazione delle priorità delle prestazioni come definite nel Piano Provinciale di Governo di liste d'attesa 2019-2021 (DGP 915/2019) e secondo il sistema RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) - del Piano attuativo aziendale 2020-2022 (Delibera SABES 84/2020). Le attività svolte dagli affidatari esterni seguono le stesse procedure e linee guida interne e vengono costantemente monitorate (confronto per gestire l'operatività, gestione diretta di eventuali reclami e segnalazioni) da parte dell'Azienda Sanitaria. Ove previsti, obblighi di pubblicazione ai sensi dell'art. 41 comma 6 del d.lgs. 33/2013. Amministrazione trasparente dei servizi erogati e delle liste di attesa. Libera verifica online tramite Sanibook delle attuali disponibilità per molte prestazioni	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI, tuttavia si considerano possibili interventi per rafforzarne ulteriormente l'efficacia. è prevista la sostituzione della piattaforma CUPWeb con NGH-CUP Tempistica di attuazione: 3 anni Stato implementazione: In corso Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI DI VALUTAZIONE*

2. Discrezionalità

9. Controlli interni

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Modifica delle prenotazioni

PROCESSO / FASE → In presenza di alcune motivazioni organizzative interne (ad es. assenza medico, guasti macchinari, ...) la prenotazione viene modificata.	**INPUT** Richiesta di modifica da parte dell'utente o del personale, dati della prenotazione originaria e disponibilità aggiornata delle agende.	**OUTPUT** Nuova prenotazione registrata con aggiornamento del sistema, tracciabilità della modifica e comunicazione all'utente.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Gestione degli slots in maniera non trasparente e verificabile, al fine di agevolare l'acceso ad alcuni soggetti.	6. Monopolio delle competenze 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 12. Eccesso di discrezionalità 2. Mancanza di trasparenza 15. Conflitti di interesse 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Al paziente viene assegnato un nuovo appuntamento secondo i seguenti criteri: - nei primi slot disponibili (inclusi slots "last minute" per avvenuta disdetta da parte di altro paziente); - in slot extra, che il reparto mette a disposizione del CUPP su base mensile in aggiunta all'offerta già esistente in base a turni pianificati; - in slots che il reparto mette a disposizione del CUPP per recuperare lo spostamento dell'appuntamento. - nei cd. "Reserve-slots", slot preventivamente riservati su base mensile per la prenotazione di pazienti spostati in precedenza. (Si usa soprattutto nel caso di prestazioni con particolare criticità e in realtà territoriali piccole dove le prestazioni vengono spesso erogate da un unico medico specialista). Ai pazienti viene assegnato un nuovo appuntamento nell'ordine originario. Tracciabilità delle azioni compiute da front-office e back-office (ID operatore e data/ora operazione) e limitazione della discrezionalità. Accesso agli slot ristretto al personale di back office che gestisce gli spostamenti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Le abilitazioni informatiche consentono una gestione normata degli spostamenti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Linee guida sulla gestione delle agende. Poiché la gestione delle disponibilità è centralizzata, eventuali comportamenti scorretti nella riallocazione dei pazienti spostati sono tracciabili.	Le misure di contrasto esistenti <u>SONO EFFICACI, tuttavia</u> si considerano possibili interventi per rafforzarne ulteriormente l'efficacia. è prevista la sostituzione della piattaforma CUPWeb con NGH-CUP Tempistica di attuazione: 3 anni Stato implementazione: In corso Il contesto interno/esterno <u>SONO RIMASTI INVARIATI</u> pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI DI VALUTAZIONE*

2. Discrezionalità

4. Opacità

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Personale	Ripartizione amministrazione del personale	Ufficio gestione presenze e intramoenia	Dott.ssa Manuela Meneghelli

AREA DI RISCHIO: Autorizzazione allo svolgimento della LPI

PROCESSO / FASE → Rilascio dell'autorizzazione				INPUT	OUTPUT
				Richiesta del professionista con documentazione	Autorizzazione allo svolgimento dell'attività intramoenia

EVENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Discrezionalità decisionale per il rilascio dell'autorizzazione. Rilascio di false dichiarazioni da parte del richiedente.	1. Mancanza di controlli	Il rilascio dell'autorizzazione è subordinato alla sussistenza di requisiti chiari e normati. Anche in sede di rinnovi delle autorizzazioni viene prevista una valutazione del tasso di occupazione delle agende per confermare le ore concesse ovvero per diminuirle. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 6. Attuazione misure	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: A tappeto in fase di autorizzazione e a campione durante l'anno per verificare la permanenza dei requisiti. Preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività in LPI e delle eventuali situazioni di incompatibilità (per ogni richiesta di autorizzazione vengono controllati i seguenti requisiti: qualifica medico Fascia A, rapporto di lavoro esclusivo a tempo pieno, possesso della specializzazione nella disciplina rispetto alla quale è richiesta l'autorizzazione, copertura per Responsabilità Civile verso terzi estesa alla colpa grave). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, annuale TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 4. ispezioni 1. altri controlli Regolamento contenente criteri di autorizzazione Negoziazione dei volumi di attività in LPI in relazione agli obiettivi istituzionali. Verifica preventiva delle condizioni organizzative per l'erogazione delle prestazioni in regime di LPI (richieste autorizzate solo previo consenso del Primario di riferimento e della Direzione medica).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Controlli			fino a 25%
Regolamentazione			conforme
Etica e Comportamento			si

AREA DI RISCHIO: Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

PROCESSO / FASE → Formazione di liste d'attesa di cui una per l'attività istituzionale ed una per la LPI				INPUT	OUTPUT
				Richieste di prestazione da parte degli utenti	Creazione liste d'attesa distinte per attività istituzionale e LPI

EVENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Utilizzo della LPI per scorrimento improprio e elusione delle liste d'attesa. Dirottamento del paziente dalle liste d'attesa dell'attività istituzionale verso la LPI e conseguente violazione del diritto di scelta del paziente. Utilizzo del canale istituzionale per favorire l'accesso del paziente alle prestazioni libero professionali.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	I processi volti ad evitare dirottamenti dall'attività istituzionale alla LPI e ad evitare comportamenti svianti sono normati e le prenotazioni sono gestite dal CUPP con contatto telefonico dedicato. Eventuali comportamenti anomali sono verificabili sulla base di segnalazioni.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Effettuato un controllo mensile dei tempi di attesa istituzionali da parte del CUPP. E' inoltre prevista la rendicontazione ministeriale e ad AGENAS. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza 11. codice di comportamento Accesso alle prestazioni tramite prenotazione al CUPP aziendale unificato, nel rispetto della classificazione delle priorità delle prestazioni secondo il sistema R.A.O. (Raggruppamenti di Attesa Omogenei). Separazione dei canali di accesso e dei percorsi di prenotazione tra LPI e attività istituzionale. Monitoraggio tempi di attesa istituzionali da parte della commissione sulla LPI. Revisione sistematica dei livelli di produzione di prestazioni per singola unità operativa. Gestione della LPI secondo le direttive stabilite dalla normativa provinciale (L.P.n.10/95), dal Piano Provinciale di Governo di liste d'attesa, dal piano aziendale sulla LPI (delibera n. 273/2008) e successive linee guida esplicative (2009/2010). Comunicazione corretta ai pazienti circa i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni in regime istituzionale tramite pubblicazione sul sito internet aziendale. Pubblicazione liste di prenotazione. Implementazione informazioni pubblicate nel sito internet aziendale. Applicazione del codice deontologico: giuramento professionale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme
Etica e Comportamento			si

AREA DI RISCHIO: Prestazioni specialistiche ambulatoriali nella LPI

PROCESSO / FASE → Riscossione della prestazione				INPUT: Erogazione della prestazione specialistica	OUTPUT: Incasso del compenso da parte dell'Azienda per attività in LPI
EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Pagamenti non tracciati dell'attività LPI e conseguente rischio di elusione fiscale.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il sistema prevede il tracciamento delle prestazioni rese dalla prenotazione al pagamento. Sono previsti blocchi sui pagamenti se le prestazioni non risultano prenotate e vengono effettuati controlli a posteriori da parte degli uffici competenti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo incrociato tra casse, ufficio fatturazione e prenotazione. Mirati su segnalazione degli uffici competenti. Rilevo che i responsabili dei controlli sono tutti gli uffici coinvolti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Pagamento anticipato della prestazione. In fase di elaborazione un piano aziendale per la dotazione di casse automatizzate, già presenti a Bolzano.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 6. Attuazione misure 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Etica e Comportamento			si
Regolamentazione			conforme
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Prestazioni specialistiche ambulatoriali nella LPI

PROCESSO / FASE → Rispetto dei limiti di attività in LPI autorizzati				INPUT: Pianificazione dell'attività LPI in conformità ai limiti orari e quantitativi stabiliti OUTPUT: Erogazione delle prestazioni LPI entro i limiti autorizzati, garantendo il rispetto delle normative vigenti	
EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO** MOTIVAZIONE		**MISURE DI CONTRASTO** ESISTENTI	PROGRAMMATE
Violazione limite dei volumi di prestazioni erogabili in LPI	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	L'attività in lpi è prenotata tramite CUPP e, quindi, a monte è previsto un controllo in merito ad eventuali sforamenti rispetto alle autorizzazioni rilasciate. Per il pagamento di prestazioni, la cui necessità venisse ravvisata in sede di esecuzione della prestazione prenotata il medico è tenuto a tracciare il tutto negli applicativi esistenti ai fini della fatturazione.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo in merito ad eventuali sforamenti rispetto alle autorizzazioni rilasciate. Periodici / a campione. A tappeto in fase di autorizzazione e a campione durante l'anno. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, annuale TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Atti aziendali per monitoraggio volumi di attività. Definizione dei volumi erogabili in fase di autorizzazione all'attività LPI previa valutazione degli aspetti organizzativi (numero di ore settimanali autorizzabili pari a 6 ore settimanali; durata fissa degli slot di visita; prenotazioni delle prime visite effettuate solo da CUPP). Rendicontazione annuale alla Provincia.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Etica e Comportamento			si

AREA DI RISCHIO: Prestazioni specialistiche ambulatoriali nella LPI

PROCESSO / FASE → Formazione di liste d'attesa di cui una per l'attività istituzionale ed una per la LPI				INPUT	OUTPUT
				Richieste di prestazione da parte degli utenti	Creazione liste d'attesa distinte per attività istituzionale e LPI

EVENTO CORRUTTIVO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Comportamento opportunistici atti a determinare un incremento dei tempi di attesa delle liste istituzionali per favorire la LPI.	1. Mancanza di controlli	Non sono mai stati riscontrati casi.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: I tempi di attesa, così come l'offerta istituzionale vengono quotidianamente monitorati dal CUPP che, in caso di presunta pretestuosità di chiusura di ambulatori ed, in generale, dell'offerta, segnala ai vari uffici competenti la situazione per le necessarie verifiche; La principale misura di contrasto riguarda in ogni caso la possibilità di blocco dell'attività intramoenia in caso di sforamento dei tempi di attesa. La stessa è stabilita direttamente dalla normativa vigente che prevede che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, verificata la situazione dei tempi di attesa e dei rapporti tra volumi , possano revocare le autorizzazioni all'attività intramoenia. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 3. Eventi corruttivi passati			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Etica e Comportamento			si
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: Prestazioni specialistiche ambulatoriali nella LPI

PROCESSO / FASE → Orario di lavoro				INPUT: Programmazione dell'attività LPI e orario di servizio del professionista	OUTPUT: Pianificazione conforme, senza sovrapposizioni con orario di servizio, reperibilità o altri impegni incompatibili
EVENTO CORRUTTIVO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI	PROGRAMMATE
Svolgimento della LPI in orario di servizio o in sovrapposizione con turni di reperibilità o altri periodi/ orari incompatibili con l'attività clinica.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Vengono effettuati dei controlli e le difformità vengono segnalate ai diretti interessati ed ai responsabili.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli periodici / a campione della compatibilità dei dati delle rilevazioni presenze dell'attività istituzionale con gli orari di svolgimento dell'attività LPI (controllo incrociato fra esercizio dell'attività LPI e le assenze per malattia, per infortunio, per maternità obbligatoria o facoltativa, per congedo parentale, aspettativa per motivi familiari, turno in pronta disponibilità e di guardia). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: quadrimestrale — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 4. ispezioni 2. trasparenza — Controllo periodico da parte degli uffici amministrativi competenti. Diffusione delle regole tramite intranet aziendale e come allegato alle autorizzazioni.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Regolamentazione			conforme
Etica e Comportamento			si
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Affari generali e contenzioso	Ripartizione Legale e Affari Generali	Ufficio affari generali e assicurazioni	Dott. Paolo Martini

AREA DI RISCHIO: Gestione sinistri, rimborsi e coperture assicurative

PROCESSO / FASE → Apertura e gestione dei sinistri rientranti nella copertura assicurativa RCT/O presso la Compagnia ass.va.				INPUT: Segnalazione di un evento dannoso potenzialmente coperto da polizza	OUTPUT: Istruttoria e trasmissione del sinistro alla compagnia assicurativa per attivazione della copertura
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Disparità di trattamento e procedura accelerata o rallentata non giustificata.	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	L'Ufficio Affari Generali ed Assicurazioni ha realizzato un processo di riorganizzazione dei sinistri rientranti nella copertura RCT/O. Di conseguenza, detto Ufficio gestisce, coordina e stimola le attività svolte rispettivamente dalla compagnia di assicurazione e dal Servizio di medicina legale, allo scopo di accelerare e rendere uniforme la gestione di detti sinistri.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Conteggio dei sinistri ricevuti ed effettivamente denunciati alla compagnia assicurativa. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli — Dal 01.01.2023 il coordinamento relativo alla gestione dei sinistri rientranti nella copertura assicurativa RCT/O è stato accentrato presso l'Ufficio affari generali e assicurazioni. Inoltre, il processo coinvolge anche altri tre uffici/servizi, di seguito meglio specificati. Per i danni a persona i pareri medico legali sulla responsabilità sanitaria vengono resi da parte del Servizio di medicina legale. Per i danni a cose le prese di posizione vengono rese dai coordinatori infermieristici del reparto/servizio coinvolto. In ogni caso - su ciascun sinistro - su apertura, gestione e decisione finale il parere viene reso dalla compagnia assicurativa.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100%	

AREA DI RISCHIO: **Gestione sinistri, rimborsi e coperture assicurative**

PROCESSO / FASE → Autorizzazione al rimborso delle spese di riparazione auto privata usata per motivi di servizio CCI provinciale t.v.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta di rimborso con allegata documentazione di servizio e spesa sostenuta	Provvedimento di autorizzazione o diniego al rimborso delle spese

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Rimborso non giustificato.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	La sussistenza dei presupposti per dare luogo al risarcimento è valutata anche alla luce delle disposizioni del contratto collettivo applicabile. Le pratiche di rimborso sono analizzate scrupolosamente e la valutazione del danno è eseguita dalla Ripartizione tecnica e patrimoniale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Parere di congruità delle spese da Ufficio Estimo provinciale. Controlli sulla sussistenza dei presupposti previsti dal contratto collettivo intercompartimentale applicabile. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 5. dichiarazioni Processo frazionato tra n. 2 uffici: uno esterno per il parere di congruità e l'altro interno per il provvedimento di rimborso. Obbligo di motivazione. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio sul fatto causativo del danno, verbale Polizia o Carabinieri, verbale Pronto Soccorso.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Gestione sinistri, rimborsi e coperture assicurative**

PROCESSO / FASE → Autorizzazione al rimborso delle spese legali e/o peritali nei procedimenti giudiziari come parte passiva.	**INPUT**: Richiesta di rimborso con documentazione del procedimento e delle spese sostenute	**OUTPUT**: Provvedimento di autorizzazione o diniego al rimborso delle spese legali e/o peritali

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Rimborso non giustificato.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	I rimborsi delle spese legali/peritali sono analizzati scrupolosamente e risulta molto difficile che vengano autorizzati rimborsi non giustificati. Atti giudiziari di proscioglimento/ archiviazione.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Redazione di relazione circa la sussistenza dei presupposti per dare luogo al rimborso. La relazione redatta dall'ufficio Affari Generali e Assicurazioni viene sottoposta al Direttore di Ripartizione (tale relazione è successivamente sottoposta alla Direzione Generale). Il controllo sulla congruità dell'importo delle spese legali è svolto dall'Ufficio Legale. Il controllo sulla congruità delle spese peritali è svolto dal Servizio di Medicina Legale. La valutazione viene fatta anche alla luce dei pareri resi dall'Avvocatura di Stato, alla quale l'Azienda può rivolgersi anche per ottenere pareri su singole pratiche. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 5. dichiarazioni Processo frazionato tra n. 2 uffici aziendali per il parere di congruità: rispettivamente, Ufficio Legale per le spese legali e Servizio di Medicina legale per le spese peritali. Obbligo di motivazione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Affari generali e contenzioso	Ripartizione Legale e Affari Generali	Ufficio Legale	Dott.ssa Sonia Gasparri

AREA DI RISCHIO: Pareri, contenzioso e azioni giudiziarie

PROCESSO / FASE ⟶ Parere di congruità delle spese legali e rimborso delle spese legali e peritali				**INPUT**	**OUTPUT**
				Nota spese da valutare, con allegata documentazione legale o peritale.	Parere di congruità e determinazione dell'importo da rimborsare

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Autorizzazione di note spese troppo alte o non giustificate.	1. Mancanza di controlli 15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità	L'eventuale congruità delle spese legali è analizzata con cura e le note spese troppo alte o che paiono essere ingiustificate vengono sottoposte all'Avvocatura dello Stato per un parere di congruità.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo di congruità da parte dell'ufficio legale sui tariffari applicati; controllo dei presupposti previsti dalla normativa (LP n. 16/2001) per la concessione del beneficio del rimborso da parte del dirigente responsabile. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli — Frazionamento del processo decisionale in due uffici separati tra parere di congruità e adozione della delibera di rimborso. Procedura aziendale n. ID 9789/20: Criteri e modalità di rimborso delle spese legali, peritali e giudiziarie al personale ex L.P. n. 16/2001	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni 6. Attuazione misure		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100%	

AREA DI RISCHIO: **Pareri, contenzioso e azioni giudiziarie**

PROCESSO / FASE ⟶ Predisposizione di pareri legali.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta formale di chiarimento normativo o interpretativo da parte di un ufficio interno.	Parere legale scritto sull'istanza sottoposta.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Conflitto di interessi o violazione dell'imparzialità.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 15. Conflitti di interesse	Il legale che predispone pareri legali si astiene regolarmente in ipotesi di eventuale conflitto di interessi e risulta sempre imparziale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: La Direttrice e la Direzione Generale eseguon attività di supervisione sui singoli pareri prima di emetterli. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: Coinvolgimento di altri uffici interessati 1. altri controlli	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Pareri, contenzioso e azioni giudiziarie**

PROCESSO / FASE ⟶ Rappresentanza e difesa dell'ente in giudizio.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Notifica di atto giudiziario o determinazione a costituirsi in giudizio.	Deposito di atti difensivi e rappresentanza dell'ente nel procedimento.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Conflitto di interesse, imperizia.	15. Conflitti di interesse	Il legale che difende l'Azienda in giudizio si astiene regolarmente in ipotesi di eventuale conflitto di interessi e agisce con perizia professionale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Dichiarazione dell'avvocato incaricato RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 6. avocazioni Incarico dalla Direzione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 7. Precedenti giudiziari		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

AREA DI RISCHIO: **Pareri, contenzioso e azioni giudiziarie**

PROCESSO / FASE ⟶ Azione di rivalsa nei confronti di terzi.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Accertamento di un danno subito dall'ente per fatto imputabile a terzi.	Attivazione della procedura di rivalsa giudiziale o stragiudiziale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Omissione della richiesta.	1. Mancanza di controlli 15. Conflitti di interesse	Le azioni di rivalsa sono valutate dall'Ufficio legale e difficilmente vengono omesse. Attività di rivalsa attualmente in "stand by" su indicazioni del DPO.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo se l'assicurazione del terzo ha provveduto a versare un risarcimento al danneggiato o se ci sono procedimenti penali o civili in corso. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 5. dichiarazioni Frazionamento del processo in due uffici separati, invio del verbale da compilare da parte del Distretto competente e richiesta delle spese da parte Ufficio Legale. Verbale PS, Carabinieri.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: Attività legale esterna

PROCESSO / FASE → Affidamenti incarichi legali all'esterno.				INPUT: Necessità di assistenza legale esterna per assenza di competenze interne o conflitto d'interessi.	OUTPUT: Conferimento di incarico professionale all'Avvocatura dello Stato.
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Conflitto di interesse, affidamento ad avvocati amici o parenti.	12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Gli incarichi esterni vengono affidati solo all'Avvocatura dello Stato, che è gratuita ed è un organo a cui per legge possono essere affidati gli incarichi da parte delle PA. La numerosità di incarichi esterni è in ogni caso prossima allo zero.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO:	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: / TIPO DI VERIFICA:	
				ALTRE MISURE:	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	
		1. Interessi esterni			

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sicurezza Informatica	Ripartizione Informatica	Ripartizione Informatica	Ing. Andrea Toniutti

AREA DI RISCHIO: Utenze

PROCESSO / FASE ⟶ Abilitazione/disabilitazione utenze				INPUT: Comunicazione dell'assunzione, cessazione o variazione di ruolo del dipendente OUTPUT: Attivazione o disattivazione delle credenziali e dei profili di accesso ai sistemi aziendali	
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Il rischio è che le utenze vengano abilitate ad accedere a servizi cui non hanno pertinenza ovvero non vengano abilitate nonostante ne abbiano titolo.	1. Mancanza di controlli 11. Assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA.	Attualmente l'abilitazione di un'utenza avviene sulla base di una richiesta del responsabile del servizio presso il quale opera il dipendente. La richiesta di abilitazione potrebbe essere in parte o interamente non conforme alle autorizzazioni previste per quel ruolo professionale specifico ovvero potrebbe essere assegnata un'abilitazione non coincidente con quella richiesta.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: È presente una procedura di work flow informatizzato per la richiesta e il rilascio delle credenziali di accesso ai software aziendali. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli L'Azienda Sanitaria con Delibera n. 968 del 21.12.2021 ha adottato una specifica procedura aziendale per l'assegnazione delle credenziali di accesso alle procedure informatiche come previsto dal percorso di certificazione PAC.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Regolamentazione / / / conforme	

AREA DI RISCHIO: Multi-Factor Authentication (MFA)

PROCESSO / FASE		INPUT	OUTPUT
⟶	Attivazione del sistema di autenticazione personale a più fattori, Multi-Factor Authentication (MFA), per accedere al dominio aziendale, ovvero alla posta elettronica e ai software gestionali aziendali.	Introduzione aziendale del sistema di autenticazione personale a più fattori.	Attivazione dell'autenticazione MFA da parte degli utenti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Il rischio consiste nel fatto che la mancata attivazione da parte dell'utente del sistema di autenticazione a più fattori non consente di ridurre significativamente le condizioni di rischio per cui si possa verificare la sottrazione indebita di credenziali personali da parte di soggetti esterni non autorizzati (ad es. hacker).	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	La sottrazione di credenziali personali da parte di soggetti esterni non autorizzati comporta la possibilità che vengano rubati, danneggiati e/o eliminati dati o parti di essi. L'utilizzo di un secondo fattore di autenticazione, da utilizzare ad esempio via cellulare, riduce considerevolmente il rischio che in caso di sottrazione di username e password queste possano essere utilizzate impropriamente in quanto non più sufficienti per consentire l'accesso al dominio aziendale.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica periodica del livello di copertura degli utenti che hanno attivato MFA rispetto al totale degli utenti di dominio. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 10. formazione L' Azienda Sanitaria ha introdotto e distribuito a partire dal 2021 lo strumento tecnico per la Multi-Factor Authentication (MFA), informando e formando on line gli utenti in merito alle finalità dell'operazione. Diffondere e far conoscere la regolamentazione, e la normativa di riferimento: Sono stati organizzati corsi di formazione on line sul tema della Cyber security, la pubblicazione di un manuale utente e l'attivazione di un servizio di supporto all'attivazione del MFA.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 6. Attuazione misure		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli / / / 100%	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Medicina del lavoro	Servizio aziendale di medicina del lavoro	Sezione ispettorato medico del lavoro	Dott. Stefano Murano

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE → Interventi di prevenzione e vigilanza sulla salute nei luoghi di lavoro, rivolti a tutti i settori.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Segnalazioni, esposti o richieste da PA, lavoratori, cittadini o sindacati.	Sopralluoghi, controlli e interventi ispettivi nei luoghi di lavoro.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione degli interventi è fatta dal direttore/coordinatrice secondo un principio di rotazione tra tutti i medici, tecnici, assistenti sanitarie. Gli interventi vengono discussi in riunione di reparto e attribuiti a coppie rotanti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione Dal 2017 esiste una procedura interna che definisce il responsabile del procedimento e regola le fasi ed i termini della procedura. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 4. ispezioni 2. trasparenza Sistema di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (2 professionisti). Le attività vengono svolte da un organo collegiale (due addetti operano congiuntamente). Attività svolta di norma da 2 UPG. Discussione in team degli interventi di prevenzione e vigilanza. Obblighi particolari di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in GU 08.06.2016, n. 132).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità 6. Attuazione misure		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza — — — conforme Rotazione — — — 100%	

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE → Inchieste su casi di malattia professionale in aziende pubbliche e private, avviate su segnalazione per accertare eventuali responsabilità.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Segnalazioni di malattie professionali.	Accertamenti e relazioni tecniche su eventuali responsabilità legate all'insorgenza della malattia.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche. Al momento le assistenti sanitarie presenti in Servizio sono solo due quindi il principio di rotazione è limitato.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione delle indagini di malattia professionale avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra le assistenti sanitarie e i medici. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari. Il parere del medico del lavoro dell'Azienda Sanitaria non è vincolante e la decisione ultima spetta al medico INAIL.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 3. rotazione 4. ispezioni 1. altri controlli 10. formazione 2. trasparenza Sistema di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (2 professionisti). Attività svolta di norma da 2 UPG. Discussione dei casi da parte delle figure professionali coinvolte nel processo: assistenti sanitarie e medici del lavoro	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE ⟶ Campionamenti e misurazioni ambientali nei luoghi di lavoro e misurazioni.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Programmazione interna, segnalazioni o richieste di verifica ambientale.	Report tecnici con risultati delle misurazioni e indicazioni di conformità o criticità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione di queste attività avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra tutti i tecnici della prevenzione del Servizio. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 3. rotazione 4. ispezioni Sistema di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (2 professionisti). Attività svolta di norma da 2 UPG.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			25%

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE ⟶ Prelievo di campioni di materiale con sospetto contenuto di fibre di amianto.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Segnalazioni, esposti o rilievi sul campo relativi a materiali sospetti.	Referto analitico sull'eventuale presenza di amianto.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso della procedura per agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione di queste attività avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra tutti i tecnici della prevenzione del Servizio. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 4. ispezioni Sistema di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (2 professionisti). Attività svolta di norma da 2 UPG. Le attività vengono svolte di norma da un organo collegiale (due addetti operano congiuntamente).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			25%
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Valutazione piani di lavoro amianto.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Piani di lavoro presentati.	Parere tecnico di approvazione, prescrizioni o richiesta di integrazioni.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione di queste attività avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra tutti i tecnici della prevenzione del Servizio. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 1. altri controlli 2. trasparenza Obbligo di motivazione. Sistema di rotazione del personale. Le attività vengono svolte di norma da un organo collegiale (due addetti operano congiuntamente). Discussione in team dei pareri a seguito di valutazione per una parte dei piani di lavoro amianto.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Rotazione			25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Ricorso avverso giudizio di idoneità.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Ricorso presentato dal lavoratore.	Nuova valutazione sanitaria e giudizio definitivo di idoneità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa) Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	I ricorsi avverso il giudizio di idoneità sono attribuiti secondo il principio della equa rotazione tra i medici del Servizio. I casi particolari vengono discussi e decisi in team.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a gestione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 1. altri controlli Sistema di rotazione del personale. La conferma, la modifica, la revoca del giudizio di idoneità, disposta dal medico del lavoro viene discussa all'interno di un team medico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Rotazione			25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Rilascio certificato per ambienti bonificati da amianto in matrice friabile	**INPUT**	**OUTPUT**
	Documentazione tecnica e risultati delle verifiche post-bonifica.	Certificato di conformità attestante la bonifica avvenuta secondo normativa.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione di queste attività avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra tutti i tecnici della prevenzione del Servizio. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 4. ispezioni 1. altri controlli Obbligo di motivazione. Sistema di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (2 professionisti). Le attività vengono svolte di norma da un organo collegiale (due addetti operano congiuntamente).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Rotazione			25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Rilascio di pareri in materia di applicazione della normativa in igiene e salute sui luoghi di lavoro.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta di parere da parte di enti o aziende.	Parere tecnico motivato conforme alla normativa vigente.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'assegnazione di queste attività avviene in modo casuale e secondo un principio di rotazione tra tutti i medici e i tecnici della prevenzione del Servizio. Sono previsti confronti tra le varie figure professionali per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 1. altri controlli Sistema di rotazione del personale. Discussione in team della maggior parte dei pareri rilasciati.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Rotazione			25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Parere per l'autorizzazione ad adibire i minori a lavori e processi vietati				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta di autorizzazione con documentazione normativa e di sicurezza	Parere tecnico autorizzativo o motivato diniego.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	I pareri per l'autorizzazione ad adibire i minori a lavori e processi vietati sono attribuiti secondo il principio della equa rotazione tra i medici del Servizio. I casi particolari vengono discussi e decisi in team.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione Sistema di rotazione del personale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Rotazione			25%

AREA DI RISCHIO: Colloqui, pareri

PROCESSO / FASE → Programmazione ed effettuazione dell'accoglienza e ascolto per dipendenti ASDAA.				INPUT: Richieste o necessità di supporto da parte dei dipendenti ASDAA.	OUTPUT: Servizi di accoglienza, supporto e ascolto erogati ai dipendenti.
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella richiesta/effettuazione dell'accoglienza e ascolto al fine di agevolare determinati soggetti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	L'attività si svolge nel rispetto della normativa vigente e secondo protocolli e procedure in linea con gli indirizzi scientifici più avanzati.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli da parte del direttore. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni Obbligo di motivazione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Classificazione e risoluzione del caso; eventuale denuncia alle sedi competenti in caso di mobbing.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Segnalazioni di presunti casi di mobbing.	Valutazione del caso, interventi correttivi e denuncia alle sedi competenti se necessario.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella classificazione e risoluzione del caso.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	I processi decisionali vengono presi da un team multidisciplinare, nel rispetto della normativa vigente e secondo protocolli e procedure in linea con gli indirizzi scientifici più avanzati. La risoluzione del caso da parte di ASDAA non è vincolante, il soggetto può sempre rivolgersi a figure terze.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO:	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA:	
				ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni Attività svolta in team. Discussione in team per la trattazione dei casi complessi. Controlli, ispezioni svolti da specialisti.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Medicina del lavoro	Servizio aziendale di medicina del lavoro	Sezione Clinica	Dott. Stefano Murano

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria per dipendenti ASDAA, dipendenti provincia e altre aziende convenzionate.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di sorveglianza sanitaria e elenco dipendenti da monitorare.	Esecuzione della sorveglianza sanitaria.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella richiesta/effettuazione di accertamenti sanitari al fine di agevolare determinati soggetti Dal 2020, con l'esplosione della pandemia da COVID-19, l'attività del Servizio è aumentata senza un corrispondente adeguato aumento del personale del Servizio. Negli ultimi 2 anni, a causa di pensionamenti e licenziamenti, si è ridotto l'organico dei medici e degli assistenti sanitari. Questo comporta un ritardo nell'espletamento di alcune delle attività istituzionali del medico competente.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	Questa attività viene attribuita dal Direttore del Servizio ai medici competenti secondo un principio di equa distribuzione dei carichi di lavoro; si svolge nel rispetto della normativa vigente e secondo protocolli e procedure in linea con gli indirizzi scientifici più avanzati. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità 6. Attuazione misure	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione delle aziende ai singoli medici secondo criteri uniformi condivisi dalla Sezione. Controlli ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 1. altri controlli Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Espressione del giudizio d'idoneità lavorativa per dipendenti ASDAA, dipendenti Provincia e altre aziende convenzionate.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Risultati degli accertamenti sanitari e dati clinici.	Formalizzazione del giudizio di idoneità lavorativa.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di "giudizi d'idoneità/non idoneità lavorativa" al fine di agevolare determinati soggetti	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	Per l'espressione del giudizio d'idoneità lavorativa, vengono utilizzati i criteri e gli atti di indirizzo contenuti nelle Linee Guida della Società Italiana di Medicina del lavoro, dell'INAIL, delle Regioni e del Coordinamento tecnico interregionale per la prevenzione, l'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione delle aziende ai singoli medici secondo criteri uniformi condivisi della Sezione Controlli ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale, a campione	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari		ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Sopralluoghi conoscitivi e valutazione del documento di valutazione dei rischi (DVR) nell'ASDAA, nelle aziende convenzionate e Provincia.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richieste di sopralluogo e documento di valutazione dei rischi.	Verifica formale del DVR, relazione tecnico-istruttoria e indicazioni per eventuali adeguamenti richiesti dalle normative vigenti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella valutazione dei rischi lavorativi al fine di agevolare determinati soggetti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	I sopralluoghi conoscitivi e la valutazione del DVR avvengono secondo le Linee Guida della Società Italiana di Medicina del lavoro, dell'INAIL, delle Regioni e del Coordinamento tecnico interregionale per la prevenzione, l'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione delle aziende ai singoli medici secondo criteri uniformi condivisi della Sezione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
				RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo	
				FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione	
				ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo monocratico.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Programmazione ed effettuazione della sorveglianza medica dei dipendenti dell'ASDAA esposti a radiazioni ionizzanti.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Elenco dei dipendenti ASDAA esposti e obblighi normativi di radioprotezione.	Programma attuativo delle visite mediche e giudizi di idoneità lavorativa.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella richiesta/effettuazione di accertamenti sanitari al fine di agevolare determinati soggetti.	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Per i medici autorizzati vengono adottate le stesse misure di prevenzione previste per l'attività del medico competente. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione dei differenti reparti a singoli medici autorizzati secondo il D.lgs. n. 101/2020 e secondo criteri uniformi condivisi dalla Sezione. Controllo ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008 e art. 12 L. n. 53/2000). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Espressione del giudizio sulla idoneità dei dipendenti dell'ASDAA esposti a radiazioni ionizzanti.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Risultati degli accertamenti sanitari e dati clinici.	Formalizzazione del giudizio di idoneità lavorativa.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di "giudizi d'idoneità/non idoneità lavorativa" al fine di agevolare determinati soggetti.	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Nell'ultimo anno, a causa di pensionamenti e licenziamenti, si è dimezzato l'organico dei medici autorizzati (passati da 6 a 3). Questo può portare a ritardi nell'espressione del giudizio sull'idoneità lavorativa. Per i medici autorizzati vengono adottate le stesse misure di prevenzione previste per l'attività del medico competente.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione dei differenti reparti a singoli medici autorizzati secondo il D.lgs. n. 101/2020 e secondo criteri uniformi condivisi dalla Sezione. Controllo ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008 e art. 12 L. n. 53/2000). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE →	Espressione del giudizio di lavoratore fragile secondo quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro del 04 settembre 2020, nr 13.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Documentazione sanitaria, richiesta valutazione.	Giudizio di fragilità trasmesso al datore di lavoro.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di giudizi di idoneità o non idoneità al fine di agevolare determinati soggetti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	Il giudizio viene espresso sulla base della documentazione sanitaria e lavorativa secondo principi uniformi e concordati all'interno del Servizio di Medicina del lavoro. I casi particolari vengono discussi in team.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione dei differenti reparti a singoli medici autorizzati secondo il D.lgs. n. 101/2020 e secondo criteri uniformi condivisi dalla Sezione. Controllo ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008 e art. 12 L. n. 53/2000). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE ⟶	A partire dal 15 ottobre 2021 e fino al 30 novembre 2021, facendo seguito alle Circolari del Ministero della Salute n. 0035309-04/08/2021 e n. 0043366-25/09/2021, sono delegati al medico competente la ricezione e la trasmissione al datore di lavoro (previo consenso del lavoratore) delle certificazioni di esenzione alla vaccinazione anti-COVID-19.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Certificazione medica di esenzione.	Trasmissione della certificazione al datore di lavoro

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella valutazione delle certificazioni di esenzione alla vaccinazione anti-COVID-19 al fine di agevolare determinati soggetti.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze	Tale attività si svolge secondo le linee guida del DPCM del 12 ottobre 2021. Sono previsti confronti settimanali tra tutti i medici competenti del servizio per definire i casi particolari.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Assegnazione dei differenti reparti a singoli medici autorizzati secondo il D.lgs. n. 101/2020 e secondo criteri uniformi condivisi dalla Sezione. Controllo ex post a campione: confronto in riunione di casi particolari. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Obbligo di motivazione (D.lgs. n. 81/2008 e art. 12 L. n. 53/2000). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Medicina dello Sport	Servizio Aziendale di Medicina dello Sport	Medicina dello Sport	Dott. Vincenzo De Nigris

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il Destinatario)**

PROCESSO / FASE → Rilascio di certificazioni medico-legali ad uso rilascio o rinnovo dell'idoneità all'attività sportiva agonistica.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta dell'interessato corredata da documentazione sanitaria e risultati degli accertamenti previsti.	Certificazione medico-legale di idoneità o non idoneità all'attività sportiva agonistica.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	6. Monopolio delle competenze	Il tipo di certificato rispettivamente gli accertamenti di base sono prescritti dalla Legge (art.5 - M.D./D.M. del 18/2/1982) e dalle Federazioni Sportive (CONI), per cui c' è poco margine di favoritismi personali. Inoltre, il rilascio dei certificati è su scadenza, per cui non è immaginabile una corsia preferenziale. Dal 2022 la prenotazione ed eventuali spostamenti/disdette delle visite avvengono esclusivamente tramite il CUPP secondo una programmazione annuale, per cui sono stati esclusi ulteriormente manipolazioni e favoritismi da parte del Servizio. Prestazioni aggiuntive vengono effettuate da altri servizi/reparti sanitari secondo la loro disponibilità.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Coerenza fra agenda (programma delle visite) del CUPP e lista visite mediche realizzate. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 1. altri controlli Pareri endoprocedurali. Obbligo di motivazione. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico. Obbligo di iscrizione nel Registro Provinciale dei medici abilitati al rilascio di certificazioni per lo sport agonistico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Formazione			25%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il Destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶	Rilascio di certificazioni medico-legali ad uso rilascio o rinnovo dell'idoneità all'attività di operatori volontari della protezione civile (pe es. vigili del fuoco, soccorso subacqueo ecc.)	**INPUT**	**OUTPUT**
		Richiesta del volontario, documentazione sanitaria e referti degli accertamenti effettuati.	Certificazione medico-legale di idoneità o non idoneità allo svolgimento delle attività di operatori volontari.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	12. Eccesso di discrezionalità	Il tipo di certificato rispettivamente gli accertamenti di base sono prescritti dalle rispettive organizzazioni di volontariato, secondo delibere della Giunta Provinciale 2309 del 16/7/2001 e 794 del 12/3/2007, per cui c' è poco margine di favoritismi personali. Inoltre, il rilascio dei certificati è su scadenza, per cui non è immaginabile una corsia preferenziale. Dal 2020 inoltre i posti richiesti per visita vengono trasmessi ai Responsabili di Comprensorio delle singole associazioni che a loro volta prenotano i singoli utenti in base ad un calendario annuale. Ciò esclude eventuali favoritismi nelle prenotazioni da parte del Servizio di medicina dello Sport. Prestazioni aggiuntive vengono effettuate da altri servizi/reparti sanitari secondo la loro disponibilità.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: n.a. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni Pareri endoprocedurali. Obbligo di motivazione. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il Destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Ricorso avverso giudizio di non idoneità.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Istanza di ricorso presentata dall'interessato, documentazione sanitaria integrativa e/o richiesta di nuova valutazione.	Conferma o modifica del giudizio di idoneità a seguito di nuova valutazione medico-legale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	6. Monopolio delle competenze	La procedura di ricorso è determinata secondo la Legge, art.5 - M.D./D.M. del 18/2/1982 (entro 30 giorni dalla non idoneità) e il ricorso viene svolto da una Commissione medica composta da vari specialisti, con presidente Medico legale, che si riunisce regolarmente in base alla richiesta. La Commissione è esterna alla Medicina dello Sport.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Presente una Commissione esterna. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 4. ispezioni 2. trasparenza Pareri endoprocedurali. Obbligo di motivazione. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico. Obblighi particolari di trasparenza: fra la Commissione esterna e la Medicina dello Sport.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 7. Precedenti giudiziari			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale	Servizio Veterinario Aziendale	Igiene della produzione alimentare	Dott. Uwe Holzmann

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE → Attività di controllo e verifica nell'ambito delle attività per il riconoscimento degli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni	Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 7. Scarsa responsabilizzazione interna 12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Si paragonano ambiti molto diversi dove si varia dal piccolo agricoltore di montagna all'impianto industriale di grandi dimensioni. Volumi d'affari ed impatto possibile differiscono notevolmente. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali".	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione incarico al coordinatore veterinario di distretto il quale esegue le verifiche in team con il veterinario ufficiale di zona oppure un tecnico della prevenzione (ispezione effettuata da 2 persone) Procedura specifica da seguire con modulistica specifica Controlli ex post: l'esito del controllo viene inviato per conoscenza al direttore di area; successivi controlli programmati effettuato da altro personale di servizio, altri enti (audit) RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza 10. formazione Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma del servizio ASL (DIA) e/o altre (Provincia, Ministero della Salute) Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti) in aziende da sottoporre a controllo su richiesta dell'Organismo pagatore. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE →	Attività di controllo e verifica die requisiti per inserimento degli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale nelle liste export paesi terzi ed emissione delle rispettive certificazioni export.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni.	Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 7. Scarsa responsabilizzazione interna 12. Eccesso di discrezionalità 15. Conflitti di interesse	Trattasi di impianti di tipo industriale o artigianale di dimensioni medio grandi. Volumi d'affari ed impatto possibile differiscono notevolmente. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali".	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione incarico al responabile unità di referenza e/o coordinatore veterinario di distretto il/i quale/i eseguono le verifiche in team con il veterinario ufficiale di zona oppure un tecnico della prevenzione (ispezione effettuata da 1 o 2 persone) Procedura specifica da seguire con modulistica specifica Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma specifica locale e/o nazionale; Controlli ex post: l'esito del controllo viene inviato per conoscenza al direttore di area; successivi controlli programmati effettuato da altro personale di servizio; verifiche ministeriali (audit) e da terzi (audit paesi terzi) RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza 10. formazione Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma del servizio ASL (DIA) e/o altre (Provincia, Ministero della Salute) Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti) in aziende da sottoporre a controllo su richiesta dell'Organismo pagatore. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE →	Attività di vigilanza nell'ambito dell'igiene degli alimenti di origine animale in seguito ad attività di macellazione.	INPUT: Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni.	OUTPUT: Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
		MOTIVAZIONE	
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	2. Mancanza di trasparenza 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 7. Scarsa responsabilizzazione interna 12. Eccesso di discrezionalità	Si paragonano ambiti molto diversi dove si varia dalla macellazione speciale d'urgenza, alla macellazione al maso, dal controllo al piccolo macello locale o quelli più grandi a livello comunale. Volumi d'affari ed impatto possibile differiscono notevolmente. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali". INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni	RISCHIO MEDIO

MISURE DI CONTRASTO

ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: preparazione, pubblicazione e divulgazione di procedure operative per i diversi aspetti legati alla macellazione; assegnazione di 2 audit al responsabile dell'UO specifica su OSA/OSM scelti su base random effettuati da almeno 2 persone. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Valutazione complessiva sulla significatività statistica della differenza del risultato dei controlli tra gruppi randomizzati e gruppi scelti in base al rischio da parte di Ente terzo (Organismo pagatore della Provincia autonoma). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive.
FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione	
ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma specifica locale e/o nazionale Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ove possibile ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE → Attività di vigilanza nell'ambito dell'igiene degli alimenti di origine animale presso altri stabilimenti riconosciuti.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni.	Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	2. Mancanza di trasparenza 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto 7. Scarsa responsabilizzazione interna 12. Eccesso di discrezionalità	Si paragonano ambiti molto diversi dove si varia dalle piccole realtà riconosciute del agricoltore di montagna all'impianto industriale di grandi dimensioni. Volumi d'affari ed impatto possibile differiscono notevolmente. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali".	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione degli incarichi dopo programmazione annuale, ove possibile con rotazione del personale. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Valutazione complessiva sulla significatività statistica della differenza del risultato dei controlli tra gruppi randomizzati e gruppi scelti RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Corte dei Conti, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma specifica locale e/o nazionale. Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ove possibile ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE ⟶ Attività di vigilanza nell'ambito della produzione di uova.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni.	Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 7. Scarsa responsabilizzazione interna 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 12. Eccesso di discrezionalità	I volumi d'affari per singolo operatore sono limitati a causa delle piccole dimensioni delle aziende agricole. Pertanto, l'OSA/OSM difficilmente riesce ad influenzare il comportamento del controllore. Nell'evenienza la portata delle conseguenze risulterebbe comunque limitata, in quanto non agevolerebbe o danneggerebbe altri soggetti Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali".	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione di parte degli incarichi a rotazione e controlli su OSA/OSM scelti su base random con ispezione effettuata da 1 o 2 persone. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Valutazione complessiva sulla significatività statistica della differenza del risultato dei controlli tra gruppi randomizzati e gruppi scelti in base al rischio da parte di Ente terzo (Organismo pagatore della Provincia autonoma). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali ispettivi su piattaforma specifica locale e/o nazionale. Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ove possibile ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali; Igiene della produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; Mangimi	Servizio Veterinario Aziendale	Igiene della produzione alimentare Igiene delle produzioni zootecniche	Dott. Uwe Holzmann

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE → Prelievo campioni nell'ambito dell'igiene degli alimenti di origine animale, dei mangimi e per i piani di profilassi e PNR.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni, esigenze di monitoraggio sanitario.	Campioni prelevati e analizzati per verificare la conformità alle normative sanitarie; identificazione di eventuali non conformità e eventuale adozione di misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Pressioni/intimidazioni sul controllore Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 7. Scarsa responsabilizzazione interna	Alternanza di operatori e sistemi incrociati diversificati tra autocontrollo e controllo ufficiale con possibilità di ispezioni ed audit da parte di soggetti non coinvolti nei prelievi. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali". INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post tramite una verifica a campione da parte del diretto superiore della coerenza tra situazione riscontrata (verbale di prelievo) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.) Valutazione di inadeguatezza del prelievo campioni in generale in caso di contestazioni (es: laboratorio incaricato delle analisi, consulenti di parte ecc.) RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, semestrale TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list; campioni predeterminati da programmi europei/statali/provinciali. Inserimento di check list e verbali d'ispettivi su piattaforme specifiche (DIA, Lafis, Vetinfo) Sistema di rotazione del personale (turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali	Servizio Veterinario Aziendale	Igiene delle produzioni zootecniche	Dott. Uwe Holzmann

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE ⟶ Attività di vigilanza nell'ambito della produzione primaria di latte.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni.	Verifica della conformità igienico-sanitaria e adozione di eventuali misure sanzionatorie.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Pressioni/intimidazioni sul veterinario Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	1. Mancanza di controlli 7. Scarsa responsabilizzazione interna 15. Conflitti di interesse	I volumi d'affari per singolo operatore sono limitati a causa delle piccole dimensioni delle aziende agricole, però corrispondono a tutto il suo guadagno. Pertanto l'esito del controllo e gli interventi successivi hanno effetto esistenziale sull'azienda.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: controllo conseguente a segnalazione per conto terzi di anomalie (esiti di laboratorio) rinvenute da parte di latterie stesse o associazione latterie. Assegnazione degli incarichi a rotazione ed esecuzione effettuata eventualmente da 1 o 2 persone. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list; Sistema di rotazione del personale (turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione). Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni animali	Servizio Veterinario Aziendale	Sanità animale	Dott. Dietmar Kluge

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Autorizzazioni dei trasportatori di animali.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Domanda di autorizzazione corredata dalla documentazione prevista.	Verifica della conformità alle normative in materia di alimentazione animale e uso dei farmaci veterinari, con eventuale adozione di misure sanzionatorie

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	7. mancanza di responsabilità interna 1. mancanza di controlli	La quantità di controlli successivi da parte di soggetti diversi (nazionali ed internazionali) è tale da rendere improbabile un abuso. Non ci sono liste d'attesa per cui le pratiche vengono evase in tempo reale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post tramite una verifica a gestione da parte del diretto superiore della coerenza tra situazione riscontrata e parere/giudizio emesso. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente e contenuti standardizzati da normativa e modulistica standardizzata. Sistema di rotazione del personale. Assegnazione in base al territorio assegnato (veterinari), con partecipazione di più persone anche di profilo diverso (amministrativo) alle varie fasi della prestazione. Obblighi di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in GU 08.06.2016, n. 132).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE → Attività di vigilanza sul benessere animale e sull'identificazione e registrazione degli animali.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni	Verifica della conformità alle normative in materia di alimentazione animale e uso dei farmaci veterinari, con eventuale adozione di misure sanzionatorie

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati. Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Pressioni/intimidazioni sul veterinario.	10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva	I volumi d'affari per singolo operatore sono limitati a causa delle piccole dimensioni delle aziende agricole. Pertanto, l'OSA/OSM difficilmente riesce ad influenzare il comportamento del controllore. Nell'evenienza la portata delle conseguenze risulterebbe comunque limitata, in quanto non agevolerebbe o danneggerebbe altri soggetti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione di parte degli incarichi a rotazione e controlli su OSA/OSM scelti su base random con ispezione effettuata da 2 persone. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Valutazione complessiva sulla significatività statistica della differenza del risultato dei controlli tra gruppi randomizzati e gruppi scelti in base al rischio da parte di Ente terzo (Organismo pagatore della Provincia autonoma). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali d'ispettivi su piattaforma specifica del Ministero della Salute. Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti) in aziende da sottoporre a controllo su richiesta dell'Organismo pagatore. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti). Obblighi di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in GU 08.06.2016, n. 132).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE →	Attività di vigilanza sull'alimentazione animale, sulla distribuzione dei farmaci veterinari e su attività zooiatrica	INPUT: Piano di controllo ufficiale e/o segnalazioni, dati provenienti dai registri dei medicinali veterinari	OUTPUT: Verifica della conformità alle normative in materia di alimentazione animale e uso dei farmaci veterinari, con eventuale adozione di misure sanzionatorie

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione della procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	I volumi d'affari per singolo operatore sono limitati a causa delle piccole dimensioni delle aziende agricole. Pertanto, l'OSA/OSM difficilmente riesce ad influenzare il comportamento del controllore. Nell'evenienza la portata delle conseguenze risulterebbe comunque limitata. Non vi sono liste d'attesa per cui non esiste il rischio di "corsie preferenziali".	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: assegnazione di parte degli incarichi a rotazione e controlli su OSA/OSM scelti su base random con ispezione effettuata da 2 persone. Controlli ex post: verifica a campione da parte del superiore sulla coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Valutazione complessiva sulla significatività statistica della differenza del risultato dei controlli tra gruppi randomizzati e gruppi scelti in base al rischio da parte di Ente terzo (Organismo pagatore della Provincia autonoma). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure, check list. Inserimento di check list e verbali d'ispettivi su piattaforma specifica del Ministero della Salute. Nell'ambito dei ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore. I ricorsi amministrativi avvengono verso un ente terzo (Servizio veterinario provinciale) dipendente dall'Assessorato all'Agricoltura. Sistema di rotazione del personale sulla base delle risorse a disposizione ed ispezione da organo collegiale (almeno 2 professionisti) in aziende da sottoporre a controllo su richiesta dell'Organismo pagatore. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale (almeno 2 professionisti). Obblighi di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in GU 08.06.2016, n. 132).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Minialloggi e altre soluzioni abitative	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Ufficio Servizi Generali	Dott.ssa Stefania Bertolami

AREA DI RISCHIO: Formazione della graduatoria dei richiedenti dei minialloggi e altre soluzioni abitative

PROCESSO / FASE →	Formazione della graduatoria in base all'assegnazione del relativo punteggio (ai sensi della normativa provinciale e aziendale in vigore). Raccolta richieste alloggio e gestione periodica dello stato delle richieste.	INPUT	OUTPUT
		Richieste di alloggio presentate dal personale; normativa provinciale e aziendale vigente	Graduatoria formata con relativo punteggio; aggiornamento periodico dello stato delle richieste.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO – MOTIVAZIONE	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO – ESISTENTI ATTUATE	MISURE DI CONTRASTO – PROGRAMMATE
Discrezionalità nella formazione della graduatoria e nell'assegnazione dell'alloggio. Veridicità dei dati raccolti.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	Le graduatorie sono redatte in base ai regolamenti che prevedono espressamente i criteri per la loro formazione e alle informazioni dichiarate dai richiedenti. Il recepimento graduale delle norme e la discrezionalità nelle assegnazioni riguardano solo fattispecie residuali.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica a campione delle informazioni fornite dai richiedenti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 2. trasparenza Regolamento contenente requisiti di assegnazione e criteri di priorità. Rotazione del personale. Pubblicazione regolamenti e conseguenti graduatorie.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI DI VALUTAZIONE*

2. Discrezionalità

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Rotazione			25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Asilo nido aziendale e microstrutture convenzionate	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Ufficio Servizi Generali	Dott.ssa Stefania Bertolami

AREA DI RISCHIO: Asilo nido: Individuazione di enti/cooperative per l'affidamento del servizio di asilo nido aziendale

PROCESSO / FASE → La gestione dell'asilo nido per i/le figli/e dei dipendenti del Comprensorio sanitario viene affidata ad un ente/cooperativa competente per lo svolgimento del servizio di assistenza all'infanzia.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Fabbisogno del servizio di assistenza all'infanzia.	Affidamento del servizio a un ente/cooperativa specializzata.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Discrezionalità nell'individuazione della Cooperativa.	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	La Cooperativa idonea a gestire il servizio viene individuata a seguito di una procedura di affidamento (Ripartizione acquisti e servizi economali – RUP) .	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Procedura di affidamento del servizio di gestione dell'asilo nido (Ripartizione acquisti – RUP). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 2. trasparenza: Pubblicazione fasi procedura di scelta del contraente nella piattaforma dedicata (Determina a contrarre documenti di gara, e aggiudicazione).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Trasparenza / / / conforme	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: **Asilo nido: Gestione delle domande di ammissione all'asilo nido aziendale**

PROCESSO / FASE ⟶ Raccolta delle domande di ammissione e verifica dei requisiti dei richiedenti.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Domande di ammissione presentate dai candidati; requisiti normativi e regolamentari.	Elenco dei candidati ammessi.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Discrezionalità nell'individuazione dei richiedenti.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	La gestione delle domande viene effettuata in base ai criteri stabiliti nel regolamento unico (approvato con delibera nr. 562 del 24/06/2025) che definisce i requisiti e i criteri di accesso.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: I controlli sui requisiti dei richiedenti sono effettuati a campione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Asilo nido: Formazione della graduatoria dei richiedenti all'asilo nido aziendale**

PROCESSO / FASE ⟶ Formazione della graduatoria in base all'assegnazione del relativo punteggio (ai sensi dei criteri di cui al regolamento unico) e successiva comunicazione ai/alle dipendenti della propria posizione.	**INPUT** Domande ammissibili con punteggio attribuito secondo il regolamento unico	**OUTPUT** Graduatoria formata e comunicazione della posizione in graduatoria ai/alle dipendenti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Discrezionalità nella formazione della graduatoria e nell'assegnazione del posto all'asilo nido aziendale.	1. Mancanza di controlli	Le graduatorie sono redatte ai sensi del regolamento unico (approvato con delibera nr. 562 del 24/06/2025 che definisce i requisiti e i criteri di accesso	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: I controlli sui requisiti dei richiedenti sono effettuati a campione e successivamente viene assegnato il punteggio. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza Il regolamento unico (approvato con delibera nr. 562 del 24/06/2025) è pubblicato sul sito-web istituzionale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: Microstrutture convenzionate: Individuazione di enti/cooperative con cui stipulare la convenzione

PROCESSO / FASE →	Il Comprensorio sanitario provvede alla stipulazione di convenzioni con enti/cooperative senza scopo di lucro che sul territorio provinciale gestiscono servizi accreditati per la prima infanzia presso cui siano disponibili posti bambino.	INPUT: Fabbisogno di posti bambino; offerta di enti/cooperative accreditati sul territorio.	OUTPUT: Convenzioni stipulate con enti/cooperative senza scopo di lucro per l'accesso ai servizi di prima infanzia.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Discrezionalità nell'individuazione dell'ente/della cooperativa.	2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Vengono stipulate convenzioni con tutti gli/le enti/cooperative richiedenti competenti nella gestione del servizio cercando di dare la massima diffusione di tale indagine di mercato.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Procedura di affidamento del servizio di gestione dell'assistenza all'infanzia (Ripartizione acquisti – RUP). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 2. trasparenza Prevista l'introduzione di un avviso di manisfestazione di interesse. Rendicontazione alla Provincia Autonoma di Bolzano ai fini della ricezione del contributo provinciale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Regolamentazione / / / conforme Trasparenza / / / conforme	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche	Servizio per le Dipendenze - SERD	Servizio per le Dipendenze - SERD	Dott. Francesco Guidoboni

AREA DI RISCHIO: **Inserimento pazienti con disturbo da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e alcol in processi terapeutici di alternativa al carcere secondo art.94 legge 309/90**

PROCESSO / FASE → Verifica della competenza territoriale per eventuale richiesta di nulla osta al Ser.D di competenza e analisi della documentazione.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Documentazione ricevuta relativa al caso e indirizzo di residenza/domicilio dell'utente.	Conferma della competenza territoriale e acquisizione del nulla osta (se necessario).

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Analisi superficiale della documentazione con mancata verifica dei requisiti richiesti.	7. Scarsa responsabilizzazione interna	Bassa discrezionalità nel processo decisionale di scelta. Dotazione di strumenti e attrezzature per indagini oggettive.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Decisioni prese collegialmente da un equipe. La documentazione viene esposta in sede di incontri di equipe o miniequipe (1h circa) La decisione segue un iter ben preciso: - colloquio e apertura cartella psico-sociosanitaria - valutazione diagnostica sanitaria e psicosociale. - riunione di equipe per elaborazione proposta programma terapeutico - inizio programma terapeutico - verifiche periodiche e valutazione del programma ed eventuali riformulazioni Utilizzo delle procedure previste in ambienti attrezzati per poter ottemperare ai controlli (es telecamere nei bagni allo scopo di evitare manipolazioni dei campioni) (20 minuti circa). Predisposizione di un protocollo con l'ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) e collaborazione nelle varie situazioni. Condivisione del progetto terapeutico tra più operatori e di professionalità diverse (medico, psicologo, ass. sociale, inf.) e UEPE (vari incontri da 1h circa). Utilizzo dei referti provenienti dalle procedure decise in fase di proposta del programma terapeutico (controlli per disturbo da uso di alcol e/o sostanze stupefacenti e psicotrope). Condivisione della valutazione del progetto tra gli operatori che si occupano del caso, anche degli uffici esterni coinvolti (UEPE) Più incontri della durata di circa 1h). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione Verifica della competenza territoriale per eventuale richiesta di nulla osta al Ser.D di competenza e analisi della documentazione. Più operatori sono coinvolti nella valutazione della documentazione. Rotazione degli operatori coinvolti.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			100%

AREA DI RISCHIO: **Inserimento pazienti con disturbo da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e alcol in processi terapeutici di alternativa al carcere secondo art.94 legge 309/90**

PROCESSO / FASE → Richiesta da parte dell'utente di alternativa alla carcerazione e possibilità di accedere alle alternative al carcere art. 94 legge 309/90	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta dell'interessato o dell'autorità giudiziaria.	Avvio della procedura per la valutazione dell'ammissibilità al programma terapeutico.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Favorire l'utente al fine di godere di benefici secondari in caso di procedimenti penali o amministrativi in atto Analisi superficiale della documentazione con mancata verifica dei requisiti richiesti Mancato controllo/attenzione verso eventuali manipolazioni. Alterazione della valutazione diagnostica Superficialità nella valutazione del programma che non consentono riformulazioni	7. Scarsa responsabilizzazione interna 2. Mancanza di trasparenza 1. Mancanza di controlli 6. Monopolio delle competenze	Bassa discrezionalità nel processo decisionale di scelta. Dotazione di strumenti e attrezzature per indagini oggettive.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Decisioni prese collegialmente da un equipe. La documentazione viene esposta in sede di incontri di equipe o miniequipe (1h circa) La decisione segue un iter ben preciso: - colloquio e apertura cartella psico-sociosanitaria - valutazione diagnostica sanitaria e psicosociale. - riunione di equipe per elaborazione proposta programma terapeutico - inizio programma terapeutico - verifiche periodiche e valutazione del programma ed eventuali riformulazioni Utilizzo delle procedure previste in ambienti attrezzati per poter ottemperare ai controlli (es telecamere nei bagni allo scopo di evitare manipolazioni dei campioni) (20 minuti circa). Predisposizione di un protocollo con l'ufficio esecuzione penale esterna (UEPE) e collaborazione nelle varie situazioni. Condivisione del progetto terapeutico tra più operatori e di professionalità diverse (medico, psicologo, ass. sociale, inf.) e UEPE (vari incontri da 1h circa). Utilizzo dei referti provenienti dalle procedure decise in fase di proposta del programma terapeutico (controlli per disturbo da uso di alcol e/o sostanze stupefacenti e psicotrope). Condivisione della valutazione del progetto tra gli operatori che si occupano del caso, anche degli uffici esterni coinvolti (UEPE) Più incontri della durata di circa 1h). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione Valutazione diagnostica. Riunione di equipe/miniequipe per elaborazione proposta programma terapeutico. Verifiche periodiche e valutazione del programma ed eventuali riformulazioni. Più operatori si occupano delle procedure, sono coinvolti nella proposta di progetto terapeutico, valutazione della documentazione e del programma terapeutico in corso anche di uffici competenti diversi. Rotazione degli operatori coinvolti.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Gestione Patrimonio e Immobiliare	Ripartizione Tecnica Patrimoniale	Ripartizione Tecnica Patrimoniale	Dott. Arnold Kaiser

AREA DI RISCHIO: Gestione immobili

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione amministrativa del patrimonio immobiliare e relativi adempimenti.				**INPUT**	**OUTPUT**	
				Documentazione patrimoniale degli immobili	Aggiornamento registri patrimoniali, atti amministrativi, adempimenti fiscali e contrattuali.	
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**		
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE		PROGRAMMATE
Non corretta e non efficace gestione del patrimonio immobiliare.	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi 1. Mancanza di controlli 16. Altro	I contratti di locazione vengono stipulati solamente dopo l'analisi del fabbisogno.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante sopralluogo per la verifica della richiesta. Controllo ex post a gestione dell'esecuzione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza Pareri endoprocedurali e obbligo di motivazione. Pubblicazione sul sito dell'Azienda della tabella del patrimonio immobiliare in gestione.		Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100% Trasparenza — — — conforme		

AREA DI RISCHIO: Gestione immobili

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione danni al patrimonio immobiliare.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Segnalazioni di danni, perizie tecniche, documentazione assicurativa.	Atti di ripristino, richieste di risarcimento, aggiornamento stato degli immobili.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Affidamento dei lavori di riparazione.	2. Mancanza di trasparenza 15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità / conoscenza della normativa di riferimento 12. Eccesso di discrezionalità 1. Mancanza di controlli	Le riparazioni vengono elaborate ed incaricate tempestivamente in modo tale che non si verificano danni al patrimonio immobiliare. Piccole riparazioni vengono eseguiti direttamente dai collaboratori dell'Azienda.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante sopralluogo per la verifica della richiesta. Controllo ex post a gestione durante/dopo l'esecuzione della riparazione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli Parere tecnico del danno. Controllo della fatturazione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Amministrazione dei contratti di locazione passivi

PROCESSO / FASE → Stipula dei contratti di locazione.				INPUT: Richiesta dell'amministrazione di affittare immobili per esigenze istituzionali.	OUTPUT: Contratto di locazione formalizzato con canone definito e registrazione.
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Stipula del contratto con un locatario particolare / pagamento di un canone non giustificato; condizioni di locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello dell'amministrazione	2. Mancanza di trasparenza 15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità / conoscenza della normativa di riferimento 12. Eccesso di discrezionalità 1. Mancanza di controlli	I contratti di locazione passive si stipulano dopo una relativa analisi di mercato, pubblicata sul sito della Provincia e dopo la stima del canone giustificato da parte dell'ufficio estimo della Provincia.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo sulla congruità del canone tramite l'ufficio estimo della Provincia. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Pareri endoprocedurali e obbligo di motivazione. Analisi di mercato da parte dell'AS. Pubblicazione sul sito aziendale della tabella delle locazioni passive	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100% Trasparenza — — — conforme	

AREA DI RISCHIO: Amministrazione dei contratti di locazione attive

PROCESSO / FASE → Stipula dei contratti di locazione.				INPUT	OUTPUT
				Richiesta di un contratto di locazione.	Contratto di locazione formalmente redatto, firmato e registrato presso l'Agenzia delle Entrate.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Procedura selettiva per l'individuazione degli affittuari senza rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza/richiesta canone non giustificato; condizioni di locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello dell'amministrazione.	2. Mancanza di trasparenza 15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità / conoscenza della normativa di riferimento 12. Eccesso di discrezionalità 1. Mancanza di controlli	I contratti di locazione attive si stipulano dopo una relativa pubblicazione sul sito della Provincia invitando gli interessati a presentare offerta. La stipula dei relativi contratti avviene dopo un'analisi fondata delle offerte pervenute.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo sulla congruità del canone tramite l'ufficio estimo della Provincia. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Pareri endoprocedurali e obbligo di motivazione. Analisi di mercato da parte dell'AS. Pubblicazione delle relative delibere.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Convenzione con la comunità comprensoriale per la gestione comune del distretto socio-sanitario.**

PROCESSO / FASE → Stipula della convenzione con la comunità comprensoriale per la conduzione del distretto sociosanitario.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Proposta di collaborazione e documentazione programmatica da parte della Comunità comprensoriale.	Convenzione formalmente sottoscritta e approvata, con definizione dei ruoli e degli obblighi per la gestione del distretto sociosanitario.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Violazione delle disposizioni normative nella fatturazione delle spese. Pagamento di spese non giustificate o troppo alte.	15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità / conoscenza della normativa di riferimento 12. Eccesso di discrezionalità 1. Mancanza di controlli	Il pagamento delle spese avviene secondo le tabelle dei millesimi ufficiali elaborati da un tecnico abilitato e dopo controllo delle relative fatture allegate alla rendicontazione.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a gestione di rendicontazione annuale delle spese di gestione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 2. trasparenza Pareri endoprocedurali e obbligo di motivazione. Pubblicazione delle relative delibere.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Igiene degli alimenti	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Dott.ssa Dagmar Regele

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.**

PROCESSO / FASE → Vigilanza sulle rivendite di prodotti fitosanitari e sugli utilizzatori professionali di prodotti fitosanitari.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Elenco delle rivendite autorizzate e dei soggetti abilitati all'uso professionale dei prodotti fitosanitari.	Verbali di ispezione redatti e, se necessario, provvedimenti sanzionatori o prescrittivi.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati compiti affidati.	13. Inadeguata incentivazione economica del personale 12. Eccesso di discrezionalità 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori. Esiste una normativa di settore che regolamenta i diversi requisiti e criteri da rispettare.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post: verifica a campione da parte del direttore/coordinatore della coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.). Verifica dei ricorsi relativi ai provvedimenti rilasciati che hanno portato all'annullamento dei provvedimenti. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni Verbali pre-strutturati, procedure, check list. Programmazione annuale ed assegnazione casuale. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.**

PROCESSO / FASE ⟶	Vigilanza di sicurezza alimentare sulla produzione, conservazione e commercializzazione degli alimenti di origine vegetale, inclusi i controlli in ambito di nutrizione preventiva.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Elenco degli operatori del settore alimentare e piani di controllo ufficiale.	Rapporti ispettivi con esiti dei controlli e eventuali misure correttive o sanzionatorie adottate.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati compiti affidati.	13. Inadeguata incentivazione economica del personale 12. Eccesso di discrezionalità 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a verifica a campione da parte del direttore/coordinatore della coerenza tra situazione riscontrata e parere/giudizio emesso. Verifica dei ricorsi relativi ai provvedimenti rilasciati che hanno portato all'annullamento dei provvedimenti. Verifica di efficacia in tempo reale a campione. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Verbali pre-strutturati, procedure, check list. Programmazione annuale ed assegnazione casuale. Assegnazione casuale all'interno del settore specifico dove consentito dal personale a disposizione. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — fino a 25%	

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.**

PROCESSO / FASE → Prelievo campioni di matrici alimentari, additivi, materiali destinati al contatto con alimenti, ecc.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Piano di campionamento definito sulla base della normativa vigente e dei piani di controllo ufficiale.	Campioni prelevati, consegnati ai laboratori ufficiali e ricezione referto analitico ai fini della valutazione della conformità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati compiti affidati.	13. Inadeguata incentivazione economica del personale 12. Eccesso di discrezionalità 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua il prelievo campioni. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento del verbale di prelievo nel database comune al servizio, verifica di efficacia a posteriori a campione. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a verifica a campione da parte del direttore/coordinatore della correttezza del verbale di prelievo. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Verbali pre-strutturati, procedure, check list. Programmazione annuale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni.**

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione del contenzioso amministrativo nell'attività di vigilanza.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Ricorsi o opposizioni presentati da soggetti destinatari di provvedimenti sanzionatori o prescrittivi.	Istruttoria conclusa con predisposizione di memorie difensive, atti di controdeduzione o definizione del procedimento.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati compiti affidati. Pressioni esterne sia di tipo gerarchico che politico ai fini di una gestione privilegiata del contenzioso / provvedimento.	15. Conflitti di interesse 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Inserimento dell'esito nel database comune al servizio, verifica di ogni ricorso da parte della direzione. Attività eseguita di norma da due operatori. Quando provvedimento ha impatto e rilevanza maggiori (es. sanzione amministrativa, chiusura temporanea, notizia di reato) viene coinvolto almeno un Dirigente medico e/o la Direzione del Servizio.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post: Verifica a campione da parte del direttore/coordinatore della coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.) Valutazione di inadeguatezza del prelievo campioni in generale in caso di contestazioni (es: laboratorio incaricato delle analisi, consulenti di parte…) Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). Verifica dei ricorsi relativi ai provvedimenti rilasciati che hanno portato all'annullamento dei provvedimenti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni Verbali pre-strutturati, procedure, check list; campioni predeterminati da programmi europei/statali/provinciali. Programmazione annuale ed assegnazione casuale. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 7. Precedenti giudiziari 2. Discrezionalità 1. Interessi esterni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Controlli			100%
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Registrazione degli Operatori (= Imprese) del Settore Alimentare.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Domanda di registrazione presentata dall'impresa con la documentazione prevista dalla normativa vigente.	Iscrizione dell'operatore nel registro ufficiale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	2. Mancanza di trasparenza	Separazione tra personale che verifica la richiesta di registrazione e che effettua la registrazione nel database comune al servizio con assegnazione a rotazione in maniera casuale	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Più persone anche di profilo diverso (amministrativo) partecipano alle varie fasi dell'erogazione della prestazione. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Parere igienico-sanitario ai fini del riconoscimento degli Operatori (= Imprese) del Settore Alimentare.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta formale corredata dalla documentazione tecnica e progettuale dell'attività soggetta a riconoscimento.	Parere igienico-sanitario motivato, favorevole o sfavorevole, ai fini dell'istruttoria per il riconoscimento ufficiale.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	12. Eccesso di discrezionalità 13. Inadeguata incentivazione economica del personale	Separazione tra personale che assegna l'attività e che effettua le attività preliminari alla formulazione del parere. Coinvolgimento di diversi profili professionali nella formulazione del parere. Il rilascio dei pareri ha una numerosità molto bassa (<3 richieste annue).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Provvedimento rafforzato con il coinvolgimento due enti indipendenti: l'Operatore richiede all'Ufficio Provinciale il riconoscimento. Il SIAN con il suo personale, a seguito di sopralluogo e analisi documentale, esprime, su richiesta dello stesso Ufficio Provinciale, il parere finalizzato al rilascio del riconoscimento. L'ufficio provinciale rilascia il riconoscimento completo o condizionato in base al parere espresso. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Contenuti standardizzati da normativa e dal software di gestione aziendale; modulistica standardizzata. Assegnazione casuale all'interno del singolo gruppo di lavoro incaricato. Più persone anche di profilo diverso (amministrativo) partecipano alle varie fasi dell'erogazione della prestazione. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Parere di conformità dei locali da adibire alla vendita di prodotti fitosanitari, ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione al commercio e alla vendita.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Domanda di autorizzazione con elaborati tecnici e descrizione dei locali destinati alla vendita.	Parere di conformità rilasciato all'autorità competente ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	12. Eccesso di discrezionalità 13. Inadeguata incentivazione economica del personale	Separazione tra personale che esegue l'assegnazione dell'attività e che effettua le attività preliminari alla formulazione del parere. Coinvolgimento di diversi profili professionali nella formulazione del parere. Il rilascio dei pareri ha una numerosità molto bassa (<3 richieste annue).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Provvedimento rafforzato con il coinvolgimento due enti indipendenti: L'Operatore richiede all'Ufficio Provincilae il riconoscimento. Il SIAN con il suo personale, a seguito di sopralluogo e analisi documentale, esprime, su richiesta dello stesso Ufficio Provinciale, il parere finalizzato al rilascio del riconoscimento. L'ufficio provinciale rilascia il riconoscimento completo o condizionato in base al parere espresso. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Provincia di Bolzano FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 4. ispezioni 2. trasparenza Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente Contenuti standardizzati da normativa e dal software di gestione aziendale; modulistica standardizzata. Assegnazione casuale all'interno del singolo gruppo di lavoro incaricato. Più persone anche di profilo diverso (amministrativo) partecipano alle varie fasi dell'erogazione della prestazione. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶ Emissione di certificati per l'esportazione di prodotti del settore alimentare.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta corredata dalla documentazione sul prodotto e sulle condizioni di produzione e conservazione.	Certificato di conformità rilasciato per l'esportazione, conforme ai requisiti del Paese di destinazione.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	12. Eccesso di discrezionalità	Rotazione del personale adibito alla certificazione per sostituzione di assenze. Accettazione richiesta e trasmissione certificato a cura di personale amministrativo. Introduzione procedura operativa che disciplina il processo.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Introdotto controllo ex post annuale: verifica di almeno 10 certificati a campione rilasciati l'anno precedente secondo procedura specifica. Procedura di mappatura delle situazioni individuali con potenziale conflitto di interesse (sottoposta ad aggiornamento periodico). RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 1. altri controlli Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione. Organo monocratico (1 professionista). Più persone anche di profilo diverso (amministrativo) partecipano alle varie fasi dell'erogazione della prestazione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Igiene degli alimenti	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Ispettorato micologico	Dott.ssa Dagmar Regele

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Rilascio previo esame del certificato d'idoneità alla vendita di funghi spontanei epigei freschi.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Presentazione domanda da parte dell'interessato di partecipazione all'esame di idoneità per la vendita di funghi spontanei epigei freschi.	Oraganizzazione esame per la verifica dell'idoneità alla vendita e rilascio, a seguito di esito positivo degli esami, del Certificato d'idoneità alla vendita

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Esame organizzato e svolto da 3 professionisti secondo le indicazioni normative. Coinvolgimento del profilo amministrativo nel processo. Il rilascio dei certificati ha una numerosità molto bassa (<3 richieste annue). Introduzione procedura operativa che disciplina il processo. Terzietà nella nomina del presidente della Commissione è eseguita dal Resposnabile del Servizio.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Introduzione di un controllo annuale sul totale dei certificati d'idoneità alla vendita di funghi spontanei epigei freschi emessi. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 4. ispezioni 2. trasparenza Lista funghi vendibili definita dalla normativa di settore; modulistica predefinita. Turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione. Organo collegiale (almeno 2 professionisti).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%
Controlli			100%

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (ossia provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Rilascio del certificato di riconoscimento funghi spontanei epigei freschi c/o commercio al dettaglio e all'ingrosso.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richiesta da parte dell'interessato di certificazione di riconoscimento dei funghi spontanei epigei freschi ai fini della vendita	Rilascio del certificato di riconoscimento di funghi epigei spontanei freschi per il commercio al dettaglio e all'ingrosso

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	13. Inadeguata incentivazione economica del personale 4. Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	Assegnazione attività in base a turni prestabiliti, rotazione del personale in base al turno determinato a priori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione Lista funghi vendibili definita dalla normativa di settore; modulistica predefinita. Turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione Organo monocratico (1 professionista).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Prevenzione, tutela e controllo dei rischi ambientali e chimici	Servizio aziendale Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)	Sezione di medicina ambientale	Dott. Lino Wehger

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE → Rilevazione dello stato di conservazione dei tetti contenenti cemento – amianto	INPUT	OUTPUT
	Valutare la sicurezza e l'integrità dei tetti contenenti cemento-amianto.	Verificare lo stato di conservazione e implementare interventi di controllo o bonifica.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 5. Monopolio del potere 11. Assenza di comunicazione tra uffici della stessa P.A. o tra PP.AA.	La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Le attività vengono svolte spesso congiuntamente ad altri enti (APPA /comuni).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante intesi come rilevazione effettuata su richiesta e in base a elenco di priorità definito da altro ente (APPA). Controlli ex post a campione sulle schede di valutazione da parte del medico competente. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 5. dichiarazioni 7. deleghe 3. rotazione 2. trasparenza Pareri endoprocedurali; valutazione in base a procedura tecnica e scheda di valutazione prevista dalla Delibera GP n. 998/2011. La motivazione viene espressa mediante un punteggio secondo un calcolo matematico riferito a criteri definiti. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale, eseguiti di norma da personale facente capo a due enti diversi AS e APPA. La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Obblighi particolari di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n.97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE → Attività di vigilanza in base alla normativa REACH/ CLP/ BPR sulle sostanze e miscele chimiche				**INPUT**	**OUTPUT**
				Garantire la conformità alle normative REACH, CLP e BPR.	Verificare la conformità e implementare misure correttive

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti; richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	12. Eccesso di discrezionalità 3. Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale, eseguiti di norma da personale facente capo a due enti distinti AS e APPA. Volumi d'affari delle aziende controllate differiscono notevolmente.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Aziende controllate scelte in base ai target group indicati nel piano annuale nazionale dal Ministero della salute. Controlli ex post a gestione: verbali sempre visionati dal medico competente. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 7. deleghe 3. rotazione 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure elaborate, check list. Le eventuali infrazioni riscontrate durante l'attività vengono segnalate con obbligo di motivazione all'organo competente (APPA) per l'irrogazione delle sanzioni. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale, eseguiti di norma da personale facente capo a due enti distinti AS e APPA. Attività di vigilanza e le conseguenti contestazioni vengono svolte ed elaborate da enti differenti. Nell'ambito di ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni con il medico competente e successivamente comunicate all'ufficio amministrativo dell'APPA, che decide ed emana le disposizioni La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Obblighi particolari di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni**

PROCESSO / FASE ⟶ Prelievi per controlli analitici REACH/CLP/BPR/residui fitosanitari				**INPUT**	**OUTPUT**
				Effettuare prelievi per verificare la conformità normativa	Analizzare i campioni e implementare misure correttive

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	1. Mancanza di controlli	La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad organo collegiale, eseguiti di norma da personale facente capo a due enti distinti AS e APPA. Prelievi ufficiali vengono programmati con altri enti (APPA) e sono previsti dal piano annuale nazionale dal ministero della salute.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: Aziende controllate scelte in base ai target group indicati nel piano annuale nazionale dal ministero della salute e in base al piano provinciale di controllo. Controlli ex post a gestione: verbali visionati dal medico competente. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 7. deleghe 3. rotazione 2. trasparenza Verbali con struttura prefissata, procedure elaborate, check list. Numero e sostanze/prodotti prelevati in base al piano annuale provinciale concordato con l'ufficio analisi alimenti e sicurezza dei prodotti. Organo collegiale: i controlli di norma vengono eseguiti da personale appartenente a due enti: AS e APPA. Contestazioni risultanti da prelievi vengono elaborate da un altro ente. Nell'ambito di ricorsi amministrativi vengono valutate le motivazioni con il medico competente e successivamente comunicate all'ufficio amministrativo dell'APPA, che decide ed emana le disposizioni. La sezione di medicina ambientale dispone di quattro UPG e questo garantisce la rotazione del personale. Obblighi particolari di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Rilascio parere igienico sanitario relativo al pericolo per la popolazione dovuto al rischio amianto				**INPUT**	**OUTPUT**
				Valutare il rischio amianto per la popolazione	Rilasciare parere igienico sanitario

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli	Il parere viene rilasciato anche in base alla scheda di valutazione compilata da ente diverso- APPA/Comuni. Un abuso è improbabile in quanto vengono effettuati successivi controlli da altri enti (comune rilascia eventuale ordinanza). INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post: Il parere rilasciato prevede in caso di rischio per la salute pubblica l'emissione di un'ordinanza sindacale. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 7. deleghe 2. trasparenza La motivazione del parere si riferisce all'esito della scheda di rilevazione; il parere comporta l'eventuale ordinanza del Sindaco e non ha effetti diretti su terzi. Pareri endoprocedurali emessi in base alla scheda di valutazione compilata anche da ente diverso (APPA/Comune). Affidamento di ispezioni, controlli vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico. Obblighi particolari di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Tutela della salute e della sicurezza	Servizio aziendale Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)	-	Dott.ssa Silvia Spertini

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE →	Attività di vigilanza nell'ambito dell'igiene delle acque potabili e di piscina, igiene edilizia e igiene delle attività estetiche e strutture sanitarie	INPUT: Monitorare le normative sanitarie, raccogliere dati ambientali, ricevere segnalazioni di non conformità	OUTPUT: Verifica conformità, sanzioni, segnalazioni di irregolarità

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione, precisamene, si fanno verifiche a campione da parte del diretto superiore della coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimenti emessi (sanzione amministrativa, ammonimenti, ecc.) RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza 1. altri controlli Sistema di rotazione del personale (coppie fisse suddivise per singoli settori di specializzazione, a causa della scarsità di personale a fronte di molteplici ambiti di competenza) Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale. Obblighi di trasparenza: come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.Lgs.25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132). Verbali a struttura prefissata, procedure, check list. Valutazione ex post dell'esito di ricorsi amministrativi o giudiziali, precisamente vengono valutate nell'ambito dei ricorsi amministrativi le motivazioni addotte e fornito un giudizio dai collaboratori interessati con la supervisione del diretto superiore	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 7. Precedenti giudiziari 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Semplificazione			si
Trasparenza			conforme

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE ⟶	Rilascio pareri o giudizi di idoneità nell'ambito dell'igiene delle acque potabili e di piscina, igiene edilizia e igiene delle attività estetiche, sulle strutture sanitarie ai fini dell'autorizzazione	**INPUT**	**OUTPUT**
		Analizzare normative, esaminare documentazione, ricevere richieste di autorizzazione	Rilasciare pareri di idoneità, formulare giudizi tecnici, supportare il rilascio dell'autorizzazione

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità 10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post tramite una verifica a gestione da parte del diretto superiore della coerenza tra situazione riscontrata e parere/giudizio emesso. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 7. deleghe 2. trasparenza Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (almeno 2 professionisti) Obblighi di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.Lgs.25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Regolamentazione			conforme
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE →	Prelievo campioni nell'ambito dell'igiene delle acque potabili e di piscina, igiene edilizia e igiene delle attività estetiche	INPUT	OUTPUT
		Pianificare il prelievo dei campioni, raccogliere le informazioni normative, ricevere richieste di controllo	Eseguire prelievi di campioni, analizzare i risultati, segnalare irregolarità

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità 10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva	Vi è un margine limitato di discrezionalità dovuto al fatto che non tutte le attività possono essere svolte in team. I punti di controllo delle checklist sono principalmente quantitativi. La rotazione su un territorio vasto e non omogeneo è complessa. Le verifiche collegate ad attività private sono pianificate internamente.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post con verifica a campione da parte del diretto superiore della coerenza tra situazione riscontrata (verbale d'ispezione) e provvedimento emesso (sanzione amministrativa, etc.). Inoltre, si fa una valutazione di inadeguatezza del prelievo campioni in generale in caso di contestazione (es. laboratorio incaricato delle analisi, consulenti di parte e simili). Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale, ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 3. rotazione 7. deleghe 2. trasparenza Verbali a struttura prefissata, procedure, check list. Campioni predeterminati da programmi europei/statali/provinciali. Sistema di rotazione del personale (coppie fisse suddivise per singoli settori di specializzazione, a causa della scarsità di personale a fronte dei molteplici ambiti di competenza) Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale (almeno 2 professionisti). Obblighi di trasparenza: Come previsto dall'art. 25, co. 1, lett. a) e b) del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. L'articolo è stato abrogato dal D.Lgs.25 maggio 2016, n. 97 (in G.U. 08/06/2016, n.132)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE →	Attività di certificazione medico-legale ad uso rilascio/rinnovo patenti di giuda, patenti nautiche, porto d'armi, idoneità per adozioni internazionali, prima accoglienza ed altre	**INPUT**	Raccogliere documentazione sanitaria, ricevere richieste di certificazione, verificare normative specifiche	**OUTPUT**	Emettere certificazioni medico-legali, rilasciare/rinnovare patenti, attestare idoneità per adozioni e altro

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva 12. Eccesso di discrezionalità	Essendo da solo il medico valuta in autonomia da sè.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Rotazione del personale medico negli ambulatori. Prenotazione tramite Centro Unico di Prenotazione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 7. deleghe 4. ispezioni 1. altri controlli Obbligo di motivazione in caso di esito sfavorevole dell'istanza del richiedente. Turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione. Di norma dove possibile più persone, anche di profili diversi (assistente sanitario e/o amministrativo), partecipano alle varie fasi dell'erogazione della prestazione. Valutazioni ex post dei ricorsi in ambito di autorizzazioni per i parcheggi riservati a persone portatrici di handicap da parte di un'apposita commissione della Provincia.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 1. Interessi esterni 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%

AREA DI RISCHIO: **Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni – controlli amministrativi e contabili**

PROCESSO / FASE ⟶ Incasso degli importi relativi alle prestazioni erogate a favore dei privati				**INPUT**	**OUTPUT**
				Emmettere fatture, raccogliere documentazione contabile	Incassare gli importi, verificare i pagamenti, aggiornare i registri contabili

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati.	1. Mancanza di controlli 10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva 2. Mancanza di trasparenza	Separazione tra personale che esegue la programmazione e che effettua la vigilanza. La programmazione viene effettuata a inizio anno. Rotazione del personale. Inserimento della scheda del controllo ufficiale (SCU) nel database comune al servizio. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante: accesso casuale dell'utente all'operatore addetto alla cassa disponibile Controllo ex post: mensilmente viene emesso un report alla ripartizione economico finanziaria sugli incassi, rispetto al numero e alla tipologia delle prestazioni erogate; le prestazioni a pagamento erogate vengono registrate in un database accessibile anche da ripartizioni amministrative RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, mensile TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 2. trasparenza 3. rotazione 7. deleghe Ogni prestazione è codificata nel tariffario provinciale e ad essa è assegnato un importo definito. Gli addetti all'incasso sono definiti con determina Comprensoriale. Turnazione del personale sulla base delle risorse a disposizione. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico (un professionista).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100% Trasparenza — — — conforme Regolamentazione — — — conforme	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)**

PROCESSO / FASE → Attività necroscopica e medico legale (comprensive di visita, certificazioni varie, autorizzazione al trasporto)	**INPUT**	**OUTPUT**
	Ricevere richieste di autopsia, raccogliere documentazione, esaminare circostanze del decesso	Eseguire attività necroscopica, rilasciare certificazioni medico-legali, autorizzare il trasporto

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	Il regolamento di Polizia Mortuaria prevede due ispezioni cadaveriche in tempistiche diverse da professionisti diversi, medico di medicina generale e necroscopo.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante: definizione calendario reperibilità almeno mensilmente. Controllo ex post a campione: Presenza di forze dell'ordine in caso di attività svolta su incarico della Procura della Repubblica. Controllo ex post a gestione: presenza di addetto pompe funebri; certificato ISTAT rilasciato dal medico curante. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile — TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 3. rotazione 7. deleghe Sistemi di rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico (un professionista)	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

PROCESSO / FASE → Attività di polizia mortuaria				INPUT: Ricevere segnalazioni di decessi, raccogliere docume-tazione legale, coordinarsi con le autorità competenti	OUTPUT: Eseguire controlli, verificare conformità, garantire il rispetto delle normative
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di agevolare determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche	1. Mancanza di controlli 12. Eccesso di discrezionalità	La programmazione viene effettuata a inizio anno. Attività eseguita di norma da due operatori.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante: definizione calendario reperibilità 2 volte all'anno Controllo ex post a gestione: presenza addetto comunale RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: semestrale, ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 3. rotazione Sistemi di rotazione del personale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 2. Discrezionalità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli / / / 100%	

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE →	Inviti per vaccinazioni obbligatorie, in riferimento al decreto-legge del giugno 2017 n. 73, anamnesi vaccinale, consenso, preparazione e somministrazione del vaccino, definizione del costo del vaccino in base al tariffario provinciale, osservazione dopo la vaccinazione (20 minuti)	**INPUT**	**OUTPUT**
		Definire il piano vaccinale, predisporre gli inviti, stabilire eventuale costo del vaccino	Inviare inviti, somministrare il vaccino, osservare il paziente, registrare le informazioni

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche	10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva 12. Eccesso di discrezionalità	Programmazione automatica degli inviti nel programma. Prenotazione appuntamenti tramite centro di prenotazione unico. Rotazione del personale.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex ante: calendario vaccinale, linee guida OMS, procedure, assegnazione casuale degli ambulatori tra collaboratori. Controlli ex post a campione. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 7. deleghe Obbligo di motivazione. Rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo collegiale	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: Autorizzazioni o concessioni

PROCESSO / FASE → Esecuzione dei test necessari (tempi di reazione, test visivo) per il rilascio dell'idoneità; patente di guida; patente nautica; porto d'armi; adozioni	**INPUT**	**OUTPUT**
	Ricevere richieste di test, raccogliere documentazione necessaria, pianificare i test	Eseguire i test, rilasciare certificazioni di idoneità, emettere patenti e autorizzazioni

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche.	10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva 12. Eccesso di discrezionalità	Rotazione del personale negli ambulatori. Prenotazione tramite Centro di Prenotazione Unico. Assegnazione attività in base a turni prestabiliti, rotazione del personale in base al turno determinato a priori.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: RESPONSABILI DEL CONTROLLO: FREQUENZA DEL CONTROLLO: TIPO DI VERIFICA: ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione 7. deleghe Obbligo di motivazione. Rotazione del personale. Affidamento di ispezioni, controlli, vigilanza o processi ad alto rischio ad un organo monocratico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: **Autorizzazioni o concessioni**

PROCESSO / FASE ⟶ Sorveglianza epidemiologica e notifica malattie infettive				**INPUT**	**OUTPUT**
				Raccogliere dati sanitari, monitorare casi di malattie infettive, ricevere segnalazioni	Eseguire sorveglianza epidemiologica, notificare le malattie infettive, aggiornare i registri sanitari

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche	12. Eccesso di discrezionalità	Elaborazione dei casi in ordine tempistico di entrata, orario e data, e secondo il rischio per la Salute Pubblica.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli ex post a campione RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 3. rotazione Obbligo di motivazione. Sistemi di rotazione del personale dipendente dall'organico disponibile.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AREA DI RISCHIO: **Altro**

PROCESSO / FASE → Assegnazione degli appuntamenti per vaccinazioni, consulenze al viaggiatore e colloqui vaccinali				**INPUT**	**OUTPUT**
				Richieste appuntamenti, organizzare la disponibilità del personale, raccogliere informazioni per le consulenze	Assegnare appuntamenti, fornire consulenze al viaggiatore, condurre colloqui vaccinali

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nell'adozione di provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa). Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati o per ottenere "corsie preferenziali" nella trattazione delle pratiche	1. Mancanza di controlli 10. Mancata attuazione della distinzione tra funzioni di controllo e di amministrazione attiva 12. Eccesso di discrezionalità	Rotazione del personale negli ambulatori. Prenotazione tramite Centro di Prenotazione Unico. Assegnazione attività in base a turni prestabiliti, rotazione del personale in base al turno determinato a priori.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: La segregazione fra chi eroga la prestazione e chi gestisce l'agenda delle prenotazioni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 3. rotazione Rotazione del personale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			fino a 25%
Controlli			fino a 25%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Sponsorizzazioni	Servizio per l'innovazione, la ricerca e l'insegnamento	Amministrazione della ricerca	Dott.ssa Mirta Fedrizzi

AREA DI RISCHIO: Sponsorizzazioni per progetti di ricerca sanitaria

PROCESSO / FASE → Contratti per la conduzione di studi clinici no profit o progetti di ricerca dell'Azienda finanziati da terzi.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Progetto di ricerca aziendale finanziato da soggetti terzi o proposta di studio clinico no profit.	Stipula di contratti per l'esecuzione degli studi o progetti finanziati.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**	
		MOTIVAZIONE	
Possibile conflitto di interessi tra lo sperimentatore locale e il terzo finanziatore.	15. Conflitti di interesse	Sussistono limitati margini di discrezionalità, in quanto sono previste delle linee guida dal centro di coordinamento dei centri etici.	RISCHIO BASSO
		INDICATORI DI VALUTAZIONE*	
		1. Interessi esterni 2. Discrezionalità 9. Controlli interni	

MISURE DI CONTRASTO

ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Autodichiarazione della presenza di interessi finanziari o di rapporti di consulenza e collaborazione con il promotore dello studio, su modulistica predisposta dal Centro Coordinamento nazionale dei Comitati etici. Valutazione dell'inesistenza di determinate clausole contrattuali da parte del Comitato Etico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI, tuttavia si considerano possibili interventi per rafforzarne ulteriormente l'efficacia. Regolamento aziendale su sponsorizzazioni e donazioni (da implementare)
RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo	
FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale	Tempistica di attuazione: 3 anni Stato implementazione: In corso
ALTRE MISURE: 4. ispezioni 2. trasparenza Parere da parte del Direttore dell'Unità Operativa coinvolta. Pubblicazione sull'apposito settore dell'amministrazione trasparente degli importi introitati nell'ambito del progetto.	Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Parco auto - Autovetture	Dirigenza amministrativa Ospedale di Bolzano	Logistica / Unità Trasporti	Dott. Francesco Gullotti / Martin Gamper

AREA DI RISCHIO: **Utilizzo non aderente alla normativa aziendale**

PROCESSO / FASE →	Censimento e allocazione degli automezzi presso i servizi sulla base delle attività pianificate annualmente. All'interno del servizio gli automezzi vengono destinati in autonomia alle specifiche attività secondo una pianificazione di dettaglio giornaliero.	**INPUT**	**OUTPUT**
		Censimento e allocazione degli automezzi aziendali.	Distribuzione degli automezzi ai servizi; assegnazione giornaliera alle attività specifiche.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Discrezionalità nell'utilizzo degli automezzi secondo criteri non funzionali all'attività lavorativa. Mancata trasparenza procedimentale.	9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità 12. Eccesso di discrezionalità	L'utilizzo dell'automezzo per finalità lavorative è disciplinato e tracciato. Anomalie sono possibili ma di agevole individuazione.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli periodici su tutto il parco mezzi in fase di censimento e in fase di inserimento di nuovi automezzi. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Obbligo di motivazione del viaggio, indicazione chilometri iniziali e finali e totale km effettuati. Piattaforma informatica per la gestione/prenotazione degli automezzi (ospedale di Bolzano, Park edison, territorio) come anche per il censimento/allocazione nuovi automezzi Meccanismi di messaggistica automatica ai responsabili in fase di prenotazione e controlli di congruità sull'utilizzo delle tessere-carburante. Maggiore controllo negli interventi manutentivi e riparativi. Maggiore trasparenza nella effettuazione dei viaggi. Regolamento automezzi: aggiornamento e revisione del documento. Matrice R.A.C.I.S. con definizione delle responsabilità assegnate in maniera univoca. Obblighi di trasparenza: pubblicazione nell'albo pretorio per avvenuta approvazione deliberazione aziendale.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Gestione e amministrazione parcheggi presso Ospedale	Ripartizione dirigenza amministrativa dell'ospedale di Bolzano	Ufficio servizi alberghieri e controllo servizi in appalto	Dott.ssa Daniela Qualtieri

AREA DI RISCHIO: **Accesso ai parcheggi**

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione degli accessi ai parcheggi secondo il regolamento aziendale.	**INPUT**	**OUTPUT**
	Richiesta di accesso/parcheggio da parte di personale o utenti aventi diritto.	Autorizzazione e registrazione dell'accesso al parcheggio.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Accessi non autorizzati all'areale ospedaliero. Utilizzo improprio dei parcheggi da parte di personale dipendente e utenti esterni non aventi diritto. Manipolazione dei dati di accesso/addebito.	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità	Controlli con sistemi di lettura targhe, badge, tessere parcheggio Monitoraggio accessi tramite telecamere e citofoni Eliminazione accesso con chip non censiti Collaborazione con SEAB e infopoint per controllo varco Ovest Gestione automatizzata degli addebiti	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica mensile dei dati di accesso. Gestione accessi tramite il sistema di lettura targhe e/o badge personale. Verifica mensile dei pagamenti degli abbonati esterni. Monitoraggio delle restituzioni delle tessere parcheggio assegnate agli abbonati esterni e delle cessazioni del personale dipendente. Verifiche e monitoraggio degli addebiti sia al personale diependnete che agli abbonati esterni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 12. altro, 9. whistleblowing Informazione del personale. Aggiornamento periodico del regolamento. Meccanismi di whistleblowing.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 1. Interessi esterni 4. Opacità		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — fino a 25%	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Donazioni	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Ufficio Inventario	Herbert Vescoli

AREA DI RISCHIO: Donazioni > € 30.000

PROCESSO / FASE → Procedura di accettazione di proposte di donazione di beni mobili				INPUT	OUTPUT
				Proposta formale di donazione, completa di descrizione del bene mobile e documentazione tecnica	Provvedimento di accettazione o rifiuto della donazione, sulla base del parere vincolante del Comitato Tecnico.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile conflitto di interesse tra servizio di destinazione con l'interesse istituzionale dell'Azienda Sanitaria, dipendenza contrattuale a seguito dell'accettazione del bene mobile (p.es. contratto di manutenzione, consumabile ecc.)	15. Conflitti di interesse 12. Eccesso di discrezionalità	Valutazione dell'accettazione secondo la procedura prevista dalla delibera provinciale n. 192 d.d. 02.01.2006 Art. 16 e dalla procedura prevista nella delibera aziendale n. 2021-A-000037	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Adozione di un Regolamento specifico a fine 2024 Controllo secondo le procedure previste Comitato tecnico interno che esamina la donazione ed esprime un parere vincolante. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 5. dichiarazioni 1. altri controlli 2. trasparenza Parere da parte del servizio coinvolto. Valutazione dell'accettazione secondo la procedura prevista dalla delibera provinciale n. 192 d.d. 02.01.2006 Art. 16 e dalla procedura prevista nella delibera aziendale n. 2021-A-000037	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 3. Eventi corruttivi passati		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Controlli — — — 100%	

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Donazioni	Servizio per l'innovazione, la ricerca e l'insegnamento	Amministrazione della ricerca	Dott.ssa Mirta Fedrizzi

AREA DI RISCHIO: Donazioni per ricerca sanitaria

PROCESSO / FASE → Procedura di accettazione di proposte di donazione di denaro o beni mobili.				INPUT	OUTPUT
				Proposta di donazione da parte di soggetti terzi.	Formale accettazione della donazione e acquisizione delle risorse donate.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE			PROGRAMMATE
Possibile conflitto di interesse tra servizio di destinazione con l'interesse istituzionale dell'Azienda Sanitaria, dipendenza contrattuale a seguito dell'accettazione del bene mobile (p.es. contratto di manutenzione, ecc.).	15. Conflitti di interesse	Valutazione dell'accettazione secondo la procedura prevista dal regolamento sulle donazioni.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo secondo la procedura prevista dal regolamento sulle donazioni. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 4. ispezioni 2. trasparenza Parere da parte del Direttore dell'Unità Operativa coinvolta. Pubblicazione del provvedimento di accettazione della donazione.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme
Regolamentazione			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Controlli interni	Direzione Generale	Ufficio Internal Auditing	Dott. Luigi Catapano

AREA DI RISCHIO: Vigilanza, controlli, ispezioni

PROCESSO / FASE ⟶ Attività di vigilanza e controllo in ambito amministrativo/contabile e gestionale.				INPUT	OUTPUT
				Piano di audit approvato dalla Direzione	Audit report

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Abuso nella procedura al fine di agevolare particolari soggetti. Abuso nell'esercizio di funzioni di controllo al fine di agevolare determinati soggetti. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati. Creazione di legami di eccessiva confidenza tra l'operatore e il controllore. Pressioni/intimidazioni.	1. Mancanza di controlli	L'ufficio Internal Audit è indipendente e gerarchicamente sottoposto alla Direzione Generale, mentre le altre Unità sono sottoposte alla Direzione Amministrativa. Il processo di valutazione dei rischi e di definizione del piano delle verifiche è formalizzato e sottoposto a controllo della Direzione Generale, del Consiglio Aziendale e al parere della Provincia. Gli audit sono svolti sempre da un team di due o più persone e sottoposti a supervisione del Responsabile Internal Auditing. Rotazione delle mansioni all'interno della struttura. INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica da parte della Direzione Generale, del Consiglio Aziendale, nonché parere da parte della Provincia Autonoma di Bolzano RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Provincia di Bolzano, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc, annuale TIPO DI VERIFICA: totale, a campione ALTRE MISURE: 2. trasparenza Pubblicato sulla pagina Sabes - delibere	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Semplificazione			si
Formazione			25%

AREA DI RISCHIO: Formulazione giudizi - processo di audit

PROCESSO / FASE → Esito della Valutazione del processo di Audit.				INPUT: Identificazione dei rischi	OUTPUT: Valutazione dei rischi e formulazione giudizi
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Risultato migliorato o peggiorato a favore dell'interessato.	1. Mancanza di controlli	Il processo di audit è integralmente mappato e ripercorribile, la valutazione segue una metodologia formalizzata e deliberata. L'esito viene condiviso con l'auditato, che in fase di exit-meeting ha la possibilità di esprimere il proprio disaccordo sulle risultanze dell'audit.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Supervisione del responsabile di Internal Auditing sulla corretta applicazione della metodologia da parte del team di verifica. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 2. trasparenza Presente una metodologia approvata e condivisa anche con gli auditati; il processo è tracciato e ripercorribile consentendo di giungere al medesimo esito. Protocollato e pubblicato nel software di gestione documentale Archiflow.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

AREA DI RISCHIO: Flussi informativi e Comunicazione

PROCESSO / FASE → Relazione a vertici interni ed esterni.				INPUT	OUTPUT
				Elenco degli esiti delle singole attività di audit	Relazione semestrale ed annuale

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Informazioni alterate che non rispecchiano la realtà.	1. Mancanza di controlli	Gli step dell'attività di verifica sono tracciati; viene fornito ai Vertici uno Stato Avanzamento Lavori semestrale; l'auditato esprime un giudizio formale sulla qualità della prestazione erogata da Internal Auditing in sede di verifica.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo ex ante in fase di exit-meeting da parte dell'auditato. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 2. trasparenza L'esito del singolo audit viene inviato ai vertici una volta conclusa l'attività. Prima della chiusura dell'attività l'auditato può esprimere e verbalizzare il suo disaccordo sulle risultanze.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%
Trasparenza			conforme

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Magazzino / Logistica	Ripartizione dirigenza amministrativa dell'ospedale di Bolzano	Ufficio Logistica Comprensoriale	Dott. Francesco Gullotti Cordaro

AREA DI RISCHIO: Approvvigionamento

PROCESSO / FASE ⟶ Verifica della correttezza delle forniture ricevute in termini di quantità e qualità.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Consegna di merce da parte del fornitore	Conferma della conformità della fornitura o segnalazione di non conformità.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile carenza e/o eccesso di beni.	1. Mancanza di controlli 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Attività standardizzata, suddivisione dei compiti, formazione del personale sulle procedure e istruzioni operative del magazzino (modalità di approvvigionamento).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo in fase di consegna merce, eventuale rilevazione di non conformità Gli addetti del magazzino sono vincolati a movimentare la merce tramite il software. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Società di revisione, Collegio Sindacale, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello) FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 4. ispezioni Separazione tra chi ordina, chi riceve e chi si occupa dello stoccaggio. Presenza procedura del Percorso attuativo di certificazione (PAC) e gestione informatica tramite applicativo dedicato. Presenza di un percorso di implementazione per la certificazione (PAC) e gestione informatizzata tramite software dedicato. Monitoraggio da parte del Servizio farmaceutico.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 6. Attuazione misure 9. Controlli interni		INDICATORI MONITORAGGIO* / CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO Regolamentazione — — — conforme Formazione — — — 25%	

AREA DI RISCHIO: Gestione inventari fisici periodici

PROCESSO / FASE → Realizzazione della conta fisica e firma di un report con le risultanze				INPUT	OUTPUT
				Necessità di verifica dell'inventario o del materiale presente.	Report firmato con l'esito della conta fisica effettuata.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile mancanza di beni aziendali i quali vengono censiti come presenti in fase di inventario.	7. Scarsa responsabilizzazione interna 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Programmazione dell'inventario per permettere che l'attività venga svolta da più persone; presenza di persone terze in fase di verifica (personale di altri magazzini).	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: In fase di conta presenza di persone terze in fase di verifica (personale di altri magazzini/comprensori). Inventari periodici infrannuali. Controllo annuale a campione da parte del revisore contabile esterno. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Società di revisione, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello), Collegio Sindacale FREQUENZA DEL CONTROLLO: mensile TIPO DI VERIFICA: a campione, totale ALTRE MISURE: 4. ispezioni 3. rotazione Presenza di terzi in fase di rilevazione. È prevista la rotazione del personale tra i vari magazzini all'interno dell'Azienda.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Rotazione			100%

AREA DI RISCHIO: **Gestione inventari fisici periodici**

PROCESSO / FASE ⟶ Redazione del conto giudiziale.				**INPUT**	**OUTPUT**	
				Documentazione contabile e amministrativa relativa alla gestione dei beni pubblici.	Conto giudiziale formalmente redatto e pronto per la trasmissione agli organi di controllo competenti.	
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**		
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE		PROGRAMMATE
Il rischio può riguardare: •Valutazione Errata •Contabilizzazione Inadeguata •Controllo Interno •Errori Precedenti •Furti e Perdita di Beni	1. Mancanza di controlli	Esiste una procedura informatizzata per la redazione di conti giudiziali. I conti sono soggetti a controllo interno da parte dei dirigenti preposti ai magazzini e a parifica da parte della Ripartizione Finanze e controllo del Collegio Sindacale. Sono, infine, sottoposti a controllo esterno della Corte dei Conti.	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controlli sia ex ante che ex post, sia interni che esterni RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Collegio Sindacale, Corte dei Conti, Internal Auditing (solo se controllo di terzo livello), Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli Procedura informatizzata per estrazione dati conti giudiziali; separazione fra chi prepara il conto, chi lo controlla e chi lo parifica. Presenza di un regolamento ad hoc per i conti giudiziali.		Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni		INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO / OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO	
				Regolamentazione		conforme

AREA DI RISCHIO: **Consistenze di magazzino dei beni sanitari**

PROCESSO / FASE ⟶ Gestione dei farmaci.				**INPUT**	**OUTPUT**
				Approvvigionamento di farmaci.	Stoccaggio, registrazione e distribuzione dei farmaci alle unità richiedenti.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Ordine di nuovi farmaci in presenza di altri in scadenza e/o già presenti in magazzino.	1. Mancanza di controlli 8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Formazione del personale sulle procedure e istruzioni operative del magazzino (modalità di approvvigionamento e gestione delle scadenze dei beni sanitari).	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo in fase di consegna merce, eventuale rilevazione di non conformità Gli addetti del magazzino sono vincolati a movimentare la merce tramite il software. La gestione dei lotti e delle scadenze è più complessa e decisionalmente subordinata alla collaborazione con i farmacisti. RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale, mensile TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE: 1. altri controlli 2. trasparenza Presenza di una procedura Percorso attuativo di certificazione (PAC). Procedura informatizzata per tracciare il prodotto. Separazione dei compiti tra chi ordina e chi controlla Rapportino dei farmaci scaduti indicante codice Eusis e lotto. Introduzione di un nuovo gestionale per il magazzino (warehouse management system - WMS).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità 2. Discrezionalità 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme
Semplificazione			si

AREA DI RISCHIO: Gestione beni scaduti

PROCESSO / FASE → Gestione beni scaduti				INPUT	OUTPUT
				Identificazione di beni con data di scadenza superata.	Rimozione dal magazzino e avvio alla corretta procedura di smaltimento secondo la normativa vigente.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Il rischio può riguardare: •Contaminazione Ambientale •Rischi per la Salute Pubblica (ad es. dispersione di antibiotici) •Conformità alla legge (ad es. sanzioni per smaltimento contra legem)	8. Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Formazione del personale sulle procedure e istruzioni operative del magazzino sull'iter previsto per il corretto smaltimento dei beni scaduti.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Controllo della Ripartizione Finanze e del Collegio Sindacale RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Collegio Sindacale, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Istruzione operativa per lo smaltimento dei beni scaduti. Procedura Percorso attuativo di certificazione (PAC).	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 4. Opacità			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Regolamentazione			conforme

AREA DI RISCHIO: **Consumo di beni**

PROCESSO / FASE ⟶ Monitoraggio sul consumo di beni.				**INPUT**	**OUTPUT**	
				Richieste di beni dai reparti; dati di giacenza del magazzino; storico; indicatori di consumo.	Report di monitoraggio sul consumo; segnalazione anomalie; proposte di riordino.	
EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	**FATTORI ABILITANTI**	**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**		**MISURE DI CONTRASTO**		
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE		PROGRAMMATE
La definizione della richiedibilità da parte dei servizi e reparti deve essere conforme alle effettive necessità del servizio o reparto.	2. Mancanza di trasparenza	Monitoraggio su base regolare da parte delle Direzione medica / Direzione territoriale sui beni che vengono richiesti da parte dei reparti e servizi.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Verifica a consuntivo degli indicatori di reparto rilevanti RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Estensione della procedura C.6 "monitoraggio dei consumi di beni sanitari" a tutti i beni. Estensione presenza procedura Percorso attuativo di certificazione (PAC).		Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni		INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO / OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
				Regolamentazione		conforme

AREA DI RISCHIO: Sottrazione di beni

PROCESSO / FASE → Controllo sulla quantità di beni presenti a magazzino				INPUT	OUTPUT
				Dati di giacenza e movimenti di carico/scarico.	Verifica dell'allineamento tra giacenze fisiche e registrate.

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Possibile sottrazione dei beni dai magazzini.	1. Mancanza di controlli 9. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Difficoltà per motivi legati alla struttura fisica dei magazzini (es. mancanza di adeguato controllo degli accessi) di monitoraggio sulle consistenze di magazzino.	RISCHIO MEDIO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Revisione annuale del sistema accessi RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: annuale — TIPO DI VERIFICA: totale ALTRE MISURE: 1. altri controlli Estensione del sistema di tracciamento degli accessi a tutti gli ambiti di magazzino.	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 9. Controlli interni			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			100%

MACROPROCESSO/AMBITO OPERATIVO	RIPARTIZIONE/SERVIZIO	UFFICIO/SEZIONE	RESPONSABILE
Gestione dei decessi intraospedalieri	Direzioni mediche / Servizio di anatomia patologica (BZ)	-	Dott.ssa Roberta Vanzetta (BK), Dott.ssa Monika Zaebisch (BZ); Dott. Marco Mancini (BX); Dott. Valter Ciarrocchi (ME) / Dott.ssa Esther Hanspeter (BZ)

AREA DI RISCHIO: Gestione dei decessi intraospedalieri e servizi funebri

PROCESSO / FASE →	Accertamento del decesso, comunicazione, gestione salma, interazione con imprese funebri	INPUT	OUTPUT
		Certificato di decesso, cartella clinica, richiesta servizi funebri	Notifica decesso, consegna salma, attivazione servizi funebri

EVENTO CORRUTTIVO / RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO		MISURE DI CONTRASTO	
		MOTIVAZIONE		ESISTENTI ATTUATE	PROGRAMMATE
Comunicazione anticipata del decesso a imprese funebri in cambio di utilità Segnalazione ai parenti di imprese specifiche Accettazione di regali o compensi Accesso non autorizzato alle camere mortuarie	1. Mancanza di controlli 2. Mancanza di trasparenza 12. Eccesso di discrezionalità 6. Monopolio delle competenze 7. Scarsa responsabilizzazione interna 15. Conflitti di interesse	Procedure operative aggiornate e pubblicate (ID 9963/23) Rotazione automatica del personale addetto (trasporto salme casuale) Divieto di accettare regali/compensi (Codice di comportamento) Assenza di elenchi di agenzie funebri negli spazi ospedalieri Scelta autonoma dell'agenzia da parte della famiglia Registro accessi ditte funebri Gestione tracciata e informatizzata Monitoraggio periodico da parte del RPC e del clinical risk manager	RISCHIO BASSO	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO: Rotazione automatica del personale addetto alle camere mortuarie e trasporto salme. Divieto di suggerire imprese funebri ai parenti. Assenza di elenchi di agenzie funebri negli spazi ospedalieri. Formazione periodica su etica e legalità. Codice di comportamento aziendale Controlli periodici e ispezioni interne. Meccanismi di whistleblowing attivi. Segnalazione obbligatoria di conflitti di interesse. Registro accessi ditte funebri. Procedura ad hoc per la gestione dei beni del defunto RESPONSABILI DEL CONTROLLO: Responsabile del processo, Responsabile Prevenzione Corruzione, Altro FREQUENZA DEL CONTROLLO: ad hoc TIPO DI VERIFICA: a campione ALTRE MISURE:	Le misure di contrasto esistenti SONO EFFICACI pertanto, non è necessario adottare azioni correttive. Il contesto interno/esterno SONO RIMASTI INVARIATI pertanto, non è necessario prevedere ulteriori misure di contrasto.
		INDICATORI DI VALUTAZIONE* 2. Discrezionalità 1. Interessi esterni 4. Opacità 6. Attuazione misure			

INDICATORI MONITORAGGIO*	CONSUNTIVO REALIZZATO	OBIETTIVO ANNO IN CORSO	OBIETTIVO ANNO PROSSIMO
Controlli			fino a 25%
Etica e Comportamento			si
Regolamentazione			conforme

Die Fristen für die Veröffentlichung entsprechen den gesetzlichen Vorgaben sowie dem ANAC-Beschluss Nr. 1310 und dem dazugehörigen Anhang. Die Unverzüglich-zeitgerechte Aktualisierung erfolgt laut sektoriellen Regeln oder in der Regel innerhalb von 30 Tagen nach der Verfügbarkeit der Daten/Informationen/Annahme der Einzelmaßnahme; die entsprechenden Details sind in der dafür vorgesehenen Spalte aufgeführt. Die Überwachung der Umsetzung der Transparenzverpflichtungen wird von internen Subjekten des Sanitätsbetriebs durchgeführt, die vom TB koordiniert werden, um die progressive Durchführung der geplanten Aktivitäten und die Erreichung der festgelegten Ziele zu überprüfen.

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 des Zugangs, insbesondere des allgemeinen Bürgerzuganges, sowie Erstellung und Veröffentlichung des Zugangsregisters.

UNTERBEREICHE 1. EBENE ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN							
Unterbereich 2. Ebene (Datentyp)	**Rechtsvorschriften**	**Pflicht**	**Inhalt der Pflicht**	**Aktualisierung**	**Für die Erstellung, Aktualisierung und Übermittlung der Daten verantwortliche Einrichtung**	**Für die Veröffentlichung der Daten verantwortliche Einrichtung**	**Veröffentlichungsfrist**
Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz - DPKPT Sektion Korruptionsrisiken und Transparenz PIAO	Art. 10, Abs. 8, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013 GD Nr. 80/2021 umgewandelt durch G. Nr. 113/2021	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DPKPT) Sektion Korruptionsrisiken und Transparenz PIAO	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz samt Anhänge, Präventionsmaßnahmen laut Art. 1, Abs. 2-bis, G. Nr. 190 von 2012 (MOG 231) (Link Unterbereich Andere Inhalte/Korruptionsprävention) - DPKPT Das GD Nr. 80/2021 umgewandelt in G Nr. 113/2021 hat festgesetzt, dass die Korruptionspräventionsmassnahmen und Transpranzmassnahmen ein Abschnitt im intergrierten Tätigkeits-und Organisationsplan (PIAO) sind	Jährlich	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	31 Jänner eines jeden Jahres
Allgemeine Akte	Art. 12, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Rechtsvorschriften zur Organisation oder Tätigkeit	Rechtsvorschriften mit entsprechendem Link zu den in der Datenbank „Normattiva" veröffentlichten staatlichen Gesetzesvorschriften, welche die Schaffung, Organisation und Tätigkeit der öffentlichen Verwaltungen regeln	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll _Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der eventuellen Aktualisierung in der Datenbank
		Allgemeine Verwaltungsakte	Richtlinien, Rundschreiben, Programme, Verfügungen und alle gesetzlich oder sonst angewendeten Akte jeder weitere Akt über die Organisation, Funktionen, Ziele, Verfahren, in denen Rechtsvorschriften über die Anwendungsbestimmungen ausgelegt werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll _Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der eventuellen Aktualisierung oder Verabschiedung neuer Akte
		Strategische Programmierungs unterlagen	Richtlinien Ministerien, Programmierungsunterlagen, strategische Ziele zur Vorbeugung der Korruption und Transparenz	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll _Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Genehmigung/Aktualisierung
	Art. 12, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Statute und Regional- bzw. Landesgesetze	Aktualisierte Daten und offizielle Texte der Statuten und Regional- bzw. Landesgesetzesbestimmungen, welche die Funktionen, die Organisation und die Abwicklung von Tätigkeiten im Zuständigkeitsbereich der Verwaltung regeln	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll _Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der eventuellen Aktualisierung in der Datenbank
	Art. 55, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 165/2001 Art. 12, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Disziplinar- und Verhaltenskodex	Disziplinarkodex mit Auflistung der Disziplinarvergehen und der entsprechenden Sanktionen (Online-Veröffentlichung oder Aushang an einer allen zugänglichen Stelle - Art. 7, G. Nr. 300/1970) Verhaltenskodex zu verstehen als Verhaltensvorschriften	Unverzüglich-zeitgerecht	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll _Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Genehmigung/Aktualisierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE ORGANISATION							
Politisch-administrative Organe	Art. 13 Abs. 1, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 33/2013		Politisch-administrative Organe mit Auflistung der Kompetenzen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013	Inhaber von politischen Aufträgen Art. 14, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Ernennungsurkunde oder Bekanntgabe, mit Angabe der Dauer des Auftrages oder des Mandates	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebenslauf	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Vergütungen jeglicher Natur, welche mit dem Auftrag zusammenhängen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
			Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Amtsinhaberschaft bei anderen öffentlichen oder privaten Körperschaften und entsprechende Vergütungen jeglicher Natur	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 2, G. Nr. 441/1982		1) Erklärung bzgl. dinglicher Rechte an Immobilien und registrierten beweglichen Sachen, Inhaberschaft von Firmen, Aktien von Gesellschaften, Gesellschaftsanteile, Ausübung von Funktionen als Verwalter oder Vorstand einer Gesellschaft, mit Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden) und bzgl. des Zeitpunktes der Beauftragung]	Keine (wird ein einziges Mal innerhalb von 3 Monaten nach der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung veröffentlicht und bleibt bis zum Ausscheiden aus dem Amt/Beendigung des Auftrages oder Mandates)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 2, G. Nr. 441/1982		2) Abschrift der letzten Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Innerhalb von 3 Monaten ab der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 3 G. Nr. 441/1982		3) Erklärung bzgl. der Ausgaben oder Verpflichtungen für den Wahlkampf oder Belege nur Wahlkampfmaterial oder Wahlkampfmittel, welche die Partei oder politische Gruppierung, dem das Subjekt angehört, zur Verfügung gestellt hat, genutzt zu haben mit der Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" (mit Anhang der Abschriften der Erklärungen von Finanzierungen und Beiträgen bei einem Beitrag über € 5.000-)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 3 G. Nr. 441/1982		4) Erklärung der Änderung der Vermögenslage, welche im vorherigen Jahr eingetreten ist und Abschrift der Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Jährlich	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
Inhaber von Führungsaufträgen Verwaltungsebene oder Leitung (auch Spitzenpositionen)	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013	Inhaber von Führungsaufträgen Verwaltungsebene oder Leitung (auch Spitzenpositionen) Art. 14, Abs. 1bis, Lgs.D. Nr. 33/2013	Ernennungsurkunde oder Bekanntgabe, mit Angabe der Dauer des Auftrages oder des Mandates	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebenslauf	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Vergütungen jeglicher Natur, welche mit dem Auftrag zusammenhängen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
			Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Trimestral
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Amtsinhaberschaft bei anderen öffentlichen oder privaten Körperschaften und entsprechende Vergütungen jeglicher Natur	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 1, G. Nr. 441/1982		1) Erklärung bzgl. dinglicher Rechte an Immobilien und registrierten beweglichen Sachen, Inhaberschaft von Firmen, Aktien von Gesellschaften, Gesellschaftsanteile, Ausübung von Funktionen als Verwalter oder Vorstand einer Gesellschaft, mit Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden) und bzgl. des Zeitpunktes der Beauftragung]	Keine (wird ein einziges Mal innerhalb von 3 Monaten nach der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung veröffentlicht und bleibt bis zum Ausscheiden aus dem Amt/Beendigung des Auftrages oder Mandates)	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	

	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 2, G. Nr. 441/1982		2) Abschrift der letzten Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Innerhalb von 3 Monaten ab der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 3, G. Nr. 441/1982		3) Erklärung bzgl. der Ausgaben oder Verpflichtungen für den Wahlkampf oder Belege nur Wahlkampfmaterial oder Wahlkampfmittel, welche die Partei oder politische Gruppierung, dem das Subjekt angehört, zur Verfügung gestellt hat, genutzt zu haben mit der Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" (mit Anhang der Abschriften der Erklärungen von Finanzierungen und Beiträgen bei einem Beitrag über € 5.000-)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 3 G. Nr. 441/1982		4) Erklärung der Änderung der Vermögenslage, welche im vorherigen Jahr eingetreten ist und Abschrift der Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Jährlich	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	
Ausgelaufene Aufträge	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013	Ausgelaufene Aufträge (Unterlagen auf der Website zu veröffentlichen)	Ernennungsurkunde mit Angabe der Dauer des Auftrages	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebenslauf	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst.c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Vergütungen jeglicher Natur, welche mit dem Auftrag zusammenhängen	Keine	Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
			Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Keine	Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Trimestral
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Amtsinhaberschaft bei anderen öffentlichen oder privaten Körperschaften und entsprechende Vergütungen jeglicher Natur	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt 2, G. Nr. 441/1982		1) Abschrift der Einkommenserklärungen bzgl. der Auftragsdauer; 2) Abschrift der Einkommenserklärung nach dem Ablauf des Auftrages innerhalb eines Monats ab der Fälligkeit laut Gesetz für die Erstellung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 3 G. Nr. 441/1982		3) Erklärung bzgl. der Ausgaben oder Verpflichtungen für den Wahlkampf oder Belege nur Wahlkampfmaterial oder Wahlkampfmittel, welche die Partei oder politische Gruppierung, dem das Subjekt angehört, zur Verfügung gestellt hat, genutzt zu haben mit der Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" (mit Anhang der Abschriften der Erklärungen von Finanzierungen und Beiträgen bei einem Beitrag über € 5.000-)	Keine	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 4 G. Nr. 441/1982		4) Erklärung der Änderung der Vermögenslage nach der letzten Erklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Keine (wird nur einmal innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf des Auftrages vorgelegt)	Abteilung für die Personalentwicklung	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation (nur für die Spitzenpositionen)	
Strafen für die fehlende Mitteilung von Daten	Art. 47 Abs. 1 Lgs.D. Nr. 33/2013	Strafen für die unterlassene Mitteilung von Daten seitens der politischen Amtsträger, Inhaber von Verwaltungsaufträgen, Führungsaufträgen oder Leitungspositionen	Maßnahmen für die Verhängung von verwaltungsrechtlichen Geldbußen gegen den Verantwortlichen der unterlassenen oder unvollständigen Mitteilung der Daten ex Art. 14 über die gesamte Vermögenslage des Amtsinhabers bei Amtsantritt, die Inhaberschaft von Unternehmen, die eigenen Aktienbeteiligungen sowie über alle Vergütungen, auf die durch den Amtsantritt ein Anrecht entsteht	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Kenntnisnahme der verhängten Strafe
Rechnungslegung der Fraktionen (Region/Landtag)	Art. 28 Abs. 1 Lgs.D. Nr. 33/2013	Rechnungslegung der Fraktionen (Region/Landtag)	Jährliche Haushaltsrechnungslegung der regionalen und provinzialen Fraktionen mit Veröffentlichung der jeder Fraktion übertragenen oder zugewiesenen Mittel sowie samt Angabe des Rechtstitels für die Übertragung und des Einsatzes der verwendeten Mittel	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
		Akte der Kontrollorgane	Akte und Berichte der Kontrollorgane	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
Gliederung der Ämter	Art. 13, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013	Gliederung der Ämter	Zuständigkeiten jedes Amtes, auch der nicht allgemeinen Führungsebene, Namen der Führungskräfte der einzelnen Ämter	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion/Verwaltungsdirektion/Sanitätsdirektion/Pflegedirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Aktualisierung
	Art. 13, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013	Organigramm (zu veröffentlichen in Organigramm-Form und mit Verknüpfung jedes Amtes mit einer Seite mit den gesetzlich vorgeschriebenen Informationen)	Vereinfachte Darstellung der Verwaltungsorganisation für eine volle Zugänglichkeit und Verständlichkeit der Daten mittels Organigramms oder mittels analoger grafischer Darstellungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion/Verwaltungsdirektion/Sanitätsdirektion/Pflegedirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Aktualisierung
	Art. 13, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		Namen der Führungskräfte der einzelnen Ämter	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion/Verwaltungsdirektion/Sanitätsdirektion/Pflegedirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Aktualisierung
Telefon und E-Mail	Art. 13, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013	Telefon und E-Mail	Komplette Liste der Telefonnummern und betrieblichen E-Mail-Adressen sowie der zertifizierten E-Mail-Adressen (PEC), an die sich der Bürger für jede Anfrage zu den institutionellen Aufgaben wenden kann	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Amt für Departementsysteme (für die zertifizierte E-Mail (PEC)) Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)(für die Telefonnummern und die betrieblichen E-Mail-Adressen)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Aktualisierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE AUFTRÄGE FÜR BERATUNG UND MITARBEIT							
Inhaber von Beratungs- und Mitarbeitsaufträgen	Art. 15, Abs. 2 Lgs.D. Nr. 33/2013	Berater und Mitarbeiter (in Tabellen zu veröffentlichen)	Eckdaten der Beauftragungsakte zur Zusammenarbeit und Beratung an externe Personen unter beliebigem Rechtstitel (inkl. der mittels Vertrages auf koordinierte und fortwährende Mitarbeit vergebenen), für die eine Vergütung vorgesehen ist, mit Angabe der beziehenden Person, des Auftragsgrundes und des enrichteten Betrages	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8 Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	
			Für jeden Inhaber von Aufträgen:				
	Art. 15, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Lebenslauf, abgefasst nach dem geltenden europäischen Modell	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
	Art. 15, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		2) Daten zur Auftragsabwicklung oder zur Amtsinhaberschaft in Körperschaften des privaten Rechts, die von der öffentlichen Verwaltung geregelt oder finanziert werden, oder zur beruflichen Tätigkeitsabwicklung	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
	Art. 15, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		3) Wie auch immer bezeichnete Vergütungen für das Beratungs- oder Mitarbeitsverhältnis (einschließlich der koordinierten Projektmitarbeitsverträge), mit spezifischem Nachweis der eventuellen variablen oder leistungsabhängigen Komponenten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
	Art. 15, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 53, Abs. 14, Lgs.D. Nr. 165/2001		Tabellen mit den Listen der Berater, unter Angabe des Gegenstandes, der Dauer und der Vergütung des Auftrags (dem „Ressort Öffentlicher Dienst" zu übermitteln)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	
	Art. 53, Abs. 14, Lgs.D. Nr. 165/2001		Bescheinigung des erwiesenen Nichtbestehens von auch nur potenziellen Interessenkonflikten	Unverzüglich-zeitgerecht	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Zuständige Struktur für die Erstellung	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
UNTERBEREICHE 1. EBENE PERSONAL							
			Für jeden Inhaber von Aufträgen:				
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a), und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Ernennungsurkunde mit Angabe der Dauer des Auftrages	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 14; Abs. 1, Buchst. b), und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013	Führungskräfte in Spitzenpsitionen (in Tabellen zu veröffentlichen)	Lebenslauf, abgefasst nach dem geltenden europäischen Modell	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14; Abs. 1, Buchst. c), und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Wie auch immer bezeichnete Vergütungen in Bezug auf das Verhältnis (mit spezifischem Nachweis der eventuellen variablen oder leistungsabhängigen Komponenten)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
			Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Abteilung Kommunikation	Trimestral
	Art. 14; Abs. 1, Buchst. d), und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Auftragsabwicklung oder zur Amtsinhaberschaft in Körperschaften des privaten Rechts oder der öffentlichen Verwaltung und entsprechende Vergütungen jeglicher Art	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 1, G. Nr. 441/1982		1) Erklärung bzgl. dinglicher Rechte von Immobilien und registrierten beweglichen Sachen, Inhaberschaft von Firmen, Aktien von Gesellschaften, Gesellschaftsanteile, Ausübung von Funktionen als Verwalter oder Vorstand einer Gesellschaft, mit Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden) und bzgl des Zeitpunktes der Beauftragung]	Keine (wird ein einziges Mal innerhalb von 3 Monaten nach der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung veröffentlicht und bleibt bis zum Ausscheiden aus dem Amt/Beendigung des Auftrages oder Mandates)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 2, G. Nr. 441/1982		2) Abschrift der letzten Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Innerhalb von 3 Monaten ab der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 3, G. Nr. 441/1982		3) Erklärung der Änderung der Vermögenslage, welche im vorherigen Jahr eingetreten ist und Abschrift der Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Jährlich	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unerteilbarkeit des Auftrags (nur die Spitzenpositionen siehe Informationsschreiben vom 21.03.16)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 20, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 39/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb den 31/03 jeden Jahres oder Innerhalb von 30 Tagen nach der neuen Ernennung
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unvereinbarkeit mit der Auftragserteilung (nur die Spitzenpositionen siehe Informationsschreiben vom 21.03.16)	Jährlich (Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 39/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb den 31/03 jeden Jahres oder Innerhalb von 30 Tagen nach der neuen Ernennung
	Art. 14, Abs. 1-ter), zweiter Abschnitt, Lgs.D. Nr. 33/2013		Höhe der Bezüge, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Jährlich (innerhalb vom 30. März)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Abteilung Kommunikation	
Führungskräfte		Führungskräfte jeglicher Art, auch jene die laut Ermessen des politischen/Führungsorgans ohne öffentlichen Wettbewerb ernannt worden sind und Inhaber von Organisationspositionen mit Führungsauftrag (in Tabellen zu veröffentlichen, die folgendes unterscheiden: Führungskräfte, Führungskräfte, die laut Ermessen ernannt worden sind, Inhaber von Organisationspositionen mit Führungsauftrag)	Für jeden Inhaber von Aufträgen:				
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Ernennungsurkunde mit Angabe der Dauer des Auftrages	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. b) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebenslauf, abgefasst nach dem geltenden europäischen Modell	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. c) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Wie auch immer bezeichnete Vergütungen in Bezug auf das Verhältnis (mit spezifischem Nachweis der eventuellen variablen oder leistungsabhängigen Komponenten)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
			Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Trimestral
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. d) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Auftragsabwicklung oder zur Amtsinhaberschaft in Körperschaften des privaten Rechts oder der öffentlichen Verwaltung und entsprechende Vergütungen jeglicher Art	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 1, G. Nr. 441/1982		1) Erklärung bzgl. dinglicher Rechte an Immobilien und registrierten beweglichen Sachen, Inhaberschaft von Firmen, Aktien von Gesellschaften, Gesellschaftsanteile, Ausübung von Funktionen als Verwalter oder Vorstand einer Gesellschaft, mit Angabe "auf meiner Ehre bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht" [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden) und bzgl des Zeitpunktes der Beauftragung]	Keine (wird ein einziges Mal innerhalb von 3 Monaten nach der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung veröffentlicht und bleibt bis zum Ausscheiden aus dem Amt/Beendigung des Auftrages oder Mandates)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), und Abs. 1-bis Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 2, G. Nr. 441/1982		2) Abschrift der letzten Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Innerhalb von 3 Monaten ab der Wahl, der Ernennung oder Beauftragung	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f) und Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 3 G. Nr. 441/1982		3) Erklärung der Änderung der Vermögenslage, welche im vorherigen Jahr eingetreten ist und Abschrift der Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Jährlich	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unerteilbarkeit des Auftrags (nur die Spitzenpositionen siehe Informationsschreiben vom 21.03.16)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb den 31/03 jeden Jahres oder Innerhalb von 30 Tagen nach der neuen Ernennung
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unvereinbarkeit mit der Auftragserteilung (nur die Spitzenpositionen siehe Informationsschreiben vom 21.03.16)	Jährlich (Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 39/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb den 31/03 jeden Jahres oder Innerhalb von 30 Tagen nach der neuen Ernennung
	Art. 14, Abs. 1-ter), zweiter Abschnitt, Lgs.D. Nr. 33/2013		Höhe der Bezüge, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Jährlich (innerhalb vom 30. März)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	
	Art. 19, Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 165/2001	Verfügbare Funktionsstellen	Anzahl und Art der im Stellenplan verfügbar werdenden Funktionsstellen und entsprechende Wahlkriterien	Unverzüglich-zeitgerecht	Generaldirektion / Verwaltungsdirektion / Bezirksdirektion	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Genehmigung
	Art. 1, Abs.7 DPR Nr. 108/2004	Verzeichnis Führungskräfte	Verzeichnis Führungskräfte	Jährlich	Generaldirektion / Verwaltungsdirektion / Bezirksdirektion	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Genehmigung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 33/2013	Ausgelaufene Aufträge (Unterlagen auf der Website zu veröffentlichen)	Akt der Ernennung oder Bekanntmachung mit Angabe der Dauer der Amtszeit oder des gewählten Amtes	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebenslauf	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Wie auch immer bezeichnete Vergütungen jeglicher Art im Zusammenhang mit der Übernahme eines Amtes Spesen für Dienstreisen und Außendienst, welche mit öffentlichen Geldern finanziert werden	Keine	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die wirtschaftliche Verwaltung des Arbeitsverhältnisses	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Liquidierung/trimestral
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		Daten zur Ausübung anderer Ämter, in Körperschaften des privaten Rechts oder der öffentlichen Verwaltung und entsprechende Vergütungen jeglicher Art	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
Ausgelaufene Aufträge	Art. 14, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013		Andere evtl. Aufträge zu Lasten der öffentlichen Finanzen und Angabe der zustehenden Vergütungen	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

		veröffentlichen)					
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 2, Abs. 1, Pkt. 2, G. Nr. 441/1982		1) Abschrift der Einkommenserklärungen bzgl. der Auftragsdauer; 2) Abschrift der Einkommenserklärung nach dem Ablauf des Auftrages innerhalb eines Monats ab der Fälligkeit laut Gesetz für die Erstellung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)] (PS: es ist notwendig die Veröffentlichung der sensiblen Daten zu beschränken, mit Umsicht des Interessierten oder der Verwaltung)	Keine	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	
	Art. 14, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 4, G. Nr. 441/1982		3) Erklärung der Änderung der Vermögenslage, welche im vorherigen Jahr eingetreten ist und Abschrift der Einkommenserklärung [Für das Subjekt, den nicht getrennten Ehepartner und die Verwandten innerhalb des zweiten Grades, falls diese zustimmen (PS: die Ablehnung muss angemerkt werden)]	Keine (innerhalb von 3 Monaten ab Ablauf des Auftrages)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Zuständige Struktur für die Erstellung/Abteilung Kommunikation	
Strafen für die fehlende Mitteilung von Daten	Art. 47 Abs. 1 Lgs.D. Nr. 33/2013	Strafen für die unterlassene Mitteilung von Daten seitens der Führungskräfte	Maßnahmen für die Verhängung von verwaltungsrechtlichen Geldbußen gegen den Verantwortlichen der unterlassenen oder unvollständigen Mitteilung der Daten ex Art. 14 über die gesamte Vermögenslage des Amtsinhabers bei Amtsantritt, die Inhaberschaft von Unternehmen, die eigenen Aktienbeteiligungen sowie über alle Vergütungen, auf die durch den Amtsantritt ein Anrecht entsteht	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verwaltungsdirektion/Amt für Transparenz, Archiv und Protokoll - Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Kenntnisnahme der verhängten Strafe
Organisatorische Positionen	Art. 14, Abs. 1-qiunquies, Lgs.D. Nr. 33/2013	Organisatorische Positionen	Lebenslauf der Inhaber von organisatorischen Positionen, abgefasst nach dem geltenden europäischen Modell	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Für die Erstellung zuständige Struktur	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennung/Beauftragung
Stellenplan	Art. 16, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Jährliche Personalsituation	Jährliche Personalsituation und hierfür getragene Kosten, mit dargestellten Daten zum Stellenplan und zum effektiv dienstleistenden Personal und zu den entsprechenden Ausgaben, unter Angabe der Aufteilung auf die verschiedenen Qualifikationen und Berufsbereiche mit besonderem Bezug auf das Personal jener Ämter, die direkt mit den politischen Organen zusammenarbeiten	Jährlich (Art. 16, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Übermittlung an das zuständige Ministerium
	Art. 16, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Personalkosten - unbefristete Dienstverträge	Gesamtkosten des Personals mit unbefristetem Dienstvertrag, gegliedert nach Berufsbereichen, mit besonderem Bezug auf das Personal jener Ämter, die direkt mit den politischen Organen zusammenarbeiten	Jährlich (Art. 16, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Übermittlung an das zuständige Ministerium
Personal mit nicht unbefristetem Dienstvertrag	Art. 17, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Personal mit nicht unbefristetem Dienstvertrag (in Tabellen zu veröffentlichen)	Personal mit nicht unbefristetem Dienstverhältnis, einschließlich des Personals jener Ämter, die direkt mit den politischen Organen zusammenarbeiten	Jährlich (Art. 17, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Übermittlung an das zuständige Ministerium
	Art. 17, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Personalkosten - nicht unbefristete Dienstverträge (in Tabellen zu veröffentlichen)	Gesamtkosten des Personals mit nicht unbefristetem Dienstvertrag, mit besonderem Bezug auf das Personal jener Ämter, die direkt mit den politischen Organen zusammenarbeiten	Dreimonatlich (Art. 17, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach der Erhebung
Personalkennzahlen zu den Abwesenheiten	Art. 16, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013	Personalkennzahlen zu den Abwesenheiten (in Tabellen zu veröffentlichen)	Personalkennzahlen zu den Abwesenheiten nach Ämtern der Führungsebene	Dreimonatlich (Art. 16, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach der Erhebung
Den Bediensteten erteilte und genehmigte Aufträge (Führungskräfte und andere Bedienstete)	Art. 18, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 53, Abs. 14, Lgs.D. Nr. 165/2001	Den Bediensteten erteilte und genehmigte Aufträge (Führungskräfte und andere Bedienstete) (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der jedem Bediensteten (Führungskraft oder anderer Bediensteter) erteilten oder genehmigten Aufträge, unter Angabe des Gegenstandes, der Dauer und der für jeden Auftrag zustehenden Vergütung	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für die rechtliche Verwaltung des Personals	Zuständige Struktur für PERLA PA	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
Kollektivverhandlungen	Art. 21, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 47, Abs. 8, Lgs.D. Nr. 165/2001	Kollektivverhandlungen	Nötige Verweise für die Konsultation der nationalen Kollektivverträge und Kollektivabkommen und der eventuellen authentischen Auslegungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Link zur Webseite Autonome Provinz Bozen - Verhandlungen - https://personal.provinz.bz.it/de/kollektivvertraege-auf-landesebene		Innerhalb von 30 Tagen nach Aktualisierung
Zusatzverhandlungen	Art. 21, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Zusatzverträge	Abgeschlossene Zusatzverträge mit den von den Kontrollorganen zertifizierten technisch-finanziellen und erläuternden Berichten (Rechnungsprüfungskollegium, Aufsichtsrat, Haushaltsausschüsse oder von den Betriebsordnungen vorgesehene analoge Organe)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Link zur Webseite Autonome Provinz Bozen - Verhandlungen - https://personal.provinz.bz.it/de/kollektivvertraege-auf-landesebene		Innerhalb von 30 Tagen nach Aktualisierung
	Art. 21, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 55, Abs. 4, Lgs.D. Nr. 150/2009	Kosten der Zusatzverträge	Spezifische Informationen zu den Kosten der Zusatzverhandlungen, zertifiziert von den internen Kontrollorganen, übermittelt an das Wirtschafts- und Finanzministerium, das hierfür ein spezifisches Erfassungsmodell im Einvernehmen mit dem Rechnungshof und mit dem Ministerratspräsidium/ „Ressort Öffentlicher Dienst" erarbeitet	Jährlich (Art. 55, Abs. 4, Lgs.D. Nr. 150/2009)	Link zur Webseite Autonome Provinz Bozen - Verhandlungen - https://personal.provinz.bz.it/de/kollektivvertraege-auf-landesebene		
Unabhängiges Bewertungsorgan (OIV)	Art. 10, Abs. 8, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013	Unabhängiges Bewertungsorgan (OIV) (in Tabellen zu veröffentlichen)	Namen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
	Art. 10, Abs. 8, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Lebensläufe	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung
	Abs. 14.2, CiVIT-Beschluss Nr. 12/2013		Vergütungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Beauftragung/Liquidierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE WETTBEWERBE							
	Art. 19, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Wettbewerbe (in Tabellen zu veröffentlichen)	Wettbewerbe für die Personalaufnahme in jeglicher Eigenschaft in der öffentlichen Verwaltung, sowie die Kriterien der Bewertung der Kommission und die Themen der Prüfung und endgültige Rangliste, evtuell mit gleiten der nicht gewinnberechtigten Kandidaten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für Wettbewerbe	Abteilung für die Personalverwaltung - Amt für Wettbewerbe	Innerhalb von 30 Tagen nach Genehmigung
UNTERBEREICHE 1. EBENE PERFORMANCE							
Performance-Bewertungssystem	Abs. 1, CiVIT Nr. 104/2010	Performance-Bewertungssystem	Performance-Bewertungssystem (Art. 7, Lgs.D. Nr. 150/2009)	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Planung und Controlling - Amt für strategische und operative Planung	LINK Programma nazionale esiti - PNE und Projekt Bersaglio Institut St. Anna	Innerhalb von 60 Tagen nach der Aktualisierung
Performance-Plan	Art. 10, Abs. 8, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013	Performance-Plan/ Haushaltsvollzugsplan	Performance-Plan (Art. 10, Lgs.D. 150/2009) vom PIAO ex GD Nr. 80/2021 umgewandelt in G. Nr. 113/2021 übernommen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Planung und Controlling - Amt für strategische und operative Planung (vom PIAO übernommen)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 60 Tagen nach der Genehmigung
Performance-Bericht		Performance-Bericht	Performance-Bericht (Art. 10, Lgs.D. 150/2009)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Planung und Controlling - Amt für strategische und operative Planung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 60 Tagen nach der Genehmigung
Gesamtbetrag der Prämien	Art. 20, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Gesamtbetrag der Prämien (in Tabellen zu veröffentlichen)	Gesamtbetrag der bereitgestellten Leistungsprämien	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb einem Monat nach Unterzeichnung des Gewerkschaftsabkommens
			Betrag der effektiv verteilten Prämien	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb eines Monats der Zahlung
Daten zu den Prämien	Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Daten zu den Prämien (in Tabellen zu veröffentlichen)	Die festgelegten Kriterien der Abschätzungs- und Bewertungssysteme der Leistung für die Erteilung der Zusatzvergütung	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb einem Monat der Genehmigung
			Daten bezüglich der Verteilung von Zusatzvergütungen, in zusammengeführter Form, zur Rechenschaftsablegung über den Selektivitätsgrad bei der Verteilung von Prämien und Fördermitteln	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung für die Personalentwicklung - Amt für Karriereentwicklung, Performance und Produktivität	Abteilung Kommunikation	Innerhalb eines Monats der Zahlung
			Grad der Differenzierung der Prämiennutzung sowohl für die Führungskräfte als auch für die anderen Bediensteten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Planung und Controlling - Amt für strategische und operative Planung	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss der Bewertung
UNTERBEREICHE 1. EBENE ABHÄNGIGE KÖRPERSCHAFTEN							
	Art. 22, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013		Liste der wie auch immer bezeichneten, von der Verwaltung eingerichteten, beaufsichtigten und finanzierten öffentlichen Körperschaften bzw. für welche die Verwaltung befugt ist, die Geschäftsführer zu ernennen, unter Angabe der zugewiesenen Funktionen und der zugunsten der Verwaltung geleisteten Tätigkeiten oder des übertragenen öffentlichen Dienstes	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			Für jede der Körperschaften:				

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Beaufsichtigte öffentliche Körperschaften	Art. 22, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Beaufsichtigte öffentliche Körperschaften (in Tabellen zu veröffentlichen)	1) Firmenname	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Der Sanitätsbetrieb hat wie auch immer bezeichnete öffentliche Körperschaften weder eingerichtet, beaufsichtigt, noch finanziert und hat nicht die Befugnis die Geschäftsführer zu ernennen.		
			2) Maß der eventuellen Beteiligung der Verwaltung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			3) Dauer der Verpflichtung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			4) Gesamtbelastung (in jeder Hinsicht) des Haushaltes der Verwaltung für das laufende Jahr	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			5) Anzahl der Vertreter der Verwaltung in den Führungsorganen und jedem davon geschuldete Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			6) Jahresabschlussergebnisse der letzten drei Haushaltsjahre	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			7) Amtserteilung als Geschäftsführer der Körperschaft und entsprechende Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unterteilbarkeit des Auftrags (LINK zur Website der Körperschaft)	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 20, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 39/2013)			
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unvereinbarkeit mit der Auftragserteilung(LINK zur Website der Körperschaft)	Jährlich (Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 39/2013)			
	Art. 22, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013		Link zu den Websites der beaufsichtigten öffentlichen Körperschaften	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
Beteiligte Gesellschaften	Art. 22, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013	Beteiligte Gesellschaften (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der Gesellschaften, in denen die Verwaltung direkt - auch minderheitlich - am Kapital beteiligt ist, unter Angabe des Ausmaßes der Beteiligung, der zugewiesenen Funktionen und der zugunsten der Verwaltung durchgeführten Tätigkeiten oder des übertragenen öffentlichen Dienstes, ausgenommen die von öffentlichen Verwaltungen beteiligten, an geregelten Märkten notierten und von diesen beherrschten Gesellschaften (ex Art. 22, Abs. 6, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			Für jede der Gesellschaften:				
	Art. 22, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Firmenname	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			2) Maß der eventuellen Beteiligung der Verwaltung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			3) Dauer der Verpflichtung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			4) Gesamtbelastung (in jeder Hinsicht) des Haushaltes der Verwaltung für das laufende Jahr	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			5) Anzahl der Vertreter der Verwaltung in den Führungsorganen und jedem davon geschuldete Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			6) Jahresabschlussergebnisse der letzten drei Haushaltsjahre	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			7) Amtserteilung als Geschäftsführer der Gesellschaften und entsprechende Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unterteilbarkeit des Auftrags (LINK zur Website der Gesellschaft)	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 20, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 39/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion/Abteilung Kommunikation	LINK zur Website der Gesellschaft
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unvereinbarkeit mit der Auftragserteilung (LINK zur Website der Gesellschaft)	Jährlich (Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 39/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion/Abteilung Kommunikation	LINK zur Website der Gesellschaft
	Art. 22, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013		Link zu den Websites der beaufsichtigten öffentlichen Gesellschaften	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	LINK zur Website der Gesellschaft
	Art. 22, Abs. 1, Buchst. d-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013	Maßnahmen	Maßnahmen zur Gründung der beteiligten Gesellschaft, Ankauf von Anteilen von bereits gegründeten Gesellschaften, Verwaltung der öffentlichen Anteile, Verkauf der Gesellschaftsanteile, Quotierung der beteiligten Gesellschaften in Aktienmärkte und periodische Rationalisierung der öffentlichen Beteiligungen laut Lgs.D. ex Art. 18 des G. 7. August 2015, Nr. 124 (Art. 20 Lgs.D. 175/2016)	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	
	Art. 19, Abs. 7, Lgs.D. Nr. 175/20163		Maßnahmen mit denen die beteiligten öffentlichen Verwaltungen spezifische Jahres- und Mehrjahresziele, die gesamten Betriebsspesen, inklusive der Personalkosten, der kontrollierten Gesellschaften festlegen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	
			Maßnahmen mit denen die beteiligten öffentlichen Verwaltungen die konkrte Umsetzung der spezifischen Jahres- und Mehrjahresziele aufgrund der gesamten Betriebsspesen garantieren	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	
Abhängige Körperschaften des privaten Rechts	Art. 22, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013	Abhängige Körperschaften des privaten Rechts (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der wie auch immer bezeichneten, von der Verwaltung abhängigen Körperschaften des privaten Rechts, unter Angabe der zugewiesenen Funktionen und der zugunsten der Verwaltung durchgeführten Tätigkeiten oder des übertragenen öffentlichen Dienstes	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Der Sanitätsbetrieb kontrolliert keine wie auch immer bezeichnete abhängige Körperschaften des privaten Rechts.		
			Für jede der Körperschaften:				
	Art. 22, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Firmenname	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			2) Maß der eventuellen Beteiligung der Verwaltung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			3) Dauer der Verpflichtung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			4) Gesamtbelastung (in jeder Hinsicht) des Haushaltes der Verwaltung für das laufende Jahr	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			5) Anzahl der Vertreter der Verwaltung in den Führungsorganen und jedem davon geschuldete Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			6) Jahresabschlussergebnisse der letzten drei Haushaltsjahre	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
			7) Amtserteilung als Geschäftsführer der Körperschaft und entsprechende Amtsvergütung	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unterteilbarkeit des Auftrags (LINK zur Website der Körperschaft)	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 20, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 39/2013)			
	Art. 20, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 39/2013		Erklärung des Nichtbestehens von Gründen der Unvereinbarkeit mit der Auftragserteilung (LINK zur Website der Körperschaft)	Jährlich (Art. 20, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 39/2013)			
	Art. 22, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013		Link zu den Websites der abhängigen Körperschaften des privaten Rechts	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
Grafische Darstellung	Art. 22, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013	Grafische Darstellung	Eine oder mehrere grafische Darstellungen, welche die Beziehungen zwischen der Verwaltung und den beaufsichtigten öffentlichen Körperschaften, den beteiligten Gesellschaften, den abhängigen Körperschaften des privaten Rechts aufzeigt/aufzeigen	Jährlich (Art. 22, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE VERWALTUNGSTÄTIGKEITEN UND VERFAHREN							

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

			Für jede Verfahrensart:				
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Kurzbeschreibung des Verfahrens unter Angabe aller dienlichen Rechtsvorschriften	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		2) Für das Verfahren verantwortliche Organisationseinheiten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		3) Das Amt des Verfahrens, zusammen mit den Telefonnummern und der betrieblichen E-Mail-Adresse	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		4) Falls anders, das für die Ergreifung der Schlussverfügung zuständige Amt unter Angabe des Namens des Verantwortlichen des Amtes zusammen mit den Telefonnummern und der betrieblichen E-Mail-Adresse	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013		5) Modalitäten für die Einholung von Informationen durch die Betroffenen zu den sie betreffenden, laufenden Verfahren	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013		6) Im Zuge der Verfahrensregelung festgelegter Termin für den Verfahrensabschluss mit ausgesprochener Verfügung und jeder weitere relevante Verfahrenstermin	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. g), Lgs.D. Nr. 33/2013		7) Arten von Verfahren, für welche die Maßnahme der Verwaltung durch eine Erklärung des Betroffenen ersetzt werden kann, oder das Verfahren mit stillschweigender Zustimmung der Verwaltung abgeschlossen werden kann	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
Verfahrensarten	Art. 35, Abs. 1, Buchst. h), Lgs.D. Nr. 33/2013	Verfahrensarten (in Tabellen zu veröffentlichen)	8) Vom Gesetz im Laufe des Verfahrens zugunsten des Betroffenen anerkannte Mittel des Verwaltungsschutzes und des gerichtlichen Schutzes gegen die Schlussverfügung oder in den Fällen des Verfahrensabschlusses nach dem festgelegten Abschlusstermin und entsprechende Aktivierungsmodalitäten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. i), Lgs.D. Nr. 33/2013		9) Link zum Online-Dienst, falls dieser bereits online gestellt ist, oder für die Aktivierung vorgesehene Zeiten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. l), Lgs.D. Nr. 33/2013		10) Zahlungsmodalitäten für die Durchführung von eventuell nötigen Zahlungen, mit der IBAN-Nummer des Einzahlungskontos, über welche die einzahlenden Subjekte die Zahlungen per Bank- oder Postüberweisung tätigen können, oder die Daten des Postkontos, auf welches die Subjekte mittels Posterlagscheins einzahlen können, sowie die bei der Einzahlung zur Identifizierung der Zahlung verpflichtend anzugebenden Informationen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. m), Lgs.D. Nr. 33/2013		11) Name des Subjektes, dem im Untätigkeitsfall die Ersatzbefugnis erteilt ist, und Modalitäten des Inkrafttretens dieser Befugnis, unter Angabe der Telefonnummern und der betrieblichen E-Mail-Adresse	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
			Für die Verfahren auf Antrag einer Partei:				
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Dem Antrag beizulegende Akte und Dokumente und nötige Formulare einschließlich der Vorlagen für die eigenverantwortlichen Erklärungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 35, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		2) Ämter, bei denen Informationen eingeholt werden können, Öffnungszeiten und Zugangsmöglichkeiten, unter Angabe der Adressen, Telefonnummern und betrieblichen E-Mail-Adressen, bei denen die Anträge einzureichen sind	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
Ersatzerklärungen und Datenerfassung von Amts wegen	Art. 35, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013	Kontaktdaten des zuständigen Amtes	Telefonnummern und betriebliche E-Mail-Adresse des Amtes, das für den Datenaustausch und den Datenzugriff durch die Verwaltungseinheiten zuständig ist, welche die Datenerfassung von Amts wegen und die Kontrollen der Ersatzerklärungen vornehmen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE MAßNAHMEN							
Maßnahmen der politischen Organe (Beschlüsse des Generaldirektors)	Art. 23, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013/Art. 1, Abs. 16 G. Nr. 190/2012	Maßnahmen der politischen Organe (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der Maßnahmen mit besonderem Bezug auf die Schlussverfügungen der Verfahren der: Wahl des Vertragsnehmers für die Vergabe von Bau-, Dienstleistungs- oder Lieferaufträgen (Link Untersektion Ausschreibungen und Verträge), auch mit Bezug auf die festgelegte Wahlmodalität; von der Verwaltung mit Privatsubjekten oder mit anderen öffentlichen Verwaltungen abgeschlossenen Abkommen	Halbjährlich (Art. 23, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	automatische Prozedur der Veröffentlichung	
Maßnahmen der Führungskräfte (Beschlüsse de Gesundheitsbezirke)	Art. 23, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013/Art. 1, Abs. 16 G. Nr. 190/2012	Maßnahmen der Führungskräfte (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der Maßnahmen mit besonderem Bezug auf die Schlussverfügungen der Verfahren der: Wahl des Vertragsnehmers für die Vergabe von Bau-, Dienstleistungs- oder Lieferaufträgen (Link Untersektion Ausschreibungen und Verträge), auch mit Bezug auf die festgelegte Wahlmodalität; von der Verwaltung mit Privatsubjekten oder mit anderen öffentlichen Verwaltungen abgeschlossenen Abkommen	Halbjährlich (Art. 23, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	automatische Prozedur der Veröffentlichung	
UNTERBEREICHE 1. EBENE KONTROLLEN AN UNTERNEHMEN							
				Daten unterliegen nicht mehr der Veröffentlichungspflicht ex Lgs.D. Nr. 97/2016			
UNTERBEREICHE 1. EBENE AUSSCHREIBUNGEN UND VERTRÄGE							
	Art. 30, Lgs.D. Nr. 36/2023 Einsatz automatisierter Verfahren im Lebenszyklus von öffentlichen Verträgen und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023	für alle Verfahren	Liste der technologischen Lösungen, die von den Vergabestellen und den Bewilligungsstellen für die Automatisierung ihrer Tätigkeiten eingesetzt werden	Una tantum mit rechtzeitiger Aktualisierung bei Änderungen	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge,	Innerhalb von 30 Tagen nach der Aktualisierung
	Art. 169, Lgs.D. Nr. 36/2023 Geregelte Ausschreibungsverfahren Spezialsektoren und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit	für alle Verfahren	Für öffentliche Organisationen und Inhaber von besonderen Exklusivrechten geltende Verpflichtung Akte, die möglicherweise erlassen wurden und in denen die Verhaltensweisen aufgeführt sind, die eine schwere berufliche Verfehlung im Sinne von Artikel 95 Absatz 1 Buchstabe e und Artikel 98 darstellen (Gründe für den Ausschluss vom Vergabeverfahren bei schwerer beruflicher Verfehlung).	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	
	Art. 40, Absätze 3 und 5, Lgs.D. Nr. 36/2023 Öffentliche Debatte (so zu verstehen, dass sie sich auf die optionale Debatte bezieht) Anhang I.6 Lgs.D. Nr. 36/2023 Obligatorische öffentliche Debatte. ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023	Veröffentlichung	1) Bericht über das Projekt (Art. 40, Abs. 3 des Codes und Art. 5, Abs. 1, Buchst. a) und b) des Anhangs) 2) Abschlussbericht, erstellt von der für die Debatte verantwortlichen Person (mit den in Art. 40 Abs. 5 des Codes und Art. 7 Abs. 1 des Anhangs festgelegten Inhalten) 3) Abschlussdokument, erstellt von der Vergabestelle auf der Grundlage des Abschlussberichts des Verantwortlichen (nur für die obligatorische öffentliche Debatte) gemäß Art. 7, Abs. 2 des Anhangs Für die obligatorische öffentliche Debatte ist die Veröffentlichung der in Nr. 2 und 3 genannten Dokumente sowohl für die Vergabestelle als auch für die von der Intervention betroffenen lokalen Behörden vorgesehen	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Beschlüsse zum Vertragsabschluss oder gleichwertige Akten und unter http://www.sabes.it, Amtstafel d.h. auf dem SICP-Portal - http://www.bandi-altoadige.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	Innerhalb von 30 Tagen nach der Erstellung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 10 Abs.5; Art. 14 Abs.3; Art. 17 Abs.2; Art. 24; Art. 30 Abs.2; Art. 31 Absätze 1 und 2; Lsg.D. 201/2022 Neuordnung der Regulierung lokaler öffentlicher Dienstleistungen von wirtschaftlicher Bedeutung ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit	Vergabe	Verfahren zur Vergabe lokaler öffentlicher Dienste 1) Beschluss zur Einrichtung des lokalen öffentlichen Dienstes (Art. 10, Abs. 5); 2) Bericht mit der Bewertung zur Wahl der Art der Verwaltung (Art. 14, Abs. 3); 3) Beschluss über die Vergabe des Dienstes an ein In House Unternehmen (Art. 17 Abs. 2) für die Vergabe von lokalen öffentlichen Diensten über der EU-Schwelle, einschließlich der Sektoren des öffentlichen Verkehrs und der Strom- und Erdgasverteilung; 4) von den Vertragsparteien unterzeichneter Dienstleistungsvertrag, in dem die gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen und die wirtschaftlichen Bedingungen der Beziehung festgelegt sind Beziehung (Art. 24 und 31 Abs. 2); 5) regelmäßiger Bericht, der eine periodische Kontrolle der Verwaltung enthält (Art. 30, Abs. 2)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	
Informationen zu den einzelnen Verfahren in Tabellenformat	Art. 1, Abs. 32, G. Nr. 190/2012 Art. 37, Abs. 1, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 33/2013; Art. 4 ANAC-Beschluss Nr. 39/2016	Daten gemäß Artikel 1 Absatz 32 des Gesetzes Nr. 190 vom 6. November 2012. Informationen zu den einzelnen Verfahren (zu veröffentlichen gemäß den "Technischen Angaben für die Veröffentlichung von Daten gemäß Artikel 1, Absatz 32 des Gesetzes Nr. 190/2012", laut Anac-Beschluss Nr. 39/2016)	Ausschreibungscode (CIG)/SmartCIG, Vergabestelle, Gegenstand der Ausschreibung, Verfahren zur Auswahl des Auftragnehmers, Liste der zur Angebotsabgabe aufgeforderten Wirtschaftsteilnehmer/Anzahl der Bieter, die am Verfahren teilgenommen haben, Zuschlagsempfänger, Zuschlagsbetrag, Frist für die Erbringung der Arbeitsleistung oder Lieferung, Höhe der gezahlten Beträge	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Informationen zu den einzelnen Verfahren in Tabellenformat, Zuschläge und Vergaben - laufende Veröffentlichung wo die zuständige Struktur veröffentlicht	Innerhalb von 30 Tagen nach dem Abschluss
	Art. 1, Abs. 32, G. Nr. 190/2012 Art. 37, Abs. 1, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 33/2013; Art. 4 ANAC-Beschluss Nr. 39/2016		Zusammenfassende Tabellen, die in einem offenen digitalen Standardformat frei heruntergeladen werden können, mit Vertragsinformationen für das vorangegangene Jahr (insbesondere: Erkennungscode der Ausschreibung (CIG)/smartCIG, Angebotsstruktur, Gegenstand der Ausschreibung, Verfahren zur Auswahl des Auftragnehmers, Liste der zur Angebotsabgabe aufgeforderten Wirtschaftsteilnehmer/Anzahl der Bieter, die am Verfahren teilgenommen haben, Zuschlagsempfänger, Zuschlagsbetrag, Zeitpunkt der Fertigstellung der Arbeitsleistung oder Lieferung, Höhe der gezahlten Beträge)	Jährlich (Art. 1, Abs. 32, G. Nr. 190/2012)	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Informationen über öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge wo die zuständige Struktur veröffentlicht	Innerhalb von 30 Tagen nach der Fälligkeit vom 31 Jänner
	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013; Artt. 21, Abs. 7, und 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, Art. 5, Abs. 8 und 10 und Art. 7, Abs. 4 und 10 Anhang I.5 Lgs.D. 36/2023 und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit	Dokumente im Zusammenhang mit der Planung von Arbeiten, Bauwerken, Dienstleistungen und Lieferungen	Zweijahresprogramm (Dreijahresprogramm ab 2024) der Ankäufe von Gütern und Dienstleistungen, Dreijahresprogramm der öffentlichen Arbeiten und dessen jährliche Aktualisierung Mitteilung über die Nichterstellung des Dreijahresprogramms für öffentliche Bauarbeiten aufgrund fehlender Bauarbeiten und Mitteilung über die Nichterstellung des Zweijahresprogramms für die Ankäufe von Waren und Dienstleistungen aufgrund fehlender Einkäufe (Ministerialdekret MIT 14/2018, Art. 5, Abs. 8 und Art. 7, Abs. 4) Änderungen des Dreijahresprogramms der öffentlichen Arbeiten und des Zweijahresprogramms für die Ankäufe von Waren und Dienstleistungen (Ministerialdekret MIT 14/2018, Art. 5, Abs. 10 und Art. 7, Abs. 10)	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Programmierung der öffentlichen Bauaufträge, Lieferungen und Dienstleistungen, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert https://www.bandi-altoadige.it/demand/program	Veröffentlichung seitens Portal AOV
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016; DPCM Nr. 76/2018		**Transparenz bei der Beteiligung von Interessenvertretern und der öffentlichen Debatte** Durchführbarkeitsprojekte für große Infrastrukturen und architektonische Bauwerke von gesellschaftlicher Bedeutung mit Auswirkungen auf die Umwelt, die Städte und die Raumplanung sowie die Ergebnisse der öffentlichen Anhörung, einschließlich der Berichte über Sitzungen und Debatten mit den Beteiligten. Die Beiträge und Berichte werden zusammen mit den von der Verwaltung erstellten Dokumenten, die sich auf dieselben Arbeiten beziehen, mit gleichem Stellenwert veröffentlicht (Art. 22, Abs. 1) Informationen gemäß Dekret des Präsidenten des Ministerrates Nr. 76/2018 *„Verordnung bezüglich Ausübung, Arten und Mindestgrößen von Bauvorhaben, welche einer öffentlichen Debatte unterzogen werden müssen"*	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Bekanntmachung der Vorinformation ORDENTLICHE SEKTOREN** Bekanntmachung der Vorinformation für die ordentlichen Sektoren gemäß Art. 70, Abs. 1, Lgs.D. 50/2016 **SONDERSEKTOREN --> KEINE ZUSTÄNDIGKEIT** **Regelmäßige nichtverbindliche Bekanntmachung für die speziellen Sektoren gemäß Art. 127, Abs. 2, Lgs.D. 50/2016**	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert, durch die Programmierung	Ausarbeitung und Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016 Art. 82 Lgs.D. 36/2023 Ausschreibungsunterlagen und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit		**Beschluss zum Vertragsabschluss** **Beschluss oder gleichwertiger Akt** Ausschreibungsunterlagen. Diese beinhalten mindestens: Entscheidung zum Vertragsabschluss Bekanntmachung/ Ausschreibungsbekanntmachung/Aufforderungsschreiben Teilnahmebedingungen Besondere Vertragsbedingungen Vorgeschlagene Vertragsbedingungen	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Beschlüsse zum Vertragsabschluss oder gleichwertige Akten und unter http://www.sabes.it, Amtstafel und auf dem SICP-Portal - http://www.bandi-altoadige.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	Innerhalb von 30 Tagen nach Genehmigung
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016 Art. 134, Abs. 4 Lgs.D. 36/2023 Freie Verträge und besondere Formen der Partnerschaft und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023		**Ankündigungen und Ausschreibungen** **ORDENTLICHE SEKTOREN - UNTER DER SCHWELLE** Bekanntmachung von Marktforschungen (Art. 36, Abs. 7 und ANAC-Richtlinien Nr. 4) Vergabebekanntmachungen (Art. 36, Abs. 9) Beschluss zum Vertragsabschluss ex Art. 32, Abs. 2, mit Bezug auf den Fall ex Art. 36, Abs. 2, Buchstaben a) und b) **ORDENTLICHE SEKTOREN - ÜBER DER SCHWELLE** **Bekanntmachung der Vorinformationen für Ausschreibungen für nichtoffene und wettbewerbliche Verfahren mit Verhandlung (dezentrale Verwaltungen) Art. 70, Abs. 2 und 3)** Vergabebekanntmachungen (Art. 73, Abs. 1 und 4) Auftragsbekanntmachung oder Vorinformationen für Dienstleistungsaufträge gemäß dem Anhang IX (Art. 142, Abs. 1) Bekanntmachung für Planungswettbewerb (Art. 153) Bekanntmachung für Ideenwettbewerb (Art. 156) Konsessionsbekanntmachung (Art. 171) **SPEZIELLE SEKTOREN KEINE ZUSTÄNDIGKEIT** Vergabebekanntmachungen (Art. 127, Abs. 1) Für nichtoffene Verfahren und Verhandlungsverfahren - regelmäßige nichtverbindliche Bekanntmachung (Art. 127, Abs. 3) Auftragsbekanntmachungen und Aufrufe (Art. 129, Abs. 1) Für soziale und andere besondere Dienstleistungen - Ausschreibungsbekanntmachung, regelmäßige nichtverbindliche Bekanntmachung, Bekanntmachung über das Bestehen eines Prüfungssystems (Art. 140, Abs. 1) Für die Planungs- und Ideenwettbewerbe (Art. 141, Abs. 3) **SPONSORISIERUNGEN** **Bekanntmachung über die Suche nach Sponsoren oder**	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert d.h. http://www.bandi-altoadige.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren Veröffentlichung von Vergabebekanntmachungen auf EU-Ebene, sofern vorgesehen	Ausarbeitung und Veröffentlichung mittels Portal AOV

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	ANHANG I.5 Lgs. D. 36/2023 Elemente für die Planung von Bau- und Dienstleistungen. Musterschemen (Art. 4, Abs.		Bekanntmachung zur Einholung von Interessensbekundungen von Wirtschaftsteilnehmern in Bezug auf Arbeiten zur möglichen Fertigstellung unvollendeter Bauwerke sowie deren Verwaltung Hinweis: Wird die Bekanntmachung in der entsprechenden Rubrik des Webportals des Ministeriums für Infrastruktur und Verkehr veröffentlicht, wird die Veröffentlichung in Transparenter Verwaltung durch einen Link zum MIT-Portal sichergestellt	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter https://home.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-di-gare-e-contratti.asp, unter http://www.bandi-altoadige.it/	Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	Art. 168, Lgs.D. 36/2023 Ausschreibungsverfahren mit Qualifikationssystemen und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023		Bekanntmachung zur Erstellung einer Liste der Wirtschaftsteilnehmer und Veröffentlichung dieser Liste (Art. 36, Abs. 7 und Richtlinien ANAC); Bekanntmachung über das Bestehen eines Qualifikationssystems (Art. 128, Abs. 1); Bekanntmachung über das Bestehen eines Qualifikationssystems (Art. 140, Abs. 1) Akte, in denen die Regeln, die objektiven Kriterien für das Funktionieren des Qualifizierungssystems, seine eventuelle regelmäßige Aktualisierung und seine Dauer sowie die subjektiven Kriterien (Anforderungen in Bezug auf die wirtschaftlichen, finanziellen, technischen und beruflichen Fähigkeiten) für die Eintragung in das System festgelegt sind. Das Qualifikationssystem mit zugehöriger Liste der Wirtschaftsteilnehmer wird von der AOV verwaltet.	Unverzüglich-zeitgerecht	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
¤	Art. 48, Abs. 3, G.D. 77/2021		**Verhandlungsverfahren im Zusammenhang mit öffentlichen Investitionen, die ganz oder teilweise mit Mitteln aus dem PNRR (Nationaler Aufbau- und Resilienzplan) und dem PNC (Nationaler Ergänzungsplan) sowie aus den von den EU-Strukturfonds kofinanzierten Programmen finanziert werden** Nachweis der Einleitung von Verhandlungsverfahren (Art. 63 und Art. 125), wenn die V.S. darauf zurückgreifen, wenn aus Gründen äußerster Dringlichkeit, die sich aus unvorhersehbaren, nicht von der Vergabestelle zu verantwortenden Umständen ergeben, die Anwendung der in den ordentlichen Verfahren vorgesehenen, wenn auch verkürzten, Fristen die Erreichung der Ziele oder die Einhaltung der im PNRR (Nationaler Aufbau- und Resilienzplan) sowie im PNC (Nationaler Ergänzungsplan) und in den von den EU-Strukturfonds kofinanzierten Programmen festgelegten Durchführungsfristen gefährden könnte	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Beschlüsse zum Vertragsabschluss oder gleichwertige Akten und unter http://www.sabes.it, Amtstafel. Umsetzung im Jahr 2023: die Abteilungen auf dem SICP-Portal - http://www.bandi-altoadige.it/ wo sie die zuständige Abteilung durch "Besondere Vergabebekanntmachungen" oder "Vergabebekanntmachungen" pubbliziert	Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016 Art. 28, Lgs.D. 36/2023 Transparenz bei öffentlichen Verträgen und ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023		**Berwertungskommission** Zusammensetzung der Bewertungskommission, Curricula/Lebensläufe ihrer Mitglieder	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter: http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Zusammensetzung der Bewertungskommissionen und Curricula Umsetzung im Jahr 2024: auf dem SICP-Portal - http://www.bandi-altoadige.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennungsbeschluss
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Benachrichtigung über das Ergebnis des Verfahrens** **ORDENTLICHE SEKTOREN - UNTER DER SCHWELLE** Bekanntmachung der Ergebnisse des Vergabeverfahrens mit Angabe der Eingeladenen (Artikel 36, Abs. 2, Buchst. b), c), c-bis). Für die in Art. 36, Abs. 2, Buchst. b) genannten Fälle, mit Ausnahme der Fälle, in denen die Direktvergabe im Wege einer Vergabeentscheidung gemäß ex Art. 32, Abs. 2 erfolgt Fakultative Veröffentlichung der Bekanntmachung der Zuschlagserteilung gemäß Artikel 36, Abs. 2, Buchstabe a), außer in den Fällen, in denen ein Direktzuschlag gemäß Artikel 32, Abs. 2 erteilt wird **ORDENTLICHE SEKTOREN - ÜBER DER SCHWELLE** **Bekanntmachung der Auftragsvergabe (Art. 98)** Bekanntmachung über die Vergabe von Dienstleistungsaufträgen gemäß Anhang IX, gegebenenfalls zusammengefasst auf trimestraler Basis (Art. 142, Abs. 3) Bekanntgabe der Ergebnisse des Planungswettbewerbs (Art. 153, Abs. 2) **SPEZIELLE SEKTOREN - KEINE ZUSTÄNDIGKEIT** **Bekanntmachung über vergebene Aufträge (Art. 129, Abs. 2 und Art. 130)** Bekanntmachung über die Vergabe von Aufträgen für soziale und andere spezifische Dienstleistungen, die möglicherweise trimestral zusammengefasst werden (Art. 140, Abs. 3) Bekanntgabe der Ergebnisse des Planungswettbewerbs (Art. 141, Abs. 2) - KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung pubbliziert, und unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Informationen zu den einzelnen Verfahren in Tabellenformat	Ausarbeitung und Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	G.D. 76, Art. 1, Abs. 2, Buchst. a) (vorübergehend anwendbar)		**Bekanntmachung über die Ergebnisse des Direktvergabeverfahrens (wenn der Beschluss zum Vertragsabschluss oder ein gleichwertiger Rechtsakt bis zum 30.6.2023 angenommen wird)** Bei der Direktvergabe von Bauleistungen unter 150.000 € und von Dienstleistungen und Lieferungen, einschließlich Ingenieur- und Architektenleistungen und Planungstätigkeiten, unter 139.000 €: Veröffentlichung der Bekanntmachung der Ergebnisse des Vergabeverfahrens mit Angabe der eingeladenen Personen (nicht obligatorisch für Aufträge unter 40.000 €)	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung pubbliziert, und unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Informationen zu den einzelnen Verfahren in Tabellenformat	Ausarbeitung und Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	G.D. 76, Art. 1, Abs. 1, Buchst. b) (vorübergehend anwendbar)		**Bekanntmachung der Einleitung des Verfahrens und Bekanntmachung der Ergebnisse der Vergabe von Verhandlungsverfahren ohne vorherige Veröffentlichung einer Ausschreibungsbekanntmachung (wenn der Beschluss über die Auftragsvergabe oder ein gleichwertiger Rechtsakt bis zum 30.6.2023 angenommen wird)** Für die Vergabe von Dienstleistungs- und Lieferaufträgen, einschließlich Ingenieur- und Architektenleistungen sowie Planungsleistungen, im Wert von mindestens 139.000 € und bis zu den Gemeinschaftsschwellenwerten und von Bauaufträgen im Wert von mindestens 150.000 € und weniger als 1 Mio. €: Veröffentlichung einer Bekanntmachung über den Beginn des Verhandlungsverfahrens und einer Bekanntmachung über die Ergebnisse des Vergabeverfahrens mit Angabe der eingeladenen Parteien	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung pubbliziert Die Abteilungen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Beschlüsse zum Vertragsabschluss oder gleichwertige Akten und unter http://www.sabes.it, Amtstafel	Ausarbeitung und Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Protokolle der Ausschreibungskommissionen** Im Laufe des Jahres 2023 Umstellung von der Veröffentlichung des Protokollverzeichnisses auf die Veröffentlichung des Protokolls der Ausschreibungsbehörde. Umsetzung der Veröffentlichung des Protokolls der Bewertungskommission ab 2024	Nach der Veröffentlichung der Bekanntmachungen über die Ergebnisse der Verfahren Einführung im Jahr 2023 und 2024	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/ausschreibungen-und-vertraege.asp, unter https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	Zeitgerecht nach der Mitteilung Zuschlagserteilung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

¤	Art. 47, Abs. 2, und 9 Lgs.D. 77/2021, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz 108/2021 D.P.C.M. 20 Juni 2023 mit Leitlinien zur Förderung der Chancengleichheit der Generationen und Geschlechter sowie der beruflichen Inklusion von Menschen mit Behinderungen in vorbehaltenen Verträgen (Art. 1, Abs. 8, Anhang II.3, Lgs.D. 36/2023) ANAC Beschluss 264/2023, geändert mit 601/2023		**Chancengleichheit und berufliche Eingliederung bei öffentlichen Aufträgen, in den PNRR (Nationaler Aufbau- und Resilienzplan) und in den PNC (Nationaler Ergänzungsplan) Nur bei Ausschreibungsverfahren, die mit PNRR- oder PNC-Mitteln finanziert werden** Kopie des letzten Berichts über die Situation der männlichen und weiblichen Arbeitnehmer, der zum Zeitpunkt der Einreichung des Teilnahmeantrags oder des Angebots von den Wirtschaftsteilnehmern erstellt wurde, die gemäß Art. 46 des Lgs.D. Nr. 198/2006 verpflichtet sind, diesen Bericht zu erstellen (Wirtschaftsteilnehmer mit mehr als 50 Arbeitnehmern) (Art. 47, Abs. 2, Gesetzesdekret 77/2021)	Nach der Veröffentlichung der Bekanntmachungen über die Ergebnisse der Verfahren Einführung im Jahr 2023	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/	Zeitgerecht nach der Mitteilung Zuschlagserteilung
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Verträge** Nur für Ausschreibungen oberhalb der Schwellenwerte und für solche, die mit Mitteln des PNRR und der Strukturfonds finanziert werden, den Vertragstext und nachfolgende Vereinbarungen zur Änderung und/oder Auslegung desselben (vorbehaltlich der Anforderungen an die Vertraulichkeit gemäß Art. 53 bzw. der geheimen Dokumente gemäß Art. 162 und unter Einhaltung der Grenzen, die im Allgemeinen durch das Lgs.D. Nr. 196/2003 und ff. in Bezug auf persönliche Daten vorgesehen sind).	Unverzüglich-zeitgerecht Einführung im Jahr 2023	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene des einzelnen Verfahrens	Innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss
¤	G.D. 76/2020, Art. 6 Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. 50/2016 Art. 215 und ff. und Anhang V.2, Lgs.D. 36/2023		**Technische Beratungsgremien** Zusammensetzung des Gremiums, Curricula/lebensläufe und Vergütung der Mitglieder.	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Technik und Vermögen	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene des einzelnen Verfahrens	Innerhalb von 30 Tagen nach Ernennungsbeschluss
¤	3bis, 9, G.D. 77/2021 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. 50/2016 D.P.C.M 20. Juni 2023 sowie die berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen in vorbehaltene Verträge (Art. 1, Abs. 8, Anhang II.3, Lgs.D. 36/2023)		**Chancengleichheit und berufliche Eingliederung bei öffentlichen Aufträgen, in den PNRR (Nationaler Aufbau- und Resilienzplan) und in den PNC (Nationaler Ergänzungsplan) nur bei Ausschreibungsverfahren, die aus Mitteln des PNRR oder des PNC finanziert werden** Geschlechtsspezifischer Bericht über die Situation des männlichen und weiblichen Personals, der innerhalb von sechs Monaten nach Vertragsabschluss von den Wirtschaftsteilnehmern, die fünfzehn oder mehr Arbeitnehmer beschäftigen, an die V.S. übermittelt wird (Art. 47, Abs. 3, G.D. 77/2021)	Unverzüglich-zeitgerecht Einführung im Jahr 2023	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene des einzelnen Verfahrens	Innerhalb von 30 Tagen nach Konformitätsprüfung/ordnungsgemäße Durchführung
¤	3-bis und Abs. 9, G.D. 77/2021 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. 50/2016 D.P.C.M 20. Juni 2023 sowie die berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen in vorbehaltene Verträge (Art. 1, Abs. 8, Anhang II.3, Lgs.D.	Akte betreffend Verfahren zur Vergabe von öffentlichen Dienstleistungs-, Lieferungs- Arbeits- und Bauaufträgen, von Planungswettbewerben, Ideenwettbewerben und Konzessionen einschließlich jener zwischen Körperschaften des öffentlichen Bereichs gemäß Art. 5 des Lgs.D. Nr. 50/2016 Die Daten müssen sich auf die einzelnen Vertragsverfahren beziehen, um eine sequentielle Darstellung jedes einzelnen Verfahrens von den ersten Handlungen bis zur Ausführungsphase zu ermöglichen	**Chancengleichheit und berufliche Eingliederung bei öffentlichen Aufträgen, in den PNRR (Nationaler Aufbau- und Resilienzplan) und in den PNC (Nationaler Ergänzungsplan) nur bei Ausschreibungsverfahren, die aus Mitteln des PNRR oder des PNC finanziert werden** Veröffentlichung der Bescheinigung gemäß Artikel 17 des Gesetzes Nr. 68 vom 12. März 1999 und des Berichts über die Erfüllung der in diesem Gesetz genannten Verpflichtungen sowie etwaiger Sanktionen und Maßnahmen, die gegen den Wirtschaftsteilnehmer in den drei Jahren vor Ablauf der Frist für die Einreichung der Angebote verhängt wurden und die der V.S. innerhalb von sechs Monaten nach Vertragsabschluss zugestellt werden (für Wirtschaftsteilnehmer mit fünfzehn oder mehr Beschäftigten)	Unverzüglich-zeitgerecht Einführung im Jahr 2023	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene des einzelnen Verfahrens	Innerhalb von 30 Tagen nach Konformitätsprüfung/ordnungsgemäße Durchführung
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Durchführungsphase** Unbeschadet der Erfordernisse der Vertraulichkeit gemäß Art. 53 bzw. der Geheimhaltung von Dokumenten gemäß Art. 162 des Lgs.D. Nr. 50/2016 die Genehmigungs- und Zulassungsmaßnahmen in Bezug auf: - subjektive Änderungen - Abweichungen-Varianten - Verlängerungen - Erneurungen - **Pflichtfünftel** **- Unteraufträge (wenn keine Genehmigungsmaßnahme vorliegt, Veröffentlichung des Namens des Unteraufragnehmers, des Betrags und des Gegenstands des Unterauftrags).** **Bescheinigung über die Abnahme oder ordnungsgemäße Ausführung** **Bescheinigung über die Überprüfung der Konformität** **Gütliche Streitbellegungen und Vergleiche** **Ernennungsakte von:** **Bauleiter/Ausführungsleiter/Inspektionskommissionsmitglieder für Abnahmen**	Unverzüglich-zeitgerecht Anzuwenden im Jahr 2023 für Ausschreibungen oberhalb des EU-Schwellenwerts. Ab dem 1.1.2024 Umsetzung für Verfahren über 140.000, ausgeschlossen Direktvergaben laut Rundschreiben AOV Nr. 2/2024	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene des einzelnen Verfahrens oder unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Beschlüsse zum Vertragsabschluss oder gleichwertige Akten und unter http://www.sabes.it, Amtstafel	Innerhalb von 30 Tagen nach Genehmigung
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016		**Berichte über die finanzielle Abwicklung der Verträge am Ende ihrer Ausführung** Berichte über die finanzielle Abwicklung der Verträge am Ende ihrer Ausführung. Der Bericht muss für jeden einzelnen Vertrag mindestens folgende Angaben enthalten: Datum des Beginns und des Endes der Ausführung, Vertragssumme, gezahlter Gesamtbetrag, Gesamtbetrag der Abweichung, falls eine solche auftrat (positive oder negative Abweichung).	Jährlich (bis 31. Januar) unter Bezugnahme auf die Aufträge des Vorjahres Mit Ausnahme des Abweichungsbetrags, da eine Softwareänderung erforderlich ist	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen - unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, Informationen zu den einzelnen Verfahren in Tabellenformat, Informationen über öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge wo die zuständige Struktur veröffentlicht	Innerhalb von 30 Tagen nach der Fälligkeit vom 31 Jänner

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016 Art. 193, Lgs. D. 36/2023	Konzessionen und öffentlich-private Partnerschaften	Alle in diesem Anhang aufgeführten Veröffentlichungspflichten gelten auch für Konzessionsverträge und Verträge der öffentlich-privaten Partnerschaften, sofern sie gemäß den Artikeln 29, 164 und 179 des Lgs.D. 50/2016 miteinander vereinbar sind. In Bezug auf die Vergabebekanntmachungen wird auch auf Folgendes verwiesen: Konzessionsbekanntmachung, Aufforderung zur Angebotsabgabe (Art. 164, Abs. 2, der auf die Bestimmungen in Teil I und II des Lgs.D. 50/2016 verweist, auch in Bezug auf die Modalitäten der Veröffentlichung und Abfassung der Bekanntmachungen) Neuausschreibung / Neue Einladung zur Einreichung eines Angebotes nach Änderung der Rangfolge der Bedeutung der Zuschlagskriterien (Art. 173, Abs. 3) Neue Konzessionsbekanntmachung nach Änderung der Rangfolge der Bedeutung der Zuschlagskriterien (Art. 173, Abs. 3) Ausschreibungsbekanntmachung für Projektfinanzierung (Art. 183, Abs. 2) Ausschreibung für das Leasing von öffentlichen oder gemeinnützigen Bauten (Art. 187) Ausschreibung des Verfügbarkeitsvertrags (Art. 188, Abs. 3) Endgültige Entscheidung über das Verfahren zur Bewertung des Vorschlags des Projektträgers für die Ausführung von Bau- oder Dienstleistungen im Rahmen der Konzession	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen unter http://www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Veröffentlichung mittels Portal AOV
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016 Art. 140, Lgs.D. 36/2023 Mitteilung des Präsidenten der ANAC vom 19. September 2023	Direktvergabe von Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträgen im Bereich des Notfall- und Katastrophenschutzes	Die Rechtsakte über die Direktvergabe von Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträgen bei Notfällen und im Katastrophenschutz, in denen der Auftragnehmer, die Art der Auswahl und die Gründe, warum der Rückgriff auf das ordentliche Verfahren nicht möglich war, angegeben werden (Art. 163, Abs. 10) Akte und Dokumente im Zusammenhang mit äußerster Dringlichkeit, unabhängig von der Höhe des Auftrags. Besonders: 1) Protokoll über äußerste Dringlichkeit und Auftragsbereitstellung; mit besonderer Angabe der gewählten Methoden und der Gründe, die die Anwendung der ordentlichen Verfahren nicht zuließen; 2) ein Gutachten zur Rechtfertigung; 3) eine Liste der Einheitspreise mit Angabe der zwischen den Parteien vereinbarten Preise und der aus offiziellen Preislisten abgeleiteten Preise; 4) Arbeitslieferbericht oder Bericht über den Beginn der Ausführung der Dienstleistung/Lieferung; 5) Vertrag, falls vereinbart.	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen unter http://www.sabes.it Ausschreibungen und Verträge, mit Bezug auf https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert, die Abteilungen auf dem SICP-Portal - http://www.bandi-altoadige.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
¤	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016	Vergaben in house	Alle Akten bezüglich öffentlicher Aufträge und Konzessionsverträge zwischen Körperschaften in Open-Data-Format, welche im Zusammenhang mit den In-House-Vergaben stehen (Art. 192, Abs. 1 und 3)	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen unter www.sabes.it, Transparente Verwaltung, Ausschreibungen und Verträge	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
¤	Art. 90, Abs. 10, Lgs.D. Nr. 50/2016	Amtliche Verzeichnisse der anerkannten Wirtschaftsbeteiligten und Zertifizierungen	Verpflichtung nur für listenführende Stellen und Zertifizierungsstellen Verzeichnis der in ein amtliches Verzeichnis eingetragenen Wirtschaftsteilnehmer (Art. 90, Abs. 10, Lgs.D. Nr. 50/2016) Liste der Wirtschaftsteilnehmer, die im Besitz des von der zuständigen Zertifizierungsstelle ausgestellten Zertifikats sind (Art. 90, Abs. 10, Lgs.D. Nr. 50/2016)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
¤	Art. 11, Abs. 2-quater, G. Nr. 3/2003, eingeführt durch Art. 41, Abs. 1, G.D. Nr. 76/2020	Öffentliche Investitionsprojekte	Verpflichtung für Inhaber öffentlicher Investitionsvorhaben Liste der finanzierten Projekte, con indicazione del CUP / einschließlich CUP (Einheitscode), Gesamtbetrag der Finanzierung, Finanzquellen, Datum des Projektbeginns und Stand der finanziellen und verfahrenstechnischen Umsetzung	Jährlich zu implemetieren	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Siehe, wie von AOV angegeben: OpenBDAP | Daten zu den öffentlichen Finanzen (mef.gov.it) https://openbdap.rgs.mef.gov.it Regis-System für die Überwachung und Berichterstattung über PNRR-Projekte: https://www.agenziacoesione.gov.it/news_istituzionali/sistema-regis/	Auf einer anderen Datenbank
□	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016	Maßnahme zur Festlegung von Ausschlüssen vom Vergabeverfahren nach Bewertung der subjektiven, wirtschaftlich-finanziellen und technisch-professionellen Anforderungen und der technischen Bewertung	Ausschlussmaßnahmen (innerhalb von 5 Tagen nach deren Erlass, gemäß Artikel 90 Absatz 1 Buchstabe d des Kodex)	Öffentliche Mitteilung und/oder an die zur Ausschreibung eingeladenen WT gerichtet auf dem ISOV-Portal (vor 2023 in Erwartung der Umsetzung/Implementierung durch das ISOV, der alle Ausschlussanordnungen öffentlich machen wird, ab 2024 Veröffentlichung auf der Ebene der einzelnen Verfahren)	Abteilung Einkäufe Abteilung Technik und Vermögen Medizintechnik Verwaltungsdirektionen des Krankenhauses Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen Abteilung Informatik	Die Abteilungen auf dem Portal ISOV - https://www.ausschreibungen-suedtirol.it/ auf der Ebene der einzelnen Verfahren	
□	Art. 37, Abs. 1, Buchst. b) Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 50/2016	Maßnahme zur Bestimmung der Zulassung zum Vergabeverfahren nach dem Ergebnis der Bewertung der subjektiven, wirtschaftlich-finanziellen und technisch-professionellen Anforderungen	Zulassungsmaßnahmen (innerhalb von 2 Tagen nach deren Erlass)	Die VS macht von der durch Art. 24 und 27 des LG Nr. 16 i.g.V. vom 17.12.2015 anerkannten Möglichkeit Gebrauch, den Besitz der allgemeinen und besonderen Anforderungen im Nachhinein und beschränkt auf den Zuschlagsempfänger zu überprüfen, und muss daher diese Veröffentlichungspflicht nicht erfüllen (vgl. AOV-Rundschreiben Nr. 3/2016 vom 29.12.2016 pt. 3.1).	Die VS macht von der durch Art. 24 und 27 des LG Nr. 16 i.g.V. vom 17.12.2015 anerkannten Möglichkeit Gebrauch, den Besitz der allgemeinen und besonderen Anforderungen im Nachhinein und beschränkt auf den Zuschlagsempfänger zu überprüfen, und muss daher diese Veröffentlichungspflicht nicht erfüllen (vgl. AOV-Rundschreiben Nr. 3/2016 vom 29.12.2016 pt. 3.1).	Die VS macht von der durch Art. 24 und 27 des LG Nr. 16 i.g.V. vom 17.12.2015 anerkannten Möglichkeit Gebrauch, den Besitz der allgemeinen und besonderen Anforderungen im Nachhinein und beschränkt auf den Zuschlagsempfänger zu überprüfen, und muss daher diese Veröffentlichungspflicht nicht erfüllen (vgl. AOV-Rundschreiben Nr. 3/2016 vom 29.12.2016 pt. 3.1).	
UNTERBEREICHE 1. EBENE SUBVENTIONEN, BEITRÄGE, ZUSCHÜSSE, WIRTSCHAFTLICHE VORTEILE							
Kriterien und Modalitäten	Art. 26, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Kriterien und Modalitäten	Akte, mit denen die Kriterien und Modalitäten festgelegt werden, an die sich die Verwaltungen zur Gewährung von Subventionen, Beiträgen, Zuschüssen und finanziellen Beihilfen und zur Zuweisung von wirtschaftlichen Vorteilen jeglicher Art an öffentliche und private Personen und Körperschaften zu halten haben	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation, wo die zuständige Abteilung publiziert	
Gewährungsakte	Art. 26, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Gewährungsakte (in Tabellen zu veröffentlichen; dabei ist ein Link zur Seite zu erstellen, auf der die Daten der entsprechenden Schlussverfügungen enthalten sind) (NB: Es ist verboten, Daten zu verbreiten, aus denen Informationen über den	Gewährungsakte von Subventionen, Beiträgen, Zuschüssen und finanziellen Beihilfen für Unternehmen und jedenfalls wirtschaftlichen Vorteilen jeglicher Art an öffentliche und private Personen und Körperschaften über einem Betrag von tausend Euro	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
			Für jeden Akt:				
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013		1) Name des Unternehmens oder der Körperschaft und entsprechende Steuerdaten oder Name eines anderen Begünstigten	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		2) Betrag des gewährten wirtschaftlichen Vorteils	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		3) Der Zuweisung zugrunde liegende/r Vorschrift oder Titel	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. d), Lgs.D. Nr. 33/2013		4) Amt und leitender Beamter oder verantwortliche Führungskraft des entsprechenden Verwaltungsverfahrens	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 27, Abs. 1, Buchst. e), Lgs.D. Nr. 33/2013	über den Gesundheitszustand und über die wirtschaftliche-soziale Notlage der Betroffenen entnommen werden können, wie vom Art. 26, Abs. 4 des Lgs.D. Nr. 33/2013 vorgesehen)	5) Verfolgte Modalitäten für die Ermittlung des Begünstigten	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	Innerhalb von 30 Tagen nach der Genehmigung
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013		6) Link zum gewählten Projekt	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	
	Art. 27, Abs. 1, Buchst. f), Lgs.D. Nr. 33/2013		7) Link zum Lebenslauf der beauftragten Person	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 26, Abs. 3, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	
	Art. 27, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013		Liste (in Form einer offenen Tabelle) der Begünstigten der Gewährungen von Subventionen, Beiträgen, Zuschüssen und finanziellen Beihilfen an Unternehmen und der Zuweisungen von wirtschaftlichen Vorteilen jeglicher Art an öffentliche und private Personen und Körperschaften über einem Betrag von tausend Euro	Jährlich (Art. 27, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Jeweilige Strukturen (verschiedene Zuständigkeitsbereiche)	Abteilung Kommunikation mit Bezug auf https://ausschreibungen-suedtirol.it/, wo die zuständige Abteilung publiziert	
UNTERBEREICHE 1. EBENE BILANZ							
Haushaltsvoranschlag und Abschlussrechnung	Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 5, Abs. 1, DPCM 26. April 2011	Haushaltsvoranschlag	Unterlagen und Anhänge des Haushaltsvoranschlages, sowie Daten bzgl. des Haushaltsvoranschlages von jedem Jahr in zusammengefasster und vereinfachter Form, auch unter Zuhilfenahme von grafischen Darstellungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Genehmigung des Haushaltsvoranschlages seitens der PAB
	Art. 29, Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 und DPCM 29. April 2016		Daten bzgl. Eingänge und Spesen des Haushaltsvoranschlages in offner Tabellenform, damit ein Auszug, Bearbeitung und Wiederverwendung ermöglicht wird	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Genehmigung des Haushaltsvoranschlages seitens der PAB
	Art. 29, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 5, Abs. 1, DPCM 26. April 2011	Abschlussrechnung	Unterlagen und Anhänge der Haushaltsabschlussrechnung sowie Daten bzgl. der Haushaltsabschlussrechnung von jedem Jahr in zusammengefasster und vereinfachter Form, auch unter Zuhilfenahme von grafischen Darstellungen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Genehmigung der Abschlussrechnung seitens der PAB
	Art. 29, Abs. 1-bis, Lgs.D. Nr. 33/2013 und DPCM 29. April 2016		Daten bzgl. Eingänge und Spesen de der Haushaltsabschlussrechnung in offner Tabellenform, damit ein Auszug, Bearbeitung und Wiederverwendung ermöglicht wird	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Genehmigung der Abschlussrechnung seitens der PAB
Plan der Indikatoren und der erwarteten Bilanzergebnisse	Art. 29, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013-Art. 19 und 22 Lgs.D Nr. 91/2011, Art. 18-bis Lgs.D Nr. 118/2011	Plan der Indikatoren und der erwarteten Bilanzergebnisse	Plan der Indikatoren und erwartete Bilanzergebnisse, mit den beobachteten Resultaten hinsichtlich der Erreichung der erwarteten Ergebnisse und Begründungen der eventuellen Abweichungen und Aktualisierungen für jedes neue Haushaltsjahr, sowohl anhand der Festlegung neuer Ziele und Indikatoren als auch durch die Aktualisierung der Zielwerte und der Löschung der bereits erreichten Ziele oder der neu zu planenden Ziele	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Art. 1 des Lgs.D. Nr. 91/2011 sieht die Verpflichtung vor, ein Dokument, welches als "Plan der Indikatoren und vorgesehene Bilanzergebnisse" bezeichnet wird, den öffentlichen Verwaltungen vorzulegen, wobei präzisiert wird, dass man als öffentliche Verwaltungen, die Verwaltungen gemäß Art. 1, Absatz 2, des Gesetzes vom 31. Dezember 2009, Nr. 196, bezeichnet, mit Ausnahme der Regionen, der örtlichen Körperschaften, ihrer eigenen Anstalten und instrumentalen Einrichtungen und den Einrichtungen	
UNTERBEREICHE 1. EBENE IMMOBILIEN UND VERMÖGENSVERWALTUNG							
Immobilienvermögen	Art. 30, Lgs.D. Nr. 33/2013	Immobilienvermögen	Kenndaten der Immobilien im Besitz und Innehabung der Verwaltung	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Technik und Vermögen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Aktualisierung
Pacht- oder Mietzinse	Art. 30, Lgs.D. Nr. 33/2013	Pacht- oder Mietzinse	Eingezahlte oder eingenommene Pacht- oder Mietzinse	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Technik und Vermögen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen der Aktualisierung
UNTERBEREICHE 1. EBENE KONTROLLEN UND ERHEBUNGEN ÜBER DIE VERWALTUNG							
OIV (Unabhängiges Bewertungsorgan) oder Bewertungsgremien oder ähnliche Organe	Art. 31, Lgs.D. Nr. 33/2013	Akte der OIV (Unabhängige Bewertungsorgane) oder der Bewertungsgremien oder ähnlicher Organe	Attestat des OIV (Unabhängigen Bewertungsorgans) oder eines ähnlichen Organs für die Transparenzpflichten	Jährlich laut Beschlüsse der ANAC	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Jährlich gemäß ANAC Beschluss
			Attestat des OIV (Unabhängigen Bewertungsorgans) zur Validierung der Performance (Art. 14, Abs. 4, Buchst. c) Lgs.D. Nr. 150/2009)	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Übermittlung
			Bericht des OIV (Unabhängigen Bewertungsorgans) bzgl. des gesamten Bewertungssystems, Transparenz und Integrität der internen Kontrollen (Art. 14, Abs. 4, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 150/2009)	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Übermittlung
			Andere Akte des OIV (Unabhängigen Bewertungsorgans) oder der Bewertungsgremien oder eines ähnlichen Organs, wobei eventuell vorliegende persönliche Daten in anonymer Form dargestellt werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Übermittlung
Kontroll- und Prüforgane		Erhebungen seitens der Kontroll- und Prüforgane	Bericht der Verwaltungs- und Buchhaltungsprüforgane über den Haushaltsvoranschlag oder das Budget, und über diesbezüglichen Änderungen der Abschlussrechnung und der Abschlussbilanz	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Zeitgleich mit der Bilanz
Rechnungshof		Erhebungen des Rechnungshofes	Alle auch nicht rezipierten Erhebungen des Rechnungshofs über die Organisation und Tätigkeit der Verwaltung oder der einzelnen Ämter zusammen mit den Akten, auf welche sie sich beziehen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	http://www.corteconti.it/sezioni_regionali/trentino_alto_adige_bolzano	Innherhalb von 5 Tagen nach Übermittlung der Erhebung
UNTERBEREICHE 1. EBENE DIENSTE UND LEISTUNGEN DER VERWALTUNG							
Dienstleistungscharta und Qualitätsstandards	Art. 32, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Dienstleistungscharta und Qualitätsstandards	Dienstleistungscharta oder Dokument mit den Qualitätsstandards der öffentlichen Dienste	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Kommunikation	Abteilung Kommunikation	Kontinuierlich
Sammelklage (sog. class action)	Art. 1, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 198/2009	Sammelklage (sog. class action)	Meldung der Klageerhebung seitens Trägern von rechtlich relevanten und homogenen Interessen gegenüber den Verwaltungen und den Konzessionären eines öffentlichen Dienstes zwecks Wiederherstellung der korrekten Abwicklung der Funktion oder der korrekten Erbringung einer Dienstleistung	Unverzüglich-zeitgerecht	Verwaltungsdirektion / Rechtsamt	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Übermittlung
	Art. 4, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 198/2009		Urteil der Erledigung des Rechtsstreites	Unverzüglich-zeitgerecht	Verwaltungsdirektion / Rechtsamt	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Übermittlung
	Art. 4, Abs. 6, Lgs.D. Nr. 198/2009		In Erfüllung des Urteils ergriffene Maßnahmen	Unverzüglich-zeitgerecht	Verwaltungsdirektion / Rechtsamt	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab der Genehmigung
Berechnete Kosten	Art. 32, Abs. 2, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 10, Abs. 5, Lgs.D. Nr. 33/2013	Berechnete Kosten (in Tabellen zu veröffentlichen)	Berechnete Kosten der Dienste und der diesbezügliche zeitliche Verlauf	Jährlich (Art. 10, Abs. 5, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Controlling	Abteilung Kommunikation	
Wartelisten	Art. 41, Abs. 6, Lgs.D. Nr. 33/2013	Wartelisten (Veröffentlichungspflicht für öffentliche Körperschaften, Betriebe und Strukturen, welche Dienstleistungen im sanitären Bereich anbieten) (in Tabellen zu veröffentlichen)	Die Aufstellungskriterien der Wartelisten und die voraussichtlichen Wartezeiten und effektiven mittleren Wartezeiten für jede Art von erbrachter Leistung beglaubigte Abschlüsse und Daten über qualitative und quantitative Aspekte der erbrachten Leistungen und über die durchgeführten medizinischen Tätigkeiten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)monatlich	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung + Abteilung Kommunikation	Innerhalb 20. jedes Monats für den Vormonat
Online Dienste	Art. 7, Abs. 3 Lgs.D 82/2005 abgeändert durch Art. 8, Abs. 1 des Lgs.D 179/16	Ergebnisse der Überprüfungen der Zufriedenheit der Nutzer bzgl. Qualität der Online Dienste und Statistiken der Nutzung der Online Dienste	Ergebnisse der Überprüfungen der Zufriedenheit der Nutzer bzgl. Qualität der Online Dienste auch bzgl. der Verwendbarkeit, Zugänglichkeit und Rechtzeitigkeit und Statistiken der Nutzung der Online Dienste	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Informatik/Abteilung Kommunikation	Abteilung Kommunikation	Innerhalb den 31/03 jeden Jahres
UNTERBEREICHE 1. EBENE ZAHLUNGEN DER VERWALTUNG							
Daten zu den Zahlungen	Art. 4-bis, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Daten zu den Zahlungen (in Tabellen zu veröffentlichen)	Daten bzgl. der eigenen Zahlungen unterteilt in Typologien der getragenen Spesen, Zeitraum und Begünstigte	Trimestral (in der ersten Anwendungsphase semestral)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Daten zu den Zahlungen des nationalen Sanitätsdienstes SSN	Art. 41, Abs. 1-bis, Lgs.D Nr. 33/2013	Daten zu den Zahlungen in zusammengefasster Form (in Tabellen zu veröffentlichen)	Daten bzgl. jeder Zahlung und aller Spesen, unterteilt in Typologien der Arbeit, Güter oder Dienstleistungen, auch bzgl. Der Typologien der getragenen Spesen, Zeitraum und Begünstigte	Trimestral (in der ersten Anwendungsphase semestral)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 5 Tagen ab Datum der Erstellung des Dokumentes
Indikator für Zahlungszeiten	Art. 33, Lgs.D. Nr. 33/2013	Indikator für Zahlungszeiten	Indikator für die durchschnittliche Zahlungszeiten beim Erwerb von Gütern, Dienstleistungen, professionellen/freiberuflichen Dienstleistungen und Lieferungen (jährliche Indikatoren für Zahlungszeiten)	Jährlich (Art. 33, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 5 Tagen ab Festlegung des Indikators
			Trimestraler Indikator für Zahlungszeiten	Trimestral (Art. 33, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 5 Tagen ab Festlegung des Indikators
			Auflistung der gesamten Schulden und Anzahl der Gläubiger Firmen	Jährlich (Art. 33, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen	Abteilung Kommunikation	Gleichzeitig mit der Veröffentlichung des jährlichen Indikators für Zahlungszeiten
IBAN und elektronische Zahlungen	Art. 36, Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 5, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 82/2005	IBAN und elektronische Zahlungen	In den Zahlungsaufforderungen: IBAN-Nummer des Einzahlungskontos, über welche die einzahlenden Subjekte die Zahlungen per Bank- oder Postüberweisung tätigen können, oder die Daten des Postkontos, auf das die Subjekte mittels Posterlagscheins einzahlen können, sowie die bei der Einzahlung für die Identifizierung der Zahlung verpflichtend anzugebenden Informationen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Finanzen - Die Gesetzgebung verbietet die Veröffentlichung des IBAN, da die Zahlungen über die PagoPa erfolgen müssen.	Abteilung Kommunikation	Gemäß den AGID-Richtlinien und den Vorgaben der ANAC ist es den gesetzlich zur Teilnahme an pagoPA verpflichteten Stellen untersagt, auf irgendeine Weise die IBAN für Gutschriften zu veröffentlichen, um zu vermeiden, dass Nutzer Überweisungen tätigen, die nicht in pagoPA integriert sind.
UNTERBEREICHE 1. EBENE ÖFFENTLICHE BAUTEN							
Evaluierungs- und Prüfstellen der öffentlichen Investitionen	Art. 38, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Bewertungs- und Prüfeinheiten für die öffentlichen Investitionen (Art. 1, G. Nr. 144/1999)	Informationen zu den Einheiten, die mit der Bewertung und Prüfung der öffentlichen Investitionen beauftragt sind, einschließlich der diesen zugewiesenen Funktionen und Aufgaben, der Verfahren und Kriterien für die Ermittlung der Mitglieder der Einheiten und deren Namen (Pflicht für die Zentral- und Regionalverwaltungen)	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 38, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
Akte zur Programmierung der öffentlichen Bauten	Art. 38, Abs. 2 und 2-bis Lgs.D. Nr. 33/2013, Art. 21, Abs. 7, Lgs.D. Nr. 50/2016, Art. 29 Lgs.D Nr. 50/2016	Akte zur Programmierung der öffentlichen Bauten	Akte zur Programmierung der öffentlichen Bauten (Link zur Sektion Ausschreibungen und Verträge) Beispiele: - Dreijahresprogramm bzgl. Bauleistungen und deren jährlichen Aktualisierungen ex Art. 21, Lgs.D. Nr. 50/2016 - zweijähriges Planungsdokument ex Art. 2 des Lgs.D. Nr. 228/2011 (für die Ministerien)	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 38, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Technik und Vermögen	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Genehmigung
Durchführungszeiten, Kosten und Indikatoren der Umsetzung der öffentlichen Bauten	Art. 38, Abs. 2 Lgs.D. Nr. 33/2013	Durchführungszeiten, Kosten und Indikatoren der Umsetzung der öffentlichen Bauten (in Tabellen zu veröffentlichen laut Vorlage des Ministeriums für Wirtschaft und	Informationen zu den Durchführungszeiten und zu den Indikatoren der fertiggestellten oder laufenden öffentlichen Bauten	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 38, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Technik und Vermögen	BDAP - zuständige Strukturen	Innerhalb von 30 Tagen ab Erhebung
			Informationen zu den Einheitskosten für die Durchführung der fertiggestellten oder laufenden öffentlichen Bauten	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 38, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Technik und Vermögen	BDAP - zuständige Strukturen	Innerhalb von 30 Tagen ab Erhebung
UNTERBEREICHE 1. EBENE RAUMPLANUNG UND RAUMORDNUNG							
	Art. 39, Abs. 1, Buchst. a) Lgs.D. Nr. 33/2013	Raumplanung und Raumordnung (in Tabellenform zu veröffentlichen)	Raumordnungsakte wie Raumordnungspläne, Koordinierungspläne, Landschaftspläne, urbanistische Planungsinstrumente - allgemeine und Durchführungsakte - sowie die entsprechenden Änderungen	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 39, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
	Art. 39, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013		Dokumentation über jedes Verfahren zur Vorlage und Genehmigung von Vorschlägen auf privater oder öffentlicher Initiative zur urbanistischen Umgestaltung in Abweichung von dem geltenden wie immer benannten urbanistischen Planungsinstrument sowie von Vorschlägen auf privater oder öffentlicher Initiative zur urbanistischen Umgestaltung in Durchführung des geltenden urbanistischen Planungsinstruments, wenn diese Vorschläge Bauprämien für den Einsatz Privater bei der Durchführung von mit Zusatzkosten verbundenen Erschließungsarbeiten oder für die Abtretung von Flächen oder Bauvolumen für Zwecke im öffentlichen Interesse zur Folge haben	Unverzüglich-zeitgerecht (Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
UNTERBEREICHE 1. EBENE INFORMATIONEN ZUM BEREICH UMWELT							
	Art. 40, Abs. 2 Lgs.D. Nr. 33/2013	Umweltinformationen	Umweltinformationen, die die Verwaltungen zum Zwecke ihrer institutionellen Tätigkeit innehaben:	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art., 8 Lgs.D. Nr. 33/2013)	KEINE ZUSTÄNDIGKEIT		
		Zustand der Umwelt	1) Zustand von Umweltbestandteilen wie Luft und Atmosphäre, Wasser, Boden, Land, Landschaft und natürliche Lebensräume einschließlich Feuchtgebiete, Küsten- und Meeresgebiete, die Artenvielfalt und ihre Bestandteile, einschließlich genetisch veränderter Organismen, sowie die Wechselwirkungen zwischen diesen Bestandteilen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art., 8 Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Verschmutzungsfaktoren	2) Faktoren wie Stoffe, Energie, Lärm und Strahlung oder Abfall einschließlich radioaktiven Abfalls, Emissionen, Ableitungen oder sonstiges Freisetzen von Stoffen in die Umwelt, die sich auf die Umweltbestandteile auswirken oder auswirken können	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art., 8 Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Umweltrelevante Maßnahmen und entsprechende Verträglichkeitsanalysen	3) Maßnahmen (einschließlich Verwaltungsmaßnahmen), wie z. B. Politiken, Gesetze, Pläne und Programme, Umweltvereinbarungen und alle anderen Akte (auch Verwaltungskte) und Tätigkeiten, die sich auf die Umweltbestandteile und -faktoren auswirken oder auswirken können, und Kosten-Nutzen-Analysen und sonstige wirtschaftliche Analysen und Annahmen, die im Rahmen der genannten Maßnahmen und Tätigkeiten verwendet werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Umweltschutzmaßnahmen und entsprechende Verträglichkeitsanalysen	4) Maßnahmen oder Tätigkeiten zum Schutz der genannten Elemente und Kosten-Nutzen-Analysen und sonstige wirtschaftliche Analysen und Annahmen, die im Rahmen der genannten Maßnahmen und Tätigkeiten verwendet werden	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Berichte über die Umsetzung des Umweltrechts	5) Berichte über die Umsetzung des Umweltrechts	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Zustand der menschlichen Gesundheit und Sicherheit	6) Zustand der menschlichen Gesundheit und Sicherheit, einschließlich der Kontamination der Lebensmittelkette, Bedingungen für menschliches Leben, Landschaft sowie Kulturstätten und -bauwerke in dem Maße, in dem sie vom Zustand der Umweltbestandteile oder - durch diese Bestandteile - von den Faktoren betroffen sind oder sein können	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
		Umweltbericht des Ministeriums für Umwelt und Landschaftsschutz	Umweltbericht des Ministeriums für Umwelt und Landschaftsschutz	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
UNTERBEREICHE 1. EBENE KONVENTIONIERTE PRIVATE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN							
	Art. 41, Abs. 4, Lgs.D. Nr. 33/2013	Konventionierte private Gesundheitseinrichtungen (in Tabellen zu veröffentlichen)	Liste der konventionierten privaten Gesundheitseinrichtungen	Jährlich (Art. 41, Abs. 4, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Innerhalb von 30 Tagen nach dem relativen Beschluss der Generaldirektion
			Mit den konventionierten privaten Einrichtungen geschlossene Abkommen	Jährlich (Art. 41, Abs. 4, Lgs.D. Nr. 33/2013)	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung	Innerhalb von 30 Tagen nach dem relativen Beschluss der Generaldirektion
UNTERBEREICHE 1. EBENE AUSSERORDENTLICHE MASSNAHMEN UND NOTFÄLLE							
	Art. 42, Abs. 1, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013	Außerordentliche Maßnahmen und Notfälle (in Tabellen zu veröffentlichen)	Ergriffene Maßnahmen betreffend außerordentliche Einsätze und Notfälle, die zu Abweichungen von der geltenden Gesetzgebung führen; unter ausdrücklicher Angabe der Gesetzesvorschriften, von denen abgewichen wird, und der Gründe der Abweichung sowie unter Angabe von eventuell hinzugekommenen Verwaltungs- oder Gerichtsakten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)	VERÖFFENTLICHUNGEN ZUM COVID 19 NOTSTAND mit diesbezüglichen Verlinkungen		
	Art. 42, Abs. 1, Buchst. b), Lgs.D. Nr. 33/2013		Eventuell für die Ausübung der Befugnis zur Ergreifung von außerordentlichen Maßnahmen gesetzte Fristen	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
	Art. 42, Abs. 1, Buchst. c), Lgs.D. Nr. 33/2013		Für die Maßnahmen vorgesehene Kosten und von der Verwaltung effektiv getragene Kosten	Unverzüglich-zeitgerecht (ex Art. 8, Lgs.D. Nr. 33/2013)			
UNTERBEREICHE 1. EBENE ANDERE INHALTE - KORRUPTIONPRÄVENTION							

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Korruptionsprävention	Art. 10, Abs. 8, Buchst. a), Lgs.D. Nr. 33/2013	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz	Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention und Transparenz samt Anhänge, Präventionsmaßnahmen laut Art. 1, Abs. 2-bis, G. Nr. 190 von 2012 (MOG 231) - DPKPT Sektion Korruptionsrisiken und Transparenz PIAO laut GD Nr. 81/2021 umgewandelt in G Nr. 113/2021	Jährlich	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Frist 31 Jänner jeden Jahres
	Art. 1, Abs. 8, G. Nr. 190/2012, Art. 43, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und für die Transparenz	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und für die Transparenz	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Erennung/Beauftragung
		Bestimmungen zur Prävention und Unterbindung von Korruption und Rechtswidrigkeiten	Bestimmungen zur Prävention und Unterbindung von Korruption und Rechtswidrigkeiten (falls erlassen)	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb von 30 Tagen ab Genehmigung
	Art. 1, Abs. 14, G. Nr. 190/2012	Bericht des Verantwortlichen für die Korruptionsvorbeugung	Bericht des Verantwortlichen für die Korruptionsvorbeugung über die geleistete Tätigkeit (innerhalb 15. Dezember jedes Jahres)	Jährlich (ex Art. 1, Abs. 14, G. Nr. 190/2012)	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Frist 31 Jänner jeden Jahres
	Art. 1, Abs. 3, G. Nr. 190/2012	Anpassungen an ANAC-Verfügungen	In Erfüllung der ANAC-Verfügungen erlassene Akte in Bezug auf Aufsicht und Kontrolle in der Korruptionsbekämpfung	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	
	Art. 18, Abs. 5, Lgs.D. Nr. 39/2013	Akte der Ermittlung von Verletzungen	Akte der Ermittlung von Verletzungen der Bestimmungen des Lgs.D. Nr. 39/2013	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	
UNTERBEREICHE 1. EBENE ANDERE INHALTE - BÜRGERZUGANG							
Bürgerzugang	Art. 5, Abs. 1, Lgs.D. Nr. 33/2013/Art. 2, Abs. 9-bis, G. 241/1990	Bürgerzugang bzgl. Unterlagen, die der Veröffentlichungspflicht unterliegen	Name des Verantwortlichen für die Korruptionsvorbeugung und für die Transparenz an dem die Anfrage bzgl. Bürgerzugang übermittelt werden kann, Modalitäten des Bürgerzuganges mit Angabe der betrieblichen E-ailadressen, PEC (zertifizierte E-Mailadressen), Name des Inhabers der Überprüfungsbefugnis, die bei verzögerten oder nichterteilter Antwort in Kraft treten kann, unter Angabe der betrieblichen E-Mailadresse	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Aktualisierung
	Art. 5, Abs. 2, Lgs.D. Nr. 33/2013	Allegemeiner Bürgerzugang bzgl. zusätzlicher Unterlagen	Namen der Ämter an dem die Anfrage bzgl. allgemeinen Bürgerzugang übermittelt werden kann, Modalitäten des Bürgerzuganges mit Angabe der betrieblichen E-Mailadressen, PEC (zertifizierte E-Mailadressen)	Unverzüglich-zeitgerecht	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Aktualisierung
	Richtlinien zum sog. FOIA (Beschluss 1309/2016)	Register der Zugänge	Auflistung der Zugänge (Aktenzugang, Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang) mit Angabe des Betreffs und des Datums der Anfrage und ferner des Ergebnisses mit Datum der Entscheidung	Semestral	Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Fälligkeit des Semesters
UNTERBEREICHE 1. EBENE ANDERE INHALTE - ZUGÄNGLICHKEIT UND VERZEICHNIS DER DATEN, METADATEN UND DATENBANKEN							
Zugänglichkeit und Verzeichnis der Daten, metadaten und Datenbanken	Art. 53, Abs. 1-bis, Lgs.D. 82/2005 abgeändert durch Art. 43 des Lgs.D. 179/2016	Verzeichnis der Daten, Metadaten und Datenbanken	Verzeichnis der Daten, Metadaten und Datenbanken im Besitz der Verwaltung auch mittels dem Link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it) und Verzeichnis der Daten der PA (öffentlichen Verwaltung) und der Datenbanken www.dati.gov.it und http://basidati.agid.gov.it/cataloga von AGID	Unverzüglich-zeitgerecht	Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Aktualisierung
	Art. 53, Abs. 1-bis, Lgs.D. 82/2005	Verordnungen	Verordnungen, welche die Ausübung des Rechts auf telematischen Zugang und Wiederverwendung der Daten regeln, vorbehaltlich der Daten des Verzeichnisses des Steueramtes	Jährlich	Abteilung Informatik	Abteilung Kommunikation	Innerhalb 30 Tagen nach Genehmigung
	Art. 9, Abs. 7, G.D. Nr. 179/2012 umgesetzt mit Änderungen laut G. 17 Dezember 2012, Nr. 221	Ziele der Zugänglichkeit (zu veröffentlichen gemäß den Bestimmungen des Rundschreibens der „Agentur für das digitale Italien" („Agenzia per l'Italia digitale") Nr. 1/2016 i.g.F.)	Ziele der Zugänglichkeit zu den elektronischen Hilfsmitteln seitens Personen mit Behinderung für das laufende Jahr (innerhalb 31. März jedes Jahres) und den Stand der Umsetzung des Planes zur Telearbeit des eigenen Betriebes	Jährlich (ex Art. 9, Abs. 7, G.D. Nr. 179/2012)	Abteilung Kommunikation	Abteilung Kommunikation	Innherhalb vom 31/03 jeden Jahres
UNTERBEREICHE 1. EBENE ANDERE INHALTE - ZUSÄTZLICHE DATEN							
Andere Inhalte	Art. 7-bis, Abs. 3 Lgs.D. Nr. 33/2013 Art. 1, Abs. 9, Buchst f), G. Nr. 190/2012	Zusätzliche Daten (NB: Im Falle der Veröffentlichung von nicht gesetzlich vorgeschriebenen Daten müssen die eventuell vorhandenen personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen von Art. 4, Abs. 3 des Lgs.D. Nr. 33/2013 anonymisiert werden	Zusätzliche Daten, Informationen und Dokumente, für welche für die öffentlichen Verwaltungen keine Veröffentlichungspflicht im Sinne der geltenden Gesetzgebung herrscht und die nicht in die angegebenen Unterbereiche fallen			Abteilung Kommunikation	
	Dreijahresprogramm für die Transparenz und Integrität jetzt im DPKPT	Zugangsdaten	Übersichtstabelle der Zugriffe auf die Seiten der Sektion "Transparente Verwaltung" von Seiten der Besucher/innen	Jährlich	Abteilung Kommunikation	Abteilung Kommunikation	
	Dreijahresprogramm für die Transparenz und Integrität jetzt im DPKPT	Tage der Transparenz	Berichte über die Tage der Transparenz	Jährlich	Verantwortliche für die Korruptionsvorbeugung und Verantwortliche für die Transparenz	Abteilung Kommunikation	
	Art. 4, Abs. 3 G. Nr. 24/2017	Entschädigte Schadensfälle	Entschädigte Schadensfälle	Jährlich (innerhalb vom 31. März)	Amt für allgemeine Angelegenheiten und Versicherungen	Abteilung Kommunikation	
	Lgs.D. 52/2019 Art. 2		Klinische Forschung (Lgs.D. Nr. 52/2019 Art. 2)	Jährlich	Dienst für Innovation, Forschung und Lehre SABES	Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen und Verwaltungsdirektion	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

I termini di scadenza per la pubblicazione sono quelli ex lege e delibera ANAC n. 1310 del 2016 e relativo allegato. L'aggiornamento tempestivo avviene secondo le norme di settore o principalmente entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione/adozione del singolo provvedimento; i dettagli sono disponibili nella colonna dedicata. Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza è svolto da soggetti interni all'Azienda Sanitaria coordinati dal Responsabile della 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.

DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 DISPOSIZIONI GENERALI							
Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Struttura responsabile della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati**	**Struttura responsabile della pubblicazione**	**Termine di scadenza pubblicazione**
Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza - PTPCT-sezione anticorruzione e trasparenza PIAO	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 DL n. 80/2021 convertito co L.n.113/2021	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza - PTPCT-sezione anticorruzione e trasparenza PIAO	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) - PTPCT Il DL n. 80/2021 convertito con L. n.113/2021 ha disposto che le misure per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza costituiscono sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Annuale	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	31 gennaio di ciascun anno
Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati
		Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti
		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'approvazione/aggiornamento
	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'approvazione/aggiornamento
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ORGANIZZAZIONE							
Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, c. 1. d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c.1, punto 3 l. n. 441/1982		3) Dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NON DI COMPETENZA		
Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo (anche vertici)	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo (anche vertici) di cui all'art. 14, co. 1bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo personale	Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per vertici)	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Pubblicazione trimestrale
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per vertici)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per vertici)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) Dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Ripartizione sviluppo personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	
Cessati dall'incarico	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Pubblicazione trimestrale
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) Copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, Entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) Dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera 5.000 €)	Nessuno	NON DI COMPETENZA		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) Dchiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)	Ripartizione sviluppo del personale	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione (solo per i vertici)	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'avvenuta conoscenza di irrogazione della sanzione
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale/ Direzione amministrativa / Direzione sanitaria / Direzione tecnico-assistenziale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale/ Direzione amministrativa / Direzione sanitaria / Direzione tecnico-assistenziale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale/ Direzione amministrativa / Direzione sanitaria / Direzione tecnico-assistenziale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio per i sistemi dipartimentali (per le PEC) Singole strutture (competenza diffusa)(per i numeri di telefono e la posta elettronica istituzionale)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 CONSULENTI E COLLABORATORI							
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	
			Per ciascun titolare di incarico:				
	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Singole strutture (competenza diffusa)	Strutture responsabili della produzione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 PERSONALE							
			Per ciascun titolare di incarico:				
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Ripartizione Comunicazione	Pubblicazione trimestrale
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni alla nomina/conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (solo i vertici v. nota informativa d.d. 21.03.16)	Tempestivo (ex art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31/03 di ogni anno dell'incarico o Entro 30 giorni dal nuovo incarico
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (solo i vertici v. nota informativa d.d. 21.03.16)	Annuale (art. 20, co. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ripartizione sviluppo del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31/03 di ogni anno dell'incarico o Entro 30 giorni dal nuovo incarico
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Ripartizione Comunicazione	
			Per ciascun titolare di incarico:				
Dirigenti	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Pubblicazione trimestrale
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (solo vertici v. nota informativa d.d. 21.03.16)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31/03 di ogni anno dell'incarico o Entro 30 giorni dal nuovo incarico
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (solo vertici v. nota informativa d.d. 21.03.16)	Annuale (art. 20, co. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31/03 di ogni anno dell'incarico o Entro 30 giorni dal nuovo incarico
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direzione generale / Direzione amministrativa / Direzione di Comprensorio sanitario	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dirigenti	Annuale	Direzione generale / Direzione amministrativa / Direzione di Comprensorio sanitario	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'adozione
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio gestione economica del rapporto di lavoro	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico/liquidazione e Pubblicazione trimestrale
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) Copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, Entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) Dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti Entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione/Ripartizione Comunicazione	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione amministrativa/Ufficio trasparenza, archivio e protocollo_Ripartizione legale e affari generali	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'avvenuta conoscenza di irrogazione della sanzione
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Struttura responsabile della produzione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione al Ministero competente
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione al Ministero competente
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione al Ministero competente
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla rilevazione
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla rilevazione
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio per la gestione giuridica del personale	Struttura competente su PERLA PA	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali e eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	link alla pagina della Provincia autonoma di Bolano – Alto Adige - contrattazione https://personale.provincia.bz.it/it/contratti-collettivi-a-livello-provinciale		Entro 30 giorni dall'aggiornamento

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	link alla pagina della Provincia autonoma di Bolano – Alto Adige - contrattazione https://personale.provincia.bz.it/it/contratti-collettivi-a-livello-provinciale		Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	link alla pagina della Provincia autonoma di Bolano – Alto Adige - contrattazione https://personale.provincia.bz.it/it/contratti-collettivi-a-livello-provinciale		
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico/liquidazione
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 BANDI DI CONCORSO							
	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione, nonché i criteri di valutazione della commissione, le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio concorsi	Ripartizione amministrazione del personale - Ufficio concorsi	Entro 30 giorni dall'approvazione
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 PERFORMANCE							
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Ripartizione pianificazione e controllo - Ufficio pianificazione strategica e programmazione operativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 60 giorni dall'aggiornamento
Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) assorbito nel PIAO ex DL n. 80/2021 convertito in L n. 113/2021	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione pianificazione e controllo - Ufficio pianificazione strategica e programmazione operativa (Assorbito dal PIAO)	Ripartizione Comunicazione	Entro 60 giorni dall'approvazione
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione pianificazione e controllo - Ufficio pianificazione strategica e programmazione operativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 60 giorni dall'approvazione
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro 1 mese dalla firma dell'accordo sindacale
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro 1 mese dal pagamento
Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	I criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro 1 mese dall'approvazione
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione sviluppo del personale - Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività	Ripartizione Comunicazione	Entro 1 mese dal pagamento
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione pianificazione e controllo - Ufficio pianificazione strategica e programmazione operativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla conclusione delle valutazioni
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ENTI CONTROLLATI							
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'Azienda sanitaria non ha istituito, non vigila e non finanzia enti pubblici, comunque denominati, e non ha il potere di nomina degli amministratori dell'ente.		
			Per ciascuno degli enti:				
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			Per ciascuna delle società:				
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione generale e amministrativa	Direzione generale e amministrativa/Ripartizione Comunicazione	link al sito della società
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direzione generale e amministrativa	Direzione generale e amministrativa/Ripartizione Comunicazione	link al sito della società
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	link al sito della società
	Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Direzione generale e amministrativa	
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Direzione generale e amministrativa	
			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Direzione generale e amministrativa	
	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'Azienda sanitaria non controlla enti di diritto privato, comunque		
			Per ciascuno degli enti:				
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n.		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Enti di diritto privato controllati	33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	denominati.		
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione generale e amministrativa	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ATTIVITA' E PROCEDIMENTI							
Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**				
	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
			Per i procedimenti ad istanza di parte:				
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 Provvedimenti							
Provvedimenti organi indirizzo politico (Delibere del Direttore generale)	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei Provvedimenti, con particolare riferimento ai Provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	procedura automatizzata di pubblicazione	
Provvedimenti dirigenti amministrativi (Determine dei Comprensori sanitari)	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei Provvedimenti, con particolare riferimento ai Provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	procedura automatizzata di pubblicazione	
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 CONTROLLI SULLE IMPRESE							
				Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 BANDI DI GARA E CONTRATTI							
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023	per tutte le procedure	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti.	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023	per tutte le procedure	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali). - NON DI COMPETENZA -	- NON DI COMPETENZA -	- NON DI COMPETENZA -	- NON DI COMPETENZA -	
	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023	Pubblicazione	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, delibere a contrarre o atti equivalenti e su http://www.sabes.it, Albo pretorio ovvero sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni dalla redazione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023	Affidamento	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	NON DI COMPETENZA	NON DI COMPETENZA		
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo 2024/25: software in fase di aggiornamento (problemi cybersicurezza) per le somme liquidate; le altre informazioni sono in sostanza su www.bandi-altoadige.it aggiudicazione ed affidamenti	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare, aggiudicazioni ed affidamenti - pubblicità tempestiva dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dalla stipula
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, Informazioni sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dalla scadenza del 31 gennaio
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10 ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale (triennale dal 2024) degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, programmazione dei lavori pubblici, forniture e servizi con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente https://www.bandi-altoadige.it/demand/programs	Pubblicazione sul portale a carico ACP
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018		**Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico** Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 *"Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"*	NON DI COMPETENZA	NON DI COMPETENZA		
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Avvisi di preinformazione** **SETTORI ORDINARI** Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 **SETTORI SPECIALI --> NON DI COMPETENZA** **Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016**	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente, tramite "bandi e avvisi speciali" o "bandi e avvisi" e anche attraverso la programmazione	Redazione e pubblicazione tramite portale ACP
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023		**Delibera a contrarre** **Delibera a contrarre o atto equivalente** Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, delibere a contrarre o atti equivalenti e su http://www.sabes.it, Albo pretorio e sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni dall'adozione
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016 Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023		**Avvisi e bandi** **SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) **SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA** **Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali)** (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) Bando di concessione (art. 171); **SETTORI SPECIALI NON DI COMPETENZA** Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente, ovvero http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura pubblicazione a livello UE di bandi e avvisi, ove previsto;	Redazione e pubblicazione tramite portale ACP
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazion e dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su: https://home.asdaa.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-di-gare-e-contratti.asp, su http://www.bandi-altoadige.it/	Pubblicazione tramite portale ACP
¤	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023		Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC); Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1); Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1,) **IL sistema di qualificazione con relativo elenco operatori economici é gestito da ACP.**	Tempestivo	NON DI COMPETENZA		

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

¤	Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021		**Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea** Evidenza dell'avvio delle procedure negoziata (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europe	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, delibere a contrarre o atti equivalenti e http://www.sabes.it, Albo pretorio Implementazione nel corso del 2023: le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente tramite "bandi e avvisi speciali" o "bandi e avvisi"	Pubblicazione tramite portale ACP
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici e Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023		**Commissione giudicatrice** Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su: http://www.sabes.it, amministrazione trasperente, bandi di gare e contratti , composizione delle commissioni di valutazione e curricula Implementazione nel corso del 2024: sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni da provvedimento di nomina
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione	**Avvisi relativi all'esito della procedura** **SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA** Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 **SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA** **Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)** Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) **SETTORI SPECIALI NON DI COMPETENZA** **Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)** Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3), Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente e dalle Ripartizioni competenti e su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Redazione e pubblicazione tramite portale ACP
¤	d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)		**Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato Entro il 30.6.2023)** **Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)**	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente e dalle Ripartizioni competenti e su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Redazione e pubblicazione tramite portale ACP
¤	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)		**Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando** **(ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato Entro il 30.6.2023)** **Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attivita' di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati**	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente Le Ripartizioni su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, delibere a contrarre o atti equivalenti e su http://www.sabes.it, Albo pretorio	Redazione e pubblicazione tramite portale ACP
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Verbali delle commissioni di gara** Nel corso del 2023 passaggio da pubblicazione dell'elenco dei verbali a pubblicazione dei verbali dell'autorità di gara. Implementazione dal 2024 della pubblicazione dei verbali della Commissione di valutazione	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure In fase di applicazione nel 2023 e 2024	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su: http://www.sabes.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-di-gare-e-contratti.asp, su http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Tempestivo successivamente alla comunicazione dell'aggiudicazione
¤	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023) Delibera ANAC 264/2023 mod con Delibera 601/2023		**Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC** **Solo in caso di procedure di gare finanziate con risorse PNRR o PNC** Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure In fase di applicazione nel 2023	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Dirigenze Amministrative dell'Ospedale	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Tempestivo successivamente alla comunicazione dell'aggiudicazione
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Contratti** Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo In fase di applicazione nel 2023	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni dalla stipula
¤	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023		**Collegi consultivi tecnici** Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Ripartizione Tecnica e patrimoniale	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni da provvedimento di nomina

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

¤	Art. 47, 3, 3bis, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 D.P.C.M 20 giugno 2023, nonché inclusione lavorativa persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)		**Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC solo in caso di procedure di gare finanziate con risorse PNRR o PNC Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, Entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)**	Tempestivo In fase di applicazione nel 2023	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Dirigenze Amministrative dell'Ospedale	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni da verifica conformità/regolare esecuzione
¤	Art. 47, co. 3, 3bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 D.P.C.M 20 giugno 2023, nonché inclusione lavorativa persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)		**Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC solo in caso di procedure di gare finanziate con risorse PNRR o PNC Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economoi nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. Entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)**	Tempestivo In fase di applicazione nel 2023	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Dirigenze Amministrative dell'Ospedale	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni da verifica conformità/regolare esecuzione
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Fase esecutiva** Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di **approvazione ed autorizzazione** relativi a: **- modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo**	Tempestivo In fase di applicazione nel 2023, per gare sopra soglia EU Dal 1/1/2024 implementazione per procedure sopra 140.000, Esclusi affidamenti diretti come da circolare ACP n. 2/2024	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni dall'adozione
¤	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		**Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione** Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, **importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).**	Annuale (Entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente Ad eccezione dell'importo scostamenti e data conclusione effettiva del contratto, in quanto necessaria modifica software	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti, Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare, Informazioni sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dalla scadenza del 31 gennaio
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; Art. 193, d.lgs. 36/2023	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it, amministrazione trasparente, bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Pubblicazione tramite portale ACP
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10) Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Ripartizione Comunicazione su http://www.sabes.it bandi di gare e contratti con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente, le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ a livello di singola procedura	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni su www.sabes.it, amministrazione-trasparente, bandi di gare e contratti	Entro 30 giorni dall'adozione
¤	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	NON DI COMPETENZA	NON DI COMPETENZA		
¤	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	vedasi, come indicato da ACP: OpenBDAP | I dati della Finanza Pubblica (mef.gov.it) https://openbdap.rgs.mef.gov.it sistema regis monitoraggio e rendicontazione progetti PNRR: https://www.agenziacoesione.gov.it/news_istituzionali/sistema-regis/	Su altra banca dati
□	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento, all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali e delle valutazioni tecniche	Provvedimenti di esclusione (Entro 5 giorni dalla loro adozione, ai sensi dell'art. 90, comma 1 lett. d del codice)	Comunicazione pubblica e/o rivolta ai OE invitati alla gara sul portale SICP (precedentemente al 2023 in attesa di implementazione da parte di SICP che renderà pubblici tutti i provvedimenti di esclusione, dal 2024 pubblicazione su singola procedura)	Ripartizione Acquisti Ripartizione Tecnica e patrimoniale Ingegneria clinica Dirigenze Amministrative dell'Ospedale Ufficio affari generali e assicurazioni Ripartizione Informatica	Le Ripartizioni sul Portale SICP - http://www.bandi-altoadige.it/ su singola procedura	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina l'ammissione alla procedura di affidamento, all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Provvedimenti di ammissione (Entro 2 giorni dalla loro adozione)	La SA si avvale della facoltà riconosciuta dagli art. 24 e 27 della L.P. 17.12.2015, n. 16 i.f.v. di verificare il possesso dei requisiti generali e speciali posticipatamente e limitatamente all'aggiudicatario, quindi non deve adempiere a quest'obbligo di pubblicazione (cfr. circolare ACP n. 3/2016 del 29/12/2016 pt. 3.1).	La SA si avvale della facoltà riconosciuta dagli art. 24 e 27 della L.P. 17.12.2015, n. 16 i.f.v. di verificare il possesso dei requisiti generali e speciali posticipatamente e limitatamente all'aggiudicatario, quindi non deve adempiere a quest'obbligo di pubblicazione (cfr. circolare ACP n. 3/2016 del 29/12/2016 pt. 3.1).	La SA si avvale della facoltà riconosciuta dagli art. 24 e 27 della L.P. 17.12.2015, n. 16 i.f.v. di verificare il possesso dei requisiti generali e speciali posticipatamente e limitatamente all'aggiudicatario, quindi non deve adempiere a quest'obbligo di pubblicazione (cfr. circolare ACP n. 3/2016 del 29/12/2016 pt. 3.1).	
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI							
Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone e enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	
Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi Provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone e enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
			Per ciascun atto:				
	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	
	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone e enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Singole strutture (competenza diffusa)	Ripartizione Comunicazione con rif. al http://www.bandi-altoadige.it/ dove pubblica la Ripartizione competente	
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 BILANCI							
Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro trenta giorni dall'approvazione del bilancio preventivo da parte della PAB
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro trenta giorni dall'approvazione del bilancio preventivo da parte della PAB
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro trenta giorni dall'approvazione del bilancio consuntivo da parte della PAB
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro trenta giorni dall'approvazione del bilancio consuntivo da parte della PAB
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di rimodificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	L'art. 1 del d.lgs. n. 91/2011 prevede l'obbligo di presentare un documento denominato "Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio" alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, ad esclusione delle regioni, degli enti locali, dei loro enti e organismi strumentali e degli enti del Servizio sanitario nazionale".		
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 BENI IMMOBILI E GESTIONE DEL PATRIMONIO							
Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiormnamento
Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiormnamento
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE							
Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile della Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14. c. 4. lett. c). d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Responsabile della Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Responsabile della Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, proceendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla trasmissione
Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Contestualmente alla pubblicazione del bilancio
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	http://www.corteconti.it/sezioni_regionali/trentino_alto_adige_bolzano	Entro 5 giorni dal ricevimento del rilievo
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 SERVIZI EROGATI							
Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione Comunicazione	Ripartizione Comunicazione	Continuativa
Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti e omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direzione amministrativa / Ufficio legale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla ricezione
	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direzione amministrativa / Ufficio legale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla ricezione
	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direzione amministrativa / Ufficio legale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla adozione
Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermei e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione pianificazione e controllo	Ripartizione Comunicazione	
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	I criteri di formazione delle liste d'attesa e i tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata i bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attivita' medica svolta	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)mensilmente	Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale	Riparitzione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale e Ripartizione Comunicazione	Entro il giorno 20 di ogni mese per il mese precedente
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Ripartizione informatica Ripartizione Comunicazione	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31 marzo di ciascun anno

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE							
Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro 5 giorni dalla data dell'elaborazione del documento
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro 5 giorni dalla data di determinazione dell'indicatore
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Entro 5 giorni dalla data di determinazione dell'indicatore
			Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze	Ripartizione Comunicazione	Contestualmente alla pubblicazione dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione finanze - Normativa vieta la pubblicazione dell'IBAN in quanto i pagamenti devono avvenire tramite PagoPa	Ripartizione Comunicazione	Secondo le Linee Guida AGID e le indicazioni dell'ANAC, per evitare che gli utenti effettuino bonifici non integrati con pagoPA, è fatto divieto ai soggetti obbligati per legge all'adesione a pagoPA di pubblicare in qualsiasi modo l'IBAN di accredito
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 OPERE PUBBLICHE							
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione tecnica e patrimoniale	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni da adozione
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione tecnica e patrimoniale	BDAP - strutture competenti	Entro 30 giorni da rilevazione
			Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione tecnica e patrimoniale	BDAP - strutture competenti	Entro 30 giorni da rilevazione
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO							
	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NON DI COMPETENZA		
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 INFORMAZIONI AMBIENTALI							
	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	La pubblicazione delle informazioni ambientali non rientrano direttamente nell'ambito di competenza dell'Azienda Sanitaria. Le informazioni ambientali che l'Amministrazione Provinciale detiene ai fini delle proprie attività istituzionali sono reperibili al presente link: https://amministrazione-trasparente.provincia.bz.it/it/informazioni-ambientali messo a disposizione in questa sezione		
		Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica e i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi e altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente e analisi costi-benefici e altre analisi e ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi e analisi costi-benefici e altre analisi e ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli eifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE							
	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione prestazioni sanitarie e assistenza territoriale	Ripartizione prestazioni sanitarie e assistenza territoriale	Entro 30 giorni dalle relative deliberazioni della Direzione Generale
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Ripartizione prestazioni sanitarie e assistenza territoriale	Ripartizione prestazioni sanitarie e assistenza territoriale	Entro 30 giorni dalle relative deliberazioni della Direzione Generale
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA							
	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	PUBBLICAZIONE DELLE INFORMAZIONI COVID 19 con i rispettivi link		
	Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei Provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ALTRI CONTENUTI - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE							
	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) PTPCT - sezione anticorruzione e trasparenza PIAO come disposto dal DL n. 80/2021 convertito in L n. 113/2021	Annuale	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Termine 31 gennaio di ciascun anno
	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/201	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla nomina/conferimento incarico
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'adozione
	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (Entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 31 gennaio di ciascun anno

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. e atti di adeguamento a tali Provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. e atti di adeguamento a tali Provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo			
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ALTRI CONTENUTI - ACCESSO CIVICO							
	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall'aggiornamento
	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ALTRI CONTENUTI - ACCESSIBILITA' E CATALOGO DI DATI, METADATI E BANCHE DATI							
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Ripartizione informatica	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall' aggiornamento
	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Ripartizione informatica	Ripartizione Comunicazione	Entro 30 giorni dall' adozione
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (Entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione (tale piano è confluito nel PIAO – vedasi sezione dedicata al lavoro agile -)	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Ripartizione Comunicazione	Ripartizione Comunicazione	Entro il 31 marzo di ciascun anno
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONI LIVELLO 1 ALTRI CONTENUTI - DATI ULTERIORI							
Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate			Ripartizione Comunicazione	
	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ora nel PTPCT	Dati di accesso	Monitoraggio dei dati di accesso alla sezione "Amministrazione trasparente" da parte dei visitatori	Annuale	Ripartizione Comunicazione	Ripartizione Comunicazione	
	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ora nel PTPCT	Giornate della trasparenza	Resoconti delle Giornate della trasparenza	Annuale	Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza	Ripartizione Comunicazione	
	Art. 4, comma 3 L. n. 24/2017	Risarcimenti danni	Risarcimenti danni	Annuale (Entro il 31 marzo)	Ufficio affari generali e assicurazioni	Ripartizione Comunicazione	
	D.lgs. 52/2019 Art 2		Sperimentazione cliniche	Annuale	Servizio per l'innovazione, ricerca e insegnamento ASDAA	Ripartizione Comunicazione	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

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

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 betreffend die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung		**Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile**
Der/die Amstdirektor/in		Il/la Direttore/trice d'Ufficio
	PELLEGRINI INES	
am		in data
	29/12/2025	
hat die fachliche Ordnungsmäßigkeit mittels eines Sichtvermerkes bestätigt		ha emesso il visto di regolarità tecnica
Der/die Abteilungsdirektor/in		Il/la Direttore/trice di Ripartizione
	MARSONER MARKUS	
am		in data
	29/12/2025	
hat die Rechtmäßigkeit mit einem Sichtvermerk bestätigt		ha emesso il visto di legittimità

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge