


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

Sitzung vom Nr. 376
 Seduta del
 14/05/2019

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
 Arnold Schuler
 Giuliano Vettorato
 Daniel Alfreider
 Philipp Achammer
 Massimo Bessone
 Waltraud Deeg
 Maria Hochgruber Kuenzer
 Thomas Widmann

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb
 gemäß der Methode der Balanced
 Scorecard. Jahr 2019

Oggetto:

Indirizzi programmatori all'Azienda
 sanitaria, basati sulla metodica della
 Balanced Scorecard. Anno 2019

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. November 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. April 2017, sieht vor, dass das Arbeitsverhältnis des Generaldirektors mit einem zwischen drei und fünf Jahren befristeten, erneuerbaren privatrechtlichen Vertrag geregelt wird.

La Giunta provinciale
prende atto di quanto segue:

il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 (Deliberazione della Giunta provinciale del 29 novembre 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 21.4.2017, 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, comma1, della L.P. n. 3 del 21 aprile 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.

Derselbe Artikel sieht im Absatz 4 vor, dass der Amtsbezug des Generaldirektors/ der Generaldirektorin 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 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.

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 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.

Aufgrund der Artikel 2 und 5 des Landesgesetzes. Nr. 14 vom 5. November 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.

Der Beschluss der Landesregierung vom 02.10.2018, Nr. 1007 sieht vor, dass das Jahresbruttoentgelt des Generaldirektors, einschließlich 13tes Monatsgehalt, durch eine Jahreszulage ergänzt wird, die nachträglich im Verhältnis zur Zielerreichung der jährlich festgesetzten Ziele der Landesregierung gemäß Art. 11, Abs. 4 des L.G. Nr.3 vom 21.04.2017., in geltender Fassung, ausbezahlt wird.

Der Entwurf des mit Beschluss der L.R. vom 02.10.2018, Nr. 1007 genehmigten Arbeitsvertrages, schreibt des Weiteren im Art. 8 vor, dass die Landesregierung jährlich die erreichten Betriebsergebnisse überprüft.

Mit Beschluss der Landesregierung vom 25. Juli 2005, Nr. 2700, wurde beschlossen die Methode der Balanced Scorecard zur Erarbeitung der jährlichen Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb anzuwenden.

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

In base agli artt. 2 e 5 della Legge provinciale del 5 novembre 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.

La deliberazione della G.P. del 02.10.2018, n. 1007 prevede che il compenso annuo lordo del Direttore generale, comprensivo di tredicesima è integrato di una quota annua erogabile a consuntivo e in proporzione alla realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla Giunta Provinciale ai sensi dell'art. 11, comma 4 della L.P. n. 3 del 21.4.2017 e successive modifiche.

Lo schema di contratto approvato con delibera della G.P. del 02.10.2018, n. 1007 prescrive inoltre all'art. 8 che la Giunta Provinciale provvederà annualmente alla verifica dei risultati aziendali conseguiti.

Con deliberazione della Giunta provinciale del 25 luglio 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 Sanità e il Direttore generale per la valutazione delle performance personali è opzionale e viene sottoscritto dopo l'approvazione della presente delibera.

All dies vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlich vorgesehener Form

Tutto ciò premesso e sentito il relatore, la Giunta provinciale, a voti unanimi, espressi nelle forme di legge

b e s c h l o s s e n :

1. die Planungsrichtlinien 2019 für den Sanitätsbetrieb zu genehmigen, welche
 - die Zielsetzung 2019, versehen mit den dazugehörigen Indikatoren (ANHANG 1-2019),
 - den Detailbogen zu den einzelnen Zielvorgaben/Indikatoren für 2019 (ANHANG 2-2019) und
 - die Bewertungskriterien der Leistung des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes ab 2019 (ANHANG 3-2019); enthalten.
2. die Möglichkeit vorzusehen, die Untergrenze der einzelnen Indikatoren die in der ersten Verhandlung festgesetzt wurde, infolge außerordentlicher Umstände und/oder Ereignisse, neu zu verhandeln.
3. festzuhalten, dass jener Teil des Entgeltes, der von der Zielerreichung abhängt, gemäß den Vorgaben des Beschlusses der Landesregierung vom 02.10.2018, Nr. 1007 festgesetzt wird.

d e l i b e r a :

1. di approvare gli indirizzi di programmazione strategica 2019 all'Azienda sanitaria, contenenti:
 - gli obiettivi che l'Azienda sanitaria dovrà conseguire nel 2019, corredati dai relativi indicatori (ALLEGATO 1-2019);
 - le schede di dettaglio di ogni singolo obiettivo/indicatore per il 2019 (ALLEGATO 2-2019) e
 - i criteri di valutazione delle performance del Direttore dell'Azienda sanitaria a partire dall'anno 2019 (ALLEGATO 3-2019);
2. di prevedere la possibilità di rinegoziare i limiti dei singoli indicatori fissati nella prima contrattazione, alla luce di eventi straordinari e/o di situazioni impreviste;
3. di determinare l'ammontare del compenso legato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla deliberazione della G.P. del 02.10.2018, n. 1007.

4. die jährliche Bewertung der vom Generaldirektor erreichten Betriebsergebnisse an den Landesrat zu delegieren, gemäß ANHANG 3-2019 der vorliegenden Maßnahme.

DER LANDESHAUPTMANN

4. di delegare all'Assessore competente l'annuale valutazione dei risultati aziendali conseguiti dal Direttore Generale ai sensi dell'ALLEGATO 3-2019 del presente provvedimento.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER
LANDESREGIERUNG

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA
GIUNTA PROVINCIALE

ANLAGE 1-2019 - Strategische Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2019

Per- spektive	HAUPTZIEL	ZIEL	INDIKATOR	WERTU NG
A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle				10%
A.1	Ausbau der Steuerungsfunktion hinsichtlich Betriebsführung und -organisation	A.1.1 Umsetzung der neuen Betriebsordnung und Organigramm	Der dreijährige Umsetzungsplan wird genehmigt, mit der Umsetzung des für 2019 vorgesehenen Teils und mit der Anpassung der Verantwortungs- /Kostenstellen und deren Ressourcenversorgung. Darüber hinaus wird der Vorschlag für die Betriebsordnung und das Organigramm der Gesundheitsdienste ausgearbeitet	40%
		A.1.2 Fortsetzung des Projekts der Zertifizierbarkeit der Bilanzen	Die von der Projektgruppe und dem betrieblichen Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit der Bilanzen (DPZ) für 2019 festgelegten Prioritäten werden umgesetzt	15%
A.2	Verbesserung der Wirtschafts- und Finanzsteuerung	A.2.1 Umsetzung der neuen wirtschaftlichen ministeriellen Datenflüsse (CE, LA, SP, CP)	Die neuen ministeriellen Datenflüsse werden gemäß den nationalen Leitlinien umgesetzt	15%
		A.2.2 Korrekte und vollständige Ausfüllung der F-Datei (Direkte Verabreichung von Arzneimitteln)	Korrekte und vollständiges F-Datei mit allen Daten der Medikamente, die an außerhalb Südtirol ansässige Patienten verabreicht werden	15%
		A.2.3 Eindämmung der Kosten im Bereich der pharmazeutischen Ausgabe und im Bereich der Medizinprodukte	A.2.3-1) Der Betrieb erstellt für den pharmazeutischen Bereich und im Bereich der Medizinprodukte einen Report, in dem die getätigten Interventionen, die erreichten Ergebnisse und die Ausgaben- und Kostenabweichungen zu den Vorjahren erläutert werden.	10%
			A.2.3-2) Für den Kauf von digitalen Hörgeräten und Rollstühlen werden betriebsweite Ausschreibungen durchgeführt (Code 22.06 der Liste 2A bzw. Codes 12.22 und 12.23 der Liste 2B gemäß Anhang 5 DPMR 12.01.2017)	5%
A. SUMME				100%
B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung				30%
B.1	Durchführung des IT-Masterplans	B.1.1 Ausarbeitung des "IT-Masterplan 2019-2021"	Das Dokument "IT-Masterplan 2019-2021" ist aktualisiert	10%
B.2	Digitalisierung der Verschreibungen	B.2.1 Digitalisierte Verschreibung der ambulanten fachärztlichen Leistungen und Anpassung der Erbringungssysteme	60% der von den öffentlichen Einrichtungen ausgestellten Verschreibungen der ambulanten fachärztlichen Leistungen sind informatisiert, es sind die Erbringungssysteme angepasst. Die informatisierten Daten der Pharmazeutik und Fachmedizin des SAP (System der telematischen Datensammlung) werden im DWH der Landesverwaltung zur Verfügung gestellt	30%
		B.2.2 Digitalisierte Verschreibung von Medizinprodukten ("Medical Devices") und Anpassung der Erbringungssysteme	Die Verschreibung und Erbringung der Medizin- und Diätprodukte vonseiten der territorialen Apotheken ist informatisiert	35%
B.3	Umsetzung des Informationssystems für das Impfregeister	B.3.1 Umsetzung des Impfregeisters, gemäß Staat-Region-Abkommen Nr. 154 vom 6.9.2018	Es ist eine Anwendung für die Erstellung und Verwaltung des Landesimpfregeisters umgesetzt und der Datenfluss an das DWH der Landesverwaltung und das Gesundheitsministerium erstellt	20%
B.4	Umsetzung des Neuen Gesundheitsinformationssystem - NSIS	B.4.1 Start des Datenflusses SIAD (Informationssystem für die Überwachung der Hauspflege)	Die Vorbereitungsarbeiten für den Start des Datenflusses SIAD sind erfüllt. Der Start des Datenflusses ans Land erfolgt innerhalb Ende des Jahres 2019	5%
B. SUMME				100%

ANLAGE 1-2019 - Strategische Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2019

Per-spektive	HAUPTZIEL	ZIEL	INDIKATOR	WERTUNG
C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen				25%
C.1	Prävention und Hygiene und öffentliche Gesundheit	C.1.1 Reorganisation der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit	Die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit und für Hygiene der Lebensmittel und Ernährung sind aktiv und funktionierend. Diese bedienen, gemäß der Vorgaben des Landesbeschlusses, das gesamte Landesgebiet	10%
C.2	Krankenhausbetreuung	C.2.1 Übersiedlung in das neue Krankenhaus Bozen	Der Umzug in die neue Klinik - gemäß der Vorgaben für 2019 des Umzugprotokolls - erfolgt pünktlich und vollständig, ohne wesentliche Kritikpunkte	5%
		C.2.2 Umsetzung des neuen Landesplans für das Rehabilitationsnetz	Der Landesplan für das Rehabilitationsnetz ist, in Bezug auf den für 2019 vorgesehenen Teil, gemäß Landesbeschluss, einschließlich der Aktivierung der Intermediärbetten, umgesetzt	20%
C.3	Entwicklung der wohnortnahen Betreuung	C.3.1 Umsetzung des Chronic Care Masterplans in Bezug auf den für 2019 vorgesehenen Teil	Der Umsetzungsplan des Masterplans Chronic Care 2018-2020 ist mit betreffendem Zeit- und Finanzierungsplan ausgearbeitet. Der Masterplan Chronic Care ist in Bezug auf den gemäß Landesbeschluss für 2019 vorgesehenen Teil umgesetzt	40%
		C.3.2 Optimierung der Versorgung von Patienten mit Harn- bzw. Stuhlinkontinenz	Die Analyse der Situation der vier Gesundheitsbezirke ist durchgeführt und der Umsetzungsplan 2020-2022 ist festgelegt	5%
		C.3.3 Reorganisation des Betriebsdienstes für Zahnheilkunde	Der Dienst für Zahnheilkunde im Krankenhaus und auf dem Territorium ist anhand eines interprofessionellen Ansatzes neu gestaltet und die neuen Zugangs- und Betreuungskriterien sind gemäß der neuen nationalen WBS (DPMR 12.1.2017) ausgearbeitet	20%
C. SUMME				100%
D) Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)				25%
D.1	Verbesserung der Qualität der klinischen Betreuung	D.1.1 Bestätigung der institutionellen Akkreditierung des Sanitätsbetriebes	Die Selbsterklärung über den Besitz der Minimal- und Zusatzanforderungen der Bewilligung und Akkreditierung in Bezug auf die Gesundheitseinrichtungen des Sanitätsbetriebes sind auf der Grundlage der Liste der vorhandenen Strukturen übermittelt worden	7%
		D.1.2 Umsetzung des neuen Betreuungspfades "Rund um die Geburt"	Der neue Betreuungspfad Rund um die Geburt ist vollständig umgesetzt, mit Ausnahme von Strukturmaßnahmen. Die neuen Gesundheitsleistungen und die neuen Ticketbefreiungen sind umgesetzt..	14%
		D.1.3 Pilotierung der Multidimensionalen Bewertungseinheiten (MBW) aufgrund des Chronic Care Masterplanes 2018 - 2020	Die Pilotierung der multidimensionalen Bewertungseinheiten (UVM) durch Verwendung des neuen multidimensionalen Formulars zur Seniorenbewertung (SVAMA) ist abgeschlossen. Der Abschlussbericht zur Bewertung des Pilotprojektes ist verfasst. Der Bericht erhebt die von der von der multidimensionalen Bewertungseinheit (UVM) erbrachten Leistungen und die Anzahl, sowie die Typologie der entsendeten und verwalteten Fälle.	5%
		D.1.4 Korrekte und vollständige Umsetzung des diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfades für Diabetes	Die Personen mit Typ-2-Diabetes sind gemäß der Indikationen des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades für Diabetes aufgenommen worden. Das Betreuungsabkommen ist erstellt, genehmigt und an die VGM (Vernetzte Gruppenmedizin)-Ansprechpartner verschickt worden. Der Mindestbestand an Informationen ist gesammelt und die Daten an das DWH der Landesverwaltung übermittelt worden, um die Überwachung der Anwendung des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades zu beginnen	5%
		D.1.5 Optimierung der Betreuung durch Allgemeinmediziner: Betreuungs- und Verwaltungsziele	Zwei Betreuungs- und Verwaltungsziele, welche im Betriebsrat festzulegen sind, sind gemäß Art. 9 bis Abs. 2 des Landeszusatzvertrages der Allgemeinmediziner erarbeitet und umgesetzt	5%

ANLAGE 1-2019 - Strategische Planungsrichtlinien für den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2019

Per-spektive	HAUPTZIEL	ZIEL	INDIKATOR	WERTUNG
D.2	Verbesserung der klinischen Ergebnisse und der Angemessenheit	D.2.1 Bestimmung und Implementierung des betrieblichen Planes der Vormerkzeiten	Bestimmung des betrieblichen Planes. Gewährleistung der maximalen Vormerkzeiten und der zusätzlichen Ergebnis-Indikatoren, die im Landesplan eventuell festgesetzt werden	20%
		D.2.2 Angemessenheit der Verschreibungen	Es ist ein betriebsweites Verfahren zur Kontrolle der angemessenen Verschreibung von Verschreibungs- und Behandlungsbögen, die von der AIFA bei bestimmten Medikamenten für die Rückvergütung vorgesehen sind, eingeführt, einschließlich Informatisierung derselben.	5%
		D.2.3 Entwicklung der einheitlichen Landesvormerkzentrale ("CUP provinciale")	Die Vormerkung aller monitorisierten Erstvisiten, von 8 nicht monitorisierten Erstvisiten (Allgemein Chirurgie, plastische Chirurgie, Ematologie, Geriatrie, Infektionskrankheiten, Nephrologie, Neurochirurgie, Rheumatologie) und der Leistungen in Bezug auf diagnostische Radiologie, müssen über die einheitliche Landesvormerkzentrale erfolgen.	7%
D.3	Verbesserung der Sicherheit der Patienten (Riskmanagement)	D.3.1 Gewährleistung der Übermittlung an das regionale Zentrum für klinisches Risikomanagement der Daten und des abschließenden Betriebsberichtes bezüglich der laut Artikel 2, Absatz 5 des Staatsgesetzes Nr.24 vom 8. März 2017 vorgesehenen Datenflüsse	Gemäß Art. 2 Abs. 5 des Gesetzes Nr. 24 vom 8.3.2017 ist ein Abschlussbericht über die verschiedenen Datenflüsse erstellt worden.	5%
		D.3.2 Umsetzung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen aufgrund von Sentinel Events, die gemeldet und analysiert wurden	Der Bericht über den Stand der Umsetzung aller geplanten Korrekturmaßnahmen ist vorgelegt worden	10%
D.4	Gewährleistung des gleichen Zugangs	D.4.1 Einheitliche Handhabung auf Betriebsebene der direkten Weiterleitung von der Notaufnahme an andere Abteilungen/Dienste	Die Regelung der direkten Weiterleitung von der Notaufnahme und der <i>Fast track</i> , ist auf Betriebsebene vereinheitlicht und die Umsetzung ist bis Ende 2019 gewährleistet.	7%
D.5	Verbesserung der Performance	D.5.1 Verbesserung der Leistungen laut "Progetto Nazionale Esiti" und "Progetto Bersaglio"	Die Rate des Krankenhausaufenthaltes bei Akutfällen wurde auf 140 Promille reduziert, die Variabilität des Krankenhausaufenthaltes zwischen den Gesundheitsbereichen ist reduziert und die Rate der Nutzung von stationären Betten bei Akutfällen auf 85% erhöht	10%
D. SUMME				100%
E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes				10%
E.1	Personalentwicklung	E.1.1 Erarbeitung der operativen Planung der Personalentwicklung und Anlauf der Umsetzung	Die operative Planung der Personalentwicklung ist mit dem entsprechenden Umsetzungsplan genehmigt und die für 2019 vorgesehenen Maßnahmen umgesetzt	10%
		E.1.2 Formulierung des Standardpersonalbedarfs des Südtiroler Sanitätsbetriebes	Der Standardpersonalbedarf des Sanitätsbetriebes ist auf analytische Weise pro wesentlicher Betreuungsebene, Organisationseinheit und Berufsbild erhoben	40%
		E.1.3 Anpassung Informations-/ Informatiksystem des Personals	Das Informations-/Informatiksystem ist an den Informationsbedarf angepasst und in die analytische und allgemeine Buchhaltung integriert (einschließlich: Anwesenheitssystem, Einstellungen-Verlegungen-Entlassungen/Pensionierungen, etc.). Diese Anpassung erfolgt schrittweise im Einklang mit dem ad hoc erstellten Umsetzungsplan.	50%
E. SUMME				100%
GESAMTSUMME				100%

Prospettiva	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PUNTEGGIO
A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo				10%
A.1	Potenziamento funzione di governance organizzativa e gestionale	A.1.1 Implementazione del nuovo atto aziendale e organigramma	E' approvato il piano attuativo triennale, con implementazione di quanto previsto per il 2019 e con adeguamento dei centri di responsabilità/centri di costo e relativa alimentazione con le risorse. E' inoltre elaborata la proposta per l'atto aziendale e organigramma dei servizi sanitari	40%
		A.1.2 Avanzamento progetto certificabilità del bilancio	Sono attuate le priorità stabilite per il 2019 dal gruppo di progetto e dal PAC aziendale di dettaglio	15%
A.2	Miglioramento della governance economico-finanziaria	A.2.1 Implementazione dei nuovi flussi ministeriali economici (CE, LA, SP, CP)	Sono implementati i nuovi flussi ministeriali, ai sensi delle linee guida nazionali	15%
		A.2.2 Corretta e completa alimentazione del file F (Somministrazione diretta dei farmaci)	File F corretto e completo con tutti i dati dei farmaci somministrati a pazienti residenti fuori PAB	15%
		A.2.3 Contenimento dei costi nel settore della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici	A.2.3-1) E' prodotto specifico report che descrive, per ciascuna misura adottata nell'ambito del settore farmaceutica e dispositivi medici, gli interventi, i risultati ottenuti e la variazione della spesa/costo rispetto agli anni precedenti	10%
			A.2.3-2) Sono effettuate gare di appalto a livello aziendale per l'acquisto di apparecchi acustici digitali e di carrozzine (rispettivamente codice 22.06 dell'elenco 2A e codici 12.22 e codice 12.23 dell'elenco 2B ai sensi dell'allegato 5 del DPCM 12.01.2017)	5%
A. TOTALE				100%
B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici				30%
B.1	Attuazione IT Masterplan	B.1.1 Elaborazione dell' "IT-Masterplan 2019-2021"	È aggiornato il documento "IT-Masterplan 2019-2021"	10%
B.2	Dematerializzazione ricette	B.2.1 Prescrizioni dematerializzate per prestazioni specialistiche ambulatoriali e adeguamento dei sistemi di erogazione	Il 60% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prodotte dalle strutture pubbliche è dematerializzato, sono adeguati i sistemi di erogazione. Sono messi a disposizione i dati del SAP ("Sistema di Accoglienza Provinciale") della dematerializzata farmaceutica e specialistica nel DWH dell'amministrazione provinciale	30%
		B.2.2 Prescrizioni dematerializzate di dispositivi medici ("Medical Devices") e adeguamento dei sistemi di erogazione	Il prescritto e l'erogato dei dispositivi medici e dei prodotti dietetici da parte delle farmacie territoriali è dematerializzato	35%
B.3	Implementazione Sistema informativo anagrafe vaccinale	B.3.1 Implementazione anagrafe vaccinale, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni n. 154 del 6.9.2018	È implementato un applicativo per la realizzazione e la gestione dell'Anagrafe Provinciale Vaccini ed è creato il flusso verso il DWH dell'Amministrazione provinciale e verso il Ministero della salute	20%
B.4	Implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS	B.4.1 Avvio flusso SIAD (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare)	Sono realizzati i lavori preparatori per l'avvio del flusso nazionale SIAD. L'avvio del flusso verso la Provincia avviene entro la fine dell'anno 2019	5%
B. TOTALE				100%

Prospettiva	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PUNTEGGIO
C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti				25%
C.1	Prevenzione e igiene e sanità pubblica	C.1.1 Riorganizzazione dei Servizi d'Igiene e Sanità pubblica	Sono attivi e funzionanti il Servizio d'Igiene e Sanità pubblica e il Servizio d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione che servono l'intero territorio provinciale, in conformità con quanto previsto dalla delibera provinciale	10%
C.2	Assistenza ospedaliera	C.2.1 Trasloco nuovo Ospedale di Bolzano	E' avvenuto il trasloco nella nuova clinica -secondo quanto previsto per il 2019 dal protocollo di trasferimento- in modo tempestivo e completo, senza criticità di rilievo	5%
		C.2.2 Implementazione del nuovo Piano provinciale della rete riabilitativa	E' attuato il Piano provinciale della rete riabilitativa per la parte prevista nel 2019, ai sensi della delibera provinciale, ivi inclusa l'attivazione delle cure intermedie	20%
C.3	Sviluppo dell'assistenza sul territorio	C.3.1 Attuazione del Masterplan Chronic Care per la parte prevista nel 2019	È elaborato il piano di attuazione del Masterplan Chronic Care 2018-2020, con relativo cronoprogramma e piano di finanziamento. E' attuato il Masterplan Chronic Care per la parte prevista nel 2019, ai sensi della delibera provinciale	40%
		C.3.2 Ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da incontinenza urinaria e/o fecale	E' svolta l'analisi della situazione nei quattro comprensori ed è definito il piano di attuazione 2020-2022	5%
		C.3.3 Riorganizzazione del Servizio Odontostomatologico Aziendale	E' riorganizzato il servizio odontostomatologico ospedale-territorio con approccio interprofessionale e sono elaborati i nuovi criteri di accesso e di assistenza, ai sensi dei nuovi LEA nazionali (DPCM 12.1.2017)	20%
C. TOTALE				100%
D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)				25%
D.1	Miglioramento della qualità clinico-assistenziale	D.1.1 Conferma dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda sanitaria	Sono presentate le autocertificazioni circa il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture dell'ASDAA sulla base del mapping aziendale	7%
		D.1.2 Implementazione del nuovo "Percorso nascita"	E' attuato a regime il nuovo percorso nascita, ad esclusione degli interventi di tipo strutturale. Sono implementate le nuove prestazioni sanitarie e le nuove esenzioni	14%
		D.1.3 Pilotaggio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in base al Masterplan Chronic Care 2018 – 2020	E' concluso il pilotaggio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale utilizzando la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). E' predisposta la reportistica finalizzata alla valutazione del pilotaggio. La reportistica evidenzia l'attività svolta dall'UVM ed il numero e la tipologia di casi inviati e gestiti dall'UVM.	5%
		D.1.4 Corretta e completa attuazione PDTA diabete	Sono arruolate le persone con diabete tipo 2 secondo le indicazioni del PDTA Diabete. È predisposto, approvato ed inviato il Patto di Cura ai referenti AFT. E' raccolto il set minimo di informazioni e i dati sono trasmessi al DWH dell'Amministrazione provinciale per avviare il monitoraggio dell'applicazione del PDTA	5%
		D.1.5 Ottimizzazione dell'assistenza tramite i medici di medicina generale: obiettivi assistenziali e gestionali	Sono elaborati e realizzati due obiettivi assistenziali e gestionali in base all'art. 9 bis comma 2 dell'AIP dei medici di medicina generale da definire nel Comitato Aziendale	5%

ALLEGATO 1-2019 - Indirizzi di programmazione strategica all'Azienda Sanitaria delle Provincia Autonoma di Bolzano per l'anno 2019

Prospettiva	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PUNTEGGIO
D.2	Miglioramento degli outcome e dell'appropriatezza	D.2.1 Definizione e implementazione del piano aziendale dei tempi di attesa	E' definito il piano aziendale e sono garantiti i tempi massimi di attesa e gli eventuali ulteriori indicatori di risultato stabiliti nel piano provinciale	20%
		D.2.2 Appropriata prescrizione	E' implementata una procedura aziendale relativa al controllo della prescrizione appropriata delle schede di prescrizione e di trattamento previste dall'AIFA ai fini della rimborsabilità di determinati farmaci, compresa l'informatizzazione delle stesse	5%
		D.2.3 Sviluppo del CUP provinciale	La prenotazione di tutte le prime visite monitorate, di 8 prime visite non monitorate (Chirurgia generale, Chirurgia plastica, Ematologia, Geriatria, Malattie infettive, Nefrologia, Neurochirurgia, Reumatologia) e delle prestazioni di radiologia diagnostica devono essere prenotabili tramite il CUP provinciale	7%
D.3	Miglioramento della sicurezza dei pazienti (Riskmanagement)	D.3.1 Garantire l'invio al centro rischio clinico regionale dei dati e della relazione aziendale a consuntivo relativi ai flussi informativi previsti dal articolo 2, comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24	E' prodotta una relazione di consuntivo sui diversi flussi informativi previsti dall'art. 2, comma 5 della L. n. 24 del 8.3.2017	5%
		D.3.2 Implementazione degli interventi correttivi e di miglioramento risultanti dagli eventi sentinella segnalati ed analizzati	E' presentato il report sullo stato di implementazione di tutte le azioni correttive previste	10%
D.4	Garanzia equità di accesso	D.4.1 Uniforme gestione a livello aziendale degli invii diretti effettuati dal Pronto Soccorso ad altri reparti/servizi	La regolamentazione degli invii diretti da Pronto Soccorso e del <i>Fast track</i> è resa uniforme a livello aziendale ed è garantita l'implementazione entro fine anno 2019	7%
D.5	Miglioramento performance	D.5.1 Miglioramento performance Progetto Nazionale Esiti e Progetto Bersaglio	E' ridotto il tasso di ospedalizzazione per acuti e portato a 140 per mille; è ridotta la variabilità dell'ospedalizzazione tra comprensori sanitari ed è aumentato all'85% il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari per acuti	10%
D. TOTALE				100%
E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale				10%
E.1	Sviluppo del personale	E.1.1 Elaborazione del Piano operativo di sviluppo del personale e avvio della sua implementazione	E' approvato il piano operativo di sviluppo del personale, con il relativo programma di attuazione, e sono realizzate le misure previste per il 2019	10%
		E.1.2 Formulazione del fabbisogno standard di personale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige	E' rilevato il fabbisogno standard di personale dell'Azienda sanitaria in modo analitico per singolo LEA, unità operativa e figura professionale	40%
		E.1.3 Adeguamento sistema informativo/informatico del personale	Il sistema informativo/informatico del personale è adeguato alle esigenze informative e integrato con la contabilità analitica e generale (incluso: sistema presenze, assunzioni-trasferimenti-dimissioni/pensionamenti etc.). Tale adeguamento avviene progressivamente secondo il piano attuativo predisposto ad hoc	50%
E. TOTALE				100%
TOTALE COMPLESSIVO				100%

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.1 Ausbau der Steuerungsfunktion hinsichtlich Betriebsführung und -organisation

ZIEL A.1.1

A.1.1 Umsetzung der neuen Betriebsordnung und Organigramm

BESCHREIBUNG

L.G. Nr. 3/2017 sieht die Genehmigung der Betriebsordnung als grundlegendes Dokument des Sanitätsbetriebes nach der Reorganisation des Landesgesundheitsdienstes vor, die durch dasselbe L.G. 3/2017, durch L.G. 4/2017 und durch die Durchführungsdokumente vorgesehen ist. Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 506 vom 9.5.2017 wurden die "Richtlinien für die Erstellung der Betriebsordnung des Südtiroler Sanitätsbetriebes" verabschiedet. Die Umsetzung der Betriebsordnung und des jeweiligen Organigramms für den Verwaltungsbereich wird ab 2019 erwartet, gemäß dem dreijährigen Umsetzungsplanes, den der Sanitätsbetrieb 2019 erstellen wird. Der Plan der Kosten-/ Verantwortungsstellen, welcher mit den Daten der analytischen Buchhaltung versorgt wird, wird kohärent angepasst. Der Vorschlag für die Betriebsordnung und das Organigramm der Gesundheitsdienste wird innerhalb 2019 erstellt.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

- 1) Innerhalb 30. September 2019 ist der dreijährige Umsetzungsplan genehmigt. Er beinhaltet unter anderem das Funktionendiagramm und definiert für die ganze Verwaltung insbesondere folgende Aspekte: Organisationsverantwortungen, die Über- und Unterordnungsverhältnisse, Positionen, zugeordneter Aktivitätsbereich, Gliederung der Aktivitäten, Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen, zugewiesene Personalressourcen. Der Plan beinhaltet zudem die zeitliche Umsetzung desselben. Am Jahresende muss der für das Jahr 2019 vorgesehene Teil implementiert werden.
- 2) Die Verantwortungs- / Kostenstellen werden nach dem neuen Betriebsorganigramm festgelegt. Sie werden auch korrekt mit den Daten der Kostenrechnung aktualisiert.
- 3) Der Vorschlag für die Betriebsordnung und das Organigramm der Gesundheitsdienste wird ebenfalls ausgearbeitet.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsordnung und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES Sanitätsbetriebes

Verwaltungsdirektion

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.1 Ausbau der Steuerungsfunktion hinsichtlich Betriebsführung und -organisation

ZIEL A.1.2

A.1.2 Fortschritte des Projekts zur Zertifizierbarkeit der Bilanzen

BESCHREIBUNG

Das Projekt zur Zertifizierbarkeit der Bilanzen begann im Mai 2017 mit Unterstützung des Unternehmens, welches bei der Ausschreibung für die Begleitung, Beratung und Schulung während der Durchführung, als Gewinner hervorging. Mit Beschluss der L.R. Nr. 213 vom 23.2.2016 wurde der Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit ("PAC") genehmigt, welcher mit Beschluss der L.R. Nr. 914 vom 11.9.2018 aktualisiert wurde. Im Jahr 2019 genehmigt der Sanitätsbetrieb den detaillierten Zertifizierungsprozess und setzt die für das Jahr 2019 festgelegten Ziele um.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

den im Beschluss der Landesregierung Nr. 914/2018 und im detaillierten PAC des Betriebes vorgesehenen Maßnahmen und Zeitplänen fortzusetzen. Insbesondere im Hinblick auf den PAC für 2019 ist das Unternehmen zu Folgendem verpflichtet:

- 1) die formelle Einrichtung und Aktivierung einer internen Auditfunktion mit Erarbeitung und Formalisierung der Vorschriften für die interne Revision und des Auditplans;
- 2) Formalisierung von mindestens 11 Verwaltungs- und Rechnungsführungsverfahren, die der Erreichung der Ziele des PAC für 2019 dienen und Umsetzung von mindestens 8 Verfahren;
- 3) Präsentation eines Vorschlages für ein Planungs- und Kontrollmodell, welches die Übereinstimmung zwischen der Gesundheitsplanung auf Landesebene, der strategischen/operativen Planung und der Wirtschafts- und Finanzplanung gewährleistet.

Der Indikator für Punkt 1) ist 40% des Ziels wert, jener für Punkt 2) 30% des Ziels und jener für Punkt 3) 30% des Ziels.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.2 Verbesserung der Wirtschafts- und Finanzsteuerung

ZIEL A.2.1

A.2.1 Umsetzung der neuen wirtschaftlichen ministeriellen Datenflüsse (CE, LA, SP, CP)

BESCHREIBUNG

Das Dekret des Gesundheitsministers vom 16. Februar 2001 (geändert in den Jahren 2004 und 2007), welches die Modelle für die Erhebung der wirtschaftlichen Tätigkeiten der Sanitätsbetriebe festlegt, steht kurz vor der Aktualisierung. Ziel des Sanitätsbetriebes ist es, seine Informations-, Verwaltungs- und Organisationssysteme so schnell wie möglich an die korrekte Erhebung der Ministerialmodelle anzupassen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die neuen ministeriellen Datenflüsse werden gemäß den nationalen Leitlinien umgesetzt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.2 Verbesserung der Wirtschafts- und Finanzsteuerung

ZIEL A.2.2

A.2.2 Korrekte und vollständige Ausfüllung der F-Datei (Direkte Verabreichung von Arzneimitteln)

BESCHREIBUNG

Einer der relevantesten Informationsflüsse für die Rückvergütung der interregionalen und internationalen Gesundheitsmobilität ist die F-Datei, worin die Daten der in verschiedenen Betreuungsformen verabreichten Arzneimittel enthalten sind, sowie deren Kosten. Der Betrieb hat die Aufgabe, diese Medikamente vollständig für alle außerhalb Südtirols ansässigen Patienten zu erheben, wie vom Einheitstext für die überregionale Verrechnung der sanitären Mobilität 2017 ("Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria 2017") vorgesehen (genehmigt am 18.10.2018 mit Abkommen zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen). Der Betrieb schafft gleichzeitig die organisatorischen und informatischen Voraussetzungen für eine vollständige Verfolgbarkeit derselben, welche innerhalb Jänner 2020 beginnen muss.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

- 1) Korrigierte und vollständige F-Datei mit allen Daten bezüglich der Arzneimittel, die an außerhalb Südtirol wohnhafte Patienten verabreicht werden.
 - 2) Die Bedingungen für die vollständige Verfolgbarkeit der Arzneimittel der F-Datei sind geschaffen.
- Der Indikator für Punkt 1) ist 80% des Ziels wert, jener für Punkt 2) 20% des Ziels.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen, Amt für Gesundheitsordnung und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Generaldirektion

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.2 Verbesserung der Wirtschafts- und Finanzsteuerung

ZIEL A.2.3-1)

A.2.3 Eindämmung der Kosten im Bereich der pharmazeutischen Ausgabe und im Bereich der Medizinprodukte

BESCHREIBUNG

Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, die Kosten einzudämmen und zwar mit der Förderung eines angemessenen und effizienten Einsatzes der Ressourcen, insbesondere in Bezug auf die Personalkosten (im Einklang mit der Gewährleistung der WBS), auf die Kosten für Güter und Dienstleistungen vor allem jene für Arzneimittel und Geräte und auf die Gemeinkosten.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

A.2.3-1) Der Betrieb erstellt für den pharmazeutischen Bereich und im Bereich der Medizinprodukte einen Report, in dem die getätigten Interventionen, die erreichten Ergebnisse und die Ausgaben- und Kostenabweichungen zu den Vorjahren erläutert werden.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Generaldirektion

A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

HAUPTZIEL

A.2 Verbesserung der Wirtschafts- und Finanzsteuerung

ZIEL A.2.3-2)

A.2.3 Eindämmung der Kosten

BESCHREIBUNG

A.2.3-2) Gemäß den Bestimmungen des DPMR vom 12.01.2017 müssen die im Anhang 5, Listen 2A und 2B angeführten Prothesen, im Rahmen einer Ausschreibung mit dem Ziel der Rationalisierung der öffentlichen Ausgabe, erworben werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Es werden Ausschreibungen (auf Betriebsebene und nicht auf Bezirksebene) für den Kauf von digitalen Hörgeräten und Rollstühlen (jeweils Code 22.06 der Liste 2A und Code 12.22 und Code 12.23 der Liste 2B gemäß Anhang 5 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrats vom 12.01.2017) durchgeführt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung

HAUPTZIEL

B.1 Durchführung des IT-Masterplans

ZIEL B.1.1

B.1.1 Ausarbeitung des "IT-Masterplan 2019-2021"

BESCHREIBUNG

Eine der wichtigsten Herausforderungen des Landesgesundheitsdienstes ist die Modernisierung des Informationssystems, sei es im Verwaltungs- als auch im klinischen Bereich, durch die Umsetzung des vom Sanitätsbetrieb ausgearbeiteten "IT-Masterplan 2019-2021". Dieses strategische Dokument gibt die Entwicklungsschwerpunkte und Stoßrichtungen für das Informationssystem des Sanitätsbetriebes vor.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Aktualisierung des "IT-Masterplan 2019-2021"

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung

HAUPTZIEL

B.2 Digitalisierung der Verschreibungen

ZIEL B.2.1

B.2.1 Digitalisierte Verschreibung der ambulanten fachärztlichen Leistungen und Anpassung der Erbringungssysteme

BESCHREIBUNG

Die Umsetzung der informatisierten Verschreibung für ambulante fachärztliche Leistungen innerhalb des Sanitätsbetriebes gemäß der geltenden Gesetzgebung, muss fortgesetzt werden. Darüber hinaus müssen Daten aus dem SAP (System der telematischen Datensammlung) über die pharmazeutische und fachärztliche Informatisierung im DWH der Landesverwaltung zur Verfügung gestellt werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

- 1) 60% der Verschreibungen der ambulanten fachärztlichen Leistungen sind informatisiert, es sind die Erbringungssysteme angepasst (Abschluss im System der Erbringung der mit informatisierter Modalität verschriebenen Leistungen).
- 2) Es werden die Daten vom SAP (System der telematischen Datensammlung) der informatisierten Verschreibung für Arzneimittel und Fachmedizin im DWH der Landesverwaltung zur Verfügung gestellt.
Die Daten bezüglich Dezember 2019 werden als Grundlage für die Bewertung verwendet.
Der Indikator für Punkt 1) ist 50% des Zieles wert, jener für Punkt 2) 50% des Zieles.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung

HAUPTZIEL

B.2 Digitalisierung der Verschreibungen

ZIEL B.2.2

B.2.2. Digitalisierte Verschreibung von Medizinprodukten ("Medical Devices") und Anpassung der

BESCHREIBUNG

Das Land hat die Informatisierung der Verschreibungen von Medizinprodukten und Diätprodukten durch territoriale Apotheken gefördert. Das Ziel beinhaltet auch ein konkretes System für die Verwaltung von Zöliakie-Patienten: Ausstellung von Gutscheinen, Auszahlung und Abrechnung der Ausgaben.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Verschreibungen von Medizinprodukten und Diätprodukten durch territoriale Apotheken sind informatisiert.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung

HAUPTZIEL

B.3 Umsetzung des Informationssystems des Impfregisters

ZIEL B.3.1

B.3.1 Umsetzung des Impfregisters, gemäß Staat-Regionen-Vereinbarung Nr. 154 vom 6.9.2018

BESCHREIBUNG

Der Nationale Präventionsplan, der auf Landesebene umgesetzt wird, sieht die Aktivierung eines nationalen Registers für Impfstoffe vor. Alle relevanten Impfdaten auf Landesebene können in einer einzigen Datenbank gesammelt werden. Das System muss die Möglichkeit bieten, Daten mit anderen öffentlichen Verwaltungen auszutauschen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Es wird eine Anwendung für die Umsetzung und Verwaltung des Landes-Impfregisters umgesetzt und der Datenfluss gegenüber dem DWH der Landesverwaltung und dem Gesundheitsministerium wird erstellt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Prävention, Gesundheitsvorsorge und öffentliche Gesundheit und Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Departement für Gesundheitsvorsorge und Verwaltungsdirektion

B) Entwicklung der Informationssysteme und der EDV-Unterstützung

HAUPTZIEL

B.4 Umsetzung des Neuen Gesundheitsinformationssystem - NSIS

ZIEL B.4.1

B.4.1 Start des Datenflusses SIAD (Informationssystem für die Überwachung der Hauspflege)

BESCHREIBUNG

Zu den neuen ministeriellen Datenflüssen, die im NSIS (Neues Gesundheitsinformationssystem) vorgesehen sind, gehört auch das Siad, das Informationssystem für die Überwachung der Hauspflege. Auch in Südtirol muss der Datenfluss gleichzeitig mit der Reorganisation auf dem Territorium aktiviert werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Es wurden Vorbereitungsarbeiten für die Einführung des nationalen SIAD-Datenflusses durchgeführt. Der Datenfluss gegenüber dem Land beginnt Ende 2019.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.1 Prävention und Hygiene und öffentliche Gesundheit

ZIEL C.1.1

C.1.1 Reorganisation des Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit

BESCHREIBUNG

Zur Umsetzung des Landesgesundheitsplans 2016-2020 sieht der Beschluss der L.R. 1348 vom 11.12.2018 die Aktivierung eines einzigen Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit und eines einzigen Dienstes für Lebensmittelhygiene und Ernährung vor, der das gesamte Landesgebiet bedient. Bisher wurden die Bereiche Hygiene und öffentliche Gesundheit, einschließlich Lebensmittelhygiene, von den vier Gesundheitssprengeln selbst verwaltet. Die Einrichtung eines Dienstes für öffentliche Gesundheit und Hygiene und eines Dienstes für Lebensmittel- und Ernährungshygiene des Landes (Sanitätsbetrieb), wird einheitliche Verfahren auf Landesebene gewährleisten; außerdem wird die Reorganisation auch eine rationellere Nutzung der Ressourcen ermöglichen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der einheitliche öffentliche Hygiene- und Gesundheitsdienst und der einzige Lebensmittel- und Ernährungshygienedienst, der das gesamte Landesgebiet bedient, sind gemäß den Bestimmungen des Landesbeschlusses aktiv und funktionierend. Die beiden Dienste, die in zwei komplexen Strukturen organisiert sind, arbeiten mit voller Kapazität, zusammen mit den einfachen Einrichtungen in den Bezirken.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit

BEZUGSEINHEIT DES SB

Departement für Gesundheitsvorsorge

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.2 Krankenhausbetreuung

ZIEL C.2.1

C.2.1 Übersiedlung in das neue Krankenhaus Bozen

BESCHREIBUNG

Ab 2019 ist die Verlegung in das neue Krankenhaus in Bozen nach den im Verlegungsplan festgelegten Zeiten und Methoden geplant.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Umzug in die neue Klinik - gemäß der Vorgaben für 2019 des Umzugprotokolls - erfolgt pünktlich und vollständig, ohne wesentliche Kritikpunkte.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Generaldirektion

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.2 Krankenhausbetreuung

ZIEL C.2.2

C.2.2.2 Umsetzung des neuen Landesplans für das Rehabilitationsnetz

BESCHREIBUNG

Zur Umsetzung des Landesgesundheitsplans 2016-2020 wurde, mit Beschluss Nr. 1406 vom 12.12.2018, der Fachplan des Rehabilitationsnetzes des Landes genehmigt und umgesetzt.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Landesplan für das Rehabilitationsnetz ist, in Bezug auf den für 2019 vorgesehenen Teil, gemäß Landesbeschluss, einschließlich der Aktivierung der Intermediärbetten, umgesetzt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Abteilung Gesundheit, Amt für Gesundheitssteuerung und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.3 Entwicklung der wohnortnahen Betreuung

ZIEL C.3.1

C.3.1 Umsetzung des Chronic Care Masterplans in Bezug auf den für 2019 vorgesehenen Teil

BESCHREIBUNG

Wie im Landesgesundheitsplan 2016-2020 vorgesehen, wurde der Fachplan "Masterplan chronic care 2018-2020" durch Beschluss der L.R. Nr. 1281 vom 4.12.2018 genehmigt, welcher umgesetzt werden muss.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Plan für die Umsetzung des Masterplans Chronic Care 2018-2020 ist erstellt, einschließlich eines Zeitplans und Finanzierungsplans. Der Chronic Care Masterplan ist für den für 2019 geplanten Teil, gemäß Landesbeschluss umgesetzt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.3 Entwicklung der wohnortnahen Betreuung

ZIEL C.3.2

C.3.2 Optimierung der Versorgung von Patienten mit Harn- bzw. Stuhlinkontinenz

BESCHREIBUNG

Das Abkommen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen vom 24.1.2018, in Bezug auf die Richtlinien zu den Problematiken von Harn- und Stuhlinkontinenz ("Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale"), sieht unter anderem die Aktivierung bzw. Reorganisation von Zentren zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Harn- und Stuhlinkontinenz vor. Gemäß diesem Dokument sollte in jeder Region / Autonomen Provinz ein Netzwerk von Zentren zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Harninkontinenz der ersten, zweiten und dritten Ebene eingerichtet und ein diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad aktiviert werden, um die vollständige Versorgung der inkontinenten Person durch die Bereitstellung der notwendigen multiprofessionellen und multidisziplinären Maßnahmen zu gewährleisten.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Analyse der Situation in den vier Bezirken ist durchgeführt und der Umsetzungsplan 2020-2022 festgelegt worden.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen

BEZUGSEINHEIT DES SB

Pflegedirektion und Sanitätsdirektion

C) Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen

HAUPTZIEL

C.3 Entwicklung der wohnortnahen Betreuung

ZIEL C.3.3

C.3.3 Reorganisation des Betriebsdienstes für Zahnheilkunde

BESCHREIBUNG

Zur Umsetzung des Landesgesundheitsplans muss ein Plan zur Reorganisation des Dienstes für Zahnheilkunde auf Betriebsebene genehmigt und neue Zugangs- und Unterstützungskriterien in Übereinstimmung mit den neuen nationalen WBS entwickelt werden (DPMR 12.1.2017).

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Dienst für Zahnheilkunde im Krankenhaus und auf dem Territorium ist anhand eines interprofessionellen Ansatzes neu gestaltet und die neuen Zugangs- und Betreuungskriterien sind gemäß der neuen nationalen WBS (DPMR 12.1.2017) ausgearbeitet.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.1 Verbesserung der Qualität der klinischen Versorgung

ZIEL D.1.1

D.1.1 Bestätigung der institutionellen Akkreditierung des Südtiroler Sanitätsbetriebes (SABES)

BESCHREIBUNG

Da im Jahr 2019 die institutionelle Akkreditierung der SABES ausläuft, ist es notwendig, dass der SABES dafür eine Erneuerung innerhalb 2019 erreicht.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Übermittlung der Selbsterklärung über den Besitz der Minimal- und Zusatzanforderungen der Bewilligung und Akkreditierung in Bezug auf die Gesundheitseinrichtungen des Sanitätsbetriebes auf der Grundlage der Liste der vorhandenen Strukturen.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Generaldirektion

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

HAUPTZIEL

D.1 Verbesserung der Qualität der klinischen Betreuung

ZIEL D.1.2

D.1.2 Umsetzung des neuen Betreuungspfades "Rund um die Geburt"

BESCHREIBUNG

Mit Beschluss der L.R. Nr. 1415 vom 18.12.2018 wurde ein neuer Betreuungspfad erarbeitet. Das DPMR 12.1.2017 sieht eine Neuregelung der Leistungen vor, die in der präkonzeptionellen und konzeptionellen Phase mit den entsprechenden Ausnahmen erbracht werden können (Beschluss der L.R. Nr. 1413 vom 18.12.2018). Die neuen Befreiungscodes der Mutterschaft M00-M50 werden ab März 2019 verwendet. Die verschiedenen vorgesehenen Änderungen müssen im Hinblick auf ihre Umsetzung weiterverfolgt werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der neue Betreuungspfad Rund um die Geburt ist vollständig umgesetzt, mit Ausnahme der Strukturmaßnahmen. Die neuen Gesundheitsleistungen und Ausnahmeregelungen sind umgesetzt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsökonomie, Amt für Gesundheitssteuerung und Amt für Gesundheitsordnung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Generaldirektion

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

HAUPTZIEL

D.1 Verbesserung der Qualität der klinischen Betreuung

ZIEL D.1.3

D.1.3 Pilotierung der Multidimensionalen Bewertungseinheiten (UVM) aufgrund des Chronic Care Masterplanes 2018 - 2020

BESCHREIBUNG

Für eine stärkere Integration der Gesundheits- und Sozialdienste, ist die Anwendung von gemeinsamen Bewertungs- und Entscheidungsinstrumenten von großer Bedeutung. Im Sprengelsitz Gries-Quirein (Loew-Cadonna-Platz) des Gesundheitsbezirkes Bozen und zu einem späteren Zeitpunkt im Sprengel Lana des Gesundheitsbezirkes Meran wurde die SVAMA, eine Skala zur Bestimmung der Betreuungsbedürfnisse der Senioren, versuchsweise eingerichtet. Die multidimensionale Bewertung ist für den Prozess der ganzheitlichen Übernahme der Person von größter Bedeutung (unentbehrlich). Gemeinsam mit der Person und deren Familie soll eine zufriedenstellende Lösung unter den bestehenden Angeboten ermittelt werden. Wesentlich ist dabei die Bewertung, bei der die verschiedenen Aspekte der Person in ihrer Ganzheitlichkeit und Multidimensionalität systematisch untersucht werden. Folgende Aspekte werden bewertet: klinische Aspekte, funktionale Aspekte (Fähigkeiten), kognitive Aspekte und soziale, beziehungs- und umweltbezogene Aspekte.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Pilotierung der multidimensionalen Bewertungseinheiten (UVM), durch Verwendung des neuen multidimensionalen Formulars zur Seniorenbewertung (SVAMA) ist abgeschlossen.

Der Abschlussbericht zur Bewertung des Pilotprojektes ist verfasst. Der Bericht erhebt die von der von der multidimensionalen Bewertungseinheit (UVM) erbrachten Leistungen und die Anzahl, sowie die Typologie der entsendeten und verwalteten Fälle.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Pflegedirektion

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

HAUPTZIEL

D.1 Verbesserung der Qualität der klinischen Betreuung

ZIEL D.1.4

D.1.4 Korrekte und vollständige Umsetzung des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades für Diabetes

BESCHREIBUNG

Der diagnostisch-therapeutische Betreuungspfad für Diabetes zielt darauf ab, operative Modalitäten zu identifizieren, die eine einfachere Integration zwischen Primärversorgung und fachärztlichen Einrichtungen ermöglichen, um die Kontinuität der Versorgung für den diabetischen Patienten zu gewährleisten.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Personen mit Typ-2-Diabetes sind gemäß der Indikationen des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades für Diabetes aufgenommen worden. Das Betreuungsabkommen ist erstellt, genehmigt und an die VGM (Vernetzte Gruppenmedizin)-Ansprechpartner verschickt worden. Der Mindestbestand an Informationen ist gesammelt und die Daten an das DWH der Landesverwaltung übermittelt worden, um die Überwachung der Anwendung des diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades zu beginnen.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

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

HAUPTZIEL

D.1 Verbesserung der Qualität der klinischen Betreuung

ZIEL D.1.5

D.1.5 Optimierung der Betreuung durch Allgemeinmediziner: Betreuungs- und Verwaltungsziele

BESCHREIBUNG

Mit Beschluss der L.R. Nr. 796 vom 18.7.2017 wurde die Unterzeichnung des AIP - Landeszusatzvertrages für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und mit Beschluss der L.R. Nr. 126 vom 6.2.2018 das Abkommen über die Umsetzung der Art. 9 und 9bis des geltenden AIP genehmigt. Es enthält unter anderem die Festlegung von Betreuungs- und Verwaltungszielen, die von den Hausärzten zu erreichen sind und im Betriebsrat festzulegen sind. Es werden einige Vorschläge zum Inhalt suggeriert: 1) obligatorisches Informationsgespräch zur Grippeimpfung für Patienten über 65 Jahre 2) Pfad für Hypertonie 3) Informationsgespräch zu Schlafstörungen, um die Ursachen zu verstehen 4) frühzeitige Erkennung von psychischen Störungen mit Ausbildung durch die Psychiatrie 5) $\geq 10\%$ der Entlassung von über 75-Jährigen, die innerhalb von 3 Tagen nach der Entlassung zu Hause besucht werden 6) $\geq 15\%$ von über 80-Jährigen mit mindestens 5 Hausbesuchen im letzten Monat des Lebens 7) diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad für Diabetes 8) Festlegung der neuen diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade für Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis und COPD (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung).

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Zwei Betreuungs- und Verwaltungsziele, die im Betriebsrat festzulegen sind, sind gemäß Art. 9 bis Abs. 2 des AIP der Allgemeinmediziner erarbeitet und umgesetzt. Um eine positive Bewertung zu erhalten, müssen beide Ziele erreicht sein.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Pflegedirektion

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

HAUPTZIEL

D.2 Verbesserung der klinischen Ergebnisse und der Angemessenheit

ZIEL D.2.1

D.2.1 Bestimmung und Implementierung des betrieblichen Planes der Vormerkzeiten

BESCHREIBUNG

Die Eindämmung der Vormerkzeiten ist ein vorrangiges Ziel des Südtiroler Gesundheitsdienstes, zur einheitlichen und gerechten Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/LEA). Aufgrund des nationalen Wartelisten Planes 2019-2021, müssen Land und Sanitätsbetrieb jeweilig einen strategischen und operativen Plan anwenden. Der Betrieb gibt die Maßnahmen zur Optimierung der Organisation und der internen Prozesse, sowie die anwendbaren Alternativmaßnahmen zur Einhaltung der maximalen Vormerkzeiten, an.

Der Sanitätsbetrieb arbeitet weiterhin am System der "homogenen Gruppierungen von Wartezeiten" (HGW). Dieses System ermöglicht es, zeitlich verschiedene Zugänge zu den ambulanten fachärztlichen Leistungen aufgrund des Schweregrades des Patienten anzubieten.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Bestimmung des betrieblichen Planes. Gewährleistung der maximalen Vormerkzeiten und der zusätzlichen Ergebnis-Indikatoren, die im Landesplan eventuell festgesetzt werden.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.2 Verbesserung der klinischen Ergebnisse und der Angemessenheit

ZIEL D.2.2

D.2.2 Angemessenheit der Verschreibungen

BESCHREIBUNG

Die italienische Arzneimittelagentur sieht für bestimmte Krankenhausmedikamente vor, dass die verschreibenden Ärzte zum Zwecke ihrer Abgabe zu Lasten des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes, Verschreibungs- oder Behandlungsbögen in Papierform ausfüllen. Zur Zeit ist auf Betriebsebene kein Verfahren für die Kontrolle dieser Bögen vorhanden und die fehlende Informatisierung derselben erschwert zusätzlich deren Kontrolle.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Es ist ein betriebsweites Verfahren zur Kontrolle der angemessenen Verschreibung von Verschreibungs- und Behandlungsbögen, die von der AIFA bei bestimmten Medikamente für die Rückvergütung vorgesehen sind, eingeführt, einschließlich Informatisierung derselben.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.2 Verbesserung der klinischen Ergebnisse und der Angemessenheit

ZIEL D.2.3

D.2.3 Entwicklung der einheitlichen Landesvormerkzentrale (ELVS)

BESCHREIBUNG

Der Sanitätsbetrieb arbeitet schrittweise an der Entwicklung des Systems der einheitlichen Landesvormerkzentrale, auch durch den Einsatz einheitlicher Computersysteme in allen Gesundheitsbezirken zur Verwaltung der Vormerkungen von ambulanten fachärztlichen Leistungen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Vormerkung aller monitorisierten Erstvisiten, von 8 nicht monitorisierten Erstvisiten (Allgemein Chirurgie, plastische Chirurgie, Ematologie, Geriatrie, Infektionskrankheiten, Nephrologie, Neurochirurgie, Rheumatologie) und der Leistungen in Bezug auf diagnostische Radiologie, müssen über die einheitliche Landesvormerkzentrale erfolgen.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsleistungen

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.3 Verbesserung der Sicherheit der Patienten (Riskmanagement)

ZIEL D.3.1

D.3.1 Gewährleistung der Übermittlung an das regionale Zentrum für klinisches Risikomanagement der Daten und des abschließenden Betriebsberichtes bezüglich der laut Artikel 2, Absatz 5 des Staatsgesetzes Nr.24 vom 8. März 2017 vorgesehenen Datenflüsse

BESCHREIBUNG

Artikel 2, Absatz 5 des Gesetzes Nr. 24 vom 8. März 2017 "Bestimmungen über die Sicherheit der Pflege und der unterstützten Personen sowie über die berufliche Haftung der in Gesundheitsberufen tätigen Fachkräfte" sieht die Erstellung eines jährlichen Abschlussberichts über die Zwischenfälle, die innerhalb der Einrichtung aufgetreten sind, die Ursachen, die zum Zwischenfall geführt haben, und die entsprechenden Maßnahmen vor. Dieser Bericht wird an das Regionalzentrum für Gesundheitsrisikomanagement und Patientensicherheit (OEKF-23.2) geschickt. Der Sanitätsbetrieb speist die vom Nationalen Sicherheitsobservatorium bei AGENAS verlangten Informationsflüsse zusätzlich zu den bereits bestehenden SIMES (Sentinel-Events und -Schadensforderungen) und stellt sie der OEKF zur Verfügung. Diese Daten müssen von der OEKF überwacht und validiert werden, bevor sie an das Ministerium / AGENAS übermittelt werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Gemäß Art. 2 Abs. 5 des Gesetzes Nr. 24 vom 8.3.2017 ist ein Abschlussbericht über die verschiedenen Datenflüsse erstellt worden.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.3 Verbesserung der Sicherheit der Patienten (Riskmanagement)

ZIEL D.3.2

D.3.2 Umsetzung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen aufgrund von Sentinel Events, die gemeldet und analysiert wurden

BESCHREIBUNG

Artikel 2 Absatz 5 des Gesetzes Nr. 24 vom 8. März 2017 "Bestimmungen über die Sicherheit der Pflege und der unterstützten Personen sowie über die berufliche Haftung der in Gesundheitsberufen tätigen Fachkräfte" sieht die Erstellung eines jährlichen Abschlussberichts über die Zwischenfälle, die innerhalb der Einrichtung aufgetreten sind, die Ursachen, die zum Zwischenfall geführt haben, und die entsprechenden Maßnahmen vor. Dieser Bericht wird an das Regionalzentrum für Gesundheitsrisikomanagement und Patientensicherheit (OEKF-23.2) geschickt. Der Sanitätsbetrieb muss die Umsetzung der Verbesserungs-/Korrekturmaßnahmen, welche aus der Analyse der vorgefallenen Sentinel-Events hervorgehen, gewährleisten und der OEKF die Daten über den Stand deren Umsetzung, inklusive der eventuellen Begründungen für die vollständige oder teilweise Unmöglichkeit ihrer Durchführung, zur Verfügung stellen. Diese Daten müssen von der OEKF überwacht und validiert werden, bevor sie an das Ministerium / AGENAS übermittelt werden.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Bericht über den Stand der Umsetzung aller geplanten Korrekturmaßnahmen ist vorgelegt worden.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.4 Gewährleistung des gleichen Zugangs

ZIEL D.4.1

D.4.1 Einheitliche Handhabung auf Betriebsebene der direkten Weiterleitung von der Notaufnahme an andere Abteilungen/Dienste

BESCHREIBUNG

Der Zugang zur Notaufnahme überwacht nicht die Tätigkeit der Notaufnahme, sondern ist eigentlich ein indirekter Indikator zur Messung der Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen auf dem Territorium. Außer, dass die Zugänge zur Notaufnahme überall im Land zahlreich sind, ist die Handhabung der direkten Weiterleitung in den sieben Krankenhäuser unterschiedlich.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Regelung der direkten Weiterleitung von der Notaufnahme und der *Fast track* ist auf Betriebsebene vereinheitlicht und die Umsetzung ist bis Ende 2019 gewährleistet.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung und Amt für Gesundheitsökonomie

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion, Pflegedirektion und Verwaltungsdirektion

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

HAUPTZIEL

D.5 Verbesserung der Performance

ZIEL D.5.1

D.5.1 Verbesserung der Leistungen laut "Progetto Nazionale Esiti" und "Progetto Bersaglio"

BESCHREIBUNG

Die Gestaltung des Krankenhauses hat sich verändert: von einem Bezugspunkt für alle Gesundheits- und sozialen Probleme hat es sich zu einer Organisation auf hohem technologischen Niveau gewandelt, die in der Lage ist, Betreuung und Lösungen für akute Probleme zu bieten. Ein über den tatsächlichen Bedarf hinausgehender Krankenhausaufenthalt, führt zu einem unangemessenen Einsatz von Ressourcen, welcher zu vermeiden ist.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Die Rate des Krankenhausaufenthaltes bei Akutfällen wurde auf 140 Promille reduziert, die Variabilität des Krankenhausaufenthaltes zwischen den Gesundheitsbereichen ist reduziert und die Rate der Nutzung von stationären Betten bei Akutfällen auf 85% erhöht.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Sanitätsdirektion

E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

HAUPTZIEL

E.1 Personalentwicklung

ZIEL E.1.1

E.1.1 Erarbeitung der operativen Planung der Personalentwicklung und Anlauf der Umsetzung

BESCHREIBUNG

In Bezug auf das auf der Grundlage des entsprechenden BSC-Ziels 2018 erarbeiteten Personalentwicklungskonzepts wird der Betrieb aufgefordert, mit den zuständigen Stellen die Abstimmung der Detailausführung des Personalentwicklungskonzepts und der operativen Planung vorzunehmen, sowie diese endgültig zu genehmigen. Weiters wird der Betrieb aufgefordert, die Maßnahmen, wie im Umsetzungsplan für das Jahr 2019 vorgesehen, umzusetzen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der operative Personalentwicklungsplan wird, mit dem entsprechenden Umsetzungsplan genehmigt und die für 2019 geplanten Maßnahmen werden umgesetzt.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsordnung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

HAUPTZIEL

E.1 Personalentwicklung

ZIEL E.1.2

E.1.2 Formulierung des Standardpersonalbedarfs des Südtiroler Sanitätsbetriebes

BESCHREIBUNG

Gemäß Vorgaben laut Absatz 541 des Stabilitätsgesetzes 2016 -welche eine Neuberechnung der Stellenkontingente zur Einhaltung der europäischen Bestimmungen im Bereich der Arbeitszeiten bei gleichzeitiger Gewährleistung der WBS (LEA) vorsieht- und in Umsetzung des Landesgesundheitsplanes und unter Berücksichtigung der Erhebungsmethode des Standardpersonalbedarfs, die bereits aufgrund des entsprechenden BSC-Ziels (BSC 2018) definiert wurde, wird der Betrieb aufgefordert die entsprechende Personalbedarfserhebung für jede wesentliche Betreuungsebene, Organisationseinheit und Berufsbild durchzuführen.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Der Standardpersonalbedarf des Sanitätsbetriebes ist auf analytische Weise pro wesentlicher Betreuungsebene, Organisationseinheit und Berufsbild, erhoben.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsordnung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

HAUPTZIEL

E.1 Personalentwicklung

ZIEL E.1.3

E.1.3 Anpassung des Informations-/Informatiksystems des Personals

BESCHREIBUNG

Das Informations-/Informatiksystem des Sanitätsbetriebs muss in Bezug auf das bestehende System weiterentwickelt werden, auch um den aus den Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit der Bilanzen (DPZ) hervorgehenden Anforderungen, gerecht zu werden. Der Sanitätsbetrieb führt die Anpassungen gemäß einem ad hoc erstellten Umsetzungsplanes durch.

INDIKATOR UND ERWARTETES ERGEBNIS

Das Informations-/Informatiksystem ist an den Informationsbedarf angepasst und in die analytische und allgemeine Buchhaltung integriert (einschließlich: Anwesenheitssystem, Einstellungen-Verlegungen-Entlassungen/Pensionierungen, etc.). Diese Anpassung erfolgt schrittweise im Einklang mit dem ad hoc erstellten Umsetzungsplan.

BEZUGSEINHEIT DES LANDES

Amt für Gesundheitsordnung und Amt für Gesundheitssteuerung

BEZUGSEINHEIT DES SB

Verwaltungsdirektion

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.1 Potenziamento funzione di governance organizzativa e gestionale

OBIETTIVO A.1.1

A.1.1 Implementazione del nuovo atto aziendale e organigramma

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, previsto dalla medesima L.P. 3/2017, dalla L.P. 4/2017 e dai documenti attuativi. Con DPG n. 506 del 9.5.2017 sono state approvate le "Linee guida per la stesura dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige". L'implementazione dell'atto aziendale e relativo organigramma per il settore amministrativo è prevista a partire dal 2019, in conformità al piano attuativo triennale che l'Azienda predisporrà nel 2019. Sarà adeguato coerentemente il piano dei centri di costo/ centri di responsabilità da alimentare con i dati di contabilità analitica. La proposta dell'atto aziendale e organigramma relativo ai servizi sanitari verrà predisposta entro il 2019.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

- 1) Entro il 30 settembre 2019 è approvato il piano attuativo triennale che include tra l'altro il funzionigramma e definisce per tutta l'amministrazione in particolare: responsabilità organizzative, relazioni di sovra e subordinazione, posizioni, ambito di attività attribuito, articolazione di attività, compiti, funzioni e competenze, risorse umane attribuite. Il Piano indica inoltre come scandire la sua attuazione su arco temporale. Alla fine dell'anno dovrà essere implementata la parte prevista per il 2019.
 - 2) Sono definiti i centri di responsabilità/centri di costo in linea con il nuovo organigramma aziendale. Essi sono anche alimentati correttamente con i dati della COAN.
 - 3) E' inoltre elaborata la proposta per l'atto aziendale e organigramma dei servizi sanitari
- L'indicatore per il punto 1) vale il 40% dell'obiettivo, per il punto 2) il 10% dell'obiettivo e per il punto 3) il 50% dell'obiettivo.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Ordinamento sanitario e Ufficio Economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.1 Potenziamento funzione di governance organizzativa e gestionale

OBIETTIVO A.1.2

A.1.2 Avanzamento progetto certificabilità del bilancio

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 DPG n. 213 del 23/2/2016 è stato approvato il percorso attuativo di certificabilità (PAC), aggiornato con DPG n. 914 del 11/9/2018. Nell'anno 2019 l'Azienda approverà il percorso di certificabilità di dettaglio e lo implementerà per la parte di obiettivi previsti per il 2019.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

L' Azienda sanitaria nel corso del 2019 è chiamata a proseguire le attività individuate per la realizzazione del PAC, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalla DGP n. 914/2018 e dal PAC aziendale di dettaglio. In particolare con riferimento al PAC per il 2019 l'Azienda, è tenuta a:

- 1) istituire formalmente e attivare una funzione d'Internal Audit, con definizione e formalizzazione del regolamento d'Internal Audit e del piano di Audit;
- 2) formalizzare almeno n. 11 procedure amministrativo-contabili adeguate alla realizzazione degli obiettivi del PAC e previste per il 2019 e implementare almeno 8 procedure ;
- 3) presentare una proposta di modello di Programmazione e Controllo che garantisca l'allineamento tra la programmazione sanitaria a livello provinciale, la programmazione strategica/operativa e la programmazione economico finanziaria.

L'indicatore per il punto 1) vale il 40% dell'obiettivo, per il punto 2) il 30% dell'obiettivo e per il punto 3) il 30% dell'obiettivo.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Economia Sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.2 Miglioramento della governance economico-finanziaria

OBIETTIVO A.2.1

A.2.1 Implementazione nuovi flussi ministeriali economici (CE, LA, SP, CP)

DESCRIZIONE

Il decreto del Ministro della sanità del 16 febbraio 2001 (modificato nel 2004 e nel 2007), con il quale vengono individuati i modelli di rilevazione delle attività economiche delle aziende sanitarie, sta per essere aggiornato. L'Azienda sanitaria ha come obiettivo quello di adeguare i propri sistemi informativi/gestionali e organizzativi alla corretta rilevazione dei Modelli ministeriali nel minor tempo possibile.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono implementati i nuovi flussi ministeriali, ai sensi delle linee guida nazionali.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.2 Miglioramento della governance economico-finanziaria

OBIETTIVO A.2.2

A.2.2 Corretta e completa alimentazione del file F (Somministrazione diretta dei farmaci)

DESCRIZIONE

Ai fini del recupero degli addebiti, uno dei flussi più rilevanti nell'ambito della compensazione della mobilità sanitaria interregionale è il file F, nel quale sono raccolti i dati dei farmaci somministrati in diversi setting assistenziali e il relativo costo. L'Azienda ha il compito di rilevare in modo completo questi farmaci per tutti i pazienti residenti fuori PAB, secondo quanto previsto dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria 2017 (approvato con Intesa Stato, Regioni e Province Autonome il 18.10.2018). L'Azienda crea contestualmente i presupposti organizzativi e informatici per la completa tracciabilità degli stessi, che deve avviarsi non oltre gennaio del 2020.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

- 1) File F è corretto e completo con tutti i dati dei farmaci somministrati a pazienti residenti fuori dalla PAB.
- 2) Sono creati i presupposti per la completa tracciabilità dei farmaci del File F, in modo da partire con la rilevazione informatizzata entro il 2020

L'indicatore per il punto 1) vale l'80% dell'obiettivo e per il punto 2) il 20% dell'obiettivo.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Prestazioni sanitarie, Ufficio Governo Sanitario e Ufficio Economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione generale

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.2 Miglioramento della governance economico-finanziaria

OBIETTIVO A.2.3-1)

A.2.3 Contenimento dei costi nel settore della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici

DESCRIZIONE

L'Azienda sanitaria si impegna sul fronte del contenimento dei costi favorendo l'appropriatezza e l'uso efficiente delle risorse, con riferimento particolare al costo del personale (nel rispetto della garanzia dei LEA), al costo di beni e servizi con attenzione soprattutto a farmaci e dispositivi, ai costi comuni.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

A.2.3-1) E' prodotto specifico report che descrive, per ciascuna misura adottata nell'ambito del settore farmaceutica e dispositivi medici, gli interventi, i risultati ottenuti e la variazione della spesa/costo rispetto agli anni precedenti

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Prestazioni e Ufficio economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione generale

A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo

MACRO OBIETTIVO

A.2 Miglioramento della governance economico-finanziaria

OBIETTIVO A.2.3-2)

A.2.3 Contenimento dei costi

DESCRIZIONE

A.2.3-2) In ottemperanza a quanto previsto dal DPCM del 12.01.2017 i dispositivi protesici di cui all'Allegato 5, elenchi 2A e 2B, devono essere acquistati tramite gara di appalto con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono effettuate gare di appalto (a livello aziendale e non comprensoriale) per l'acquisto di apparecchi acustici digitali e di carrozzine (rispettivamente codice 22.06 dell'elenco 2A e codici 12.22 e codice 12.23 dell'elenco 2B ai sensi dell'allegato 5 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017).

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

B) Sviluppare i sistemi informativi ed i supporti informatici

MACRO OBIETTIVO

B.1 Attuazione IT Masterplan

OBIETTIVO B.1.1

B.1.1 Elaborazione dell' "IT-Masterplan 2019-2021"

DESCRIZIONE

Una delle sfide più importanti del Servizio sanitario provinciale è la modernizzazione del sistema informativo, sia nell'ambito amministrativo come anche in quello clinico, attraverso la realizzazione dell' "IT-Masterplan 2019-2021". Questo documento strategico stabilisce le priorità di sviluppo e l'impostazione globale per il sistema informativo dell'Azienda Sanitaria.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

È aggiornato il documento "IT-Masterplan 2019-2021"

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici

MACRO OBIETTIVO

B.2 Dematerializzazione ricette

OBIETTIVO B.2.1

B.2.1 Prescrizioni dematerializzate per prestazioni specialistiche ambulatoriali e adeguamento dei sistemi di

DESCRIZIONE

L'attuazione, ai sensi della normativa vigente, della prescrizione dematerializzata di prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno dell'Azienda Sanitaria va portata avanti. Vanno, inoltre, messi a disposizione i dati del SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) riferiti alla dematerializzata farmaceutica e specialistica nel DWH dell'amministrazione provinciale.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

1) Il 60% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prodotte dalle strutture pubbliche è dematerializzato, sono adeguati i sistemi di erogazione (chiusura nel sistema dell'erogazione di prestazioni prescritte in modalità dematerializzata).

2) Sono messi a disposizione i dati del SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) della dematerializzata farmaceutica e specialistica nel DWH dell'amministrazione provinciale.

I dati relativi a dicembre 2019 verranno utilizzati come base di valutazione.

L'indicatore per il punto 1) vale il 50% dell'obiettivo e per il punto 2) il 50% dell'obiettivo.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici

MACRO OBIETTIVO

B.2 Dematerializzazione ricette

OBIETTIVO B.2.2

B.2.2 Prescrizioni dematerializzate di dispositivi medici ("Medical Devices") e adeguamento dei sistemi di erogazione

DESCRIZIONE

La Provincia ha promosso la dematerializzazione delle prescrizioni dei dispositivi medici e dei prodotti dietetici da parte delle farmacie territoriali. L'obiettivo include anche un sistema dematerializzato per la gestione dei pazienti celiaci: rilascio buoni, erogazione e contabilizzazione della spesa.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Il prescritto e l'erogato dei dispositivi medici e dei prodotti dietetici da parte delle farmacie territoriali é

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici

MACRO OBIETTIVO

B.3 Implementazione Sistema informativo anagrafe vaccinale

OBIETTIVO B.3.1

B.3.1 Implementazione anagrafe vaccinale, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni n. 154 del 6.9.2018

DESCRIZIONE

Il Piano nazionale della Prevenzione, recepito a livello provinciale, prevede l'attivazione di un'Anagrafe nazionale Vaccini. Con un'unica banca dati possono essere raccolti tutti i dati pertinenti relativi alle vaccinazioni a livello provinciale. Il sistema deve offrire la possibilità di scambiare i dati con altre amministrazioni pubbliche.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

È implementato un applicativo per la realizzazione e la gestione dell'Anagrafe Provinciale Vaccini ed é creato il flusso verso il DWH dell'Amministrazione provinciale e verso il Ministero della salute.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica e Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Dipartimento di Prevenzione e Direzione amministrativa

B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici

MACRO OBIETTIVO

B.4 Implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS

OBIETTIVO B.4.1

B.4.1 Avvio flusso SIAD (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare)

DESCRIZIONE

Tra i nuovi flussi ministeriali previsti nel NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario) vi è anche il SIAD, cioè il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. Anche in Provincia di Bolzano, in concomitanza col riordino del territorio, va attivato il flusso.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono realizzati i lavori preparatori per l'avvio del flusso nazionale SIAD. L'avvio del flusso verso la Provincia avviene entro la fine dell'anno 2019.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.1 Prevenzione e igiene e sanità pubblica

OBIETTIVO C.1.1

C.1.1 Riorganizzazione dei Servizi d'Igiene e Sanità pubblica

DESCRIZIONE

In attuazione del Piano sanitario Provinciale 2016-2020, la DPG n. 1348 del 11.12.2018 prevede l'attivazione di un unico Servizio d'Igiene e Sanità pubblica e di un unico Servizio d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione che serva l'intero territorio provinciale. Finora le competenze in materia di igiene e sanità pubblica, compresa l'igiene alimentare, sono state gestite autonomamente dai quattro comprensori sanitari. L'istituzione di un Servizio d'Igiene e Sanità pubblica e di un Servizio d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione provinciale garantirà procedure uniformi a livello provinciale; inoltre la riorganizzazione permetterà anche un più razionale impiego delle risorse.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono attivi e funzionanti il Servizio d'Igiene e Sanità pubblica e il Servizio d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione che servono l'intero territorio provinciale, in conformità con quanto previsto dalla delibera provinciale. I due servizi, organizzati mediante due strutture complesse, unitamente alle strutture semplici dislocate nei comprensori, funzionano a regime.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica

UNITA' AS REFERENTE

Dipartimento di Prevenzione

C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.2 Assistenza ospedaliera

OBIETTIVO C.2.1

C.2.1 Trasloco nuovo Ospedale di Bolzano

DESCRIZIONE

A partire dal 2019 è previsto il trasferimento al nuovo Ospedale di Bolzano, secondo i tempi ed i modi approvati nel protocollo di trasferimento.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' avvenuto il trasloco nella nuova clinica -secondo quanto previsto per il 2019 dal protocollo di trasferimento- in modo tempestivo e completo, senza criticità di rilievo.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione generale

C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.2 Assistenza ospedaliera

OBIETTIVO C.2.2

C.2.2 Implementazione del nuovo Piano provinciale della rete riabilitativa

DESCRIZIONE

In attuazione del Piano sanitario Provinciale 2016-2020, con DGP n. 1406 del 18.12.2018 è stato approvato il Piano di settore della Rete provinciale dell'assistenza riabilitativa, a cui va data attuazione.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' attuato il Piano provinciale della rete riabilitativa per la parte prevista nel 2019, ai sensi della delibera provinciale, ivi inclusa l'attivazione delle cure intermedie.

UNITA' PAB REFERENTE

Ripartizione salute, Ufficio Governo sanitario e Ufficio economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione tecnico assistenziale

C) Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.3 Sviluppo dell'assistenza sul territorio

OBIETTIVO C.3.1

C.3.1 Attuazione del Masterplan Chronic Care per la parte prevista nel 2019

DESCRIZIONE

In attuazione del Piano sanitario Provinciale 2016-2020, è stato approvato con delibera della G.P. n. 1281 del 4.12.2018 il Piano di settore "Masterplan chronic care 2018-2020", a cui va data attuazione.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

È elaborato il piano di attuazione del Masterplan Chronic Care 2018-2020, con relativo cronoprogramma e piano di finanziamento. È attuato il Masterplan Chronic Care per la parte prevista nel 2019, ai sensi della delibera provinciale.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione tecnico assistenziale

C) Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.3 Sviluppo dell'assistenza sul territorio

OBIETTIVO C.3.2

C.3.2 Ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da incontinenza urinaria e /o fecale

DESCRIZIONE

L'accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 24.1.2018 "Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale" prevede, tra l'altro, l'attivazione e/o il riordino dei centri per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'incontinenza urinaria e fecale. Ai sensi di tale documento dovrebbe essere costituita in ogni Regione/Provincia autonoma una rete di Centri per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'incontinenza urinaria e fecale di primo, secondo e terzo livello e attivato un PDTA in grado di garantire la presa in carico totale della persona incontinente erogando i necessari interventi multiprofessionali e multidisciplinari

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

È svolta l'analisi della situazione nei quattro comprensori ed è definito il piano di attuazione 2020-2022.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio prestazioni sanitarie

UNITA' AS REFERENTE

Direzione tecnico assistenziale e Direzione sanitaria

C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

MACRO OBIETTIVO

C.3 Sviluppo dell'assistenza sul territorio

OBIETTIVO C.3.3

C.3.3 Riorganizzazione del Servizio Odontostomatologico Aziendale

DESCRIZIONE

In attuazione del Piano Sanitario provinciale va approvato un piano di riorganizzazione dei servizi odontostomatologici a livello aziendale e sono elaborati nuovi criteri di accesso e di assistenza ai sensi dei nuovi LEA nazionali (DPCM 12.1.2017)

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' riorganizzato il servizio odontostomatologico ospedale-territorio con approccio interprofessionale e sono elaborati i nuovi criteri di accesso e di assistenza, ai sensi dei nuovi LEA nazionali.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio prestazioni sanitarie e Ufficio economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.1 Miglioramento della qualità clinico-assistenziale

OBIETTIVO D.1.1

D.1.1 Conferma dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda sanitaria

DESCRIZIONE

Poichè nel 2019 scade l'accreditamento istituzionale dell'ASDAA, è necessario che l'azienda provveda al raggiungimento del suo rinnovo entro l'anno 2019.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono presentate le autocertificazioni circa il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture dell'ASDAA sulla base del mapping aziendale.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione generale

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.1 Miglioramento della qualità clinico-assistenziale

OBIETTIVO D.1.2

D.1.2 Implementazione del nuovo "Percorso nascita"

DESCRIZIONE

Con delibera della G.P. n. 1415 del 18.12.2018 è stato elaborato un nuovo percorso nascita. Il DCPM 12.1.2017 prevede una nuova disciplina delle prestazioni erogabili in fase preconcezionale e concezionale con le relative esenzioni (DGP n. 1413 del 18.12.2018). A partire da marzo 2019 saranno in uso i nuovi codici di esenzione per maternità M00-M50. Va dato seguito ai diversi cambiamenti previsti, ai fini della loro implementazione.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' attuato a regime il nuovo percorso nascita, ad esclusione degli interventi di tipo strutturale. Sono implementate le nuove prestazioni sanitarie e le nuove esenzioni.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio economia sanitaria, Ufficio Governo sanitario e Ufficio ordinamento sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione generale

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.1 Miglioramento della qualità clinico-assistenziale

OBIETTIVO D.1.3

D.1.3 Pilotaggio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in base al Masterplan Chronic Care 2018 – 2020

DESCRIZIONE

Al fine di consentire un'integrazione maggiore tra sanità e sociale anche attraverso l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione e decisionali è avviata una sperimentazione dell'utilizzo della SVAMA, quale scala di classificazione dei bisogni assistenziali delle persone anziane, presso il distretto Löw Cadonna del Comprensorio di Bolzano, che sarà estesa poi nel corso dell'anno anche al distretto di Lana del Comprensorio di Merano. La valutazione multidimensionale è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona ed ha l'obiettivo di trovare assieme alla persona e alla famiglia una soluzione soddisfacente. Le dimensioni oggetto di valutazione riguardano: la dimensione clinica, la dimensione funzionale (delle abilità), la dimensione cognitiva e la situazione socio-relazionale-ambientale.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' concluso il pilotaggio dell'Unità di Valutazione Multidimensionale utilizzando la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). E' predisposta la reportistica finalizzata alla valutazione del pilotaggio. La reportistica evidenzia l'attività svolta dall'UVM ed il numero e la tipologia di casi inviati e gestiti dall'UVM.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione tecnico assistenziale

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.1 Miglioramento della qualità clinico-assistenziale

OBIETTIVO D.1.4

D.1.4 Corretta e completa attuazione PDTA diabete

DESCRIZIONE

Il PDTA per il diabete è finalizzato ad individuare modalità operative che consentano una più agevole integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente diabetico.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono arruolate le persone con diabete tipo 2 secondo le indicazioni del PDTA Diabete. È predisposto, approvato ed inviato il Patto di Cura ai referenti AFT (Aggregazione funzionale territoriale). E' raccolto il set minimo di informazioni e i dati sono trasmessi al DWH dell'Amministrazione provinciale per avviare il monitoraggio dell'applicazione del PDTA.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione tecnico assistenziale

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.1 Miglioramento della qualità clinico-assistenziale

OBIETTIVO D.1.5

D.1.5 Ottimizzazione dell'assistenza tramite i medici di medicina generale: obiettivi assistenziali e gestionali

DESCRIZIONE

Con DPG n. 796 del 18.7.2017 è stata approvata la sottoscrizione dell'AIP- Accordo integrativo provinciale della Medicina generale e con DPG n. 126 del 6.2.2018 è stato approvato l'accordo sull'attuazione degli art. 9 e 9bis del vigente AIP. Esso contiene, tra l'altro, la previsione di obiettivi assistenziali e gestionali che i MMG devono realizzare, da definire nel Comitato Aziendale. Sono suggerite alcune proposte relative ai contenuti: 1) colloquio informativo obbligatorio per vaccinazione antinfluenzale ai pazienti over 65 anni 2) percorso gestionale ipertensione 3) colloquio informativo per disturbi del sonno al fine di comprenderne le cause 4) riconoscimento precoce disturbi psichici con formazione da parte della psichiatria 5) $\geq 10\%$ di dimissioni di ultra 75enni visitati al domicilio entro 3 giorni dalla dimissione 6) $\geq 15\%$ di ultra 80enni con almeno 5 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita 7) PDTA diabete 8) definizione dei nuovi PDTA scompenso cardiaco, artrite reumatoide e COPD (Broncopneumopatia cronica ostruttiva).

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Sono elaborati e realizzati due obiettivi assistenziali e gestionali in base all'art. 9 bis comma 2 dell'AIP dei medici di medicina generale da definire nel Comitato Aziendale. Per avere una valutazione positiva, gli obiettivi devono essere entrambi realizzati.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio prestazioni sanitarie

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione tecnico assistenziale

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.2 Miglioramento degli outcome e dell'appropriatezza

OBIETTIVO D.2.1

D.2.1 Definizione e implementazione del piano aziendale dei tempi di attesa

DESCRIZIONE

Il contenimento dei tempi di attesa è un obiettivo prioritario del Servizio sanitario provinciale, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di uniformità ed equità. Sulla base del Piano nazionale delle liste d'attesa 2019-2021, la Provincia e l'Azienda dovranno adottare rispettivamente il proprio piano strategico ed operativo. L'Azienda dovrà indicare sia le misure volte al miglioramento organizzativo e dei processi interni, sia le misure alternative adottabili al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa. L'Azienda proseguirà anche il lavoro finora svolto sui RAO. La definizione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) è un metodo che consente di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla gravità del paziente.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' definito il piano aziendale e sono garantiti i tempi massimi di attesa e gli eventuali ulteriori indicatori di risultato stabiliti nel piano provinciale.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione amministrativa

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.2 Miglioramento degli outcome e dell'appropriatezza

OBIETTIVO D.2.2

D.2.2 Appropriatezza prescrittiva

DESCRIZIONE

L'Agenzia italiana del farmaco prevede per determinati farmaci ospedalieri, ai fini della loro erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale, la compilazione da parte dei medici prescrittori di schede di prescrizione o di trattamento cartacee. Attualmente non esiste una procedura a livello aziendale per il controllo di tali schede e la mancata informatizzazione delle stesse ne ostacola ulteriormente il controllo.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' implementata una procedura aziendale relativa al controllo della prescrizione appropriata delle schede di prescrizione e di trattamento previste dall'AIFA ai fini della rimborsabilità di determinati farmaci, compresa l'informatizzazione delle stesse.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio prestazioni sanitarie

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.2 Miglioramento degli outcome e dell'appropriatezza

OBIETTIVO D.2.3

D.2.3 Sviluppo del CUP provinciale

DESCRIZIONE

L'Azienda sanitaria sta ampliando progressivamente il sistema CUP - Centro unico di prenotazione provinciale anche attraverso l'utilizzo di sistemi informatici uniformi in tutti i comprensori sanitari per gestire le prenotazioni delle visite specialistiche ambulatoriali.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

La prenotazione di tutte le prime visite monitorate, di 8 prime visite non monitorate (Chirurgia generale, Chirurgia plastica, Ematologia, Geriatria, Malattie infettive, Nefrologia, Neurochirurgia, Reumatologia) e delle prestazioni di radiologia diagnostica devono essere prenotabili tramite il CUP provinciale

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio prestazioni sanitarie

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria e Direzione amministrativa

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.3 Miglioramento della sicurezza dei pazienti (Riskmanagement)

OBIETTIVO D.3.1

D.3.1 Garantire l'invio al centro rischio clinico regionale dei dati e della relazione aziendale a consuntivo relativi ai flussi informativi previsti dal articolo 2, comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24

DESCRIZIONE

L'articolo 2, comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" prevede la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Tale relazione è inviata al Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (UOGC-23.2) L'ASDAA alimenta i flussi informativi richiesti dall'Osservatorio nazionale di sicurezza presso AGENAS, oltre a quelli già esistenti del SIMES (eventi sentinella e sinistri) e li mette a disposizione all'UOGC. Tali dati devono essere monitorati e validati dalla UOGC prima dell'invio al Ministero/AGENAS.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' prodotta una relazione di consuntivo sui diversi flussi informativi previsti dall'art. 2, comma 5 della L. n. 24 del 8.3.2017

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.3 Miglioramento della sicurezza dei pazienti (Riskmanagement)

OBIETTIVO D.3.2

D.3.2 Implementazione degli interventi correttivi e di miglioramento risultanti dagli eventi sentinella segnalati ed an

DESCRIZIONE

L'articolo 2, comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" prevede la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Tale relazione è inviata al Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (UOGC-23.2) L'ASDAA deve garantire l'implementazione delle azioni di miglioramento/correzione risultanti dalle analisi degli eventi sentinella occorsi e mettere a disposizione dell'UOGC i dati sullo stato della loro implementazione, comprese eventuali motivazioni sulla impossibilità parziale o totale della loro attuazione. Tali dati devono essere monitorati e validati dalla UOGC prima dell'invio al Ministero/AGENAS.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' presentato il report sullo stato di implementazione di tutte le azioni correttive previste

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.4 Garanzia equità di accesso

OBIETTIVO D.4.1

D.4.1 Uniforme gestione a livello aziendale degli invii diretti effettuati dal Pronto Soccorso ad altri reparti/servizi

DESCRIZIONE

L'accesso al Pronto Soccorso non monitora l'attività del PS ma è in realtà un indicatore indiretto per misurare l'efficacia della risposta assistenziale del territorio. Oltre ad essere numerosi gli accessi ai PS sul territorio provinciale, è disomogenea la gestione degli invii diretti nei sette ospedali.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

La regolamentazione degli invii diretti da Pronto Soccorso e del *Fast track* è resa uniforme a livello aziendale ed è garantita l'implementazione entro fine anno 2019

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario e Ufficio Economia sanitaria

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria, Direzione tecnico assistenziale e Direzione amministrativa

D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

MACRO OBIETTIVO

D.5 Miglioramento performance

OBIETTIVO D.5.1

D.5.1 Miglioramento performance Progetto Nazionale Esiti e Progetto Bersaglio

DESCRIZIONE

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria si è trasformato in organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse, da evitare.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' ridotto il tasso di ospedalizzazione per acuti e portato a 140 per mille; é ridotta la variabilità dell'ospedalizzazione tra comprensori sanitari ed é aumentato all'85% il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari per acuti

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione sanitaria

E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale

MACRO OBIETTIVO

E.1 Sviluppo del personale

OBIETTIVO E.1.1

E.1.1 Elaborazione del Piano operativo di sviluppo del personale e avvio della sua implementazione

DESCRIZIONE

Con riferimento al piano di sviluppo del personale elaborato in base all'obiettivo BSC 2018, si chiede di procedere alla concertazione con gli organi competenti dell'attuazione nel dettaglio, sia del concetto per lo sviluppo del personale, sia del piano operativo e di procedere all'approvazione definitiva. Inoltre si chiede di realizzare le misure, come previste nel piano di attuazione per l'anno 2019.

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' approvato il piano operativo di sviluppo del personale, con il relativo programma di attuazione, e sono realizzate le misure previste per il 2019

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio ordinamento sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale

MACRO OBIETTIVO

E.1 Sviluppo del personale

OBIETTIVO E.1.2

E.1.2 Formulazione del fabbisogno standard di personale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

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- e in attuazione del Piano sanitario dell'Alto Adige e sulla base del metodo di rilevazione del fabbisogno standard di personale già definito dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nel 2018 (obiettivo BSC 2018), si chiede di procedere alla rilevazione del fabbisogno stesso dettagliato per LEA, unità operativa e figura professionale

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

E' rilevato il fabbisogno standard di personale dell'Azienda sanitaria in modo analitico per singolo LEA, unità operativa e figura professionale

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio ordinamento sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale

MACRO OBIETTIVO

E.1 Sviluppo del personale

OBIETTIVO E.1.3

E.1.3 Adeguamento sistema informativo/informatico del personale

DESCRIZIONE

Il sistema informativo/informatico dell'Azienda sanitaria va sviluppato rispetto all'esistente, anche per far fronte alle esigenze emerse dal Percorso Attuativo di Certificabilità del bilancio (PAC). L'Azienda procede agli

INDICATORE E RISULTATO ATTESO

Il sistema informativo/informatico del personale è adeguato alle esigenze informative e integrato con la contabilità analitica e generale (incluso: sistema presenze, assunzioni-trasferimenti-dimissioni/pensionamenti etc.). Tale adeguamento avviene progressivamente secondo il piano attuativo predisposto ad hoc.

UNITA' PAB REFERENTE

Ufficio ordinamento sanitario e Ufficio Governo sanitario

UNITA' AS REFERENTE

Direzione amministrativa

**DIE LEISTUNGSBEURTEILUNG DES
GENERALDIREKTORS
DES SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBES
IM JAHR 2019**

1. VORWORT

Zur Gewährleistung einer besseren Integration der Planung des Landes und des Sanitätsbetriebes, wurde in der 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 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. 10 des LG 7/2001 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 Zielerreichungsgrad 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). Diese Zielvereinbarungen bringen das Vertrauensverhältnis zwischen dem politischen Referenten und den Betriebsmanager zum Ausdruck und ermöglichen es, dieses Verhältnis zu bewerten. Gewichtung 10%. Falls die Vereinbarungen nicht bestimmt werden, würde der Wert der „BSC“- Zielgröße auf 100% steigen;
- c) Aus weiteren Korrekturmaßnahmen aufgrund der Einhaltung oder Nicht-Einhaltung des gesetzlich vorgeschriebenen Bilanzausgleiches und der gesetzlich festgelegten Transparenz- und Veröffentlichungspflichten (gemäß Abschnitt 5). Die Nicht-Einhaltung der genannten Ziele, hat eine Reduzierung der Bewertung zur Folge.

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

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 75% und kleiner als 95%: **gut**;
- Wert gleich oder größer als 70% und kleiner als 75%: **befriedigend**
- 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. 697 vom 09.06.2015 vorgesehen.

Wenn der zusammenfassende Index:

- größer oder gleich 95% ist, wird **100%** der Quote ausgezahlt;
- gleich oder größer als 75% 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 70% und kleiner als 75%, wird **50%** der verfügbaren Quote ausgezahlt;
- gleich oder größer ist als 50% und kleiner als 70%, 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 gilt als wesentlicher Indikator, mit einer Gewichtung von 90%.

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

Falls ein Ziel im Laufe des Jahres aufgrund von Betriebsexternen Gegebenheiten bzw. aufgrund von Ereignissen die nicht auf dem Sanitätsbetrieb zurückzuführen sind gestrichen wird, so wird die Punktezahl des gestrichenen Zieles, den verbleibenden Zielen

derselben Perspektive im Verhältnis zu deren Punktezahl zugeteilt.

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

- **pro strategischem 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 optional, im Sinne, dass die Festlegung vonseiten des zuständigen Landesrats nicht verpflichtend ist. Bei fehlender Festlegung, stellt die BSC die einzige auswertbare Zielgröße mit einem Wert von 100% dar.

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

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

- **pro strategischem 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. BERICHTIGUNGEN DES DURCHSCHNITTWERTES

Die Einhaltung des wirtschaftlichen Gleichgewichtes ist eine gesetzliche Verpflichtung. Die Nichteinhaltung hat eine Reduzierung der Bewertung zur Folge. Es bleibt jedoch gültig, dass es in den schwerwiegendsten Fällen entscheidet die Landesregierung, gemäß Art. 41 Abs. 1 Buchst. b) des L.G. 3/2017, ob der Verlust derartig ist, um die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses des Generaldirektors zu gefährden und ihn für verfallen erklärt.

Neben der Einhaltung des wirtschaftlichen Gleichgewichts müssen auch die Transparenzpflichten in Übereinstimmung mit den einschlägigen Gesetzen eingehalten werden.

Falls das wirtschaftliche Gleichgewicht (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.**

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%	94	84,6%
persönliche Zielvereinbarungen	10%	100	10%
Gesamtbewertung			94,6%

Berichtigungen		Einhaltung	Berichtigung
Bilanzausgleich		JA	-
Transparenzpflichten		NEIN	-5%
Zusammenfassender Index und %satz der auszuzahlenden Prämie nach Berichtigungen			89,5%: Gut Zustehender Anteil, der 89,6% des Wertes der Prämie entspricht

BEISPIEL 2: Zielgröße	Gewichtung	Performance	Bewertung
BSC - Zielvorhaben	90%	92	82,8%
persönliche Zielvereinbarungen	10%	50	5%
Gesamtbewertung			87,8%

Berichtigungen		Einhaltung	Berichtigung
Bilanzausgleich		NEIN	-10%
Transparenzpflichten		NEIN	-5%
Zusammenfassender Index und %satz der auszuzahlenden Prämie nach Berichtigungen			72,8%:Befriedigend Zustehender Anteil, der 50% des Wertes der Prämie entspricht

6. BEWERTUNGSVERFAHREN

Das Bewertungsverfahren startet ab dem Zeitpunkt, in dem die notwendigen Informationen bezüglich der vom Sanitätsbetrieb erzielten Ergebnisse zur Verfügung stehen.

Innerhalb Mai eines jeden Jahres, erstellt der Sanitätsbetrieb einen Bericht über die Erreichung der festgelegten Ziele und über die Betriebsleistung und sendet sie der Abteilung Gesundheit. Die zusätzlichen persönlichen Zielvereinbarungen berichtet der Generaldirektor direkt der Landesrätin.

Ab 1. Juni eines jeden Jahres, überprüft die Abteilung Gesundheit, nachdem sie auch eventuelle zusätzliche Informationen vom Sanitätsbetrieb eingeholt hat, die Begründungen zu den Abweichungen und erstellt eine vorläufige Bewertung, die dem Sanitätsbetrieb übermittelt wird. Der Sanitätsbetrieb äußert innerhalb von 15 Tagen entsprechende Gegenfolgerungen, infolgedessen unterbreitet die Abteilung Gesundheit eine definitive Leistungsbeurteilung, die aus der Bewertung Zielgrößen und der Berichtigungen hervorgeht.

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

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

24 Monate nach der Ernennung des Generaldirektors - unter Einhaltung der geschilderten Vorgehensweise - überprüft die Landesregierung die erreichten Betriebsziele und, nach Einsicht in die Berichte des Sanitätsbetriebes und der jährlichen Bewertung des Landesrates, folgt die Bestätigung des Generaldirektors mit begründeter Maßnahme, oder es wird dessen Verfall erklärt.

**LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL
DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA
DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
NEL 2019**

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. 10 della L.P. 7/2001, 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 della Provincia Autonoma di Bolzano.

2. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE COMPLESSIVA DEL DIRETTORE GENERALE

La valutazione dell'operato del Direttore generale dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano 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 dell'equilibrio economico di gestione (pareggio di bilancio) e al rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicazione (calcolato secondo quanto previsto dal successivo paragrafo 5), previsti dalle normative vigenti. 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), nella forma di penalizzazione con riferimento al "raggiungimento dell'equilibrio economico e il rispetto degli obblighi di trasparenza".

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 75% e inferiore a 95%: **giudizio buono**;
- indice con valore uguale o superiore a 70% e inferiore a 75%: **giudizio discreto**;
- 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 nella deliberazione della G.P. n. 697 del 9.6.2015.

Se l'indice di sintesi è:

- maggiore o uguale al 95% viene erogato il **100%** della quota disponibile;
- un valore uguale o superiore al 75% 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 70% e inferiore al 75% viene erogato il **50%** della quota disponibile;
- uguale o superiore al 50% e inferiore al 70% 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 sanità.

Qualora un obiettivo sia stralciato durante l'anno per subentrati motivi di carattere esogeno e non riconducibili all'operato dell'Azienda, i punti collegati allo stesso sono riassegnati ai restanti obiettivi appartenenti alla medesima prospettiva, in proporzione al valore che ciascuno assumeva al suo interno.

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'Assessorato alla Salute.

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

Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, previsto come obbligo di legge, produce un abbattimento della quota premiale. Resta valido che nei casi più gravi spetta comunque alla Giunta provinciale, ai sensi dell'art. 41, co.1 lett. b) della L.P. 3/2017, decidere se la perdita sia tale da compromettere il proseguimento del rapporto contrattuale del Direttore generale, dichiarandone la decadenza.

Al rispetto dell'equilibrio economico, si aggiungono gli obblighi di trasparenza, in ossequio alle leggi in materia.

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.**

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%	94	84,6%
accordi aggiuntivi personali	10%	100	10%
Giudizio complessivo			94,6%

Correttivi		Rispetto	Correttivo
pareggio di bilancio		SI	-
obblighi di trasparenza		No	-5%
Indice di sintesi e % di erogazione quota premiale a seguito dei correttivi			89,5%: Buono Quota spettante pari all'89,6% del valore del premio

Esempio 2 Dimensioni	Peso relativo	Performance	Valutazione
obiettivi fissati mediante la BSC	90%	92	82,8%
accordi aggiuntivi personali	10%	50	5%
Giudizio complessivo			87,8%

Correttivi		Rispetto	Correttivo
pareggio di bilancio		NO	-10%
obblighi di trasparenza		No	-5%
Indice di sintesi e % di erogazione quota premiale a seguito dei correttivi			72,8%: Discreto 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 maggio di ogni anno l'Azienda sanitaria predispone una relazione sul raggiungimento degli obiettivi predefiniti e sulla performance aziendale e la invia alla Ripartizione Salute. Il direttore generale riferirà direttamente all'Assessorato degli obiettivi personali assegnati.

A partire dal 1° giugno di ogni anno, la Ripartizione salute, anche richiedendo all'Azienda sanitaria informazioni aggiuntive, esamina le relazioni di motivazione degli scostamenti e struttura un giudizio motivato non definitivo che invia all'Azienda 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.

La Ripartizione Salute comunica, la data per la discussione della valutazione delle performance. In tale occasione, sulla base del confronto tra Azienda sanitaria e Assessorato, 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.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Die Amtsdirektorin 09/05/2019 12:10:17 La Direttrice d'ufficio
CAPODAGLIO SILVIA

Der Abteilungsdirektor 09/05/2019 12:13:46 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

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 09/05/2019 15:43:15 Il direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

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



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

14/05/2019

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

14/05/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 72 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: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 72 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

14/05/2019

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