

AUTONOME PROVINZ  
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

# **Piano delle performance**

## **Relazione 2017**

**Delibera del direttore generale Nr. 126 del 05.03.2019**



# Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

## Piano delle performance 2017 - 2019

Premessa .....	6
Presentazione del Piano .....	6
Finalità .....	6
Contenuti .....	7
1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni .....	7
1.1. Analisi di contesto e definizione dello scenario provinciale.....	7
1.1.1. Chi siamo.....	7
1.1.2. Cosa facciamo .....	8
1.1.3. Come operiamo .....	8
1.2. Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione .....	9
1.2.1. Popolazione assistibile e sua struttura .....	9
1.2.2. Natalità .....	9
1.2.3. Mortalità .....	10
1.3. Aspetti della salute .....	10
1.3.1. Diffusione delle malattie croniche e tassi di diffusione .....	10
1.3.2. Diabete .....	11
1.3.3. Tumori maligni .....	11
1.3.4. Screening oncologici .....	11
1.3.5. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie .....	12
1.3.6. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande.....	12
1.3.7. Riabilitazione fisica e neurologica .....	13
2. Sviluppo sistemi di pianificazione aziendale.....	14
1. Atto aziendale .....	14
2.1.1. Stesura nuovo atto aziendale.....	14
2. Piano pluriennale degli investimenti.....	14
1. Pianificazione pluriennale degli investimenti in tecnologie biomediche rilevanti (apparecchiature e sistemi) .....	14
2. Pianificazione pluriennale degli investimenti in informatica (HW e SW) .....	15
3. Pianificazione pluriennale degli investimenti in infrastrutture e impianti .....	15
3. Riqualificazione dei servizi sanitari.....	16
3.1. Percorso nascite .....	16
3.1.1. Ampliamento ed ottimizzazione della rete assistenziale del percorso nascita. ....	16
3.2. Patto di confine per percorsi di cura .....	16
1. Definizione percorsi di cura a valenza regionale .....	16
3.3. Assistenza oncologica.....	17
1. Reti cliniche in ambito oncologico.....	17

3.4.	Rete aziendale tra i servizi che si occupano di dialisi .....	20
1.	Realizzazione di una rete strutturata di ambulatori .....	20
3.5.	Rete aziendale tra i servizi di radiologia .....	21
1.	Informatizzazione del ciclo di prescrizione, prenotazione, gestione disdette, pagamento, accettazione e refertazione della radiologia .....	21
3.6.	Rete aziendale tra i servizi di laboratorio.....	22
1.	Implementazione progressiva della rete tra i servizi di laboratorio .....	22
3.7.	Accreditamento laboratori .....	23
1.	Accreditamento in base alla ISO 15189.....	23
3.8.	Dipartimenti aziendali .....	24
1.	Istituzione di un dipartimento per emergenza a livello aziendale, sicurezza di assistenza alla popolazione in caso di emergenze mediche .....	24
2.	Riordino del dipartimento di prevenzione.....	24
4.	Appropriatezza e qualità delle prestazioni e sicurezza del paziente .....	25
4.1.	Appropriatezza organizzativa e prescrittiva.....	25
4.1.1.	Forme alternative al ricovero ordinario .....	25
4.1.2.	Chiusura della cartella clinica e della relativa SDO .....	27
4.1.3.	Appropriatezza nel settore farmaceutico .....	27
4.1.4.	Progetto «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy» .....	28
4.2.	Appropriatezza Clinica .....	29
4.2.1.	Clinical Decision Support System (CDSS).....	29
4.3.	Appropriatezza in ambito riabilitativo.....	29
4.3.1.	Omogeneizzazione delle modalità e dei criteri di invio dei pazienti in regime di ricovero	29
4.3.2.	Appropriatezza organizzativa dei ricoveri per protesi d'anca .....	30
4.3.3.	Introduzione dell'ICF (ingl. International Classification, of Functioning, Disability and Health)	31
4.3.4.	Progetto Switch .....	32
4.3.5.	Progetto per l'istituzione di un centro di riferimento per la protesica .....	33
4.3.6.	Analisi delle prestazioni delle diverse professioni sanitarie della Riabilitazione .....	34
4.4.	Risk-Assessment retrospettivo e prospettivo e miglioramento continuo.....	35
4.4.1.	Segnalazione anonima di eventi critici .....	35
5.	Prevenzione.....	36
1.	Screening .....	36
1.	Istituzione dello screening aziendale per la diagnosi precoce delle forme dell'ipovisus congenito.....	36
2.	Integrazione tra i diversi software per lo screening del colon/retto.....	37
3.	Screening della malattia diabetica di tipo 2 per la popolazione residente nel territorio altoatesino .....	37
4.	Attuazione del "Piano nazionale sulla malattia diabetica" .....	38
5.	Screening mammografico .....	39
2.	Vaccinazioni .....	40
1.	Infezioni e coperture vaccinali .....	40
3.	Igiene degli alimenti, dietetica e nutrizione clinica .....	40

1.	Riorganizzazione settore sicurezza alimentare.....	40
6.	Ottimizzazione dell'organizzazione e dei processi .....	41
1.	Chronic Care: rete per persone affette da malattie croniche .....	41
1.	Sviluppo Masterplan Chronic Care .....	41
2.	Assistenza alle persone fragili, disabili o a rischio .....	42
1.	Creazione rete di assistenza per persone fragili, disabili o a rischio .....	42
3.	Rete per persone con limitazioni cognitive .....	43
1.	Creazione rete di assistenza per persone con limitazioni cognitive .....	43
4.	Contenimento dei tempi di attesa .....	43
1.	Sistema RAO.....	43
2.	Centro Unico di Prenotazione: prenotazione visite di controllo .....	44
5.	Istituzione di una centrale per le chiamate della popolazione (116117).....	46
1.	Centrale unica di chiamate.....	46
6.	Profili delle prestazioni.....	46
1.	Definizione del profilo di prestazioni .....	46
7.	Logistica integrata .....	47
1.	Elaborazione concetto e piano implementazione 2018 - 2020 .....	47
2.	Politiche di acquisto e di governance clinica nell'uso dei dispositivi medici.....	48
8.	Lavanderia aziendale.....	49
1.	Introduzione biancheria piana omogenea e standardizzazione divise .....	49
9.	Telemedicina .....	49
1.	Progetto pilota di telemonitoraggio di glicemia, peso corporeo e pressione arteriosa in pazienti affetti da malattia diabetica di tipo 2.....	50
10.	Lean Healthcare .....	51
1.	Implementazione progetto 2017 - 2019 .....	51
7.	Sviluppo del sistema informativo (ICT Masterplan).....	52
1.	I servizi al cittadino.....	52
1.	„Portale del cittadino“.....	52
2.	Pagamenti online di fatture e ticket.....	52
3.	„Info Channel e gestione flussi pazienti (gestione delle code)“.....	53
4.	Indagine di soddisfazione.....	53
2.	Sistema informativo territoriale.....	53
1.	Assistenza domiciliare e dimissione protetta .....	53
2.	Paziente anticoagulato.....	54
3.	Il sistema informativo ospedaliero .....	54
1.	ADT - Ammissione, Dimissione, Trasferimento .....	54
2.	Cartella Clinica Elettronica .....	54
3.	Monitoraggio clinico dei pazienti .....	55
4.	Introduzione di un nuovo sistema informatico nel servizio 118 .....	55
5.	Gestione pasti e diete speciali.....	56
4.	Il sistema informativo amministrativo .....	56
1.	Conservazione digitale dei documenti .....	56

2.	Workflow Engine e Gestione documentale .....	57
3.	Fascicolo Personale .....	57
4.	ERP - Enterprise Resource Planning .....	57
5.	Facility Management .....	58
6.	Rilevazione presenze e gestione turni personale.....	58
5.	Infra-/Infostruttura e piattaforme a supporto dei servizi verticali .....	59
1.	Ricetta DEMA .....	59
2.	Business Continuity.....	59
3.	Data Warehouse.....	59
6.	Flussi dati .....	60
1.	ADT N-SDO.....	60
2.	Tracciatura completa del farmaco e dispositivo .....	60
3.	Flusso MRA (Monitoraggio Rete di Assistenza).....	61
8.	Sviluppo della cultura aziendale .....	61
1.	Strategia della comunicazione.....	61
1.	Sviluppo della cultura aziendale .....	61
2.	"10 anni ASDAA" .....	62
3.	Elaborazione di un concetto di utilizzo del network sociale Yammer.....	63
2.	Comunicazione su tematiche della salute.....	63
1.	Comunicazione della salute e partecipazione.....	63
2.	Elaborazione proposta organizzativa per comunicare il Piano Provinciale per la Prevenzione (PPP).....	64
3.	Realizzazione di campagne informative e comunicative in tema vaccinazione.....	64
3.	Piano triennale per l'anticorruzione e della trasparenza 2017 - 2019 .....	65
1.	Rielaborazione annuale del piano triennale per prevenire la corruzione.....	65
4.	Privacy .....	66
1.	Adeguamento del sistema di Privacy.....	66
2.	Aggiornamento della rilevazione dei dati .....	66
5.	Cure basate sulla relazione - Relationship based Care .....	67
1.	Promozione delle Cure basate sulla relazione - Relationship based Care.....	67
9.	Sviluppo del personale e delle competenze .....	68
1.	Definizione di un concetto integrato per lo sviluppo del personale .....	68
1.	Elaborazione di un masterplan ed un piano di implementazione per lo sviluppo del personale 68	
2.	Sviluppo delle competenze professionali.....	69
1.	Identificazione delle competenze attese .....	69
2.	Assessment delle competenze attese attraverso supporto informatico .....	70
10.	Ricerca .....	70
1.	Ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige .....	70
1.	Istituzione di un centro di ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige .....	70
11.	Vincoli economici .....	71
1.	Misure di razionalizzazione .....	71

1.	Rinegoziazione contratti ICT .....	71
2.	Rinegoziazione contratti con Federfarma (DPC) .....	72
3.	Valutazione rigorosa delle assunzioni di personale .....	72
4.	Appropriatezza .....	73
5.	Rinegoziazione posti letto per gli anni 2017 – 2019 .....	73
2.	Mobilità passiva .....	74
1.	Ottimizzazioni degli invii all'estero.....	74
2.	Mobilità interregionale .....	74
12.	Certificabilità del bilancio .....	74
1.	Procedure di contabilità .....	74
1.	Analisi struttura organizzativa .....	74
2.	Prosecuzione fino a completamento implementazione PAC .....	75
2.	Controlli interni.....	76
1.	Analisi e progettazione del sistema dei controlli interni.....	76
3.	Portfolio, Program e Project Management – PPM .....	77
1.	Elaborazione del piano di sviluppo triennale del PPM .....	77
13.	Gestione dei processi aziendali.....	77
1.	Ottimizzazione e standardizzazione di processi aziendali .....	77
1.	Introduzione di un modello aziendale unico per il management dei processi .....	77

## Premessa

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2017, viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 150/2009 con le nuove indicazioni che discendono dal D.Lgs. 74/2017.

La Relazione sulla Performance rappresenta lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

Il Piano delle Performance e la presente Relazione, sono pubblicati sul sito web istituzionale dell'Azienda all'indirizzo: <http://sabes.it/it/amministrazione-trasparente/performance.osp>.

## Presentazione del Piano

### Finalità

La performance è il contributo che un'azienda, attraverso la propria azione, apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per i quali è stata costituita. La sua misurazione e valutazione - dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel suo complesso, nonché delle unità organizzative in cui si articola e dei singoli dipendenti di cui si compone - sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali presenti nell'Azienda stessa.

Il Piano della performance - documento programmatico triennale - è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto esplicita, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Infatti, come previsto dal Titolo II, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sviluppa il proprio ciclo della gestione della performance in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione economico-finanziaria e del bilancio.

Il ciclo della gestione della performance parte dalla definizione e l'assegnazione degli obiettivi che l'Azienda si propone, fissando i valori attesi di risultato ed identificando i relativi indicatori di misurazione. In corso di esercizio è previsto il monitoraggio e l'attivazione di eventuali interventi correttivi. Infine, ad esercizio concluso, si procede alla misurazione ed alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il Piano ha lo scopo di mettere in evidenza la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La garanzia della qualità, come inteso dall'articolo 5, comma 2, del decreto, prevede che nel Piano sia esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi e richiede che gli stessi siano:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

La comprensibilità del Piano è data dall'esplicitazione della performance attesa, ossia il contributo che l'amministrazione intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Ed infine l'attendibilità, terza finalità del Piano, è data se è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

## Contenuti

All'interno del Piano sono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi. Per ognuno di questi ultimi vengono individuati uno o più indicatori ed i target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Eventuali variazioni degli obiettivi e degli indicatori della performance durante l'esercizio sono inseriti tempestivamente nel Piano.

Nella stesura dei contenuti del Piano sono stati osservati i principi della trasparenza, dell'immediata intellegibilità, della veridicità e verificabilità, della partecipazione, della coerenza interna ed esterna, nonché dell'orizzonte pluriennale.

## 1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

### 1.1. Analisi di contesto e definizione dello scenario provinciale

#### 1.1.1. Chi siamo

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 2016 - 2020" che è stato approvato il 29.11.2016 con delibera N. 1331 della Giunta provinciale.

Essa ha la propria sede legale a Bolzano, in via Cassa di Risparmio 4.

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.

### **1.1.2. Cosa facciamo**

La missione dell'Azienda è garantire la tutela della salute sull'intero territorio della Provincia Autonoma di Bolzano, ossia soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini, assicurando le prestazioni ed i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, secondo quanto previsto dalla programmazione provinciale, dalla normativa europea, nazionale, regionale e provinciale di riferimento. L'Azienda persegue inoltre l'obiettivo di promozione della salute inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione. A tali fini garantisce i livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché le prestazioni aggiuntive (extra-LEA) definite dalla Giunta Provinciale.

### **1.1.3. Come operiamo**

L'Azienda offre le prestazioni sanitarie avvalendosi di servizi gestiti direttamente dalla stessa o tramite altri soggetti pubblici o privati convenzionati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi contrattuali, nel rispetto del vincolo di bilancio.

Consapevole dell'importanza dello sviluppo di forme di collaborazione, sinergie ed integrazioni, l'Azienda persegue i suoi obiettivi orientando l'attività di programmazione e di gestione aziendale nell'ottica di una partecipazione condivisa delle scelte, secondo i rispettivi ambiti di competenza, con le realtà istituzionali locali, quali interlocutrici degli interessi della collettività e quindi chiamate a svolgere un proficuo ruolo di impulso, compartecipazione e controllo dell'operato dell'Azienda.

L'ambito territoriale dell'Azienda è la Provincia Autonoma di Bolzano ed è suddiviso in 4 comprensori sanitari:

1. Comprensorio sanitario di Bolzano;
2. Comprensorio sanitario di Merano;
3. Comprensorio sanitario di Bressanone;
4. Comprensorio sanitario di Brunico.

Il progetto del piano sanitario provinciale prevede un'assistenza sanitaria possibilmente vicina al luogo di residenza dei cittadini.

L'ambito territoriale di ciascun comprensorio sanitario è definito dalla Giunta Provinciale e si articola in distretti, il cui bacino d'utenza è costituito dalla popolazione dei comuni afferenti agli stessi. Il Distretto sanitario costituisce l'unità tecnico-funzionale del Servizio Medicina di base, il cui compito è organizzare e coordinare l'erogazione delle prestazioni di medicina di base.

Il Distretto sanitario cura la tutela assieme ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta della salute dei cittadini residenti come centro di riferimento a livello territoriale in un contesto caratterizzato da forte e progressiva integrazione con i servizi sociali. Inoltre rappresenta il punto di orientamento e di filtro per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specialistiche ambulatoriali ed integrative a carico del Servizio sanitario provinciale.

I pazienti in regime residenziale sono assistiti da una rete ospedaliera provinciale – prevista dalla Delibera della GP n. 171 del 10/2/2015 – nella quale va intensificato il coordinamento delle prestazioni erogate fra le sette sedi ospedaliere, tenendo conto delle esigenze dei pazienti e della responsabilità a livello di Azienda sanitaria. Il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni funziona in base a un modello d'assistenza sanitaria a più livelli, che distingue fra assistenza di base, assistenza specializzata e assistenza con trattamenti ad alta complessità. Nell'assistenza di base rientrano le prestazioni che ogni sede ospedaliera deve fornire alla popolazione come livello minimo di assistenza medica. Oltre all'assistenza di base, per ciascuna sede ospedaliera si possono stabilire degli ambiti di specializzazione o di riferimento. Infine, gli interventi e i trattamenti ad alta complessità sono concentrati

primariamente nell'ospedale provinciale di Bolzano, ma ciò non toglie che alcune prestazioni ad alta complessità possano essere localizzate in comprensori sanitari diversi. Vedasi anche quanto previsto dal Piano sanitario provinciale al capitolo 7.1.

La rete dei presidi ospedalieri pubblici provinciali si articola in:

- Ospedale centrale di Bolzano;
- Ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico;
- Ospedali di base di Silandro, Vipiteno e San Candido.

I presidi ospedalieri svolgono compiti di assistenza ospedaliera secondo le disposizioni di legge e di regolamenti, le indicazioni e le direttive contenute anche nel Piano sanitario provinciale e nelle deliberazioni della Giunta Provinciale.

L'organizzazione e le competenze dell'amministrazione dell'Azienda sono definite dalla deliberazione del Direttore generale del 30 settembre 2013, n. 217, che prevede l'organigramma della dirigenza amministrativa ed è pubblicato sul sito web aziendale ([www.asdaa.it](http://www.asdaa.it)) nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Organizzazione", "Articolazione degli uffici".

Nel triennio 2017-2019 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende darsi un nuovo assetto al fine di garantire ai cittadini l'accesso a prestazioni sanitarie che rispondano ai criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Il riassetto dell'azienda passa necessariamente attraverso la ridefinizione sia dei processi clinici primari e secondari che delle funzioni di supporto. La configurazione dell'azienda in sette ospedali e 20 distretti distribuiti su quattro comprensori rende necessario un chiaro delineamento delle responsabilità e di strumenti adeguati di gestione (governance).

La strategia aziendale è definita dalla delibera di Giunta Provinciale n° 171 del 10.02.2015 ed ha come obiettivo garantire ad ogni persona la migliore assistenza sanitaria possibile, indipendentemente dal suo background sociale, dalla sua provenienza, dal suo sesso e dalla sua età. Considerato che l'assistenza sanitaria dovrà essere possibilmente vicina al luogo di residenza, altamente qualificata ed appropriata, è necessario che i prestatori di servizi di tutti i livelli collaborino in rete.

## **1.2. Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione**

Si espongono qui di seguito alcuni indicatori ed alcune informazioni riguardanti la struttura della popolazione assistibile come pure alcuni aspetti relativi alla sua salute in vista degli interventi previsti per il triennio 2017-2019. Le informazioni riportate sono estratte in buona parte dalla relazione sanitaria annuale 2015, prodotta dall'Osservatorio epidemiologico dell'Assessorato alla Sanità.

### **1.2.1. Popolazione assistibile e sua struttura**

La popolazione residente in Alto Adige all'1.1.2016 risulta pari a circa 521.000 unità, per una densità di 70,1 abitanti per km<sup>2</sup>. Il 55,0% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione, il 21,1% è mediamente urbanizzato ed il 23,9% ha invece un alto grado di urbanizzazione (censimento 2011).

Nel 2015 il rapporto medio di mascolinità è pari a 97,3 uomini per 100 donne.

L'età media della popolazione è pari a 42,3 anni (40,5 anni per la popolazione maschile e 43,0 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,8 anni nell'ultimo quinquennio.

L'indice di vecchiaia è pari a 119,9 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 8 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (139,9%) rispetto agli uomini (101,1%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 161,1%.

L'indice di dipendenza, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni), è pari a 54,1%, ed è più elevato tra le donne (57,7%) rispetto agli uomini (50,6%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 55,5%.

La crescita della popolazione nel corso del 2015 è stata pari a 4,6 unità per 1.000 abitanti.

Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 2,7‰.

### **1.2.2. Natalità**

Nel corso del 2015 in Provincia di Bolzano sono nati 5.491 bambini, di cui 5.166 da madri residenti in provincia (94,1%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); nel 2015 si assiste

ad un calo abbastanza significativo nel numero di bambini nati sia rispetto al 2014 (5.701 nati) sia rispetto alla media degli anni precedenti (numero medio negli anni 2011-2014 di ca. 5.600 nascite). Il tasso di natalità pari a 10,3 nati vivi ogni 1.000 abitanti risulta essere nel 2015 il più alto registrato in Italia (media nazionale di 8,0 nati vivi ogni 1.000 abitanti).

### **1.2.3. Mortalità**

L'indice di mortalità, cioè il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti, in Alto Adige nel 2015 è pari a 8,4, rispetto alla media nazionale che risulta pari a 10,7.

## **1.3. Aspetti della salute**

Lo stato di salute di una popolazione è difficilmente misurabile e dipende oltre che dall'offerta di servizi, sanitari e non, anche da molteplici altri fattori di natura biologica, ambientale e culturale.

Vengono di seguito descritti alcuni dei principali aspetti della salute della popolazione altoatesina oggetto degli obiettivi ed interventi previsti da questo piano. Accanto agli indicatori tradizionalmente utilizzati per sintetizzare lo stato di salute di una popolazione, quali speranza di vita alla nascita e mortalità infantile, vengono considerati altri aspetti legati alle condizioni di salute della popolazione, come gli stili di vita, la prevenzione attraverso gli screening e le vaccinazioni, l'incidenza delle neoplasie, le malattie croniche, la diffusione del diabete e non ultima l'attività di riabilitazione.

### **1.3.1. Diffusione delle malattie croniche e tassi di diffusione**

Per i responsabili politici e la gestione della sanità pubblica, stanno assumendo sempre più valenza le conoscenze relative al numero di pazienti affetti da patologie croniche, al loro consumo di risorse, alla quantità e alla tipologia di prestazioni richieste da un paziente cronico rispetto ad un altro e al loro carico assistenziale per medico di base.

Le informazioni su singole patologie croniche non sono sempre di facile reperimento, visto che non esistono flussi informativi ad hoc.

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, le neoplasie, il diabete, le malattie respiratorie croniche ecc.. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti, così che la lotta a queste malattie rappresenta una priorità per la salute pubblica.

Le malattie croniche si manifestano clinicamente soprattutto in età anziana, quindi esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile, rispetto ai valori medi nazionali, è, come già esposto sopra, una popolazione ancora abbastanza giovane (anche se, in linea con i trend demografici, sta invecchiando sempre di più), con un'età media per il 2015 pari a 42,3 anni e un indice di vecchiaia pari a 119,9 (ovvero sono presenti quasi 120 anziani assistibili ogni 100 giovani assistibili).

Nel corso del 2015, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 28,9% (oltre 1 persona su 4). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni ed endocrinopatiche.

15 persone ogni 100 in Alto Adige sono affette da ipertensione; a 5 persone ogni 100 è stata diagnosticata una neoplasia e a 4 uomini ogni 100 una malattia respiratoria; 4 persone ogni 100 soffrono di diabete. Se consideriamo solo la popolazione anziana (con 65 anni e più), 76 persone ogni 100 registrano almeno una patologia cronica.

Analizzando i tassi standardizzati per aree territoriali emerge come distretti rurali quali quelli di Laives-Bronzolo-Vadena e della Val Passiria registrano stime di malati cronici leggermente superiori ai distretti urbani di Bolzano e Merano. La prevalenza delle singole malattie sul territorio non è sempre omogenea: il Comprensorio Sanitario di Bolzano presenta soprattutto una maggiore prevalenza di assistiti affetti da vasculopatia arteriosa e tiroidite di Hashimoto. Nel comprensorio meranese si registra una significativa diffusione di ipotiroidismo e dislipidemie. I comprensori di Bressanone e di Brunico, invece, nei quali mediamente si evidenziano tassi più bassi, si caratterizzano per una maggiore prevalenza di malattie quali ipertensione (Bressanone) ed epilessia (Brunico).

### 1.3.2. Diabete

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la sua prevalenza è in continua crescita, anche a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. La prevalenza in letteratura è stimata intorno al 5,5% della popolazione generale (ISTAT, 2014), ma vi è un ulteriore 3% di soggetti con diabete non diagnosticato. Esistono 2 forme principali di diabete mellito:

- il diabete di tipo I (l'8% dei casi) è una forma infantile-giovanile, che richiede il trattamento insulinico;
- il diabete di tipo II (oltre il 90% dei casi) è caratteristico dell'età adulta - senile ed è spesso controllabile con dieta, esercizio fisico e/o ipoglicemizzanti orali.

Nel 2015 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 935 pazienti diabetici di tipo I e 20.799 pazienti diabetici di tipo II (espressi in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile rispettivamente dello 0,2% e del 4,1%.

La prevalenza di malati del diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età: il 12,4% tra i 65 ed i 74 anni ed il 16,0% dopo i 75 anni.

L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 39,1 anni, di tipo II 69,4 anni.

La prevalenza totale della patologia è poco omogenea all'interno del territorio provinciale. Nei grandi centri urbani si registrano tassi di prevalenza standardizzati superiori alla media provinciale: questo è dovuto ad un maggiore ricorso al Sistema Sanitario Provinciale da parte del paziente diabetico residente nei centri urbani. I distretti con prevalenze più basse sono la Valle Aurina, Val Badia, Val d'Ega, Val Gardena e la Val Sarentino.

### 1.3.3. Tumori maligni

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2006-2010.

Il numero medio di nuovi casi per anno diagnosticati nel periodo è pari a 1.589 tra i maschi (650,9 per 100.000) ed a 1.287 tra le femmine (514,4 per 100.000).

Escludendo la cute, i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (21,5% dei casi), del colon-retto (11,3%), del polmone (10,2%), della vescica (9,0%) e dello stomaco (4,5%).

Nelle femmine, il tumore della mammella (25,6% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (11,7%), dal tumore del polmone (5,9%), dai melanomi (5,0%) e dal tumore del corpo dell'utero (4,9%).

Nel periodo 2008-2012 sono deceduti ogni anno per tumore in media 644 maschi (258,8 decessi ogni 100.000 residenti), e 548 femmine (214,1 decessi ogni 100.000).

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano il tumore del polmone (21,9% dei casi), del colon-retto (10,6%), della prostata (8,8%), del fegato (7,5%) e dello stomaco (7,2%). Nelle femmine, i decessi per tumore della mammella (12,1%) rappresentano la quota più importante, seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (10,6%), del polmone (10,1%) e del pancreas (6,7%).

### 1.3.4. Screening oncologici

Il test di screening raccomandato per il tumore della cervice uterina è l'esame del Pap-test, da effettuare ogni tre anni per le donne di età compresa tra 25 e 64 anni. L'efficacia di questo screening è stata dimostrata sia dalla riduzione della mortalità nelle aree in cui è stato applicato che da studi specifici.

Il 34,1% delle donne invitate nel 2015 ha effettuato il Pap-test. Nel 2015, in nessun caso l'esito è stato un carcinoma, una displasia grave in 50 casi (0,29%) ed una displasia lieve o media in 342 casi (2,00%).

Il test di screening raccomandato per il tumore della mammella consiste in una mammografia ogni due anni per le donne in età compresa tra 50 e 69 anni. La partecipazione ad un programma di screening organizzato su invito può arrivare a ridurre del 35% la probabilità di morire per un tumore della mammella.

In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2003.

Nel 2015, il 54,6% ha aderito al programma di screening. Nel 2015 in 70 casi è stata riscontrata una positività al test di screening (4,5‰).

Lo screening del tumore colon-rettale ha due possibili obiettivi:

- Identificazione in fase precoce delle forme neoplastiche invasive

- Rimozione terapeutica di polipi adenomatosi per interrompere la storia naturale della malattia impedendo la possibile progressione adenoma-cancro.

Uno dei segni più precoci di un tumore o di un polipo intestinale è il sanguinamento all'interno del lume intestinale, con presenza conseguente di sangue nelle feci. Il test che viene eseguito in fase di screening ha lo scopo di trovare il sangue nelle feci, anche quando è presente in quantità molto piccole da non essere visibili ad occhio nudo. La ricerca del sangue occulto in persone che non hanno altri fattori di rischio per cancro del colon-retto se non l'età, è una delle strategie più efficaci di prevenzione. In Alto Adige il programma di screening per questo tumore è attivo a livello provinciale dal 2012. Nel 2015 il 41,8% ha aderito al programma di screening. Nel 2015 il 5,1% è risultato positivo al test di ricerca del sangue occulto ed in 39 casi (2,1‰) è stato diagnosticato un carcinoma.

### **1.3.5. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie**

Con delibera n. 1379 del 06/12/2016 è stato approvato il piano vaccinale provinciale, il quale prevede l'armonizzazione in un unico schema di tutte le vaccinazioni per i bambini indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Italia, per i nuovi nati, sono obbligatorie le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite e epatite virale B.

A livello provinciale sono raccomandate, inoltre, le vaccinazioni contro Rotavirus, pertosse, Haemophilus influenzae b (Hib), pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV), meningococco A, B, C, W 135 e Y e la vaccinazione contro i Papillomavirus (HPV) responsabili del carcinoma della cervice uterina.

Nel 2015 in Alto Adige risultano 139.836 dosi vaccinali somministrate.

Relativamente alla tubercolosi, le necessarie attività di profilassi vengono svolte in tutto il territorio provinciale dal servizio Pneumologico aziendale.

Un'altra importante attività di prevenzione svolta dai servizi di igiene e sanità pubblica è rivolta alle persone che, per la loro attività di lavoro o per turismo, si recano all'estero e che potrebbero contrarre malattie infettive che presentano un'elevata incidenza nei paesi visitati (amebiasi, colera, dengue, diarrea del viaggiatore, dissenteria bacillare (shigellosi), febbre gialla, febbre tifoide, malaria).

Oltre alla programmazione ed effettuazione delle vaccinazioni (non sempre possibili per le malattie di questo tipo), l'attività di profilassi in tale ambito prevede essenzialmente l'erogazione di prestazioni di consulenza sanitaria e di informazione mirata.

L'impegno resta quello di migliorare i tassi di copertura vaccinale dell'intera popolazione anche per quanto riguarda per esempio la vaccinazione antiinfluenzale e le vaccinazioni anti-MPRV e anti-HPV.

### **1.3.6. Tutela igienico sanitaria degli alimenti e bevande**

I controlli ufficiali circa il rispetto delle regole comunitarie in materia di igiene e sicurezza degli alimenti e bevande sono attuate dalle autorità competenti (Ministero della Salute, regioni e province autonome, aziende sanitarie locali), sulla base della disciplina contenuta nel Regolamento CE n. 882/2004. Tali controlli iniziano già a livello della produzione primaria e possono riguardare ogni fase della preparazione, stoccaggio, trasporto, vendita e somministrazione, inclusi gli stabilimenti, i locali, le attrezzature con cui tali attività si compiono. L'ordinamento statale prevede che i controlli sugli alimenti di origine animale vengano condotti dai servizi veterinari, mentre l'attività di controllo degli alimenti di origine non animale spetta ai servizi di igiene e sanità pubblica.

Si ritiene necessario definire e realizzare il riordino dei servizi deputati alle verifiche di sicurezza alimentare di origine vegetale, dietetica e nutrizione clinica in modo tale da coprire con adeguato organico, le aree funzionali igiene degli alimenti di origine vegetale e delle bevande, igiene della nutrizione e nutrizione clinica.

Nel 2015, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 833 unità, di cui 110 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 2,0 ispezioni per unità controllata. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 13,2%.

Nel 2015, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1.532 strutture di trasformazione, distribuzione, ristorazione e trasporto degli alimenti di origine non animale; i controlli eseguiti hanno coinvolto in particolare le strutture di ristorazione pubblica (60,4% del totale delle unità controllate). A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate è risultata pari al 44,6%.

Il controllo delle acque per uso umano viene svolto dai servizi di igiene e sanità pubblica, coadiuvati dai laboratori dell'Agenzia Provinciale per l'Ambiente (laboratorio Analisi Acqua e laboratorio Biologico), che svolgono le analisi chimiche e microbiologiche.

### **1.3.7. Riabilitazione fisica e neurologica**

Nel 2015 sono stati registrati complessivamente 2.705 ricoveri (2.533 in regime ordinario e 172 in regime diurno) nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) e 246 ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75).

Il 70,2% dei ricoveri ordinari di recupero e riabilitazione funzionale (codice reparto 56) è stato effettuato presso le strutture private accreditate della Provincia, mentre il rimanente 29,8% presso quelle pubbliche. La degenza media dei ricoveri a livello provinciale si è attestata a 20,5 giorni. I ricoveri in regime diurno hanno rappresentato il 6,4% dei ricoveri complessivi.

Il 63,7% dei ricoveri ordinari di Recupero e Riabilitazione funzionale è stato attribuito alla categoria MDC 8 "Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo", mentre poco meno del 30% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso". L'80,8% dei ricoveri diurni fa riferimento, invece, alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

L'88,7% dei ricoveri è stato di tipo post-acuto, il 10,5% di mantenimento e il restante 0,8% di valutazione.

Il 61,7% dei ricoveri ha riguardato le macro-categorie delle patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologie ortopedico traumatologiche), il 28,7% le patologie neurologiche (ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie) e il rimanente 9,6% le altre patologie.

I ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) sono risultati 246 (208 in regime ordinario e 46 in regime diurno), di cui 82 presso l'Ospedale di Bolzano, 8 presso l'Ospedale di Bressanone, 46 presso l'Ospedale di Brunico, 93 presso l'Ospedale di Vipiteno e 17 presso la Casa di Cura Villa Melitta, con una degenza media pari a 44,1 giorni.

## 2. Sviluppo sistemi di pianificazione aziendale

### 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

#### **Relazione 2017**

Nel 2017 la fase di riorganizzazione dell'Azienda sanitaria si è concentrata sul settore amministrativo. Intorno alla fine di dicembre 2017 è stato inviato in Provincia una bozza della delibera di approvazione dell'atto organizzativo e dell'organigramma dell'amministrazione dell'Azienda sanitaria. Sulla base di tali documenti è attualmente in corso un confronto sui contenuti, che porterà entro breve alla definizione di tali documenti.

## 2. Piano pluriennale degli investimenti

### 1. Pianificazione pluriennale degli investimenti in tecnologie biomediche rilevanti (apparecchiature e sistemi)

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

#### **Relazione 2017**

La pianificazione pluriennale degli investimenti in tecnologie biomediche (apparecchiature biomediche "rilevanti", cioè di importo superiore a 103.291,38 euro IVA compresa, e progetti specifici) intrapresa nel corso del 2016 per il triennio 2017-19 è stata implementata e attuata anche nell'anno 2017 per il triennio 2018-20.

La pianificazione è stata impostata sostanzialmente come revisione della precedente, effettuando gli aggiustamenti ed adeguamenti alle mutate condizioni esterne (cliniche, organizzative, progettuali, tecnologiche).

Il team costituito dal Direttore Sanitario, dalla Direttrice della Ripartizione Ingegneria Clinica, dal Direttore dell'Ufficio valutazione tecnologie biomediche, dal Direttore della Ripartizione aziendale acquisti e dal Direttore dell'Ufficio acquisti beni d'investimento, sentito anche per specifiche voci il Direttore della Ripartizione Tecnica:

- ha processato le richieste esplicitate dai Primari, valutandole anche in considerazione delle strategie aziendali;
- ha individuato ulteriori necessità di interventi basandosi sull'analisi del parco installato, con particolare riferimento alle apparecchiature utilizzate in ambiti critici;
- ha dovuto anche tenere conto della necessità di armonizzare la pianificazione aziendale con i diversi progetti non gestiti dall'Azienda (es.: Nuova Clinica dell'Ospedale di Bolzano) le cui tempistiche sono spesso soggette a variazioni.

Il processo, ampiamente condiviso a livello aziendale, ha previsto varie riunioni, discussioni nonché verifiche e colloqui con i singoli Reparti e Servizi, ed ha avuto come risultato la definizione del documento di pianificazione triennale 2018-20.

La sequenza dei passi intrapresi ha ricalcato quella del 2016 e sono state rispettate le medesime scadenze temporali; si citano i momenti più salienti:

- lettera prot. n. 0042115 del 21/4/2017, concordata dal team di lavoro e a firma del Direttore Sanitario Dr. T. Lanthaler, inviata a tutti i Primari dell'Azienda, con l'indicazione di far pervenire in Direzione entro il 31/5/2017 le eventuali richieste motivate di modifiche/integrazioni della programmazione già approvata l'anno precedente e le richieste di acquisto di ulteriori apparecchiature biomediche rilevanti, nuove o sostitutive, per l'anno 2020;
- presentazione e discussione del piano nella seduta di Direzione del 9 ottobre 2017, alla presenza del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo, della Direttrice Tecnico-Assistenziale e dei Direttori di Comprensorio;
- lettera prot. n. 0108995 del 11/10/2017 a firma del Direttore Generale Dr. T. Schael inviata all'Ufficio Governo Sanitario con allegata la pianificazione triennale 2018-19-20 relativa ad apparecchiature rilevanti e progetti specifici, così come discussa ed approvata nella seduta di Direzione del 9 ottobre

## 2. Pianificazione pluriennale degli investimenti in informatica (HW e SW)

Come previsto anche dal Piano sanitario provinciale 2016 – 2020 al capitolo 12.3. la pianificazione pluriennale degli investimenti è stata iniziata 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, nonché di coordinamento con quanto previsto nell'IT-Masterplan.

### 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

Ripartizione ICT

### Relazione 2017

L'obiettivo prevedeva di compilare un documento descrittivo del processo, comprensivo di scadenze temporali, da condividere a livello aziendale. Il documento di pianificazione 2018-2019-2020 è stato inviato all'Assessorato entro la data concordata.

## 3. 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 ed i limiti finanziari predisposti dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

**Responsabile del procedimento:**

Dirigente responsabile della Ripartizione Tecnica e Patrimoniale.

**Relazione 2017**

Il programma triennale per gli anni 2018 a 2020 per la manutenzione straordinaria e il programma quinquennale per gli anni 2018 a 2022 è stato elaborato e approvato con delibera n. 1443 del 19/12/2017 dalla Giunta provinciale.

## 3. Riqualficazione 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 ed 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

**Relazione 2017**

L'implementazione del percorso assistenziale è stato differito all'anno 2018 in quanto la validazione dello stesso da parte del Comitato Nazionale Percorso Nascita si è procrastinata fino a novembre 2017.

### 3.2. Patto di confine per percorsi di cura

#### 1. Definizione percorsi di cura a valenza regionale

Nell'ambito della mobilità extra provinciale, ed in particolar modo di quella tra le due Province di Trento e Bolzano, sussiste la necessità di una collaborazione migliore e strutturata. 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, si vuole definire un documento tecnico, "Patto di confine tra le Province Autonome di Bolzano e Trento", per l'individuazione dei percorsi di cura e degli ambiti clinici a valenza regionale, anche in applicazione al decreto sugli standard ospedalieri n. 70/2015.

## **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 ed 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

## **Relazione 2017**

Dopo diversi incontri con i referenti dell'Assessorato alla Salute delle province autonome di Trento e Bolzano e dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari è stata elaborata dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera una proposta di accordo bilaterale tra le parti, ma le trattative ufficiali si sono interrotte nel primo semestre 2017, per la non concordanza in merito alla quantificazione del riconoscimento aggiuntivo alla tariffa nazionale di compensazione (DM 2012) che la Provincia autonoma di Trento dovrebbe riconoscere alla Provincia Autonoma di Bolzano a copertura dei maggiori costi sostenuti, come previsto dallo schema tipo per gli accordi bilaterali approvato in seno alla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 24.11.2016. In tale proposta sono stati individuati percorsi di cura a valenza regionale anche alla luce del decreto sugli standard ospedalieri per le seguenti specialità: neuroradiologia interventistica, neuropsichiatria infantile, ematologia, cardiocirurgia.

Le due Aziende sanitarie hanno comunque proseguito a collaborare costantemente su diversi temi e hanno definito un modello organizzativo per implementare una struttura complessa di neuroradiologia interventistica a valenza interaziendale con sede di servizio presso il Comprensorio sanitario di Bolzano (delibera di Giunta Provinciale 1327/2017), che sarà attiva a seguito della firma dell'accordo tra le parti. È stato elaborato dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera a dicembre 2017 uno schema di accordo che verrà sottoscritto dai rappresentanti delle due province autonome e delle rispettive aziende sanitarie, che verrà approvato con delibera aziendale nel mese di gennaio 2018.

In merito alle trattative per la definizione di un accordo bilaterale con la regione Veneto, è stata elaborata una proposta di accordo che prevede l'invio dei pazienti altoatesini verso i centri di eccellenza veneti per il settore della cardiocirurgia. Tale bozza, inviata in data 31 maggio 2017 ai referenti dell'Azienda Ospedaliera di Verona, è ancora in fase di valutazione in seno alla Regione Veneto.

## **3.3. Assistenza oncologica**

### **1. Reti cliniche in ambito oncologico**

Prosecuzione del progetto di certificazione della chirurgia oncologica in Alto Adige, ai sensi della delibera di Giunta Provinciale n. 131/2013, che si pone quale principale obiettivo la creazione di reti cliniche oncologiche a livello provinciale attraverso un coinvolgimento attivo di tutti gli specialisti coinvolti nel percorso di cura del paziente oncologico. (Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 8.1)

Nel prossimo triennio gli sforzi saranno profusi nel consolidamento di tutti i tumorboards per patologia attivati ed 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 e 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
- 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 psicologica ad ogni paziente cui viene diagnosticata diagnosi di tumore maligno.

Anno 2018

- 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 psicologica ad ogni paziente cui viene diagnosticata diagnosi di tumore maligno.

Anno 2019

- Piena applicazione di modelli gestionali aziendali a sostegno della mobilità di equipe coinvolte nella rete 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 Provinciale n.131/2013

## **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 Onkozert, 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 psicologica 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

## **Relazione 2017**

È stato elaborato dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera il piano delle attività relativo all'implementazione del progetto di certificazione della chirurgia oncologica per l'anno 2017, approvato dalla Direzione Aziendale nel corso della seduta del 7.3.2017 e sono proseguiti gli incontri con il gruppo di lavoro.

### Certificazione ISO e certificazione clinica di patologia

Per la certificazione ISO si sono svolti nel primo semestre 2017

- l'audit interno alla Direzione aziendale e il management review aziendale (aprile 2017),
- gli audit interni nei reparti e servizi coinvolti nel progetto (marzo-aprile 2017),
- gli audit esterni per il mantenimento della certificazione ISO 9001:2008 da parte dell'ente certificatore (maggio 2017).

Sono inoltre in corso di svolgimento tutte le attività per il passaggio alla nuova normativa ISO 9001:2015 (autunno del 2018).

In merito alle certificazioni cliniche di patologia è stato svolto in autunno 2017 l'audit di mantenimento per il rilascio della certificazione clinica in ambito ORL da parte dell'Associazione Italiana di Oncologia Cervico-Cefalica (AIOCC) con esito positivo.

In merito alla certificazione clinica per il colon-retto ed alla creazione di un centro aziendale intestinale altoatesino è stata istituita con delibera aziendale n.275/2017 la forma vincolante di collaborazione organizzativa tra i reparti di chirurgia generale dell'Azienda Sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano, tra i cui obiettivi rientra il supporto al processo di certificazione clinica attraverso l'inserimento, la raccolta ed elaborazione di dati omogenei a livello aziendale per l'elaborazione degli indicatori clinici richiesti dall'ente certificatore DKG. In quest'ottica è proseguita l'attività di costruzione e di analisi degli indicatori richiesti dall'ente certificatore Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), discussi e analizzati insieme ai primari e ai professionisti coinvolti, anche durante gli incontri periodici forma dipartimentale. A seguito di tale analisi

- è stata inviata alla DKG la richiesta di certificazione del centro aziendale intestinale altoatesino, con indicazione dei volumi erogati nel corso del 2016 dagli ospedali di Bolzano, Merano, Brunico e Bressanone, necessari per il raggiungimento delle soglie
- sono state svolte tutte le attività propedeutiche al pre-audit pianificato nel mese di gennaio 2018, in cui verranno analizzati tutti gli indicatori e l'assetto organizzativo e strutturale con i referenti della DKG e i referenti clinici dei reparti e servizi dell'Azienda sanitaria coinvolti, per valutare insieme la fattibilità e i passi di una futura certificazione clinica.

### Percorsi chirurgici

Nel corso del 2017 sono stati revisionati ed aggiornati i percorsi chirurgici in ambito ginecologico (mammella, cervice uterina, endometrio e ovaio) secondo le linee guida nazionale ed internazionali di riferimento.

### Indicatori e clinical privileges

Nel corso del 2017 è continuata l'attività di costruzione e di analisi sia dei principali indicatori previsti alla delibera di Giunta Provinciale n. 131/2013 che quelli richiesti dagli enti certificatori ed è stato implementato un sistema di monitoraggio in Qlikview per la loro consultazione. Sono inoltre state aggiornate le nomine dei professionisti autorizzati (clinical privileges) nei diversi ambiti (chirurgia, endoscopia, radiologia) secondo le indicazioni pervenute dai referenti clinici.

### Tumorboard aziendali di patologia e software Onkozert

Nel corso del 2017 sono proseguite le attività di consolidamento dei tumorboards di patologia aziendali, sia per quelli già attivi che per i tumorboard relativi a nuove patologie oncologiche, quale il modulo epato-bilio-pancreatico.

Sono state aggiornate le istruzioni operative TB aziendale per le neoplasie dell'apparato gastrointestinale, in accordo con i primari della chirurgia.

### Portale tematico Krebsinfo

Nel corso del 2017 sono proseguite le attività di consolidamento ed aggiornamento del sito aziendale Infotumori, soprattutto nella parte dedicate alle videointerviste. Il sito è in fase di aggiornamento e sarà rilanciato in occasione dell'evento serale "Mr. Google" indirizzato alla popolazione (febbraio 2018), organizzato insieme alla Federazione per il Sociale e la Sanità.

A settembre 2017 il portale tematico Infotumori è stato premiato nell'ambito del premio nazionale "Innova S@lute 2017" ed è stato riconosciuto quale portale tematico capace di dare risposte affidabili, utili e competenti ai pazienti oncologici e alle loro famiglie.

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

### 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). I letti per la dialisi già presenti nelle singole strutture ospedaliere vengono mantenuti.

#### 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 servizio 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 e 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 informatica, Ripartizione Prestazioni, Ingegneria Clinica

#### Relazione 2017

Valutazione del fabbisogno informatico.

Valutazione operativa dei programmi informatici disponibili e loro implementabilità.

Vi è stata nominata la persona incaricata alla creazione del database della dialisi dell'ospedale di Bolzano, il quale è esperto e referente informatico della rete dei servizi che si occupano di dialisi.

È stato creato un documento di analisi e definizione degli obiettivi clinico assistenziali, amministrativi e tecnici.

Sono stati analizzati e comparati i due software specifici per nefrologia e dialisi presenti sul mercato italiano.

Restiamo ancora in attesa della definizione del bando di gara e rinnoviamo la nostra disponibilità nella revisione dei dati raccolti.

Nel servizio di Nefrologia e Dialisi viene istituito un ambulatorio dedicato ai pazienti con insufficienza renale cronica avanzata e trapiantati di rene:

Nella divisione di Nefrologia e dialisi è stata rivista l'organizzazione degli ambulatori. Si è distinto il percorso per i pazienti trapiantati di rene con l'istituzione di un ambulatorio dedicato. Nello stesso tempo sono stati istituiti due ambulatori specifici per pazienti affetti da insufficienza renale cronica distinti a seconda del grado.

Il primo finalizzato ai pazienti pre dialisi (GFR <15 ml/min) attivo tutte le mattine dal lunedì al venerdì con una media di 35 visite settimanali.

Il secondo dedicato ai pazienti stadio IV (GFR <30 ml/min) attivo lunedì e mercoledì pomeriggio con una media di 12 visite settimanali.

Il percorso e l'organizzazione sono stati discussi e condivisi il 24.11.2017 in occasione della riunione della rete di servizi di dialisi.

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.

Presso il reparto di Nefrologia dell'ospedale di Bolzano è istituito l'ambulatorio "Hub" dedicato alla dialisi peritoneale. L'attività ambulatoriale è programmata con accessi mensili di controllo e resta a

disposizione per ulteriori accessi su necessità clinica. Il reparto di Nefrologia garantisce consulenza, anche telefonica, 24 ore al giorno 7 giorni su 7 per tutti i pazienti in dialisi peritoneale dell'Azienda Sanitaria.

17 infermiere delle dialisi di Bolzano, Bressanone, Brunico, Merano e Silandro sono state formate sulla gestione della dialisi peritoneale.

Da Gennaio 2017 l'opzione della dialisi peritoneale è stata proposta a tutti i pazienti incidenti candidabili a tale metodica.

Nel 2017 due persone affette da insufficienza renale terminale hanno scelto come terapia renale sostitutiva la dialisi peritoneale.

## **3.5. Rete aziendale tra i servizi di radiologia**

### **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 ad una redistribuzione 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 ed 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 prestazioni radiologiche da prenotare online, entro il 31/12/2017
- Integrazione delle agende RIS all'interno del programma di prenotazione/accettazione 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
- Esposizione di ulteriori prestazioni 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

#### **Relazione 2017**

L'unificazione dei sistemi RIS/PACS (radiological information system / picture archiving and communication system) a livello aziendale, conclusa il 20 gennaio 2017, è stata la base per programmare e implementare le azioni necessarie per la realizzazione dell'informatizzazione del ciclo di prescrizione, prenotazione, reminder, gestione disdette, accettazione, pagamento e ritiro referti della radiologia. Aspetto più cruciale l'integrazione del sistema CUPweb con il software gestionale delle radiologie. Per la realizzazione delle agende di prenotazione e rispettive liste di lavoro dei 4 comprensori su piattaforma CUPweb, sono state messe a disposizione alla ripartizione informatica e

rispettivi partner, tutte le informazioni necessarie (impostazione agende, codifiche, documentazione informativa al paziente, utenti abilitati ecc.) in maniera strutturata, revisionata ed uniformata. Da dicembre 2017 sono operative a livello sperimentale le agende di prenotazione/accettazione CUPweb radiologia integrate con il sistema RIS, presso il Comprensorio Sanitario di Bressanone. Seguiranno, in linea alla time-table entro il 2018, Brunico, Merano e successivamente Bolzano. Riguardo l'informatizzazione del ciclo di prescrizione è stato allineato il nomenclatore del prescrivibile il quale potrà essere implementato ad integrazione del modulo PSM (DEMA) con CUPweb conclusa. I progetti reminder, disdetta degli appuntamenti nonché la prenotazione ed il ritiro referti online, per i quali sono stati concordati le modalità operative/funzionali, saranno attivabili a chiusura dell'integrazione CUPweb-RIS (time-table entro il 2018) e la definizione strategico-aziendale delle procedure amministrative annesse. Stesso vale per l'integrazione software di prenotazione SAIM anche per i privati convenzionati e l'esposizione di ulteriori prestazioni radiologiche per la prenotazione online.

## 3.6. Rete aziendale tra i servizi di laboratorio

### 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.

Revisione ed aggiornamento della procedura di 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 nella 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

#### Relazione 2017

Nell'anno 2017 il piano di sviluppo è stato realizzato come segue:

- Le gare degli strumenti per l'emogas, la coagulazione ed i controlli di qualità per la sierologia sono stati eseguite/predisposte a livello aziendale/dipartimentale per tutti i laboratori. Il portfolio delle prestazioni dell'anno 2017 è stato discusso e approvato nel comitato di laboratorio.
- Il secondo strumento dell'elettroforesi nel laboratorio di Bolzano è stato disattivato. Lo strumento di Merano o di Bressanone fungono da Backup.
- Nel programma di laboratorio "Concerto" sono stati creati i presupposti per il rilascio dei referti online. Non appena disponibile la modalità di pagamento on-line, i referti saranno a disposizione dei pazienti.
- La bozza di un layout unico di referti di laboratorio è stata creata. Deve essere ancora valutata la conformità alla normativa ISO 15189 e poi adeguata in tutti i laboratori nell'anno 2018.
- L'assegnazione di emocomponenti e la firma di referti urgenti nel servizio di pronta disponibilità, viene eseguita in telelavoro.

## 3.7. Accreditamento laboratori

### 1. Accreditamento in base alla ISO 15189

Laboratori d'analisi sono strutture complesse con un importante ruolo nella diagnosi, il monitoraggio e la prevenzione. Per garantire la qualità e la confrontabilità dei risultati è stata creata la norma ISO 15189 che definisce standard di qualità e competenza per i laboratori d'analisi in ambito medico. In molti paesi europei (ad esempio Germania, Francia, Austria) e non-europei (Australia) la ISO 15189 è molto diffusa. In alcuni paesi come la Francia o l'Australia l'accREDITamento secondo questa norma è vincolante per tutti i laboratori che intendono partecipare al sistema sanitario pubblico. Fino ad oggi meno di 5 laboratori italiani sono accREDITati secondo la norma ISO 15189. Di conseguenza la performance dei laboratori italiani è molto variabile. Anche i laboratori dell'Alto Adige fino a poco tempo fa lavoravano con maggiore autonomia, ma con processi e standard variabili. Nel 2014, con l'obiettivo di adottare standard internazionalmente riconosciuti e di armonizzare i propri processi, i laboratori altoatesini hanno deciso di volersi accREDITare secondo la norma ISO 15189 come unica organizzazione con più sedi. In seguito l'Azienda ha nominato un gruppo di lavoro che coordina questo progetto insieme ai direttori dei laboratori.

Viste le dimensioni, il potenziale impatto organizzativo e lo stato di avanzamento è opportuno che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sostenga formalmente il progetto ISO 15189 a tutti gli effetti. Per tale scopo è molto importante che l'Azienda favorisca il tempestivo compimento del progetto ISO 15189, inserendolo nella programmazione triennale 2017-2019.

#### **Risultati programmati**

AccREDITamento secondo ISO 15189 di tutti i laboratori d'analisi dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige compresa la Microbiologia (numero dei laboratori da accREDITare: 8)

#### **Indicatori di risultato**

Anno 2017:

- Completezza della documentazione necessaria per la richiesta d'accREDITamento (Manuale della Qualità comune, Procedure gestionali trasversali e Riesame comune)
- Disponibilità di tutti i documenti nel sistema gestionale informatico SOP Speed
- Utilizzo di SOP Speed da parte di tutti i collaboratori dei laboratori
- Esecuzione di tutte le attività richieste dalla norma: audit interni, registrazioni delle non-conformità, valutazione dei fornitori, rilevamento soddisfazione dei clienti, misurazione dell'incertezza di misura e misurazione del TAT (tempo di risposta), disponibilità dei processi e della modulistica di preanalitica aggiornati per gli utenti. Inoltre saranno definiti indicatori di qualità comuni per tutti i laboratori.
- Richiesta d'accREDITamento secondo ISO 15189 ad ACCREDIA entro ottobre 2017

Anno 2018:

- Primo audit di accREDITamento da parte di ACCREDIA entro Aprile 2017
- Risoluzione di tutte le non conformità emerse durante l'audit di accREDITamento
- Disponibilità del certificato di accREDITamento
- Comunicazione dell'accREDITamento ottenuto ai collaboratori dell'Azienda (portale informatico Sabes, giornale aziendale One) ed alla popolazione dell'Alto Adige tramite comunicati stampa

Anno 2019:

- Mantenimento e miglioramento continuo della qualità: riunioni periodiche del gruppo di lavoro, audit interni, rilevamento degli indicatori di qualità e preparazione all'audit di sorveglianza previsto per 2019-2020.

#### **Responsabile del procedimento**

Direttori dei Laboratori dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige insieme al gruppo di lavoro "AccREDITamento ISO 15189" e la Direzione Sanitaria

#### **Relazione 2017**

I documenti della qualità (Manuale della Qualità comune, Procedure gestionali trasversali e Riesame comune) sono stati elaborati e consultabili nel programma SOP Speed. I corsi di utilizzo del programma SOP Speed sono stati effettuati presso tutti i laboratori. Nei laboratori sono stati eseguiti gli audit interni, le registrazioni delle non-conformità, la valutazione dei fornitori, il rilevamento soddisfazione dei clienti, la misurazione dell'incertezza di misura, gli indicatori di qualità e la misurazione del Turn around time (tempo di risposta), come previsti dalla norma ISO 1589. La richiesta di accREDITamento è stata effettuata nel mese di novembre. Gli audit di accREDITamento verranno svolti nell'anno 2018.



## 3.8. Dipartimenti aziendali

### 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.)

2018: 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.

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

#### **Relazione 2017**

Nel corso dell'anno 2017 dall'Assessorato è stato deciso che l'elaborazione dell'atto aziendale per l'ambito clinico avverrà nel corso dell'anno 2018. Per tale motivo anche l'istituzione del dipartimento aziendale per le emergenze è stato ritardato. Inoltre a ottobre 2017 il direttore della centrale di emergenza 112 è stato collocato a riposo; fino al conferimento del nuovo incarico di direttore il servizio è diretto da un responsabile facente funzioni.

Nell'anno 2017 la maggior parte dei 30 posti per medici d'urgenza che la Giunta provinciale, rispettando i criteri della legge sugli orari di lavoro, aveva deliberato sono stati distribuiti ai comprensori sanitari ovvero presso le sedi dei medici d'emergenza.

In seguito alla sentenza sui contratti d'opera la copertura dei turni medici presso i servizi di pronto soccorso e le sedi dei medici d'emergenza è sempre più difficoltosa.

Ciò nonostante sono stati organizzati diversi incontri (colloqui con i dirigenti delle sedi dei medici d'urgenza, con il direttore della Centrale di emergenza) per discutere e ragionare sulla futura impostazione del dipartimento di emergenza. In tutti gli incontri si presentava una questione di principio: il dipartimento aziendale dovrebbe includere solo i servizi di emergenza terrestri e di elisoccorso oppure anche i Servizi di pronto soccorso?

Nel mese di ottobre 2017 è stata attivato il numero unico di emergenza europeo 112.

Inoltre, sempre nel mese di ottobre, è stato ampliato l'orario di attività introducendo i voli di soccorso anche in forma di voli effemeridi, ossia a livello aziendale è a disposizione un elicottero dalle ore 6 alle ore 22.

### 2. Riordino del dipartimento di prevenzione

2017: Lavoro di preparazione per il riordino del dipartimento di prevenzione dal punto di vista legale, organizzativo e logistico, ed entro la fine del 2017 riordino del dipartimento di prevenzione, con particolare attenzione alla prevenzione delle malattie croniche e promozione della salute, ai quattro servizi aziendali di igiene e sanità pubblica che vengono unificati in un "servizio aziendale di igiene e sanità pubblica", ed al settore sicurezza alimentare dei SISP e dei servizi di dietetica e nutrizione clinica, che vengono unificati in un "servizio aziendale di scienza dell'alimentazione".

2018: Individuare gli ambiti di collaborazione tra i servizi del dipartimento su tematiche comuni di sanità pubblica, sanità animale, ambiente e luoghi di lavoro con definizione delle modalità di collaborazione e programmazione dell'attività.

2019: Strutturare la collaborazione del dipartimento di prevenzione con altri servizi e reparti dell'azienda sanitaria su temi della prevenzione e promozione della salute.

#### **Risultati programmati**

Struttura, organigramma e competenze del dipartimento di prevenzione ridefiniti ed uniformità dell'offerta delle prestazioni del dipartimento a livello aziendale.

#### **Indicatori di risultato**

Riordino del dipartimento di prevenzione e creazione del Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica e del Servizio aziendale di scienza dell'alimentazione, entro il 31.12.2017.

Individuazione degli ambiti e delle modalità di collaborazione dei servizi del dipartimento, entro il 31.12.2018.

Collaborazione del dipartimento di prevenzione con altri servizi e reparti dell'azienda sanitaria su temi della prevenzione e promozione della salute avviata, entro il 31.12.2019

#### **Responsabile del procedimento**

Direttrice/Direttore del Dipartimento

#### **Relazione 2017**

I lavori per il riordino del dipartimento di prevenzione sono iniziati nel 2017, sono stati nominati rappresentanti del dipartimento di prevenzione che hanno contribuito all'elaborazione delle "linee guida del dipartimento di prevenzione" e la direzione aziendale ha commentato per iscritto il documento elaborato. La proposta di riordino del dipartimento contiene l'organizzazione dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, il settore Igiene degli alimenti e della nutrizione e il settore prevenzione delle malattie croniche e promozione della salute. Per la realizzazione della riforma sono necessari la relativa delibera della giunta provinciale e l'atto aziendale.

## **4. Appropriatelyzza e qualità delle prestazioni e sicurezza del paziente**

### **4.1. Appropriatelyzza organizzativa e prescrittiva**

#### **4.1.1. Forme alternative al ricovero ordinario**

Il comma 522 della legge di stabilità 2016 stabilisce che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige attivi un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in coerenza con il Piano Nazionale Esiti" (PNE).

Sempre nell'ambito dei sistemi di monitoraggio delle performance a livello nazionale, il sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali (progetto Bersaglio alla Scuola S. Anna di Pisa) permette un'analisi per stimolare processi di miglioramento delle performance erogate dalle Aziende sanitarie che aderiscono al progetto attraverso l'analisi degli indicatori elaborati. I risultati vengono visualizzati su un "bersaglio", che mostra in maniera intuitiva i diversi punti di forza e di debolezza nelle diverse aree di valutazione.

Secondo questi studi, nel 2015 l'Alto Adige registra in molti settori performance ottime, superiori o talvolta in linea con gli standard nazionali. Permangono tuttavia alcune aree di miglioramento in selezionati ambiti, nei quali l'Azienda Sanitaria intende definire azioni migliorative.

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 ed all'implementazione e lo 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'appropriatelyzza 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 in riferimento alla necessità clinica
- 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. Il progetto Bersaglio confronta i risultati di varie Regioni
- Ricoveri da Pronto Soccorso
- 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 negli 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 internazionale e 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 internazionale e 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, Nuvass – Ripartizione Controllo di Gestione

## **Relazione 2017**

I controlli sulle cartelle cliniche vengono solitamente coordinati dal coordinamento aziendale del NUVAS (Nucleo di Verifica dell'Assistenza sanitaria). Il 1° giugno 2017 il Dr. Armanaschi ha presentato le sue dimissioni da coordinatore aziendale del NUVAS e secondo la delibera del D.G. n. 318/2017 del 25 luglio 2017 si doveva individuare con un successivo provvedimento il nuovo coordinatore del NUVAS, attraverso una procedura concorsuale interna. Nonostante l'assenza di un nuovo coordinatore, il gruppo NUVAS si è impegnato a elaborare un nuovo piano aziendale 2017 per il controllo delle cartelle cliniche per gli ambiti definiti sopra, a condividerlo con la Direzione Sanitaria, nonché ad avviare il rinnovo del contratto con la società per gli anni 2017-2019, a cui il NUVAS si era affidato negli anni precedenti per il controllo delle prestazioni di ricovero ospedaliero. Nel mese di luglio 2017 è stato assegnato un incarico provvisorio per il coordinamento NUVAS alla Dr.ssa Montel. La dr.ssa Montel è riuscita ad ottimizzare il flusso comunicativo tra i referenti NUVAS e la ditta, attraverso degli adeguamenti strutturali nel sito intranet del NUVAS. Gli esiti dei controlli sulle cartelle cliniche vengono registrati attraverso delle maschere access, oppositamente predisposte dalla ditta e caricate nel sito intranet NUVAS. Le maschere sul primo bimestre sono state caricate il 29 luglio e 17 agosto 2017, le maschere del secondo bimestre il 7 settembre, le maschere del terzo bimestre il 27 settembre e le maschere del quarto bimestre il 27 dicembre 2017. Il 1° febbraio 2018 saranno disponibili le ultime maschere access per eseguire i rimanenti controlli sulla tenuta della documentazione clinica. Sono stati inoltre elaborati dei report di reparto relativi ai controlli eseguiti sulla produzione del 2016 e trasmessi ai referenti NUVAS con la preghiera di inoltrarli ai primari dei vari reparti.

Da una prima valutazione emerge che a livello aziendale è stato controllato finora il 51% rispetto a quello previsto dal piano controlli per le strutture pubbliche e private convenzionate nel 2017.

#### 4.1.2. Chiusura della cartella clinica e della relativa SDO

Per una corretta trasmissione dei dati all'Assessorato e considerati i tempi di controllo interno e di invio dei dati controllati, la chiusura della cartella clinica e della relativa SDO deve avvenire in linea di massima al momento della dimissione del paziente. In casi eccezionali il ricovero deve essere chiuso entro e non oltre 30 giorni dalla data di dimissione del paziente.

##### **Risultati programmati**

La cartella clinica e la relativa SDO viene chiusa al momento della dimissione del paziente e, in casi eccezionali, il ricovero deve essere chiuso entro e non oltre 30 giorni dalla data di dimissione del paziente.

##### **Indicatori di risultato**

Chiusura cartella clinica e relativa SDO entro i tempi previsti dalle linee guida provinciali in materia.

##### **Responsabile del procedimento**

Direzione sanitaria/NUVAS

##### **Relazione 2017**

Considerando il periodo da gennaio a novembre 2017, nell'Ospedale di Bolzano risulta una chiusura puntuale delle SDO nel 99,06 % dei casi.

Nell'Ospedale di Merano la chiusura puntuale delle SDO avviene nel 96,8% dei casi ovvero il 3,2% delle SDO risultano non confermate o codificate dal reparto.

Nel Comprensorio sanitario di Bressanone tutte le SDO presentano una chiusura puntuale.

Comprensorio sanitario di Brunico: il 90% delle SDO presentava finora una chiusura puntuale.

#### 4.1.3. Appropriatelyzza nel settore farmaceutico

I farmaci di origine biotecnologica sono di grande importanza per il trattamento di moltissime patologie gravi e hanno un costo elevato. Per questo motivo l'utilizzo di biosimilari, cioè di farmaci di origine biotecnologica a brevetto scaduto, costituisce un'opportunità per liberare risorse economiche per nuove terapie. In base ai report forniti dall'Assessorato alla Sanità in merito all'appropriatelyzza prescrittiva le direzioni mediche del territorio sensibilizzano i medici prescrittori territoriali sul tema dell'appropriatelyzza prescrittiva.

##### **Risultati programmati**

Incremento dell'utilizzo di biosimilari e sensibilizzazione dei prescrittori in ambito di appropriatelyzza prescrittiva

##### **Indicatori di risultato**

- Quota DDD (dose giornaliera definita) di somatotropina biosimilare dispensata in distribuzione diretta, in distribuzione per conto, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale della DDD di farmaci appartenenti alla categoria H01AC01 - somatotropina  $\geq 20\%$  (obiettivo triennale)
- Quota DDD di anti-TNF  $\alpha$  biosimilare dispensata in distribuzione diretta e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria di L04AB anti-TNF  $\alpha$  per le quali sono disponibili i biosimilari  $\geq 30\%$
- Quota DDD di A10AE - insuline ed analoghi ad azione lunga con il maggior costo d'acquisto dispensata in distribuzione diretta, distribuzione per conto e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria A10AE - insuline ed analoghi ad azione lunga  $\leq 20\%$
- Numero di incontri organizzati dai servizi di medicina di base con i prescrittori in ambito territoriale per sensibilizzare la dimensione dell'appropriatelyzza prescrittiva.

##### **Responsabile del procedimento**

Direttore/direttrice del servizio farmaceutico ospedaliero e direttori medici di area territoriale

##### **Relazione 2017**

L'utilizzo della somatotropina biosimilare è aumentato anche nel 2° anno dell'obiettivo triennale. Tra gennaio e ottobre 2017 la quota della DDD somatotropina biosimilare sul totale delle DDD di somatotropina era pari al 13,8%. Per questo motivo si suppone, che alla fine dell'obiettivo triennale (dicembre 2018) la quota del 20% sarà raggiunta.

L'obiettivo riguardante gli anti-TNF  $\alpha$  è stato raggiunto a livello aziendale; la quota delle DDD dei biosimilari degli anti-TNF  $\alpha$  sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria di L04AB anti-TNF  $\alpha$  per le quali sono disponibili i biosimilari è pari al 51,7%. La differente diffusione del biosimilare a livello comprensoriale / dei reparti è notevole.

L'utilizzo della insulina ad azione lunga con il maggior costo d'acquisto è aumentato dal gennaio a ottobre 2017 rispetto all'anno precedente. Visto che questo aumento è più contenuto rispetto a quello

degli anni precedenti e visto che il numero totale delle DDD delle insuline ad azione lunga è aumentata del 7% l'obiettivo è stato raggiunto. La quota delle DDD dell'insulina ad azione lunga con il maggior costo d'acquisto rispetto al totale delle DDD di questa categoria di farmaci è pari al 20,1% nel periodo di gennaio – ottobre 2017.

#### **4.1.4. 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, ed 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 ed 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; contemporaneamente viene concordato il protocollo di valutazione da adottare nei controlli sull'appropriatezza prescrittiva.

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Sanitaria - Nuvas

#### **Relazione 2017**

A seguito dell'adesione alla rete internazionale „Choosing Wisely” promossa in Italia dall'associazione Slow Medicine, l'Azienda sanitaria ha avviato nel corso del 2017 le seguenti azioni:

1. per collaborare ad una strategia comunicativa efficiente e finalizzata a garantire informazioni istituzionali chiare ai cittadini è stato sottoscritto in aprile 2017 un patto di intenzione siglato tra Azienda sanitaria, Federazione per il sociale e la salute e Slow Medicine (Patto di intenzione tra ASDAA, Federazione per la Sanità e il Sociale e Slow Medicine prot.n. 39024 del 12.04.2017). A tal fine è stata pianificata per l'inizio dell'anno 2018 un evento informativo rivolto alla cittadinanza dal titolo "La salute e dr. Google", per guidare e sensibilizzare la ricerca di informazioni su web e per rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente;
2. per migliorare l'appropriatezza prescrittiva in ambito radiologico e garantire una maggiore aderenza prescrittiva agli standard definiti a livello nazionale ed internazionale la Ripartizione Assistenza Ospedaliera in collaborazione con la Forma vincolante di collaborazione organizzativa Diagnostica per immagini ha proceduto alla revisione ed aggiornamento di i criteri RAO per le prestazioni di diagnostica per immagini, sulla base del documento tecnico approvata dal gruppo di lavoro istituito in AGENAS. Sono stati inoltre organizzati corsi di aggiornamento specifici sui nuovi

criteri RAO, indirizzati ai medici prescrittori, sia ospedalieri che territoriali (MMG e PLS), per garantire una maggiore aderenza prescrittiva ai nuovi criteri RAO. Tali incontri saranno replicati nei comprensori sanitari anche nel corso del 2018;

3. è stata elaborata una proposta di procedura aziendale in cui vengono definiti i criteri di appropriatezza clinici ed organizzativi per la presa in carico di pazienti affetti da dolore lombosacrale (mal di schiena non specifico), allo scopo di razionalizzare l'approccio e stabilire un percorso diagnostico-terapeutico uniforme a livello aziendale e ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (DRG 243).

## 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 nuove informazioni e nuovi sviluppi nell'ambito professionale, si rende necessaria l'introduzione di un sistema di Clinical Decision Support System (CDSS). (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.3.)

#### **Risultati programmati**

Analisi ed 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

#### **Relazione 2017**

Nel corso del 2017 è stato implementato il Clinical Decision Support System dell'Azienda Sanitaria dell'Alto

Adige. A partire dal 3 ottobre 2017 sono stati resi disponibili:

- a) Un'applicazione web a sé stante per accedere, da parte di medici e farmacisti, al CDSS per gestire in modo sicuro ed efficace la terapia farmacologica. Tale applicazione è raggiungibile, mediante PC, tablet e smartphone, all'indirizzo <https://cdss.online/medidss>
- b) Un'applicazione web a sé stante per accedere, da parte dei pazienti, al CDSS per verificare la compatibilità di farmaci rispetto al loro stato clinico e alla terapia corrente. Tale applicazione è raggiungibile, mediante PC, tablet e smartphone, all'indirizzo <https://cdss.online/patient>
- c) Un'applicazione web integrata alla cartella clinica elettronica ospedaliera NGH di GPI per accedere, da parte di medici e infermieri, al CDSS per consultare suggerimenti, avvisi e allarmi relativi al paziente in cura, nonché link alle evidenze scientifiche e alle sintesi di oltre 1000 linee guida.

## 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 inappropriata dal punto di vista organizzativo, clinico e prescrittivo.

E' opportuno quindi omogeneizzare a livello aziendale le modalità ed 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 post-acuzie 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 ed 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 post-acuzie" vengono definiti da parte di medici/primari competenti criteri

di appropriatezza clinica, organizzativa, temporale e prescrittiva per le prestazioni sanitarie di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie 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). Viene anche controllato il rispetto dei criteri.

#### **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

#### **Relazione 2017**

La procedura aziendale n. 2702/16 è stata trasmessa attraverso le Direzioni mediche degli Ospedali a tutte le Unità Operative e attraverso le Direzioni mediche dell'Area territoriale ai MMG e PLS.

Per agevolare il controllo amministrativo sono stati individuati i medici specialisti ospedalieri autorizzati all'invio di pazienti nelle strutture private convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige che erogano prestazioni in regime di ricovero per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

La procedura aziendale sui criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi è stata rispettata nella maggior parte delle relative cartelle cliniche controllate.

Dal confronto 2017-2016 nel periodo da gennaio a ottobre si evince un minor fabbisogno di ricoveri in codice 56 (-206), un' aumentata richiesta di ricoveri in codice 60 (+ 111) ed una minor quantità di ricoveri in codice 75 (-56).

Da una valutazione grezza inerente alla potenziale inappropriata clinica mediante il criterio della distanza evento acuta (0-30 giorni) risulta in mancanza della mobilità intraregionale nel 2017 un netto miglioramento nei ricoveri di lungodegenza postacuta (+ 6 punti). Considerando solo le case di cure private, la % dei ricoveri postacuti preceduti da un evento acuta passa nel 2016 dal 68% al 77% (+ 9 punti). Nei ricoveri in codice 56 e 75 la situazione presenta minime variazioni.

Nelle case di cura private, si riscontrano delle difficoltà nel controllo della durata di terapia riabilitativa erogata, quantificata dalla normativa in almeno 3 ore giornaliere per i ricoveri di riabilitazione postacuta, per riferita impossibilità nella documentazione ("eccessivo aggravio burocratico").

I re-ricoveri con rientri entro 0-1 giorni sono aumentati del 2,6% nei ricoveri in codice 60.

Considerando solo le case di cure private, questo dato aumenta al 3,6% (corrispondenti ad una differenza di +60 casi trasferiti dal codice 56).

Sorprendentemente i re-ricoveri entro 0-1 giorni nei reparti con codice 56 e 75 si sono ridotti: rispettivamente del -0,5% und -4,1%. Per i rientri entro 0-1 giorni da un reparto con codice 60, si registrano -40 ricoveri, di cui -37 ricoveri nelle case di cura private.

Per avere un quadro più preciso, restano da valutare i rientri nei reparti di riabilitazione postacuta entro 0-10 giorni, in particolare con provenienza da un reparto di lungodegenza postacuta.

Questa variabilità di re-ricoveri nell'ambiente riabilitativo lasciano supporre una certa incertezza nell'inquadramento della patologia acuta al momento del trasferimento nel ricovero riabilitativo.

A mio avviso manca da parte dell'UVM una definizione dei criteri di valutazione dei pazienti per l'invio alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

#### **4.3.2. Appropriata organizzativa dei ricoveri per protesi d'anca**

Il decorso post-operatorio dopo un intervento di protesi d'anca comporta diverse tappe obbligate, che servono ad una pronta guarigione ed 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 più presto 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 ad 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

#### **Relazione 2017**

Nell'ospedale di Brunico è nata l'idea di avvicinarsi alle strategie ERAS e di affrontare l'argomento in maniera multidisciplinare creando un gruppo di lavoro dedicato. Dopo i primi incontri si è subito verificata la necessità di erudire i golden standard (per esempio in cliniche o centri specializzati) per poi applicarle alla nostra struttura adattandole alle possibilità e particolarità locali.

Ogni componente del gruppo si è preoccupato di percepire lo stato dell'arte sempre EBM nel proprio ambito di competenza per poi adeguarlo alle proprie capacità e risorse in simbiosi con i reparti affini creando così sinergie e facilitazioni nell'applicazione dell'ERAS.

Alcuni rappresentanti dei vari gruppi hanno anche visitato un centro di eccellenza ERAS per apprendere dal vivo la sistematica e creare rapporti di collaborazione con altri centri con ideologie analoghe.

È stato sviluppato un opuscolo informativo per il paziente, sono state create le basi per il supporto CED e per le semplificazioni dei flussi in sala operatoria e nell'ambito della riabilitazione.

Uno dei temi principali è sicuramente stato quello di trovare un consenso tra colleghi per applicare le basi del ERAS quali preospedalizzazione moderna, gestione del sangue, gestione del dolore gestione della ferita, educazione preoperatoria del paziente, efficienza operatoria, gestione di reparto EBM, FKT avanzata.

Creare dei protocolli di trattamento basati sull'EBM condivisi dapprima nel gruppo professionale di appartenenza e poi dal team intero, è forse stata una delle difficoltà maggiori che ha rallentato di molto l'avanzamento del progetto impedendo fino ad oggi l'applicazione completa del progetto ERAS a pochi passi dal traguardo. Ciò nonostante sono stati operati vari pazienti che hanno potuto sfruttare della nostra esperienza accumulata anche non applicando tutti i protocolli in completo.

Già con questa prima esperienza è stato possibile ricoverare i pazienti ritenuti idonei secondo i parametri accordati all'ERAS nella stessa giornata dell'intervento, per poi essere dimessi al raggiungimento dei benchmark di dimissione in quarta giornata per proseguire le terapie riabilitative in regime ambulatoriale con alto livello di soddisfazione del paziente, ottima gestione del dolore e azzeramento del tasso di trasfusioni.

#### **4.3.3. Introduzione dell'ICF (ingl. International Classification, of Functioning, Disability and Health)**

Introduzione dell'ICF (ingl. International Classification of Functioning, 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 medico, 1 infermiere, 1 fisioterapista, 1 ergoterapista, 1 logopedista)
- 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.

#### **Relazione 2017**

In tutti i cinque reparti di riabilitazione dell'Azienda Sanitaria del Alto Adige sono stati nominati 5 responsabili per l'ICF, che hanno elaborato un manuale ICF bilingue. Un concetto per la formazione è stato elaborato e presentato a tutti i collaboratori e le collaboratrici. A dicembre 2017 è stata attivata l'implementazione multiprofessionale dell'ICF.

#### **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 ad uno stile di vita troppo sedentario. Tali pazienti potrebbero e dovrebbero essere invece inviati, tramite prescrizione da parte del medico curante a strutture esterne che offrono 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, reindirizzando 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.
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 SÜGAM) (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 tramite sensibilizzazione dei medici alla prescrizione di tali forme terapeutiche.

#### **Indicatori di risultato**

Per il 2017: raggiungimento dei punti indicati sopra

Riduzione delle liste d'attesa del dipartimento di riabilitazione nel 2018 e nel 2019.

#### **Responsabile del procedimento**

Dipartimento di prevenzione.

## **Relazione 2017**

Punto 1. Il modello organizzativo è stato completato per AFA specifica. Il modello organizzativo di AFA non specifica è stato completamente sviluppato dall'Ufficio per la Prevenzione, la Promozione della Salute e la Salute pubblica e decorre parallelamente, ma separatamente dall'AFA specifica. Per rimarcare ulteriormente la separazione dei due progetti, l'AFA specifica è stata ribattezzata AFA e AFA non specifica come AFIP (Attività Fisica su Prescrizione).

Punto 2. La piattaforma Internet provinciale non è attualmente attiva e lo scambio di documenti tra lo specialista e l'istituzione esterna dovrebbe essere gestito da un ufficio di coordinamento. Questo ente di coordinamento dovrebbe anche aggiornare periodicamente l'elenco dei fornitori e pubblicarlo su un sito Web del Dipartimento di Prevenzione. A tale scopo, il gruppo di lavoro SWITCH ha pensato a un assistente amministrativo nel quadro dell'ufficio di coordinamento. Tuttavia, finora non sono state assegnate risorse di personale aggiuntive al progetto.

Punto 3. La commissione è stata definita nella procedura interna, ma questa deve ancora essere approvata e nominata.

Punto 4. Il progetto AFA non specifica viene cancellato dal piano delle performance dell'azienda sanitaria poiché si trova nell'area di competenza della provincia.

Punto 5 (ex 6) e punto 6 (ex 7). Il raggiungimento di questi punti sarà posticipato al 2018 poiché questi punti non sono stati al momento ancora raggiunti, tuttavia, le potenziali parti interessate (partner esterni) sono state contattate per posta elettronica e hanno compilato un questionario con varie informazioni sulla natura dell'attività sportiva, il gruppo target, ecc.

Punto 7 (ex 8) la campagna di informazione della popolazione non è stata fatta e sarà rinviata al 2018. Il lancio del progetto AFA a livello provinciale dipenderà dal finanziamento in risorse umane (1 medico sportivo, 4 fisioterapisti, 1 assistente amministrativo). Questo personale sarà utilizzato nella supervisione di corsi e pazienti, nonché nella raccolta di flussi di informazioni e statistiche del progetto. Al gruppo di lavoro di SWITCH rimane solo la possibilità di realizzare un progetto pilota limitato al distretto sanitario di Bolzano per l'anno 2018, che verrà pianificato con le risorse attualmente disponibili.

### **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 con arti amputati residenti in provincia di Bolzano.

Assistenza a pazienti amputati agli arti superiori ed inferiori, residenti in Alto Adige.

#### **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

## **Relazione 2017**

Per l'istituzione di un centro di riferimento per la protesizzazione di pazienti amputati non si è trovato a tutt'ora alcun medico. Gli impegni di incaricare un medico in più continuano e verranno intensificati.

È stato ampliato l'organico per i fisioterapisti, in questi giorni si sta assumendo un 'nuovo' terapeuta.

Una volta incaricati un medico ed un terapeuta, loro andranno ad assistere come uditori in centri speciali in Italia, Austria e Germania. Parteciperanno altrettanto a corsi e convegni specifici.

Per poter ricoverare pazienti amputati ci vogliono due posti letti aggiuntivi presso il Reparto di Neuroriabilitazione e Riabilitazione postacuzie; anche qui ci sono in corso i provvedimenti per adattare la struttura.

#### 4.3.6. Analisi delle prestazioni delle diverse professioni sanitarie della Riabilitazione

Le prestazioni erogabili ambulatorialmente, secondo le disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale dagli operatori delle professioni sanitarie della Riabilitazione (Classe L/SNT2), ovvero: fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, ortottisti, ecc., sono contenute, come per tutte le altre attività di assistenza specialistica, nel "Nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale".

La descrizione delle prestazioni codificate e quindi erogabili però, non sempre è esaustiva ed inequivocabile, per questo motivo la Direzione Tecnico-Assistenziale ha richiesto di effettuare un'analisi delle prestazioni garantite dai professionisti della riabilitazione ai cittadini del nostro territorio in riferimento ai "LEA - Livelli Essenziali di Assistenza" e di elaborare un documento che le descriva in modo chiaro e dettagliato in termini di: macro-area/ambito - patologia / bilancio specifico-professionale / diagnosi clinica - disfunzione / alterazione / sintomatologia - obiettivi / ambiti di intervento - tipologie di attività, differenziando quelle per gli utenti in età evolutiva, da quelle per utenti in età adulta e ricollegandole ai codici del tariffario provinciale), con l'obiettivo di garantire trasparenza nei confronti dei soggetti portatori di interesse.

A tal fine:

- Nel corso del 2015 è stato elaborato un primo documento relativo alle attività del fisioterapista denominato: "Attività specifico-professionali del fisioterapista (ID: 123/2016)
- Nel corso del 2016 è stato elaborato (attualmente è in fase di ultimazione) un secondo documento relativo alle attività del logopedista denominato: "Attività specifico-professionali del logopedista"
- Per il 2017 è pianificata l'elaborazione del documento relativo alle attività del terapeuta occupazionale
- Per il 2018 è pianificata l'elaborazione del documento relativo alle attività dell'ortottista - assistente di oftalmologia
- Per il 2019 è pianificata l'elaborazione del documento relativo alle attività del terapeuta della neuro e psicomotricità in età evolutiva

Il processo di elaborazione di tali documenti prevede la costituzione di gruppi di lavoro aziendali con referenti di diversi servizi dei 4 Comprensori, che hanno l'incarico di condividere in itinere nelle singole unità operative lo stato di evoluzione dei lavori di elaborazione del documento per una massima condivisione dello stesso.

#### **Risultati programmati**

- Elaborazione di documenti aziendali condivisi, che descrivano in modo dettagliato le attività specifico-professionali delle principali professioni sanitarie della Riabilitazione (Classe L/SNT2).

#### **Indicatori di risultato**

- Entro il 31.12.2017 presenza del documento aziendale "Attività specifico-professionali del terapeuta occupazionale"
- Entro il 31.12.2018 presenza del documento aziendale "Attività specifico-professionali dell'ortottista - assistente di oftalmologia"
- Entro il 31.12.2019 presenza del documento aziendale "Attività specifico-professionali del terapeuta della neuro e psicomotricità in età evolutiva"

#### **Responsabile del procedimento**

Dirigente Responsabile del personale sanitario tecnico-assistenziale del Dipartimento aziendale, funzionale, transmurale di Riabilitazione Fisica.

#### **Relazione 2017**

Per il perseguimento dell'obiettivo 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro costituito da 16 terapisti occupazionali (5 di BZ, 4 di ME, 4 di BX e 3 di BK) di tutti i servizi aziendali in cui sono operativi professionisti di questa categoria professionale, delegati dai rispettivi coordinatori.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 7 incontri con una % di presenza che ha oscillato tra l'88,2% ed il 100%. Il processo di elaborazione del documento prevedeva la presentazione da parte dei referenti del gruppo di lavoro, dello stato di evoluzione dei lavori ai propri coordinatori ed ai propri colleghi e la raccolta dei loro feed-back e/o proposte di modifica, da riportare nella successiva riunione per la condivisione e l'eventuale recepimento.

Lo strumento, elaborato in versione bilingue, e denominato "Attività specifico-professionali del Terapeuta Occupazionale / Berufsspezifische Aktivitäten der Ergotherapeuten/innen", è stato approvato dalla Direttrice Tecnico-assistenziale e successivamente gestito da parte dello Staff Qualità aziendale, con assegnazione dell'ID 2540/17 e pubblicato in data 14.12.2017 nel Portale aziendale degli Strumenti di Qualità.

È stato un lavoro molto articolato, denso di discussioni e confronto attivo che, oltre ad essere stato molto proficuo (*il documento è indubbiamente completo ed esaustivo*), sicuramente ha anche rinforzato la collaborazione professionale dei terapisti occupazionali rappresentanti di tutta la nostra Azienda, nonché la condivisione di un linguaggio comune concordato; ora sarà obiettivo comune promuovere l'implementazione del documento nella pratica clinica quotidiana di tutti i dei terapisti occupazionali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

## 4.4. Risk-Assessment retrospettivo e prospettivo e miglioramento continuo

### 4.4.1. Segnalazione anonima di eventi critici

Dal rapporto "To err is human" dell'Institute of Medicine del 2000 si evince che negli ospedali americani gli eventi indesiderati sono la causa evitabile di morte per molti pazienti (dai 44 000 - 98 000 pazienti deceduti).

Da una statistica ad opera della WHO si evince che circa il 18% die cittadini europei ritiene di essere stato vittima nel corso di un ricovero e/o visita ospedalieri di un grave errore medico, un ulteriore 11% di aver ricevuto un farmaco sbagliato. (fonte: [www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics)). 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 ed 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/UUOO/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 UUOO 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 UO/servizio.

#### **Responsabile di procedimento:**

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

#### **Relazione 2017**

Progetto pilota 2017:

I circoli di segnalazione aziendali sono stati definiti.

Dopo la presentazione e approvazione del progetto a livello di Direzione Aziendale, lo stesso è stato presentato a livello delle Direzioni Comprensoriali, nelle riunioni Primari/e e Coordinatori/coordinatrici, nonché ai responsabili dei reparti e servizi afferenti ai circoli di segnalazione aziendali definiti per il progetto pilota.

È stato istituito il team di analisi CIRS, il quale è composto da:

2 Responsabili aziendali CIRS.

8 responsabili medici dei circoli di segnalazione per i 7 presidi ospedalieri (1 medico per ogni ospedale, 2 per l'ospedale di Bolzano), questi elaboreranno in collaborazione con i/le referenti qualità comprensoriali dei 4 comprensori sanitari le segnalazioni anonime entranti, definiranno le azioni di miglioramento sulla base dell'analisi delle cause.

Il Team di analisi CIRS ha concluso una formazione specifica di 2 giorni ad ottobre 2017.

I cosiddetti facilitatori CIRS per i 2 circoli di segnalazione pilota sono stati identificati e formati. Essi hanno il compito di promuovere la segnalazione di eventi critici, formulare misure correttive nonché promuoverne la loro implementazione con l'obiettivo di aumentare la sicurezza del paziente. L'implementazione di azioni di miglioramento a livello aziendale e di reparto/servizio inizierà nel corso del triennio.

## 5. Prevenzione

### 1. Screening

#### 1. Istituzione dello screening aziendale per la diagnosi precoce delle forme dell'ipovisione congenita

Il Piano per il 2017 prevede la definizione di un modello aziendale di svolgimento dello screening neonatale per la diagnosi precoce delle forme di ipovisione congenita 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/Neonatologie 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 super-specialistici di terzo livello.

La priorità per il 2017 è l'estensione dello screening oftalmologico a tutti i punti nascita, ed il monitoraggio dell'adesione 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'adesione 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 alla 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

Direttore della Divisione Oculistica di Bolzano.

#### Relazione 2017

L'esecuzione dello screening oftalmologico del riflesso rosso del fundus è stato eseguito in tutti i punti nascita, utilizzando un modulo aziendale unificato sullo screening neonatale, reso disponibile ai Primari pediatri entro la fine del 2016.

In attesa che sia messo a disposizione dello Screening dell'Ipovisione congenita un software dedicato, in tutti i punti nascita è stato istituito un registro cartaceo, in cui viene riportata una copia del modulo screening compilato.

Tutti i punti nascita hanno elaborato e inviato al Coordinatore dello Screening un report trimestrale. Nel report sono indicati: la percentuale di Screening del Fundus eseguiti sul numero totale delle nascite, il

numero di screening positivi inviati alla consulenza dell'oculista locale, con relativo esito della valutazione. Dato che la percentuale di aderenza allo screening del riflesso rosso in tutti i punti nascita si è stabilmente collocata al di sopra del 95% (obiettivo finale ministeriale), il Coordinatore ha deciso di attuare soltanto due rilevazioni semestrali nel corso del 2018.

Entro il primo semestre 2017 è stato elaborato un percorso guidato unico provinciale che definisce le modalità di esecuzione dello screening. Nel documento sono inoltre definiti i criteri di accesso alla terapia e al follow up presso il centro di riferimento provinciale (Bolzano) per i bambini risultati positivi allo screening. Il documento è stato elaborato da parte dell'Ufficio Qualità nel corso del secondo semestre 2017, ed è ora disponibile.

Nel mese di dicembre 2017 ha avuto luogo una riunione con rappresentanti pediatri di tutti i punti nascita con argomento "esecuzione del riflesso rosso nei neonati". Per l'anno 2018 sono previste nuove iniziative per l'ottimizzazione dei processi coinvolti in questo Screening.

## **2. Integrazione tra i diversi software per lo screening del colon/retto**

Come previsto dal piano provinciale della prevenzione è opportuno procedere ad integrare i diversi software per lo screening del colon-retto in uso nei comprensori sanitari. A tal fine si tratta soprattutto di uniformare nel 2017 i software utilizzati nelle sedi periferiche a quello utilizzato a Bolzano implementato con tutte le informazioni necessarie per la raccolta dei dati dello screening di II livello e del follow-up. Inoltre si prevede anche la compilazione completa e la trasmissione trimestrale dei dati dello screening di II livello. Il controllo della qualità dei dati di screening (valutazione falsi positivi) è una delle attività da sviluppare nel triennio considerato.

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

### **Relazione 2017**

Con la Responsabile scientifica dello screening del colon sono state individuate nel corso del 2017 modalità di implementazione della informazione sullo screening che finiranno di essere realizzate entro la fine del 2018. I dati sulla partecipazione allo screening potranno essere elaborati a partire da Aprile 2018 per consentire il follow up degli invitati degli ultimi mesi del 2017.

Il Software per lo screening è già unico a livello provinciale.

Per la refertazione vengono usati Software differenti.

## **3. Screening della malattia diabetica di tipo 2 per la popolazione residente nel territorio altoatesino**

Il numero delle persone affette da diabete è in costante crescita, al punto che anche le grandi organizzazioni internazionali (OMS, ONU) parlano di epidemia di diabete in atto. In Italia sono circa tre milioni le persone colpite, pari al 5,5% della popolazione complessiva ed una prevalenza è cresciuta del 60% negli ultimi vent'anni.

I casi reali di diabete sono però più numerosi di quelli conosciuti, e si stima che ogni 2-3 persone con diabete ce ne sia una che non sa di essere ammalata, il che porterebbe ad un aumento del 30-60% il numero dei casi noti per avere un'immagine reale della diffusione della malattia. Stime a livello nazionale indicano in oltre 3.000€/anno il costo del paziente diabetico, con una spesa complessiva pari a circa il 9% de bilancio del SSN (Commissione Nazionale Diabete).

Anche la popolazione altoatesina segue questo trend (nel 2014 sono stati 20.479 gli assistiti per questa patologia) e tre quarti delle persone affette da malattia diabetica di tipo 2 soffrono anche di cardiovasculopatia, più di due terzi di ipertensione ed un terzo di dislipidemie.

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 dello screening e decisione rispetto alla attivazione di un secondo ciclo triennale.

### **Responsabile del procedimento**

Staff per lo sviluppo professionale

### **Relazione 2017**

Nell'anno 2017 lo screening della malattia diabetica è stato attivato in base a quanto previsto in corso di progettazione. Nello specifico le attività principali possono essere riassunte nel modo seguente:  
– attivazione della precampagna informativa alla popolazione un mese prima dell'attivazione dello screening attraverso:

- l'esposizione di poster informativi nelle farmacie, negli ambulatori dei MMG, nei luoghi di passaggio degli ospedali
- esposizione di cartoline informative negli stessi luoghi.

– conferenza stampa e relativo comunicato stampa il giorno 25 settembre 2017

– primo invio delle lettere di invito e dei questionari in ottobre 2017 e successivo invio mensile

– lettura elettronica dei questionari restituiti dai cittadini ed invio delle comunicazioni successive relative all'esito del questionario ed ai provvedimenti di promozione della salute da adottare.

Ad oggi non è ancora possibile effettuare una valutazione della percentuale di restituzione e dell'esito dello screening in termini di nuove diagnosi perché il processo non è attivato da un tempo sufficiente per avere un campione rappresentativo.

Questa valutazione sarà intrapresa e continuerà dopo i primi 6 mesi dall'attivazione dello screening.

## **4. Attuazione del "Piano nazionale sulla malattia diabetica"**

Come già detto al punto precedente il numero delle persone affette da diabete è in costante crescita, al punto che anche le grandi organizzazioni internazionali (OMS, ONU) parlano di epidemia di diabete in atto. In Italia sono circa tre milioni le persone colpite, pari al 5,5% della popolazione complessiva e la prevalenza è cresciuta del 60% negli ultimi vent'anni.

Anche la popolazione altoatesina segue questo trend (nel 2014 sono stati 20.479 gli assistiti per questa patologia) e tre quarti delle persone affette da malattia diabetica di tipo 2 soffrono anche di cardiovasculopatia, più di due terzi di ipertensione ed un terzo di dislipidemie.

Il Ministero della Salute ha emanato il "Piano nazionale sulla malattia diabetica" con il quale vuole offrire un indirizzo chiaro e completo rispetto agli obiettivi da perseguire, alle modalità assistenziali da attivare ed al miglioramento da perseguire nell'assistenza diabetologica in Italia.

L'azienda sanitaria dell'Alto Adige presenta attualmente un setting assistenziale disomogeneo e non ha ancora attivato processi assistenziali in linea con quanto previsto nel suddetto piano. In particolar

modo dovranno essere riorganizzati i servizi e gli ambulatori diabetologici e dovrà essere garantito pari accesso al servizio ed uno standard assistenziale omogeneo e rispondente ai requisiti del piano.

#### **Risultati programmati**

Riorganizzazione dei servizi/ambulatori diabetologici ed attuazione del piano nazionale sulla malattia diabetica.

#### **Indicatori di risultato**

2017: Analisi delle criticità presenti e riorganizzazione dei servizi nel rispetto dei requisiti previsti nel piano nazionale sulla malattia diabetica.

2018: Definizione dei processi assistenziali sulla scorta delle indicazioni presenti nel piano nazionale sulla malattia diabetica; attuazione della riorganizzazione programmata nel 2017.

2019: messa a regime dei processi assistenziali programmati nel 2018.

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Sanitaria, Direzione tecnico-assistenziale

#### **Relazione 2017**

L'analisi delle criticità presenti è stata svolta dal tavolo tecnico formato dai diabetologi dei 4 comprensori. È stato deciso di coinvolgere una società esterna (project manager), con compiti di coordinamento e tutoraggio.

I gruppi si sono concentrati su queste tematiche:

1. sulla standardizzazione ed omogeneizzazione dei processi di cura per il DMT1, DMT2 e DM gestazionale
2. sull'accesso e la diffusione delle nuove tecnologie
3. sulla standardizzazione e lo sviluppo di un percorso per la transizione dal diabete pediatrico a quello dell'adulto.

### **5. 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 (comunicativa ed organizzativa).
- 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/adesione 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/adesione 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

#### **Relazione 2017**

Per aumentare l'adesione alla partecipazione allo screening mammografico provinciale, è stata modificata la modalità di invito all'esame preventivo. Tale modalità è già attiva per la popolazione target nei Comprensori Sanitari di Brunico e di Bressanone. Seguiranno Merano entro febbraio e Bolzano entro marzo del 2018. Senza che la donna invitata deve rivolgersi al relativo centro di prenotazione per fissare un appuntamento, nella lettera d'invito viene già indicato data e ora dell'appuntamento per l'esame che, in caso di impossibilità può essere cambiato rivolgendosi al



rispettivo centro di prenotazione. Nell'anno 2018 l'attività di gestione delle liste di lavoro e la gestione di eventuali spostamenti di appuntamento, saranno gestiti dal call-center CUP prevenzione aziendale. Per sensibilizzare ulteriormente l'adesione allo screening mammografico è stata elaborata una brochure informativa sugli obiettivi e le modalità dell'iniziativa, che viene inoltrata alla popolazione target in concomitanza al 1° invito.

## 2. Vaccinazioni

### 1. Infezioni e coperture vaccinali

2017: Entro la fine del 2017, nell'ambito del riordino del dipartimento di prevenzione, eventuale creazione di un unico "Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica". Implementazione della nuova anagrafe vaccinale integrata.

2018: Intensificazione dell'attività vaccinale nei centri vaccinali del SISP in ogni distretto sanitario ed omogeneizzazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività. Migliorare il tasso di copertura vaccinale (p.es. MPR e antiinfluenzale).

2019: Migliorare la comunicazione sulle vaccinazioni rivolta ad operatori sanitari e popolazione ed omogeneizzazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività.

Individuazione soluzione Software ed eventuale stesura procedure di riuso, entro 31/12/2017.

#### Risultati programmati

Miglioramento dell'offerta vaccinale per tutte le fasce di età.

#### Indicatori di risultato

- Creazione del Servizio aziendale di Igiene e sanità pubblica e passaggio delle competenze in tema di vaccinazioni dai medici igienisti distrettuali al Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica ed implementazione della nuova anagrafe vaccinale integrata, entro il 31.12.2017.
- Individuare le modalità operative da unificare ed unificare 70% delle modalità operative individuate, entro il 31.12.2018.
- Strategia di comunicazione sulle vaccinazioni rivolta ad operatori sanitari definita, entro il 31.12.2019.

#### Responsabile del procedimento

Direttrice/Direttore del dipartimento di prevenzione, Direttore del Servizio Igiene e sanità pubblica CS Bressanone

#### Relazione 2017

La proposta per un unico "Servizio aziendale di igiene e sanità pubblica" è contenuta nella proposta delle linee guida del dipartimento di prevenzione, l'implementazione può avvenire in seguito alla relativa deliberazione della Giunta Provinciale.

L'anagrafe vaccinale è stata integrata con CUPP-Prevenzione, adeguamenti necessari in base alla nuova normativa in materia di vaccinazioni obbligatorie sono stati eseguiti.

## 3. Igiene degli alimenti, dietetica e nutrizione clinica

### 1. Riorganizzazione settore sicurezza alimentare

Rafforzamento delle attività di prevenzione nell'ambito della sicurezza alimentare, dietetica e nutrizione clinica: entro la fine del 2017, definire e realizzare il riordino dei servizi deputati alle verifiche di sicurezza alimentare di origine vegetale, dietetica e nutrizione clinica in modo tale da coprire con adeguato organico, le aree funzionali igiene degli alimenti di origine vegetale e delle bevande, igiene della nutrizione e nutrizione clinica. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 4.)

2017: Riorganizzazione - seguendo il previsto iter normativo - del settore sicurezza alimentare dei SISP e dei Servizi di dietetica e nutrizione clinica, creando un servizio aziendale unico di Scienza dell'alimentazione (che comprende le tre unità operative "sicurezza alimentare", "dietetica" e "nutrizione clinica"). Prosecuzione delle azioni previste dal PPP in questo ambito.

2018: Omogeneizzazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività e prosecuzione delle azioni previste dal PPP in questo ambito.

2019: Prosecuzione delle azioni di omogeneizzazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività.

#### Risultati programmati

Creazione del Servizio aziendale di Scienza dell'alimentazione e progressiva omogeneizzazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività messe in atto in precedenza dalle unità operative preesistenti.

#### **Indicatori di risultato**

- È stato creato il Servizio aziendale di Scienza dell'alimentazione, entro il 31.12.2017.
- Individuazione delle modalità operative e di funzionamento delle attività da unificare ed unificazione del 50% delle modalità operative e di funzionamento delle attività di ciascuna delle tre unità operative "sicurezza alimentare", "dietetica" e "nutrizione clinica", entro il 31.12.2018.
- È stato unificato il 80% delle modalità operative e di funzionamento delle attività individuate delle tre unità operative, entro il 31.12.2019.

#### **Responsabile del procedimento**

Direttrice/Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio di nutrizione clinica CS Bolzano

#### **Relazione 2017**

La proposta per un unico "Servizio aziendale di igiene degli alimenti e della nutrizione" è contenuta nella proposta delle linee guida del dipartimento di prevenzione, l'implementazione può avvenire in seguito alla relativa deliberazione della Giunta Provinciale. Per il personale medico è avvenuto un adeguamento delle risorse al fabbisogno di personale nell'ambito del ampliamento della pianta organica dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, le procedure di assunzione dei medici sono avviate.

Per il settore dietetica e nutrizione clinica si prospetta nel prossimo futuro una stretta collaborazione tra i servizi dei quattro comprensori sanitari.

## **6. Ottimizzazione dell'organizzazione e dei processi**

### **1. Chronic Care: rete per persone affette da malattie croniche**

#### **1. Sviluppo Masterplan Chronic Care**

Elaborazione di un masterplan condiviso e trasversale in considerazione del Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 5, entro il 31.12.2017 che persegue il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- sviluppo di un'organizzazione dei servizi sanitari e sociali orientata alle persone ed 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 masterplan dal 2018 – 2020 per le persone affette da malattie croniche.

#### **Risultati programmati**

Elaborazione del masterplan in base agli obiettivi indicati e definizione del piano di implementazione 2018-2020 entro il 31.12.2017

#### **Indicatori di risultato**

- Elaborazione del Masterplan entro il 30.06.2017
- Concertazione del Masterplan e delibera della Direzione aziendale entro il 30.09.2017
- Definizione del piano di implementazione 2018-2020 entro il 31.12.2017
- 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 e gruppo di lavoro con componenti dell'assessorato e dell'Azienda Sanitaria incaricato.

#### **Relazione 2017**

Dal momento che la persona di riferimento dal 01.01.2017 ha assunto l'incarico di direttrice tecnico-assistenziale e il posto dello staff per lo sviluppo organizzativo e dei processi è stato ricoperto

solamente a metà luglio 2017, l'elaborazione del Masterplan Chronic Care ha subito un rinvio temporale. La versione attuale del Masterplan Chronic Care come piano strategico per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da malattie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano è stata inviata all'assessorato alla fine del 2017. La concertazione è in corso. Le prossime tappe per l'attuazione nel 2018 sono state definite.

## 2. Assistenza alle persone fragili, disabili o a rischio

### 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 a 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.

#### Relazione 2017

L'analisi delle linee assistenziali attuali è stata effettuata nell'ambito dell'elaborazione del Masterplan Chronic Care, che affronta non solo l'assistenza alle persone affette da malattie croniche, ma anche delle persone fragili e non autosufficienti e che necessita di una pianificazione socio-sanitaria integrata. Per migliorare la gestione delle dimissioni, il processo è stato analizzato e standardizzato in un gruppo di lavoro multiprofessionale. Per la valutazione della necessità di supporto nella fase post acuta è stata individuata la scala di valutazione BRASS. C'è stata una partecipazione attiva al gruppo di lavoro sulla definizione dei letti di cura intermedia. Gruppi di lavoro comprensoriali e aziendali hanno contribuito all'estensione della rete assistenziale di cure palliative sia per bambini sia per adulti. Per quanto concerne l'attuazione del piano sanitario provinciale 2016-2020 è avvenuta la partecipazione al gruppo di lavoro per l'integrazione socio-sanitaria gestito dall'assessorato.

## 3. Rete per persone con limitazioni cognitive

### 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 provincie e regioni. L'obiettivo è quello di creare una rete socio-sanitaria, di garantire un approccio multiprofessionale e la continuità assistenziale. Deve essere stabilita una linea di assistenza specifica che valga per la medicina generale, i servizi dei distretti, i pronto soccorsi ed 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. Questo deve:

- assicurare ad 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

#### Relazione 2017

Dal momento che la persona di riferimento dal 01.01.2017 ha assunto l'incarico di direttrice tecnico-assistenziale e il posto dello staff per lo sviluppo organizzativo e dei processi è stato ricoperto solamente a metà luglio 2017, l'elaborazione del percorso diagnostico assistenziale ha subito un rinvio temporale. Inoltre, mentre si lavorava sul percorso per la cura integrata delle persone con demenza e dei loro familiari sulla base del Piano nazionale delle Demenze (PND), ci sono state le seguenti novità importanti:

- Sono state inoltrate alla Conferenza unificata per l'approvazione le linee di indirizzo sull'attuazione delle linee guida nazionali sull'assistenza alle persone affette da demenza e sul flusso informativo
- L'Istituto Superiore di Sanità organizza dal 22-26.01.2018 a Roma un corso sulla definizione di percorsi assistenziali destinato a tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza integrata alle persone affette da demenza e nella gestione clinica dei rispettivi servizi

A causa di questi sviluppi, i lavori sul percorso assistenziale integrato sono posticipati di 6 mesi ossia da dicembre 2017 a giugno 2018. Successivamente avverrà la pubblicazione e il pilotaggio del percorso.

## 4. Contenimento dei tempi di attesa

### 1. Sistema RAO

Per il contenimento dei tempi di attesa nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale vengono definite ed 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 urgenti d'intervento sanitario e di 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 adesione prescrittiva ai criteri RAO).

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione sanitaria/NUVAS e Ripartizione prestazioni

#### **Relazione 2017**

Rispetto alle azioni individuate nel primo "Piano per il governo dei tempi d'attesa in Alto Adige 2016-2020" (Piano per il governo dei tempi d'attesa in Alto Adige 2016-2020, allegato prot.n. 130639/2016 del 13.12.2016), è stata elaborata a dicembre 2017 dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera una relazione di dettaglio circa le attività avviate ed implementate nel corso dell'anno 2017.

Nel corso del 2017 e in coerenza con quanto definito nel "Piano per il governo dei tempi d'attesa in Alto Adige 2016-2020" in tema di appropriatezza prescrittiva e criteri RAO, sono stati

1. revisionati ed aggiornati dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera in collaborazione con i referenti clinici i criteri RAO in ambito radiologico e gastroenterologico (limitatamente alle prestazioni di colonscopia e prima visita), sulla base di quanto elaborato da AGENAS a livello nazionale. Tale proposta, trasmessa all'Assessorato alla Salute con lettera prot. 0116313 del 27.10.2017, è in attesa di approvazione con provvedimento di Giunta Provinciale;
2. sono stati organizzati e tenuti dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera eventi formativi specifici sul Piano per il governo dei tempi di attesa, con focus sui nuovi criteri RAO per prestazioni radiologiche, indirizzati ai medici prescrittori, sia ospedalieri che territoriali (MMG e PLS). Nello specifico sono stati organizzati nei mesi di novembre e dicembre 2017 due eventi formativi, rispettivamente a Bolzano e a Bressanone rivolto a medici specialisti ospedalieri, e 2 eventi rispettivamente a Bolzano e a Brunico rivolti ai medici territoriali (Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), in collaborazione con la Società Altoatesina Medicina Generale (SAMG), per garantire una maggiore aderenza prescrittiva ai nuovi criteri RAO. Tali incontri saranno replicati nei comprensori sanitari anche nel corso del 2018.

#### **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 in 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 nel 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 vengono prenotate 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 l'appuntamento successivo)
  - 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 avvengono 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 slot 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. Standardizzazione, a livello aziendale, dei tempi di erogazione e dei contenuti (prestazioni accessorie) per le prime visite sulle seguenti branche specialistiche: dermatologia ed oculistica.

### **Responsabile del procedimento**

Direzione sanitaria - CUP

### **Relazione 2017**

Nel corso del 2017 e in coerenza con quanto definito nel primo "Piano per il governo dei tempi d'attesa in Alto Adige 2016-2020" in tema di appropriatezza erogativa e di governance aziendale della domanda e dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali,

1. è stata attuata la separazione delle agende di prenotazione tra prime visite e visite di controllo per tutte le specialità cliniche in tutti i comprensori sanitari, condizione necessaria per ottimizzare i tempi di attesa. A partire dal 2018 l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali si baserà su criteri aziendali che prevedono la distinzione tra le prestazioni sanitarie individuate come prima visita/prestazione e la visita/prestazione di controllo. Per garantire l'applicazione efficiente delle modalità di prenotazione delle prime visite tramite il CUP provinciale e di conseguenza la visibilità a livello aziendale è stato inoltre definito che i reparti/servizi garantiscano un'offerta ambulatoriale standard distribuita su orientativamente su 52 settimane (obiettivo di budget affidato ai Comprensori sanitari per l'anno 2017).
2. a seguito di numerosi incontri organizzati e coordinati dalla Ripartizione Assistenza Ospedaliera con i referenti clinici sono stati definiti per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, quali la prima visita oculistica e la colonscopia, criteri e standard ambulatoriali aziendali in merito a:
  - o criteri di accesso,
  - o contenuti e regole di codifica della prestazione,
  - o modalità e tempi di programmazione delle agende.

A partire da marzo 2018 la prenotazione della prima visita oculistica e da maggio 2018 la prenotazione della colonscopia (per pazienti esterni), si andranno ad aggiungere all'offerta attualmente prenotabile a livello provinciale (prima visita dermatologica, cardiologica, urologica e ORL). I criteri aziendali (organizzativi e funzionali) per l'oculistica sono stati approvati con delibera aziendale n.8/2018, mentre quelli per la colonscopia saranno approvati nei primi mesi del 2018.

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

### 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 per 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 ed il Servizio informativo per i cittadini con i contenuti sopra indicati.

#### **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

#### **Relazione 2017**

La centrale unica 116117 è stata inserita nel Masterplan Chronic Care per potenziare e armonizzare l'assistenza alle persone affette da malattie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano al fine di migliorare l'assistenza sanitaria primaria e i servizi ai cittadini. Attualmente siamo in attesa dell'attivazione del numero nazionale e delle linee di indirizzo per l'istituzione della centrale unica di chiamate per l'assistenza primaria.

## 6. Profili delle prestazioni

### 1. Definizione del profilo di prestazioni

I pazienti che richiedono un trattamento in regime di ricovero sono assistiti da una rete ospedaliera provinciale – prevista dalla Delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015 – in cui va intensificato il coordinamento delle prestazioni erogate fra le sette sedi ospedaliere dell'Alto Adige, tenendo conto delle esigenze dei pazienti e della responsabilità unificata a livello di Azienda sanitaria.

Il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni funziona in base ad un modello di assistenza sanitaria a più livelli, che distingue fra assistenza di primo livello, assistenza specializzata ed assistenza con trattamenti ad alta complessità. Nell'assistenza di primo livello rientrano le prestazioni che ogni sede ospedaliera deve fornire alla popolazione come livello minimo di assistenza sanitaria. Oltre all'assistenza di primo livello, per ciascuna sede ospedaliera si possono stabilire degli ambiti di specializzazione o di riferimento. Infine, gli interventi ed i trattamenti ad alta complessità sono concentrati primariamente nell'ospedale provinciale di Bolzano, ma ciò non toglie che alcune prestazioni ad alta complessità possano essere localizzate in comprensori sanitari diversi.

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 da tutti gli ospedali e principalmente dall'ospedale di Bolzano al centro di competenza di chirurgia della mano presso l'ospedale di Silandro.

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Sanitaria

#### **Relazione 2017**

Nel corso del 2017 e in coerenza con quanto definito nel Piano Sanitario Provinciale 2016-2020

1. è proseguito il monitoraggio circa il rispetto delle soglie di struttura e professionali per la chirurgia oncologica, secondo quanto definito nella delibera di Giunta Provinciale n. 131/2013 (sistema di credentialing e privileging), con la quale viene stabilito che possono erogare interventi di chirurgia oncologica
  - a. solo le strutture in grado di garantire un volume minimo di interventi chirurgici oncologici annui (soglie di struttura)
  - b. solo i professionisti che garantiscono un definito numero di interventi chirurgici oncologici annui, nominati formalmente dalla Direzione sanitaria aziendale (soglie professionali). Sono state infatti aggiornate le nomine di questi professionisti secondo le indicazioni pervenute dai referenti clinici.
2. È stata elaborata una proposta per il consolidamento presso l'ospedale di Silandro del centro aziendale per la chirurgia della mano, in cui sono stati definiti criteri clinici ed organizzativi per l'invio e la presa in carico dei pazienti. L'implementazione di tale modello a valenza aziendale ha riscontrato nel corso del 2017 alcune difficoltà per la mancata disponibilità di personale medico (è stato possibile garantire la presa in carico dei pazienti inviati solo dall'ospedale di Merano e non dagli altri comprensori sanitari).

## **7. Logistica integrata**

### **1. Elaborazione concetto e piano implementazione 2018 - 2020**

2017:

Unificazione dei magazzini Merano e Bolzano; definizione dei macro-processi aziendali; creazione di un servizio di trasporto aziendale; elaborazione di un concetto per l'aziendalizzazione della gestione degli ausili post-acuti e quelli per invalidi; elaborazione di un concetto di logistica per case di riposo; nomina di un responsabile della logistica integrata aziendale; nomine delle commissioni interdisciplinari per l'armonizzazione dei beni sanitari; nomine a livello aziendale dei responsabili, sia del servizio dei trasporti aziendali che della gestione degli ausili post-acuti ed invalidi. Elaborazione del piano anticorruzione in logistica.

2018:

Armonizzazione dell'anagrafica; consolidamento dei processi ed ottimizzazione/efficientamento della catena logistica; avviamento e gestione critica del sistema logistico afferente al nuovo tratto dell'ospedale di Bolzano; avviamento del servizio aziendale della gestione degli ausili post-acuti ed invalidi; ottimizzazione del sistema logistico per le case di riposo; elaborazione di un concetto per la gestione delle tessere pilota per la prescrizione e somministrazione elettronica dei farmaci nei reparti.

2019:

Inclusione dei comprensori di Bressanone e Brunico nel magazzino centrale; implementazione del concetto di gestione delle tessere; Integrazione di linee nuove e valutazione dell'assistenza vicina al domicilio del paziente; redazione di un business case innovativo per la logistica integrata 2020-2022.

#### **Risultati programmati**

Chiarezza nei processi e responsabilità ed efficientamento, forniture più tempestive.

#### **Indicatori di risultato**

31/12/2017:

Avviato il magazzino centrale per Bolzano e Merano (con staff e mezzi dedicati); manuale dei macro-processi della logistica; avviato (con staff e mezzi dedicati) il servizio di trasporto aziendale; concetto per l'aziendalizzazione della gestione degli ausili post-acuti e quelli per invalidi approvato dalla



direzione aziendale; concetto di logistica per case di rispo approvato dalla direzione aziendale; insediamento del responsabile della logistica integrata aziendale; insediamento delle commissioni interdisciplinari per l'armonizzazione dei beni sanitari; insediamento a livello aziendale dei responsabili sia del servizio dei trasporti aziendali sia della gestione degli ausili post-acuti ed invalidi. Piano anticorruzione in logistica approvato dalla responsabile anticorruzione e, quindi, la direzione aziendale. 31/12/2018:

Anagrafica dei beni sanitari armonizzata e consolidata tra i comprensori di Merano e Bolzano; processi della catena logistica monitorati e valutati dal responsabile della logistica e consolidati nel manuale dei processi della logistica; sistema logistico afferente al nuovo tratto dell'ospedale di Bolzano avviato; servizio aziendale della gestione degli ausili post-acuti ed invalidi avviato e consolidato in un documento programmatico triennale; sistema logistico per le case di rispo rivisto e consolidato in un documento programmatico triennale; concetto per la gestione delle tessere approvato dalla direzione aziendale; avviato il pilota per la prescrizione e somministrazione elettronica dei farmaci nei reparti in un reparto di un ospedale di base e in due reparti di un ospedale aziendale o centrale (preferibilmente medicina e chirurgia).

31/12/2019:

Comprensori di Bressanone e Brunico allacciati nel magazzino centrale; avviata la nuova gestione delle tessere; linee nuove e valutazione dell'assistenza vicina al domicilio del paziente avviate; business case innovativo per la logistica integrata 2020-2022 approvato dalla direzione aziendale.

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione generale

#### **Relazione 2017**

Il progetto di fusione dei magazzini dei comprensori sanitari di Bolzano e Merano è stato interrotto nell'aprile 2017 in attesa dell'arrivo di un responsabile per la logistica aziendale. Fino ad allora, i locali possibili sono stati identificati e sono stati elaborati e predisposti piani per un archivio aziendale ad Ora e un deposito di beni sanitari provinciale, compreso il deposito semi-automatico dei medicinali. La commissione aziendale dei dispositivi medici è stata istituita nella prima metà del 2017, ma non sono state effettuate ancora tutte le nomine necessarie. Gran parte del lavoro sull'armonizzazione delle forniture mediche è stato tuttavia svolto ma non deliberato a causa dei motivi sopra elencati. In previsione del nuovo atto aziendale, è stato interrotto il progetto di standardizzazione dei servizi operativi di trasporto.

Nel 2017 la SAIM ha portato a termine, tra gli altri progetti, l'armonizzazione e la digitalizzazione dei processi di somministrazione degli aiuti per i pazienti post-acuti e invalidi, ad eccezione del comprensorio sanitario di Merano.

## **2. Politiche di acquisto e di governance clinica nell'uso dei dispositivi medici**

Elaborazione del prontuario aziendale del dispositivo medico con conseguente graduale omogeneizzazione e razionalizzazione dell'uso di dispositivi medici attraverso la collaborazione dei referenti tecnici aziendali nelle procedure di gara aziendali e possibile attivazione di nuovi canali distributivi dei dispositivi medici.

#### **Risultati programmati**

Categorie merceologiche inserite nel prontuario

#### **Indicatori di risultato**

2017: Definizione dell'elenco dei beni gestiti in giacenza nel nuovo magazzino unico dei Comprensori di Bolzano e Merano

2018: Definizione del prontuario aziendale per alcune categorie merceologiche di dispositivi medici e corrispondente realizzazione di una «cabina di regia» in ambito sanitario che garantisca a livello aziendale un supporto qualificato dei processi di acquisto di ciascuna di tali categorie merceologiche. Aumento della distribuzione di dispositivi medici attraverso vari canali distributivi (distribuzione diretta e/ distretti sanitari di base e altre possibili alternative), attualmente distribuiti nell'ambito dell'assistenza integrativa attraverso le farmacie convenzionate.

2019: Definizione del prontuario aziendale per ulteriori categorie merceologiche di dispositivi medici e corrispondente realizzazione di una «cabina di regia» in ambito sanitario che garantisca a livello aziendale un supporto qualificato dei processi di acquisto di ciascuna di tali categorie merceologiche

#### **Responsabile del procedimento**

Servizi economali C.S. Bolzano, Dirigenza amministrativa degli ospedali di Merano e Silandro, Responsabile Servizio farmaceutico CS di Merano – Ripartizione Acquisti

## **Relazione 2017**

Durante l'anno 2017 sono stati definiti in base alle attuali liste di magazzino degli economati e delle farmacie di Merano e Bolzano, in gran parte all'interno di gruppi di lavoro costituiti da Key-Users e farmacisti, 9 sotto-prontuari per dispositivi medici suddivisi per CND (Codifica nazionale dispositivi). Sono, inoltre, stati contrassegnati gli articoli che dovrebbero essere in giacenza presso il futuro magazzino unico.

La classifica CND costituisce naturalmente la struttura del tutto, gli articoli stessi sono stati definiti in maniera generica senza nomi commerciali o codici prodotto, per gran parte dei prodotti sono stati stilati in contemporanea anche i relativi capitolati tecnici. In alcuni casi (pannolini, provette...) sono stati utilizzati i capitolati tecnici delle gare aziendali per stilare le liste.

## **8. Lavanderia aziendale**

### **1. Introduzione biancheria piana omogenea e standardizzazione divise**

2017: Passaggio a biancheria piana aziendale e preparazione dell'introduzione delle nuove divise; redazione dei documenti previsti dal contratto di servizio e contratto di affitto.

2018: Implementazione nuove divise aziendali; passaggio al lavanolo ed inclusione del comprensorio di Brunico; acquisizione di nuovi clienti da parte di WABES.

#### **Risultati programmati**

Passaggio al lavanolo, efficientamento di WABES e riduzione dei costi per l'azienda sanitaria

#### **Indicatori di risultato**

31/12/2017: tutti i comprensori – eccetto Brunico – utilizzano la nuova biancheria piana

31/12/2018: tutti i comprensori utilizzano le nuove divise e sono passate al lavanolo; inclusione del comprensorio di Brunico;

31/12/2018: WABES ha ottimizzato la linea di produzione e, grazie a nuovi clienti, hanno aumentato la produzione a 13 t/gg.

#### **Responsabile del procedimento**

Membro aziendale CDA WABES

## **Relazione 2017**

L'elenco unico per la biancheria piana e le divise è stato predisposto. La Wabes Spa ha iniziato i lavori preparativi per l'espletamento delle procedure di approvvigionamento. Nel 2017 è stato presentato ai sindacati il regolamento delle divise.

Il 16 maggio 2018 l'assemblea dei soci ha approvato il programma finanziario ed economico 2019 – 2028 per la conversione al sistema di lava-nolo per l'intera Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Con l'approvazione del programma finanziario ed economico la Wabes Spa deve ancora sottoporre all'Azienda sanitaria un'offerta ufficiale con apposito capitolato d'onere, che definisca in dettaglio la fornitura di biancheria a noleggio. Tale offerta sostituisce risp. integra l'attuale contratto di servizio. I documenti da integrare nel contratto di servizio e noleggio non sono ancora stati consegnati dalla direzione.

Il passaggio a lava-nolo è previsto per aprile 2019 per il comprensorio sanitario di Brunico, poiché l'acquisto definitivo della biancheria da noleggiare e la logistica di distribuzione può essere effettuata appena in seguito alla garanzia del finanziamento.

## **9. Telemedicina**

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

### **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

#### **Relazione 2017**

Nel corso dell'anno 2017 è stato attivato il telemonitoraggio della glicemia, della pressione arteriosa e del peso corporeo ai pazienti reclutati dai MMG che hanno aderito al progetto, come pure il monitoraggio del gruppo di controllo in base a quanto stabilito dal protocollo di intesa con la SAKAM – AcAMG (Südtiroler Akademie für Allgemein Medizin - Accademia Altoatesina di Medicina Generale).

I pazienti tele-monitorati sono residenti nei seguenti distretti sanitari:

- Lana
- Oltradige
- Brunico
- Centro-Piano-Rencio (Bolzano)
- Europa (Bolzano)
- Don Bosco (Bolzano)

- S. Quirino-Gries (Bolzano)
- Merano

Il numero dei pazienti reclutati dai Medici di medicina generale è inferiore alle aspettative e, nonostante veri incontri con i referenti della SAKAM – AcAMG finalizzati a cercare di comprendere le motivazioni ed a superare le attuali criticità, non è stato ancora possibile pervenire ad un numero di pazienti corrispondente alle aspettative.

Ad oggi è possibile riferire che i principali punti di forza del progetto sono costituiti dalla possibilità di coinvolgere attivamente il paziente nel monitoraggio dei suoi parametri a favore della prevenzione delle complicanze, la possibilità di intervenire con un'educazione terapeutica effettuata dagli infermieri che ne hanno curato la presa in carico a livello distrettuale, mentre risulta particolarmente difficile il reclutamento dei Medici di medicina generale nel progetto ed il successivo reclutamento dei pazienti.

## 10. Lean Healthcare

### 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

#### **Relazione 2017**

Il progetto è stato proseguito come pianificato nei Servizi di Pronto Soccorso, nei reparti e negli ambulatori di medicina. Nei reparti e negli ambulatori di chirurgia sono stati formati i membri dei gruppi di progetto e sono state effettuate le analisi dei flussi dei pazienti e le modellizzazioni dei flussi futuri. I risultati dei rispettivi moduli di lavoro sono stati presentati e approvati negli incontri del comitato guida. I prossimi passi di implementazione per il 2018 sono stati approvati.

## 7. Sviluppo del sistema informativo (ICT Masterplan)

### 1. I servizi al cittadino

#### 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

#### **Relazione 2017**

Con delibera della Giunta Provinciale n. 1402, l'obiettivo BSC è stato modificato come segue: realizzazione di un servizio "app" di utilità per il cittadino. La app mobile è stata realizzata con le funzioni richieste. "Notifica delle code di attesa al pronto soccorso; farmacie di turno; medici di turno; contatti; news" sono state implementate ed avviate.

Attualmente ne è pianificato il relaunch: obiettivo è quello di separare chiaramente la pagina istituzionale del portale dalle informazioni sulla salute e dalle campagne di prevenzione, creare l'accesso per determinati gruppi di utenti (ad esempio pazienti cronici) e ridurre nettamente il numero di pagine statiche.

#### 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

#### **Relazione 2017**

La Ripartizione Informatica insieme alla Ripartizione Economico Finanziaria, la Ripartizione per l'assistenza territoriale e il partner tecnologico SAIM hanno attuato l'analisi per l'inserimento dei pagamenti on-line elaborando il corrispondente documento progettuale.

Nel 2018 verrà anche attivato il pagamento on-line per le prestazioni di radiologia e di laboratorio.

### 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

#### **Relazione 2017**

È stata creata la bozza del capitolato. Con i Coordinatori amministrativi responsabili di Comprensorio è stato rilevato in quali ambulatori e punti di contatto con i pazienti sarà necessario introdurre il futuro Patient-Flow-Management. Il gruppo di lavoro è attualmente in fase di formalizzazione ed è stata predisposta una concreta proposta per la gara d'appalto.

### 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 (con approfondimento delle aree critiche in base ai risultati emersi dalla rilevazione 2017)

2019: un sondaggio sulla soddisfazione (con approfondimento delle aree critiche in base ai risultati emersi dalle rilevazioni precedenti)

#### **Indicatori di risultato**

Risultati metodicamente affidabili sulla soddisfazione dei pazienti/utenti

#### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Comunicazione e Uffici Relazioni con il Pubblico

#### **Relazione 2017**

L'indagine sulla soddisfazione generale è stata pianificata e condotta con il supporto metodologico di un'agenzia esterna. I risultati sono stati presentati alla Direzione dell'Azienda.

## 2. Sistema informativo territoriale

### 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

#### **Relazione 2017**

Nella seconda metà del 2017 sono state svolte le seguenti attività:

- Incarico di progetto
- Attivazione del team di progetto
- Attivazione dei gruppi di lavoro
- Kick-Off di progetto
- 30 incontri di analisi organizzativa e di sistema
- Rilevazione dei requisiti hardware e software
- Pianificazione per il 2018
- Elaborazione del piano esecutivo

## 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

### Relazione 2017

L'unificazione dei sistemi presenti si è rilevata più complessa del previsto anche perché sono sopravvenute altre priorità cui la Ripartizione informatica ha dovuto fare fronte per cui non ha potuto dare alla ditta fornitrice del prodotto tutto il supporto necessario per il recupero del pregresso (Brunico e Bressanone) nei tempi previsti. Allo stato attuale sono stati unificate le banche dati di Bolzano Merano e Silandro con l'utilizzo della vecchia versione del programma ed è in corso lo sviluppo della procedura per importare i dati storici di Brunico e di Bressanone con una prima esportazione di test. Al termine andranno definiti gli utenti che dovranno utilizzare il programma TAONET2 a Brunico e Bressanone e si potrà procedere con la pianificazione dei corsi di formazione.

## 3. Il sistema informativo ospedaliero

### 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

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

### Relazione 2017

l'analisi e la realizzazione sono tutt'ora in corso; si parla di introdurlo entro fine anno a Merano, nel 2018 a Bolzano e nel 2019 a Bk e Bx; la nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è, comunque, già stata implementata sui sistemi esistenti (IKIS,SDO\_KEB,MEDARCHIVER) e l'invio di dati corretti sfiora attualmente il 100%.

### 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

### **Relazione 2017**

La sua introduzione è iniziata nelle medicine e nelle chirurgie di Bolzano e Merano.

L'analisi dei requisiti è stata effettuata nei mesi di aprile a giugno in diversi incontri con i rappresentanti utente (medici ed infermieri) identificati dalle direzioni comprensoriali. In seguito alla modifica della piattaforma della Cartella Clinica Ospedaliera Elettronica sono stati effettuati, a partire da agosto, 6 sprint agile di sviluppo per la Cartella Clinica Ospedaliera Elettronica Ambulatoriale con vari referenti prescelti e ulteriori incontri di validazione da parte dei relativi rappresentanti utente. Grazie a questo maggiore impegno di analisi e sviluppo, il Piano di Roll-out ha subito un ritardo di ca. 6 mesi.

### **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

### **Relazione 2017**

Il capitolato/appendice tecnico è stato predisposto.

### **4. Introduzione di un nuovo sistema informatico nel servizio 118**

È necessario implementare un nuovo sistema informativo per garantire una adeguata integrazione con la cartella clinica integrata e la logistica dell'ospedale, garantendo anche una integrazione verso i sistemi terzi delle organizzazioni di soccorso ed emergenza. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 - 2020, capitoli 5. e 12.3.)

#### **Risultati programmati**

- Introduzione di un nuovo sistema informatico

#### **Indicatori di risultato**

- Stesura bando, acquisto servizio e implementazione pilota, entro il 31/12/2017.
- Implementazione, entro il 31/12/2019.

#### **Responsabile del procedimento**

Responsabile Servizio 118 - Ripartizione informatica

### **Relazione 2017**

È stato fatto un'analisi preliminare per unificare i differenti sistemi di gestione dati trasporto EMUR (protocollo trasporto, infermieristico, medico d'urgenza).

È stata richiesta alla ditta fornitrice del sistema digipen (protocollo medico d'urgenza) e del nuovo sistema 112, di presentare il loro sistema e di sviluppare un possibile protocollo di integrazione con il sistema della protezione civile (Intergraph).



Il sistema permette di gestire tutte le attività e dati dell'intervento e di creare il flusso dati richiesto dalla provincia.

## 5. Gestione pasti e diete speciali

In ASDAA sono presenti diversi sistemi per la gestione dei pasti e diete speciali. La strategia aziendale prevede di implementare un sistema unico aziendale.

### Risultati programmati

- Implementazione di un sistema unico aziendale per la gestione dei pasti e diabetologia diete speciali

### Indicatori di risultato

- Richiedere un'offerta alle ditte già presenti in azienda per l'estensione del SW a tutti i comprensori, entro il 31/12/2017.
- Implementazione presso tutti ospedali, entro il 31/12/2018

### Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

### Relazione 2017

Il gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Servizio di nutrizione clinica, infermieri e capi cuochi di quattro comprensori sanitari è stato attivato in ritardo. Esso aveva l'obiettivo di verificare i due sistemi di gestione, ordine e distribuzione pasti per pazienti applicati in Azienda e di scegliere il sistema che meglio soddisfacesse le esigenze aziendali.

In seguito al ritardo insediamento del gruppo di lavoro non è stato ancora possibile pervenire alla scelta.

## 4. Il sistema informativo amministrativo

### 1. Conservazione digitale dei documenti

Il CAD (Codice dell'amministrazione digitale), D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 176, definisce un fondamentale precetto: "Le pubbliche amministrazioni formano gli originali dei propri documenti con mezzi informatici". Al pari dei documenti analogici anche i documenti informatici sono destinati ad essere conservati nel tempo ma, mentre per i documenti analogici le regole di archiviazione sono relativamente semplici, per i documenti informatici sono richiesti "particolari accorgimenti" in grado di garantire, durante l'intero ciclo di gestione degli stessi, il mantenimento del loro valore giuridico e legale.

### Risultati programmati

- Mandare i documenti digitali in conservazione previsti dalla legge

### Indicatori di risultato

- Mandare i referti di radiologia e laboratorio in conservazione, entro il 31/12/2017
- Individuazione dei ulteriori documenti da mandare in conservazione, entro il 31/12/2017
- Mandare ulteriori documenti in conservazione, entro il 31/12/2019

### Responsabile del procedimento

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

### Relazione 2017

I referti di laboratorio e di radiologia firmati digitalmente sono conservati tramite il rispettivo software di gestione. Sono stati inoltre avviati alla conservazione digitale i seguenti documenti: fatture, ordini, delibere ed è stato aumentato il numero dei reparti e dei servizi che utilizzano il software Archiflow di protocollazione, aumentando quindi il numero dei documenti portati automaticamente in conservazione.

Si sta studiando la fattibilità entro il 2019 della digitalizzazione dei seguenti progetti: fascicolo personale con integrazione con il software Archiflow, distribuzione dei presidi e ausili agli assistiti gestita dalla Medicina Legale, prescrizione di farmaci e prestazioni tramite la dematerializzazione delle ricette.

## 2. Workflow Engine e Gestione documentale

Il CAD (Codice dell'amministrazione digitale), D.Lgs. 26 agosto 2016, n. 176, definisce un fondamentale precetto: "Le pubbliche amministrazioni formano gli originali dei propri documenti con mezzi informatici". Al pari dei documenti analogici anche i documenti informatici sono destinati ad essere conservati nel tempo ma, mentre per i documenti analogici le regole di archiviazione sono relativamente semplici, per i documenti informatici sono richiesti "particolari accorgimenti" in grado di garantire, durante l'intero ciclo di gestione degli stessi, il mantenimento del loro valore giuridico e legale.

### Risultati programmati

- Digitalizzazione dei documenti attualmente in forma analogica e formazione degli originali con mezzi informatici

### Indicatori di risultato

- Utilizzo completo del software ARCHIFLOW come gestione documentale e creazione di processi e fascicolo informatici, entro il 31/12/2017
- Analisi e modellazione dei principali processi (derivati dalla certificazione del bilancio), entro il 31/12/2018
- Subentro al bando della Pubblica Amministrazione dell'Alto Adige per il sistema di gestione Workflow EIM (Enterprise Information System) ed implementazione di 3 processi prototipo, entro il 31/12/2019

### Responsabile del procedimento

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

### Relazione 2017

È stato esteso l'utilizzo del software ARCHIFLOW per la gestione documentale a tutti gli uffici amministrativi e tenuti i relativi corsi di formazione. È stato avviato in parte il processo di protocollazione decentrata. È stato spiegato e introdotto il processo di fascicolo informatico.

## 3. Fascicolo Personale

Digitalizzazione del fascicolo personale

### Risultati programmati

- Digitalizzazione del fascicolo personale

### Indicatori di risultato

- Acquisto e messa in funzione del software per la gestione digitale del fascicolo del personale, entro il 31/12/2017
- Dematerializzazione dei fascicoli personale, entro il 31/12/2018

### Responsabile del procedimento

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

### Relazione 2017

È stato acquistato messo in funzione il software per la gestione digitale del fascicolo del personale. Si è partiti in via sperimentale con la gestione dei documenti in formato digitale

## 4. ERP - Enterprise Resource Planning

Il sistema attuale fornito da GPI dovrà essere adattato alle nuove esigenze di integrazione dei sistemi clinici e gestionali. Nell'ambito di omogeneizzazione dei sistemi informativi della intera Pubblica Amministrazione dell'Alto Adige e nel rispetto di un Enterprise Architecture unica, va analizzato il passaggio ad tale soluzione unica. Dopo una primo studio di fattibilità per i moduli CF/CO seguiranno procedure di acquisto ed implementazione.

### Risultati programmati

- Omogeneizzazione ERP per CF/CO della intera Pubblica Amministrazione dell'Alto Adige

### Indicatori di risultato

- Studio di fattibilità, entro il 31/12/2017
- Bando, entro il 31/12/2018
- Analisi ed partenza implementazione, entro il 31/12/2019

### Responsabile del procedimento

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

## **Relazione 2017**

L'adesione alla convenzione CONSIP è stata effettuata.

### **5. Facility Management**

La ripartizione tecnica gestisce un gran numero di impianti ed oggetti tecnologici (assets) a livello aziendale. Per tale gestione è necessario l'implementazione di uno strumento informatico adeguato.

#### **Risultati programmati**

- Implementazione di una piattaforma di gestione asset per la Ripartizione Tecnica

#### **Indicatori di risultato**

- Stesura bando, acquisto servizio di implementazione pilota di una piattaforma di gestione asset per la Ripartizione tecnica, entro il 31/12/2017
- Ampliamento soluzione, entro il 31/12/2018

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

## **Relazione 2017**

È stato scelto il software per la manutenzione ordinaria.

La Provincia Autonoma di Bolzano usa già questa software e anche la nuova clinica di Bolzano sarà implementata con lo stesso software (privato o ospedale). Perciò si aspetta in futuro delle sinergie usando la stessa software sia nell'amministrazione provinciale che anche nell'azienda sanitaria. In quanto durante l'anno si è visto che si deve espletare una gara regolare per l'acquisto del software, la SIAG ha ricevuto l'incarico di procedere con la preparazione della relativa gara. Le informazioni necessarie per la stesura dei capitolati di gara sono state inoltrate alla SIAG e conseguentemente si è dato anche il benestare per la bozza di gara preparata. La gara stessa ancora non è stata pubblicata da parte di SIAG.

### **6. Rilevazione presenze e gestione turni personale**

SP-Expert risulta da tempo lo strumento aziendale per la rilevazione presenze e la gestione turni. Mentre alcuni comprensori utilizzano questo SW già da tempo, altri non sono ancora riusciti a migrare verso questo sistema. I vecchi sistemi devono essere dismessi celermente, perché impegnano ad ora ancora risorse necessarie per la gestione del sistema aziendale.

#### **Risultati programmati**

- Migrare tutti dipendenti all'uso del SW SP-Expert; adattamento Software rilevazione presenze e gestione turni personale

#### **Indicatori di risultato**

- Organizzazione da parte della direzione di comprensorio, affiancata dalla direzione medica e tecnico dirigenziale di una tempestiva informazione del personale medico (in particolare dei direttori di Struttura complessa) e infermieristico (in particolare i coordinatori e responsabili dei servizi) che metta gli stessi nella condizione di percepire la ferma volontà della direzione di comprensorio di sostenere il progetto.  
Formale investitura (lettera di incarico) da parte della direzione di comprensorio che legittimi di fronte ai terzi i responsabili di progetto e attesti in maniera inequivocabile e definitiva l'intenzione di implementare SP-Expert nell'area interessa.  
Messa a disposizione di sufficienti risorse di personale che vanno nominativamente individuate e formalmente incaricate avendo ben presente che la partecipazione al progetto rappresenta, per gli attori coinvolti, un impegno aggiuntivo, che si affianca agli ordinari obblighi istituzionali di ciascuno di essi, entro il 31/12/2017
- Migrazione di tutti dipendenti all'uso del SW SP-Expert, adattamento configurazione e formazione personale, entro il 31/12/2017

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Amministrativa - Ripartizione ICT

## **Relazione 2017**

Si è proseguito a migrare i reparti a Bolzano sul sistema Sp-Expert. Non è stato possibile migrare in toto i medici del comprensorio di Brunico, né del comprensorio di Bolzano a causa di altre priorità sopravvenute ed avallate dai relativi direttori di comprensorio.

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

### 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

#### Relazione 2017

Il modulo PSM, nel corso del 2017, è stato diffuso presso gli ospedali di Bolzano, Merano e Silandro in tutti i reparti e servizi ospedalieri che generavano ricette rosse secondo un preciso calendario che prevedeva corsi e affiancamenti da parte di personale della ripartizione informatica e del partner tecnologico. Allo stato attuale sono ancora in corso delle migliorie al software in modo da facilitarne ulteriormente l'utilizzo a seconda dell'organizzazione interna.

### 2. Business Continuity

L'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) prevede una drastica riduzione dei Datacenter a livello nazionale. La Provincia Autonoma di Bolzano, seguendo queste indicazioni implementa un unico Datacenter distribuito, ove presso l'ospedale di Brunico è destinato l'implementazione del sito di Disaster Recovery.

#### Risultati programmati

- Implementazione di un centro per il Disaster Recovery presso l'ospedale di Brunico (infrastruttura e parti attive)

#### Indicatori di risultato

- Predisposizione documentazione per finanziamento FESR per gara per l'infrastruttura (BSC solo Ripartizione Tecnica Brunico) , entro il 31/12/2017
- Verifica rispetto tempistiche pianificate in FESR, entro il 31/12/2018
- Collaudo infrastruttura e predisposizione regolamenti gestione infrastruttura del sito DR, entro il 31/12/2019

#### Responsabile del procedimento

Direttore Ripartizione Informatica

#### Relazione 2017

La Ripartizione Tecnica di Brunico è in fase di verifica del progetto esecutivo per l'infrastruttura. Entro giugno 2018 sarà pubblicata la gara relativa.

### 3. Data Warehouse

Piattaforma unica integrata in grado di soddisfare tutte le richieste di „business intelligence“ aziendale e creazione diretta dei flussi informativi verso la provincia ed il ministero

Definizione delle prime implementazioni

Verifica completezza delle informazioni e carico dati nella struttura unica

Contemporanea dismissione degli attuali servizi non più utilizzati, sia software che hardware.

#### Risultati programmati

2017: Definizione delle prime implementazioni. Verifica completezza delle informazioni e carico dati nella struttura unica. Contemporanea dismissione degli attuali servizi non più utilizzati, sia software che hardware.

2018: Prosecuzione implementazioni su nuovo sistema DHW. Creazione primi flussi da DWH unico.

2019: Prosecuzione implementazioni su nuovo sistema DHW e conclusione dalla parte di integrazione e creazione flussi prevista nel progetto

#### **Indicatori di risultato**

- Creazione di un data warehouse unico e condiviso per Azienda Sanitaria e Ripartizione Sanità.
- Sfruttare il già esistente data warehouse della Ripartizione Sanità.
- Estenderne le funzionalità e le aree dati al fine di soddisfare anche le specifiche esigenze.
- Il sistema sarà fruibile sia da rete aziendale che in mobilità.
- Saranno disponibili anche dashboard e reportistica in formato PDF.

#### **Responsabile del procedimento**

Controllo di gestione – Ripartizione ICT

#### **Relazione 2017**

SIAG ha predisposto l'infrastruttura tecnologica necessaria per rendere fruibili attraverso il nuovo punto d'accesso <https://bi.prov.bz.it> tutte le attuali applicazioni Business Intelligence-Qlikview di ASDAA, questo ha permesso di dismettere i servizi di pubblicazione ad ASDAA.

Sono state analizzate le varie fonti dati, tra queste, sono stati individuati i dati SDO (scheda di dimissione ospedaliera) come primo target da implementare nella nuova struttura Data Warehouse e rendere disponibili i relativi report attraverso il nuovo portale di Business Intelligence SIVAS-SABES. A questo scopo sono stati validati i controlli e gli indicatori attualmente disponibili nei report della Ripartizione Sanità. Inoltre è stata definita una nuova modalità di aggiornamento della fonte dati SDO ed è stata attivata la pubblicazione dei report precedentemente citati.

## **6. Flussi dati**

### **1. ADT N-SDO**

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 e implementazione di rispettivo flusso N-SDO.

#### **Risultati programmati**

- Completezza invio flusso N-SDO (Nuova scheda di dimissione ospedaliera)

#### **Indicatori di risultato**

- Rapporto tra casi osservati/casi attesi N-SDO > 90% e chiusura della cartella clinica – SDO al momento della dimissione del paziente. Adozione del provvedimento relativo alle modifiche sul tracciato e sul gestionale del 118, entro il 31/12/2017.

#### **Responsabile del procedimento**

Direzione Sanitaria - Ripartizione ICT

#### **Relazione 2017 – in attesa di dati da Dott.ssa Melani**

Il tasso di copertura N-SDO" degli ospedali pubblici supera il 99%."

### **2. Tracciatura completa del farmaco e dispositivo**

Uno degli obiettivi strategici della tracciatura del farmaco è il monitoraggio del ciclo di vita del farmaco e dell'impiego di medicinali, avente le seguenti finalità principali:

- Ricondurre ad unitarietà e rendere tracciabile il processo relativo al ciclo di vita del farmaco, anche mediante la creazione di un'anagrafe unica, certa, completa, flessibile ed aggiornata dei medicinali;
- Collegare i dati di utilizzo dei medicinali all'assistito.

#### **Risultati programmati**

Completa ed esaustiva compilazione del file F per pazienti extraprovinciali.

#### **Indicatori di risultato**

- Compilazione del file F per ogni prodotto farmaceutico dispensato in regime ambulatoriale o di ricovero a favore di pazienti non residenti.
- Svolgimento di controlli incrociati tra prestazioni da erogare a favore di pazienti non residenti e presenza di relativi prodotti farmaceutici nel file F (controllo puntuale sull'intero anno solare). Corrispondenza >95%

#### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Controllo di Gestione

## **Relazione 2017**

Nell'anno 2017 sono state gettate tutte le basi per la compilazione sistematica e completa del file F per tutti gli ambiti previsti dal relativo decreto definendo una relativa procedura. A questo scopo in un gruppo di lavoro multiprofessionale costituito da farmacisti, rappresentanti delle direzioni mediche, del controllo di gestione e della ripartizione informatica sono state analizzate tutte le diverse situazioni in cui è possibile e necessaria la rilevazione del consumo di farmaci di pazienti fuori provincia ai fini del rimborso da parte della regione di provenienza del paziente e definite le fonti informative attualmente a disposizione dalle quali è possibile estrarre il dato richiesto.

Inoltre, vista la situazione informatica eterogenea nei vari comprensori, sono stati fatti degli incontri con SIAG al fine di prevedere nella futura cartella clinica la possibilità di estrarre le informazioni necessarie in maniera più agevole rispetto alla situazione attuale.

Parallelamente sono state organizzate delle riunioni con gli esponenti dell'assessorato coinvolti in materia di File F in cui sono stati previsti e successivamente eseguiti controlli di qualità sistematici congiunti tra assessorato e azienda sia sul dato fornito da parte dell'azienda sanitaria che quello delle aziende fornitrici.

Di conseguenza sono stati rilevati i dati del file F in maniera più esaustiva possibile con i sistemi informativi attualmente disponibili secondo la procedura elaborata. In tutte le situazioni in cui non era possibile la rilevazione tramite banche dati è stato fatto ricorso alla rilevazione manuale.

### **3. Flusso MRA (Monitoraggio Rete di Assistenza)**

Si tratta di rilevare la struttura anagrafica per singolo erogatore di prestazioni sanitarie pubblici e privati accreditati e/o convenzionati. Il decreto ministeriale è in fase di approvazione.

#### **Risultati programmati**

2017: Esecuzione lavori di preparazione (software e mappatura servizi)

2018: Avvio flusso MRA

#### **Indicatori di risultato**

2017: completezza struttura anagrafica degli erogatori di prestazioni sanitarie

#### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Controllo di gestione – Ripartizione Prestazioni

## **Relazione 2017**

Il decreto ministeriale necessario per mettere a regime il sistema per la rilevazione delle strutture anagrafiche dei singoli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici, privati accreditati e/o convenzionati nella PAB (progetto "MRA") non è ancora stato approvato.

L'azienda attende nuove informazioni da parte del Ministero della Salute per poter iniziare con i lavori preparatori.

## **8. Sviluppo della cultura aziendale**

### **1. Strategia della comunicazione**

#### **1. Sviluppo della cultura aziendale**

L'Azienda sanitaria si trova in un processo di profondo cambiamento. Per pianificare, controllare e comunicare con successo è necessario lavorare sulle misure strutturali e strategiche, su una cultura operativa uniforme a livello provinciale che prevede un quadro chiaro della futura Azienda, che promuove la motivazione del personale e che comporta l'apertura e il cambiamento. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 12.4.)

Lo sviluppo della cultura aziendale può contare su dei punti d'incontro che sono stati sviluppati nei convegni di Bad Bachgart, come p.e. "Vision", "cultura della fiducia" e "ruolo dei medici". Utilizza i risultati dell'"analisi culturale", commissionata dalla Direzione aziendale. Incorpora i suggerimenti del "gruppo di risonanza" e "Steering Committee".

A causa della complessità del progetto, nel 2017 sarà sviluppato il concetto che verrà implementato negli anni 2018-2019.

## **Risultati programmati**

Il Piano triennale di sviluppo della cultura aziendale è stato elaborato e le misure sono state realizzate.

### **Indicatori di risultato**

2017: Elaborazione di un concetto per lo sviluppo della cultura aziendale

2018 - 2019: Implementazione

### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Comunicazione - Direttori aziendali (DS, DTA, DA)

## **Relazione 2017**

È stato elaborato il concetto per il piano triennale. In occasione di diversi incontri (04.09.2017; 11.12.2017) è stato presentato alla Direzione.

Per il 2017 sono stati implementati i seguenti quickwins (misure per il 2017):

- a) Elaborazione di visione, missione, valori e slogan aziendale

Nei mesi di maggio-agosto 2017 il gruppo di lavoro ha sviluppato gli elementi centrali di management "normativo", vale a dire missione, visione, valori e slogan aziendale. Ciò è avvenuto durante diversi workshops e attraverso la raccolta di numerosi feedback (ad esempio tramite l'intranet di SABES). Inoltre, le esperienze interne già esistenti (processo Leitbild nei CS di Merano e Bressanone) per quanto possibile sono state valutate e incluse. Gli elementi sviluppati saranno incorporati come introduzione all'Atto aziendale che in queste settimane è in fase di predisposizione come delibera.

- b) Roadshow Sabes 007 (vedi 8.1.2)

- c) La buona interazione tra la Direzione aziendale e i Direttori comprensoriali è stata riconosciuta, nelle varie analisi, come fondamentale per lo sviluppo della cultura aziendale e delle strategie di gestione. Nell'Atto aziendale è necessario definire chiaramente l'interazione tra i Comprensori e le funzioni aziendali e fornire i punti essenziali per assicurare che l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige sia, da un lato, ben posizionata dal punto di vista organizzativo e, dall'altra parte, che vengano fornite la stessa qualità e le stesse prestazioni a tutte le cittadine e tutti i cittadini nonché alle collaboratrici e ai collaboratori della provincia.

In questo processo di sviluppo della cultura aziendale, che si è tenuto nel 2017, ci si è posti l'obiettivo che la Direzione aziendale e i Direttori comprensoriali crescano ancora di più insieme come Consiglio gestionale strategico di SABES. Sono stati definiti con maggiore chiarezza i ruoli, le funzioni e i poteri delegati, nonché i contenuti dell'Atto aziendale. Per questo motivo i membri del comitato esecutivo, sotto una guida ed una supervisione esterna, si sono incontrati a porte chiuse per definire la linea di condotta.

## **2. "10 anni ASDAA"**

Alla data del 01/01/2017, l'Azienda sanitaria unica compie 10 anni. Per la fine del 2016/inizio 2017 sono inoltre previsti 2 importanti interventi da parte del legislatore provinciale: il Piano sanitario 2017-2019 e la revisione della Legge provinciale n. 7/2001 "Riorganizzazione del servizio sanitario".

È questo il contesto nel quale organizzare incontri per riflettere comunemente: Cosa siamo riusciti a raggiungere? Dove stiamo andando? Dove dovremmo migliorare? Di cosa possiamo essere orgogliosi? Gli eventi per il personale sono momenti di scambio e feedback ("show").

Gli eventi organizzati in occasione del "giubileo" puntano principalmente sullo sviluppo dell'immagine comune della futura azienda e al superamento di conflitti e "ferite".

### **Risultati programmati**

Le attività sono state svolte.

### **Indicatori di risultato**

2017: Programmazione, implementazione e presentazione di misure per celebrare l'anniversario ASDAA

2018: Evaluazione degli eventi

2019: Ancora da definire

### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Comunicazione, Ripartizione Personale, Direttori di Direzione aziendale, Direttori di comprensorio

## **Relazione 2017**

In ciascuno dei sette ospedali altoatesini si è svolto un evento organizzato dalla ripartizione Comunicazione in stretta collaborazione con i Comprensori sanitari. Incorporata in un programma di contorno, per ogni evento, c'erano un'intervista sul palco o la conferenza di un personaggio di spicco del mondo dello sport, dell'economia o della cultura. L'idea di base: tutti i relatori hanno intrapreso un

percorso speciale nella propria vita e tutti sono riusciti, anche in condizioni difficili, a non perdere la motivazione e la gioia per quel che stavano facendo. Il motto era "lasciatevi ispirare". Ognuna delle sette serate si è conclusa con un conviviale get-together durante il quale le collaboratrici ed i collaboratori potevano conversare in merito a quello che avevano appena ascoltato.

Gli eventi si sono svolti nelle seguenti serate e con i seguenti ospiti: 18.9.2017 a San Candido con Erwin Brunner, da lungo tempo caporedattore della rivista ZEIT ed ex caporedattore del National Geographic Germania; 19.9.2017 a Vipiteno con Alex Schwazer, pluripremiato campione europeo e campione olimpico nella marcia nonché accusato di doping; 20.9.2017 a Merano con Armin Zöggeler, due volte campione olimpico, sei volte campione del mondo di slittino; 21.9.2017 a Silandro con Ulrich Wallnöfer, imprenditore di successo e uno dei fondatori di "Pur Südtirol"; 25.9.2017 a Bressanone con Christian Welponer, sopravvissuto ad una valanga e giornalista; 26.9.2017 a Brunico con Monika Niederstätter, psicologa sportiva, mental coach e pluricampionessa italiana nonché due volte olimpionica; 27.9.2017 a Bolzano con una serata dedicata a "Sanità e mass-media", tavola rotonda con sette caporedattori altoatesini.

L'evento conclusivo del Tour SABES 007 si è svolto l'11 ottobre 2017 al Messner Mountain Museum di Castel Firmiano. La relatrice era Nives Meroi, la seconda donna al mondo a scalare tutti e 14 gli ottomila senza l'aiuto di bombole d'ossigeno. La visita gratuita del MMM per i dipendenti faceva parte del programma di contorno della serata.

Complessivamente circa 1.000 dipendenti hanno preso parte agli otto eventi della serie. Il messaggio "Noi siamo un'Azienda" è stato comunicato in modo chiaro grazie alla serie di eventi SABES 007 ed è stato recepito anche dai partecipanti.

SABES 007 può essere visto come un input verso un percorso che culminerà in una comune cultura aziendale di SABES.

### 3. Elaborazione di un concetto di utilizzo del network sociale Yammer

Yammer è una piattaforma per le aziende nel settore dei social media. I dipendenti possono scambiare opinioni tra loro, discutere e condividere notizie aziendali. Un'analisi dettagliata porta ad un concetto che definisce standards, policy e modalità di attuazione.

#### Risultati programmati

Yammer supporta lo scambio interno e favorisce l'integrazione dei Comprensori sanitari nonché l'identificazione con l'Azienda sanitaria.

#### Indicatori di risultato

2017: Il concetto è elaborato

2018: Yammer è implementato

2019: Review (vantaggi, svantaggi)

#### Responsabile del procedimento

Ripartizione Comunicazione, Ripartizione Personale

#### Relazione 2017

L'analisi della piattaforma Yammer ha rivelato notevoli dubbi sulla sensatezza della sua capillare introduzione, considerato che Sharepoint è già in uso. Inoltre, Yammer è difficilmente utilizzabile a causa della conversione di solo pochi ambiti dell'Azienda sanitaria a Office365, in alcuni settori sono comunque già state raccolte le prime esperienze. Attualmente la necessità di una piattaforma aggiuntiva sembra bassa.

## 2. Comunicazione su tematiche della salute

### 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

**Relazione 2017**

L'attuazione di questo progetto di lavoro dipendeva fortemente dalle condizioni quadro di regolamentazione. Entrambe le relative leggi provinciali 03/2017 e 04/2018 sono state adottate con ritardo ed anche il nuovo organigramma amministrativo dell'Azienda non è stato approvato. Per questi motivi il piano di lavoro è stato rinviato.

## 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

**Relazione 2017**

La collaborazione tra Ripartizione Comunicazione e Dipartimento di Prevenzione è stata rafforzata durante l'anno 2017. Le iniziative di comunicazione e promozione della salute previste dal Piano provinciale di prevenzione sono state in gran parte realizzate. In seguito alle numerose strategie e campagne di comunicazione in ambito vaccinale, necessarie in base alle nuove disposizioni normative sui vaccini obbligatori, non è stato elaborato un modello organizzativo condiviso per la pianificazione, il governo e l'implementazione coordinata delle iniziative di comunicazione e promozione della salute previste dal Piano provinciale di prevenzione. Nel 2018 è previsto l'avvio dell'elaborazione del nuovo Piano provinciale di prevenzione 2020-2025, ed è indicata l'elaborazione di un piano di comunicazione per questo nuovo Piano di prevenzione.

## 3. Realizzazione di campagne informative e comunicative in tema vaccinazione

L'Azienda sanitaria intende coordinare ed integrare le varie campagne informative e comunicative in tema di vaccinazione, per sfruttare sinergie ed aumentare l'efficacia. Inoltre, l'Azienda intende posizionarsi come "leader tematico" in questo ambito. Per l'implementazione delle campagne in tema di vaccinazione in modo coordinato e strutturato è necessario disporre di un partner esterno, anche in una prospettiva pluriennale. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 - 2020, capitolo 4.)

**Risultati programmati**

La realizzazione di campagne informative e comunicative in tema vaccinazione avviene in modo strutturato e coordinato. Verranno considerati testimonials di alcuni medici ed infermieri.

**Indicatori di risultato**

2017: Definizione capitolato e gara d'appalto a ditta esterna.

2018-2019: Implementazione condivisa della campagna in tema di vaccinazioni.

**Responsabile del procedimento**

Ripartizione Comunicazione, Dipartimento Prevenzione, Ripartizione Economato CS Bolzano

**Relazione 2017**

La legge statale n. 119, approvata dal Parlamento italiano il 31 luglio scorso, prevede dieci vaccinazioni obbligatorie per bambini e adolescenti. Questo cambiamento di legge – nonostante i tempi molto stretti – è stato gestito molto bene dal punto di vista operativo.

A settembre si sono svolti sei eventi informativi e un corso di formazione per il personale sanitario, lo sviluppo grafico della relativa campagna è stato dato in gestione ad una ditta esterna. Questa campagna potrà continuare a fungere anche in futuro come "umbrella campaign". La campagna con testimonials prevedeva inserzioni stampate e online, oltre che esposizione su spazi pubblicitari (treni, autobus ...). Inoltre, da giugno 2017, è stato portato avanti uno specifico lavoro con la stampa ed è stata aperta una pagina Facebook.

### 3. Piano triennale per l'anticorruzione e della trasparenza 2017 – 2019

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante „Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, dispone la creazione di un sistema di prevenzione che interessa sia il livello nazionale, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) predisposto dal D.F.P. e approvato dalla C.I.V.I.T. il 11.09.2013, sia il livello decentrato ossia ogni amministrazione pubblica, amministrazioni delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e degli enti locali, nonché degli enti pubblici, che sono tenute ad adottare il proprio Piano di Prevenzione Triennale della Corruzione (P.T.P.C.).

Il primo piano per il periodo 2014-2016 è stato adottato con deliberazione n. 37 del 25.02.1014 ed è stato sottoposto ad aggiornamento per l'anno 2015. Il piano triennale riguardava il periodo triennale 2015-2017. Questo piano ogni anno deve essere aggiornato tenendo conto dello sviluppo aziendale e normativo e quindi adottato con deliberazione. Inoltre devono essere svolte attività di monitoraggio.

#### 1. Rielaborazione annuale del piano triennale per prevenire la corruzione

2017: Rielaborazione annuale del piano triennale per prevenire la corruzione.

2018-2019: implementazione ed adattamento annuale.

Da quando sussiste l'obbligo di redigere un piano triennale per la prevenzione della corruzione ogni anno sono stati elaborati gli aggiornamenti. Inoltre sono state mappate le aree da rischio come previsto dalla legge e dall'ANAC e svolti i monitoraggi.

**Risultati programmati**

Adempimento puntuale dell'obbligo annuale di aggiornare il piano

**Indicatori di risultato**

2017 Stesura di una bozza completa

2018 Adozione con delibera del piano entro il 31/01/2018

2017/2018 Relazione annuale del Responsabile di Anticorruzione e Trasparenza (RCPT) di regola entro il 15/12/2017 spesso rinviato da parte dell'ANAC a gennaio dell'anno successivo

**Responsabile del procedimento**

Responsabile di Anticorruzione e Trasparenza (RCPT)

**Relazione 2017**

Il Responsabile di Anticorruzione e Trasparenza (RPCT) aziendale ha condotto nell'anno 2017 tutte le mappature e i controlli in ambito anticorruzione e trasparenza, in modo da poter elaborare tempestivamente una proposta completa di aggiornamento (piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza) e da presentarla ancora nel mese di dicembre 2017 al Direttore Generale. Inoltre, come risulta previsto, nell'ambito della seconda giornata della Trasparenza, che ha avuto luogo il 04.12.2017, il RPCT ha presentato agli stakeholder le novità del piano triennale 2018-2020, concedendo loro la possibilità di visionare tra il 15.01.2018 e il 20.01.2018 la proposta di nuovo piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018 – 2020. Tali informazioni sono state comunicate tramite portale ECM e sulla pagina Internet aziendale [www.asdaa.it](http://www.asdaa.it) nella sezione dedicata. Il RPCT ha predisposto tempestivamente la delibera di approvazione col piano e i relativi allegati. Di

conseguenza il piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza potrà venire approvato dal Direttore Generale nella seduta del 30.01.2018. Il RPCT ha pure regolarmente predisposto la relazione annuale, inviandone una corrispondente proposta alla Direzione Generale nel mese di dicembre. I compiti descritti sono stati portati a termine dai competenti Collaboratori.

## 4. Privacy

### 1. Adeguamento del sistema di Privacy

Alla luce delle misure di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679, l'Azienda dovrà adottare un vero e proprio sistema organizzativo di tutela della privacy, ovvero adottare tutte le misure tecniche ed organizzative, necessarie a garantire la tenuta in sicurezza e la protezione dei dati personali nell'ottica del Privacy by design, Privacy by default, Accountability.

2017-2018: Entro maggio del 2018 l'Azienda Sanitaria dovrà mettere in atto tutta una serie di attività per adeguarsi a quanto prevede il Regolamento Europeo sopra citato. Entro la fine del 2017 verrà pertanto presentato un programma di adeguamento con relativo avvio dello stesso;

**Risultati programmati:**

presentazione di un programma di adeguamento con relativo avvio dello stesso

**Indicatori di risultato:**

realizzazione del Programma con avvio dello stesso a partire dal 2017.

**Responsabile del procedimento:**

Direzione Amministrativa Ripartizione Affari Generali - Referente aziendale Privacy

### Relazione 2017

“Con l’entrata in vigore del Regolamento Europeo n. 2016/679 in materia di protezione dei dati, l'Azienda Sanitaria dovrà adottare un vero e proprio sistema organizzativo di tutela della privacy, ovvero adottare tutte le misure tecniche ed organizzative, necessarie a garantire la tenuta in sicurezza e la protezione dei dati personali nell'ottica del Privacy by design, Privacy by default, Accountability.

L’Autorità Garante per la privacy ha individuato le priorità per le Amministrazioni pubbliche ovvero:

- la designazione del Responsabile della protezione dei dati – RPD (artt. 37-39);
- l’istituzione del Registro delle attività di trattamento (art. 30 e cons. 171);
- la notifica delle violazioni dei dati personali (cd. Data Breach, art. 33 e 34).

L’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige ha designato nel luglio del 2017 il Responsabile della protezione dei dati – RPD (cosiddetto Data Protection Officer ovvero DPO).

La Referente Aziendale privacy ha provveduto ad elaborare un Progetto Privacy che è stato oggetto di riesame con il DPO nonché relativa sottoposizione dello stesso all’attenzione della Direzione Aziendale. Nel progetto privacy, le cui attività di fatto sono già state avviate nel 2016 tramite l’attività di mappatura dei trattamenti dei dati in vista della realizzazione del Registro delle attività di trattamento nonché tramite l’adozione del Piano Operativo Privacy (delibera aziendale nr. 334/2016), è stato definito un cronoprogramma che mira a realizzare l’adeguamento del sistema privacy, così come previsto.

In un’ottica di responsabilizzazione (accountability) e di creazione di un’infrastruttura privacy aziendale è stato predisposto il Regolamento privacy aziendale (Delibera Nr. 46/2018).

### 2. Aggiornamento della rilevazione dei dati

In vista della realizzazione del Registro di attività di trattamento previsto dall'art. 30 del Regolamento Europeo n. 2016/679, nel rispetto delle previsioni di cui agli articoli 29-30 del D.lgs n. 196/2006 e del provvedimento dell'Autorità Garante in tema di amministratori di sistema, l'Azienda procederà all'aggiornamento del censimento dei dati.

2017-2018: Aggiornamento censimento dei dati con relativa codifica dei trattamenti e creazione del Registro dei trattamenti, nonché aggiornamento nomine Responsabili-Incaricati del trattamento dei dati e degli amministratori di sistema, con periodico (a partire dal 2019) aggiornamento del censimento dei dati (del Registro dei trattamenti) e delle nomine dei responsabili ed incaricati del trattamento così come degli amministratori di sistema; Evoluzione del monitoraggio-accountability-systems (anche nell’ambito dei responsabili esterni per l’elaborazione dei dati)

**Risultati programmati:**

Registro dei trattamenti dei dati, Data Base delle responsabilità

**Indicatori di risultato:**

Registro dei trattamenti dei dati e Data Base delle responsabilità completo

**Responsabile del procedimento:**

Direzione Amministrativa Ripartizione Affari Generali -Referente aziendale Privacy

**Relazione 2017**

In vista della realizzazione del Registro di attività di trattamento previsto dall'art. 30 del Regolamento Europeo n. 2016/679, l'Azienda ha sostanzialmente terminato il censimento dei dati. È stata avviata la compilazione delle tabelle per singolo reparto/servizio a cui seguirà entro il 25/05/2018 rispettivamente la relativa codifica dei trattamenti e predisposizione del registro dei trattamenti dei dati di cui sopra. Ultimata la codifica e alla luce di quanto previsto nel regolamento privacy aziendale (delibera nr. 46/2018) si provvederà ad aggiornare entro fine 2018 tutte le nomine privacy che allo stato attuale sono state aggiornate per gli amministratori di sistema.

Con la ripartizione informatica si è attivato quanto necessario onde poter usufruire di un registro dei trattamenti con formato elettronico.

## 5. Cure basate sulla relazione - Relationship based Care

### 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

**Relazione 2017**

Il documento di base per l'implementazione dell'assistenza basata sulla relazione è stato elaborato da un gruppo di lavoro aziendale e presentato e approvato il 20.12.2017 nella riunione della Direzione e delle dirigenze tecnico-assistenziali. E' stato organizzato il seminario Leading an Empowered Organization (LEO) in collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) di Bellinzona nell'agosto 2018 come base 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).

## 9. Sviluppo del personale e delle competenze

### 1. Definizione di un concetto integrato per lo sviluppo del personale

#### 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, mirata ai gruppi target e rappresentativa dell'azienda.
- 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

#### **Relazione 2017**

E' stato definito un concetto integrato per lo sviluppo del personale. Sono stati altresì elaborati un masterplan ed un piano d'implementazione triennale 2018-2020 in tale ambito. L'attuazione nel dettaglio sia per quanto riguarda il concetto per lo sviluppo del personale che il piano d'attuazione sono ancora da concordare con gli organi competenti e da approvare definitivamente.

## **2. Sviluppo delle competenze professionali**

Lo sviluppo del personale presuppone varie attività tra cui anche lo sviluppo delle competenze dei singoli professionisti al fine di supportarli nell'affrontare i cambiamenti nei bisogni di salute della popolazione, i cambiamenti nei modelli assistenziali ed organizzativi, le nuove tecnologie, le nuove sfide della sanità.

Risulta fondamentale chiedersi e comprendere quali siano le competenze attese per i vari profili professionali, per le varie posizioni nell'organizzazione e nei diversi luoghi di lavoro in virtù del cambiamento che sta avvenendo (ad esempio l'introduzione di una tecnologia nuova, l'apertura di un servizio, un nuovo modello organizzativo) ed offrire uno strumento di assessment delle competenze stesse che permetta di identificare gli ambiti di sviluppo professionale su cui il singolo si dovrà impegnare e nei confronti dei quali l'Azienda sanitaria promuoverà iniziative di aggiornamento professionale.

### **1. Identificazione delle competenze attese**

Nel 2015 è stato intrapreso e condotto un progetto finalizzato a identificare le competenze attese in determinati ambiti professionali. Il progetto deve proseguire ed estendere il sistema ad altri settori operativi/professionisti.

#### **Risultati programmati**

- Identificazione delle competenze attese per i professionisti nei diversi settori operativi al fine dell'assessment individuale e da parte del diretto superiore delle stesse e della successiva pianificazione del dossier formativo individuale e di team

#### **Indicatori di risultato**

2017: identificazione delle competenze attese per collaboratori e le collaboratrici operanti nei diversi laboratori (professione: tecnico di laboratorio biomedico).

2018: estensione del progetto in altri ambiti operativi e per ulteriori professionisti.

2019: estensione del progetto in altri ambiti operativi e per ulteriori professionisti.

#### **Responsabile del procedimento**

Staff per lo sviluppo professionale

#### **Relazione 2017**

Nel corso dell'anno 2017 sono stati costituiti gruppi di lavoro intra-professionali che hanno identificato le competenze attese:

- del tecnico sanitario di laboratorio biomedico operante:
  - in anatomia patologica o nel centro trasfusionale
  - nel laboratorio di analisi
  - nel laboratorio di microbiologia e virologia
  - nei servizi di allestimenti farmaci
- dell'infermiere/a operante nel reparto di Ematologia
- dell'infermiere/a operante nel day hospital ematologico
- dell'infermiere/a operante nel day surgery

Sulla scorta delle competenze identificate nel 2018 sarà attivato l'assessment informatizzato individuale e da parte del diretto superiore.

## 2. Assessment delle competenze attese attraverso supporto informatico

Nel 2016 è stato predisposto un software a sostegno dell'assessment delle competenze sia individuale che da parte del diretto superiore. Il progetto deve proseguire ed estendere il sistema ad altri settori operativi/professionisti.

### Risultati programmati

- Assessment individuale e da parte del diretto superiore delle competenze attese nell'ambito del colloquio di sviluppo professionale avvalendosi di supporto informatico

### Indicatori di risultato

2017:

Assessment delle competenze attese su supporto informatico per i settori operativi ed i professionisti per i quali sono state identificate negli anni precedenti.

2018:

Assessment delle competenze attese su supporto informatico per i settori operativi ed i professionisti per i quali sono state identificate negli anni precedenti.

2019:

Assessment delle competenze attese su supporto informatico per i settori operativi ed i professionisti per i quali sono state identificate negli anni precedenti e messa a regime del sistema

### Responsabile del procedimento

Staff per lo sviluppo professionale

### Relazione 2017

Nel corso dell'anno 2017 sono stati attivati gli assessment informatizzati individuali e da parte del diretto superiore per 1078 collaboratori operanti in 78 servizi/reparti/settori operativi diversi. L'assessment termina con il colloquio di sviluppo professionale e la definizione del piano di sviluppo professionale individuale. Il diretto superiore ha poi la possibilità di dare valore ai risultati complessivi del team elaborando il piano di sviluppo del team stesso.

## 10. Ricerca

### 1. Ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

#### 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

### Relazione 2017

Per l'anno 2017 era prevista l'attivazione del centro di ricerca clinica presso l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. A questo scopo era stato bandito un posto di ricercatore per la posizione dirigenziale. La procedura di selezione è stata espletata, il conferimento dell'incarico al candidato idoneo non è ancora avvenuto.

Nell'anno 2017 è stato firmato un accordo di cooperazione tra l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e l'EURAC per il quale sono stati nominati i referenti dell'Azienda sanitaria.

La Claudiana, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, conduce un Centro per lo Sviluppo dell'Agire Professionale volto a potenziare il collegamento esistente tra formazione e pratica sanitaria.

La procedura di selezione è stata espletata, il conferimento dell'incarico al candidato idoneo è avvenuto.

I lavori preparatori per lo studio di valutazione sull'"assistenza concentrata sulla famiglia" sono stati conclusi.

In programma: un comitato consultivo sulla ricerca, composto da rappresentanti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, della Claudiana, dell'EURAC, dell'Università e altre parti interessate.

Progetti attuali di ricerca maggiori:

- Bruneck-Studie
- Studio CHRIS

IMREST: gruppo di collaboratori aziendali che si dedicano alla ricerca nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

"Il progresso e la tecnologia sono un'opportunità per migliorare costantemente le cure e le terapie." (Piano sanitario provinciale 2016-2020, cap. 1, pag. 14).

## 11. Vincoli economici

### 1. Misure di razionalizzazione

#### 1. Rinegoiazione 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 rinegoiazione con i fornitori per ridurre i costi.

#### **Risultati programmati**

- Unificazione e rinegoiazione contratti ICT)

#### **Indicatori di risultato**

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

#### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione ICT

#### **Relazione 2017**

Nel corso dell'anno 2016 la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha dato mandato a Federsanità ANCI di supportare la Ripartizione Informatica in una attività sistematica di revisione della spesa corrente IT finalizzata al raggiungimento degli obiettivi aziendali di razionalizzazione e in osservanza alle norme in materia di "spending review" introdotte dalla norma nazionale "Legge di Bilancio 2017".

In esecuzione del mandato, Federsanità ANCI ha condiviso con la Ripartizione Informatica un piano di intervento di revisione della spesa corrente IT 2017-2019, avviando immediatamente le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

A fronte di una spesa corrente 2016 pari a circa 6,7 milioni (al netto delle spese per il personale e la conduzione interna della Ripartizione), il piano di revisione si proponeva l'obiettivo di produrre economie gestionali per un totale di 3,1 milioni di Euro per il triennio 2017-2019.

Le attività poste in essere, basate su una serie di rinegoiazioni dei contratti in essere coi fornitori e sulla revisione della spesa considerata "non essenziale" e quindi differibile o eliminabile, hanno prodotto un risparmio effettivo, nel triennio 2017-2019, pari a poco meno di 1,7 milioni di Euro (ossia a più di metà dell'obiettivo triennale definito).

Nel corso del 2018 continueranno le azioni di revisione della spesa e di rinegoiazione coi fornitori, in modo da giungere entro fine anno ad almeno il 75% dell'obiettivo triennale stabilito.



## 2. Rinegoziazione 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 ed ad una proposta di rinegoziazione 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

- Rinegoziazione contratti con Federfarma (DPC), entro il 31/12/2017
- Rinegoziazione 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

### Relazione 2017

Nel primo trimestre 2017 sono state avviate le trattative con Federfarma per la stipula del nuovo accordo per il triennio 2018-2020. Nei vari incontri tenutosi nell'arco dell'anno 2017 sono stati discussi i seguenti temi, come possibili argomenti del nuovo accordo:

- revisione della remunerazione per la Distribuzione per conto di farmaci;
- avvio della Distribuzione per conto di dispositivi medici per l'autocontrollo della glicemia;
- farmacia dei servizi: prenotazioni CUPP, ritiro referti e incasso ticket;
- individuazione di possibili ambiti di collaborazione nella prevenzione: screening diabetico e vaccinazioni.

Non essendo possibile raggiungere un accordo condiviso sui vari temi oggetto di trattativa, l'Ufficio Prestazioni Sanitarie dell'Assessorato alla Salute ha deciso di prolungare l'accordo per la distribuzione per conto 2015-2017 di un ulteriore anno, fino al 31.12.2018 (Delibera della Giunta Provinciale n. 1444 del 20.12.2017).

## 3. Valutazione rigorosa delle assunzioni di personale

Valutazione rigorosa delle assunzioni del personale amministrativo e degli ausiliari specializzati di tutti i comparti e del personale non sanitario che dipende dalle Ripartizioni e dai Servizi amministrativi, ad eccezione degli assistenti sociali e degli assistenti religiosi. In caso di cessazione dal servizio il 75% dei posti toccati dal presente provvedimento può essere ricoperto direttamente da parte degli organi competenti dei rispettivi Comprensori sanitari senza apposita verifica da parte della Direzione generale. La copertura dei posti liberi avviene, invece, in accordo con la Direzione generale. Tali direttive valgono anche per le assenze di qualsiasi tipo. Deroche possono essere adottate con apposito provvedimento del Direttore generale.

### Risultati programmati

Struttura amministrativa adattata

### Indicatori di risultato

Struttura amministrativa adattata

### Responsabile del procedimento

Direzione Generale insieme ai Direttori di comprensorio

### Relazione 2017

Le assunzioni del personale nel settore amministrativo sono state sottoposte ad una valutazione rigorosa per quanto riguarda la necessità della copertura ed ogni copertura è stata verificata da parte della Direzione aziendale a seguito di approfonditi chiarimenti ed all'occorrenza approvata.

#### 4. Appropriatelyzza

Con riferimento alle misure di razionalizzazione in tema di migliore appropriatezza gli obiettivi previsti sono quelli del programma "Appropriatezza organizzativa e prescrittiva", "Appropriatezza Clinica" e "Appropriatezza in ambito riabilitativo" nei capitoli appositi di questo documento.

#### 5. Rinegoziazione posti letto per gli anni 2017 – 2019

In base al nuovo piano sanitario 2016-2020 dovranno essere aggiustati i posti letto delle strutture private convenzionate. Deve essere elaborato un piano triennale dei posti letto per le strutture private convenzionate che troverà esito negli accordi per il 2017-2019. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 7.)

##### **Risultati programmati**

Elaborare in base al piano sanitario un piano triennale dei posti letto per le strutture private convenzionate che viene inserito nei relativi accordi 2017-2019.

##### **Indicatori di risultato**

2017:

Piano triennale dei posti letto elaborato e implementato negli accordi 2017-2019

2018:

I posti letto per le strutture private convenzionate previste del piano triennale per l'anno 2018 sono realizzate e convenzionate.

2019: prosecuzione dell'adeguamento del numero di posti letto.

Entro il 2020: i posti letto delle strutture private convenzionate insieme ai posti letto delle strutture pubbliche corrispondono con i posti letto previsti nel piano sanitario.

##### **Responsabile del procedimento**

Ripartizione Assistenza Ospedaliera

##### **Relazione 2017**

Nel corso del 2017, a seguito di numerosi incontri con i referenti del Dipartimento di Riabilitazione e la cooperativa SAPS, la Ripartizione Assistenza Ospedaliera ha elaborato e presentato all'Assessorato alla Salute (comunicazione del 30 ottobre 2017) una proposta di rimodulazione dei posti letto nelle strutture pubbliche e private convenzionate, area post-acuzie, secondo le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Provinciale 2016-2020. Tale proposta, modulata in base alla popolazione stimata 2020, ai coefficienti per il calcolo dei posti letto previsti a livello provinciale per bacino di utenza per il settore della riabilitazione (cod. 56.00 e 75.00) e lungodegenza post-acuzie (cod. 60.00), prevede una distribuzione equilibrata di questi posti letto in tutti i comprensori sanitari. Nello specifico il piano dei posti letto proposto tiene in considerazione le seguenti variabili:

1. per la riabilitazione (cod. 56.00): ripartizione dei posti letto anche presso gli ospedali di base in virtù della loro vocazione alla chirurgia protesica e ortopedica e riduzione del numero di posti letto presso le strutture private convenzionate
2. per la lungodegenza (cod.60): ripartizione dei posti letto su tutti e 7 i presidi ospedalieri in base ai bacini di utenza potenziali, ma ove presente un privato convenzionato nessuna dotazione nelle strutture pubbliche
3. il mantenimento degli attuali posti letto per l'ambito della Neuroriabilitazione, laddove possibile
4. per le cure intermedie la distribuzione dei 100 posti letto in base ai bacini di utenza comprensoriali, prevedendo l'attribuzione di parte degli stessi presso le cliniche private convenzionate.

A seguito di tale proposta è stato costituito in seno all'assessorato alla Salute un gruppo di lavoro tecnico composto dai referenti dello stesso Assessorato, dell'Azienda Sanitaria e delle strutture private convenzionate con il duplice obiettivo di elaborare nel 2018 una proposta per l'aggiornamento del "Piano della Riabilitazione" e per la rimodulazione dei posti letto per post-acuzie nelle strutture pubbliche e private convenzionate.

Secondo le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Provinciale 2016, che prevede l'implementazione di posti letto per cure intermedie, un gruppo di lavoro tecnico composto da referenti dell'Assessorato alla Salute e dell'Azienda sanitaria ha elaborato nel corso del 2017 una proposta di standard organizzativi, strutturale e professionali per le cure intermedie.

## 2. Mobilità passiva

### 1. Ottimizzazioni degli invii all'estero

Ottimizzazione degli invii all'estero (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 9.)

#### Risultati programmati

Gli invii per ricoveri e prestazioni ambulatoriali all'estero sono ottimizzati.

#### Indicatori di risultato

2017:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito all'estero.

2018:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito all'estero.

2019:

Aumento degli invii per alta complessità e riduzione della casistica di bassa complessità riferito all'estero.

#### Responsabile del procedimento

Direzione Sanitaria

#### Relazione 2017

Il trend generale in riguardo gli invii a Innsbruck è regressivo e comunque da valutare positivamente. I medici invianti cercano di inviare solo pazienti a Innsbruck, che non possono essere curati nello stesso modo in Alto Adige.

### 2. Mobilità interregionale

Sono stati richiesti i dati di produzione per il flusso della mobilità passiva, anno 2015 alle seguenti regioni/province: Trento e Veneto, in quanto ad oggi la Provincia dispone solamente degli importi complessivi annui e non informazioni di dettaglio (DEG ecc.).

La definizione degli obiettivi da assegnare ai comprensori sanitari verrà svolto quando saranno disponibili gli stessi.

## 12. Certificabilità del bilancio

### 1. Procedure di contabilità

#### 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

### **Relazione 2017**

Il progetto "Certificabilità del Bilancio (PAC)" per motivi tecnico-contrattuali è partito solo in maggio 2017. Per questo, ma anche per motivi di ritardi nell'approvazione e attuazione della riforma sanitaria ed amministrativa, alcune scadenze previste nel progetto originariamente per il 2017 si spostano agli anni prossimi. Nell'anno 2017 sono state analizzate la struttura organizzativa dell'Azienda e le procedure amministrativo-contabili. I settori migliorabili e le relative attività di intervento sono stati presentati nei documenti "Diagnosi e aree di miglioramento per il contesto organizzativo", "Soluzioni Alternative di Riassetto" e nel "Report di Benchmark Organizzativo". Per quanto riguarda l'analisi delle procedure amministrativo-contabili è stato predisposto un "Report di analisi - Mappatura ed analisi delle procedure amministrativo-contabili". La bozza del PAC (piano attuativo di certificabilità - piano di azione) aziendale di dettaglio è stata elaborata e messa a disposizione della Provincia (approvata dal Gruppo strategico di Progetto il 12.01.2018). Lo stato di avanzamento dei lavori è stato presentato alla Provincia rispettivamente al Gruppo strategico di Progetto in due incontri del Gruppo.

Per i motivi menzionati sopra si è ritenuto opportuno e necessario, di riportare la predisposizione e rielaborazione delle procedure amministrativo contabili e la predisposizione del fabbisogno formativo all'anno 2018.

## **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

#### **Relazione 2017**

L'implementazione del percorso di verificabilità dei bilanci e continuazione delle attività formative è previsto a partire dall'anno 2018

## **2. Controlli interni**

### **1. Analisi e progettazione del sistema dei controlli interni**

Analisi e progettazione del sistema dei controlli interni e dei relativi strumenti

Definizione appartenenza funzionale e responsabilità

Stesura di un piano dei controlli

Esecuzione di primi controlli

#### **Risultati programmati**

2017

- L'analisi e la progettazione del sistema dei controlli interni è stata effettuata, sono stati definiti i relativi strumenti e l'appartenenza funzionale e di responsabilità;
- Il fabbisogno formativo è definito, programmato e le attività formative sono in corso;
- Il modello esistente di PAC è stato analizzato e il modello di PAC a tendere è stato definito in riferimento ai controlli interni

2018

- Analisi e progettazione del modello dei controlli interni e dei relativi strumenti, con specifica riprogettazione dei processi, che in considerazione del supporto informatico e per la riorganizzazione aziendale in corso risultano insufficienti.
- Capire revisioni limitate come giudizio tecnico relativo alla chiarezza ed attendibilità di alcuni capitoli di bilancio
- Monitoraggio dell'efficacia operativa del sistema dei controlli interni
- Supporto al personale, formazione e passaggio delle conoscenze
- Stesura di relazioni relative allo stato di avanzamento dei lavori
- Incontri del gruppo di coordinamento PAC e incontri di coordinamento del PMO (Project management office) aziendale

2019

- Analisi e progettazione del modello dei controlli interni e dei relativi strumenti, con specifica riprogettazione dei processi, che in considerazione del supporto informatico risultano insufficienti e tenendo conto della riorganizzazione aziendale in corso.
- Capire revisioni limitate come giudizio tecnico relativo alla chiarezza ed attendibilità di alcuni capitoli di bilancio
- Monitoraggio dell'efficacia operativa del sistema dei controlli interni
- Supporto al personale, formazione e passaggio delle conoscenze
- Stesura di relazioni relative allo stato di avanzamento dei lavori
- Incontri del gruppo di coordinamento PAC e incontri di coordinamento del PMO aziendale

#### **Indicatori di risultato**

2017

- Il documento analisi sistema di controllo è stato redatto
- È stato definito il piano di revisione;
- Sono elaborati i documenti: "Company Level Controls", Flow chart, matrice Rischi – Controlli, Remediation Plan, Contingency Plan"
- Sono già effettuate e sono in corso le prime revisioni parziali;

#### **Responsabile del procedimento**

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

## Relazione 2017

Nonostante la partenza ritardata del progetto (vedasi punto 12.1.1.), nell'anno 2017 relativamente al settore dei "Controlli Interni sono state svolte le seguenti attività:

- Analisi e valutazione dei controlli di carattere pervasivo finalizzati a presidiare e monitorare il funzionamento del Sistema di Controllo Interno a livello Azienda
- Analisi e valutazione dei controlli generali a livello IT finalizzati al corretto funzionamento dei sistemi informatici ed il relativo livello di maturità a supporto della gestione e del controllo dei processi IT.
- Valutazione del grado di allineamento dell'Azienda ai requisiti del Sistema di Controllo Interno definiti dai riferimenti standard internazionali (COSO-Report, COBIT).

I risultati ottenuti nell'ambito delle analisi e valutazioni sopra elencati sono stati illustrati nei documenti "Company Level Control" e "IT General Controls". Alla fine dell'anno 2017 è inoltre stata predisposta la "Matrice Rischi-Controlli". Inoltre sono state messe a disposizione le informazioni necessarie allo "Steering Committee" aziendale.

## 3. Portfolio, Program e Project Management – PPM

### 1. Elaborazione del piano di sviluppo triennale del PPM

2017: Assessment del PPM in base al M3 o PPM Maturity Model con conseguente elaborazione del piano di sviluppo triennale del PPM; pilota software; creazione di una forma organizzativa all'interno del nuovo atto aziendale.

2018: implementazione del piano di sviluppo triennale del PPM e integrazione nei sistemi gestionali ordinari dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige (software gestionale, gestione risorse, ...); implementazione del software del PPM;

2019: pianificazione, programmazione e controlling strategico ed operativo del Portfolio, Program e Project Management (min. grado 3)

#### Risultati programmati

Efficienza allocativa delle risorse; indirizzo ed allineamento strategico strutturato tramite scelte informate su fattibilità, impatto, rischi e probabilità di successo dei vari programmi e progetti.

#### Indicatori di risultato

31/12/2017: approvazione della direzione aziendale del piano di sviluppo triennale del PPM; software del PPM installato e in fase di valutazione; formazione di 5 project manager.

31/12/2018: processi di PPM documentati nel manuale dei processi, deliberati dalla direzione aziendale, ed implementati in azienda sanitaria; formazione di 10 project manager; gara ed aggiudicazione di un software effettuato;

31/12/2018: implementati i processi di pianificazione e controlling strategici del PPM ed allineati a quelli del controlling aziendale.

#### Responsabile del procedimento

Direzione generale

## Relazione 2017

Il piano triennale nonché piano operativo del PPM è stato elaborato, comprensivo di criteri di prioritizzazione dei progetti, e condiviso con il Consiglio Gestionale. Un software di PPM è stato installato come pilota e viene utilizzato con profitto dalle ripartizioni pilota e per i progetti SAIM. Sono stati formati oltre 20 project manager.

## 13. Gestione dei processi aziendali

### 1. Ottimizzazione e standardizzazione di processi aziendali

#### 1. Introduzione di un modello aziendale unico per il management dei processi

Lo sviluppo e l'ottimizzazione dei processi aziendali è un obiettivo di rilevanza strategica per l'azienda sanitaria dell'Alto Adige. Progetti di riorganizzazione impattano fortemente sui processi esistenti a

livello aziendale, in quanto prevedono un miglioramento organizzativo anche attraverso soluzioni di Information Technology.

Si ritiene per tanto importante elaborare un modello per il management dei processi aziendali (Business Process Management) da implementare gradualmente a partire dal 2017. L'obiettivo è garantire l'applicazione di una metodologia uniforme nella modellazione e nell'ottimizzazione dei processi.

**Risultati programmati:**

A partire dal 2017 si procede alla graduale elaborazione della mappatura dei processi aziendali introducendo un modello aziendale unico per il management dei processi.

**Indicatori di risultato:**

Applicazione del modello aziendale unico per il management dei processi nella rilevazione dei processi connessi al progetto "Lean Health Care" ed al progetto "PAC: certificabilità del bilancio/riorganizzazione dei processi amministrativi".

**Responsabile di procedimento:**

Staff Qualità - Direzione Aziendale

**Relazione 2017**

- a) Mappatura dei processi aziendali: sono state trasposte nella mappatura aziendale le decisioni prese a livello di Manuale, nello specifico sono stati inseriti i colori rispetto alle varie tipologie di processi identificati e ai vari livelli di modellazione. Sono inoltre stati definiti e utilizzati, ove necessario, i codici per la mappatura dei processi aziendali. Nel 2017 ci si è concentrati sull'identificazione dei livelli del processo di diagnostica, identificato come primo processo su cui applicare la gestione dei processi, la cui modellazione è stata inserita ed è presente nella mappatura. Sono inoltre identificate e pronte per la discussione le informazioni relative alla mappatura per gli ulteriori processi che verranno modellati nel corso del 2018. La mappatura aziendale è in continuo stato di aggiornamento.
- b) Processo 1 - Prototipo: il primo processo è stato analizzato con owner e parti interessate secondo il modello definito e sono stati identificati ambiti di miglioramento e possibili soluzioni.
- c) Manuale e strumenti per la modellazione: sono stati elaborati il manuale e i relativi strumenti (p.e. guida per la rilevazione di processo).
- d) Strutturazione della gestione dei processi aziendali: è stato nominato e incaricato, con Delibera aziendale, un comitato per la gestione dei processi il quale prenderà, in tale ambito, decisioni a livello aziendale rispetto all'orientamento, alla definizione delle priorità sui processi da analizzare, al rilascio di processi modellati, etc.
- e) Informazione e coordinamento con i progetti aziendali che hanno interfacce con la gestione dei processi: hanno avuto luogo diversi incontri per la spiegazione del modello aziendale e per il coordinamento delle attività con il gruppo Lean Health Care, con il gruppo SAIM e con i consulenti della certificazione di bilancio, al fine di evitare duplicazioni di attività.
- f) Formazione dei gruppi destinatari: Ha avuto luogo una formazione per gli analisti di processo (agosto 2017). Le formazioni per l'anno 2018 sono state definite e inserite nel piano della formazione aziendale. Nell'anno 2018 i dirigenti e i collaboratori interessati riceveranno un'introduzione sul tema della gestione dei processi al fine di illustrare le applicazioni e l'utilità della stessa nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.