

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

Relazione 2018 al Piano delle performance e Programma generale triennale 2018 – 2020

Delibera del Direttore generale Nr. 495 del 26.07.2019

Sommario

Sommario.....	1
Presentazione del Piano	2
Finalità	2
Contenuti	2
1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	2
1.1. Analisi di contesto e definizione dello scenario provinciale.....	2
1.1.1. Chi siamo.....	2
1.1.2. Cosa facciamo	2
1.1.3. Come operiamo	3
1.2. Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione	4
1.2.1. Popolazione assistibile e sua struttura	4
1.2.2. Natalità e dinamica demografica.....	4
1.2.3. Speranza di vita e mortalità.....	4
1.3. Aspetti della salute	5
1.3.1. Diffusione delle malattie croniche e tassi di diffusione	5
1.3.2. Diabete	5
1.3.3. Tumori maligni	6
1.3.4. Screening oncologici	6
1.3.5. Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie	7
1.3.6. Sicurezza alimentare	7
2. Processo e modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi	8
3. Struttura.....	8
4. Obiettivi.....	9
A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo	9
B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici	10
C) Riqualificazione dell'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti.....	12
D) Obiettivi di salute e qualificazione del Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)	18
E) Obiettivi di sviluppo e qualificazione aziendale	20

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.

Si rimanda al documento "Piano delle performance annuale - 2018" per quanto riguarda la definizione e l'assegnazione degli obiettivi che l'Azienda si propone, fissando i valori attesi di risultato ed identificando i relativi indicatori di misurazione, previste dal Titolo II, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il Piano è pubblicato sul sito dell'Azienda (www.asdaa.it) nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Performance", dal quale può altresì essere scaricato.

Contenuti

All'interno del Piano sono riportati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi.

Nella stesura dei contenuti dello stesso 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, in questo documento indicato come Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, ai sensi dell'art. 4 della Legge Provinciale 21/04/2017, n. 3 "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale", è un ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia. 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" 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.

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 quattro 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.

Il bacino di utenza 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 provinciale di Bolzano;
- Ospedale comprensoriale di Merano-Silandro, con le sedi di Merano e Silandro;
- Ospedale comprensoriale di Bressanone-Vipiteno, con le sedi di Bressanone e Vipiteno;
- Ospedale comprensoriale di Brunico-San Candido, con le sedi di Brunico e San Candido.

I presidi ospedalieri 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) nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Organizzazione", "Articolazione degli uffici".

Nel triennio 2018-2020 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 e nel Piano sanitario provinciale 2016-2020 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 2018-2020.

Le informazioni riportate sono estratte in buona parte dalla relazione sanitaria annuale 2016, prodotta dall'Osservatorio epidemiologico del Dipartimento Salute.

1.2.1. Popolazione assistibile e sua struttura

La popolazione residente nel 2016 è pari a 525.475 unità, per una densità di 71 abitanti per km². 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).

Poco meno della metà della popolazione risiede nel Comprensorio sanitario di Bolzano (44,6%) circa un quarto in quello di Merano (26,0%), circa un sesto rispettivamente nei distretti di Bressanone (14,4%) e Brunico (15,0%). Poco meno di un terzo della popolazione si trova nei due distretti sanitari di Bolzano città (20,5%) e Merano (10,8%).

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 97,6 uomini per 100 donne. L'età media della popolazione è pari a 41,9 anni (40,6 anni per la popolazione maschile e 43,7 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,7 anni nell'ultimo quinquennio.

L'indice di vecchiaia è pari a 121,5 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 7,7 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (146,4%) rispetto agli uomini (102,8%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 161,4%.

L'indice di dipendenza è pari a 54,2%, ed è più elevato tra le donne (59,0%) rispetto agli uomini (50,6%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 55,5%.

1.2.2. Natalità e dinamica demografica

L'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati ha una valenza strategica nel sistema sanitario, in considerazione delle ricadute sul benessere dell'intera popolazione ed è per questo che diviene importante monitorarne le caratteristiche e le criticità.

Nel corso del 2016 in Provincia di Bolzano sono nati 5.674 bambini, di cui 5.295 da madri residenti in provincia (93,3%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); nel 2016 si assiste ad un aumento nel numero di bambini nati sia rispetto al 2015 (5.491 nati) sia leggermente rispetto alla media degli anni precedenti (numero medio negli anni 2012-2015 di ca. 5.600 nascite). Quasi tutti i parti sono avvenuti nei punti nascita presenti in provincia, 31 le nascite avvenute invece a domicilio. In generale i dati altoatesini, confrontati con i dati medi nazionali, continuano ad offrire un quadro positivo sia dell'assistenza in gravidanza sia degli esiti neonatali.

Il tasso di natalità pari a 10,5 nati vivi ogni 1.000 abitanti risulta essere nel 2016 il più alto stimato in Italia (media nazionale di 7,8 nati vivi ogni 1.000 abitanti).

La crescita della popolazione nel corso del 2016 è stata pari a 6,4 unità per 1.000 abitanti.

Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 4,1‰. La crescita naturale, pari al 2,3‰, si conferma ai livelli più elevati tra le regioni italiane. Il Tasso di Fecondità Totale, che esprime il numero medio di figli per donna, è pari a 1,7 figli per donna (1,34 a livello nazionale).

1.2.3. Speranza di vita e mortalità

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del 2014 è pari a 81,2 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne. Secondo le stime ISTAT per il 2016 si rileva in Provincia di Bolzano una più elevata speranza di vita rispetto alla media nazionale (81,3 vs 80,6 per gli uomini e 86,1 vs 85,1 per donne).

La speranza di vita alla nascita è in costante crescita negli ultimi anni. Negli ultimi dieci anni sono stati guadagnati 2,5 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini e 1,5 per le donne. Rispetto al 2015 sono stati guadagnati 0,5 anni per gli uomini e 0,4 per le donne.

Il differenziale nella speranza di vita tra maschi e femmine è tuttavia in progressiva diminuzione nel corso degli anni (da 8,1 anni delle tavole 1977-79 si passa a 4,8 delle tavole più recenti).

La fonte di riferimento per i dati di mortalità è costituita dal Registro Provinciale di Mortalità, che gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT e provvede alla codifica da assegnare alla causa principale del decesso. La codifica è completa fino all'anno 2013, mentre non è disponibile per i decessi avvenuti successivamente.

Il numero di decessi registrato nel 2013 nella popolazione residente è pari a 4.037, per un corrispondente tasso di mortalità grezzo del 782,8 per 100.000.

La causa principale di decesso nell'anno 2013 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che interessa il 42,4% dei casi della popolazione femminile ed il 31,0% di quella maschile. Tra gli uomini è più evidente la mortalità per tumore (34,4%) rispetto alle donne (26,2%), così come quella per traumatismi ed avvelenamenti (6,0% vs. 3,0%).

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

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che, tra le altre, comprende le cardiopatie, le neoplasie, il diabete, le malattie respiratorie croniche. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti, 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 una popolazione ancora abbastanza giovane (anche se in linea con i trend demografici, sta invecchiando sempre di più), con un'età media per il 2016 pari a 42,4 anni e un indice di vecchiaia pari a 129,4 (ovvero sono presenti 129 anziani assistibili ogni 100 giovani assistibili). A livello nazionale si stima per il 2016 un indice di vecchiaia pari a 161.

Nel corso del 2016, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 29,1% (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 6 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), 77 persone ogni 100 registrano almeno una patologia cronica.

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 2016 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 999 pazienti diabetici di tipo I e 20.357 pazienti diabetici di tipo II (espressi in anni vissuti), con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile rispettivamente dello 0,2% e del 3,9%.

La prevalenza di malati del diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età: il 12,2% tra i 65 ed i 74 anni e 15,8% dopo i 75 anni.

L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 39,4 anni, di tipo II 70,4 anni.

1.3.3. Tumori maligni

Le stime di incidenza dei tumori maligni diagnosticati nella popolazione residente in Provincia di Bolzano sono riferite al quinquennio 2008-2012.

Il numero medio di nuovi casi per anno diagnosticati nel periodo è pari a 1.546 tra i maschi (621 per 100.000) ed a 1.287 tra le femmine (508,9 per 100.000). Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), i nuovi casi attesi per il 2016 sono pari a 1.687 per i maschi e 1.376 per le femmine.

Escludendo la cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (21,2% dei casi), del colon-retto (11,3%), del polmone (10,1%) e della vescica (9,0%).

Nelle femmine, il tumore della mammella (25,7% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (11,7%), dal tumore del polmone (6,0%), 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 (213,8 decessi ogni 100.000). Per l'anno 2016 è quindi possibile stimare per la Provincia di Bolzano un totale di 1.347 decessi per tumore di cui 743 tra i maschi e 604 tra le femmine.

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 dovuti al tumore della mammella (12,0%) rappresentano la quota più importante, seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (10,6%) e del polmone (10,1%).

1.3.4. Screening oncologici

Attraverso i programmi di screening oncologici si persegue l'obiettivo di individuare la malattia in fase preclinica o i suoi precursori nella popolazione generale o in suo sottogruppo. I programmi sono rivolti ad una popolazione asintomatica, che viene invitata a sottoporsi ad un test.

I tumori per i quali è stata dimostrata l'efficacia di un programma di screening in termini di riduzione di incidenza e mortalità sono il tumore della mammella e della cervice uterina per la popolazione femminile, del colon retto per la popolazione generale.

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 30,7% delle donne invitate nel 2016 ha effettuato il Pap-test.

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 2016, il 48,7% ha aderito al programma di screening.

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 2016 il 38,8% della popolazione invitata ha aderito al programma di screening.

1.3.5. Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita del 2014 presentano, a livello provinciale, valori inferiori al livello ottimale del 95%; ancora insufficiente è la copertura contro il morbillo. La sorveglianza delle malattie infettive si basa in particolare sul Sistema Malattie Trasmissibili (SMT), che prevede il coinvolgimento del medico curante, ospedaliero o di base, il quale diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione ai servizi di igiene e sanità pubblica dell'Azienda Sanitaria. Gli operatori dei servizi, in base all'eziopatogenesi ed alla rilevanza epidemiologica della patologia, adottano le adeguate misure di profilassi a tutela della salute pubblica.

Nell'ambito dell'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, i quattro servizi di igiene e sanità pubblica hanno svolto inchieste e/o sorveglianze epidemiologiche su specifiche malattie sottoposte ad obbligo di notifica: le più numerose in particolare sono quelle condotte in caso di infestazioni da ectoparassiti, ovvero infezioni causate dal virus dell'influenza A sottotipo H1N1, salmonellosi, campylobacter ed altri agenti responsabili di tossinfezioni alimentari. Tale attività di profilassi ha coinvolto, nel corso del 2016, soprattutto collettività per un totale di 1.258 persone. Relativamente alla tubercolosi, le necessarie attività di profilassi vengono svolte in tutto il territorio provinciale dal servizio Pneumologico aziendale.

Nel corso dell'anno sono state eseguite 2.207 prove di cutireazione alla tubercolina, la diminuzione delle vaccinazioni è da porre in relazione essenzialmente al cambiamento nella normativa prevista a livello nazionale (L. 388/2000), ed alle indicazioni contenute in recenti linee guida redatte da alcune società scientifiche che riducono ulteriormente le attività di profilassi della tubercolosi, concentrandosi di fatto solo su alcuni selezionati gruppi a rischio (neonati o bambini appartenenti a gruppi ad alto rischio di infezione ed operatori che lavorano in ambienti ad alto rischio di esposizione).

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'attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie prevede, inoltre, l'esecuzione di interventi di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione presso spazi pubblici, abitazioni private e scuole. Nel 2016 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 588 interventi di disinfezione e di disinfestazione. L'83,3% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 16,7% presso spazi ed edifici privati.

1.3.6. Sicurezza alimentare

Nel 2016, il servizio Veterinario aziendale ha sottoposto a controllo complessivamente 2.026 unità, di cui 740 hanno evidenziato infrazioni. Inoltre, ha effettuato mediamente 1,4 ispezioni per unità controllata. La percentuale di unità irregolari sul totale unità controllate risulta pari al 36,5%.

Nel 2016, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1.443 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 (53,3% del totale delle unità controllate). A livello provinciale, la percentuale di unità riscontrate con infrazioni sul totale delle unità controllate è risultata pari al 44,8%.

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.

Nell'ambito di tale attività, vanno distinti i giudizi di idoneità d'uso degli acquedotti dagli interventi di controllo effettuati sugli stessi.

Con riferimento all'attività di controllo delle acque ad uso potabile effettuata sulle reti pubbliche, si osserva che la percentuale di campioni non regolari all'utenza si attesta su valori bassi, pari al 1,1% per le analisi chimico-fisiche ed al 3,2% per le analisi microbiologiche.

I parametri che più spesso risultano fuori limite sono il ferro (in gran parte a causa della scarsa mineralizzazione delle nostre acque di montagna, che innesca facilmente fenomeni di corrosione delle condotte, e meno spesso a causa di fenomeni naturali), il manganese e l'arsenico (di origine geologica), e talvolta il pH (troppo acido in presenza di acque fortemente oligominerali e a volte troppo alcalino in seguito a processi di neutralizzazione di tali tipi di acque).

Non si segnalano, invece, nelle acque destinate ad uso umano superamenti dei limiti vigenti per quanto riguarda la concentrazione dei nitrati, dei metalli pesanti, degli idrocarburi policiclici aromatici, dei solventi clorurati e degli antiparassitari/diserbanti.

2. Processo e modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi

Alcune delle tematiche più importanti contenute in questo piano sono legate al documento di direttive programmatiche della Giunta Provinciale per il 2018 basate sulla metodica della "Balanced Scorecard". Il documento discusso tra Dipartimento Salute e Direzione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il 14 settembre 2017 è stato trasmesso all'Azienda Sanitaria, anche se non ancora deliberato fino al momento della stesura del presente documento.

In prosecuzione del processo di partecipazione e di gestione del cambiamento nell'Azienda sanitaria a partire dal mese di aprile 2017 sono stati coinvolti i vari interlocutori e responsabili aziendali nella formulazione delle aree strategiche e degli obiettivi per il triennio 2018-2020. Entro il mese di maggio sono stati elaborati i temi strategici discussi il 14 e 15 giugno 2017 con il Dipartimento salute. In estate i vari responsabili aziendali hanno elaborato ulteriori proposte.

La raccolta di tutte le proposte è stata condivisa anche con i direttori di comprensorio durante l'incontro del 9 ottobre 2017.

In seguito, le stesse sono state sottoposte ad un lavoro di prioritizzazione, applicando tre criteri:

1. Allineamento agli indirizzi del Dipartimento Salute;
2. Probabilità di successo;
3. Impegno di risorse.

Sono state dunque scelte le proposte con allineamento agli indirizzi del Dipartimento Salute, con una alta probabilità di successo e con un sostenibile impegno di risorse umane. Alcune delle proposte che prevedono un forte impegno di risorse umane non sono state scartate in quanto il loro valore aggiunto risulta essere considerevole.

Oltre a ciò 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.

3. Struttura

Al fine di allineare i diversi documenti di pianificazione e programmazione del Dipartimento salute e dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il presente Piano delle performance 2018-2020 è strutturato seguendo l'impostazione della Balanced Scorecard (BSC) 2018. Si è in gran parte riusciti a inquadrare gli obiettivi aziendali nelle macroaree previste anche se si propone per il futuro di estendere/rivedere le descrizioni delle macroaree.

Le macroaree previste sono le seguenti:

- A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo
- B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici
- C) Riqualificazione dell'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti
- D) Obiettivi di salute e qualificazione del Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)
- E) Obiettivi di sviluppo e qualificazione aziendale

4. Obiettivi

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

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende migliorare la propria organizzazione e lo svolgimento delle attività dei propri servizi, promuovendo la responsabilizzazione e la partecipazione nelle scelte strategiche e di gestione del maggior numero possibile di collaboratori coinvolti, sia nell'erogazione dei servizi sanitari sia nel supporto rivolti al paziente/cittadino.

Essa è orientata al miglioramento continuo della qualità dei propri servizi ed al raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Il tutto è riferito sia alla definizione, al mantenimento e alla verifica della qualità clinica, sia ai meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.

Atto aziendale

Si prevede l'implementazione dell'atto aziendale per la parte relativa all'Amministrazione e la sua elaborazione nella parte relativa al settore sanitario. L'obiettivo è di aumentare la chiarezza nei processi e nelle responsabilità sia per i collaboratori che per i cittadini.

Relazione 2018

A causa di cambiamenti ai vertici la delibera è stata approvata il giorno 20 dicembre (n. 717). Nella stessa l'Azienda ha stabilito che entro 120 giorni dalla sua approvazione da parte della Giunta Provinciale essa adotti un piano di implementazione e di transizione dal vigente organigramma al nuovo.

Certificabilità del bilancio (Progetto PAC = percorso attuativo di certificabilità)

La Giunta Provinciale, con delibera n. 213/2016, ha approvato il Percorso attuativo di certificabilità per il bilancio dell'Azienda Sanitaria nel triennio 2017 - 2019. Con delibera del Direttore generale n. 534/2016 la ditta consulente è stata incaricata come partner esterno ad affiancare l'Azienda Sanitaria nel percorso attuativo di certificabilità. Nell'anno 2017, insieme alla ditta consulente è stata analizzata la struttura organizzativa dell'Azienda, lo stato dei controlli interni, il settore informatico, lo stato della rilevazione e della valutazione dei rischi aziendali, nonché le procedure amministrativo-contabili. Al termine del triennio dovranno esistere i presupposti per la certificazione del bilancio aziendale.

Con la formalizzazione e la standardizzazione dei processi amministrativi si arriverà ad una semplificazione e ad uno snellimento degli stessi e sarà aumentata la qualità dei dati e dei risultati. Sarà altresì assicurata l'attività di controllo interno e la certificabilità.

Relazione 2018

Gli obiettivi 2018 del PAC, così come ridefiniti in termini di scadenze con delibera del Direttore generale, sono stati raggiunti al 90 %. Tre procedure sono state predisposte, approvate ed implementate, altre sono state unicamente predisposte.

L'attività programmata inizialmente è stata ridefinita e condivisa dal consulente. Entro l'anno sono stati determinati i criteri per la rilevazione dei beni con un certo valore storico e con un certo valore residuo. La rilevazione, applicando i nuovi criteri, è stata programmata per il 2019.

Revisione dell'accordo con Federfarma

Nell'ottica della collaborazione tra l'Azienda Sanitaria e la rete delle farmacie territoriali si prevede la revisione dell'accordo, finalizzato al rafforzamento dei servizi offerti dalle farmacie ai cittadini per la distribuzione dei farmaci e l'avvio della distribuzione per conto dei dispositivi medici per pazienti diabetici. Inoltre, è prevista la definizione di un accordo/convenzione per la prenotazione di prestazioni sanitarie, l'incasso ticket e il ritiro referti presso le farmacie di servizi.

Relazione 2018

L'obiettivo in questione è stato rinviato al 2020.

B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici

Per essere in grado di rispondere in modo adeguato alle sfide che si presenteranno è necessario intraprendere strade innovative. In questo la tecnologia informatica ricopre un ruolo di primaria importanza offrendo molteplici possibilità nell'ambito dell'assistenza sanitaria alla popolazione: dal ritiro dei referti, alle prenotazioni fino ad una cartella clinica digitale integrata che accompagna il cittadino/la cittadina per l'intero corso della sua vita.

In sintesi, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- Porre il paziente al centro del sistema organizzativo ed informativo passando anche attraverso la re-ingegnerizzazione dei processi clinico-sanitari e la realizzazione di un sistema informativo sanitario di eccellenza che abiliti nel medio termine la dematerializzazione dei processi;
- Introdurre una forte componente di innovazione tecnologica al punto di cura come reale contributo alle attività cliniche e terapeutiche, per la condivisione delle informazioni tra i professionisti sanitari a supporto delle decisioni, della diagnosi e del percorso terapeutico;
- Migliorare in modo decisivo l'efficacia delle cure, la gestione del rischio in Azienda, l'efficienza dei processi sanitari coinvolti e la qualità complessiva del servizio;
- Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi amministrativi e gestionali interni.

Come documenti di pianificazione si prevede l'elaborazione di:

- ICT-Masterplan 2019 - 2021 entro il 30.09.2018
- ICT-Piano di implementazione 2019 entro il 31.10.2018

Relazione 2018

Non essendo più in servizio il precedente direttore generale, questo progetto è stato sospeso in accordo con gli altri partecipanti e i consulenti esterni, non potendo sapere come la nuova DG volesse procedere. È comunque stato predisposto un documento riportante tutte le attività della ripartizione informatica in corso, sospese o annullate.

Come progetti specifici nel 2018 sono stati previsti:

Ricetta dematerializzata specialistica ambulatoriale

Relazione 2018

I dati riguardano esclusivamente le prescrizioni effettuate con l'applicativo PSM (SAIM). Secondo questi dati, le prescrizioni specialistiche effettuate nel mese di dicembre 2018 ammontano, per gli ospedali di Bolzano, Merano e Silandro, a 30214, di cui quelle dematerializzate sono 21879, ossia il 72%. Il singolo dato riferito al PSM non è quindi rappresentativo dell'intero numero di ricette dematerializzate compilate nei tre ospedali cui si fa riferimento.

Centro unico di prenotazione provinciale (CUPP)

Relazione 2018

1. Nel novembre 2018 è stato firmato il contratto di locazione per l'affitto della proprietà nel comune di Varna.
2. Con il Direttore della Ripartizione aziendale per l'assistenza ospedaliera è stata concordata la data per il passaggio/trasferimento per il 2019 degli FTE per l'area front-office al 01.03.2019, questo poiché l'inizio dell'attività a Varna aveva subito una leggera variazione nelle tempistiche. Il comprensorio sanitario ha trasferito tutti gli FTE previsti per il 2019 al Comprensorio sanitario di Bolzano, per un totale di 3,25 FTE, di cui 1 FTE con data di inizio 2.01.2019 per le attività di back-office.
3. Il bando di gara per la prosecuzione/estensione dell'esternalizzazione del punto di prenotazione Provinciale per l'area di prevenzione, è stato completato il 31.12.2018. La direzione del centro di prenotazione per l'area della prevenzione a livello provinciale è stata assegnata ad una cooperativa di Velturmo per il periodo dall'1.1.2019 al 31.12.2019.

Ricetta dematerializzata "presidi sanitari" (Dispositivi medici) e assistenza integrativa; assistenza protesica maggiore

Relazione 2018

È stato sviluppato un concetto complessivo ed è stata effettuata un'analisi dettagliata. Quest'ultima consiste in un'analisi dei requisiti per la prescrizione ed erogazione dei presidi sanitari, lo studio prevede la relativa implementazione.

Implementazione di un'anagrafe vaccinale integrata

Relazione 2018

Il piano della comunicazione per le vaccinazioni è stato elaborato ed implementato. Il piano e le evidenze dell'implementazione sono reperibili presso il SISP di Bressanone.

Implementazione di un sistema ADT (Ammissione-Dimissione-Trasferimento) aziendale ed adempimento alla linea guida per la nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO) nell'ambito ospedaliero e implementazione di rispettivo flusso nuova SDO

Relazione 2018

Il sistema di OE è in fase di collaudo per tale motivo non ancora in produzione.

Monitoraggio clinico e documentale dei pazienti, implementazione di un sistema di "patient disease management system" (PSMS) presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (Terapia intensiva, Anestesia e Terapia intensiva neonatale)

Relazione 2018

L'individuazione ed acquisizione del sistema per il monitoraggio clinico documentale dei pazienti (PDMS) in collaborazione con i referenti clinici nei vari comprensori sanitari e con il supporto dei servizi amministrativi competenti. La gara è stata pubblicata il 19.12.2018.

Informatizzazione servizi on-line (referto e pagamento) per il cittadino

Relazione 2018

Il servizio è offerto al cittadino per il pagamento online attraverso PagoPA, sistema di pagamenti elettronici realizzato per rendere più semplice, sicuro e trasparente qualsiasi pagamento verso la Pubblica Amministrazione, nonché per la visione dei propri referti e la gestione delle posizioni aperte (ticket e fatture).

Lancio di una App di utilità al cittadino "Sabes vicino a te" che replichi le funzionalità del sito

Relazione 2018

L'App è stata presentata alla cittadinanza in occasione di una conferenza stampa aziendale in data 28.12.2018 ed è stata pubblicata (roll out avvenuto).

C) Riqualficazione dell'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti

Nell'ambito della riqualficazione si pone l'accento sull'implementazione graduale del Piano sanitario provinciale 2016 - 2020 nel settore clinico-assistenziale.

Ambito della prevenzione

Nell'ambito della prevenzione nel 2018 sono stati previsti i seguenti interventi:

Prevenzione e promozione della salute tramite campagne informative

Relazione 2018

L'elenco delle iniziative di comunicazione della salute del PPP è presente con il collegamento tra singole iniziative. Il documento è al Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Brunico.

Aggiornamento del piano provinciale della prevenzione (PPP) 2016 - 2018; estensione all'anno 2019 ed elaborazione del piano della prevenzione 2020 - 2025

Relazione 2018

La proposta di rimodulazione del PPP è stata elaborata e consegnata. La relativa documentazione è reperibile presso l'ufficio Prevenzione della Provincia.

Riordino del dipartimento di prevenzione

Relazione 2018

La proposta di riordino e di collaborazione tra i servizi del Dipartimento è stata elaborata e consegnata al Direttore Sanitario e la Direttrice Tecnico-assistenziale il 03.12.2018 tramite e-mail.

Riduzione delle infezioni tramite l'aumento delle coperture vaccinali aumentando l'offerta vaccinale per tutte le fasce di età

Relazione 2018

Piano della comunicazione per le vaccinazioni elaborato e implementato. Il piano e le evidenze dell'implementazione sono reperibili presso il SISP di Bressanone.

Interventi nello screening della malattia diabetica di tipo 2 e nello screening mammografico per aumentare la quota della popolazione partecipante

Relazione 2018

Screening della malattia diabetica di tipo 2: prosecuzione dello screening della malattia diabetica di tipo 2 e 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). Lo screening prosegue, vengono inviati gli inviti, i solleciti e le risposte al questionario.

Screening mammografico: l'obiettivo per il 2018 è stato formulato sulla base dell'incremento di partecipazione al programma di screening mammografico rilevato tra il 2016 (49,71%) e il 2017 (58,67%), pari al 8,96%. Il valore riportato nell'obiettivo di budget (15%) non poteva quindi riferirsi in termini assoluti: non si può infatti pensare che avendo riscontrato un aumento dell'8,96% tra il 2016 ed il 2017 si possa attendere un aumento del 15% tra il 2017 ed il 2018. L'aumento del 15% era sicuramente stato formulato in termini relativi. Ovvero, ci si attendeva per il 2018 un ulteriore aumento del 15% dell'aumento rilevato nel 2017 (pari all'8,96%). Il 15% del 8,96% è pari all'1,34%. La percentuale di partecipazione rilevata nel 2018 (ancora non definitiva, in quanto mancante della quota di solleciti) è risultata pari al 60,35%, corrispondentemente ad un aumento assoluto dell'1,68% rispetto alla percentuale del 2017. Essendo 1,68% superiore a 1,34%, l'obiettivo si può considerare raggiunto.

Consolidamento del progetto "Switch" per aumentare l'appropriatezza degli accessi ai servizi di riabilitazione ed alleviare l'aumento delle liste di attesa dei servizi di riabilitazione e avvicinare il più possibile l'attività riabilitativa a casa dei pazienti

Relazione 2018

Gli obiettivi non sono stati raggiunti in quanto la fattibilità del progetto presentato nel settembre 2017 è attualmente oggetto di valutazione da parte della direzione generale. L'esecuzione del progetto è stata nuovamente discussa nella seduta del 19 settembre 2018 con la direzione sanitaria e tecnico assistenziale, poiché in assenza di approvazione non può essere svolta.

Nell'ambito delle cronicità e rafforzamento dell'assistenza territoriale nel 2018 sono stati previsti: Istituzione di una funzione aziendale che si occupi di sviluppo del territorio e di integrazione con la medicina di base e/o pediatri di libera scelta

Relazione 2018

È stato proposto un documento esplicativo dei rapporti di questa funzione rispetto alla Direzione

aziendale e sono stati definiti i compiti della futura Direzione territoriale nell'ambito dell'Azienda sanitaria ma non sono ancora stati definiti i rapporti con le direzioni mediche territoriali, anche perché in attesa dell'Atto aziendale.

Attivazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) tra medici di medicina generale e/o pediatri di libera scelta

Relazione 2018

Tutte le 27 AFT previste dalla contrattazione provinciale sono state attivate e ne sono stati definiti gli orari di apertura nonché nominati i rispettivi referenti.

Implementazione progetto pilota relativo all'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per garantire l'appropriatezza dell'assistenza e delle cure prestate (con medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali)

Relazione 2018

Il piano d'implementazione Sportello Unico di Assistenza e Cura (SUAC) e Unità per la predisposizione condivisa del Piano Assistenziale Individuale (UPCP) è stato elaborato. Il SUAC e l'UPCP hanno iniziato la loro attività in data 03.09.2018 nel team multiprofessionale presso il distretto socio-sanitario Gries-San Quirino. I reparti ospedalieri di Geriatria e Medicina dell'ospedale di Bolzano mandano la richiesta per la presa in carico del paziente in dimissione al Back office SUAC.

La sperimentazione è al quinto mese di attività e sono già disponibili i dati di funzionamento dello Sportello e dell'UPCP.

L'implementazione del piano delle cronicità per prevenire l'insorgenza e la progressione di cronicità, fragilità e per ridurre morbilità, disabilità e mortalità

Relazione 2018

I letti di cure intermedie sono stati definiti a livello concettuale nel "Masterplan Chronic Care" ed a livello qualitativo e quantitativo nel "Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021".

Entrambi i documenti sono stati approvati dalla Giunta Provinciale nel dicembre 2018 (Masterplan Chronic Care, delibera n. 1281 del 04.12.2018, e piano rete riabilitativa, delibera n. 1406 del 18.12.2018).

Ai sensi delle succitate delibere, verrà istituito un gruppo direttivo (Masterplan) ed una cabina di regia (piano rete riabilitativa) al fine di stabilire la pianificazione attuativa.

Entrambi i gruppi inizieranno la loro rispettiva attività previa nomina che avverrà nel 2019.

La promozione delle cure basate sulla relazione e l'implementazione del Family System Nursing per creare un ambiente favorevole alla salute del paziente, per aumentare la continuità, la sicurezza e la qualità dell'assistenza al paziente e la soddisfazione del paziente stesso

Relazione 2018

Il gruppo di infermieri della seconda edizione del corso di specializzazione in infermiere di famiglia e di comunità ha completato la specializzazione parallelamente al servizio presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità – Claudiana di Bolzano. Il 100% degli infermieri del distretto sanitario della Bassa Atesina ha partecipato alla formazione pianificata. Sono stati condotti 18 case study secondo il metodo "Reflecting Team". Nel comune di Aldino i residenti oltre i 65 anni di età, indipendentemente dal fatto che siano malati o in buona salute, usufruiscono del servizio offerto dagli infermieri di famiglia e di comunità secondo quanto previsto nel progetto. La Scuola Provinciale Superiore di Sanità – Claudiana di Bolzano conduce lo studio di valutazione a due bracci di ricerca.

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

Relazione 2018

L'implementazione multiprofessionale dell'ICF avviene dai pazienti di reparti di riabilitazione in tutti i comprensori sanitari. Gli indicatori di qualità sono definiti.

Cure palliative – Creazione della rete di cure palliative per bambini, adolescenti ed adulti

Relazione 2018

Cure palliative perinatali: nel corso del 2018 sono stati presentati ai comprensori di Bolzano, Merano e Brunico diversi progetti presenti in Europa riguardanti le cure palliative perinatali, in particolare quello elaborato dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'Università Charité di Berlino e quello messo a punto dal Centro Regionale Veneto di Cure Palliative Pediatriche. Parte del team di cure palliative pediatriche, composto da un pediatra e due infermiere, ha partecipato inoltre al congresso internazionale di cure palliative perinatali, organizzato dalla TIN dell'Università Charité di Berlino, e alla sessione dedicata alle cure palliative perinatali del congresso internazionale di cure palliative neonatali

di Roma, al fine di ampliare le proprie conoscenze e di confrontarsi con colleghi esperti. È stato elaborato un piano d'azione per supportare le famiglie che desiderano portare a termine la gravidanza seguendo un percorso palliativo, qualora il feto sia affetto da una malattia grave, inguaribile, a prognosi infausta. Nel 2018 il team di cure palliative ha accompagnato una famiglia ad un parto palliativo, successivamente l'ha supportata nell'elaborazione del lutto.

Dolore nel bambino con danno neurologico: nel 2018 è stato implementato sia a livello dei distretti che delle famiglie l'utilizzo della scala r-FLACC revised (r-FLACC) per la valutazione personalizzata del dolore nel bambino con grave danno neurologico. Le infermiere del distretto hanno sensibilizzato i care-givers, ovvero, nella maggior parte dei casi, le madri dei pazienti, all'uso della scala r-FLACC e hanno fornito loro assistenza, finché necessario, nella compilazione della scala. Questa scala per la valutazione del dolore è stata usata in ogni visita domiciliare. Il team di cure palliative pediatriche nelle visite domiciliari ha preso visione delle scale r-FLACC compilate.

Cure palliative per adulti: in tutti i Comprensori sono stati identificati medici ed infermieri referenti locali della rete delle cure palliative. I referenti si sono incontrati in quattro occasioni per definire la situazione a livello locale e per identificare i passi necessari per lo sviluppo futuro delle cure palliative. Sono stati concordati con i referenti aziendali i percorsi formativi per i componenti della rete delle cure palliative e per gli operatori sanitari di tutti i servizi nei quali si trovano pazienti con necessità di cure palliative.

In tutti i Comprensori sono stati organizzati audit per definire punti forti, punti deboli e indicazioni per un piano di sviluppo per i prossimi tre anni.

Rete di servizi

Per garantire un approccio multiprofessionale e la continuità assistenziale si intende intensificare le reti di servizi ospedalieri e territoriali come anche socio-sanitarie.

In particolare, in questo ambito nel 2018 sono stati previsti i seguenti interventi:

Creazione di una rete assistenziale per persone con limitazioni cognitive

Relazione 2018

Il PDTA Demenza è stato elaborato e presentato ai Dirigenti (Primari e Coordinatori) delle Memory Clinic e successivamente implementato. Questa implementazione congiunta ha anche effetti positivi sulla collaborazione della Memory Clinic.

Rete assistenziale del percorso nascita

Relazione 2018

Il percorso assistenziale è stato ottimizzato e approvato dal neocostituito comitato provinciale percorso nascita. La delibera provinciale relativa all'autorizzazione del percorso diagnostico terapeutico è stata pubblicata in data 18.12.2018. A causa della pubblicazione tardiva non è stato possibile implementare il PDTA nel concreto. È stato nominato un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare per ogni comprensorio incaricato di implementare il PDTA. Questi 4 gruppi di lavoro si sono incontrati 3 volte nel corso del 2018 e, coordinati dai due referenti aziendali, hanno definito lo stato attuale. Questo è stato presentato dai referenti aziendali alla "Steuerungsgruppe" in data 22.06.2018. A seguito della presentazione dello stato attuale dei 4 comprensori ai responsabili di progetto, i 4 gruppi di lavoro hanno definito, in collaborazione con le direzioni mediche e tecnico assistenziali, il concreto fabbisogno di personale e di medical device. I referenti aziendali hanno provveduto a presentare le risultanze dei gruppi di lavoro in direzione aziendale. La concreta implementazione del PDTA non è stata possibile in quanto mancava la delibera provinciale che autorizza il PDTA stesso. Nel corso del 2018 sono stati svolti dei lavori preliminari necessari dai quattro gruppi di lavoro, coordinati dai due referenti aziendali.

Elaborazione ed implementazione di un sistema di profili delle prestazioni dei reparti e servizi dei sette ospedali pubblici in coerenza con quanto previsto nel Piano sanitario provinciale.

Tra l'altro sono previsti: la chirurgia plastica, la chirurgia della mano, le patologie venose, le protesi alla spalla e la definizione ed implementazione di un portafoglio di prestazioni di laboratorio uniformi negli ospedali di base. Questo per migliorare ed omogeneizzare gli standard assistenziali per garantire l'assistenza sanitaria attraverso una rete ospedaliera provinciale coordinata ed interconnessa

Relazione 2018

Il portafoglio di prestazioni è stato elaborato e firmato dai responsabili ospedalieri e dalla direzione di comprensorio, ma non è ancora stato approvato dalla direzione aziendale.

Interventi di riorganizzazione per le divisioni di medicina interna, chirurgia generale ed i Pronto soccorso dei sette ospedali per migliorare l'accesso alle prestazioni, la qualità e la sicurezza dell'assistenza e per migliorare l'impiego della professionalità dei collaboratori e la soddisfazione dei pazienti tramite processi snelli centrati sulla persona

Relazione 2018

Il triage per i Pronto Soccorso è stato uniformato nel 2018 a livello provinciale. L'unificazione dell'accesso diretto sarà completata nel 2019

Prosecuzione delle reti cliniche in ambito oncologico per migliorare ancora la qualità delle cure ed anche il tasso di sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti

Relazione 2018

Tumor board (TB) carcinomi alla mammella: dopo diverse sessioni di preparazione è stata avviata la TB congiunta. Ci sono stati grandi problemi nell'implementazione: un problema particolare è stata la cessazione della collaborazione con l'UFK Innsbruck. La connessione a questa struttura universitaria è assolutamente necessaria e desiderata dai pazienti: una soluzione del problema può essere realizzata solo in collaborazione tra il Direttore generale e l'UFK Innsbruck. Una valutazione dell'obiettivo attualmente non è possibile e ragionevole.

TB carcinoma genitali femminili: quasi tutti (più del 90%) i casi oncologici della ginecologia sono stati discussi e presentati nel GynTB e documentati nel software.

TB carcinoma colon-retto e stomaco: documentazione tumori, tumori colorettali e stomaco, partecipazione attiva nella scheda tumorale, partecipazione attiva agli audit interni ed esterni e revisioni di gestione: le 3 sottosezioni sono state realizzate in 4 distretti al 100%.

TB carcinoma apparato urologico: sulla base dei dati disponibili, oltre il 90% dei casi sono stati presentati nel TB operativo e tutti i casi sono stati registrati nel software Onkoziert. Il tasso di partecipazione alla videoconferenza era superiore al 90%.

L'inserimento del pTNM nei casi operati con tumore maligno, rilevato sulle tre variabili esaminate come previsto nella settima edizione del AJCC Cancer staging manual (American joint Committee in Cancer), è la seguente:

- a. 99,48% con riferimento alla variabile T;
- b. 96,25% con riferimento alla variabile N;
- c. 99,18% con riferimento alla variabile G.

La percentuale di correttezza della codifica dei codici topografici e morfologici nei casi operati con tumore maligno, stimata sulle due variabili esaminate, è la seguente:

- a. 98,02% con riferimento ai codici topografici;
- b. 99,01% con riferimento ai codici morfologici.

Riorganizzazione ed ottimizzazione dei Servizi di Radiologia per le modalità di prenotazione e refertazione con integrazione delle prenotazioni delle strutture convenzionate.

Relazione 2018

Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni radiologiche sono state configurate su CUPWEB in tutti i comprensori sanitari e sono state attivate secondo la seguente tempistica:

- CS Bressanone: 13.12.2017 (per tutte le prestazioni radiologiche)
- CS Merano: 22.05.2018 (per tutte le prestazioni radiologiche)
- CS Bolzano: 26.06.2018 (per tutte le prestazioni radiologiche)
- CS Brunico: 29.11.2018 (solo RX convenzionale)

In data 10.12.2018 è stata aperta la vista aziendale per le prestazioni RX convenzionale.

Per le criticità rilevate nel Comprensorio sanitario di Brunico, in accordo con il direttore amministrativo, l'obiettivo è stato modificato a dicembre 2018 nel seguente modo: le agende per la prenotazione delle prestazioni radiologiche RX convenzionale o di un'altra prestazione radiologica erogate a favore di pazienti ambulatoriali esterni nei comprensori sanitari di Bolzano e Brunico sono configurate su CUPWEB entro il 31 dicembre 2018 ed aperta la vista aziendale, includendo anche i CS di Bressanone e Merano.

Definizione della collaborazione tra Servizio per le Dipendenze, il servizio ed il reparto di Psichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva ed il Servizio Psicologico per un sempre maggior numero di giovani consumatori di sostanze legali e illegali che entra in contatto con questi servizi. Per garantire a questi una assistenza/cura ottimale è opportuno che avvenga una collaborazione più approfondita e meglio definita in rete tra i suddetti servizi.

Relazione 2018

Nel 2018 si sono svolti due incontri tra i servizi coinvolti (Servizio per le dipendenze, Servizio psicologico, Dipartimento di psichiatria infantile e dell'adolescenza) del Comprensorio sanitario di Bolzano. Tutti e tre i servizi hanno un team che si occupa dell'adolescenza, quindi il personale specializzato partecipa alle riunioni oltre ai responsabili dei servizi.

Il programma è stato elaborato e l'implementazione della formazione è stata iniziata nell'arco dell'anno 2018.

Definizione della presa in carico di persone affette da disturbi dello spettro autistico (ASD) in età adulta. Per dare una maggiore continuità ed integrazione tra i vari interventi è necessario un concetto globale, multidimensionale ed integrato che riguardi tutti gli ambiti della vita delle persone, dalla prima infanzia all'età adulta.

Relazione 2018

Il programma è stato elaborato e l'implementazione della formazione è stata iniziata nell' arco dell'anno 2018.

Ambito dell'accreditamento

Obiettivo comune per tutti i laboratori dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, compresa la microbiologia, è l'accreditamento secondo la norma ISO 15189 specifica per laboratori medici.

Relazione 2018

1. Il primo audit di accreditamento da parte dell'Ente Unico nazionale di accreditamento è stato svolto con successo ad aprile 2018 in tutti i laboratori.
2. Le non conformità rilevate sono state gestite e risolte in ogni laboratorio.
3. I fogli informativi e gli elenchi delle analisi sono stati integrati nel sito aziendale e sono disponibili per i pazienti.

Istituzione e/o consolidamento di alcune funzioni aziendali:

Servizio aziendale di reumatologia su tre sedi

Relazione 2018

1. Scuola di reumatologia: la scuola di reumatologia è stata attivata negli ospedali di Brunico e Bolzano, sono stati effettuati 4 relazioni in merito all'artrite reumatoide, osteoporosi, spondiloartrite e fibromialgia.
2. Riunioni regolari per la strutturazione del servizio provinciale: sono state effettuate riunioni 1x/mese con tutto lo staff del servizio provinciale di reumatologia.
3. Formazione infermieristica: la formazione infermieristica è stata attivata in cooperazione con un centro di formazione austriaco e l'Università di medicina di Innsbruck.
4. Istituzione di ambulatori specialistici: Sono stati istituiti i seguenti ambulatori specialistici:
 - a) centro della reumatologia pediatrica (Ospedale di Bolzano)
 - b) ambulatorio reuma gestazionale (Ospedale di Bolzano)
 - c) ambulatorio dedicato alle vasculiti (Ospedale di Brunico e Bolzano)
5. Formazione e collaborazione con i medici di medicina generale: sono stati eseguite formazioni per i medici di medicina generale nei Comprensori di Brunico, Bressanone, Bolzano e Merano
6. Attività scientifica: partecipazione allo studio di Brunico. I vari lavori sono stati pubblicati nel 2018.

Ottimizzazione dell'assistenza ai richiedenti asilo e rifugiati con disturbo psichico:

L'aumento del flusso migratorio osservato in questi ultimi mesi ha comportato un aumento di pazienti e di complessità nei diversi ambulatori specialistici dei quattro comprensori sanitari. In tutti i comprensori sanitari è aumentato il numero dei pazienti richiedenti asilo. Ne conseguono problematiche linguistiche e culturali. Attualmente gli psichiatri del Comprensorio sanitario di Bolzano si occupano principalmente di pazienti con disturbi post-traumatici acuti e altre malattie psichiatriche su tre diversi livelli:

1° livello: riconoscimento precoce del disturbo psichico all'arrivo di nuovi migranti

2° livello: assistenza acuta presso l'ospedale

3° livello: assistenza ai migranti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite i Centri di Salute Mentale (CSM) provinciali nei centri di seconda accoglienza.

Obiettivo complessivo:

- Miglioramento della collaborazione istituzionale tra i servizi coinvolti per garantire ai pazienti un'assistenza specialistica immediata
- Consegna dei casi tra i servizi sanitari nel passaggio dei centri di prima accoglienza ai centri di seconda accoglienza.
- Elaborazione di un piano formativo per i collaboratori sociali
- Progetti di sensibilizzazione culturale e di promozione alla salute sulle tematiche violenza, dipendenza, e identità della donna. Focus sull'educazione sessuale e sulla prevenzione dell'abuso di alcol.

Relazione 2018

Il questionario è stato proposto a tutti i collaboratori che lavorano nei centri di accoglienza nel periodo 27 ottobre - 17 novembre 2017.

Il piano formativo è stato elaborato insieme al primario del servizio psichiatrico.

L'aggiornamento in Etnopsichiatria è stato organizzato il 18 aprile e il 17 maggio 2018.

Con il servizio psicologico e il Forum Prevenzione sono stati organizzati 3 corsi da 2 moduli: 2 a Bolzano l'8 giugno e il 19 settembre, il 20 giugno e il 5 ottobre 2018 ed 1 corso a Bressanone il 19 settembre e il 28 novembre 2018.

Centro per la ricerca clinica e ricerca dell'assistenza e cura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Obiettivi per la Ricerca 2018-2020:

1. Raccolta in PubMed di tutte le pubblicazioni dell'Azienda Sanitaria, delle comunicazioni stampa e del proprio media (one) dei migliori lavori pubblicati
2. Corso annuale di ECM (Educazione Continua in Medicina) di statistica e ricerca clinica
3. Acquisto di licenza di un programma di statistica, per dare la possibilità ai ricercatori (medici e infermieri) di analizzare i dati e presentarli
4. Collaborazione con la Medical School in Hall in Tirol & TILAK
5. Collaborazione con il gruppo IMREST con la sponsorizzazione di un congresso all'anno nel quale viene presentato la ricerca nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
6. Collaborazione e supporto del Convegno internazionale della ricerca: Südstern Health and Science Symposium (come fino ad ora)
7. Contratto di ricerca con l'EURAC e la Claudiana. Incontri per possibili progetti con la Libera Università di Bolzano, Laimburg ed Eco-Research.

Relazione 2018

Sono state condotte diverse riunioni anche riguardo alla piattaforma sulla ricerca in presenza dell'Assessora, del Direttore generale, Gruppo di lavoro in Assessorato.

Il gruppo IMREST "Interdisciplinary Medical Research Center of South Tyrol", è stata prodotta una lista di 20 pubblicazioni a cui se ne aggiungeranno altre 2 già accettate. Tutte queste pubblicazioni hanno un Impact Factor (IF) e sono indicizzate su PubMed. Inoltre, grazie ai meeting organizzati dall'IMREST stanno nascendo interessanti collaborazioni con l'EURAC e altri partner importanti che aiuteranno a generare ulteriori lavori scientifici. La lista attuale delle pubblicazioni è disponibile sul sito, qui sotto riportato, deve semplicemente essere ricopiata sul sito aziendale.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=IMREST>

Il comitato scientifico aziendale non è stato nominato. Si sono svolti diversi incontri sul tema in presenza dell'Assessora, del Direttore generale, Gruppo di lavoro in Assessorato; non è ancora stata presa alcuna decisione in merito. La persona incaricata ha lasciato l'azienda sanitaria in data 23.11.2018.

D) Obiettivi di salute e qualificazione del Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management)

In questo ambito sono inseriti principalmente interventi per il miglioramento dell'appropriatezza, ivi incluse le misure per il contenimento delle liste d'attesa.

Contenimento dei tempi di attesa

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. Definizione a livello aziendale dei tempi e contenuti omogenei a livello aziendale di erogazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (prime visite) nelle seguenti branche: neurologia, fisiatria, dermatologia e radiologia. (Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 5.2.1 e il Piano per il governo dei tempi d'attesa in Alto Adige 2016-2020). A tal fine sono previste le seguenti azioni:

1. Revisione ed aggiornamento delle priorità cliniche secondo il Sistema dei raggruppamenti d'attesa omogenei (RAO)

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. A tal fine si renderà necessaria una revisione dei criteri di priorità clinica (RAO) per le prime visite nelle branche specialistiche ad oggi definiti con provvedimento di Giunta Provinciale e definizione di criteri RAO per le branche per le quali non sono stati ancora definiti.

Relazione 2018

In accordo con i referenti clinici è stata elaborata una proposta di aggiornamento dei criteri RAO, precedentemente definiti con delibera di Giunta Provinciale n. 856/2011, e di definizione di nuovi criteri RAO per le branche specialistiche indicate. Tale proposta, condivisa con le organizzazioni sindacali dei MMG/PLS ed inviata in Assessorato alla Salute in data 14.5.2018, prot. nr. 58147, è stata approvata con delibera di Giunta Provinciale n. 500 del 29.5.2018 e n.1078 del 16.10.2018.

2. Gestione delle agende: pianificazione e programmazione dell'attività ambulatoriale su un'unica piattaforma

L'Azienda si prefigge di definire a livello aziendale tempi e contenuti (prestazioni accessorie) standard di erogazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Relazione 2018

Sono stati approvati i tempi standard aziendali ed è stata aperta la vista aziendale (laddove non già presente).

1. Per la prima visita oculistica con delibera aziendale n. 8 del 16.1.2018 (apertura vista aziendale dal 1.3.2018)
2. Per la prima visita dermatologica con delibera aziendale n. 377 del 26.6.2018 (apertura vista aziendale secondo i nuovi standard dal 1.9.2018)
3. Per la prima visita ORL con delibera aziendale n. 494 del 11.9.2018 (apertura vista aziendale 1.10.2018)
4. Per le prestazioni di colonscopia con delibera aziendale n. 376 del 26.6.2018 (apertura vista aziendale dal 16.7.2018)
5. Per la prima visita di chirurgia generale con delibera aziendale n. 493 del 11.9.2018 (apertura vista aziendale 2.11.2018)
6. Per la prima visita fisiatrica con delibera aziendale n. 495 del 11.9.2018 (apertura vista aziendale 1.12.2018)

L'obiettivo si ritiene raggiunto, in quanto correlato all'obiettivo BSC D.2. che prevedeva l'implementazione di CUPWEB su almeno 6 branche specialistiche non specificatamente individuate.

3. Attivazione di nuovi canali di prenotazione

Il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, delinea un nuovo modello di farmacia: la "Farmacia dei Servizi". Tra i nuovi servizi previsti, il citato decreto legislativo include i servizi di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le farmacie territoriali. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende attivare tale canale di prenotazione.

Relazione 2018

L'obiettivo in questione, allo stesso modo di quello relativo alla revisione dell'accordo con Federfarma, è stato rinviato al 2020.

Shifting di prestazioni

Fra queste può essere considerata l'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 (OBI) ed all'implementazione e lo sviluppo

del Day Service attraverso la definizione e l'implementazione di nuovi Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC). Vedasi Piano sanitario provinciale 2016 – 2020, capitolo 7.3.

Relazione 2018

Ernie ambulatorie: 15%; a livello nazionale, l'obiettivo è stato raggiunto con il 16,3% delle ernie operate in ambito ambulatoriale.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Il Critical Incident Reporting System (CIRS) è un sistema di segnalazione a carattere non punitivo consolidato nelle aziende ospedaliere e risulta essere tassello fondamentale per la riduzione del rischio clinico. Esso contribuisce a rappresentare il rischio clinico insito nella propria struttura. Nel triennio 2018-2020 è prevista la prosecuzione della fase pilota iniziata nel 2017 e la prima fase di roll out su ulteriori reparti e servizi. Si prevede di implementare misure correttive a livello aziendale e di singola unità operativa al fine di aumentare la sicurezza del paziente.

Relazione 2018

Il software CIRS è stato installato. I facilitatori CIRS sono stati nominati e formati attraverso la formazione specifica. I collaboratori dei gruppi omogenei di segnalazione sono stati informati del lancio del progetto.

E) Obiettivi di sviluppo e qualificazione aziendale

Le conoscenze e la professionalità degli operatori sanitari sono la risorsa più importante per la qualità, la capacità innovativa e la competitività dei servizi sanitari. Oltre a migliorare costantemente le competenze del personale già alle proprie dipendenze con interventi di formazione e aggiornamento continuo è importante reclutare nuovo personale qualificato fidelizzandolo in modo mirato, e ponendo al centro della politica del personale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'obiettivo di rafforzare l'impegno e la capacità produttiva di tutti gli operatori. Oltre allo sviluppo del personale anche la cultura aziendale incide sulla soddisfazione dei nostri collaboratori.

Formulazione dotazione organica standard aziendale

In ottemperanza al co. 541 della Legge di Stabilità 2016 che prevede una rivisitazione delle dotazioni organiche, capace di far garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro e contestualmente di far fronte alla garanzia dei LEA, nel modo più efficiente ed efficace/sicuro possibile.

Relazione 2018

Entro giugno 2018 è stato inviato all'Assessorato una proposta di fabbisogno di personale. La Ripartizione Controlling ha organizzato e seguito in tutti i comprensori sanitari gli incontri tra responsabili medici, tecnico-assistenziali di tutte le singole unità operative e le direzioni comprensoriali. I risultati delle rilevazioni sono stati raccolti in una banca dati e sono stati sottoposti alla direzione aziendale. Gli stessi sono la base per un confronto con i benchmark di aziende sanitarie nazionali.

Sviluppo del personale e delle competenze

Implementazione e attuazione del Masterplan per lo sviluppo del personale. In seguito all'approvazione del Masterplan e del piano di implementazione per lo sviluppo del personale nel periodo 2018-2020 saranno messe in atto azioni al fine di garantire uno sviluppo integrato del personale nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Relazione 2018

Creazione dell'Unità organizzativa per lo sviluppo del personale: L'ufficio Staff è stato istituito.

L'occupazione di questa unità organizzativa potrebbe essere fatta. Se, al contrario, si desidera attendere l'istituzione di una nuova struttura organizzativa, l'occupazione può essere effettuata in seguito all'adozione del nuovo organigramma.

Più del 90% dei concorsi con meno di 50 partecipanti sono stati espletati entro 6 mesi.

Questo requisito è stato implementato gradualmente ed è stato rispettato quando le risorse sono disponibili e le responsabilità sono definite.

Il pacchetto di servizi specifici è stato sviluppato: è stato creato un gruppo di lavoro interfunzionale. È stato preparato un progetto preliminare del pacchetto di servizi che è attualmente nella sua fase finale. L'approvazione finale dovrebbe essere effettuata dal Direttore generale o dalla direzione aziendale. A causa di difficoltà amministrative, nel corso dell'anno passato, a livello aziendale il progetto non poteva essere concluso nei termini previsti.

Cultura aziendale e comunicazione con i collaboratori

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si trova in un importante processo di cambiamento. Considerato che l'essere umano è il luogo del cambiamento (Senge, Davenport), le imminenti modifiche sono da mettere in pratica in primo luogo dai collaboratori dell'Azienda Sanitaria di Bolzano. Di conseguenza, oltre ai provvedimenti strutturali e strategici deve essere lavorato anche ad una cultura aziendale uniforme a livello aziendale, in modo da poter disporre di un'immagine chiara della futura Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che aumenti la motivazione del personale ed implichi apertura e cambiamento (vedi Piano sanitario provinciale 2016-2020, capitolo 12.4).

Una buona collaborazione interdisciplinare, una cultura aziendale aperta fondata sulla fiducia viene promossa da una continua comunicazione, campagne informative, scambio interno ed esterno di conoscenze e un continuo sviluppo personale e professionale. Questo garantisce un'efficienza sostenibile e la soddisfazione degli assistiti.

Le azioni previste nel Piano triennale saranno implementate e per il 2020 se ne prevede l'aggiornamento.

Relazione 2018

Alcune iniziative sono state prese nel 2019, le quali potrebbero costituire la base per l'acquisizione e la conservazione dei dipendenti. Varie opzioni sono state discusse in primo luogo con la Ripartizione delle Comunicazioni e l'Ufficio di Reclutamento, e con la Direzione Infermieristica e Sanitaria. Il tema del reclutamento dei dipendenti e del concetto di conservazione è ampio e spazia dai temi della cultura aziendale sulla struttura organizzativa fino alla cultura aziendale nello sviluppo del personale. Sono stati discussi vari approcci, tuttavia vi è ancora da decidere in merito all'adozione o l'implementazione di un concetto di acquisizione e ritenzione dei dipendenti. L'elaborazione e l'attuazione tempestiva non potevano essere promossi a causa di problematiche noti al Consiglio gestionale e quindi una prima bozza potrà essere presentata alla Direzione aziendale solo nel corso dell'anno corrente.

L'incarico formale del project team è avvenuto. La scelta e l'incarico del partner esterno, a causa della direzione vacante, è stata interrotta. Conseguentemente non era possibile elaborare il modello aziendale delle competenze.