

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

Piano generale triennale

2017 – 2019

Delibera del Direttore generale Nr. 471 del 20.12.2016



Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Piano generale triennale 2017 - 2019

1. Premessa e quadro normativo.....	4
2. Sviluppo sistemi di pianificazione aziendale.....	6
2.1. Atto aziendale.....	6
2.1.1. Stesura nuovo atto aziendale.....	6
2.2. Piano pluriennale degli investimenti.....	6
2.2.1. Pianificazione pluriennale degli investimenti in tecnologie biomediche rilevanti (apparecchiature e sistemi) ed in informatica (hardware e software).....	6
2.2.2. Pianificazione pluriennale degli investimenti in infrastrutture e impianti.....	6
3. Riqualficazione dei servizi sanitari.....	7
3.1. Percorso nascita.....	7
3.1.1. Ampliamento ed ottimizzazione della rete assistenziale del percorso nascita.....	7
3.2. Patto di confine per percorsi di cura.....	7
3.2.1. Definizione percorsi di cura a valenza regionale.....	7
3.3. Assistenza oncologica.....	8
3.3.1. Reti cliniche in ambito oncologico.....	8
3.4. Rete aziendale tra i servizi che si occupano di dialisi.....	9
3.4.1. Realizzazione di una rete strutturata di ambulatori.....	9
3.5. Rete aziendale tra i servizi di radiologia.....	9
3.5.1. Informatizzazione del ciclo di prescrizione, prenotazione, gestione disdette, pagamento, accettazione e refertazione della radiologia.....	9
3.6. Rete aziendale tra i servizi di laboratorio.....	10
3.6.1. Implementazione progressiva della rete tra i servizi di laboratorio.....	10
3.7. Dipartimenti aziendali.....	11
3.7.1. Istituzione di un dipartimento per emergenza a livello aziendale, sicurezza di assistenza alla popolazione in caso di emergenze mediche.....	11
4. Appropriatazza e qualità delle prestazioni e sicurezza del paziente.....	11
4.1. Appropriatazza organizzativa e prescrittiva.....	11
4.1.1. Forme alternative al ricovero ordinario.....	11
4.1.2. Progetto «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy».....	12
4.2. Appropriatazza Clinica.....	13
4.2.1. Clinical Decision Support System (CDSS).....	13
4.3. Appropriatazza in ambito riabilitativo.....	13
4.3.1. Omogeneizzazione delle modalità e dei criteri di invio dei pazienti in regime di ricovero.....	13
4.3.2. Appropriatazza organizzativa dei ricoveri per protesi d'anca.....	14
4.3.3. Introduzione dell' ICF.....	14
4.3.4. Progetto Switch.....	14

4.3.5.	Progetto per l'istituzione di un centro di riferimento per la protesica	15
4.4.	Risk-Assessment retrospettivo e prospettivo e miglioramento continuo.....	16
4.4.1.	Segnalazione anonima di eventi critici	16
5.	Prevenzione.....	16
5.1.	Screening	16
5.1.1.	Istituzione dello screening aziendale per la diagnosi precoce delle forme dell'ipovisus congenito.....	16
5.1.2.	Integrazione tra i diversi software per lo screening del colon/retto	17
5.1.3.	Screening della malattia diabetica di tipo 2 per la popolazione residente nel territorio altoatesino	17
5.1.4.	Screening mammografico	18
6.	Ottimizzazione dell'organizzazione e dei processi	18
6.1.	Chronic Care: rete per persone affette da malattie croniche.....	18
6.1.1.	Sviluppo Masterplan Chronic Care.....	18
6.2.	Assistenza alle persone fragili, disabili o a rischio	19
6.2.1.	Creazione rete di assistenza per persone fragili, disabili o a rischio.....	19
6.3.	Rete per persone con limitazioni cognitive.....	19
6.3.1.	Creazione rete di assistenza per persone con limitazioni cognitive	19
6.4.	Contenimento dei tempi di attesa.....	20
6.4.1.	Sistema RAO	20
6.4.2.	Centro Unico di Prenotazione: prenotazione visite di controllo.....	20
6.5.	Istituzione di una centrale per le chiamate della popolazione (116117).....	21
6.5.1.	Centrale unica di chiamate	21
6.6.	Profili delle prestazioni	22
6.6.1.	Definizione del profilo di prestazioni.....	22
6.7.	Telemedicina.....	22
6.7.1.	Progetto pilota di telemonitoraggio di glicemia, peso corporeo e pressione arteriosa in pazienti affetti da malattia diabetica di tipo 2	23
6.8.	Lean Healthcare	23
6.8.1.	Implementazione progetto 2017 - 2019.....	23
7.	Sviluppo del sistema informativo (ICT Masterplan).....	24
7.1.	I servizi al cittadino	24
7.1.1.	„Portale del cittadino“	24
7.1.2.	Pagamenti online di fatture e ticket	24
7.1.3.	„Info Channel e gestione flussi pazienti (gestione delle code)“	24
7.1.4.	Indagine di soddisfazione	25
7.2.	Sistema informativo territoriale	25
7.2.1.	Assistenza domiciliare e dimissione protetta.....	25
7.2.2.	Paziente anticoagulato	25
7.3.	Il sistema informativo ospedaliero.....	25
7.3.1.	ADT - Ammissione, Dimissione, Trasferimento.....	25
7.3.2.	Cartella Clinica Elettronica.....	26
7.3.3.	Monitoraggio clinico dei pazienti	26

7.4.	Infra-/Infostruttura e piattaforme a supporto dei servizi verticali	26
7.4.1.	Ricetta DEMA.....	26
8.	Sviluppo della cultura aziendale	26
8.1.	Comunicazione su tematiche della salute	27
8.1.1.	Comunicazione della salute e partecipazione	27
8.1.2.	Elaborazione proposta organizzativa per comunicare il Piano Provinciale per la Prevenzione (PPP)	27
8.2.	Cure basate sulla relazione - Relationship based Care	27
8.2.1.	Promozione delle Cure basate sulla relazione - Relationship based Care	27
9.	Sviluppo del personale e delle competenze	28
9.1.	Definizione di un concetto integrato per lo sviluppo del personale	28
9.1.1.	Elaborazione di un masterplan ed un piano di implementazione per lo sviluppo del personale.....	28
10.	Ricerca	29
10.1.	Ricerca clinica presso l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige.....	29
10.1.1.	Istituzione di un centro di ricerca clinica presso l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige....	29
11.	Vincoli economici	29
11.1.	Misure di razionalizzazione.....	29
11.1.1.	Rinegoziazione contratti ICT	29
11.1.2.	Rinegoziazione contratti con Federfarma (DPC)	30
11.2.	Mobilità passiva	30
11.2.1.	Miglioramento appropriatezza invii ad Innsbruck	30
12.	Certificabilità del bilancio	30
12.1.	Procedure di contabilità	30
12.1.1.	Analisi struttura organizzativa	30
12.1.2.	Prosecuzione fino a completamento implementazione PAC	31

1. Premessa e quadro normativo

L'azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano è costituita ai sensi dell'art. 5 della Legge Provinciale 05/03/2001, n. 7, "Riordinamento del Servizio Sanitario provinciale" e della Legge Provinciale 9/2006 "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale" relativa all'istituzione dell'azienda sanitaria unica. Essa è ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano. Ha la finalità di tutelare, promuovere e migliorare la salute dei cittadini in conformità alle disposizioni di legge europee, statali, regionali e provinciali ed in linea con i principi e gli obiettivi contenuti nel Piano sanitario provinciale.

Il presente Piano generale triennale d'Azienda 2017 - 2019 è parte del processo di programmazione aziendale regolato dalla Legge Provinciale 5 novembre 2001, n. 14, "Norme in materia di programmazione, contabilità, controllo di gestione e di attività contrattuale del SSP".

Ai sensi dell'articolo 2, comma 1, di tale legge, "L'azienda informa la propria attività al metodo della programmazione, che si articola in programmazione triennale ed annuale, in armonia con i contenuti e gli indirizzi delle norme di legge statali e provinciali, del Piano sanitario provinciale e degli atti di indirizzo e di programmazione della Giunta provinciale."

Ai commi 2 e 4 del citato articolo 2 è previsto che "La programmazione triennale definisce le politiche e le strategie sanitarie e organizzative in coerenza con le prescrizioni del Piano sanitario provinciale e le linee guida dell'azienda nel medio termine. Strumento della programmazione triennale è il piano generale triennale di azienda."

Il nuovo "Piano Sanitario Provinciale 2016 - 2020" è stato approvato il 29.11.2016 con delibera N. 1331 della Giunta provinciale.

Il servizio sanitario dell'Alto Adige sta affrontando grandi sfide.

In sostanza, ha l'obiettivo di garantire una qualità elevata dell'assistenza sanitaria prestata alla popolazione altoatesina, offrendo prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, rispettando i principi dell'efficienza, dell'appropriatezza, ma anche della sicurezza e della sostenibilità, facendo in modo che i pazienti siano assistiti nel best point of service e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza.

Alcune delle tematiche più importanti contenute in questo piano sono legate al documento di direttive programmatiche della Giunta Provinciale trasmesso all'Azienda sanitaria per il 2017, basate sulla metodica della "Balanced Scorecard". Tali indirizzi riguardano lo sviluppo della governance, lo sviluppo dei sistemi informativi ed i supporti informatici. Inoltre si dà ampio spazio alla riqualificazione dell'organizzazione dei servizi sanitari, agli obiettivi di salute ed alla qualificazione del governo clinico con particolare attenzione alla qualità, all'appropriatezza ed al risk management. Infine non mancano obiettivi di sviluppo e qualificazione aziendale concentrati soprattutto allo sviluppo del personale e della cultura aziendale. Non meno importanti gli obiettivi finalizzati al rispetto del budget economico-finanziario.

Inoltre il documento di pianificazione fa ovviamente riferimento ai singoli piani di settore disponibili, come per esempio il piano provinciale della prevenzione, della formazione, dell'informatica, dell'anticorruzione e della trasparenza.

Nel presente documento sono altresì confluite le macro-aree risultanti dal convegno del 5 e 6 settembre 2016. In tale occasione circa 40 dirigenti di tutti gli ambiti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, hanno discusso e sviluppato la strategia aziendale per i prossimi tre anni.

Da tale convegno, che può essere considerato anche come punto di partenza per un nuovo processo di partecipazione ed una nuova gestione del cambiamento nell'Azienda sanitaria, sono scaturite le tematiche per le quali si è convenuto di impegnarsi in modo particolare nei prossimi tre anni. In particolare sono: la visione aziendale, lo sviluppo del personale, la creazione di fiducia, il ruolo dei medici, l'ottimizzazione aziendale, il chronic care, lo sviluppo dei processi e la già citata informatizzazione aziendale. Proprio quest'ultima si trova, infatti, già nella fase di implementazione. L'obiettivo principale di fornire alla popolazione altoatesina un'assistenza sanitaria di altissima qualità può essere raggiunto solo con l'impegno comune di tutti gli addetti al servizio sanitario sul territorio provinciale, cioè dall'azienda unica.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nei prossimi tre anni intende darsi un nuovo ordinamento per garantire al cittadino l'accesso alle prestazioni sanitarie e corrispondere ai criteri dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza. Il riordino dell'Azienda deve avvenire tramite la ridefinizione dei processi clinici principali, dei processi clinici secondari e dei servizi di supporto. La forma organizzativa dell'erogazione delle prestazioni tramite 7 sedi ospedaliere e 20 distretti sanitari necessita di una rigorosa definizione di responsabilità e strumenti di gestione adeguati (governance).

L'ordinamento strategico dell'Azienda è regolato dalla delibera della Giunta provinciale n. 171, del 10.2.2015, e ha come obiettivo il migliore livello di assistenza, indipendentemente dal background sociale, della provenienza, dal sesso e dall'età dell'assistito. L'assistenza sanitaria è da prestare vicino al luogo di residenza, essere qualificata ed appropriata. In tal senso è anche necessario, che gli erogatori di prestazioni di tutti i livelli lavorino in rete.

2. Sviluppo sistemi di pianificazione aziendale

2.1. Atto aziendale

2.1.1. Stesura nuovo atto aziendale

Stesura del nuovo atto aziendale in linea con la novella della LP 7/2001 entro il 31/12/2017.

Risultati programmati

Chiarezza nei processi e responsabilità in azienda sanitaria al fine di rendere più efficiente l'azienda.

Indicatori di risultato

Approvazione del nuovo atto aziendale e del nuovo organigramma, da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige entro il 31/12/2017.

Responsabile del procedimento

Direzione Generale

2.2. Piano pluriennale degli investimenti

2.2.1. Pianificazione pluriennale degli investimenti in tecnologie biomediche rilevanti (apparecchiature e sistemi) ed in informatica (hardware e software)

La pianificazione pluriennale degli investimenti è stata intrapresa nel corso del 2016, necessita di messa a regime e di consolidamento del processo e delle scadenze nel corso dell'anno relative ai vari step.

Risultati programmati

Processo consolidato e condiviso comprese le scadenze temporali.

Elaborazione del piano triennale

Indicatori di risultato

2017:

Condivisione del processo a livello aziendale

Invio del documento di pianificazione triennale 2018-2019-2020 all'Assessorato alla scadenza concordata

2018:

Invio del documento di pianificazione triennale 2019-2020-2021 all'Assessorato alla scadenza concordata

2019:

Invio del documento di pianificazione triennale 2020-2021-2022 all'Assessorato alla scadenza concordata

Responsabile del procedimento

Ingegneria clinica/ Ufficio acquisti beni d'investimento

2.2.2. Pianificazione pluriennale degli investimenti in infrastrutture e impianti

Pianificazione ed elaborazione di un programma di investimenti nell'ambito della ristrutturazione e manutenzione straordinaria degli immobili in gestione all'Azienda Sanitaria. Si tratta di un programma triennale per la manutenzione straordinaria e di un programma quinquennale per le opere di ristrutturazione. Il programma viene elaborato seguendo le indicazioni della Provincia Autonoma di Bolzano e rispettando le regole dell'armonizzazione dei bilanci.

Risultati programmati:

Elaborazione del programma

Indicatori di risultato:

Elaborazione del programma entro le tempistiche e i limiti finanziari predisposti dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Responsabile del procedimento:

Dirigente responsabile della Ripartizione Tecnica e Patrimoniale.

3. Riqualificazione dei servizi sanitari

3.1. Percorso nascite

3.1.1. Ampliamento ed ottimizzazione della rete assistenziale del percorso nascita.

Da una rilevazione effettuata nel 2015, l'assistenza erogata nel percorso nascita risulta a livello provinciale strutturata in maniera disomogenea. In questo ambito è particolarmente importante riuscire a garantire un approccio omogeneo, al fine di poter garantire la miglior offerta possibile a madre e bambino in Provincia di Bolzano. (Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 6.4.)

Oltre all'ottimizzazione della rete assistenziale alle gravide, alle partorienti ed alle puerpere, nonché ai neonati fino al primo anno di vita ed alle famiglie va posto particolare accento alla garanzia della continuità assistenziale durante tutto il percorso nascita (gravidenza, parto, puerperio e primo anno di vita del neonato) nelle fasi di transizione della gravida/puerpera/del neonato entro il primo anno di vita, tra servizi territoriali, ospedalieri e i servizi sociali

Risultati programmati:

A partire dal 2017 e nei due anni successivi si prevede l'ottimizzazione e successiva implementazione di un percorso assistenziale durante gravidanza, nascita e puerperio, per il neonato fino al primo anno di vita in base alle competenze dei vari profili professionali coinvolti e un collegamento in rete tra servizi ospedalieri e territoriali dei comprensori dell'Azienda Sanitaria. La graduale e corretta informazione della popolazione altoatesina sullo stato di implementazione del percorso assistenziale viene considerata un tassello importante per la buona riuscita durante le diverse fasi previste dal progetto.

Indicatori di risultato:

Implementazione e successiva consolidazione del percorso assistenziale durante la gravidanza, la nascita, il puerperio ed il neonato fino al primo anno di vita nei 4 comprensori sanitari

Responsabile di procedimento:

Staff qualità direzione aziendale

3.2. Patto di confine per percorsi di cura

3.2.1. Definizione percorsi di cura a valenza regionale

Nell'ambito della mobilità extraprovinciale, ed in particolar modo di quella tra le due Province di Trento e Bolzano, sussiste la necessità di una migliore e strutturata collaborazione. Le direzioni strategiche delle rispettive aziende sanitarie hanno espresso la disponibilità nella definizione di percorsi di cura a valenza regionale tra le due Aziende sanitarie per migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie a favore della cittadinanza altoatesina.

Risultati programmati

Per l'anno 2017 si prevede la definizione di un documento tecnico, da aggiornare con periodicità annuale, che coinvolga prioritariamente i seguenti settori:

- Neuroradiologia interventistica
- Neuropsichiatria infantile
- Neuroriabilitazione
- Ematologia
- Cardiochirurgia
- Protonterapia
- Impianti cocleari
- Centro Terapeutico Rodengo-Bad Bachgart

Analisi di impatto ambientale dei fitosanitari (in collaborazione con Laimburg e Istituto Superiore di Sanità)

Indicatori di risultato

Elaborazione di una proposta tecnica relativa a percorsi di cura a valenza regionale e determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie per i seguenti ambiti: Neuroradiologia interventistica, Neuropsichiatria infantile, Neuroriabilitazione, Ematologia, Cardiochirurgia, Protonterapia, Impianti cocleari, Centro Terapeutico Rodengo-Bad Bachgart, Analisi di impatto dei fitosanitari

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

3.3. Assistenza oncologica

3.3.1. Reti cliniche in ambito oncologico

Nel prossimo triennio gli sforzi saranno profusi nel consolidamento di tutti i tumorboards per patologia attivati e in corso di attivazione nei comprensori sanitari, un miglioramento dell'offerta di prestazioni di psicooncologia ai pazienti con diagnosi di tumore maligno, una rilevazione sistematica degli indicatori clinici, lo sviluppo di una nuova cultura basata sul confronto trasparente delle performance cliniche. Nel triennio 2017-2019 si prevede inoltre la creazione di un centro senologico aziendale e del centro aziendale di chirurgia colon/rettale.

Risultati programmati

L'implementazione del piano settoriale oncologico aziendale previsto per il miglioramento dell'assistenza oncologica in Alto Adige prevede il consolidamento del modello di certificazione dell'assistenza oncologica, nello specifico:

Anno 2017

- Gestione chirurgica dei pazienti oncologici solo presso i reparti autorizzati, così come definito nella delibera di giunta provinciale n.131/2013 allegato B.
- Consolidamento dei tumorboards di patologia aziendali attivati sino ad oggi e loro estensione per le patologie oncologiche ad oggi non coinvolte: Tumorboard aziendale Epato-Bilio-Pancreatico.
- Implementazione di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori clinici
- Istituzione del Centro Senologico Alto Adige e del Centro aziendale oncologico per il colon-retto.
- Conduzione di audit interni ed esterni per il mantenimento della certificazione ISO
- Inserimento di tutti i pazienti affetti da patologia oncologica nel software "Onkozert", propedeutico per la rilevazione degli indicatori clinici previsti dagli enti di certificazione clinica.
- Svolgimento del management review, degli audit interni ed esterni nell'ambito del percorso oncologico dei pazienti affetti da carcinoma colon-rettale, finalizzato all'ottenimento della certificazione "Deutsche Krebsgesellschaft".
- Maggiore coinvolgimento del settore psicooncologico, attraverso la proposta di prima visita psicologia ad ogni paziente cui viene diagnosticata diagnosi di tumore maligno.

Anno 2018

- Gestione chirurgica dei pazienti oncologici solo presso i reparti autorizzati, così come definito nella delibera di giunta provinciale n.131/2013 allegato B.
- Consolidamento dei tumorboards di patologia aziendali attivati sino ad oggi e loro estensione per le patologie oncologiche ad oggi non coinvolte: Tumorboard aziendale per il carcinoma della prostata.
- Partecipazione attiva e strutturata ai Tumorboard aziendali da parte di enti/strutture universitarie a valenza nazionale ed internazionale.
- Conduzione di audit interni ed esterni per la ricertificazione ISO 2015
- Inserimento di tutti i pazienti affetti da patologia oncologica nel software Onkozert, propedeutico per la rilevazione degli indicatori clinici previsti dagli enti di certificazione clinica.
- Estensione delle modalità di management review nell'ambito del percorso oncologico dei pazienti oncologici finalizzati all'ottenimento della certificazione clinica per patologie individuate.
- Maggiore coinvolgimento del settore psicooncologico, attraverso la proposta di prima visita psicologia ad ogni paziente cui viene diagnosticata diagnosi di tumore maligno.
- Percorso di certificazione del centro senologico altoatesino secondo gli standard europei definiti European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)

Anno 2019

- Gestione chirurgica dei pazienti oncologici solo presso i reparti autorizzati, così come definito nella delibera di giunta provinciale n.131/2013 allegato B.
- Piena applicazione di modelli gestionali aziendali a sostegno della mobilità di equipe coinvolti nelle reti cliniche provinciali.
- Implementazione delle azioni residuali per la piena realizzazione del modello di certificazione dell'assistenza oncologica in Alto Adige così come previsto dalla delibera di giunta p n.131 e successive modifiche e/o integrazioni

Indicatori di risultato

- Consolidamento dei tumorboards di patologia aziendali attivati sino ad oggi e loro estensione per le patologie oncologiche ad oggi non coinvolte: Tumorboard aziendale Epato-Bilio-

Pancreatico, prostata, ...): presentazione di almeno il 90% dei casi clinici ai tumorboard aziendali.

- Istituzione del Centro Senologico Alto Adige e del Centro aziendale oncologico per il colon-retto (deliberazione del Direttore Generale).
- Conduzione di audit interni ed esterni per il mantenimento della certificazione ISO
- Inserimento di tutti i pazienti affetti da patologia oncologica nel software Onkoziert, propedeutico per la rilevazione degli indicatori clinici previsti dagli enti di certificazione clinica ($\geq 90\%$ dei casi clinici).
- Svolgimento del management review, degli audit interni ed esterni nell'ambito del percorso oncologico dei pazienti affetti da carcinoma colon-rettale, finalizzato all'ottenimento della certificazione "Deutsche Krebsgesellschaft"
- Maggiore coinvolgimento del settore psicooncologico, attraverso la proposta di prima visita psicologia ad ogni paziente cui viene diagnosticata diagnosi di tumore maligno.
- Implementazione di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori clinici

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

3.4. Rete aziendale tra i servizi che si occupano di dialisi

3.4.1. Realizzazione di una rete strutturata di ambulatori

Informatizzazione del percorso dei pazienti in terapia renale sostitutiva (dialisi + trapianto) in osservanza anche del debito informativo richiesto dalla Provincia. (Capitolato e gara) Realizzazione di una rete strutturata di ambulatori dedicati ai pazienti con insufficienza renale cronica avanzata e trapiantati di rene. Istituzione del "Servizio aziendale di dialisi peritoneale" ovvero di una Rete integrata del Servizio secondo il modello Hub & Spoke. (letteralmente: mozzo e raggi) che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

Risultati programmati

2017:

- Valutazione del fabbisogno informatico in relazione alla specificità dei trattamenti e dei pazienti gestiti.
- Valutazione operativa dei programmi informatici disponibili e loro implementabilità
- Nella divisione di Nefrologia e Dialisi viene istituito un ambulatorio dedicato ai pazienti con insufficienza renale cronica avanzata e trapiantati di rene
- In ogni punto della rete è disponibile personale formato e presso la divisione di Nefrologia e Dialisi è istituito un ambulatorio dedicato ai pazienti in dialisi peritoneale

Indicatori di risultato

2017:

- valutazioni clinico operative e relativa documentazione
- ambulatorio dedicato è operativo
- il percorso di rete è condiviso
- personale formato
- ambulatorio dedicato ai pazienti in dialisi peritoneale

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Ripartizione Economico-Finanziaria, Ripartizione ICT, Ripartizione Prestazioni, Ingegneria Clinica

3.5. Rete aziendale tra i servizi di radiologia

3.5.1. Informatizzazione del ciclo di prescrizione, prenotazione, gestione disdette, pagamento, accettazione e refertazione della radiologia

Lo scopo principale è di ottimizzare l'offerta di prestazioni nel campo delle tecnologie pesanti (TAC e RM) dove attualmente esistono grandi disparità di utilizzo delle apparecchiature. La possibilità di offrire prestazioni anche in sedi diverse porta ad una riduzione dei tempi di attesa e una ridistribuzione dei carichi di lavoro.

Per contrastare il fenomeno del drop-out, ovvero delle prestazioni prenotate ma che non vengono erogate a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato, può essere efficace prevedere l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali in modo che, da tali disdette, possano generare posti liberi da utilizzare per altri utenti.

Risultati programmati

- Tutto il ciclo della radiologia dalla prescrizione, alla prenotazione, gestione disdette, il pagamento, l'accettazione e la refertazione rispettivamente il ritiro referti viene realizzato, unito e informatizzato.
- Unificazione RIS/PACS (radiological information system / Picture Archiving and Communication System) a livello aziendale
- I sistemi aziendali di prenotazione devono pertanto indicare univocamente agli utenti la modalità attraverso la quale disdire l'appuntamento con la creazione in automatico di un codice univoco identificativo nel momento della disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti. Si propone inoltre di applicare un corrispettivo economico (tariffa piena della prestazione) per le prestazioni non disdette nei tempi utili e non usufruite da parte dell'utente

Indicatori di risultato

- Disponibilità di referto online (WEB) per pazienti ambulatoriali, entro il 31/12/2017
- Esporre come servizio una selezione di prestazione radiologiche da prenotare online, entro il 31/12/2017
- Integrazione delle agende RIS all'interno del programma di prenotazione/acettazione CUPP, entro il 31/12/2017
- Ricette dematerializzate in radiologia al 90% di tutti i prescrittori misurate nel mese di dicembre 2017 (basta la copertura per il mese di dicembre), entro il 31/12/2017
- Integrazione software di prenotazione SAIM anche per i privati convenzionati, entro il 31/12/2018
- Esporre ulteriori prestazione radiologiche per la prenotazione online, entro il 31/12/2019
- Implementazione di un servizio aziendale di un sistema di disdetta con la creazione di un codice univoco quale riferimento per la disdetta della prenotazione (da implementare su sistema di prenotazione SAIM e iKis).

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria, Ripartizione Economico-Finanziaria, Ripartizione ICT, Ripartizione Prestazioni

3.6. Rete aziendale tra i servizi di laboratorio

3.6.1. Implementazione progressiva della rete tra i servizi di laboratorio

Implementazione progressiva del piano di sviluppo 2017 – 2019 in base alla logica Hub & spoke/ collaborazione in rete. L'offerta di prestazioni e gli apparecchi di backup saranno valutati, le gare verranno svolte contemporaneamente con l'ottimizzazione delle prestazioni erogate dall' Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nell'ambito diagnostico di laboratorio con un impiego mirato all'ottimizzazione delle risorse necessarie, e infine un aumento della qualità effettiva e percepita nell'intero ambito della medicina di laboratorio. Valutazione dell'inserimento di alcune analisi dopo valutazione "make or buy". Revisione e aggiornamento della procedura invio esami fuori provincia.

Risultati programmati

2017:

- Implementazione graduale del portafoglio delle prestazioni aziendali in considerazione delle scadenze delle gare
- Gestione degli apparecchi di backup ed adeguamento dell'offerta delle prestazioni
- Messa online di tutti i referti di laboratorio indicati alla pubblicazione online (accesso attraverso Internet per il cittadino)
- Omogeneizzazione del layout e dei contenuti di referti di laboratorio
- Progetto di refertazione in regime di telelavoro

2018 - 2019:

- Implementazione graduale del portafoglio prestazionale nel rispetto dei tempi di scadenza delle gare in essere

Indicatori di risultato

- Portafoglio prestazioni
- Gestione apparecchi backup
- Referti online

- Omogeneizzazione layout
- Refertazione in telelavoro

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria, Responsabile Forma Vincolante Collaborazione Organizzativa Laboratori

3.7. Dipartimenti aziendali

3.7.1. Istituzione di un dipartimento per emergenza a livello aziendale, sicurezza di assistenza alla popolazione in caso di emergenze mediche

Istituzione nell'Azienda sanitaria di un dipartimento per l'emergenza che coordini tutto il sistema dell'assistenza d'emergenza, di cui devono far parte, oltre alla centrale provinciale d'emergenza per il settore medico, anche i medici d'urgenza e l'elisoccorso; (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2010 capitolo 5.2.1.)

2017: Lavoro di preparazione per l'istituzione di un dipartimento per l'emergenza dal punto di vista legale, organizzativo e dell'ampliamento delle competenze dei collaboratori e delle collaboratrici e definizione della collaborazione con il dipartimento di prevenzione per quanto riguarda sorveglianza, indagine epidemiologica e profilassi in caso di emergenze infettive.

2018: Istituzione del dipartimento

2019: Valutazione del dipartimento e verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni

Risultati programmati

Istituzione del dipartimento per emergenza a livello aziendale, sicurezza di assistenza alla popolazione in caso di emergenze mediche

Indicatori di risultato

Istituzione del dipartimento

Partecipazione della centrale provinciale d'emergenza per il settore medico ed anche dei medici d'urgenza e dell'elisoccorso

Responsabile del procedimento

Direzione sanitaria

4. Appropriatelyzza e qualità delle prestazioni e sicurezza del paziente

4.1. Appropriatelyzza organizzativa e prescrittiva

4.1.1. Forme alternative al ricovero ordinario

I controlli analitici eseguiti annualmente sulle cartelle cliniche, ai sensi della normativa nazionale e provinciale di riferimento, dai referenti del gruppo di lavoro aziendale NUVAS (Nucleo Aziendale di Verifica dell'Assistenza Sanitaria) consentono di individuare le aree a maggiore criticità e le relative azioni migliorative.

Risultati programmati

Individuazione degli ambiti clinici in cui attuare lo shifting del setting assistenziale dal regime di ricovero ordinario ad altri setting assistenziali di minore intensità anche attraverso un maggior ricorso all'Osservazione Breve Intensiva e all'implementazione e sviluppo del Day Service attraverso la definizione di nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC). Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 7.3.)

1. Implementazione dei nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC) nei comprensori sanitari
2. Miglioramento dell'appropriatezza medica e chirurgica per i DRG potenzialmente inappropriati secondo il patto per la Salute 2010-2012
3. Implementazione di azioni correttive, in modo da poter sviluppare le performance cliniche che evidenziano margini di miglioramento secondi analisi di benchmarking condotti a livello nazionale e laddove sensato anche internazionale.

Indicatori di risultato:

Anno 2017

- Tasso di ospedalizzazione
- Adeguamento agli indirizzi ministeriali del tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinario in riabilitazione e lungodegenza
- Miglioramento dell'appropriatezza medica e chirurgica per i seguenti DRG:
 - DRG 162: Interventi per ernia inguinale e femorale, > 17 anni, senza complicanze
 - DRG 243: Affezioni mediche del dorso
 - DRG 119: Interventi per stripping di vene
- Sviluppo di nuovi PAC: scompenso cardiaco e mapping prostatico
- Percentuale di DRG medici dimessi dai reparti chirurgici: miglioramento a livello aziendale del posizionamento medio all'interno del progetto Bersaglio.
- Ricoveri da PS
- Controlli di codifica, di appropriatezza clinica ed organizzativa, di qualità e tenuta della documentazione clinica da eseguire sul 12,5% delle cartelle cliniche prodotte dalle strutture pubbliche e private convenzionate sugli ambiti sopra definiti.

Anno 2018:

- Mantenimento e definizione di nuovi obiettivi per le aree cliniche in cui l'azienda registra performance non in linea con gli standard rilevati a livello nazionale
- Controlli di codifica, di appropriatezza clinica ed organizzativa, di qualità e tenuta della documentazione clinica da eseguire sul 12,5% delle cartelle cliniche prodotte dalle strutture pubbliche e private convenzionate

Anno 2019:

- Mantenimento e definizione di nuovi obiettivi per le aree cliniche in cui l'azienda registra performance non in linea con gli standard rilevati a livello nazionale
- Integrazione con il sistema unico di gestione delle prenotazioni (CUPP) per la prenotazione e la prescrizione delle prestazioni incluse nei diversi PAC su un'unica piattaforma aziendale
- Controlli di codifica, di appropriatezza clinica ed organizzativa, di qualità e tenuta della documentazione clinica da eseguire sul 12,5% delle cartelle cliniche prodotte dalle strutture pubbliche e private convenzionate

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria, Nuvas – Ripartizione Controllo di Gestione

4.1.2. Progetto «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy»

Nel 2016 l'Azienda sanitaria ha aderito al progetto „Choosing Wisely” promosso dall'associazione Slow Medicine Italia. Si tratta di una rete di esperti e cittadini che ha come obiettivo un'assistenza appropriata e di qualità elevata, basata su un dialogo aperto e sullo scambio di informazioni e che riduce i costi della spesa sanitaria. Il raggiungimento di questo obiettivo necessita di un adeguato utilizzo delle risorse disponibili. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 5.2.2.) E' stato deciso di costituire diversi gruppi di lavoro a livello aziendale per verificare l'efficienza dei sistemi sanitari in tema di appropriatezza prescrittiva. In questo modo si cerca di identificare le "abitudini prescrittive" che risultano essere poco efficaci e non appropriate e che quindi non apportano beneficio alla salute del paziente assistito. Tale proposito viene gestito come un'organizzazione in progressivo apprendimento per poter identificare all'interno dell'azienda il potenziale di miglioramento supportando la discussione con standard ad evidenza scientifica.

A questo progetto partecipano il personale medico sia dell'ospedale che del territorio e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti. In particolar modo le associazioni svolgono un importante ruolo in qualità di moltiplicatori per sensibilizzare la popolazione per uno stile di vita sano e un appropriato utilizzo delle prestazioni sanitarie.

In merito all'appropriatezza prescrittiva in ambito radiologico sono stati individuati e definiti dei criteri per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della diagnostica per immagini, nello specifico per la risonanza magnetica del Rachide Lombosacrale e del ginocchio.

Il tasso di Risonanze magnetiche per 1.000 abitanti in Alto Adige è pari a 65.99 ed è opportuno definire azioni per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. A questo proposito esistono due raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), che dovrebbero essere condivise con i Servizi di Radiologia a livello aziendale. La normativa che definisce i criteri RAO dovrebbe rispecchiare il contenuto di queste raccomandazioni. I medici specialisti prescrittori delle aree ospedaliere e territoriali devono essere istruiti adeguatamente.

Risultati programmati

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della diagnostica per immagini: (RM) del Rachide Lombosacrale e del ginocchio

Indicatori di risultato

- Eventi formativi per i medici prescrittori ospedalieri e territoriali, almeno uno in ciascun comprensorio sanitario.
- Elaborazione di un documento di intesa con i servizi di radiologia aziendali con eventuale aggiornamento della normativa relativa ai criteri RAO entro fine maggio 2017; contemporaneamente viene concordato il protocollo di valutazione da adottare nei controlli sull'appropriatezza prescrittiva.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Nuvas

4.2. Appropriatezza Clinica

4.2.1. Clinical Decision Support System (CDSS)

Ogni tre mesi raddoppia la base di conoscenza dell'ambito clinico. Per aiutare i professionisti a gestire questa enorme massa di nuova informazione e sviluppi nell'ambito professionale, si rende necessario l'introduzione di un sistema di Clinical Decision Support System (CDSS). (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 - 2020, capitolo 12.3.)

Risultati programmati

Analisi e implementazione di un sistema di Clinical Decision Support System (CDSS)

Indicatori di risultato

Analisi ed implementazioni entro il 31/12/2017.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria, Ripartizione ICT

4.3. Appropriatezza in ambito riabilitativo

4.3.1. Omogeneizzazione delle modalità e dei criteri di invio dei pazienti in regime di ricovero

L'invio dei pazienti presso le strutture private che erogano prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie avviene ad oggi in Azienda Sanitaria secondo criteri e modalità difformi nei diversi comprensori sanitari, generando inoltre una potenziale inappropriatazza dal punto di vista organizzativo, clinico e prescrittivo.

E' opportuno quindi omogeneizzare a livello aziendale le modalità e i criteri di invio dei pazienti sia nelle strutture pubbliche che nelle strutture private convenzionate per garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie di riabilitazione e lungodegenza postacuzie erogate in regime di ricovero nelle strutture pubbliche e private convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (codici 56.00, 60.00 e 75.00).

Definizione da parte dell'UVM dei criteri di valutazione dei pazienti per l'invio alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e alle cure intermedie.

Definizione di percorsi/protocolli di intesa con MMG e PLS per la prescrizione di prestazioni ambulatoriali afferenti la riabilitazione.

Risultati programmati

Attraverso l'approvazione della procedura aziendale "Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza postacuzie"

1. vengono definiti da parte di medici/primari competenti criteri di appropriatezza clinica, organizzativa, temporale e prescrittiva per le prestazioni sanitarie di riabilitazione e lungodegenza postacuzie erogate in regime di ricovero, sia nelle strutture pubbliche che nelle strutture private convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (codici 56.00, 60.00 e 75.00).
2. si mette a disposizione del personale dedicato alla compilazione e al controllo della relativa cartella clinica un documento di indirizzo per il rispetto dei criteri di appropriatezza in esso definiti.

Indicatori di risultato

Implementazione della procedura aziendale sui criteri di appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione codici 56.00, 60.00 e 75.00 e verifica dell'adesione dei criteri contenuti nella procedura aziendale.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria – NUVAS – Ripartizione Prestazioni

4.3.2. Appropriatelyzza organizzativa dei ricoveri per protesi d'anca

Il decorso post-operatorio dopo un intervento di protesi d'anca comporta diverse tappe obbligate, che servono a una pronta guarigione e alla ripresa della normale vita quotidiana.

Il concetto della Chirurgia a Rapido Recupero (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) è l'approccio che consente oggi di migliorare questo decorso postoperatorio, con un più veloce e benefico recupero ed una significativa diminuzione dei tempi di ricovero.

I Reparti di Ortopedia e Chirurgia generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige applicano il concetto della Chirurgia a Rapido Recupero a selezionati pazienti candidati ad interventi di artroprotesi dell'anca con l'obiettivo di minimizzare l'impatto dell'intervento chirurgico sull'organismo e di riportare il paziente al proprio livello di autonomia il prima possibile. Elementi fondamentali sono il ridotto impiego di sondini e drenaggi, il pieno controllo del dolore postoperatorio, la precoce ripresa dell'alimentazione orale e della mobilizzazione. Per la sua piena realizzazione è necessario il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare comprendente ortopedici, anestesisti, infermieri, fisiatristi, fisioterapisti e dietisti. I benefici consistono in una riduzione della morbilità postoperatoria e della degenza postoperatoria.

Risultati programmati

Riduzione dei tempi di riabilitazione attraverso l'implementazione del Progetto Chirurgia a Rapido Recupero (Enhanced recovery after surgery – ERAS) con l'obiettivo di minimizzare l'impatto dell'intervento chirurgico sull'organismo e di riportare il paziente al proprio livello di autonomia il prima possibile

Indicatori di risultato

- Elaborazione ed implementazione di una procedura aziendale che definisca criteri clinici di arruolamento al Rapid recovery after surgery per pazienti sottoposti a interventi di protesi d'anca
- Relazione comprensoriale sul numero di pazienti arruolati e gestiti rispetto al progetto Chirurgia a Rapido Recupero

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

4.3.3. Introduzione dell' ICF

Introduzione dell'ICF (ingl. *International Classification, Disability and Health*) quale sistema di riferimento validato e multiprofessionale ai fini di un miglioramento dell'orientamento al paziente e della documentazione del processo riabilitativo considerando l'unità bio-psico-sociale e le condizioni di vita della persona assistita nei reparti di riabilitazione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Risultati programmati

Attuazione del piano di progetto 2017-2018 in considerazione delle fasi di progetto previste

Indicatori di risultato

- Entro il 31.12.2017 ciascun reparto di riabilitazione dispone di 5 responsabili ICF (1 med., 1 inf., 1 fisio, 1 ergo, 1 logo)
- Entro il 31.12.2017 i collaboratori dei cinque reparti di riabilitazione sono formati riguardo l'utilizzo dell'ICF
- Entro il 31.12.2017 è iniziata l'implementazione multiprofessionale dell'ICF per quanto riguarda la comunicazione e la refertazione
- Entro il 30.06.2018 è iniziata l'implementazione multiprofessionale dell'ICF nella redazione di relazioni
- Entro il 31.12.2018 è iniziata l'implementazione multiprofessionale del processo di definizione degli obiettivi e della gestione della qualità

Responsabile del procedimento

Primari e coordinatori dei cinque reparti di riabilitazione dell'Azienda Sanitaria (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico e Vipiteno) con il supporto del coordinamento interno ed esterno di progetto

4.3.4. Progetto Switch

A causa di un inappropriato utilizzo dei servizi offerti il dipartimento di riabilitazione è oberato da lunghe liste d'attesa. Infatti, un numero notevole di pazienti inviati soffre di patologie legate a uno stile

di vita troppo sedentario. Tali pazienti potrebbero e dovrebbero essere invece inviati a strutture esterne su prescrizione da parte del medico curante di fare attività fisica. In tal modo il dipartimento di riabilitazione potrebbe concentrare le proprie risorse, limitate ma altamente qualificate, su patologie specifiche nella fase post acuta, indirizzando pazienti cronici stabilizzati a strutture esterne accreditate.

Obiettivo del progetto è quindi accorciare le liste di attesa del dipartimento di riabilitazione tramite la creazione di due percorsi paralleli:

1. AFA (attività fisica adattata) aspecifica: sono coinvolti pazienti che soffrono di patologie legate ad uno stile di vita sedentario.
I medici di medicina generale (MMG) inviano tali pazienti tramite ricetta bianca a strutture accreditate che offrono attività fisica.
2. AFA specifica: sono coinvolti pazienti con necessità particolari che soffrono di patologie di natura cardiologica, ortopedica, reumatologica, nefrologica, neurologica o osteoarticolare in una fase cronica stabilizzata.

I medici specialisti del settore o fisioterapisti/ergoterapisti e logopedisti inviano i pazienti a strutture esterne accreditate che offrono attività fisica specifica per quel grado di patologia.

Risultati programmati

Per il 2017

1. Completare il modello organizzativo che definisce l'andamento dei due percorsi AFA specifica e AFA aspecifica, anche in eventuale assenza della piattaforma internet provinciale sulle offerte di attività fisica.
2. Percorso AFA specifica: in eventuale assenza della piattaforma internet provinciale sulle offerte di attività fisica assicurare il finanziamento necessario a garantire il flusso di informazioni dall'invio al feedback di ritorno (medico - struttura esterna - medico) e garantire la quantificazione del flusso di pazienti per anno.
3. Definizione e nomina di una commissione valutatrice dei requisiti da parte delle strutture esterne accreditate.
4. Informazione e sensibilizzazione dei medici di base (aggiornamento in collaborazione con la SUGAM) (AFA aspecifica).
5. Informazione del personale ospedaliero del settore specifico sul procedere (AFA specifica)
6. Informazione del personale ospedaliero sui due percorsi AFA specifica e AFA aspecifica
7. Campagne di informazione per i partner/ strutture privati /e.
8. Campagne di informazione della popolazione.

Per il 2018-19

Implementazione dell'adesione al progetto e consolidamento dei percorsi AFA specifica e AFA aspecifica. Soprattutto tramite convincimento di medici per questa forma riabilitativa.

Indicatori di risultato

Per il 2017: raggiungimento dei punti indicati sopra
Miglioramento nella richiesta di prestazioni riabilitative.

Responsabile del procedimento

Dipartimento di prevenzione.

4.3.5. Progetto per l'istituzione di un centro di riferimento per la protesica

Costituzione di un centro protesico aziendale presso il reparto di riabilitazione dell'ospedale di Bolzano per l'assistenza di pazienti residenti in provincia di Bolzano con arti amputati.

Assistenza a pazienti amputati agli arti superiori ed inferiori, residenti in Alto Adige. I nostri pazienti non dovranno più spostarsi all'estero.

Risultati programmati

2017: Definizione dei finanziamenti, assegnazione del personale, prescrizioni tramite il Centro di competenza, accordi con i tecnici ortopedici, consulenza professionale esterna.

2018: Assistenza ai pazienti del Comprensorio sanitario di Bolzano

2019: 1° semestre presa in carico dei pazienti del Comprensorio sanitario di Merano; 2° semestre presa in carico dei pazienti dei Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico

Indicatori di risultato

- Costituzione di un centro protesico aziendale
- Graduale presa in carico dei pazienti

Responsabile del procedimento

Servizio di Riabilitazione fisica del Comprensorio sanitario di Bolzano

4.4. Risk-Assessment retrospettivo e prospettivo e miglioramento continuo

4.4.1. Segnalazione anonima di eventi critici

La sicurezza del paziente è un obiettivo strategico del sistema sanitario. L'OMS ha abbracciato questo tema sottolineando l'importanza dell'implementazione di sistemi di segnalazione e ha emanato relative raccomandazioni. Sistemi di segnalazione a carattere non punitivo consolidati nelle aziende ospedaliere risultano essere tasselli fondamentali per la riduzione del rischio clinico.

Il Critical Incident Reporting System (CIRS) è un sistema di segnalazione sviluppato a questo scopo. Esso contribuisce a rappresentare il rischio clinico insito nella propria struttura.

Risultati programmati:

Nel triennio 2017-2019 è prevista una graduale introduzione del Critical Incident Reporting System, attraverso una prima fase pilota su alcuni reparti/uu.oo./servizi succeduta da una fase di roll-out. Va identificato un gruppo di collaboratori multiprofessionale deputato all'analisi e gestione delle segnalazioni di eventi critici.

Si prevede la formazione di facilitatori all'interno dei servizi e uu.oo., con l'obiettivo di promuovere la segnalazione di eventi critici, la formulazione di misure correttive nonché la loro implementazione al fine di aumentare la sicurezza del paziente.

Indicatori di risultato:

Definizione di gruppi di segnalazione di eventi critici a livello aziendale

Definizione di un gruppo multidisciplinare incaricato di analizzare le segnalazioni e di formulare azioni correttive

Implementazione di misure correttive a livello aziendale e di singola u.o./servizio.

Responsabile di procedimento:

Staff qualità aziendale e gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico.

5. Prevenzione

5.1. Screening

5.1.1. Istituzione dello screening aziendale per la diagnosi precoce delle forme dell'ipovisus congenito

Il Piano per il 2017 prevede la definizione di un modello aziendale di svolgimento dello screening neonatale per la diagnosi precoce delle forme di ipovisus congenito e l'avvio dello screening secondo un modello organizzato su tre livelli di specializzazione.

L'articolazione dei livelli prevede un primo livello, collocato nell'ambito delle Pediatrie/Neonatalogie dei singoli punti nascita. In questa sede viene eseguito da parte dei Pediatri il test del riflesso rosso del fundus. Sempre a questo livello, è fondamentale il ruolo degli Oculisti ambulatoriali o di Reparto che collaborano in veste di consulenti locali con le Pediatrie dei singoli punti nascita. In presenza di un riflesso del fundus dubbio verranno coinvolti dai pediatri, così da limitare l'invio di quadri negativo al Centro di riferimento.

Il secondo livello è costituito dal Centro di riferimento "Oftalmologico infantile" aziendale, individuato nel Reparto di Oculistica dell'Ospedale di Bolzano, che esamina i neonati positivi al riflesso del fundus, cura Diagnosi e follow-up, ove indicato tratta il/la paziente per le patologie mediche e chirurgiche, seleziona le/i pazienti da inviare a Centri superspecialistici di terzo livello.

La priorità per il 2017 è l'estensione dello screening oftalmologico a tutti i punti nascita, e la monitoraggio dell'aderenza allo screening nel corso dell'anno.

Risultati programmati

- Esecuzione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita, utilizzando un modulo aziendale unificato sullo screening neonatale, in corso di elaborazione, e che sarà disponibile per i Primari pediatri entro la fine del 2016.
- Istituzione di un registro, cartaceo o scannerizzato in forma digitale, in cui viene riportato il modulo screening compilato.
- Elaborazione di un report trimestrale sull'aderenza allo screening da parte del Primario pediatra di ogni punto nascita.

- Elaborazione di un percorso guidato unico provinciale che definisca le modalità di esecuzione dello screening e i criteri di accesso a terapia e follow up presso il centro di riferimento per i bambini risultati positivi allo screening.

Indicatori di risultato

- Utilizzo sistematico del modulo aziendale unificato dello Screening neonatale
- Istituzione del registro Screening in Reparto pediatrico.
- Invio di Report trimestrali da parte dei Primari pediatri sulla percentuale di Screening del Fundus eseguiti sul numero totale delle nascite.
- Documento che descriva il percorso di cui sopra.

Responsabile del procedimento

Divisione Oculistica di Bolzano.

5.1.2. Integrazione tra i diversi software per lo screening del colon/retto

E' altresì previsto di aumentare la partecipazione della popolazione target allo screening di I° livello. A tal fine si prevedono la pianificazione di una nuova campagna informativa promozionale mediante manifesti, locandine e mass media come anche incontri tra responsabili dello screening e medici di medicina generale e l'organizzazione di un convegno scientifico.

Risultati programmati

- Integrazione tra i diversi software per lo screening
- Aumento della partecipazione allo screening di I° livello

Indicatori di risultato

- Miglioramento del tasso di partecipazione allo screening di I° livello misurato su un arco di tempo pluriennale (2017-2018)
- Software integrato 2017: analisi e scelta soluzione SW aziendale

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria – Registro Tumori

5.1.3. Screening della malattia diabetica di tipo 2 per la popolazione residente nel territorio altoatesino

Risulta pertanto fondamentale diagnosticare precocemente la malattia diabetica in modo da intraprendere le cure del caso e prevenire le complicanze.

Tra le varie metodologie finalizzate alla diagnosi precoce sulla popolazione, la Società Italiana di Diabetologia e l'Associazione Medici Diabetologi, recepiscono le indicazioni internazionali e considerando anche i risultati ottenuti in vari progetti tra cui uno europeo (DEPLAN), danno indicazione ad uno screening opportunistico su popolazione considerata a rischio in base al punteggio ottenuto ad un questionario validato (FINDRISK) e teso ad indagare la presenza dei fattori di rischio della malattia diabetica. (Tratto da "Linee guida per la gestione del sistema informativo dello screening diabetico" a cura dell'Osservatorio epidemiologico provinciale - OEP).

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha recepito queste indicazioni e vuole offrire alla popolazione altoatesina questo screening.

Risultati programmati

Effettuazione dello screening sulla popolazione target

Indicatori di risultato

2017: Attivazione del processo di screening in base alla progettazione condotta nell'anno 2016 e monitoraggio degli indicatori di processo

2018: Prosecuzione dello screening della malattia diabetica di tipo 2 e prosecuzione del monitoraggio degli indicatori di processo. Inizio raccolta dati relativa agli indicatori di outcome sulla popolazione che ha aderito allo screening (diagnosi di diabete di tipo 2 rispetto al totale delle persone che hanno aderito allo screening).

2019: Prosecuzione dello screening della malattia diabetica di tipo 2 e prosecuzione del monitoraggio degli indicatori di processo e di outcome. Valutazione costo-beneficio dello screening e decisione rispetto alla attivazione di un secondo ciclo triennale.

Responsabile del procedimento

Staff per lo sviluppo professionale

5.1.4. Screening mammografico

L'attuale adesione della popolazione interessata allo Screening mammografico è migliorabile (circa 60% su ambito provinciale). Le azioni previste per correggere tale situazione sono essenzialmente:

- 1) la modifica della modalità di invito (comunicative e organizzative).
- 2) sensibilizzazione ed informazione sugli obiettivi dello Screening attraverso campagne informative

Risultati programmati

Miglioramento del tasso di partecipazione allo screening di I° livello

Indicatori di risultato

Anno 2017:

- Aumentare la partecipazione/aderenza della popolazione target allo Screening di I° livello degli attuali valori nei comprensori sanitari di Brunico e Bressanone attraverso una nuova modalità di invito delle pazienti.
- Lavori di preparazione nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano delle modifiche gestionali ed organizzative necessarie per dare avvio alle nuove modalità di invito delle pazienti con decorrenza 1.1.2018
- Svolgimento di campagne di sensibilizzazione

Anno 2018

- Aumentare la partecipazione/aderenza della popolazione target allo Screening di I° livello degli attuali valori nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano attraverso una nuova modalità di invito delle pazienti.
- Svolgimento di campagne di sensibilizzazione

Anno 2019:

- Verifica dei risultati ed eventuali azioni correttive

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria – Registro Tumori

6. Ottimizzazione dell'organizzazione e dei processi

6.1. Chronic Care: rete per persone affette da malattie croniche

6.1.1. Sviluppo Masterplan Chronic Care

- sviluppo di un'organizzazione dei servizi sanitari e sociali orientata alle persone e alle famiglie al fine di prevenire l'insorgenza e la progressione di cronicità e fragilità, e di ridurre morbilità, mortalità e disabilità
- riduzione del dispendio organizzativo e finanziario per la cura di cronicità e fragilità
- riduzione del peso sociale per le persone affette ed i loro familiari, soprattutto negli stadi avanzati delle malattie
- definizione di strumenti nel campo della governance dei sistemi innovativi per la cura della fragilità e la cronicità

Implementazione del piano dal 2018 – 2020 per le persone affette da malattie croniche.

Risultati programmati

Elaborazione degli obiettivi indicati e definizione del piano di implementazione 2018-2020 entro il 31.12.2017

Indicatori di risultato

- Le priorità ed i rispettivi passi di implementazione sono definiti entro il 31.12.2018, il 31.12.2019 ed il 31.12.2020

Responsabile del procedimento

Direzione tecnico-assistenziale con un gruppo di lavoro con componenti dell'assessorato e dell'Azienda Sanitaria incaricato

6.2. Assistenza alle persone fragili, disabili o a rischio

6.2.1. Creazione rete di assistenza per persone fragili, disabili o a rischio

La fragilità coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio-ambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente. Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la co-morbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo sociosanitario, giocano un ruolo determinante. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitoli 5, 7 e 12.3.)

Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.

Premessa indispensabile per un'assistenza adeguata a questa popolazione è la creazione di una rete socio-sanitaria, la garanzia dell'approccio multiprofessionale e della continuità assistenziale.

Risultati programmati

- Creazione di una linea assistenziale specifica
- Creazione di un'unità multidisciplinare per gli interventi in fase critica, in modo da prevenire tempestivamente un deragliamento di situazioni al limite
- Miglioramento della gestione della dimissione protetta
- Istituzione di letti per le cure intermedie
- Creazione della rete di cure palliative per bambini, adolescenti ed adulti
- Utilizzo della telemedicina a supporto dell'assistenza ai questo gruppo di pazienti

Indicatori di risultato

2017

- Analisi delle linee assistenziali esistenti ed elaborazione comune dei percorsi di assistenza mancanti, definizione delle condizioni organizzative, economiche e giuridiche
- Definizione di una linea assistenziale strutturata per questa popolazione con tutte le istituzioni coinvolte (ospedale, assistenza vicina al luogo di residenza, salute e sociale)

2018:

- Definizione delle priorità nell'implementazione dell'assistenza nei diversi ambiti specialistici e del piano di implementazione

2019:

- Implementazione dei provvedimenti nei diversi ambiti specialistici e valutazione continua delle singole linee assistenziali

Responsabile del procedimento

Direzione tecnico-assistenziale con un gruppo di lavoro incaricato con componenti dell'assessorato e dell'Azienda Sanitaria

6.3. Rete per persone con limitazioni cognitive

6.3.1. Creazione rete di assistenza per persone con limitazioni cognitive

L'andamento sociodemografico ed epidemiologico previsto per i prossimi decenni fa presagire un aumento rapido e rilevante di varie forme di demenza. Si tratta di patologie che causano gravi perdite dell'autosufficienza, con un decorso cronico che grava pesantemente – sul piano fisico, psicologico ed economico – anche sulle spalle dei familiari, facendo impennare la spesa complessiva dell'assistenza socio-sanitaria e – non ultimo – ponendo la società di fronte a dilemmi etici tutt'altro che irrilevanti. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 8.3.)

Il ministero della Salute ha emanato il Piano nazionale delle Demenze da recepire dalle singole province e regioni. L'obiettivo è quello di creare di una rete socio-sanitaria, di garantire un approccio multiprofessionale e la continuità assistenziale. Deve essere stabilita una linea d'assistenza specifica che valga per la medicina generale, i servizi dei distretti, i pronto soccorsi e i vari reparti ospedalieri, creando uno stretto coordinamento fra i servizi che garantisca a questa particolare fascia d'utenza la continuità dell'assistenza di cui necessita.

Per raggiungere tale obiettivo occorre elaborare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale sulla base dei principi esposti nel piano nazionale delle demenze:

- assicurare a ogni paziente un'assistenza di base e specialistica

- istituire per ogni comprensorio un ambulatorio specialistico multiprofessionale per l'accertamento diagnostico e la consulenza terapeutica (memory clinic)
- stabilire i criteri per il ricovero in caso di episodi acuti
- creare un'unità interdisciplinare di gestione dell'emergenza, in grado di prevenire conseguenze incontrollabili nelle situazioni estreme.
- garantire il controllo del decorso

Risultati programmati

Elaborazione, pilotaggio, valutazione, adattamento ed approvazione del rispettivo PDTA per persone affette da decadimento cognitivo/demenze entro il 2020

Indicatori di risultato

- Elaborazione del PDTA entro il 2017
- Pilotaggio, valutazione, adattamento e approvazione del percorso entro il 2020

Responsabile del procedimento

Direzione tecnico-assistenziale con un gruppo di lavoro provinciale incaricato con componenti dell'assessorato, dell'Azienda Sanitaria

6.4. Contenimento dei tempi di attesa

6.4.1. Sistema RAO

Per il contenimento dei tempi di attesa nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale vengono definite e adottate a livello aziendale delle azioni finalizzate alla definizione delle regole di accesso ed al miglioramento dell'appropriatezza anche con il coinvolgimento diretto dei clinici. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 5.2.1)

Il modello dei raggruppamenti d'attesa omogenei (RAO) e dei percorsi clinici ha il duplice obiettivo di rispondere in tempi clinicamente accettabili alle richieste non emergenti d'intervento sanitario e utilizzare in modo appropriato le risorse tecnologiche ed umane.

Complessivamente, l'applicazione del modello RAO consente di raggiungere i seguenti principali obiettivi:

- Adeguare i tempi di attesa per ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta,
- Realizzare una prima base di discussione per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica,

Risultati programmati

- Revisione dei criteri di priorità clinica (RAO) per le prestazioni di imaging clinico e di gastroenterologia (gastroscopia, colonscopia, prima visita)
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva relativa ai codici di priorità RAO attraverso corsi di formazione specifici obbligatori

Misurazione ciclo completo e implementazione RAO nel 4°trimestre solo per la radiologia

Indicatori di risultato

1. Condivisione ed approvazione di una proposta tecnica a livello aziendale in cui vengono aggiornate le priorità cliniche per le seguenti specialità cliniche: imaging clinico e gastroenterologia
2. Implementazioni di azioni per il governo della domanda di prestazioni, anche attraverso lo svolgimento di iniziative formative in tema di appropriatezza prescrittiva (corsi di formazione specifica per sensibilizzare una maggiore aderenza prescrittiva ai criteri RAO).

Responsabile del procedimento

Direzione sanitaria/NUVAS e Ripartizione prestazioni

6.4.2. Centro Unico di Prenotazione: prenotazione visite di controllo

Per una gestione efficiente delle agende e l'ottimizzazione dei tempi di attesa è fondamentale gestire separatamente i primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi (visite di controllo). Nel primo contatto, il quesito diagnostico, in quanto ancora sconosciuto, presenta tutte le caratteristiche dell'imprevedibilità, e quindi necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Per il primo accesso, si dovrà quindi tenere conto di codici di priorità, garantendo la prestazione entro 48 ore se urgente, entro 10 giorni se l'urgenza è definita "breve"; negli altri casi, entro 15 giorni per le visite specialistiche ed entro 30 giorni per le prestazioni diagnostiche. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.3.)

Per le prestazioni di secondo accesso (o follow up), dovrà essere garantita la presa in carico nel tempo da parte dello specialista per il controllo dei propri pazienti, riducendo il fenomeno della frammentazione dei percorsi di presa in cura.

Per garantire l'applicazione efficiente delle modalità di prenotazione delle prestazioni sul sistema integrato secondo le regole sopra definite è necessario attuare una programmazione a lungo termine delle presenze ed assenze del personale medico.

Risultati programmati

1. Le prime visite vanno prenotate tramite gli abituali punti di prenotazione (CUP provinciale, CUP locale, reparti/servizi)
2. Le visite di controllo si prenotano direttamente dal reparto/servizio sugli applicativi attualmente in uso nei diversi reparti e servizi con impegnativa prescritta dal medico della stessa specialità della prima visita:
 - Qualora la visita di controllo sia prevista entro 6 mesi dalla prima visita, il paziente riceve sempre nel corso della prima visita anche un appuntamento (è pertanto compito dell'ambulatorio, del servizio o del reparto prenotare sulle proprie agende il prossimo appuntamento)
 - Qualora la visita di controllo sia prevista dopo 6 mesi dalla prima visita, il paziente diventa parte attiva e sarà lui a contattare il reparto/servizio qualche mese prima della visita di controllo per ricevere la prenotazione.
 - A partire dal 2018 le prenotazioni delle visite di controllo avviene su CUPweb
3. Per garantire l'applicazione efficiente delle modalità di prenotazione delle prestazioni sul sistema integrato secondo le regole sopra definite è necessario attuare una programmazione a lungo termine delle presenze ed assenze del personale medico. Per questo motivo la pianificazione deve avvenire su un arco temporale di almeno sei mesi.
4. Per la costituzione delle agende è propedeutico definire a livello aziendale i tempi e contenuti (prestazioni accessorie) standard di erogazione per le prestazioni sanitarie ambulatoriali

Indicatori di risultato

1. Separazione delle agende tra prime visite e visite di controllo: incontri con la Direzione medica ospedaliera/territoriale ed i primari dei reparti per la definizione dei quantitativi di slots per prima visita e visita di controllo dove non già implementato
2. Programmazione delle presenze ed assenze del personale medico su un arco temporale di 6 mesi
3. Standardizzare a livello aziendale i tempi di erogazione e contenuti (prestazioni accessorie) per le prime visite sulle seguenti branche specialistiche: dermatologia e oculistica.

Responsabile del procedimento

Direzione sanitaria - CUP

6.5. Istituzione di una centrale per le chiamate della popolazione (116117)

6.5.1. Centrale unica di chiamate

Realizzare o potenziare le seguenti centrali di chiamata in attuazione delle direttive nazionali ed europee:

- istituire il numero 116117 per l'assistenza sanitaria primaria o il servizio informativo per i cittadini (informazioni su trasporti infermi non urgenti, richieste per l'assistenza domiciliare o palliativa, assistenza di persone affette da malattie croniche, informazioni su servizi specialistici e farmacie di turno, medici e veterinari). (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 7.1.)

Risultati programmati

Istituzione della centrale unica di chiamata per il Servizio di assistenza sanitaria primaria non urgente e il Servizio informativo per i cittadini con i contenuti sopra indicato.

Indicatori di risultato

2018: Elaborazione del documento di base per il miglioramento del servizio al cittadino che si basa su un'analisi dell'esistente e del piano di implementazione

2019: Implementazione del piano e valutazione continua

Responsabile del procedimento

Direzione tecnico-assistenziale, Direzione sanitaria, Ripartizione Tecnica

6.6. Profili delle prestazioni

6.6.1. Definizione del profilo di prestazioni

In coerenza con quanto previsto dal Piano sanitario provinciale si prevede l'implementazione di un sistema differenziato di prestazioni tra ospedali di base, ospedali comprensoriali e l'ospedale di Bolzano in specifici ambiti clinici.

Risultati programmati

Si prevede l'implementazione di un sistema differenziato di prestazioni tra ospedali di base, ospedali comprensoriali e l'ospedale di Bolzano per la chirurgia oncologica, la chirurgia plastica e la chirurgia della mano:

- Chirurgia oncologica: rispetto delle sedi di erogazione della chirurgia oncologica così come previsto nell'allegato B della delibera di Giunta n. 131/2013 ed elaborazione di una proposta di novella della stessa.
- Chirurgia plastica: definizione di un modello organizzativo volto a garantire l'erogazione di prestazioni di chirurgia plastica a seguito di interventi demolitivi in tutti e quattro i comprensori e garantire una collaborazione strutturata con l'ospedale di Bolzano per la gestione clinica dei politraumi.
- Chirurgia della mano: consolidamento del centro di competenza di chirurgia della mano presso l'ospedale di Silandro

Indicatori di risultato

- L'implementazione di un sistema differenziato di prestazioni tra ospedali di base, ospedali comprensoriali e l'ospedale di Bolzano per la chirurgia oncologica e chirurgia plastica come sopra definito.
- Chirurgia della mano: invio dei pazienti dall'ospedale di Bolzano al centro di competenza di chirurgia della mano presso l'ospedale di Silandro

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

6.7. Telemedicina

In un contesto sociale teso a utilizzare in modo sempre più efficiente ed efficace le risorse pubbliche al fine di garantire ai cittadini risposte ai bisogni di salute, i progressi tecnologici ed informatici possono essere di aiuto e supportare i processi clinici, organizzativi e gestionali dell'Azienda Sanitaria. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.3.)

In particolar modo risulta innovativo l'uso dell'informatica (Tele-medicina) per la gestione di dati clinici a fini diagnostici e terapeutici. Le principali applicazioni di telemedicina sono ad esempio:

- Il tele-monitoraggio di parametri quali ad esempio glicemia, peso corporeo, saturazione d'ossigeno, pressione arteriosa, ecc., che può permettere di controllare a distanza i pazienti affetti da patologie che determinano variazioni di tali parametri e di intervenire tempestivamente ed efficacemente in caso di scostamenti dai range di normalità evitando ricoveri inappropriati e permettendo al cittadino di permanere presso il proprio domicilio
- Il tele-consulto che permette ad operatori sanitari di fornire reciprocamente consulenze a distanza a fini diagnostici e terapeutici; ne è un esempio l'interpretazione diagnostica di un'immagine di una lesione cutanea con la conseguente possibilità di formulare una diagnosi e di definire il miglior approccio terapeutico da parte di un dermatologo nei confronti di un medico di medicina generale, il tutto evitando al paziente spostamenti ed ottimizzando la risorsa tempo degli operatori sanitari.

Il Ministero della Salute ha elaborato le "Linee di Indirizzo per la Tele-medicina" approvate nell'ambito dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, nr. 131 definendo la Tele-medicina uno strumento utile al fine:

- Della prevenzione secondaria in persone che presentano rischi sanitari o affette da patologie croniche
- Della diagnosi attraverso uno scambio di dati e di consulti a distanza evitando ai pazienti spostamenti
- Della cura
- Del monitoraggio dei pazienti attraverso la rilevazione, trasmissione e valutazione a distanza di parametri vitali

6.7.1. Progetto pilota di telemonitoraggio di glicemia, peso corporeo e pressione arteriosa in pazienti affetti da malattia diabetica di tipo 2

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige prevede di avvalersi della telemedicina e vuole testare questo sistema attraverso un progetto pilota della durata di 24 mesi, in modo da valorizzare i suoi punti di forza e minimizzare le sue eventuali criticità in un'ottica di estensione della telemedicina alla popolazione affetta da definite patologie croniche come ad esempio la malattia diabetica, la broncopneumopatia cronico ostruttiva, lo scompenso cardiaco. Il sistema va a supportare ed integrare i provvedimenti a favore dell'implementazione del chronic care model e a favorire il passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina di iniziativa.

Risultati programmati

Conduzione di un progetto pilota biennale su persone affette da malattia diabetica di tipo 2 e valutazione delle modalità di estensione della telemedicina ad altra popolazione affetta da patologie croniche

Indicatori di risultato

2017:

Attivazione del telemonitoraggio dei parametri riferiti a glicemia, pressione arteriosa e peso corporeo di un gruppo di pazienti affetti da malattia diabetica di tipo 2. Monitoraggio del gruppo di controllo al fine della valutazione di fine progetto. Definizione del tipo e dell'estensione delle forme di sostegno di telemedicina.

2018:

Prosecuzione del telemonitoraggio nel gruppo di progetto e definizione delle modalità di prosecuzione della loro assistenza a conclusione dello stesso. Chiusura del progetto pilota e valutazione dello stesso sulla base degli indicatori di processo e di outcome predefiniti. Progettazione ed attuazione di quanto stabilito in merito all'estensione della telemedicina (vedi ultimo punto 2017).

2019:

Continua attuazione di quanto definito nel 2018. Gara per la telemedicina.

Responsabile del procedimento

Staff per lo sviluppo professionale

6.8. Lean Healthcare

6.8.1. Implementazione progetto 2017 - 2019

Proseguimento del progetto per aumentare la soddisfazione dei pazienti, migliorare la disponibilità di prestazioni, migliorare la qualità di assistenza e la sicurezza, aumentare la produzione e l'efficienza e migliorare l'impiego della professionalità dei collaboratori in considerazione dei documenti strategici di orientamento ed in sintonia con i progetti per l'implementazione dell'IT Masterplan, il management dei processi, la certificazione dei bilanci e la privacy

Risultati programmati

Attuazione del piano di progetto 2017-2019 approvato dal comitato guida

Indicatori di risultato

2017:

- Conclusione del progetto relativo al PS, introduzione degli interventi di miglioramento continuo ed attivazione del gruppo competenze aziendale "PS"
- Proseguimento del progetto nei reparti ed ambulatori della Medicina di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC e l'attivazione del gruppo competenze aziendale "Medicina Interna"
- Avvio del progetto nei reparti ed ambulatori della Chirurgia di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC

2018:

- Proseguimento degli Audits per il miglioramento continuo dei PS e del gruppo competenze "PS2 a Bz, Me, Bx e Br
- Proseguimento del progetto e degli interventi di miglioramento nei reparti ed ambulatori della Medicina di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC e del gruppo competenze "Medicina Interna"
- Avvio del progetto nei reparti ed ambulatori dell'Ortopedia/Traumatologia di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC

2019:

- Proseguimento degli Audits per il miglioramento continuo dei PS e del gruppo competenze "PS2 a Bz, Me, Bx e Br

- Proseguimento degli Audits per il miglioramento continuo nella Medicina di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC e del gruppo competenze ""Medicina Interna""
- Proseguimento del progetto e degli interventi di miglioramento nei reparti ed ambulatori di Ortopedia/Traumatologia di Bz, Me, Si, Bx, Vi, Br e SC

Responsabile del procedimento

Primari e coordinatori dei reparti ed ambulatori coinvolti con il supporto del coordinamento interno ed esterno di progetto

7. Sviluppo del sistema informativo (ICT Masterplan)

7.1. I servizi al cittadino

7.1.1. „Portale del cittadino“

L'ICT Masterplan prevede l'attivazione del Sistema informativo del Cittadino (SIC). Questo Sistema facilita l'accesso ai servizi sanitari, soddisfa le esigenze di informazione dei cittadini e incoraggia la partecipazione dei cittadini nell'ambito della prevenzione e nel processo di trattamento.

Sono previsti l'introduzione di servizi online (prenotazione online e pagamento online et.al.), nonché strumenti per empowerment del paziente (diario di salute, offerte di telemedicina, et.al.), così come nuovi servizi di informazione (p.e. Enciclopedia medica personale, Diario della salute).

L'attuazione avverrà gradualmente nell'arco dei prossimi tre anni. Per il 2017 è prevista la realizzazione di due nuove app per la salute e la preparazione del rilancio del sito istituzionale.

Risultati programmati

- Il portale è online.

Indicatori di risultato

2017: Realizzazione di 2 App (Titolo di lavoro: App-ASDAA, App "Intorno al parto")

2018: Pianificazione rilancio

2019: Integrazione di ulteriori servizi e offerte, rilancio

Responsabile del procedimento

Ripartizione Comunicazione e Ripartizione informatica

7.1.2. Pagamenti online di fatture e ticket

Con l'introduzione di sistemi di pagamenti online verranno agevolati i cittadini e le casse interne.

Risultati programmati

Elaborazione di un documento di analisi e programmazione per l'implementazione delle funzionalità e l'attivazione dei pagamenti online

Indicatori di risultato

2017:

Analisi eseguita, documento di programmazione elaborato e funzionalità implementate.

2018:

Attivazione dei pagamenti online per le prestazioni radiologiche e di laboratorio

2019:

Attivazione dei pagamenti online per tutte le prestazioni

Responsabile del procedimento

Ripartizione Economico-Finanziaria

7.1.3. „Info Channel e gestione flussi pazienti (gestione delle code)“

Attualmente, presso i Comprensori, esistono diverse soluzioni per la gestione dei Info-Channel ed il Queue-Management.

Risultati programmati

Implementazione di un sistema di distribuzione di informazione attraverso display video in diversi punti dell'ospedale e implementazione di una soluzione aziendale di gestione code di accesso

Indicatori di risultato

Sviluppo capitolato e indizione bando, entro 31/12/2017

Implementazione in luoghi selezionati entro 31/12/2019

Responsabile del procedimento

Ripartizione ICT

7.1.4. Indagine di soddisfazione

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige conduce annualmente un'indagine sulla soddisfazione dei pazienti /utenti nella quale, tramite il supporto di un istituto indipendente, viene metodicamente rilevata la qualità percepita dei servizi.

Risultati programmati

2017: sondaggio sulla soddisfazione in generale (popolazione)

2018: un sondaggio sulla soddisfazione (da definire)

2019: un sondaggio sulla soddisfazione (da definire)

Indicatori di risultato

Risultati metodicamente affidabili sulla soddisfazione dei pazienti/utenti

Responsabile del procedimento

Ripartizione Comunicazione e Uffici Relazioni con il Pubblico

7.2. Sistema informativo territoriale

7.2.1. Assistenza domiciliare e dimissione protetta

Il sistema informativo territoriale in Alto Adige è poco sviluppato. Visto la crescente importanza dell'assistenza territoriale e la scarsa disponibilità di dati per la programmazione sanitaria territoriale l'Azienda intende investire fortemente in quest'ambito. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 5.)

Risultati programmati

- Introduzione di un sistema informativo per la gestione dell'assistenza domiciliare e la dimissione protetta

Indicatori di risultato

- Analisi ed implementazioni secondo piano esecutivo che SAIM deve fornire entro 60 gg dall'incarico, entro il 31/12/2019.
- Introduzione e realizzazione flusso dati "Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)" verso il ministero, entro il 31/12/2019.

Responsabile del procedimento

Direzione infermieristica – Ripartizione ICT

7.2.2. Paziente anticoagulato

In ASDAA sono attivi diversi sistemi per la gestione del paziente anticoagulato. Oltre alla unificazione verso il SW EDP Taonet, va centralizzato il servizio informatico presso il Datacenter Centrale.

Risultati programmati

- Unificazione Software e centralizzazione delle singole installazioni TAONET

Indicatori di risultato

- Centralizzazione delle singole installazioni TAONET, entro il 31/12/2017.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

7.3. Il sistema informativo ospedaliero

7.3.1. ADT - Ammissione, Dimissione, Trasferimento

In ASDAA sono presenti diversi sistemi ADT (Ammissione, Dimissione, Trasferimento). Questi dovranno essere sostituiti da un sistema unico aziendale, adempimento alla linea guida per la nuova SDO nell'ambito ospedaliero. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitoli 7. e 12.3.)

Risultati programmati

- Introduzione di un ADT aziendale

Indicatori di risultato

- Analisi entro il 31/12/2017
- Implementazione entro 31/12/2019

Responsabile del procedimento

7.3.2. Cartella Clinica Elettronica

In ASDAA sono presenti diversi sistemi di cartella clinica elettronica. Diversi reparti e ambulatori non hanno uno strumento adeguato per gestire la documentazione informatizzata del paziente. La strategia aziendale prevede di implementare un sistema unico aziendale. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.3.)

Risultati programmati

- Implementazione di una cartella clinica elettronica aziendale di base nell'area ospedaliera

Indicatori di risultato

- Analisi ed implementazioni secondo piano esecutivo che SAIM deve fornire entro 60 gg dall'incarico.
- Elaborazione di un progetto per la rilevazione delle prestazioni infermieristiche a livello ospedaliero, entro il 31/12/2017.

Responsabile del procedimento

Direzione sanitaria/infermieristica - Ripartizione ICT

7.3.3. Monitoraggio clinico dei pazienti

In ASDAA sono presenti diversi sistemi di monitoraggio clinico dei pazienti (PDMS = Patient Disease Management System). Diversi reparti e ambulanze non hanno un strumento adeguato per gestire la documentazione informatizzata del paziente. La strategia aziendale prevede di implementare un sistema unico aziendale. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.3.)

Risultati programmati

- Implementazione di un sistema PDMS presso ASDAA

Indicatori di risultato

- Indizione di una procedura negoziata europea per l'acquisto ed implementazione del sistema PDMS entro il 31/12/2017.
- Implementazione pilota PDMS nei reparti di Rianimazione, Anestesia e Terapia intensiva, entro il 31/12/2018.
- Implementazione definitiva PDMS, entro il 31/12/2019.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

7.4. Infra-/Infostruttura e piattaforme a supporto dei servizi verticali

7.4.1. Ricetta DEMA

La informatizzazione e la dematerializzazione dei processi aziendale è rivolta ad una ottimizzazione dei processi logistici, riducendone la spesa in modo sostanziale. Uno dei processi più impattanti è la gestione della farmaceutica e specialistica.

Risultati programmati

- Prescrizione di farmaci e prestazioni dematerializzando le ricette secondo nuovo catalogo del prescrivibile nell'ambito ospedaliero e presso i MMG/PLS

Indicatori di risultato

- Utilizzare il modulo PSM di IM nei comprensori di BZ e ME, entro il 31/12/2017
- Estendere uso del modulo PSM di IM nei comprensori di BX e BK, entro il 31/12/2019

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

8. Sviluppo della cultura aziendale

8.1. Comunicazione su tematiche della salute

8.1.1. Comunicazione della salute e partecipazione

La comunicazione della salute è l'interfaccia tra scienze della salute e scienze della comunicazione. Si occupa della comunicazione specifica con diversi target sui temi intorno alla salute. Nel settore della prevenzione è uno strumento importante che può portare buoni risultati. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.4.)

Una comunicazione efficace è importante su diversi livelli (nelle situazioni di trattamento, a livello organizzativo, a livello di comunicazione di massa). Importanti presupposti sono il coinvolgimento e la partecipazione dei soggetti interessati.

L'Azienda sviluppa, nel prossimo triennio, uno specifico settore per la "Comunicazione della Salute" che garantisce la partecipazione di stakeholder e consente di reagire in modo professionale alle nuove e crescenti esigenze. Questo viene fatto anche in attuazione delle disposizioni da parte del Piano sanitario provinciale.

Risultati programmati

Il concetto è elaborato.

Le misure sono implementate.

Indicatori di risultato

2017: Elaborazione di un concetto

2018-2019: Implementazione come da concetto

Responsabile del procedimento

Ripartizione Comunicazione, Dipartimento Prevenzione

8.1.2. Elaborazione proposta organizzativa per comunicare il Piano Provinciale per la Prevenzione (PPP)

Il Piano provinciale di prevenzione 2016-2018 definisce, sulla base di 10 macro-obiettivi, i programmi, gli obiettivi specifici, gli indicatori e gli standards, i gruppi target e le misure nell'ambito della prevenzione e la promozione della salute per i prossimi 3 anni. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 4.)

Tramite un modello organizzativo condiviso si avviano la pianificazione, il governo e l'implementazione coordinata delle iniziative di comunicazione e promozione della salute previste dal Piano provinciale di prevenzione. Il modello organizzativo promuove inoltre, nel processo di revisione ed valutazione del Piano provinciale di prevenzione, la prospettiva di promozione della salute e comunicazione aziendale.

Risultati programmati

Il modello organizzativo è stato elaborato ed implementato.

Indicatori di risultato

2017: Elaborazione di una proposta organizzativa

2018-2019: Implementazione

Responsabile del procedimento

Ripartizione Comunicazione, Dipartimento Prevenzione

8.2. Cure basate sulla relazione - Relationship based Care

8.2.1. Promozione delle Cure basate sulla relazione - Relationship based Care

Cambiamento della cultura e della pratica dell'assistenza sanitaria per:

- creare un ambiente salutare e orientato alla persona
- migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza
- aumentare la soddisfazione dei pazienti e collaboratori.

Risultati programmati

Sviluppo di un documento di base per l'implementazione delle cure basate sulla relazione, il pilotaggio e la sua valutazione

Indicatori di risultato

- Entro il 31.12.2017 è a disposizione un documento di base per l'implementazione delle cure basate sulla relazione che considera i seguenti elementi: la leadership, il lavoro di squadra, la pratica professionale, un sistema assistenziale centrato sulla persona, una pratica orientata alle risorse ed un'assistenza orientata ai risultati (outcome).

- Entro il 31.12.2018 in un reparto/servizio dell’Azienda è iniziato il pilotaggio; i dirigenti hanno frequentato un workshop sulle cure basate sulla relazione e sono definite le priorità nel procedere per il 2019.
- Entro il 31.12.2019 si è conclusa la valutazione del pilotaggio, è definito il piano di implementazione nei reparti/servizi e sono definite le priorità nel procedere per il 2020.

Responsabile del procedimento

Direzione tecnico-assistenziale, dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori, dirigenti tecnico-assistenziale e gli staff con il supporto dello staff aziendale per lo sviluppo dell’organizzazione e dei processi

9. Sviluppo del personale e delle competenze

9.1. Definizione di un concetto integrato per lo sviluppo del personale

9.1.1. Elaborazione di un masterplan ed un piano di implementazione per lo sviluppo del personale

Come previsto anche dal Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.1., entro il 31.12.2017 viene elaborato un masterplan interdisciplinare per lo sviluppo del personale ed il relativo piano di implementazione che avrà, tra l’altro, i seguenti contenuti:

- Implementazione di un concetto integrale per lo sviluppo del personale. Per l’attuazione dovrà poi essere creata un’apposita unità organizzativa competente a livello aziendale e per tutti i gruppi professionali. In questo contesto si dovrebbe arrivare ad una netta separazione delle funzioni riguardanti l’amministrazione del personale e riguardanti lo sviluppo del personale. L’ambito della formazione di tutti i gruppi professionali dovrebbe essere integrato in questa nuova unità organizzativa.
- Implementazione di un concetto sostenibile e durevole di acquisizione e di stabilizzazione del personale. A questo proposito dovrebbe essere creato un programma di reclutamento per tutte le professioni che sia orientato al fabbisogno di personale come parte di una programmazione pluriennale.
- Valutare la possibilità di reclutamento del personale sanitario tenendo conto delle difficoltà legate alle esigenze del bilinguismo.
- Sviluppo di un pacchetto di servizi specifici per i professionisti che vengono da fuori Provincia (informazioni per promuovere il ritorno di professionisti: verrà elaborato un opuscolo riguardante le incombenze amministrative, i requisiti necessari per lavorare come medico/professionista in Italia e le varie questioni utili connesse alla vita quotidiana come p.e. corsi di lingua, asili, scuole, mercato edilizio ecc.)
- Snellimento delle procedure di reclutamento e assunzione di personale.
- Deve essere assolutamente fornita la possibilità di pianificazione orizzontale delle carriere professionali e deve essere predisposto per questo il relativo quadro normativo di riferimento. Le attuali possibilità per una pianificazione della carriera in modo professionale ed a lungo termine sono limitate e non sufficienti.
- In ambito di pianificazione della carriera e di sviluppo delle competenze bisognerebbe prevedere la possibilità che i collaboratori ruotino tra le diverse strutture. Questo dovrebbe essere attivamente promosso e anche richiesto come parte dello sviluppo del personale. Anche in questo caso è necessario adeguare il contratto.
- È da prevedere un programma per lo sviluppo dei futuri dirigenti mediante appositi programmi di formazione e offrendo loro un accompagnamento professionale.
- Nell’ambito della pianificazione delle carriere e dei percorsi professionali sono da prevedere apposite misure per collaboratori anziani, non per ultimo anche per la preparazione prima del pensionamento.
- Provvedimenti per lo sviluppo del personale e per il mantenimento della motivazione durante tutta la vita lavorativa dei dipendenti di tutti i gruppi professionali, anche attraverso il rafforzamento delle attività di ricerca e di formazione.
- Per via delle specifiche condizioni locali sono da fornire anche adeguate strategie di uscita nonché un passaggio di consegne accompagnato, per esempio mediante un mentoring.

- Deve essere prevista per tirocinanti o assistenti la possibilità di corsi di lingua durante il loro periodo di formazione.

L'implementazione del masterplan 2017-2019 con i suddetti contenuti avviene in modo graduale nei prossimi tre anni 2017-2019.

Risultati programmati

- Elaborazione del masterplan e definizione del piano di implementazione 2017 – 2019 entro il 31.12.2017

Indicatori di risultato

- Entro il 30.06.2017 è avvenuto l'elaborazione del masterplan.
- Entro il 30.09.2017 è stato concertato ed approvato con delibera del Direttore generale il masterplan
- Entro il 31.12.2017 è stato definito il piano di implementazione 2017-2019.
- I relativi passaggi di implementazione entro il 31.12.2017, entro il 31.12.2018 ed entro il 31.12.2019 sono stati implementati.

Responsabile del procedimento

Direttore della Ripartizione personale

10. Ricerca

10.1. Ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

10.1.1. Istituzione di un centro di ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Con delibera nr. 266 del 26.07.2016 del Direttore generale è stato istituito il Centro di ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige volta a promuovere e coordinare la ricerca clinica e la prevenzione in tutta l'Azienda Sanitaria, coordinare i progetti di ricerca già esistenti nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e introdurre la funzione di ricerca e innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 1.)

Risultati programmati

2017: Inizio attività

2018 - 2019: Consolidamento attività

Indicatori di risultato

- Incarico Direttore di struttura entro il 31.3.2017
- Inizio attività entro il 1.7.2017 o prima (a seconda dei tempi di preavviso dimissione dei candidati)

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

11. Vincoli economici

11.1. Misure di razionalizzazione

11.1.1. Rinegoziazione contratti ICT

A livello aziendale sono attivi diversi contratti di manutenzione anche con ridondanza nei diversi comprensori. Nell'ambito di razionalizzazione ed orientamento verso una spending review si mira ad una unificazione di tali contratti e una rinegoziazione con i fornitori per ridurre i costi.

Risultati programmati

- Unificazione e rinegoziazione contratti ICT)

Indicatori di risultato

- Rinegoziazione con i fornitori ICT e Informatica Alto Adige SpA, entro il 31/12/2017

Responsabile del procedimento

11.1.2. Rinegoiazione contratti con Federfarma (DPC)

La rete delle farmacie territoriali rappresenta per il Sistema Sanitario Provinciale un attore importante per la capillarità e la qualità del servizio sinora prestato. Nell'ottica della collaborazione tra l'Azienda Sanitaria e la rete delle farmacie territoriali si prevede la definizione di un documento tecnico triennale 2017-2019 volto al rafforzamento dei servizi offerti dalle farmacie ai cittadini e ad una proposta di rinegoiazione degli attuali condizioni contrattuali da condividere con l'assessorato per la sua definitiva approvazione con deliberazione.

Risultati programmati

Piano strategico di collaborazione con le farmacie territoriali 2017-2019

Indicatori di risultato

Piano strategico di collaborazione con le farmacie territoriali 2017-2019

- Rinegoiazione contratti con Federfarma (DPC), entro il 31/12/2017
- Rinegoiazione del contratto in essere relativo al prezzo di rimborso FarmaCUP, nuovo software (simile al WEB DPC) e distribuzione di ausili in DPC, entro il 31/12/2017

Responsabile del procedimento

Direzione Generale

11.2. Mobilità passiva

11.2.1. Miglioramento appropriatezza invii ad Innsbruck

Valutazione da parte dei prescrittori degli invii alla Clinica universitaria di Innsbruck (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 9.)

Risultati programmati

Gli invii ad Innsbruck per ricoveri e prestazioni ambulatoriali in termini economici devono essere ridotti soprattutto nelle branche dove l'offerta negli ospedali pubblici in Alto Adige è buona.

Indicatori di risultato

2017:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito alle Tirol Kliniken.

2018:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito alle Tirol Kliniken.

2019:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito alle Tirol Kliniken.

Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

12. Certificabilità del bilancio

12.1. Procedure di contabilità

12.1.1. Analisi struttura organizzativa

2017: Analisi della struttura organizzativa e delle procedure di contabilità ed amministrative con individuazione dei settori migliorabili e definizione delle attività dettagliate.

Predisposizione delle relazioni relative all'avanzamento dei lavori.

Incontri del gruppo di coordinamento PAC (Percorso attuativo di certificabilità del bilancio) e incontri di coordinamento del PMO (Project management office) aziendale.

Risultati programmati

2017:

- La struttura organizzativa e le procedure di contabilità ed amm/ve sono state analizzate;
- I settori migliorabili sono individuati e le attività di intervento sono definite;

- Buona parte (3/4) delle procedure amministrative e di contabilità previste nel PAC sono definite;
- Il fabbisogno formativo è definito, programmato e le attività formative sono partite.
- Incontri del gruppo di coordinamento PAC con monitoraggio dello stato avanzamento lavori.
- Il modello di PAC deliberato dalla Giunta Provinciale è stato analizzato, il modello di PAC di dettaglio dell'Azienda sanitaria è stato definito e la sua implementazione è iniziata.

Indicatori di risultato

2017:

- Il documento "Aree di miglioramento", il documento "Soluzioni alternative di riassetto" ed il "Report di benchmark organizzativo" sono stati redatti.
- Le procedure sono state mappate.
- Il piano di Azione è stato redatto e il PAC di dettaglio dell'Azienda sanitaria è stato formalizzato.
- le procedure previste nel PAC di dettaglio dell'Azienda sanitaria per il 2017 sono state predisposte formalizzate ed implementate.
- Il documento di fabbisogno formativo è stato elaborato, le attività di formazione sono in corso.
- Eventuali variazioni al PAC approvato con deliberazione dalla Giunta Provinciale ritenute necessarie per garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci dell'azienda sono state presentate alla Provincia (o gruppo di progetto strategico) con richieste scritte e motivate;
- Sono state predisposte periodiche relazioni relative allo stato di avanzamento dei lavori da presentare al gruppo di progetto strategico.

Responsabile del procedimento

Dirigente responsabile del Settore "Economico-Finanziario" insieme con il PMO Aziendale e lo Staff Qualità - Direzione Aziendale

12.1.2. Prosecuzione fino a completamento implementazione PAC

Prosecuzione, fino a completamento, dell'implementazione del percorso di certificabilità dei bilanci e continuazione delle attività formative

Predisposizione delle relazioni relative all'avanzamento dei lavori

Incontri del gruppo di coordinamento PAC (Percorso attuativo di certificabilità del bilancio) e incontri di coordinamento del PMO (Project management office) aziendale

Risultati programmati

2018:

- Le procedure previste nel PAC di dettaglio dell'Azienda sanitaria per il 2018 sono state predisposte formalizzate ed implementate.
- A conclusione della predisposizione delle procedure viene predisposto e divulgato il manuale delle procedure aziendali.
- Le attività di formazione sono in corso;
- Inizio delle attività di verifica dell'implementazione e applicazione delle procedure.
- Adeguamento alle proposte migliorative ed alle azioni correttive scaturite dalla revisioni limitate.
- Incontri del gruppo di coordinamento PAC con monitoraggio dello stato avanzamento lavori.
- Eventuali variazioni al PAC di dettaglio dell'Azienda ritenute necessarie per garantire la verificabilità dei dati e dei bilanci e che non richiedono variazioni del PAC approvato dalla Giunta provinciale sono apportate.
- Eventuali variazioni al PAC approvato con deliberazione dalla Giunta Provinciale ritenute necessarie per garantire la verificabilità dei dati e dei bilanci dell'Azienda sono presentate alla Provincia (o gruppo di progetto strategico) con richieste scritte e motivate.

2019:

- Adeguamento alle proposte migliorative e azioni correttive scaturite dalle revisioni limitate.
- Completamento attività di verifica dell'implementazione e applicazione delle procedure.
- Completamento delle attività di formazione.
- Incontri del gruppo di coordinamento PAC con monitoraggio dello stato avanzamento lavori fino a conclusione PAC.

Responsabile del procedimento

Dirigente responsabile del Settore "Economico-Finanziario" insieme con il PMO Aziendale e lo Staff Qualità - Direzione Aziendale