

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 341
Sitzung vom 07/05/2024
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Arno Kompatscher
Rosmarie Pamer
Marco Galateo
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Magdalena Amhof
Christian Bianchi
Peter Brunner
Ulli Mair
Hubert Messner
Luis Walcher

Generalsekretär

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb
gemäß der Methode der Balanced
Scorecard (BSC) - Jahr 2024

Oggetto:

Indirizzi programmatori all'Azienda
Sanitaria, basati sulla metodica della
Balanced Scorecard (BSC) - anno 2024

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung
nimmt folgendes zur Kenntnis:

der Landesgesundheitsplan 2016-2020 (Beschluss der Landesregierung vom 29.11.2016, Nr. 1331), sieht im Abschnitt 3 „Governance“ vor, dass die Landesregierung und die Abteilung Gesundheit dem Sanitätsbetrieb die Planungsrichtlinien vorgibt und die Kontrolle über den Durchführungsstand der Zielvorgaben durchführt.

Gemäß Art. 2, Absatz 3 des L.G. Nr. 3 vom 21.04.2017 stehen der Landesregierung folgende Aufgaben zu:

- die Genehmigung des Landesgesundheitsplans und der Fachpläne sowie der auf Landesebene geltenden Ausrichtungs- und Planungsakte,
- die Bewertung der vom Südtiroler Sanitätsbetrieb erzielten Ergebnisse sowie die Bewertung der Zielerreichung seitens der Generaldirektorin/des Generaldirektors,
- die Festlegung der Verfahren und Modalitäten für die Überprüfung der Gesamtergebnisse des Landesgesundheitsdienstes anhand geeigneter Kriterien zur Verwaltungs- und Finanzkontrolle sowie für die Prüfung der Übereinstimmung dieser Ergebnisse mit den Vorgaben der Landesgesundheitsplanung.

Der Art. 11, Absatz 1 des L.G. Nr.3 vom 21.04.2017, sieht vor, dass das Arbeitsverhältnis des Generaldirektors durch einen privatrechtlichen Arbeitsvertrag mit einer Laufzeit von drei bis fünf Jahren geregelt wird, der verlängert werden kann.

Derselbe Artikel sieht im Absatz 4 vor, dass der Amtsbezug des Generaldirektors um höchstens 15 Prozent erhöht werden kann, wenn die Gebarungsergebnisse sowie die Erreichung der Gesundheitsziele und der Arbeitsziele der Dienste positiv bewertet werden; jene Ziele werden dem Generaldirektor/der Generaldirektorin von der Landesregierung bei der Ernennung und in der Folge jährlich zugewiesen.

Derselbe Artikel sieht im Absatz 6 vor, dass das Land zur Bewertung der Tätigkeit der Generaldirektorin/des Generaldirektors, die 24 Monate nach der Ernennung erfolgt, die Kriterien und Bewertungssysteme anwenden, die von den Regionen und den Autonomen Provinzen

La Giunta Provinciale
Prende atto di quanto segue:

il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 (Deliberazione della Giunta provinciale DGP del 29/11/2016, n. 1331) al capitolo 3 “La governance” stabilisce che la Giunta provinciale e la Ripartizione salute hanno il compito di definire le linee di indirizzo programmatiche all'Azienda sanitaria e di controllare lo stato del processo attuativo degli obiettivi strategici provinciali e aziendali.

In base all'art. 2, co. 3 della L.P. n. 3 del 21/04/2017, alla Giunta Provinciale competono:

- l'approvazione del piano sanitario provinciale e dei piani di settore nonché degli atti di indirizzo e di programmazione provinciale;
- la valutazione dei risultati conseguiti dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, nonché la valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte della direttrice/del direttore generale;
- l'individuazione delle procedure e delle modalità per la verifica dei risultati complessivi del SSP tramite l'impiego di idonei criteri di controllo gestionale e finanziario e per la verifica della conformità degli stessi alla programmazione sanitaria provinciale.

L'art. 11, co.1, della L.P. n. 3 del 21/04/2017, prevede che il rapporto di lavoro del Direttore generale venga regolato mediante un contratto di lavoro di diritto privato di durata dai 3 ai 5 anni, rinnovabile.

Lo stesso articolo al comma 4 prevede che il trattamento economico del direttore generale possa essere integrato da un ulteriore importo, che non può superare il 15 per cento del trattamento economico, previa valutazione positiva dei risultati di gestione e degli obiettivi raggiunti in materia di sanità e di funzionamento dei servizi; tali obiettivi sono assegnati dalla Giunta provinciale alla direttrice/al direttore generale al momento della rispettiva nomina e, successivamente, ogni anno.

Lo stesso articolo al comma 6 prevede che nella valutazione dell'attività della direttrice/del direttore generale 24 mesi dopo la nomina, la Provincia possa applicare i criteri e sistemi di valutazione concordati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano allo

Bozen und Trient zur homogenen Bewertung der Generaldirektorinnen/Generaldirektoren vereinbart wurden. Bei der Bewertung der Tätigkeit der Generaldirektorin/des Generaldirektors wird berücksichtigt, inwieweit die Ziele im Gesundheitsbereich und das wirtschaftliche Gleichgewicht des Sanitätsbetriebs auch in Bezug auf die Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards unter Wahrung der Angemessenheit, Effizienz, Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit erreicht wurden.

Derselbe Artikel sieht unter Abs. 7 vor, dass im Falle nachweislich schwerwiegender Gründe, eines erheblichen Defizits, einer Nichteinhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, einer Verletzung der Grundsätze der Unparteilichkeit und der guten Verwaltungsführung, oder wenn die Ausführung des Führungsauftrags negativ bewertet wird, der Auftrag für den Generaldirektor verfällt.

Aufgrund der Artikel 2 und 5 des Landesgesetzes Nr. 14 vom 05.11.2001, „Normen bezüglich Planung, Buchhaltung, Controlling und Vertragsabkommen des Landesgesundheitsdienstes“, gestaltet der Sanitätsbetrieb seine Tätigkeiten nach der Planungsmethode in Übereinstimmung mit den Inhalten und Vorgaben der gesetzlichen Bestimmungen des Staates und des Landes, des Landesgesundheitsplanes und den Ausrichtungs- und Planungsrichtlinien der Landesregierung und aufgrund der Geldmittel, die die Landesregierung zur Verfügung stellt.

Mit eigenem Beschluss Nr. 2700 vom 25.7.2005 wurde festgelegt, die Methode der Balanced Scorecard zur Erarbeitung der jährlichen Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb anzuwenden.

Die Vereinbarung zwischen dem Landesrat für Gesundheit und dem Generaldirektor über die Bewertung des persönlichen Leistungsprofils ist fakultativ und wird nach Genehmigung des gegenständlichen Beschlusses unterschrieben.

Die Neufestsetzung der Ziele des Generaldirektors im Hinblick auf außergewöhnliche Ereignisse und/oder unvorhergesehene Situationen kann von den Beteiligten im Laufe des Jahres, insbesondere während der halbjährlichen Überprüfung, beantragt werden. Alle diesbezüglichen Entscheidungen werden an den zuständigen Landesrat übertragen, der zur Vereinfachung des Verfahrens seine Stellungnahme mittels eines einfachen Schreibens abgibt. Die Vereinbarung über die vorzunehmenden Änderungen ist gültig, wenn sie von beiden Parteien unterzeichnet ist. Diese Ände-

scopo di assicurare omogeneità nella valutazione delle direttrici e dei direttori generali. Nella valutazione dell'attività della direttrice/del direttore generale si tiene conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza erogata in condizioni di appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità e sicurezza.

Lo stesso articolo al comma 7 prescrive altresì che è dichiarata la decadenza del Direttore generale dall'incarico e la risoluzione del contratto in caso di gravi e comprovati motivi, di grave disavanzo o di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e d'imparzialità dell'amministrazione, nonché in caso di valutazione negativa dello svolgimento dell'incarico dirigenziale.

In base agli artt. 2 e 5 della Legge provinciale del 05/11/2001, n. 14 "Norme in materia di programmazione, contabilità, controllo di gestione e di attività contrattuale del SSP", l'Azienda sanitaria informa la propria attività al metodo della programmazione, in armonia con i contenuti e gli indirizzi delle norme di legge statali e provinciali, del Piano sanitario provinciale, degli atti di indirizzo e di programmazione della Giunta provinciale e in base alle risorse finanziarie messe a sua disposizione dalla Giunta provinciale.

Con DGP del 25/07/2005, n. 2700 è stato deciso di adottare la metodologia della Balanced Scorecard, per l'elaborazione degli indirizzi programmatori annuali all'Azienda sanitaria.

L'accordo tra l'Assessore alla Salute e il Direttore generale per la valutazione delle performance personali è opzionale e viene sottoscritto dopo l'approvazione della presente delibera.

La rideterminazione degli obiettivi del Direttore Generale, alla luce di eventi straordinari e/o di situazioni impreviste, può essere richiesta dalle parti in corso d'anno, in particolare durante il monitoraggio semestrale. Eventuali decisioni in merito sono delegate all'Assessore competente, che si esprime mediante lettera, al fine di semplificare il procedimento. L'accordo sulle modifiche concordate è valido se riporta la firma di entrambe le parti. È fatto salvo il recepimento di tutte le modifiche occorse con la delibera che fissa gli obiettivi BSC dell'anno successivo.

rungen werden mit dem Beschluss zur Festlegung der BSC-Ziele für das darauffolgende Jahr genehmigt.

Der gegenständliche Beschluss bringt keine Mehrausgaben zulasten des Landeshaushaltes mit sich.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. die Planungsrichtlinien 2024 für den Sanitätsbetrieb zu genehmigen, die Folgendes enthalten:
 - die Zielsetzung 2024, versehen mit den dazugehörigen Indikatoren (ANHANG 1-2024),
 - den Detailbogen zu den einzelnen Zielvorgaben/Indikatoren für 2024 (ANHANG 2-2024) und
 - die Bewertungskriterien der Leistung des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes ab 2024 (ANHANG 3-2024);
2. die Möglichkeit vorzusehen, die festgelegte Untergrenze der einzelnen Indikatoren infolge außerordentlicher Umstände und/oder Ereignisse neu zu verhandeln. Die Neufestsetzung der Ziele des Generaldirektors kann von den Beteiligten im Laufe des Jahres, insbesondere während der halbjährlichen Überprüfung, beantragt werden. Alle diesbezüglichen Entscheidungen werden an den zuständigen Landesrat übertragen, der seine Stellungnahme mit einem Schreiben mitteilt. Die Vereinbarung über die vorzunehmenden Änderungen ist gültig, wenn sie von beiden Parteien unterzeichnet ist. Diese Änderungen werden dann mit dem Beschluss zur Festlegung der BSC-Ziele für das darauffolgende Jahr genehmigt;
3. dass jener Anteil des Entgeltes, der von der Zielerreichung abhängt, gemäß dem mit dem Generaldirektor des Sanitätsbetriebes abgeschlossenen Vertrag ermittelt wird;
4. die jährliche Bewertung der vom Generaldirektor gemäß ANHANG 3-2024 der vorliegenden Maßnahme erreichten Betriebsergebnisse an den Landesrat zu delegieren.

La presente delibera non comporta ulteriori spese sul bilancio provinciale.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare gli indirizzi di programmazione strategica 2024 all'Azienda sanitaria, contenenti:
 - gli obiettivi che l'Azienda sanitaria dovrà conseguire nel 2024, corredati dai relativi indicatori (ALLEGATO 1-2024);
 - le schede di dettaglio di ogni singolo obiettivo/indicatore per il 2024 (ALLEGATO 2-2024) e
 - i criteri di valutazione delle performance del Direttore dell'Azienda sanitaria a partire dall'anno 2024 (ALLEGATO 3-2024);
2. di prevedere la possibilità di rinegoziare i limiti dei singoli indicatori fissati alla luce di eventi straordinari e/o di situazioni impreviste. La rideterminazione degli obiettivi del Direttore Generale può essere richiesta dalle parti in corso d'anno, in particolare durante il monitoraggio semestrale. Eventuali decisioni in merito sono delegate all'Assessore competente che si esprime mediante lettera. L'accordo sulle modifiche concordate è valido se riporta la firma di entrambe le parti. È fatto salvo il recepimento di tutte le modifiche occorse durante l'anno con la delibera che fissa gli obiettivi BSC dell'anno successivo;
3. di determinare l'ammontare del compenso legato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dal contratto che verrà stipulato con il Direttore generale dell'Azienda sanitaria;
4. di delegare all'Assessore competente l'annuale valutazione dei risultati aziendali conseguiti dal Direttore Generale ai sensi dell'ALLEGATO 3-2024 del presente provvedimento.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G. P.

ALLEGATO 1-2024 - Indirizzi di programmazione strategica all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per l'anno 2024

ID	MACRO OBIETTIVO 2024	OBIETTIVO 2024	INDICATORE 2024	PUNTEGGIO	Uff. proponente	Unità referente AS
A) Assistenza territoriale e ospedaliera e messa in rete delle stesse				30		
A.1	Sviluppo della rete dei servizi territoriali, definizione coerente della rete organizzativa e miglioramento dei percorsi di presa in carico dei pazienti e dei processi operativi clinici e amministrativi	1. Sviluppo ulteriore delle collaborazioni tra i servizi per la doppia diagnosi 2. Predisposizione di un protocollo aziendale sulla riduzione del danno nei servizi per le dipendenze, attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro 3. Implementazione di protocolli antiviolenza, con riferimento particolare alla violenza sulle donne 4. Attuazione dei tre percorsi aziendali elaborati nel 2023. Psicologia scolastica: implementazione del concetto sviluppato nel 2023 e sua valutazione. Psicologia di base: elaborazione di un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro. Definizione di un nuovo protocollo clinico-gestionale aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici 5. Sviluppo dei percorsi di presa in carico tempestiva dei pazienti affetti da ASD (Autistic Spectrum Disorder - Disturbo dello Spettro Autistico) e implementazione nel nuovo catalogo prestazioni e flusso informativo 6. Implementazione progressiva della riorganizzazione della rete odontoiatrica 7. Riduzione dei ricoveri ripetuti in ambito psichiatrico 8. Riorganizzazione delle reti dei consultori familiari pubblici e privati	1. Approvato e implementato il protocollo di collaborazione sulla doppia diagnosi nel settore delle dipendenze, che coinvolga anche il Pronto Soccorso e le Medicine 2. Predisposto e approvato il protocollo aziendale per la riduzione del danno 3. Implementati i protocolli clinici (assistenza e follow-up) e amministrativi per il contrasto della violenza sulle donne, sui minori e sugli uomini 4. Implementati i tre percorsi aziendali (responsabilità dei servizi nella rete, neuropsicologia, assistenza dei neonati a rischio). Psicologia scolastica: implementato il concetto, tenuto conto delle risorse disponibili, e sua valutazione. Psicologia di base: elaborato un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro "Psicologia di base". E' definito un ulteriore percorso aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici 5. Numero pazienti con ASD presi in carico sui pazienti in attesa per fasce d'età. Adottato nuovo catalogo da tutti i professionisti che operano per il servizio di psichiatria dell'età evolutiva e alimentato il flusso dati provinciale 6. È implementata progressivamente la riorganizzazione della rete odontoiatrica per le prestazioni curative ospedaliere e territoriali ed è definita la rete per l'assistenza protesica e ortodontica 7. Confronto e analisi dei fattori che possono avere un ruolo sull'eccesso di ricoveri ripetuti nei reparti psichiatrici, al fine dell'individuazione di misure condivise che portino alla riduzione delle riospedalizzazioni 8. È organizzata la rete dei consultori familiari pubblici, progressiva implementazione	25%	Ufficio Assistenza sanitaria / Ufficio Economia sanitaria	Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale
A.2	Riordino Cure primarie, "Chronic Care Model", PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), DM n. 77/2022	Progressiva attuazione del riordino delle cure primarie ai sensi degli obblighi PNRR e DM 77/2022, oltre che del "Chronic Care Model"	1. I pazienti trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), la quale comprende le cure palliative domiciliari, sono almeno 10.191 a fine 2024, nel rispetto dei 5 livelli assistenziali definiti a livello statale e per ogni AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) 2. I comprensori sanitari concludono la mappatura delle attività da gestire a livello territoriale e propongono un cronoprogramma di trasferimento dall'ospedale al territorio 3. Sono implementati i percorsi clinici integrati di trasferimento delle attività dall'ospedale al territorio previsti per il 2024 (diabetologia, oculistica, dermatologia)	40%	Ufficio Assistenza sanitaria	Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale
A.3	Sviluppo della rete ospedaliera e reti tempodipendenti	1. Riorganizzazione della rete ospedaliera con individuazione delle prestazioni erogabili dai vari ospedali, dei servizi di riferimento aziendali/servizi unici e delle altre forme di aggregazione di unità operative (dipartimenti, collaborazioni vincolanti, aree funzionali omogenee) 2. e 3. Miglioramento dell'assistenza nell'ambito delle reti tempodipendenti attraverso l'elaborazione e il monitoraggio di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali)	1. Sulla base della mappatura e dell'analisi conclusa nel 2023, è predisposto entro aprile 2024 il programma operativo di rimodulazione organizzativa ed è attuato per la parte prevista per il 2024 2. Per ciascuna delle reti tempodipendenti il percorso clinico definito nel 2023 è implementato 3. I PDTA delle reti tempodipendenti sono monitorati ed è predisposta la relazione annuale di valutazione di esito (ai sensi delle Linee guida 24/01/2018)	25%	Ripartizione Salute / Ufficio Assistenza sanitaria	Direzione sanitaria e direzione amministrativa
A.4	Riorganizzazione del dipartimento aziendale di prevenzione	Riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione da funzionale a strutturale e sua implementazione	È implementato il dipartimento di prevenzione strutturale, dopo aver approvato tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del medesimo	10%	Ufficio prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica	Direzione sanitaria e tecnico assistenziale
A. TOTALE				100%		
B) Qualità, Appropriatezza, Risk Management, Ricerca e Innovazione; Governo liste di attesa				15		
B.1	Miglioramento della qualità e della gestione del rischio clinico	Sviluppo organizzativo del Risk Management in Azienda e informatizzazione della gestione degli eventi sentinella	1. La rete aziendale e comprensoriale per la gestione del Risk Management e della sicurezza del paziente è definita e organizzata 2. I flussi di segnalazione degli eventi sentinella sono informatizzati, così da facilitarne la rilevazione, la comunicazione e il costante monitoraggio	20%	Ufficio Governo sanitario-UOGC	Direzione sanitaria e tecnico assistenziale
B.2	Nuovo Sistema di garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza): miglioramento indicatori di esito	Sostanziale miglioramento della performance aziendale risultante dagli indicatori del sistema di garanzia dei LEA	1. La performance aziendale è migliorata rispetto all'anno precedente (2022): l'area di prevenzione ha raggiunto il punteggio di >60 e sono migliorati gli indicatori deficitari delle aree distrettuale e ospedaliera 2. Sono aumentate del 5% le segnalazioni e le prese in carico da parte del servizio di cure palliative (rispetto ai flussi hospice e Cure Palliative domiciliari dell'anno precedente)	25%	Ufficio Assistenza sanitaria / Osservatorio per la salute	Direzione sanitaria e tecnico assistenziale
B.3	Ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici	Miglioramento della distribuzione del farmaco nelle strutture pubbliche dell'Azienda Sanitaria (Ospedali e servizi territoriali) e nelle case per anziani	1. È elaborato un progetto finalizzato a gestire il farmaco anche in dose unitaria personalizzata per le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali (distretti, case della comunità, ospedali di comunità). Il progetto prevede come opzione anche l'estensione del servizio alle case per anziani. 2. È elaborato un progetto pilota per la distribuzione del farmaco a pazienti in ADI anche attraverso le farmacie territoriali aperte al pubblico che preveda eventualmente sistemi automatizzati di distribuzione dei farmaci in monodose (farmacia dei servizi)	20%	Ufficio Governo sanitario	Direzione sanitaria e direzione amministrativa
B.4	Monitoraggio e contenimento delle liste d'attesa	Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti - Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa	1. È predisposto un catalogo degli interventi chirurgici che individui tra l'altro la complessità e la priorità degli interventi stessi (ricoveri) 2. Sono definiti gli interventi chirurgici rispetto ai quali vanno ridotti i tempi di attesa e contestuale riduzione degli stessi nel rispetto del piano 3. Sono ridotti i tempi di attesa del 15% delle prestazioni con priorità (prime visite ed esami strumentali) 4. SPA (Flusso di specialistica ambulatoriale): è sviluppata la maggiore offerta aziendale da parte di tutti i reparti, in particolare, la radiologia (RM - Risonanza Magnetica) in linea con gli obiettivi del piano	35%	Ufficio Governo sanitario	Direzione sanitaria
B. TOTALE				100%		
C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione				20		
C.1	Sviluppo della medicina di genere	Sviluppo della medicina di genere nella formazione continua e nella ricerca	Medicina di genere nella formazione continua: 1. È elaborata una direttiva interna aziendale, secondo la quale tutte le iniziative formative tecnico-specifiche devono obbligatoriamente tenere in considerazione l'aspetto della medicina di genere. La rilevazione del raggiungimento dell'obiettivo è effettuata tramite il questionario di gradimento ECM adattato allo scopo Medicina di genere nella ricerca: 2. L'azienda sanitaria prevede obbligatoriamente la considerazione dell'aspetto di genere nei progetti di ricerca finanziata con fondi propri. Nel caso che l'aspetto della medicina di genere non fosse scientificamente rilevante, il progetto è finanziabile solo se tale eccezione è esaurientemente motivata	10%	Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario	Direzione sanitaria
C.2	Affinamento del modello e aggiornamento del fabbisogno triennale del personale	Affinamento del modello e aggiornamento del fabbisogno triennale del personale	È aggiornato il fabbisogno del personale per il triennio 2025-2027, strutturato in conformità alle disposizioni nazionali e al PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)	40%	Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario	Direzione amministrativa

ID	MACRO OBIETTIVO 2024	OBIETTIVO 2024	INDICATORE 2024	PUNTEGGIO	Uff. proponente	Unità referente AS
C.3	Efficientamento del processo di assunzione del personale	1. Implementazione su vasta scala del modello "One Stop Shop", punto di riferimento informativo e di supporto operativo per il personale da assumere 2.Valutazione degli impatti e dei risultati del punto "One Stop Shop"	1. Sono definite le persone di riferimento per i Comprensori sanitari entro giugno 2024 ed è estesa l'implementazione del punto di riferimento informativo e di supporto operativo "One Stop Shop" in modo capillare in tutta l'Azienda sanitaria 2. È somministrato il questionario di gradimento entro ottobre 2024: i risultati sono raccolti e valutati, sono sviluppate le azioni di miglioramento per il 2025	30%	Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario	Direzione amministrativa
C.4	Sviluppo della ricerca e dell'innovazione	Implementazione condizioni preliminari e contrattuali riferite al personale ASDAA per la partenza del corso di medicine & surgery e rinforzo partecipazione ai bandi di ricerca in campo sanitario	1. Il personale sanitario che opererà come docente o tutor risulta individuato almeno per l'anno accademico 2024/2025 2. Nei contratti di lavoro del personale sanitario, individuato come docente o tutor, risultano specificati oneri e doveri (ore da dedicare oltre all'assistenza anche all'insegnamento / tutoraggio) 3. L'ASDAA ha partecipato ad almeno 5 bandi di ricerca nazionale e internazionale	20%	Ufficio Governo sanitario- UOGC / Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario	Direzione sanitaria e direzione amministrativa
C. TOTALE				100%		
D) Gestione, pianificazione e controllo				15		
D.1	Adozione e attuazione del nuovo atto aziendale, ivi inclusi l'organigramma e il funzionigramma e ottimizzazione dei processi/procedimenti amministrativi aziendali	Definizione dell'assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale: consolidamento del riordino organizzativo già adottato e progressiva definizione e attuazione del riordino dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari	1. È completata e consolidata l'implementazione dell'atto aziendale, dell'organigramma e del funzionigramma dei servizi amministrativi 2. Sono definiti/unificati i procedimenti amministrativi e ridefiniti/formalizzati i processi aziendali (almeno cinque) -SI VEDA SCHEDA DI DETTAGLIO 3. È approvato il riordino organizzativo, ivi incluso organigramma e funzionigramma, dei seguenti servizi sanitari: dipartimento di prevenzione strutturale, rete ospedaliera (ivi inclusi i centri aziendali di riferimento e le collaborazioni vincolanti) e i servizi già previsti nel 2023 e non già adottati formalmente	25%	Ufficio Economia sanitaria	Direzione generale
D.2	Miglioramento della governance organizzativo-gestionale ed economico-finanziaria	Avanzamento del progetto di certificabilità del bilancio	1. Sono attuate le azioni necessarie alla risoluzione degli eventuali rilievi formulati dall'ente certificatore con riferimento allo stato patrimoniale 2022, già oggetto di certificazione; 2. È certificato il bilancio consuntivo aziendale 2023; 3. Il programma annuale di audit 2024 è formalizzato, eseguito e si è concluso con la produzione del rapporto finale di audit che evidenzia risultati e proposte di azioni correttive	20%	Ufficio Economia sanitaria	Direzione generale
D.3	Miglioramento dell'attività di monitoraggio, valutazione e rendicontazione della gestione delle situazioni emergenziali, tra cui Covid-19 e rincari energetici	Aggiornamento tempestivo dei piani operativi emergenziali, coerenza degli interventi effettuati con i piani, correttezza e coerenza della rendicontazione delle spese/costi, complete e tempestive relazioni di valutazione ed esito quando richieste a livello statale o provinciale	1. L'aggiornamento dei piani operativi emergenziali e di tutti gli interventi è tempestivo, gli interventi effettuati sono coerenti con i piani 2. La rendicontazione delle spese è puntuale e avviene tramite appositi centri di costo e con le ulteriori modalità di tipo contabile indicate a livello nazionale e provinciale e da quelle individuate dall'ASDAA. In particolare rendicontazione puntuale delle spese sostenute nelle varie linee di intervento approvate dal Ministero della Salute 3. Le scadenze per l'invio di bilanci, documenti di programmazione, piani di produzione, relazioni di performance sono rispettate 4. Sono prodotte le relazioni richieste a livello statale e provinciale, in forma esaustiva, corretta e dettagliata	10%	Ripartizione salute (con tutti gli uffici)	Direzione generale
D.4	Implementazione PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) Missione 6 e PNC (Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR)	Miglioramento della programmazione, controllo e rendicontazione per la gestione del PNRR e PNC	Sono assicurati tutti gli obblighi informativi relativamente alla programmazione, al monitoraggio, al controllo e alla rendicontazione degli interventi, con riferimento al PNRR Missione 6 e al PNC - SI VEDA SCHEDA DI DETTAGLIO	25%	Ripartizione salute (tutti gli uffici)	Direzione generale
D.5	Sviluppo sistema di controllo qualità delle strutture pubbliche e private in attuazione della nuova legge sulla concorrenza L. 118 del 05/08/2022 e DM 19/12/2022	Tempestività e completezza nell'elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati Affinamento del modello di controllo qualità, esiti per le strutture pubbliche e private	1. Tempestiva e completa elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati 2. La rendicontazione per la spesa delle strutture private convenzionate è tempestiva: sono rispettate le scadenze fissate dalla delibera della GP e dal report concordato con l'Azienda 3. Numero indicatori di qualità ed esito predisposti e monitorati presso le strutture pubbliche e private convenzionate col SSP (Servizio Sanitario Provinciale) 4. Numero e relazione rilievi effettuati, criticità emerse: invio della relazione esiti e misure correttive alla Ripartizione salute entro il 30 aprile di ogni anno per l'anno precedente	20%	Ufficio assistenza sanitaria / Ufficio Governo sanitario / Ufficio economia sanitaria	Direzione sanitaria e amministrativa
D. TOTALE				100%		
E) Sistemi di comunicazione e informativi				20		
E.1	Sviluppo processo di dematerializzazione e in generale ottimizzazione dei flussi informativi nazionali	Sviluppo processo di dematerializzazione dei dispositivi medici, della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Sviluppo dei controlli e completezza dei flussi informativi	1. È funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei presidi e quest' ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali 2. È dematerializzata la gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie (esclusa la prescrizione) da parte delle strutture private accreditate, nel caso di nuovi contratti e rinnovi contrattuali, nel rispetto della normativa vigente 3. I controlli SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) proseguono ed è definita la loro implementazione per il 2024 con la Ripartizione salute 4. Sono messi a disposizione della PAB (Provincia Autonoma di Bolzano) i dati della dematerializzata specialistica e farmaceutica in SAP, secondo i tracciati definiti dalla PAB e in modo continuativo 5. Progetto "revisione dei flussi informativi": risolte le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2024 6. Sono recepite le nuove specifiche per la prescrizione ed erogazione delle prestazioni a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi LEA di cui al DPCM 12.01.2017	10%	Ufficio Governo sanitario/ Ufficio Assistenza sanitaria/ Ufficio Economia sanitaria	Direzione amministrativa e sanitaria
E.2	Implementazione nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e sistemi informativi territoriali (dipendenze e NPIA)	Implementazione Sistema Informativo Ospedaliero (SIO): 1. Diffusione dei Moduli Software "Accettazione-Dimissione-Trasferimento (ADT) e gestione di reparto NGH-ADT" 2. Diffusione dei Moduli di Pronto Soccorso "NGH - PS" (Next Generation Health - Pronto Soccorso) e Order Entry "NGH -OE" 3. Implementazione dei Moduli Software Cartella Clinica di ricovero e infermieristica "NGH_CCE (Cartella Clinica Elettronica) di ricovero" 4. Diffusione dei Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale" del Modulo "NGH - e Prescribe " e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" 5. Implementazione del Modulo di Gestione delle Sale Operatorie: estensione del nuovo software in tutti gli ospedali, accompagnamento amministrativo-informatico dell'implementazione 6. Progettazione nuovo software per le dipendenze e per l'alimentazione del rivisitato flusso NPIA	1. I nuovi Moduli Software ADT e gestione di Reparto sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico. 2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico. 3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero e Infermieristica sono funzionanti: al 100% entro il 30/06/2024 nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano; nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024. 4.I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione-Somministrazione- Monitoraggio)" e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" sono diffusi a Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024. 5. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024 6. È definito il progetto per l'introduzione del nuovo Software gestionale per i servizi delle dipendenze e adeguato il software per alimentare il flusso NPIA aggiornato	20%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa
E.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	1. Utilizzo delle funzionalità del "Portale per collaboratori dei documenti sanitari dematerializzati- Personale medico" da parte dei medici di ASDAA (gestione accordi di consultazione del FSE per conto di pazienti, consulenza/richiamo nel FSE dei documenti clinici e dei dati ad accesso autorizzato dalle persone trattate) 2. Adeguamento dei sistemi informativi aziendali per l'alimentazione del FSE secondo quanto previsto nelle linee guida ministeriali per l'introduzione del FSE 2.0	1. Sono stati effettuati gli incontri di presentazione delle funzionalità di consultazione dei dati del FSE con i medici ospedalieri e territoriali di ASDAA 2. I sistemi aziendali tra i quali anche il laboratorio di analisi inviano al FSE i documenti e i dati secondo gli standard previsti dalle specifiche del FSE 2.0, nel rispetto delle tempistiche definite nel POR (Piano Operativo Regionale) del PNRR	20%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale

ID	MACRO OBIETTIVO 2024	OBIETTIVO 2024	INDICATORE 2024	PUNTEGGIO	Uff. proponente	Unità referente AS
E.4	Implementazione dei sistemi informatici relativi al PNRR	1. Estensione dell'utilizzo del software per le Centrali Operative Territoriali (COT), completamento delle integrazioni con le cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con il FSE 2. Corretta e completa alimentazione di almeno 2 nuovi flussi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) legati al PNRR 3. Corretta e completa alimentazione del flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare), inclusivo delle cure palliative domiciliari	1. Estensione dell'utilizzo della piattaforma COT per la gestione di ulteriori setting assistenziali (trasferimento in letti intermedi , trasferimento in strutture convenzionate) 2. Sono progettati e alimentati i nuovi flussi NSIS e MEF previsti in ambito PNRR M6 (Missione 6): consultori familiari CF ex art. 24 LEA e riabilitazione territoriale ex art 34 LEA 3. È alimentato il flusso SIAD in tutti i comprensori, anche per la parte di cure palliative domiciliari (UCP-DOM)	15%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale
E.5	Interoperabilità informatica con i Ministeri della Salute e del MEF	Realizzazione dell' integrazione anagrafe assistiti BDPA (Banca Dati Provinciale degli Assistibili) con la nuova Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)	Completamento dell'integrazione di ANA con l' infrastruttura provinciale FSE, cartella clinica MMG, repository AFT	10%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa
E.6	Sviluppo della Telemedicina	Rendere operativa la piattaforma di telemedicina sul territorio provinciale (Televisita, Teleconsulto oncologico, Telecontrollo e Teleconsulto dei dispositivi impiantabili in cardiologia, Teleassistenza, Telemonitoraggio dei pazienti diabetici)	1. Entro dicembre 2024 è implementata l' infrastruttura secondo le indicazioni nazionali, la quale permette l'interoperabilità dei processi di scambio dei dati sanitari secondo un livello di integrazione sia di tipo orizzontale tra le strutture sia di tipo verticale, consentendo ai dati di poter confluire nel fascicolo sanitario elettronico 2. Trattamento del 5% della popolazione ultrasessantacinquenne (>65) con iniziative di telemedicina (telemonitoraggio, televisita...)	15%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa
E.7	Migrazione al Cloud e roadmap per la Cyber Security	Attuare il piano di migrazione al Cloud finanziato con i fondi del PNRR. Attuare gli interventi definiti nella RoadMap della Cyber Security	Sono avviati i progetti di migrazione al Cloud dei dati e dei servizi digitali e di adozione delle misure minime di sicurezza previste da ACN (Agenzia de la Cybersicurity Nazionale) nell ambito degli interventi della missione 1 del PNRR.	10%	Ufficio Governo sanitario	Direzione amministrativa e generale
E. TOTALE				100%		
TOTALE COMPLESSIVO BSC				100		

ID	HAUPTZIEL 2024	ZIEL 2024	INDIKATOR 2024	PUNKTE	Bezugseinheit des Landes	Bezugseinheit des Sanitätsbetriebes
A) Dienste und Leistungen des Territoriums, Krankenhauses und deren Vernetzung				30		
A.1	Entwicklung des Netzes der territorialen Dienste, einheitliche Festlegung des Organisationsnetzes und Verbesserung der Pfade für die Patientenübernahme sowie der operativen klinischen und verwaltungstechnischen Verfahren	1. Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Diensten für Doppeldiagnosen 2. Ausarbeitung eines Protokolls auf Betriebsebene zur Reduzierung von Schäden in der Betreuung von Suchterkrankungen durch die Einrichtung eines Arbeitstisches 3. Umsetzung von Protokollen gegen die Gewalt, insbesondere in Bezug auf Gewalt gegen Frauen 4. Umsetzung der 3 betrieblichen Pfade, die im 2023 ausgearbeitet wurden. Schulpsychologie: Umsetzung des im Jahr 2023 ausgearbeiteten Konzeptes und dessen Bewertung. Basispsychologie: Ausarbeitung eines Konzeptes innerhalb der entsprechenden Arbeitsgruppe. Festlegung eines neuen klinisch-verwaltungstechnischen Protokolls zur Tätigkeit, die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführt wird. 5. Entwicklung von frühzeitigen Betreuungspfaden für Patienten mit ASD (Störungen des autistischen Spektrums) und Einführung in den neuen Leistungskatalog und Informationsfluss 6. Schrittweise Umsetzung der Reorganisation des zahnärztlichen Netzes 7. Verringerung der wiederholten Einweisungen im Bereich der Psychiatrie 8. Neuorganisation des Netzes der öffentlichen und privaten Familienberatungsstellen	1. Genehmigung und Umsetzung des Protokolls zur Zusammenarbeit bezüglich der Doppeldiagnose im Bereich Suchterkrankungen, wo auch die Notaufnahme und die Medizinabteilungen miteinbezogen sind 2. Vorbereitung und Genehmigung des Betriebsprotokolls für die Verringerung der Schäden 3. Umsetzung der klinischen Protokolle (Betreuung und Follow-up) und Verwaltungsprotokolle gegen die Gewalt an Frauen, Minderjährigen und Männern 4. Die 3 betrieblichen Pfade (Verantwortung der Dienste im Netzwerk, Neuropsychologie, Betreuung der Risiko-Neugeborenen) sind umgesetzt. Schulpsychologie: das Konzept ist mit Rücksicht auf die verfügbaren Ressourcen umgesetzt und bewertet. Basispsychologie: ein Konzept ist innerhalb der Arbeitsgruppe "Basispsychologie" ausgearbeitet. Ein weiterer betrieblicher Pfad ist für die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführte Tätigkeit festgelegt 5. Anzahl nach Altersgruppen der Patienten mit ASD, die aus der Warteliste übernommen wurden. Übernahme des neuen Katalogs durch alle Fachleute, die für den Dienst der Kinder-und Jugendpsychiatrie arbeiten, und Einspeisung in den landesweiten Datenfluss 6. Schrittweise Umstrukturierung des zahnärztlichen Netzwerkes für die Leistungen im und außerhalb des Krankenhauses und Einrichtung eines Netzwerkes für die prothetische und kieferorthopädische Betreuung 7. Vergleich und Analyse der Faktoren, die bei der übermäßigen Zahl von wiederholten Einweisungen in psychiatrische Abteilungen eine Rolle spielen können, mit dem Ziel, gemeinsame Maßnahmen zu ermitteln, die zu einer Verringerung der wiederholten Einweisungen ins Krankenhaus führen 8. Neustrukturierung des Netzwerkes der öffentlichen Familienberatungsstellen, schrittweise Einführung	25%	Amt für Gesundheitsbetreuung / Amt für Gesundheitsökonomie	Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion
A.2	Neuorganisation der Grundversorgung, "Chronic Care Model", PNRR (Nationaler Wiederaufbauplan), MD Nr. 77/2022	Schrittweise Umsetzung der Reorganisation der Grundversorgung gemäß den PNRR-Verpflichtungen und dem MD 77/2022 sowie dem "Chronic Care Model"	1. Die Zahl der in ADI behandelten Patienten (Integrierte häusliche Betreuung) einschließlich häuslicher Palliativpflege beträgt am Ende 2024 mindestens 10.191, in Übereinstimmung mit den 5 auf nationaler Ebene und für jede TFA (Territoriale Funktionelle Aggregation) festgelegten Pflegestufen 2. Die Gesundheitsbezirke vervollständigen die Übersicht der auf dem Territorium zu verwaltenden Tätigkeiten und schlagen einen Zeitplan für die Verlegung vom Krankenhaus auf das Territorium vor 3. Die für 2024 geplanten integrierten klinischen Pfade zur Verlagerung der Tätigkeiten vom Krankenhaus auf das Territorium wurden umgesetzt (Diabetologie, Augenheilkunde, Dermatologie)	40%	Amt für Gesundheitsbetreuung	Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion
A.3	Neuorganisation des Krankenhausnetzes und zeitabhängige Netzwerke	1.Neuorganisation des Krankenhausnetzwerks mit Festlegung der von den verschiedenen Krankenhäusern erbringbaren Leistungen, der gemeinsamen Referenzleistungen/Einzelleistungen und andere Formen der Zusammenlegung von betriebsweiten operativen Einheiten (Abteilungen, verbindliche Kooperationen, homogene Funktionsbereiche) 2. und 3. Verbesserung der Betreuung innerhalb zeitabhängiger Netzwerke durch die Entwicklung und Überwachung von PDTAs (Diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade)	1. Auf der Grundlage der im Jahr 2023 abgeschlossenen Übersicht und Analyse wird der operative Plan zur organisatorischen Umgestaltung innerhalb April 2024 vorbereitet und für den für 2024 geplanten Teil umgesetzt 2. Für jedes zeitabhängige Netzwerk welches im Jahr 2023 definiert wurde, ist der klinische Pfad umgesetzt 3. Die PDTA der zeitabhängigen Netzwerke werden überwacht und es wird ein jährlicher Bericht zur Bewertung der Ergebnisse erstellt (gemäß den Richtlinien 24.01.2018)	25%	Abteilung Gesundheit / Amt für Gesundheitsbetreuung	Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion
A.4	Umstrukturierung der Betriebsabteilung für Prävention	Umstrukturierung der Abteilung für Prävention von einer funktionalen zu einer strukturellen Abteilung und deren Umsetzung	Die Abteilung für strukturelle Prävention wird nach Genehmigung aller Verwaltungsakte zur Einrichtung und Umsetzung derselben eingerichtet.	10%	Amt für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit	Sanitätsdirektion und Pflegedirektion
A. SUMME				100%		
B) Qualität, Angemessenheit, Risk management, Forschung und Entwicklung; Wartezeiten				15		
B.1	Verbesserung der Qualität und der Verwaltung des klinischen Risikos	Organisatorische Entwicklung des Risk-Managements im Sanitätsbetrieb und Informatisierung der Verwaltung der besonders schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella")	1. Das Netzwerk auf Betriebs- und Bezirksebene zur Umsetzung des Risk-Managements und zur Gewährleistung der Patientensicherheit ist festgelegt und organisiert. 2. Die Datenflüsse zur Mitteilung der schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella") sind informatisiert, sodass die Erfassung, Mitteilung und die ständige Überwachung erleichtert werden.	20%	OEKF/Amt für Gesundheitssteuerung	Sanitätsdirektion und Pflegedirektion
B.2	Neues System zur Sicherstellung der WBS/LEA (Wesentliche Betreuungsstandards): Verbesserung der Ergebnisindikatoren	Erhebliche Verbesserung der Betriebsleistung anhand der Indikatoren des Garantiesystems der WBS/LEA	1. Die Betriebsleistung hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2022) verbessert: Der Präventionsbereich hat einen Wert von >60 erreicht und die Defizitindikatoren im Bezirks- und Krankenhausbereich haben sich verbessert 2. Die Meldungen und Patientenübernahmen durch den Palliativpflegedienst stiegen um 5 % (im Vergleich zu den Datenflüssen der Hospiz- und häuslichen Palliativpflege des Vorjahres)	25%	Amt für Gesundheitsbetreuung/ Beobachtungsstelle für Gesundheit	Sanitätsdirektion und Pflegedirektion
B.3	Optimierung der pharmazeutischen Betreuung und der Medizinprodukte	Verbesserung der Medikamentenverteilung in den öffentlichen Einrichtungen des Sanitätsbetriebes (Krankenhäuser und territoriale Dienste) und in den Seniorenwohnheimen	1. Das Projekt, das die Verteilung von Arzneimitteln auch in personalisierten Einzeldosen ermöglicht, ist für öffentliche Krankenhäuser und territoriale Dienste (Sprengel, Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser) ausgearbeitet. Das Projekt soll als Option auch die Ausweitung des Dienstes für die Seniorenheime vorsehen. 2. Das Pilotprojekt für die Verteilung der Arzneimittel an "ADI"-Patienten (integrierte häusliche Betreuung) auch durch öffentlich zugängliche Apotheken, das eventuell ein automatisiertes personalisiertes Einzeldosisverteilungssystem (Apotheke der Dienstleistungen) vorsieht, ist ausgearbeitet.	20%	Amt für Gesundheitssteuerung	Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion
B.4	Überwachung und Eindämmung der Wartelisten	Umsetzung der im Landesplan zur Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Ziele und Aktualisierungen. Anwendung der Organisationsmodelle für die Verwaltung der Wartelisten	1.Es wird ein Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe erstellt, in dem unter anderem deren Komplexität und Priorität angegeben werden (stationär) 2.Es werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen. Die Wartezeiten dieser Eingriffe werden so wie im Plan verogesehen, reduziert 3. Die Wartezeiten der Leistungen mit Priorität (Erstvisiten und Instrumentaldiagnostik) sind um 15% verringert 4. SPA (Datenfluss der ambulanten Fachmedizin): Das erhöhte Angebot des Betriebs wurde in allen Abteilungen entwickelt, insbesondere in der Radiologie (MR - Magnetresonanz) in Übereinstimmung mit den Zielen des Plans	35%	Amt für Gesundheitssteuerung	Sanitätsdirektion
B. SUMME				100%		

ID	HAUPTZIEL 2024	ZIEL 2024	INDIKATOR 2024	PUNKTE	Bezugseinheit des Landes	Bezugseinheit des Sanitätsbetriebes
C) Personal: Entwicklung, Findung und Bindung				20		
C.1	Entwicklung der Gendermedizin	Entwicklung der Gendermedizin in Weiterbildung und Forschung	Gendermedizin in der Weiterbildung: 1. Es wird eine betriebliche interne Anweisung herausgegeben, dass alle fachspezifischen Weiterbildungsinitiativen den Aspekt der Gendermedizin berücksichtigen müssen. Die Erreichung des Ziels wird anhand des für diesen Zweck angepassten CME-Fragebogens zur Zufriedenheit gemessen. Gendermedizin in der Forschung: 2. Der Sanitätsbetrieb schreibt die Beachtung des Gender-Aspekts für alle Forschungsprojekte, die mit eigenen Geldmitteln finanziert werden, verpflichtend vor. Sollte der Aspekt der Gendermedizin aus wissenschaftlicher Sicht nicht relevant sein, ist das Projekt finanzierbar, sofern diese Ausnahme ausführlich begründet wird.	10%	Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen	Sanitätsdirektion
C.2	Weiterentwicklung des Modells und Aktualisierung des dreijährigen Personalbedarfs	Weiterentwicklung des Modells und Aktualisierung des dreijährigen Personalbedarfs	Der Personalbedarf für den Dreijahreszeitraum 2025-2027, der gemäß den nationalen Bestimmungen und dem PIAO (Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan) strukturiert ist, wird aktualisiert	40%	Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen	Verwaltungsdirektion
C.3	Rationalisierung des Einstellungsverfahrens für das Personal	1. Breite Umsetzung des Modells "One Stop Shop", ein Informations- und Unterstützungspunkt für das einzustellende Personal. 2. Bewertung der Auswirkungen und Ergebnisse des "One Stop Shop"	1. Die Bezugspersonen für die Gesundheitsbezirke werden (innerhalb Juni 2024) ernannt und die Implementierung des Informations- und Unterstützungspunkts „One Stop Shop“ wird kapillar auf den gesamten Sanitätsbetrieb ausgeweitet 2. Innerhalb Oktober 2024 wird der Bewertungsfragebogen verteilt: Die Ergebnisse werden gesammelt und ausgewertet, Verbesserungsmaßnahmen werden für 2025 entwickelt	30%	Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen	Verwaltungsdirektion
C.4	Entwicklung von Forschung und Innovation	Umsetzung der vorvertraglichen und vertraglichen Bedingungen in Bezug auf das SABES-Personal für den Beginn des Medizin- und Chirurgiestudiengangs und Verstärkung der Teilnahme an Ausschreibungen zur medizinischen Forschung	1. Das Gesundheitspersonal, welches als Lehrer oder Tutor arbeitet, wurde schon ermittelt, mindestens für das Jahr 2024/2025 2. In den Arbeitsverträgen des Gesundheitspersonals, das als Lehrer oder Tutor bezeichnet wird, werden Aufgaben und Pflichten festgelegt (Stunden, die für den Unterricht/Tutor sowie für die Betreuung aufgewendet werden müssen) 3. SABES hat bei mindestens 5 nationalen Ausschreibungen im Bereich Forschung teilgenommen	20%	Amt für Gesundheitssteuerung / OEKF/ Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen	Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion
C. SUMME				100%		
D) Führung, Planung und Kontrolle				15		
D.1	Einführung und Umsetzung der neuen Betriebsordnung, einschließlich des Organigramms und des Funktionsplans.Optimierung der betrieblichen Verwaltungsabläufe und -verfahren	Festlegung der Organisationsstruktur durch die Verabschiedung der neuen Betriebsordnung: Konsolidierung der bereits umgesetzten organisatorischen Neuordnung und schrittweise Festlegung und Umsetzung der Neuordnung der Organisation und Arbeitsweise der Gesundheitsdienste	1. Die Umsetzung der Betriebsordnung, des Organigramms und des Funktionsplans der Verwaltungsdienste ist abgeschlossen und konsolidiert 2. Verwaltungsabläufe werden festgelegt/vereinheitlicht und Betriebssprozesse neu überarbeitet/formalisiert (mindestens fünf) SIEHE DETAILBOGEN 3. Die organisatorische Reorganisation, einschließlich Organigramm und Funktionsplan, der folgenden Gesundheitsdienste wird genehmigt: Abteilung für strukturelle Prävention, Krankenhausnetzwerk (einschließlich gemeinsamer Bezugszentren und verbindlicher Kooperationen) und die bereits für 2023 geplanten und noch nicht formell eingeführten Dienste	25%	Amt für Gesundheitsökonomie	Generaldirektion
D.2	Verbesserung des organisatorischen, verwaltungs- und wirtschaftlich-finanziellen Managements.	Weiterentwicklung des Projekts zur Zertifizierbarkeit des Haushalts	1. Die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung etwaiger Beanstandungen des Zertifizierungsorgans in Bezug auf die bereits zertifizierte Bilanz des Jahres 2022, werden umgesetzt. 2. Die Abschlussbilanz 2023 wird zertifiziert 3. Das jährliche Auditprogramm 2024 wird festgelegt, durchgeführt und mit der Erstellung des endgültigen Auditberichts abgeschlossen, in dem die Ergebnisse und Vorschläge für Korrekturmaßnahmen aufgezeigt werden.	20%	Amt für Gesundheitsökonomie	Generaldirektion
D.3	Verbesserung der Überwachungs-, Bewertungs- und Rechnungslegungssaktivitäten im Umgang mit Notfallsituationen, einschließlich Covid-19 und Energiepreiserhöhungen.	Rechtzeitige Aktualisierung der operativen Notfallpläne, Übereinstimmung der durchgeführten Maßnahmen mit den Plänen, Richtigkeit und Kohärenz der Ausgaben-/Kostenrechnungslegung, vollständige und zeitnahe Bewertungs- und Ergebnisberichte, wenn auf Staats- oder Landesebene angefordert	1. Die Aktualisierung der operativen Notfallpläne und aller Maßnahmen erfolgt rechtzeitig, die durchgeführten Maßnahmen stimmen mit den Plänen überein 2. Die Rechnungslegung über die Ausgaben erfolgt fristgerecht über spezifische Kostenstellen und mit den zusätzlichen Buchhaltungsmethoden, die auf nationaler und Landesebene sowie vom SABES festgelegt wurden. Insbesondere erfolgt eine pünktliche Meldung der Ausgaben für die verschiedenen vom Gesundheitsministerium genehmigten Maßnahmenbereiche 3. Die Fristen für die Einreichung von Bilanzen, Programmierungsunterlagen, Performance-Berichten und Produktionsplänen werden eingehalten 4. Die auf staatlicher und Landesebene angeforderten Berichte werden in vollständiger, korrekter und detaillierter Form erstellt	10%	Abteilung Gesundheit (alle Ämter)	Generaldirektion
D.4	Umsetzung PNRR (Nationaler Plan für Wiederaufbau und Resilienz) Maßnahme 6 und PNC (Nationaler Plan für ergänzende Investitionen zum PNRR)	Verbesserte Planung, Kontrolle und Rechnungslegung für die Verwaltung des PNRR und des PNC	Alle Informationsverpflichtungen in Bezug auf die Planung, Überwachung, Kontrolle und Rechnungslegung der Eingriffe sind gewährleistet, mit Bezug auf die PNRR-Maßnahme 6 und den PNC. SIEHE DETAILBOGEN	25%	Abteilung Gesundheit (alle Ämter)	Generaldirektion
D.5	Entwicklung des Systems zur Qualitätskontrolle öffentlicher und privater Einrichtungen zur Umsetzung des neuen Wettbewerbsgesetzes L. 118 vom 05/08/2022 und DM 19/12/2022	Pünktlichkeit und Vollständigkeit bei der Erstellung des Bedafs und von Verträgen mit akkreditierten privaten Einrichtungen Verfeinerung des Modells der Qualitätskontrolle, Ergebnisse für öffentliche und private Einrichtungen	1. Fristgerechte und vollständige Erstellung des Bedarfes und von Verträgen mit den akkreditierten privaten Einrichtungen 2. Die Berichterstattung über die Ausgaben der akkreditierten privaten Einrichtungen erfolgt pünktlich: die durch den Beschluss der LR und die im Abkommen mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten vereinbarten Fristen werden eingehalten 3. Anzahl der Qualitäts- und Ergebnisindikatoren, die in den öffentlichen und in den mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebundenen privaten Einrichtungen erstellt und überwacht worden sind. 4. Anzahl und Bericht über durchgeführte Prüfungen sowie aufgetretene Schwierigkeiten: Übermittlung des Ergebnisberichts und der Korrekturmaßnahmen an die Abteilung Gesundheit innerhalb 30. April eines jeden Jahres für das Vorjahr	20%	Amt für Gesundheitsbetreuung/ Amt für Gesundheitssteuerung/ Amt für Gesundheitsökonomie	Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion
D. SUMME				100%		

ID	HAUPTZIEL 2024	ZIEL 2024	INDIKATOR 2024	PUNKTE	Bezugseinheit des Landes	Bezugseinheit des Sanitätsbetriebes
E) Kommunikations- und Informationssysteme				20		
E.1	Entwicklung des Digitalisierungsprozesses und im Allgemeinen Optimierung der nationalen Informationsflüsse	Entwicklung des Prozesses der Digitalisierung von Medizinprodukten, Arzneimitteln und ambulanter Fachmedizin. Entwicklung von Kontrollen und Vollständigkeit der Informationsflüsse	1. Das System zur Verschreibung und Genehmigung der Medizinprodukte ist funktionsfähig und ist mit dem System der Verabreichung der Apotheken auf dem Territorium integriert 2. Die Verwaltung der Phasen von ärztlichen Verschreibungen (außer der Verschreibung selbst) durch akkreditierte private Einrichtungen ist dematerialisiert, sowohl bei neuen Verträgen als auch bei Vertragsverlängerungen, unter Einhaltung der geltenden Vorschriften 3. Die Kontrollen mittels SAP (Landesempfangssystem) werden fortgesetzt und es wird dessen Umsetzung fürs Jahr 2024 mit der Abteilung Gesundheit festgelegt 4. Die Daten der fachärztlichen und pharmazeutischen dematerialisierten Verschreibungen in SAP, werden der Autonomen Provinz Bozen (APB) gemäß den von der APB festgelegten Datenstrukturen kontinuierlich zur Verfügung gestellt. 5. Projekt "Überprüfung des Informationsflusses": Lösung kritischer Fragen im Rahmen des Einsatzplans 2024 6. Die neuen Vorgaben für die Verschreibung und Erbringung der Leistungen werden mit Inkrafttreten der neuen WBS/LEA gemäß DPMR 12.01 .2017 umgesetzt	10%	Amt für Gesundheitsbetreuung/ Amt für Gesundheitssteuerung/ t für Gesundheitsökonomie	Verwaltungsdirektion und Sanitätsdirektion
E.2	Umsetzung eines neuen Krankenhausinformationssystems (KIS) und landesweite Informationssysteme (Suchterkrankungen und NPia)	Umsetzung des Krankenhausinformationssystems (KIS): 1. Verbreitung der Software-Module "Aufnahme-Entlassung-Überweisung (ADT) und Abteilungsleitung NGH-ADT" 2. Verbreitung der Notaufnahme-Module "NGH - PS" (Next Generation Health - Notaufnahme) und Order Entry "NGH - OE" 3. Umsetzung der Software-Module für die Patientenakte für den stationären Bereich und die Pflege "NGH_CCE" (Elektronische Patientenakte) Einweisungen" 4. Verbreitung der Softwaremodule für die ambulante Patienenakte "NGH - Ambulante Patientenakte CCE", des Moduls "NGH - und Prescribe" und "NGH - CUP Einheitliche Vormerkungsstelle WEB (CUPWEB)" 5. Umsetzung des Moduls zur Verwaltung der Operationssäle: Ausweitung der neuen Software auf alle Krankenhäuser, Unterstützung bei der Einführung durch Verwaltung und IT 6. Entwicklung einer neuen Software für Suchterkrankungen und Einspeisung in den überarbeiteten Informationsfluss der NPia	1. Die neuen Software-Module ADT und Abteilungsleitung sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 31.03.2024 im Gesundheitsbezirk Brixen und zu 100% innerhalb dem 30.09.2024 im Gesundheitsbezirk Bruneck 2. Die neuen Software-Module "Notaufnahme-Pronto soccorso" und "Order Entry" sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 31.03.2024 im Gesundheitsbezirk Brixen und zu 100% innerhalb dem 30.09.2024 im Gesundheitsbezirk Bruneck 3. Die Software-Module Patientenakte für stationäre Aufenthalte und Pflege sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 30.06.2024 in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran; im Gesundheitsbezirk Brixen innerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhab dem 30.09.2024. 4.Die Software-Module Ambulante Patientenakte "NGH - CCE", das Modul "NGH - PSM (Verschreibung-Verabreichung- Überwachung)" und NGH - CUP "Einheitliche Vormerkungsstelle WEB (CUPWEB)" sind in Brixen innnerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhalb dem il 30.09.2024 angewandt. 5. Das Modul der Operationssäle ist im Gesundheitsbezirk Brixen innerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhalb dem 30.09.2024 in Betrieb 6. Das Projekt zur Einführung des neuen Verwaltungssoftwares für die Dienste für Suchterkrankungen ist festgelgt und das Software für die Einspeisung des aktualisierten Datenflusses der NPia wurde angepasst	20%	Amt für Gesundheitssteuerung	Verwaltungsdirektion
E.3	Elektronische Gesundheitsakte (Fascicolo Sanitario Elettronico FSE)	1. Nutzung der Funktionalitäten des "Portals für Mitarbeiter von digitalisierten Gesundheitsunterlagen - Ärztliches Personal" durch Ärzte des Sanitätsbetriebes (Verwaltung von FSE-Konsultationsvereinbarungen für den Patienten, Abfrage/Abruf von klinischen Unterlagen und Daten im FSE mit Zugriffsberechtigung durch die behandelten Personen) 2. Anpassung der betrieblichen Informationssysteme zur Einspeisung des FSE gemäß den ministeriellen Leitlinien zur Einführung des FSE 2.0	1. Es wurden Treffen veranstaltet, um den Krankenhaus- und Gebietsärzten des Sanitätsbetriebes die Funktionen der FSE-Datenabfrage vorzustellen 2. Die Betriebssysteme, darunter auch das Analyselabor, übermitteln Dokumente und Daten an den FSE gemäß den in den FSE 2.0 genannten Standards und in Übereinstimmung mit den im POR (Piano Operativo Regionale/Regionaler Operationsplan) des PNRR festgelegten Fristen	20%	Amt für Gesundheitssteuerung	Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion
E.4	Umsetzung von IT-Systemen im Zusammenhang mit dem PNRR	1. Ausweitung der Nutzung der Software für die Territorialen Einsatzzentralen (COT), Abschluss der Zusammenlegung mit den Krankenakten der Haus- und Kinderärzte freier Wahl und mit dem FSE 2. Korrekte und vollständige Einspeisung von mindestens 2 neuen NSIS-Datenflüsse (New Health Information System), die mit dem PNRR verbunden sind 3. Korrekte und vollständige Einspeisung des SIAD-Datenfluss (Informationssystem für die Überwachung der häuslichen Betreuung), einschließlich der häuslichen Palliativpflege	1. Erweiterung der Nutzung der COT-Plattform für die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen) 2. Die im PNRR, M6 (Mission 6) vorgesehenen neuen NSIS- und MEF-Datenflüsse werden entwickelt und gespeist: Familienberatungsstellen CF gemäß Art. 24 LEA und territoriale Rehabilitation gemäß Art. 34 LEA 3. Der SIAD-Datenfluss wird in allen Bezirken gespeist, auch für den Teil der häuslichen Palliativpflege (UCP-DOM)	15%	Amt für Gesundheitssteuerung	Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion
E.5	IT-Interoperabilität mit dem Gesundheitsministerium und dem MWF (Ministerium für Wirtschaft und Finanzen)	Integrierung der BDPA (Landesdatenbank für betreute Personen) mit der neuen nationalen Datenbank für betreute Personen (ANA)	Abschluss der Integrierung von ANA in die FSE-Infrastruktur des Landes, die Krankenakte des Hausarztes und das AFT-Repository	10%	Amt für Gesundheitssteuerung	Verwaltungsdirektion
E.6	Entwicklung der Telemedizin	Inbetriebnahme der Plattform für Telemedizin auf Landesebene (Televisite, Telekonsultation in der Onkologie, Telekontrolle und Telekonsultation von implantierbaren Geräten in der Kardiologie, Telebetreuung, Telemonitoring von Diabetikern)	1. Innerhalb Dezember 2024 wird die Infrastruktur entsprechend den nationalen Vorgaben umgesetzt, die die Interoperabilität der Prozesse zum Austausch von Gesundheitsdaten auf einem Niveau ermöglicht, das sowohl die horizontale Integration zwischen den Einrichtungen als auch die vertikale Integration ermöglicht, so dass die Daten in die elektronische Patientenakte eingebracht werden können 2. Behandlung von 5 % der über 65-jährigen Bevölkerung mit telemedizinischen Maßnahmen (Telemonitoring, Telemedizin...)	15%	Amt für Gesundheitssteuerung	Verwaltungsdirektion
E.7	Migration in die Cloud und Roadmap für die Cyber Security	Umsetzung des mit PNRR-Mitteln finanzierten Plans zur Cloud-Migration Umsetzung der in der Roadmap für Cyber Security festgelegten Maßnahmen	Die Projekte zur Migration von Daten und digitalen Diensten in die Cloud und zur Einführung von Mindestsicherheitsmaßnahmen, die von der ACN (Nationale Agentur für Cybersecurity) im Rahmen der Maßnahmen der Mission 1 des PNRR vorgesehen sind, sind bereits im Gange	10%	Amt für Gesundheitssteuerung	Generaldirektion und Verwaltungsdirektion
E. SUMME				100%		
GESAMTSUMME BSC				100		

A) Assistenza territoriale e ospedaliera e messa in rete delle stesse
MACRO OBIETTIVO Sviluppo della rete dei servizi territoriali, definizione coerente della rete organizzativa e miglioramento dei percorsi di presa in carico dei pazienti e dei processi operativi clinici e amministrativi
OBIETTIVO A.1 1. Sviluppo ulteriore delle collaborazione tra i servizi per la doppia diagnosi 2. Predisposizione di un protocollo aziendale sulla riduzione del danno nei servizi per le dipendenze, attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro 3. Implementazione di protocolli antiviolenza, con riferimento particolare alla violenza sulle donne 4. Attuazione dei tre percorsi aziendali elaborati nel 2023. Psicologia scolastica: implementazione del concetto sviluppato nel 2023 e sua valutazione. Psicologia di base: elaborazione di un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro. Definizione di un nuovo protocollo clinico-gestionale aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici 5. Sviluppo dei percorsi di presa in carico tempestiva dei pazienti affetti da ASD (Autistic Spectrum Disorder - Disturbo dello Spettro Autistico) e implementazione nel nuovo catalogo prestazioni e flusso informativo 6. Implementazione progressiva della riorganizzazione della rete odontoiatrica 7. Riduzione dei ricoveri ripetuti in ambito psichiatrico 8. Riorganizzazione delle rete dei consultori familiari pubblici e privati
DESCRIZIONE Al fine di potenziare la rete dei servizi e il miglioramento dei processi clinici e amministrativi, l'Azienda è chiamata a lavorare su più fronti esemplificativi di una realtà molto complessa. Le scelte circa la configurazione della rete dal punto di vista organizzativo e dei processi operativi clinici e amministrativi sono affidate all'Azienda in collaborazione con gli uffici della Ripartizione salute.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. Approvato e implementato il protocollo di collaborazione sulla doppia diagnosi nel settore delle dipendenze, che coinvolga anche il Pronto Soccorso e le Medicine 2. Predisposto e approvato il protocollo aziendale per la riduzione del danno 3. Implementati i protocolli clinici (assistenza e follow-up) e amministrativi per il contrasto della violenza sulle donne, sui minori e sugli uomini 4. Implementati i tre percorsi aziendali (responsabilità dei servizi nella rete, neuropsicologia, assistenza dei neonati a rischio). Psicologia scolastica: implementato il concetto, tenuto conto delle risorse disponibili, e sua valutazione. Psicologia di base: elaborato un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro "Psicologia di base". E' definito un ulteriore percorso aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici 5. Numero pazienti con ASD presi in carico sui pazienti in attesa per fasce d'età. Adottato nuovo catalogo da tutti i professionisti che operano per il servizio di psichiatria dell'età evolutiva e alimentato il flusso dati provinciale 6. È implementata progressivamente la riorganizzazione della rete odontoiatrica per le prestazioni curative ospedaliere e territoriali ed è definita la rete per l'assistenza protesica e ortodontica 7. Confronto e analisi dei fattori che possono avere un ruolo sull'eccesso di ricoveri ripetuti nei reparti psichiatrici, al fine dell'individuazione di misure condivise che portino alla riduzione delle riospedalizzazioni 8. È organizzata la rete dei consultori familiari pubblici, progressiva implementazione L'indicatore per il punto 1) vale il 5% dell'obiettivo, per il punto 2) il 5% dell'obiettivo, per il punto 3) il 10% dell'obiettivo, per il punto 4) il 15% dell'obiettivo, per il punto 5) il 20% dell' obiettivo, per il punto 6) il 20% dell' obiettivo, per il punto 7) il 5% dell' obiettivo, per il punto 8) il 20% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Assistenza sanitaria / Ufficio Economia sanitaria
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale

A) Dienste und Leistungen des Territoriums, Krankenhauses und deren Vernetzung
HAUPTZIEL Entwicklung des Netzes der territorialen Dienste, einheitliche Festlegung des Organisationsnetzes und Verbesserung der Pfade für die Patientenübernahme sowie der operativen klinischen und verwaltungstechnischen Verfahren
ZIEL A.1 1. Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Diensten für Doppeldiagnosen 2. Ausarbeitung eines Protokolls auf Betriebsebene zur Reduzierung von Schäden in der Betreuung von Suchterkrankungen durch die Einrichtung eines Arbeitstisches 3. Umsetzung von Protokollen gegen die Gewalt, insbesondere in Bezug auf Gewalt gegen Frauen 4. Umsetzung der 3 betrieblichen Pfade, die im 2023 ausgearbeitet wurden. Schulpsychologie: Umsetzung des im Jahr 2023 ausgearbeiteten Konzeptes und dessen Bewertung. Basispsychologie: Ausarbeitung eines Konzeptes innerhalb der entsprechenden Arbeitsgruppe. Festlegung eines neuen klinisch-verwaltungstechnischen Protokolls zur Tätigkeit, die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführt wird. 5. Entwicklung von frühzeitigen Betreuungspfaden für Patienten mit ASD (Störungen des autistischen Spektrums) und Einführung in den neuen Leistungskatalog und Informationsfluss 6. Schrittweise Umsetzung der Reorganisation des zahnärztlichen Netzes 7. Verringerung der wiederholten Einweisungen im Bereich der Psychiatrie 8. Neuorganisation des Netzes der öffentlichen und privaten Familienberatungsstellen
BESCHREIBUNG Um das Netzwerk der Dienste zu stärken und die klinischen und verwaltungstechnischen Prozesse zu verbessern, muss der Sanitätsbetrieb an mehreren Fronten arbeiten, die eine sehr komplexe Realität darstellen. Die Entscheidungen über die organisatorische Gestaltung des Netzes und die klinischen und verwaltungstechnischen Betriebsabläufe liegen in der Verantwortung des Sanitätsbetrieb in Zusammenarbeit mit den Ämtern der Abteilung Gesundheit.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Genehmigung und Umsetzung des Protokolls zur Zusammenarbeit bezüglich der Doppeldiagnose im Bereich Suchterkrankungen, wo auch die Notaufnahme und die Medizinabteilungen miteinbezogen sind 2. Vorbereitung und Genehmigung des Betriebsprotokolls für die Verringerung der Schäden 3. Umsetzung der klinischen Protokolle (Betreuung und Follow-up) und Verwaltungsprotokolle gegen die Gewalt an Frauen, Minderjährigen und Männern 4. Die 3 betrieblichen Pfade (Verantwortung der Dienste im Netzwerk, Neuropsychologie, Betreuung der Risiko-Neugeborenen) sind umgesetzt. Schulpsychologie: das Konzept ist mit Rücksicht auf die verfügbaren Ressourcen umgesetzt und bewertet. Basispsychologie: ein Konzept ist innerhalb der Arbeitsgruppe "Basispsychologie" ausgearbeitet. Ein weiterer betrieblicher Pfad ist für die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführte Tätigkeit festgelegt 5. Anzahl nach Altersgruppen der Patienten mit ASD, die aus der Warteliste übernommen wurden. Übernahme des neuen Katalogs durch alle Fachleute, die für den Dienst der Kinder-und Jugendpsychiatrie arbeiten, und Einspeisung in den landesweiten Datenfluss 6. Schrittweise Umstrukturierung des zahnärztlichen Netzwerkes für die Leistungen im und außerhalb des Krankenhauses und Einrichtung eines Netzwerkes für die prothetische und kieferorthopädische Betreuung 7. Vergleich und Analyse der Faktoren, die bei der übermäßigen Zahl von wiederholten Einweisungen in psychiatrische Abteilungen eine Rolle spielen können, mit dem Ziel, gemeinsame Maßnahmen zu ermitteln, die zu einer Verringerung der wiederholten Einweisungen ins Krankenhaus führen 8. Neustrukturierung des Netzwerkes der öffentlichen Familienberatungsstellen, schrittweise Einführung Punkt 1) macht 5% , Punkt 2) 5% , Punkt 3) 10%, Punkt 4) 15% , Punkt 5) 20%, Punkt 6) 20%, Punkt 7) 5%, Punkt 8) 20% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitsbetreuung / Amt für Gesundheitsökonomie
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion

A) Assistenza territoriale e ospedaliera e messa in rete delle stesse
MACRO OBIETTIVO Riordino Cure primarie, "Chronic Care Model", PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), DM n. 77/202:
OBIETTIVO A.2 Progressiva attuazione del riordino delle cure primarie ai sensi degli obblighi PNRR e DM 77/2022, oltre che del "Chronic Care Model"
DESCRIZIONE La prima componente della Missione 6 del PNRR è volta 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), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Presupposto necessario è la definizione e 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.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. I pazienti trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), la quale comprende le cure palliative domiciliari, sono almeno 10.191 a fine 2024, nel rispetto dei 5 livelli assistenziali definiti a livello statale e per ogni AFT (Agregazione Funzionale Territoriale) 2. I comprensori sanitari concludono la mappatura delle attività da gestire a livello territoriale e propongono un cronoprogramma di trasferimento dall'ospedale al territorio 3. Sono implementati i percorsi clinici integrati di trasferimento delle attività dall'ospedale al territorio previsti per il 2024 (diabetologia, oculistica, dermatologia) L'indicatore per il punto 1) vale il 50% dell'obiettivo, per il punto 2) il 10% dell'obiettivo, per il punto 3) il 40% dell'obiettiv
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Assistenza sanitaria
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale

A) Dienste und Leistungen des Territoriums, Krankenhauses und deren Vernetzung
HAUPTZIEL Neuorganisation der Grundversorgung, "Chronic Care Model", PNRR (Nationaler Wiederaufbauplan), MD Nr. 77/202:
ZIEL A.2 Schrittweise Umsetzung der Reorganisation der Grundversorgung gemäß den PNRR-Verpflichtungen und dem MD 77/2022 sowie dem "Chronic Care Model"
BESCHREIBUNG Die erste Komponente der Mission 6 des PNRR zielt darauf ab, die auf dem Territorium erbrachten Dienstleistungen durch die Stärkung und Schaffung von Einrichtungen und territorialen Anlaufstellen (wie Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser), die Stärkung der häuslichen Pflege, die Entwicklung der Telemedizin und eine effektivere Integration mit allen Sozial- und Gesundheitsdiensten zu verbessern. Eine notwendige Voraussetzung ist die Festlegung und Umsetzung einer Reform der Gesundheitsdienste vor Ort, wobei Strukturen und Standards für die Versorgung im Einklang mit den nationalen Vorgaben festgelegt werden.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Die Zahl der in ADI behandelten Patienten (Integrierte häusliche Betreuung) einschließlich häuslicher Palliativpflege beträgt am Ende 2024 mindestens 10.191, in Übereinstimmung mit den 5 auf nationaler Ebene und für jede TFA (Territoriale Funktionelle Aggregation) festgelegten Pflegestufen 2. Die Gesundheitsbezirke vervollständigen die Übersicht der auf dem Territorium zu verwaltenden Tätigkeiten und schlagen einen Zeitplan für die Verlegung vom Krankenhaus auf das Territorium vor 3. Die für 2024 geplanten integrierten klinischen Pfade zur Verlagerung der Tätigkeiten vom Krankenhaus auf das Territorium wurden umgesetzt (Diabetologie, Augenheilkunde, Dermatologie) Punkt 1) macht 50% , Punkt 2) 10% des Indikators aus, Punkt 3) 40% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitsbetreuung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion

A) Assistenza territoriale e ospedaliera e messa in rete delle stesse
MACRO OBIETTIVO Sviluppo della rete ospedaliera e reti tempodipendenti
OBIETTIVO A.3 1.Riorganizzazione della rete ospedaliera con individuazione delle prestazioni erogabili dai vari ospedali, dei servizi di riferimento aziendali/servizi unici e delle altre forme di aggregazione di unità operative (dipartimenti, collaborazioni vincolanti, aree funzionali omogenee) 2. e 3. Miglioramento dell'assistenza nell'ambito delle reti tempodipendenti attraverso l'elaborazione e il monitoraggio di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali)
DESCRIZIONE In ottemperanza a quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, va predisposta una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera, individuando i dipartimenti e le collaborazioni 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 e i processi operativi clinici e amministrativi.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1.Sulla base della mappatura e dell'analisi conclusa nel 2023, è predisposto entro aprile 2024 il programma operativo di rimodulazione organizzativa ed è attuato per la parte prevista per il 2024 2. Per ciascuna delle reti tempodipendenti il percorso clinico definito nel 2023 è implementato 3. I PDTA delle reti tempodipendenti sono monitorati ed è predisposta la relazione annuale di valutazione di esito (ai sensi delle Linee guida 24/01/2018) L'indicatore per il punto 1) vale il 20% dell'obiettivo, per il punto 2) il 60% dell'obiettivo, per il punto 3) il 20% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE Ripartizione Salute / Ufficio Assistenza sanitaria
UNITÀ AS REFERENTE Direzione sanitaria e direzione amministrativa

A) Dienste und Leistungen des Territoriums, Krankenhauses und deren Vernetzung
HAUPTZIEL Neuorganisation des Krankenhausnetzes und zeitabhängige Netzwerke
ZIEL A.3 1.Neuorganisation des Krankenhausnetzwerks mit Festlegung der von den verschiedenen Krankenhäusern erbringbaren Leistungen, der gemeinsamen Referenzleistungen/Einzelleistungen und andere Formen der Zusammenlegung von betriebsweiten operativen Einheiten (Abteilungen, verbindliche Kooperationen, homogene Funktionsbereiche) 2. und 3. Verbesserung der Betreuung innerhalb zeitabhängiger Netzwerke durch die Entwicklung und Überwachung von PDTAs (Diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade)
BESCHREIBUNG Gemäß den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans 2016-2020 muss ein Vorschlag zur Neuorganisation des Krankenhausnetzwerks ausgearbeitet werden. Dabei sollen Abteilungen und verbindliche Kooperationen, Fachbereiche und die erbringbaren Leistungen für die Betreuungssettings nach einem "Hub-and-Spoke"-Modell identifiziert werden. Dies umfasst die Festlegung von betriebsweiten Bezugspunkten und die Definition von Kooperationsmodalitäten innerhalb des Netzwerks sowie klinische und administrative Betriebsprozesse.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Auf der Grundlage der im Jahr 2023 abgeschlossenen Übersicht und Analyse wird der operative Plan zur organisatorischen Umgestaltung innerhalb April 2024 vorbereitet und für den für 2024 geplanten Teil umgesetzt 2. Für jedes zeitabhängige Netzwerk welches im Jahr 2023 definiert wurde, ist der klinische Pfad umgesetzt 3. Die PDTA der zeitabhängigen Netzwerke werden überwacht und es wird ein jährlicher Bericht zur Bewertung der Ergebnisse erstellt (gemäß den Richtlinien 24.01.2018) Punkt 1) macht 20% , Punkt 2) 60%, Punkt 3) 20% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Abteilung Gesundheit / Amt für Gesundheitsbetreuung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion

A) Assistenza territoriale e ospedaliera e messa in rete delle stesse
MACRO OBIETTIVO Riorganizzazione del dipartimento aziendale di prevenzione
OBIETTIVO A.4 Riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione da funzionale a strutturale e sua implementazione
DESCRIZIONE Ai fini della valutazione di un'eventuale modifica degli atti necessari per la riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione, l'ASDAA propone un modello di riorganizzazione del nuovo Dipartimento redatto nel rispetto della normativa vigente in materia, in particolare il Dlgs 502/1992 art. 7, 7-bis, 7-ter, 7-quater, L.P. n. 3/2017 art. 21, delibera della G.P. 508/2018, DM 77/2022. Nel 2024 è previsto l'avvio della riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione e la sua implementazione, dopo aver adeguato le disposizioni normative, qualora necessario
INDICATORE E RISULTATO ATTESO È implementato il dipartimento di prevenzione strutturale, dopo aver approvato tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del medesimo
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica
UNITÀ AS REFERENTE Direzione sanitaria e tecnico assistenziale

A) Dienste und Leistungen des Territoriums, Krankenhauses und deren Vernetzung
HAUPTZIEL Umstrukturierung der Betriebsabteilung für Prävention
ZIEL A.4 Umstrukturierung der Abteilung für Prävention von einer funktionalen zu einer strukturellen Abteilung und deren Umsetzung
BESCHREIBUNG Zur Beurteilung einer möglichen Änderung der erforderlichen Maßnahmen zur Neuorganisation der Abteilung für Prävention schlägt SABES ein Reorganisationsmodell für die neue Abteilung vor, das in Übereinstimmung mit den geltenden einschlägigen Rechtsvorschriften erstellt wurde, insbesondere dem Gesetzesdekret 502/1992 Art. 7, 7-bis, 7-ter, 7-quater, dem Landesgesetz Nr. 3/2017 Art. 21, dem Beschluss der Landesregierung 508/2018, dem Ministerialdekret 77/2022. Die Neuorganisation der Präventionsabteilung soll im Jahr 2024 beginnen und umgesetzt werden, nach Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen, falls erforderlich
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS Die Abteilung für strukturelle Prävention wird nach Genehmigung aller Verwaltungsakte zur Einrichtung und Umsetzung derselben eingerichtet.
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

B) Qualit�, Approprietezza, Risk Management, Ricerca e Innovazione; Governo liste di attesa
MACRO OBIETTIVO Miglioramento della qualità e della gestione del rischio clinico
OBIETTIVO B.1 Sviluppo organizzativo del Risk Management in Azienda e informatizzazione della gestione degli eventi sentinella
DESCRIZIONE Anche nel 2024 l'Azienda prosegue con gli interventi di sviluppo della qualit� e rischio clinico, riferiti ai principali piani nazionali e al programma infezioni correlate all'assistenza.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. La rete aziendale e comprensoriale per la gestione del Risk Management e della sicurezza del paziente � definita e organizzata 2. I flussi di segnalazione degli eventi sentinella sono informatizzati, cos� da facilitarne la rilevazione, la comunicazione e il costante monitoraggio L'indicatore per il punto 1) vale il 60% dell'obiettivo, per il punto 2) il 40% dell'obiettivo
UNIT� PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario-UOGC UNIT� AS REFERENTE Direzione sanitaria e tecnico assistenziale

B) Qualit�, Approprietezza, Risk Management, Ricerca e Innovazione; Governo liste di attesa
MACRO OBIETTIVO Nuovo Sistema di garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza): miglioramento indicatori di esito
OBIETTIVO B.2 Sostanziale miglioramento della performance aziendale risultante dagli indicatori del sistema di garanzia dei LEA
DESCRIZIONE Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) � lo strumento utilizzato a livello statale per verificare - secondo le dimensioni dell'equit�, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG � stato introdotto con il DM 12 marzo 2019, pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed � operativo dal 1.1.2020. Rispetto agli indicatori di monitoraggio l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige presenta margini di miglioramento, legati soprattutto all'alimentazione dei flussi informativi nazionali, che si intendono mettere in atto rapidamente.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. La performance aziendale � migliorata rispetto all'anno precedente (2022): l'area di prevenzione ha raggiunto il punteggio di >60 e sono migliorati gli indicatori deficitari delle aree distrettuale e ospedaliera 2. Sono aumentate del 5% le segnalazioni e le prese in carico da parte del servizio di cure palliative (rispetto ai flussi hospice e Cure Palliative domiciliari dell'anno precedente) L'indicatore per il punto 1) vale l' 80% dell'obiettivo, per il punto 2) il 20% dell'obiettivo
UNIT� PAB REFERENTE Ufficio Assistenza sanitaria / Osservatorio per la salute UNIT� AS REFERENTE Direzione sanitaria e tecnico assistenziale

B) Qualit�, Approprietezza, Risk Management, Ricerca e Innovazione; Governo liste di attesa
MACRO OBIETTIVO Ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici
OBIETTIVO B.3 Miglioramento della distribuzione del farmaco nelle strutture pubbliche dell'Azienda Sanitaria (Ospedali e servizi territoriali) e nelle case per anziani
DESCRIZIONE Al fine di migliorare la governance farmaceutica, ospedaliera e territoriale, col minore utilizzo della risorsa personale, � previsto che l'Azienda sanitaria elabori dei progetti, che prevedono anche l'impatto di un'eventuale distribuzione di farmaci monodose.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. � elaborato un progetto finalizzato a gestire il farmaco anche in dose unitaria personalizzata per le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali (distretti, case della comunit�, ospedali di comunit�). Il progetto prevede come opzione anche l'estensione del servizio alle case per anziani. 2. � elaborato un progetto pilota per la distribuzione del farmaco a pazienti in ADI anche attraverso le farmacie territoriali aperte al pubblico che preveda eventualmente sistemi automatizzati di distribuzione dei farmaci in monodose (farmacia dei servizi) L'indicatore per il punto 1) vale il 50% dell'obiettivo, per il punto 2) il 50% dell'obiettivo
UNIT� PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario UNIT� AS REFERENTE Direzione sanitaria e direzione amministrativa

B) Qualit�, Approprietezza, Risk Management, Ricerca e Innovazione; Governo liste di attesa
MACRO OBIETTIVO Monitoraggio e contenimento delle liste d'attesa
OBIETTIVO B.4 Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti - Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa
DESCRIZIONE Il contenimento dei tempi di attesa � un obiettivo prioritario del Servizio sanitario provinciale, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di uniformit� ed equit�. Sulla base del Piano nazionale delle liste d'attesa 2019-2021, la Provincia ha adottato il proprio Piano Provinciale delle Liste d'Attesa con DGP n. 915 del 05/11/2019. Nel 2024, l'Azienda si impegna a garantire i tempi di attesa e a contenerli ulteriormente, sia con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia ai ricoveri ospedalieri.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. � predisposto un catalogo degli interventi chirurgici che individui tra l'altro la complessit� e la priorit� degli interventi stessi (ricoveri) 2. Sono definiti gli interventi chirurgici rispetto ai quali vanno ridotti i tempi di attesa e contestuale riduzione degli stessi nel rispetto del piano 3. Sono ridotti i tempi di attesa del 15% delle prestazioni con priorit� (prime visite ed esami strumentali) 4. SPA (Flusso di specialistica ambulatoriale): � sviluppata la maggiore offerta aziendale da parte di tutti i reparti, in particolare, la radiologia (RM - Risonanza Magnetica) in linea con gli obiettivi del piano L'indicatore per il punto 1) vale il 10% dell'obiettivo, per il punto 2) il 30% dell'obiettivo, per il punto 3) 30% dell'obiettivo e per il punto 4) 30% dell'obiettivo
UNIT� PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario UNIT� AS REFERENTE Direzione sanitaria

C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione
MACRO OBIETTIVO Sviluppo della medicina di genere
OBIETTIVO C.1 Sviluppo della medicina di genere nella formazione continua e nella ricerca
DESCRIZIONE La medicina di genere va promossa in tutti gli ambiti sanitari, dalla formazione alla ricerca, passando per l'assistenza

B) Qualit�, Angemessenheit, Risk management, Forschung und Entwicklung; Wartezeiten
HAUPTZIEL Verbesserung der Qualit�t und der Verwaltung des klinischen Risikos
ZIEL B.1 Organisatorische Entwicklung des Risk-Managements im Sanit�tsbetrieb und Informatisierung der Verwaltung der besonders schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella")
BESCHREIBUNG Auch im Jahr 2024 setzt der Sanitätsbetrieb die Maßnahmen zur Entwicklung von Qualität und klinischem Risiko fort, die sich auf die wichtigsten nationalen Pläne und das Programm für infektionsbedingte Versorgung beziehen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Das Netzwerk auf Betriebs- und Bezirksebene zur Umsetzung des Risk-Managements und zur Gewährleistung der Patientensicherheit ist festgelegt und organisiert. 2. Die Datenflüsse zur Mitteilung der schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella") sind informatisiert, sodass die Erfassung, Mitteilung und die st�ndige Überwachung erleichtert werden. Punkt 1) macht 60% , Punkt 2) 40% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES OEKF/Amt für Gesundheitssteuerung BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

B) Qualit�, Angemessenheit, Risk management, Forschung und Entwicklung; Wartezeiten
HAUPTZIEL Neues System zur Sicherstellung der WBS/LEA (Wesentliche Betreuungsstandards): Verbesserung der Ergebnisindikatoren
ZIEL B.2 Erhebliche Verbesserung der Betreibleistung anhand der Indikatoren des Garantiesystems der WBS/LEA
BESCHREIBUNG Das Neue Garantiesystem (NSG) ist das Instrument, das auf staatlicher Ebene eingesetzt wird, um - gemäß den Kriterien der Gerechtigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit - zu überprüfen, dass alle italienischen Bürgerinnen und Bürger die Pflege und Leistungen erhalten, die in den wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) enthalten sind. Das NSG wurde durch das MD vom 12. März 2019 eingeführt, am 14. Juni 2019 im Amtsblatt veröffentlicht und ist seit dem 1.1.2020 in Kraft. In Bezug auf die �berwachungsindikatoren hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb Verbesserungspotenzial, das vor allem mit der Einspeisung der nationalen Informationsflüsse zusammenhängt, die schnell umgesetzt werden sollen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Die Betriebsleistung hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2022) verbessert: Der Präventionsbereich hat einen Wert von >60 erreicht und die Defizitindikatoren im Bezirks- und Krankenhausbereich haben sich verbessert 2. Die Meldungen und Patienten�bernahmen durch den Palliativpflegedienst stiegen um 5 % (im Vergleich zu den Datenflüssen der Hospiz- und häuslichen Palliativpflege des Vorjahres) Punkt 1) macht 80% , Punkt 2) 20% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitsbetreuung/ Beobachtungsstelle für Gesundheit BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

B) Qualit�, Angemessenheit, Risk management, Forschung und Entwicklung; Wartezeiten
HAUPTZIEL Optimierung der pharmazeutischen Betreuung und der Medizinprodukte
ZIEL B.3 Verbesserung der Medikamentenverteilung in den öffentlichen Einrichtungen des Sanitätsbetriebes (Krankenhäuser und territoriale Dienste) und in den Seniorenwohnheimen
BESCHREIBUNG Zur Verbesserung der pharmazeutischen Verwaltung, im Krankenhaus und auf dem Territorium, bei geringerem Einsatz von Personal, soll der Sanitätsbetrieb Projekte ausarbeiten, die auch die Auswirkungen einer möglichen Verteilung von Einzeldosis-Medikamenten berücksichtigen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Das Projekt, das die Verteilung von Arzneimitteln auch in personalisierten Einzeldosen ermöglicht, ist für öffentliche Krankenhäuser und territoriale Dienste (Sprengel, Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser) ausgearbeitet. Das Projekt soll als Option auch die Ausweitung des Dienstes für die Seniorenheime vorsehen. 2. Das Pilotprojekt für die Verteilung der Arzneimittel an "ADI"-Patienten (integrierte häusliche Betreuung) auch durch öffentlich zugängliche Apotheken, das eventuell ein automatisiertes personalisiertes Einzeldosisverteilungssystem (Apotheke der Dienstleistungen) vorsieht, ist ausgearbeitet. Punkt 1) macht 50% , Punkt 2) 50% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion

B) Qualit�, Angemessenheit, Risk management, Forschung und Entwicklung; Wartezeiten
HAUPTZIEL Überwachung und Eindämmung der Wartelisten
ZIEL B.4 Umsetzung der im Landesplan zur Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Ziele und Aktualisierungen. Anwendung der Organisationsmodelle für die Verwaltung der Wartelisten
BESCHREIBUNG Die Eindämmung der Wartezeiten ist ein vorrangiges Ziel des Landesgesundheitsdienstes, um die wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) unter den Bedingungen der Einheitlichkeit und Gerechtigkeit zu gewährleisten. Auf der Grundlage des nationalen Plans der Wartelisten 2019-2021 hat das Land mit BLR Nr. 915 vom 05.11.2019 einen eigenen landesweiten Plan für die Wartelisten verabschiedet. Im Jahr 2024 verpflichtet sich der Sanitätsbetrieb, die Wartezeiten zu sichern und weiter zu verkürzen, sowohl bei den ambulanten fachärztlichen Leistungen als auch bei den Krankenhausaufnahmen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1.Es wird ein Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe erstellt, in dem unter anderem deren Komplexität und Priorität angegeben werden (stationär) 2.Es werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen. Die Wartezeiten dieser Eingriffe werden so wie im Plan verogesehen, reduziert 3. Die Wartezeiten der Leistungen mit Priorität (Erstvisiten und Instrumentaldiagnostik) sind um 15% verringert 4. SPA (Datenfluss der ambulanten Fachmedizin): Das erhöhte Angebot des Betriebs wurde in allen Abteilungen entwickelt, insbesondere in der Radiologie (MR - Magnetresonanz) in Übereinstimmung mit den Zielen des Plans Punkt 1) macht 10%, Punkt 2) 30%, Punkt 3) 30%, Punkt 4) 30% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion

C) Personal: Entwicklung, Findung und Bindung
HAUPTZIEL Entwicklung der Gendermedizin
ZIEL C.1 Entwicklung der Gendermedizin in Weiterbildung und Forschung
BESCHREIBUNG Die Gender-Medizin muss in allen Gesundheitsbereichen gef�rdert werden, von der Ausbildung �ber die Betreuung bis zur Forschung

INDICATORE E RISULTATO ATTESO
Medicina di genere nella formazione continua: 1. È elaborata una direttiva interna aziendale, secondo la quale tutte le iniziative formative tecnico-specifiche devono obbligatoriamente tenere in considerazione l’aspetto della medicina di genere. La rilevazione del raggiungimento dell’obiettivo è effettuata tramite il questionario di gradimento ECM adattato allo scopo Medicina di genere nella ricerca: 2. L’azienda sanitaria prevede obbligatoriamente la considerazione dell’aspetto di genere nei progetti di ricerca finanziata con fondi propri. Nel caso che l’aspetto della medicina di genere non fosse scientificamente rilevante, il progetto è finanziabile solo se tale eccezione è esaurientemente motivata L’indicatore per il punto 1) vale il 50% dell’obiettivo, per il punto 2) il 50% dell’obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione sanitaria

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
Gendermedizin in der Weiterbildung: 1. Es wird eine betriebliche interne Anweisung herausgegeben, dass alle fachspezifischen Weiterbildungsinitiativen den Aspekt der Gendermedizin berücksichtigen müssen. Die Erreichung des Ziels wird anhand des für diesen Zweck angepassten CME-Fragebogens zur Zufriedenheit gemessen. Gendermedizin in der Forschung: 2. Der Sanitätsbetrieb schreibt die Beachtung des Gender-Aspekts für alle Forschungsprojekte, die mit eigenen Geldmitteln finanziert werden, verpflichtend vor. Sollte der Aspekt der Gendermedizin aus wissenschaftlicher Sicht nicht relevant sein, ist das Projekt finanzierbar, sofern diese Ausnahme ausführlich begründet wird. Punkt 1) macht 50% , Punkt 2) 50% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Sanitätsdirektion

C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione
MACRO OBIETTIVO
Affinamento del modello e aggiornamento del fabbisogno triennale del personale
OBIETTIVO C.2
Affinamento del modello e aggiornamento del fabbisogno triennale del personale
DESCRIZIONE
In ottemperanza al c. 541 della legge di stabilità 2016, che prevede una rivisitazione delle dotazioni organiche, capace di garantire il rispetto delle disposizioni dell’Unione europea in materia di articolazione dell’orario di lavoro e contestualmente di far fronte alla garanzia dei LEA, nel rispetto delle risorse disponibili e della programamzione provinciale, si chiede all’Azienda sanitaria di procedere all’affinamento della rilevazione del fabbisogno standard del personale e all’aggiornamento dello stesso. Va ricordato che il fabbisogno triennale (PTFP) è un documento costitutivo del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione).
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
È aggiornato il fabbisogno del personale per il triennio 2025-2027, strutturato in conformità alle disposizioni nazionali e al PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione amministrativa

C) Personal: Entwicklung, Findung und Bindung
HAUPTZIEL
Weiterentwicklung des Modells und Aktualisierung des dreijährigen Personalbedarfs
ZIEL C.2
Weiterentwicklung des Modells und Aktualisierung des dreijährigen Personalbedarfs
BESCHREIBUNG
In Übereinstimmung mit Abs. 541 des Stabilitätsgesetzes vom 2016, das eine Überprüfung des Personalbestands vorsieht, um die Einhaltung der EU-Vorschriften zur Arbeitszeitgestaltung sicherzustellen und gleichzeitig die Gewährleistung der WBS im Einklang mit den verfügbaren Ressourcen und der Landesplanung sicherzustellen, ersucht man den Sanitätsbetrieb, die Erhebung des Standardpersonalbedarfs zu verfeinern und zu aktualisieren. Es sei daran erinnert, dass der Dreijahresbedarf ("PTFP") ein Bestandteil des "PIAO" (Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan) ist.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
Der Personalbedarf für den Dreijahreszeitraum 2025-2027, der gemäß den nationalen Bestimmungen und dem PIAO (Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan) strukturiert ist, wird aktualisiert
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Verwaltungsdirektion

C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione
MACRO OBIETTIVO
Efficientamento del processo di assunzione del personale
OBIETTIVO C.3
1. Implementazione su vasta scala del modello "One Stop Shop", punto di riferimento informativo e di supporto operativo per il personale da assumere 2.Valutazione degli impatti e dei risultati del punto "One Stop Shop"
DESCRIZIONE
Le procedure di assunzione implicano molti adempimenti amministrativi ed il coinvolgimento di più uffici. L’ istituzione di una funzione di coordinamento non solo con funzione informativa, ma anche operativa è indispensabile per rendere più efficienti i processi per l’organizzazione e per l’interessato che si confronterà con una sola interfaccia. Nel 2024 si chiede all’Azienda di estendere tale interfaccia a tutti i comprensori e in modo unificato a livello aziendale
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. Sono definite le persone di riferimento per i Comprensori sanitari entro giugno 2024 ed è estesa l’implementazione del punto di riferimento informativo e di supporto operativo "One Stop Shop" in modo capillare in tutta l’Azienda sanitaria 2. È somministrato il questionario di gradimento entro ottobre 2024: i risultati sono raccolti e valutati, sono sviluppate le azioni di miglioramento per il 2025 L’indicatore per il punto 1) vale il 60% dell’obiettivo, per il punto 2) il 40% dell’obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione amministrativa

C) Personal: Entwicklung, Findung und Bindung
HAUPTZIEL
Rationalisierung des Einstellungsverfahrens für das Personal
ZIEL C.3
1. Breite Umsetzung des Modells "One Stop Shop", ein Informations- und Unterstützungspunkt für das einzustellende Personal. 2. Bewertung der Auswirkungen und Ergebnisse des "One Stop Shop"
BESCHREIBUNG
Einstellungsverfahren sind mit zahlreichen Verwaltungsaufgaben und der Beteiligung mehrerer Ämter verbunden. Die Einrichtung einer Koordinierungsfunktion, die nicht nur eine Informationsfunktion, sondern auch eine operative Funktion hat, ist unabdingbar, um die Prozesse für die Organisation und für den Betroffenen, der mit einer einzigen Schnittstelle konfrontiert wird, effizienter zu gestalten. Im Jahr 2024 soll der Sanitätsbetrieb diese Schnittstelle auf alle Bezirke ausweiten und auf Betriebsebene vereinheitlichen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Die Bezugspersonen für die Gesundheitsbezirke werden (innerhalb Juni 2024) ernannt und die Implementierung des Informations- und Unterstützungspunkts „One Stop Shop“ wird kapillar auf den gesamten Sanitätsbetrieb ausgeweitet 2. Innerhalb Oktober 2024 wird der Bewertungsfragebogen verteilt: Die Ergebnisse werden gesammelt und ausgewertet, Verbesserungsmaßnahmen werden für 2025 entwickelt Punkt 1) macht 60% , Punkt 2) 40% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Verwaltungsdirektion

C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione
MACRO OBIETTIVO
Sviluppo della ricerca e dell’innovazione
OBIETTIVO C.4
Implementazione condizioni preliminari e contrattuali riferite al personale ASDAA per la partenza del corso di medicine & surgery e rinforzo partecipazione ai bandi di ricerca in campo sanitario
DESCRIZIONE
Approvazione del Protocollo d’intesa tra la Provincia Autonoma e l’Università Cattolica del Sacro Cuore (DGP 556 del 27.06.2023) per l’istituzione del corso magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia, a partire dall’anno accademico 2024-2025. L’Azienda è chiamata a rispettare la scadenza, realizzando tutte le attività necessarie per la partenza.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. Il personale sanitario che opererà come docente o tutor risulta individuato almeno per l’anno accademico 2024/2025 2. Nei contratti di lavoro del personale sanitario, individuato come docente o tutor, risultano specificati oneri e doveri (ore da dedicare oltre all’assistenza anche all’insegnamento / tutoraggio) 3. L’ASDAA ha partecipato ad almeno 5 bandi di ricerca nazionale e internazionale L’indicatore per il punto 1) vale il 20% dell’obiettivo, per il punto 2) il 30% dell’obiettivo, per il punto 3) 50% dell’obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Governo sanitario-UOGC / Ufficio Personale, formazione e contributi in ambito sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione sanitaria e direzione amministrativa

C) Personal: Entwicklung, Findung und Bindung
HAUPTZIEL
Entwicklung von Forschung und Innovation
ZIEL C.4
Umsetzung der vorvertraglichen und vertraglichen Bedingungen in Bezug auf das SABES-Personal für den Beginn des Medizin- und Chirurgiestudiengangs und Verstärkung der Teilnahme an Ausschreibungen zur medizinischen Forschung
BESCHREIBUNG
Genehmigung des Abkommens zwischen der Autonomen Provinz Bozen (BLR 556 vom 27.06.2023) und der Università Cattolica del Sacro Cuore zur Einrichtung eines Laureatsstudiengangs in Medizin und Chirurgie ab dem Studienjahr 2024-2025. Der Sanitätsbetrieb wird aufgefordert, die Frist einzuhalten, indem er alle für den Start notwendigen Maßnahmen durchführt.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Das Gesundheitspersonal, welches als Lehrer oder Tutor arbeitet, wurde schon ermittelt, mindestens für das Jahr 2024/2025 2. In den Arbeitsverträgen des Gesundheitspersonals, das als Lehrer oder Tutor bezeichnet wird, werden Aufgaben und Pflichten festgelegt (Stunden, die für den Unterricht/Tutor sowie für die Betreuung aufgewendet werden müssen) 3. SABES hat bei mindestens 5 nationalen Ausschreibungen im Bereich Forschung teilgenommen Punkt 1) macht 20% , Punkt 2) 30%, Punkt 3) 50% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Gesundheitssteuerung / OEKF/ Amt für Personal, Bildung und Beiträge im Gesundheitswesen
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion

D) Gestione, pianificazione e controllo
MACRO OBIETTIVO
Adozione e attuazione del nuovo atto aziendale, ivi inclusi l’organigramma e il funzionigramma e ottimizzazione dei processi/procedimenti amministrativi aziendali
OBIETTIVO D.1
Definizione dell’assetto organizzativo attraverso l’adozione del nuovo Atto Aziendale: consolidamento del riordino organizzativo già adottato e progressiva definizione e attuazione del riordino dell’organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari
DESCRIZIONE
La L.P. n. 3/2017 prevede l’approvazione dell’atto aziendale, quale documento fondamentale dell’Azienda sanitaria dopo il riordino del Servizio Sanitario Provinciale. Con DGP n. 506 del 09/05/2017 sono state approvate le "Linee guida per la stesura dell’atto aziendale dell’Azienda sanitaria dell’Alto Adige". Nel 2024 l’Azienda proseguirà nel riordino dell’organizzazione e del funzionamento degli uffici/servizi amministrativi e sanitari in modo coerente con le disposizioni normative.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. È completata e consolidata l’implementazione dell’atto aziendale, dell’organigramma e del funzionigramma dei servizi amministrativi 2. Sono definiti/unificati i procedimenti amministrativi e ridefiniti/formalizzati i processi aziendali (almeno cinque)* 3. È approvato il riordino organizzativo, ivi incluso organigramma e funzionigramma, dei seguenti servizi sanitari: dipartimento di prevenzione strutturale, rete ospedaliera (ivi inclusi i centri aziendali di riferimento e le collaborazioni vincolanti) e i servizi già previsti nel 2023 e non già adottati formalmente * Sono da definire/unificare i seguenti procedimenti/processi: due aspetti del contratto aziendale unico per il personale, prestazioni inviate fuori provincia senza codice (codice "XXX"), partecipazione dei medici alle commissioni tecniche per gli acquisti, proposta di gestione del sistema di prenotazione e registro delle liste operatorie unico per tutti gli ospedali provinciali, gestione unica a livello aziendale delle prestazioni pre-ricovero L’indicatore per il punto 1) vale il 10% dell’obiettivo, per il punto 2) il 30% dell’obiettivo, per il punto 3) il 60% dell’obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Economia sanitaria
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione generale

D) Führung, Planung und Kontrolle
HAUPTZIEL
Einführung und Umsetzung der neuen Betriebsordnung, einschließlich des Organigramms und des Funktionsplans.Optimierung der betrieblichen Verwaltungsabläufe und -verfahren
ZIEL D.1
Festlegung der Organisationsstruktur durch die Verabschiedung der neuen Betriebsordnung: Konsolidierung der bereits umgesetzten organisatorischen Neuordnung und schrittweise Festlegung und Umsetzung der Neuordnung der Organisation und Arbeitsweise der Gesundheitsdienste
BESCHREIBUNG
Das Landesgesetz Nr. 3/2017 sieht die Genehmigung der Betriebsordnung als grundlegendes Dokument des Sanitätsbetriebes nach der Reorganisation des Landesgesundheitsdienstes vor. Mit BLR Nr. 506 vom 09.05.2017 wurden die "Richtlinien für die Erstellung der Betriebsordnung des Südtiroler Sanitätsbetriebes" genehmigt. Im Jahr 2024 wird der Betrieb die Organisation und die Funktionsweise der gesundheitlichen und verwaltungstechnischen Ämter/Dienststellen in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen weiter umgestalten.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Die Umsetzung der Betriebsordnung, des Organigramms und des Funktionsplans der Verwaltungsdienste ist abgeschlossen und konsolidiert 2. Verwaltungsabläufe werden festgelegt/vereinheitlicht und Betriebsprozesse neu überarbeitet/formalisiert (mindestens fünf)* 3. Die organisatorische Reorganisation, einschließlich Organigramm und Funktionsplan, der folgenden Gesundheitsdienste wird genehmigt: Abteilung für strukturelle Prävention, Krankenhausnetzwerk (einschließlich gemeinsamer Bezugszentren und verbindlicher Kooperationen) und die bereits für 2023 geplanten und noch nicht förmlich angenommenen Dienste * Die folgenden Verfahren/Prozesse sollen festgelegt/vereinheitlicht werden: 2 Aspekte des einheitlichen Vertrags auf Betriebsebene für Personal, außerhalb des Landes erbrachte Leistungen ohne Code (Code "XXX"), Teilnahme von Ärzten an technischen Ausschüssen für Ankäufe, Vorschlag für die Verwaltung des einheitlichen Vormerkungssystems und des Registers der Operationslisten für alle Landeskrankenhäuser, einheitliche betriebsweite Verwaltung der Prähospitalisierungsleistungen) Punkt 1) macht 10% , Punkt 2) 30%, Punkt 3) 60% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Gesundheitsökonomie
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Generaldirektion

D) Gestione, pianificazione e controllo	
MACRO OBIETTIVO	
Miglioramento della governance organizzativo-gestionale ed economico-finanziaria	
OBIETTIVO D.2	
Avanzamento del progetto di certificabilità del bilancic	
DESCRIZIONE	
Il progetto di certificabilità del bilancio ha preso avvio nel maggio del 2017 con il supporto della società vincitrice dell'appalto per l'accompagnamento, la consulenza e la formazione durante il percorso. Con DGP n. 213 del 23/02/2016 è stato approvato il percorso attuativo di certificabilità (PAC), aggiornato con DGP n. 914 del 11/09/2018 e DGP 606 dell' 11/08/2020, la quale ha previsto il 31/12/2022 come termine ultimo per la conclusione del progetto. Nel 2022 è stata conclusa la gara per la certificazione dello Stato patrimoniale del bilancio consuntivo 2022.	
INDICATORE E RISULTATO ATTESO	
1. Sono attuate le azioni necessarie alla risoluzione degli eventuali rilievi formulati dall'ente certificatore con riferimento allo stato patrimoniale 2022, già oggetto di certificazione; 2. È certificato il bilancio consuntivo aziendale 2023; 3. Il programma annuale di audit 2024 è formalizzato, eseguito e si è concluso con la produzione del rapporto finale di audit che evidenzia risultati e proposte di azioni correttive L'indicatore per il punto 1) vale il 10% dell'obiettivo, per il punto 2) il 80% dell'obiettivo, per il punto 3) il 10% dell'obiettivo	
UNITÀ PAB REFERENTE	
Ufficio Economia sanitaria	
UNITÀ AS REFERENTE	
Direzione generale	

D) Gestione, pianificazione e controllo	
MACRO OBIETTIVO	
Miglioramento dell'attività di monitoraggio, valutazione e rendicontazione della gestione delle situazioni emergenziali, tra cui Covid-19 e rincari energetici	
OBIETTIVO D.3	
Aggiornamento tempestivo dei piani operativi emergenziali, coerenza degli interventi effettuati con i piani, correttezza e coerenza della rendicontazione delle spese/costi, complete e tempestive relazioni di valutazione ed esito quando richieste a livello statale o provinciale	
DESCRIZIONE	
Al fine di affrontare la pandemia da Covid-19 lo Stato ha emanato una serie di disposizioni normative che le Regioni/Province Autonome hanno attuato, facendole proprie anche con Piani e atti deliberati a livello locale. L'implementazione e aggiornamento di tali piani prosegue nel 2024 e anche la rendicontazione allo Stato per poter accedere ai fondi statali messi a disposizione. L'Azienda rispetta le tempistiche collegate ai documenti strategici di bilancio e programmazione La rendicontazione della spesa delle strutture private convenzionate è effettuata nel rispetto delle tempistiche e modalità definite dalla Provincia al fine di consentire una valutazione degli esiti e della spesa più tempestiva	
INDICATORE E RISULTATO ATTESO	
1. L'aggiornamento dei piani operativi emergenziali e di tutti gli interventi è tempestivo, gli interventi effettuati sono coerenti con i piani 2. La rendicontazione delle spese è puntuale e avviene tramite appositi centri di costo e con le ulteriori modalità di tipo contabile indicate a livello nazionale e provinciale e da quelle individuate dall'ASDAA. In particolare rendicontazione puntuale delle spese sostenute nelle varie linee di intervento approvate dal Ministero della Salute 3. Le scadenze per l'invio di bilanci, documenti di programmazione, piani di produzione, relazioni di performance sono rispettate 4. Sono prodotte le relazioni richieste a livello statale e provinciale, in forma esaustiva, corretta e dettagliata L'indicatore per il punto 1) vale il 20% dell'obiettivo, per il punto 2) il 20% dell'obiettivo, per il punto 3) il 20% dell'obiettivo, per il punto 4) il 40% dell'obiettivo	
UNITÀ PAB REFERENTE	
Ripartizione salute (con tutti gli uffici)	
UNITÀ AS REFERENTE	
Direzione generale	

D) Gestione, pianificazione e controllo	
MACRO OBIETTIVO	
Implementazione PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) Missione 6 e PNC (Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR)	
OBIETTIVO D.4	
Miglioramento della programmazione, controllo e rendicontazione per la gestione del PNRR e PNC	
DESCRIZIONE	
L'implementazione del PNRR-Missione 6 è per il Servizio Sanitario Provinciale un obiettivo prioritario, molto complesso e articolato. Verranno monitorati costantemente, da parte della Provincia verso l'Azienda, una serie di aspetti per poter realizzare le progettualità nei tempi e nei modi stabiliti.	
INDICATORE E RISULTATO ATTESO	
Sono assicurati tutti gli obblighi informativi relativamente alla programmazione, al monitoraggio, al controllo e alla rendicontazione degli interventi con riferimento al PNRR Mis. 6 e al PNC Saranno valutati i seguenti aspetti: 1. Caricate le informazioni richieste in ReGIS come da cronoprogramma 2. Le informazioni fornite sono corrette e complete, tra cui informazioni sullo stato di avanzamento dei progetti in relazione ai target e milestones del cronoprogramma 3. Le risposte, la documentazione e le relazioni riferite alle scadenze ministeriali e provinciali sono tempestive 4. La partecipazione agli incontri ed ai tavoli provinciali e ministeriali è assicurata 5. N. di inadempimenti e problemi legati alla mancata risoluzione degli obblighi sopra riportati vengono comunicati all'Azienda in modo formale. Il punto 1) vale il 20% dell'obiettivo, per il punto 2) il 25% dell'obiettivo, per il punto 3) il 25% dell'obiettivo, per il punto 4) il 10% dell'obiettivo, per il punto 5) il 20% dell'obiettivo	
UNITÀ PAB REFERENTE	
Ripartizione salute (tutti gli uffici)	
UNITÀ AS REFERENTE	
Direzione generale	

D) Gestione, pianificazione e controllo	
MACRO OBIETTIVO	
Sviluppo sistema di controllo qualità delle strutture pubbliche e private in attuazione della nuova legge sulla concorrenza L. 118 del 05/08/2022 e DM 19/12/2022	
OBIETTIVO D.5	
Tempestività e completezza nell'elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati Affinamento del modello di controllo qualità, esiti per le strutture pubbliche e private	
DESCRIZIONE	
La legge 118/2022 e il successivo DM 19/12/2022 stabiliscono gli ambiti (accreditamento e contratti) all'interno dei quali definire un insieme di indicatori di qualità, intesa in tutte le sue dimensioni, con cui monitorare le attività del privato accreditato. L'Azienda viene incaricata di dotarsi di questo sistema di indicatori, concordato con la Ripartizione Salute, per misurare la qualità e confrontarla tra strutture pubbliche e private. Anche gli indicatori relativi al budget e alla rendicontazione finanziaria devono diventare una componente da integrare in questa valutazione.	
INDICATORE E RISULTATO ATTESO	
1. Tempestività e completa elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati 2. La rendicontazione per la spesa delle strutture private convenzionate è tempestiva: sono rispettate le scadenze fissate dalla delibera della GP e dal report concordato con l'Azienda 3. Nr indicatori di qualità ed esito predisposti e monitorati presso le strutture pubbliche e private convenzionate col SSP (Servizio Sanitario Provinciale) 4. N. e relazione rilievi effettuati, criticità emerse. Invio della relazione esiti e misure correttive alla Ripartizione salute entro il 30 aprile di ogni anno per l'anno precedente. L'indicatore per il punto 1) vale il 20% dell'obiettivo, per il punto 2) il 20% dell'obiettivo, per il punto 3) il 20% dell'obiettivo, per il punto 4) il 40% dell'obiettivo	
UNITÀ PAB REFERENTE	
Ufficio assistenza sanitaria / Ufficio Governo sanitario / Ufficio economia sanitaria	
UNITÀ AS REFERENTE	
Direzione sanitaria e amministrativa	

D) Führung, Planung und Kontrolle	
HAUPTZIEL	
Verbesserung des organisatorischen, verwaltungs- und wirtschaftlich-finanziellen Managements.	
ZIEL D.2	
Weiterentwicklung des Projekts zur Zertifizierbarkeit des Haushalts	
BESCHREIBUNG	
Das Projekt zur Zertifizierbarkeit des Haushalts begann im Mai 2017 mit Unterstützung des Unternehmens, das den Auftrag für die Begleitung, Beratung und Schulung im Rahmen des Projekts gewonnen hat. Mit BLR Nr. 213 vom 23.02.2016 wurde der Umsetzungsspfad für die Zertifizierbarkeit (PAC) genehmigt, der durch BLR Nr. 914 vom 11.09.2018 und BLR 606 vom 11.08.2020 aktualisiert wurde. Letzterer sah den 31.12.2022 als spätesten Abschlusstermin des Projekts vor. Im Jahr 2022 wurde die Ausschreibung für die Zertifizierung des Jahresabschlusses 2022 abgeschlossen.	
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS	
1. Die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung etwaiger Beanstandungen des Zertifizierungsorgans in Bezug auf die bereits zertifizierte Bilanz des Jahres 2022, werden umgesetzt. 2. Die Abschlussbilanz 2023 wird zertifiziert 3. Das jährliche Auditprogramm 2024 wird festgelegt, durchgeführt und mit der Erstellung des endgültigen Auditberichts abgeschlossen, in dem die Ergebnisse und Vorschläge für Korrekturmaßnahmen aufgezeigt werden. Punkt 1) macht 10% , Punkt 2) 80%, Punkt 3) 10% des Indikators aus	
BEZUGSEINHEIT DES LANDES	
Amt für Gesundheitsökonomie	
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES	
Generaldirektion	

D) Führung, Planung und Kontrolle	
HAUPTZIEL	
Verbesserung der Überwachungs-, Bewertungs- und Rechnungslegungssaktivitäten im Umgang mit Notfallsituationen, einschließlich Covid-19 und Energiepreiserhöhungen.	
ZIEL D.3	
Rechtzeitige Aktualisierung der operativen Notfallpläne, Übereinstimmung der durchgeführten Maßnahmen mit den Plänen, Richtigkeit und Kohärenz der Ausgaben-/Kostenrechnungslegung, vollständige und zeitnahe Bewertungs- und Ergebnisberichte, wenn auf Staats- oder Landesebene angefordert	
BESCHREIBUNG	
Um die Covid-19-Pandemie zu bewältigen, hat der Staat eine Reihe von Vorschriften erlassen, die von den Regionen/autonomen Provinzen umgesetzt und durch Pläne und Gesetze auf lokaler Ebene zu eigenen Vorschriften gemacht wurden. Die Umsetzung und Aktualisierung dieser Pläne wird im Jahr 2024 fortgesetzt, ebenso wie die Rechnungslegung an den Staat, um Zugang zu den vom Staat bereitgestellten Mitteln zu erhalten. Der Sanitätsbetrieb hält die Zeitpläne ein, die mit den strategischen Haushalts- und Planungsdokumenten verbunden sind. Die Rechnungslegung über die Ausgaben der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen erfolgt in Übereinstimmung mit den vom Land festgelegten Fristen und Methoden, um eine rechtzeitige Bewertung der Ergebnisse und Ausgaben zu ermöglichen	
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS	
1. Die Aktualisierung der operativen Notfallpläne und aller Maßnahmen erfolgt rechtzeitig, die durchgeführten Maßnahmen stimmen mit den Plänen überein 2. Die Rechnungslegung über die Ausgaben erfolgt fristgerecht über spezifische Kostenstellen und mit den zusätzlichen Buchhaltungsmethoden, die auf nationaler und Landesebene sowie vom SABES festgelegt wurden. Insbesondere erfolgt eine pünktliche Meldung der Ausgaben für die verschiedenen vom Gesundheitsministerium genehmigten Maßnahmenbereiche 3. Die Fristen für die Einreichung von Bilanzen, Programmierungsunterlagen, Performance-Berichten und Produktionsplänen werden eingehalten 4. Die auf staatlicher und Landesebene angeforderten Berichte werden in vollständiger, korrekter und detaillierter Form erstellt Punkt 1) macht 20% , Punkt 2) 20%, Punkt 3) 20%, Punkt 4) 40% des Indikators aus	
BEZUGSEINHEIT DES LANDES	
Abteilung Gesundheit (alle Ämter)	
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES	
Generaldirektion	

D) Führung, Planung und Kontrolle	
HAUPTZIEL	
Umsetzung PNRR (Nationaler Plan für Wiederaufbau und Resilienz) Maßnahme 6 und PNC (Nationaler Plan für ergänzende Investitionen zum PNRR)	
ZIEL D.4	
Verbesserte Planung, Kontrolle und Rechnungslegung für die Verwaltung des PNRR und des PNC	
BESCHREIBUNG	
Die Umsetzung von PNRR-Mission 6 ist für den Landesgesundheitsdienst ein vorrangiges, äußerst komplexes und vielschichtiges Ziel. Eine Reihe von Aspekten wird vom Land gegenüber dem Sanitätsbetrieb ständig überwacht, um die Projekte fristgerecht und in der festgelegten Weise umsetzen zu können.	
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS	
Alle Informationsverpflichtungen in Bezug auf die Planung, Überwachung, Kontrolle und Berichterstattung der Eingriffe sind gewährleistet, mit Bezug auf die PNRR-Mission 6 und den PNC Die folgenden Aspekte werden bewertet: 1. Hochladen der erforderlichen Informationen in ReGIS gemäß dem Zeitplan 2. Die bereitgestellten Informationen sind korrekt und vollständig, einschließlich Informationen über den Fortschritt der Projekte in Bezug auf die Ziele und Milestones im Zeitplan 3. Die Antworten, Unterlagen und Berichte im Zusammenhang mit den ministeriellen und landesweiten Fristen werden rechtzeitig vorgelegt 4. Die Teilnahme an Sitzungen und Arbeitstischen auf Landes- und Ministerialebene ist gewährleistet 5. Anzahl der Mängel und Probleme im Zusammenhang mit der Nichteinhaltung der oben genannten Verpflichtungen werden dem Betrieb förmlich mitgeteilt Punkt 1) macht 20%, für Punkt 2) 25%, Punkt 3) 25%, Punkt 4) 10%, Punkt 5) 20% des Indikators aus.	
BEZUGSEINHEIT DES LANDES	
Abteilung Gesundheit (alle Ämter)	
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES	
Generaldirektion	

D) Führung, Planung und Kontrolle	
HAUPTZIEL	
Entwicklung des Systems zur Qualitätskontrolle öffentlicher und privater Einrichtungen zur Umsetzung des neuen Wettbewerbsgesetzes L. 118 vom 05/08/2022 und DM 19/12/2022	
ZIEL D.5	
Pünktlichkeit und Vollständigkeit bei der Erstellung des Bedarfs und von Verträgen mit akkreditierten privaten Einrichtungen Verfeinerung des Modells der Qualitätskontrolle, Ergebnisse für öffentliche und private Einrichtungen	
BESCHREIBUNG	
Das Gesetz 118/2022 und das nachfolgende MD vom 19.12.2022 legen die Bereiche (Akkreditierung und Vertragsvereinbarungen) fest, in denen eine Reihe von Qualitätsindikatoren in all ihren Dimensionen definiert werden sollen, um die Tätigkeiten der akkreditierten privaten Einrichtungen überwachen zu können. Der Betrieb wird beauftragt, ein solches Indikatorsystem, das in Absprache mit der Abteilung Gesundheit festgelegt wird, zur Messung der Qualität zu erstellen und den Vergleich zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen zu ermöglichen. Auch die Indikatoren in Bezug auf Haushalt und Rechnungslegung sollen in diese Bewertung einbezogen werden.	
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS	
1. Fristgerechte und vollständige Erstellung des Bedarfs und von Verträgen mit den akkreditierten privaten Einrichtungen 2. Die Berichterstattung über die Ausgaben der akkreditierten privaten Einrichtungen erfolgt pünktlich: die durch den Beschluss der LR und die im Abkommen mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten vereinbarten Fristen werden eingehalten 3. Anzahl der Qualitäts- und Ergebnisindikatoren, die in den öffentlichen und in den mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebundenen privaten Einrichtungen erstellt und überwacht worden sind. 4. Anzahl und Bericht über durchgeführte Prüfungen sowie aufgetretene Schwierigkeiten: Übermittlung des Ergebnisberichts und der Korrekturmaßnahmen an die Abteilung Gesundheit innerhalb 30. April eines jeden Jahres für das Vorjahr Punkt 1) macht 20% , Punkt 2) 20%, Punkt 3) 20%, Punkt 4) 40% des Indikators aus	
BEZUGSEINHEIT DES LANDES	
Amt für Gesundheitsbetreuung/Amt für Gesundheitssteuerung/ Amt für Gesundheitsökonomie	
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES	
Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion	

E) Sistemi di comunicazione e informativi

MACRO OBIETTIVO
Sviluppo processo di dematerializzazione e in generale ottimizzazione dei flussi informativi nazional
OBIETTIVO E.1
Sviluppo processo di dematerializzazione dei dispositivi medici, della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Sviluppo dei controlli e completezza dei flussi informativi
DESCRIZIONE
L'attuazione, ai sensi della normativa vigente, della prescrizione dematerializzata di farmaci, prestazioni specialistiche ambulatoriali e dispositivi medici va portata avanti e allargata progressivamente a tutti i prescrittori, così come l'implementazione dei controlli SAP definiti negli anni precedenti.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. È funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei presidi e quest' ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali 2. È dematerializzata la gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie (esclusa la prescrizione) da parte delle strutture private accreditate, nel caso di nuovi contratti e rinnovi contrattuali, nel rispetto della normativa vigente 3. I controlli SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) proseguono ed è definita la loro implementazione per il 2024 con la Ripartizione salute 4. Sono messi a disposizione della PAB (Provincia Autonoma di Bolzano) i dati della dematerializzata specialistica e farmaceutica in SAP, secondo i tracciati definiti dalla PAB e in modo continuativo 5. Progetto "revisione dei flussi informativi": risolte le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2024 6. Sono recepite le nuove specifiche per la prescrizione ed erogazione delle prestazioni a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi LEA di cui al DPCM 12.01.2017 L'indicatore per il punto 1) vale il 15% dell'obiettivo, per il punto 2) il 10% dell'obiettivo, per il punto 3) il 15% dell'obiettivo, per il punto 4) il 10% dell'obiettivo, per il punto 5) il 15% dell obiettivo, per il punto 6) il 35% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Governo sanitario/ Ufficio Assistenza sanitaria/ Ufficio Economia sanitari
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione amministrativa e sanitaria

E) Sistemi di comunicazione e informativi

MACRO OBIETTIVO
Implementazione nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e sistemi informativi territoriali (dipendenze e NPIA)
OBIETTIVO E.2
Implementazione Sistema Informativo Ospedaliero (SIO): 1. Diffusione dei Moduli Software "Accettazione-Dimissione-Trasferimento (ADT) e gestione di reparto NGH-ADT" 2. Diffusione dei Moduli di Pronto Soccorso "NGH - PS" (Next Generation Health - Pronto Soccorso) e Order Entry "NGH -OE" 3. Implementazione dei Moduli Software Cartella Clinica di ricovero e infermieristica "NGH_CCE (Cartella Clinica Elettronica) di ricovero" 4. Diffusione dei Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale" del Modulo "NGH - e Prescribe " e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" 5. Implementazione del Modulo di Gestione delle Sale Operatorie: estensione del nuovo software in tutti gli ospedali, accompagnamento amministrativo-informatico dell'implementazione 6. Progettazione nuovo software per le dipendenze e per l'alimentazione del rivisitato flusso NPIA
DESCRIZIONE
La Provincia e l'Azienda sanitaria sono impegnate in un annoso processo di integrazione e uniformazione dei sistemi informativi e informatici su territorio provinciale e delle relative cartelle cliniche, che prosegue nel 2024
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. I nuovi Moduli Software ADT e gestione di Reparto sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico. 2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico. 3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero e Infermieristica sono funzionanti: al 100% entro il 30/06/2024 nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano; nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024. 4.I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione-Monitoraggio)" e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" sono diffusi a Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024. 5. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024 6. È definito il progetto per l'introduzione del nuovo Software gestionale per i servizi delle dipendenze e adeguato il software per alimentare il flusso NPIA aggiornato L'indicatore per il punto 1) vale il 15% dell'obiettivo, per il punto 2) il 15% dell'obiettivo, per il punto 3) il 30% dell'obiettivo, per il punto 4) il 15% dell'obiettivo, per il punto 5) il 15% dell obiettivo, per il punto 6) il 10% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione amministrativa

E) Sistemi di comunicazione e informativi

MACRO OBIETTIVO
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
OBIETTIVO E.3
1. Utilizzo delle funzionalità del "Portale per collaboratori dei documenti sanitari dematerializzati- Personale medico" da parte dei medici di ASDAA (gestione accordi di consultazione del FSE per conto di pazienti, consulenza/richiamo nel FSE dei documenti clinici e dei dati ad accesso autorizzato dalle persone trattate) 2. Adeguamento dei sistemi informativi aziendali per l'alimentazione del FSE secondo quanto previsto nelle linee guida ministeriali per l'introduzione del FSE 2.0
DESCRIZIONE
La Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige ha istituito, ai sensi del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 (L. 17 dicembre 2012, n. 221) il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che va alimentato in maniera completa e uniforme sul territorio provinciale. Nel 2024 l'obiettivo è quello di portare avanti tale integrazione, anche alla luce dei finanziamenti assegnati alla Provincia Autonoma di Bolzano nell'ambito della componente 2 della missione 6 del PNRR.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. Sono stati effettuati gli incontri di presentazione delle funzionalità di consultazione dei dati del FSE con i medici ospedalieri e territoriali di ASDAA 2. I sistemi aziendali tra i quali anche il laboratorio di analisi inviano al FSE i documenti e i dati secondo gli standard previsti dalle specifiche del FSE 2.0, nel rispetto delle tempistiche definite nel POR (Piano Operativo Regionale) del PNRR L'indicatore per il punto 1) vale il 50% dell'obiettivo, per il punto 2) il 50% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE
Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE
Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale

E) Sistemi di comunicazione e informativi

MACRO OBIETTIVO
Implementazione dei sistemi informatici relativi al PNRR
OBIETTIVO E.4
1. Estensione dell'utilizzo del software per le Centrali Operative Territoriali (COT), completamento delle integrazioni con le cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con il FSE 2. Corretta e completa alimentazione di almeno 2 nuovi flussi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) legati al PNRR 3. Corretta e completa alimentazione del flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare), inclusivo delle cure palliative domiciliari
DESCRIZIONE
Il PNRR prevede che le COT rilevino i dati in modo coerente con il debito informativo nazionale e provinciale, mediante opportuni software che devono essere disponibili già in fase di start-up. Il PNRR prevede la rilevazione di 4 nuovi flussi informativi nazionali entro scadenze predefinite (2024)

E) Kommunikations- und Informationssysteme

HAUPTZIEL
Entwicklung des Digitalisierungsprozesses und im Allgemeinen Optimierung der nationalen Informationsflüsse
ZIEL E.1
Entwicklung des Prozesses der Digitalisierung von Medizinprodukten, Arzneimitteln und ambulanter Fachmedizin. Entwicklung von Kontrollen und Vollständigkeit der Informationsflüsse
BESCHREIBUNG
Die Umsetzung der digitalisierten Verschreibung von Arzneimitteln, ambulanten fachärztlichen Leistungen und Medizinprodukten im Rahmen der geltenden Gesetzgebung muss fortgesetzt und schrittweise auf alle Verschreiber ausgedehnt werden, ebenso wie die Umsetzung der in den vergangenen Jahren festgelegten SAP-Kontrollen.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Das System zur Verschreibung und Genehmigung der Medizinprodukte ist funktionsfähig und ist mit dem System der Verabreichung der Apotheken auf dem Territorium integriert 2. Die Verwaltung der Phasen von ärztlichen Verschreibungen (außer der Verschreibung selbst) durch akkreditierte private Einrichtungen ist dematerialisiert, sowohl bei neuen Verträgen als auch bei Vertragsverlängerungen, unter Einhaltung der geltenden Vorschriften 3. Die Kontrollen mittels SAP (Landesempfangssystem) werden fortgesetzt und es wird dessen Umsetzung fürs Jahr 2024 mit der Abteilung Gesundheit festgelegt 4. Die Daten der fachärztlichen und pharmazeutischen dematerialisierten Verschreibungen in SAP, werden der Autonomen Provinz Bozen (APB) gemäß den von der APB festgelegten Datenstrukturen kontinuierlich zur Verfügung gestellt. 5. Projekt "Überprüfung des Informationsflusses": Lösung kritischer Fragen im Rahmen des Einsatzplans 2024 6. Die neuen Vorgaben für die Verschreibung und Erbringung der Leistungen werden mit Inkrafttreten der neuen WBS/LEA gemäß DPMR 12.01.2017 umgesetzt Punkt 1) macht 15% , Punkt 2) 10% , Punkt 3) 15% , Punkt 4) 10% , Punkt 5) 15% , Punkt 6) 35% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Gesundheitsbetreuung/ Amt für Gesundheitssteuerung/Amt für Gesundheitsökonomie
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Verwaltungsdirektion und Sanitätsdirektion

E) Kommunikations- und Informationssysteme

HAUPTZIEL
Umsetzung eines neuen Krankenhausinformationssystems (KIS) und landesweite Informationssysteme (Suchterkrankungen und NPIA)
ZIEL E.2
Umsetzung des Krankenhausinformationssystems (KIS): 1. Verbreitung der Software-Module "Aufnahme-Entlassung-Überweisung (ADT) und Abteilungsleitung NGH-ADT" 2. Verbreitung der Notaufnahme-Module "NGH - PS" (Next Generation Health - Notaufnahme) und Order Entry "NGH -OE" 3. Umsetzung der Software-Module für die Patientenakte für den stationären Bereich und die Pflege "NGH_CCE" (Elektronische Patientenakte) Einweisungen" 4. Verbreitung der Softwaremodule für die ambulante Patientenakte "NGH - Ambulante Patientenakte CCE", des Moduls "NGH - und Prescribe" und "NGH - CUP Einheitliche Vormerkungsstelle WEB (CUPWEB)" 5. Umsetzung des Moduls zur Verwaltung der Operationssäle: Ausweitung der neuen Software auf alle Krankenhäuser, Unterstützung bei der Einführung durch Verwaltung und IT 6. Entwicklung einer neuen Software für Suchterkrankungen und Einspeisung in den überarbeiteten Informationsfluss der NPIA
BESCHREIBUNG
Das Land und der Sanitätsbetrieb befinden sich in einem langjährigen Prozess der Integration und Vereinheitlichung der Informations- und IT-Systeme im gesamten Land und der zugehörigen Patientenakten, der im Jahr 2024 fortgesetzt wird
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Die neuen Software-Module ADT und Abteilungsleitung sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 31.03.2024 im Gesundheitsbezirk Brixen und zu 100% innerhalb dem 30.09.2024 im Gesundheitsbezirk Bruneck 2. Die neuen Software-Module "Notaufnahme-Pronto soccorso" und "Order Entry" sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 31.03.2024 im Gesundheitsbezirk Brixen und zu 100% innerhalb dem 30.09.2024 im Gesundheitsbezirk Bruneck 3. Die Software-Module Patientenakte für stationäre Aufenthalte und Pflege sind in Betrieb: zu 100% innerhalb dem 30.06.2024 in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran; im Gesundheitsbezirk Brixen innerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhab dem 30.09.2024. 4.Die Software-Module Ambulante Patientenakte "NGH - CCE", das Modul "NGH - PSM (Verschreibung- Verabreichung- Überwachung)" und NGH - CUP "Einheitliche Vormerkungsstelle WEB (CUPWEB)" sind in Brixen innerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhalb dem il 30.09.2024 angewandt. 5. Das Modul der Operationssäle ist im Gesundheitsbezirk Brixen innerhalb dem 31.03.2024 und in Bruneck innerhalb dem 30.09.2024 in Betrieb 6. Das Projekt zur Einführung des neuen Verwaltungssoftwares für die Dienste für Suchterkrankungen ist festgelegt und das Software für die Einspeisung des aktualisierten Datenflusses der NPIA wurde angepasst Punkt 1) macht 15% , Punkt 2) 15% des Indikators aus, Punkt 3) 30% des Indikators aus, Punkt 4) 15% des Indikators aus, Punkt 5) 15% des Indikators Punkt 6) 10% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Verwaltungsdirektion

E) Kommunikations- und Informationssysteme

HAUPTZIEL
Elektronische Gesundheitsakte (Fascicolo Sanitario Elettronico FSE)
ZIEL E.3
1. Nutzung der Funktionalitäten des "Portals für Mitarbeiter von digitalisierten Gesundheitsunterlagen - Ärztliches Personal" durch Ärzte des Sanitätsbetriebes (Verwaltung von FSE-Konsultationsvereinbarungen für den Patienten, Abfrage/Abruf von klinischen Unterlagen und Daten im FSE mit Zugriffsberechtigung durch die behandelten Personen) 2. Anpassung der betrieblichen Informationssysteme zur Einspeisung des FSE gemäß den ministeriellen Leitlinien zur Einführung des FSE 2.0
BESCHREIBUNG
Die Autonome Provinz Bozen-Südtirol hat gemäß dem Gesetzesdekret Nr. 179 vom 18. Oktober 2012 (Gesetz Nr. 221 vom 17. Dezember 2012) die elektronische Gesundheitsakte (Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE) eingeführt, die im gesamten Landesgebiet vollständig und einheitlich bereitgestellt werden soll. Im Jahr 2024 soll diese Zusammenführung fortgesetzt werden, auch unter Berücksichtigung der Mittel, die der Autonomen Provinz Bozen im Rahmen der Komponente 2 der Mission 6 des PNRR zugewiesen wurden.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Es wurden Treffen veranstaltet, um den Krankenhaus- und Gebietsärzten des Sanitätsbetriebes die Funktionen der FSE-Datenabfrage vorzustellen 2. Die Betriebssysteme, darunter auch das Analyselabor, übermitteln Dokumente und Daten an den FSE gemäß den in den FSE 2.0 genannten Standards und in Übereinstimmung mit den im POR (Piano Operativo Regionale/Regionaler Operationsplan) des PNRR festgelegten Fristen Punkt 1) macht 50% , Punkt 2) 50% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES
Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES
Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion

E) Kommunikations- und Informationssysteme

HAUPTZIEL
Umsetzung von IT-Systemen im Zusammenhang mit dem PNRR
ZIEL E.4
1. Ausweitung der Nutzung der Software für die Territorialen Einsatzzentralen (COT), Abschluss der Zusammenlegung mit den Krankenakten der Haus- und Kinderärzte freier Wahl und mit dem FSE 2. Korrekte und vollständige Einspeisung von mindestens 2 neuen NSIS-Datenflüsse (New Health Information System), die mit dem PNRR verbunden sind 3. Korrekte und vollständige Einspeisung des SIAD-Datenfluss (Informationssystem für die Überwachung der häuslichen Betreuung), einschließlich der häuslichen Palliativpflege
BESCHREIBUNG
Der PNRR sieht vor, dass die COT die Daten in Übereinstimmung mit den nationalen und regionalen Informationsanforderungen erfassen, wobei geeignete Software bereits in der Startphase verfügbar sein muss. Der PNRR sieht die Erfassung 4 neuer nationaler Informationsflüsse innerhalb festgelegter Fristen (2024) vor.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO
1. Estensione dell'utilizzo della piattaforma COT per la gestione di ulteriori setting assistenziali (trasferimento in letti intermedi , trasferimento in strutture convenzionate) 2. Sono progettati e alimentati i nuovi flussi NSIS e MEF previsti in ambito PNRR M6 (Missione 6): consultori familiari CF ex art. 24 LEA e riabilitazione territoriale ex art 34 LEA 3. È alimentato il flusso SIAD in tutti i comprensori, anche per la parte di cure palliative domiciliari (UCP-DOM)
L'indicatore per il punto 1) vale il 20% dell'obiettivo, per il punto 2) il 60% dell'obiettivo, per il punto 3) il 20% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa, sanitaria e tecnico assistenziale

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS
1. Erweiterung der Nutzung der COT-Plattform für die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen) 2. Die im PNRR, M6 (Mission 6) vorgesehenen neuen NSIS- und MEF-Datenflüsse werden entwickelt und gespeist: Familienberatungsstellen CF gemäß Art. 24 LEA und territoriale Rehabilitation gemäß Art. 34 LEA 3. Der SIAD-Datenfluss wird in allen Bezirken gespeist, auch für den Teil der häuslichen Palliativpflege (UCP-DOM)
Punkt 1) macht 20% , Punkt 2) 60%, Punkt 3) 20% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion

E) Sistemi di comunicazione e informativi
MACRO OBIETTIVO Interoperabilità informatica con i Ministeri della Salute e del MEF
OBIETTIVO E.5 Realizzazione dell' integrazione anagrafe assistiti BDPA (Banca Dati Provinciale degli Assistibili) con la nuova Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)
DESCRIZIONE L'Azienda sanitaria soffre ancora di anagrafe assistibili differenti e non allineate. Essa dovrà utilizzare entro il 2024 un'unica anagrafe per tutti sistemi, che sia collegata a quella nazionale.
INDICATORE E RISULTATO ATTESO Completamento dell'integrazione di ANA con l' infrastruttura provinciale FSE, cartella clinica MMG, repository AF
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa

E) Kommunikations- und Informationssysteme
HAUPTZIEL IT-Interoperabilität mit dem Gesundheitsministerium und dem MWF (Ministerium für Wirtschaft und Finanzen)
ZIEL E.5 Integrierung der BDPA (Landesdatenbank für betreute Personen) mit der neuen nationalen Datenbank für betreute Personen (ANA)
BESCHREIBUNG Der Sanitätsbetrieb leidet immer noch unter unterschiedlichen und nicht abgestimmten Patientenregistern. Innerhalb 2024 muss ein einheitliches Register für alle Systeme verwendet werden, das mit dem nationalen Register verbunden ist.
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS Abschluss der Integrierung von ANA in die FSE-Infrastruktur des Landes, die Krankenakte des Hausarztes und das AFT-Repository
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Verwaltungsdirektion

E) Sistemi di comunicazione e informativi
MACRO OBIETTIVO Sviluppo della Telemedicina
OBIETTIVO E.6 Rendere operativa la piattaforma di telemedicina sul territorio provinciale (Televisita, Teleconsulto oncologico, Telecontrollo e Teleconsulto dei dispositivi impiantabili in cardiologia, Teleassistenza, Telemonitoraggio dei pazienti diabetici)
DESCRIZIONE Lo sviluppo della telemedicina a livello ospedaliero e territoriale è da promuovere, nel rispetto delle disposizioni nazionali e provinciali, cor riferimento particolare ai requisiti tecnici per la salvaguardia della privacy
INDICATORE E RISULTATO ATTESO 1. Entro dicembre 2024 è implementata l' infrastruttura secondo le indicazioni nazionali, la quale permette l'interoperabilità dei processi di scambio dei dati sanitari secondo un livello di integrazione sia di tipo orizzontale tra le strutture sia di tipo verticale, consentendo ai dati di poter confluire nel fascicolo sanitario elettronico 2. Trattamento del 5% della popolazione ultrasessantacinquenne (>65) con iniziative di telemedicina (telemonitoraggio, televisita...)
L'indicatore per il punto 1) vale il 50% dell'obiettivo e per il punto 2) il 50% dell'obiettivo
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa

E) Kommunikations- und Informationssysteme
HAUPTZIEL Entwicklung der Telemedizin
ZIEL E.6 Inbetriebnahme der Plattform für Telemedizin auf Landesebene (Televisite, Telekonsultation in der Onkologie, Telekontrolle und Telekonsultation von implantierbaren Geräten in der Kardiologie, Telebetreuung, Telemonitoring von Diabetikern)
BESCHREIBUNG Die Entwicklung der Telemedizin auf Krankenhausebene und auf dem Territorium ist unter Beachtung der nationalen und landesweiten Vorschriften zu fördern insbesondere im Hinblick auf die technischen Anforderungen zum Schutz der Privatsphäre
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS 1. Innerhalb Dezember 2024 wird die Infrastruktur entsprechend den nationalen Vorgaben umgesetzt, die die Interoperabilität der Prozesse zum Austausch von Gesundheitsdaten auf einem Niveau ermöglicht, das sowohl die horizontale Integration zwischen den Einrichtungen als auch die vertikale Integration ermöglicht, so dass die Daten in die elektronische Patientenakte eingebracht werden können 2. Behandlung von 5 % der über 65-jährigen Bevölkerung mit telemedizinischen Maßnahmen (Telemonitoring, Telemedizin...)
Punkt 1) macht 50% , Punkt 2) 50% des Indikators aus
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Verwaltungsdirektion

E) Sistemi di comunicazione e informativi
MACRO OBIETTIVO Migrazione al Cloud e roadmap per la Cyber Security
OBIETTIVO E.7 Attuare il piano di migrazione al Cloud finanziato con i fondi del PNRR. Attuare gli interventi definiti nella RoadMap della Cyber Security
DESCRIZIONE Implementazione del PNRR con particolare attenzione all'adozione dei servizi digitali nel rispetto delle misure di sicurezza previste da ACN (Agenzia della Cybersicurity Nazionale)
INDICATORE E RISULTATO ATTESO Sono avviati i progetti di migrazione al Cloud dei dati e dei servizi digitali e di adozione delle misure minime di sicurezza previste da ACN (Agenzia de la Cybersicurity Nazionale) nell ambito degli interventi della missione 1 del PNRR.
UNITÀ PAB REFERENTE Ufficio Governo sanitario
UNITÀ AS REFERENTE Direzione amministrativa e generale

E) Kommunikations- und Informationssysteme
HAUPTZIEL Migration in die Cloud und Roadmap für die Cyber Security
ZIEL E.7 Umsetzung des mit PNRR-Mitteln finanzierten Plans zur Cloud-Migration Umsetzung der in der Roadmap für Cyber Security festgelegten Maßnahmen
BESCHREIBUNG Umsetzung des PNRR mit Schwerpunkt auf der Einführung digitaler Dienste in Übereinstimmung mit den Sicherheitsmaßnahmen der "ACN" (Nationale Agentur für Cybersecurity)
INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS Die Projekte zur Migration von Daten und digitalen Diensten in die Cloud und zur Einführung von Mindestsicherheitsmaßnahmen, die von der ACN (Nationale Agentur für Cybersecurity) im Rahmen der Maßnahmen der Mission 1 des PNRR vorgesehen sind, sind bereits im Gange
BEZUGSEINHEIT DES LANDES Amt für Gesundheitssteuerung
BEZUGSEINHEIT DES SANITÄTSBETRIEBES Generaldirektion und Verwaltungsdirektion

**LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL
DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA
DELL'ALTO ADIGE
NEL 2024**

1. PREMESSA

Allo scopo di assicurare una maggiore integrazione tra programmazione di sistema, definita a livello provinciale, e programmazione aziendale, dall'esercizio 2005 è stato introdotto, nella Provincia Autonoma di Bolzano, lo schema di programmazione basato sui principi e metodi della Balanced Scorecard (di seguito, per semplicità, BSC).

Attraverso l'adozione di tale strumento, è stato reso possibile:

- a) articolare un sistema integrato di obiettivi in grado di esplicitare i risultati attesi non solo con riferimento alle linee d'azione relative all'esigenza di assicurare, alla collettività e ai pazienti, i livelli assistenziali finalizzati alla tutela della salute e all'equilibrio economico-finanziario ma, anche, rispetto ai temi della qualità, dell'efficienza, dello sviluppo e della crescita professionale;
- b) fissare, per ciascun obiettivo, gli indicatori di performance e verifica maggiormente rilevanti e, rispetto a ciascuno di essi, la misura del risultato atteso dall'Azienda sanitaria;
- c) definire, per ciascun indicatore di performance, il peso relativo espressivo della rilevanza che lo stesso ricopre nell'ambito della programmazione generale formulata dalla Provincia.

Oltre che allo scopo di formulare gli obiettivi, lo schema di programmazione definito mediante la BSC, è utilizzato per la valutazione delle performance complessive aziendali.

In altri termini, la comparazione dei risultati conseguiti con i valori fissati in corrispondenza dei singoli indicatori di performance, rapportati al loro peso relativo, consentirà, al termine di ciascun esercizio, di esprimere un giudizio sul grado di raggiungimento degli obiettivi a livello di Azienda sanitaria.

In considerazione della valenza e delle potenzialità dello strumento adottato, si ritiene opportuno che lo stesso sia utilizzato, in conformità a quanto previsto dall'art. 2 co. 3 lettera u) della L.P. 3/2017, anche ai fini della valutazione delle performance conseguite dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Nel presente documento sono descritti i criteri e i metodi utilizzati per la valutazione delle performance del Direttore generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

2. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE COMPLESSIVA DEL DIRETTORE GENERALE

La valutazione dell'operato del Direttore generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è definita dalle seguenti dimensioni fondamentali:

- a) dal risultato complessivo rispetto agli obiettivi fissati mediante la BSC (calcolato secondo quanto previsto dal successivo paragrafo 3). Questa dimensione vale il 90% del giudizio;
- b) dal risultato della valutazione degli accordi aggiuntivi personali eventualmente sottoscritti tra l'Assessore alla Sanità ed il direttore generale (calcolato secondo quanto previsto dal successivo paragrafo 4). Questa dimensione vale il 10% del giudizio. Qualora gli accordi non fossero determinati, il valore della dimensione "BSC" salirebbe al 100%;
- c) da ulteriori correttivi collegati al raggiungimento o meno di obiettivi particolarmente sensibili, previsti dalle normative vigenti (calcolati secondo quanto previsto dal successivo paragrafo 5). Il mancato raggiungimento dei predetti obiettivi prevede una penalizzazione della quota premiale.

Rispetto a ciascuna delle dimensioni di valutazione è espresso un giudizio specifico, misurato in percentuale con riguardo alle dimensioni di cui ai precedenti punti a) e b) e misurato nella forma di penalizzazione con riferimento al “raggiungimento dell'equilibrio economico” e “al rispetto degli obblighi di trasparenza” e al “raggiungimento degli obiettivi relativi alle liste d'attesa”.

Il giudizio sull'operato del Direttore Generale è determinato dalla **media aritmetica ponderata delle performance conseguite nelle dimensioni a) e b)**. A questo giudizio si applica il correttivo previsto dal punto c), calcolato secondo quanto previsto dal paragrafo 5, ottenendo l'indice di sintesi.

L'indice di sintesi della performance del Direttore Generale origina i seguenti giudizi:

- indice con valore uguale o superiore a 95%: **giudizio eccellente**;
- indice con valore uguale o superiore a 85% e inferiore a 95%: **giudizio molto buono**;
- indice con valore uguale o superiore a 70% e inferiore a 85%: **giudizio buono**;
- indice con valore uguale o superiore a 50% e inferiore a 70%: **giudizio sufficiente**;
- indice con valore inferiore al 50%: **giudizio insufficiente**.

In relazione al risultato ottenuto come giudizio di sintesi della performance del Direttore Generale è prevista l'erogazione di una percentuale della “quota annua”, così come prevista dalla DGP n. 1007/2018 e dal contratto di lavoro.

Se l'indice di sintesi è:

- maggiore o uguale al 95% viene erogato il **100%** della quota disponibile;
- un valore uguale o superiore al 70% e inferiore al 95% viene corrisposta una percentuale della quota calcolata secondo una “**progressione lineare**”. Ossia il valore percentuale raggiunto nell'indice di sintesi corrisponde alla percentuale di “premio di produttività” da erogare al Direttore generale (es. indice di sintesi pari a 86,5% corrisponde all'86,5% della quota disponibile);
- uguale o superiore al 60% e inferiore al 70% viene erogato il **50%** della quota disponibile;
- uguale o superiore al 50% e inferiore al 60% viene erogato il **20%** della quota disponibile;
- inferiore al 50% **NON** viene erogata alcuna percentuale della quota disponibile.

3. VALUTAZIONE DEI RISULTATI CONSEGUITI RISPETTO AGLI OBIETTIVI FISSATI CON LA BSC

La BSC è negoziata annualmente tra il Dipartimento provinciale Salute e i vertici dell'Azienda sanitaria. Costituisce la dimensione principale di giudizio, vale il 90% del tutto.

La valutazione puntuale del grado di raggiungimento del singolo indicatore è demandata alla Ripartizione Salute.

Qualora un obiettivo non sia raggiunto per subentrati motivi di carattere esogeno e non riconducibili all'operato dell'Azienda, debitamente motivati, i relativi punti verranno assegnati in ragione del motivo subentrato (es. 100% se il motivo ha del tutto impedito il raggiungimento del risultato).

Una volta stabilite le performance, conseguite per ciascun indicatore di verifica, il giudizio finale è determinato:

- **per singolo obiettivo strategico:** dalla somma dei prodotti delle performance di singolo indicatore per il peso relativo di riferimento;
- **per singola prospettiva:** dalla somma dei prodotti delle performance di obiettivo strategico per il peso relativo di riferimento;
- **a livello complessivo:** dalla somma dei prodotti delle performance di prospettiva per il peso relativo di riferimento.

I pesi relativi assegnati a ciascun indicatore di verifica, obiettivo strategico e prospettiva, sono definiti e comunicati ex ante all'Azienda sanitaria.

4. VALUTAZIONE DEI RISULTATI CONSEGUITI RISPETTO AGLI ACCORDI AGGIUNTIVI PERSONALI

Gli accordi aggiuntivi personali sottoscritti tra l'Assessore alla Sanità ed il Direttore Generale costituiscono la seconda dimensione di giudizio, valgono il 10% del tutto.

Essi sono opzionali, nel senso che la fissazione da parte dell'Assessore competente non costituisce un obbligo. Nel caso di mancata determinazione degli stessi, la BSC rappresenta l'unica dimensione valutabile, con valore 100%.

La valutazione puntuale del grado di raggiungimento del singolo indicatore è demandata all'Assessore alla Sanità.

Una volta stabilite le performance, conseguite in ciascun indicatore di verifica, il giudizio è determinato:

- **per singolo obiettivo strategico:** dalla somma dei prodotti delle performance di singolo indicatore per il peso relativo di riferimento;

I pesi relativi assegnati a ciascun indicatore di verifica sono definiti e comunicati direttamente al Direttore Generale.

5. ULTERIORI CORRETTIVI

L'art. 11 co. 6 della L.P. 3/2017 specifica che nella valutazione dell'attività del direttore generale si tiene conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza erogata in condizioni di appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità e sicurezza.

Producono un abbattimento della quota premiale:

- 1) il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio
- 2) il mancato rispetto delle scadenze di legge per l'approvazione del bilancio preventivo e consuntivo da parte dell'Azienda sanitaria
- 3) il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano aziendale delle liste d'attesa e il punto BSC dedicato alle liste d'attesa (tutti gli indicatori): la valutazione deve essere $\geq 90\%$
- 4) il mancato rispetto degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione. Eventuali segnalazioni vengono trasmesse in forma scritta all'Azienda sanitaria in via preventiva, sulle quali incombe l'obbligo di risposta. Le violazioni sono contestate in forma scritta all'Azienda sanitaria da qualunque soggetto competente in materia (p.e. ANAC, Garante per la privacy, ecc.). Non vi devono essere più di due contestazioni e devono essere risolte quelle segnalate negli anni precedenti.

Qualora non sia realizzato l'equilibrio economico (pareggio di bilancio con le risorse assegnate), la quota annua premiale da erogare viene abbattuta del 10%. Se la perdita di bilancio risulta coperta da utili pregressi, la quota premiale non viene abbattuta.

Resta valido che nei casi più gravi spetta comunque alla Giunta provinciale, ai sensi dell'art. 11, co. 7 della L.P. 3/2017, decidere se la perdita sia tale da compromettere il proseguimento del rapporto contrattuale del Direttore generale, dichiarandone la decadenza.

Nel caso di ritardo nella presentazione del bilancio preventivo e consuntivo, rispetto ai termini di legge, la quota premiale viene abbattuta del 5%.

Qualora non siano attuati gli obiettivi del piano aziendale delle liste d'attesa e quelli previsti nella BSC (punto dedicato alle liste d'attesa), la quota annua premiale da erogare viene abbattuta del 5%.

Qualora non fossero rispettati gli obblighi di trasparenza e di pubblicazione, la quota annua premiale da erogare viene abbattuta del 5%.

ESEMPI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE COMPLESSIVA DEL DIRETTORE GENERALE:

Esempio 1 Dimensioni	Peso relativo	Performance	Valutazione
obiettivi fissati mediante la BSC	90%	85	76,5%
accordi aggiuntivi personali	10%	100	10%
Giudizio complessivo			86,5%

Correttivi		Rispetto	Correttivo
pareggio di bilancio		SÍ	0%
tempestività di approvazione del bilancio		SÍ	0%
obblighi di trasparenza		SÌ	0%
liste d'attesa		NO	-5%
Indice di sintesi e % di erogazione quota premiale a seguito dei correttivi			82,2%: Buono Quota spettante pari al 82,2% del valore del premio

Esempio 2 Dimensioni	Peso relativo	Performance	Valutazione
obiettivi fissati mediante la BSC	100%	73	73%
accordi aggiuntivi personali	0	-	-
Giudizio complessivo			73%

Correttivi		Rispetto	Correttivo
pareggio di bilancio		SÍ	0%
tempestività approvazione bilanci		NO	-5%
obblighi di trasparenza		SÌ	0%
liste d'attesa		NO	-5%
Indice di sintesi e % di erogazione quota premiale a seguito dei correttivi			65,7%: Sufficiente Quota spettante pari al 50% del valore del premio

6. ITER VALUTATIVO

L'iter valutativo prende avvio dal momento in cui sono resi disponibili gli elementi conoscitivi relativi ai risultati conseguiti dall'Azienda sanitaria.

Entro il 31 maggio **e comunque non prima del 30 aprile** di ogni anno l'Azienda sanitaria predispone una relazione sul raggiungimento degli obiettivi predefiniti, fornendo anche le evidenze circa il raggiungimento di ogni singolo indicatore, e la invia alla Ripartizione Salute. Il direttore generale riferirà direttamente all'Assessore alla Sanità degli obiettivi personali eventualmente assegnati.

A partire dal 1° giugno di ogni anno, la Ripartizione salute, anche richiedendo all'Azienda sanitaria informazioni aggiuntive, esamina la relazione, le evidenze fornite, la motivazione degli eventuali scostamenti e struttura un giudizio motivato non definitivo che invia all'Azienda **entro il 30 giugno** la quale formula opportune controdeduzioni scritte entro 15 giorni, a seguito delle quali la Ripartizione Salute propone una valutazione finale, frutto del giudizio di ciascuna delle due dimensioni e i correttivi applicati entro i successivi 15 giorni.

La Ripartizione Salute comunica, la data per la discussione della valutazione delle performance. In tale occasione, sulla base del confronto tra Direttore Generale e Assessore, si completa l'iter valutativo con l'esplicitazione del giudizio finale.

Entro luglio di ciascun anno si conclude l'iter valutativo della performance aziendale e del direttore generale.

Dopo 24 mesi dalla nomina -rispettando l'iter e le scadenze sopra descritte- la Giunta provinciale, verifica i risultati aziendali conseguiti e, presa anche visione delle relazioni dell'Azienda e del giudizio annuale dell'Assessorato, procede alla conferma del Direttore generale con atto motivato, oppure ne dichiara la decadenza.

**DIE LEISTUNGSBEURTEILUNG DES
GENERALDIREKTORS
DES SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBES
IM JAHR 2024**

1. VORWORT

Um eine bessere Integration zwischen der Planung des Landes und jene des Sanitätsbetriebes zu gewährleisten, hat die Autonomen Provinz Bozen ab 2005 ein Planungsinstrument eingeführt, welches die Prinzipien und Methoden der Balanced Scorecard (in der Folge BSC genannt) als Grundlage hat.

Durch die Anwendung dieses Instrumentes wurde folgendes ermöglicht:

- a) Definition eines integrierten Systems von Zielen, zur Verdeutlichung der erwarteten Ergebnisse, in Bezug auf die ergriffenen Maßnahmen zur Gewährleistung der Betreuungsstandards, unter Beachtung des wirtschaftlich-finanziellen Gleichgewichtes, und auch zur Verdeutlichung im Bereich der Qualität, der Effizienz und der professionellen Entwicklung;
- b) Für jedes Ziel werden die wichtigsten Leistungs- und Kontrollindikatoren definiert und für jeden von diesen, wird das erwartete Ergebnis auf Betriebsebene festgelegt;
- c) Für jeden Leistungsindikator wird die relative Gewichtung festgelegt, welche die Bedeutung des Indikators innerhalb der von der Landesverwaltung ausgearbeiteten Gesamtplanung ausdrückt.

Das Planungsinstrument BSC, in dem alle vorher genannten Aspekte inbegriffen sind, hat nicht nur den Zweck, Ziele zu formulieren, sondern auch die gesamte Leistungsbewertung des Betriebes vorzunehmen.

Dies bedeutet, dass der Vergleich der erreichten Ergebnisse mit den geplanten Werten der einzelnen Leistungsindikatoren, unter Berücksichtigung der relativen Gewichtung, es ermöglicht am Ende eines jeden Jahres eine Bewertung über den Zielerreichungsgrad auf Betriebsebene vorzunehmen.

Aufgrund der Wichtigkeit und Wirksamkeit des Planungsinstrumentes BSC, gilt es als angemessen, dieses Instrument auch zur Leistungsbewertung des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes anzuwenden, so wie in Art. 2, Abs. 3, Buchstabe u) des LG 3/2017 vorgesehen.

In diesem Dokument werden die Kriterien und Methoden für die Leistungsbeurteilung des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes beschrieben.

2. DIE LEISTUNGSBEURTEILUNG DES GENERALDIREKTORS

Die Leistungsbeurteilung des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes ergibt sich aus der Bewertung der folgenden Zielgrößen:

- a) aus dem Gesamtergebnis der BSC- Zielvorhaben (gemäß Abschnitt 3 berechnet). Gewichtung 90%;
- b) aus der Bewertung der zusätzlichen persönlichen Zielvereinbarungen, die eventuell vom Landesrat für Gesundheit und dem Generaldirektor unterzeichnet worden sind (gemäß Abschnitt 4 berechnet). Gewichtung 10%. Falls die Vereinbarungen nicht festgelegt werden, steigt der Wert der „BSC“- Zielgröße (Buchstabe a) auf 100%;
- c) aus eventuellen Abwertungskriterien aufgrund der Nicht-Erreichung besonders wichtiger, von den geltenden Rechtsnormen vorgesehen Ziele, was eine Reduzierung der zustehenden Prämie (gemäß der im folgenden Abschnitt 5 vorgesehenen Berechnungen) zur Folge hat.

Für jede der Bewertungsdimensionen wird eine spezifische Bewertung ausgesprochen, gemessen als Prozentsatz in Bezug auf die unter den Buchstaben a) und b) genannten Dimensionen und gemessen in Form einer Reduzierung der Bewertung bezüglich der „Erreichung des wirtschaftlichen Gleichgewichts“ und der „Einhaltung der Transparenzverpflichtungen“ sowie der „Zielerreichung betreffend Wartelisten“.

Die Gesamtbewertung des Generaldirektors besteht aus dem **arithmetischen gewichteten Durchschnitt der Zielgrößen a) und b)**. An dieser Bewertung wird die Berichtigung von Punkt c) angewandt (gemäß Absatz 5), damit der zusammenfassende Index berechnet werden kann.

Der zusammenfassende Index der Leistung des Generaldirektors entspricht folgenden Bewertungen:

- Wert gleich oder größer als 95%: **ausgezeichnet**;
- Wert gleich oder größer als 85% und kleiner als 95%: **sehr gut**;
- Wert gleich oder größer als 70% und kleiner als 85%: **gut**;
- Wert gleich oder größer als 50% und kleiner als 70%: **genügend**
- Wert kleiner als 50%: **ungenügend**.

Von dieser Leistungsbewertung des Generaldirektors hängt der Anteil der Auszahlung einer „jährlichen Quote“ ab, so wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 1007/2018 und im Arbeitsvertrag vorgesehen.

Wenn der zusammenfassende Index:

- größer oder gleich 95% ist, wird **100%** der Quote ausgezahlt;
- gleich oder größer als 70% und kleiner als 95% ist, wird ein Teil der Quote ausgezahlt, der **„linear ansteigt“**. Dieser Prozentwert entspricht dem Prozentanteil der „Leistungsprämie“ für den Generaldirektor (z. B. ein Wert von 86,5% entspricht 86,5% der verfügbaren Quote);
- gleich oder größer ist als 60% und kleiner als 70%, wird **50%** der verfügbaren Quote ausgezahlt;
- gleich oder größer ist als 50% und kleiner als 60%, wird **20%** der verfügbaren Quote ausgezahlt;
- kleiner ist als 50%, wird **KEINE** Summe ausgezahlt.

3. ERGEBNISBEWERTUNG AUFGRUND DER BSC-ZIELE

Die BSC-Ziele werden jährlich zwischen der Abteilung Gesundheit und der Führung des Sanitätsbetriebes vereinbart. Diese Zielgröße bildet die Hauptbewertungsdimension, mit einer Gewichtung von 90%.

Die Bewertung des Zielerreichungsgrades der einzelnen Indikatoren, obliegt der Abteilung Gesundheit.

Sollte die nicht erfolgte Zielerreichung von Ursachen abhängen, die nicht dem Betrieb zugeschrieben werden können und von diesem gebührend erläutert wurden, so werden die

Punkte aufgrund des Verhinderungsgrades der dargelegten Ursache vergeben (z. B. 100% falls es sich um eine Ursache handelt, die eine Zielerreichung gänzlich verhindert hat).

Sobald das Leistungsergebnis bezogen auf jeden einzelnen Indikator festgelegt ist, wird die Endbewertung folgendermaßen berechnet:

- **pro strategisches Ziel:** aus der Summe der Produkte der Leistungen des einzelnen Indikators mal die entsprechende Gewichtung;
- **pro Perspektive:** aus der Summe der Produkte der Leistungen des strategischen Zieles mal die entsprechende Gewichtung;
- **auf Gesamtbetriebsebene:** aus der Summe der Produkte der **Perspektiven** mal die entsprechende Gewichtung;

Die Gewichtungen, der einzelnen Indikatoren, strategischen Zielen und Perspektiven, werden festgelegt und im Voraus dem Sanitätsbetrieb mitgeteilt.

4. BEWERTUNG DER ZUSÄTZLICHEN PERSÖNLICHEN ZIELVEREINBARUNGEN

Die zusätzlichen persönlichen Zielvereinbarungen, die vom Landesrat für Gesundheit und dem Generaldirektor unterzeichnet worden sind, gelten als zweite Zielgröße mit einer Gewichtung von 10%.

Diese sind fakultativ, im Sinne, dass die Festlegung vonseiten des zuständigen Landesrats nicht verpflichtend ist. Bei fehlender Festlegung stellen die BSC-Ziele die einzige auswertbare Zielgröße mit einem Wert von 100% dar.

Die Bewertung des Zielerreichungsgrades der einzelnen Indikatoren, obliegt dem Landesrat für Gesundheit.

Sobald das Leistungsergebnis bezogen auf jeden einzelnen Indikator festgelegt ist, wird die Endbewertung folgendermaßen berechnet:

- **pro strategisches Ziel:** aus der Summe der Produkte der Leistungen des einzelnen Indikators mal die entsprechende Gewichtung;

Die Gewichtungen, die den einzelnen Indikatoren zugewiesen werden, werden festgelegt und dem Generaldirektor mitgeteilt.

5. WEITERE BERICHTIGUNGEN

Das Landesgesetz Nr. 3/2017 sieht im Art. 11, Abs. 6 vor, dass bei der Bewertung der Tätigkeit des Generaldirektors die Erreichung der Ziele im Gesundheitsbereich und des wirtschaftlichen Gleichgewichts des Sanitätsbetriebes berücksichtigt werden, auch bezüglich der Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards mit Blick auf Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit.

Abwertungskriterien bei der Prämienbemessung sind:

1. die Nicht-Erreichung des Haushaltsausgleichs
2. die Nichteinhaltung vonseiten des Sanitätsbetriebes der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen für die Genehmigung des Haushaltvoranschlags und der Abschlussbilanz
3. Nichteinhaltung der Ziele, die im Betriebsplan für die Wartelisten und im Punkt BSC Wartelisten (aller Indikatoren) festgelegt sind: die Bewertung muss $\geq 90\%$ sein

4. Nichteinhaltung der Transparenz- und Veröffentlichungspflichten. Etwaige Meldungen werden vorab schriftlich an den Sanitätsbetrieb weitergeleitet, der zu einer Antwort verpflichtet ist. Verstöße werden von jeder zuständigen Stelle (z.B. ANAC, Datenschutzbeauftragter, etc.) schriftlich dem Sanitätsbetrieb zugestellt. Es dürfen nicht mehr als 2 Anfechtungen erfolgen, und die in den Vorjahren gemeldeten Verstöße müssen behoben sein.

Falls das Haushaltgleichgewicht (Bilanzausgleich mit zugewiesenen Ressourcen) nicht eingehalten wird, wird die auszuzahlende Prämie um 10% verringert. Kann der Verlust durch Gewinnrücklagen gedeckt werden, so wird die auszuzahlende Prämie nicht reduziert.

Es bleibt nach wie vor bestehen, dass die Landesregierung, gemäß L.G. 3/2017, Art. 11, Abs. 7, entscheidet, ob der betriebliche Verlust so gravierend ist, dass er die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses des Generaldirektors beeinträchtigt, indem sie dessen Verfall erklärt.

Bei Nichteinhaltung vonseiten des Sanitätsbetriebes der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen für die Genehmigung des Haushaltvoranschlags und der Abschlussbilanz wird der Prämienanteil um 5% gekürzt.

Falls die Ziele bezüglich Betriebsplan zu den Wartelisten und die in der BSC (Punkt Warteliste) festgelegten Ziele nicht erreicht wurden, so wird die auszuzahlende Prämie um 5% gekürzt.

Falls die Transparenz- und Veröffentlichungspflichten nicht eingehalten werden, wird die auszuzahlende Prämie um 5% reduziert.

BEISPIELE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG DES GENERALDIREKTORS

BEISPIEL 1: Zielgröße	Gewichtung	Performance	Bewertung
BSC - Zielvorhaben	90%	85	76,5%
persönliche Zielvereinbarungen	10%	100	10%
Gesamtbewertung			86,5%

Berichtigungen		Einhaltung	Berichtigung
Bilanzausgleich		JA	0%
Rechtzeitigkeit der Genehmigung des Haushalts		JA	0%
Transparenzpflichten		JA	0%
Wartelisten		NEIN	-5%
Zusammenfassender Index und %satz der auszuzahlenden Prämie nach Berichtigungen			82,2%: Gut Zustehender Anteil der Prämie: 82,2%

BEISPIEL 2: Zielgröße	Gewichtung	Performance	Bewertung
BSC - Zielvorhaben	100 %	73	73%
persönliche Zielvereinbarungen	0	-	-
Gesamtbewertung			73%

Berichtigungen		Einhaltung	Berichtigung
Bilanzausgleich		JA	0 %
Rechtzeitigkeit der Genehmigung des Haushalts		NEIN	-5%
Transparenzpflichten		JA	0 %
Wartelisten		NEIN	-5 %
Zusammenfassender Index und %satz der auszuzahlenden Prämie nach Berichtigungen			65,7%: Genügend Zustehender Anteil der Prämie: 50%

6. BEWERTUNGSVERFAHREN

Das Bewertungsverfahren beginnt, sobald die Informationen über die vom Sanitätsbetrieb erzielten Ergebnisse verfügbar sind.

Innerhalb 31. Mai eines jeden Jahres und **jedenfalls nicht vor dem 30. April**, erstellt der Sanitätsbetrieb einen Bericht über die Erreichung der festgelegten Ziele und übermittelt die notwendigen Unterlagen zur Erreichung eines jeden einzelnen Indikators der Abteilung Gesundheit. Falls zusätzliche persönliche Ziele vereinbart wurden, so berichtet der Generaldirektor über diese direkt dem Landesrat für Gesundheit.

Ab dem 1. Juni eines jeden Jahres überprüft die Abteilung Gesundheit, den eingereichten Bericht sowie die bereitgestellten Unterlagen und die Begründung etwaiger Abweichungen und erstellt eine vorläufige begründete Bewertung, **innerhalb 30. Juni**. Der Sanitätsbetrieb äußert innerhalb von 15 Tagen entsprechende Gegendarstellungen, infolgedessen die Abteilung Gesundheit innerhalb von 15 Tagen eine definitive Leistungsbeurteilung unterbreitet, die aus der Bewertung der Zielgrößen und der erfolgten Berichtigungen hervorgeht.

Die Abteilung Gesundheit teilt den Termin zur Diskussion der Leistungsbewertung mit. Mit diesem Treffen zwischen Generaldirektor und Landesrat wird das Bewertungsverfahren beendet, indem die endgültige Bewertung vorgenommen wird.

Das Verfahren zur Bewertung der Betriebsperformance und zur Leistungsbewertung des Generaldirektors wird innerhalb Julis eines jeden Jahres abgeschlossen.

Nach Ablauf von 24 Monaten ab dem Datum der Ernennung - unter Einhaltung des oben beschriebenen Verfahrens und der oben genannten Fristen - überprüft die Landesregierung die erreichten Betriebsziele und bestätigt nach Einsicht der Berichte des Sanitätsbetriebes und der jährlichen Bewertung des Assessorates den Generaldirektor durch einen motivierten Akt oder erklärt seine Entlassung aus dem Amt.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und
L.G. 6/22 über 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 Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento	MAYR MICHAEL	29/04/2024 14:55:03
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione	SCHROTT LAURA	29/04/2024 14:32:51
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio	CAPODAGLIO SILVIA	29/04/2024 11:30:06

Laufendes Haushaltsjahr		Esercizio corrente	
La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung	zweckgebunden		impegnato
	als Einnahmen ermittelt		accertato in entrata
	auf Kapitel		sul capitolo
	Vorgang		operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben	30/04/2024 12:14:22 TACCHINARDI MARTA	Il Direttore dell'Ufficio spese
Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht		Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria
Der Direktor des Amtes für Einnahmen		Il Direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift entspricht dem Original	Per copia conforme all'originale
Datum / Unterschrift	data / firma

Abschrift ausgestellt für Copia rilasciata a



Die Landeshauptmannstellvertreterin
La Vice-Presidente della Provincia

PAMER ROSMARIE

07/05/2024

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

07/05/2024

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung,
bestehend - ohne diese Seite - aus 32 Seiten, mit
dem digitalen Original identisch ist, das die
Landesverwaltung nach den geltenden
Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen
Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf
folgende Personen lauten:

nome e cognome: Rosmarie Pamer

Si attesta che la presente copia analogica è
conforme in tutte le sue parti al documento
informatico originale da cui è tratta, costituito da 32
pagine, esclusa la presente. Il documento originale,
predisposto e conservato a norma di legge presso
l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con
firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme
des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate
überprüft und sie im Sinne der geltenden
Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

07/05/2024

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di
acquisizione del documento digitale la validità dei
certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati
a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma