

AUTONOME PROVINZ  
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

# **Piano delle performance e Programma generale triennale 2019 - 2021**

**Delibera del Direttore generale Nr. 493 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 .....	3
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.....	5
1.3. Aspetti della salute .....	5
1.3.1. Diffusione delle malattie croniche e tasso di diffusione.....	5
1.3.2. Diabete .....	6
1.3.3. Tumori maligni .....	6
1.3.4. Screening oncologici.....	7
1.3.5. Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie .....	7
1.3.6. Sicurezza alimentare .....	8
1.3.7. Riabilitazione fisica e neurologica .....	9
2. Processo e modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi .....	10
3. Struttura.....	10
4. Obiettivi.....	11
4. A) Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo.....	11
4. B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici .....	13
4. C) Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti .....	14
4. D) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management) .....	16
4. E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale.....	18

# 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 "Programma operativo annuale/Piano delle performance annuale - 2019" 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, previsti dal Titolo II, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Il Piano è pubblicato sul sito dell'Azienda ([www.asdaa.it](http://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 indicata 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 gestionale. 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 deve affrontare 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, in modo tale che i pazienti siano assistiti nel "best point of service" e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza.

Una parte delle tematiche più rilevanti contenute in questo piano sono legate al documento di direttive programmatiche della Giunta Provinciale trasmesso all'Azienda sanitaria per il 2019, basate sulla metodica della "Balanced Scorecard". Tali indirizzi riguardano lo sviluppo della governance, dei sistemi informativi e dei 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 sullo sviluppo del personale e della cultura aziendale. Non meno importanti sono gli obiettivi finalizzati al rispetto del budget economico-finanziario.

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

### **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 o indirettamente dalla stessa o tramite altri soggetti pubblici o privati convenzionati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi contrattuali, nel rispetto dei vincoli 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, in sinergia 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 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 della salute dei cittadini residenti assieme ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta ed opera come centro di riferimento a livello territoriale in un contesto caratterizzato da forte e progressiva integrazione con i servizi sociali. Esso rappresenta inoltre 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 è basato su un modello d'assistenza sanitaria a più livelli, che distingue fra assistenza di base, assistenza specializzata e assistenza con trattamenti ad alta complessità. L'assistenza di base prevede 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. Gli interventi e i trattamenti ad alta complessità sono concentrati primariamente nell'ospedale provinciale di Bolzano, ma ciò non toglie che questo tipo di prestazioni possano essere localizzate anche in altri comprensori sanitari.

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 nel Piano sanitario provinciale e nelle delibere della Giunta Provinciale.

Nel prossimo futuro l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende darsi un nuovo assetto al fine di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie ai cittadini e rispondere ai criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Il riassetto dell'azienda segue 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 di gestione adeguati (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 status sociale, dalla sua provenienza, dal suo sesso e dalla sua età. L'assistenza sanitaria erogata dovrà essere erogata vicino al luogo di residenza, essere altamente qualificata ed appropriata, rendendo quindi necessario che i prestatori di servizi in tutti i livelli coinvolti collaborino nella rete.

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

Si espongono qui di seguito alcuni indicatori ed informazioni riguardanti la struttura della popolazione assistibile così come alcuni aspetti relativi alla sua salute in vista degli interventi previsti per il triennio 2019-2021.

Le informazioni riportate sono estratte in buona parte dalla relazione sanitaria annuale 2017, prodotta dall'Osservatorio epidemiologico del Dipartimento Salute.

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

La popolazione residente nel 2017 è pari a 528.829 unità, per una densità di 71 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).

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

L'età media della popolazione è pari a 42,1 anni (40,8 anni per la popolazione maschile e 43,4 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,8 anni nell'ultimo quinquennio.

L'indice di vecchiaia è pari a 122,7 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di 6,9 punti negli ultimi cinque anni, ed evidenzia valori più elevati tra le donne (142,5%) rispetto agli uomini (104,1%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore a quello nazionale, pari a 168,7%.

L'indice di dipendenza è pari a 54,4%, ed è più elevato tra le donne (58,0%) rispetto agli uomini (50,8%). Il valore nazionale dell'indice è pari a 56,1%.

### **1.2.2. Natalità e dinamica demografica**

L'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati ha una valenza strategica importante nel sistema sanitario, in considerazione delle sue ricadute sul benessere dell'intera popolazione. Per tale motivo diviene importante monitorarne le caratteristiche e le criticità.

Nel corso del 2017 in Provincia di Bolzano sono nati 5.580 bambini, di cui 5.246 da madri residenti in provincia (94,0%), registrati attraverso il Certificato di assistenza al parto (Cedap); nel 2017 si assiste ad un calo nel numero di nascite rispetto al 2016 (5.674 nati), ma comunque in linea alla media degli ultimi anni (numero medio negli anni 2013-2016 pari a circa 5.600 nascite). Quasi tutti i parti sono avvenuti nei punti nascita presenti in provincia, 33 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 il più alto stimato in Italia (media nazionale di 7,7 nati vivi ogni 1.000 abitanti).

La crescita della popolazione nel corso del 2017 è stata pari a 6,6 unità per 1.000 abitanti.

Una componente importante della crescita della popolazione è costituita dal saldo migratorio, pari al 4,8‰. La crescita naturale, pari al 1,8‰, si conferma ai livelli più elevati tra le regioni italiane. Il Tasso di Fecondità Totale, che esprime il numero medio di figli per donna in età fertile, è pari a 1,7 figli per donna (1,34 la media a livello nazionale).

### **1.2.3. Speranza di vita e mortalità**

La speranza di vita alla nascita secondo le tavole di mortalità provinciali del 2015 è pari a 80,8 anni per gli uomini e 85,7 anni per le donne. Secondo le stime ISTAT per il 2016 si rileva in Provincia di Bolzano una più elevata aspettativa 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 aspettativa 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 sulla 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 2016, mentre non è disponibile per i decessi avvenuti in periodi successivi.

Il numero di decessi nella popolazione residente registrato nel 2016 è pari a 4.138, corrispondente ad un tasso di mortalità grezzo pari a 794,5 per 100.000.

La causa principale di decesso nell'anno 2016 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che hanno interessato il 39,7% dei casi nella popolazione femminile ed il 31,6% in quella maschile. Tra gli uomini è più evidente la mortalità per tumore (33,1%) rispetto alle donne (25,7%), così come per traumi ed avvelenamenti (6,7% vs. 3,6%).

## **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 ulteriori molteplici fattori di natura biologica, ambientale e culturale.

Di seguito vengono 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 descrivere lo stato di salute di una popolazione, quali aspettativa di vita alla nascita e tasso di mortalità infantile, vengono di seguito considerati altri aspetti legati alle condizioni di salute della popolazione, come lo stile di vita, la prevenzione attraverso gli screening e le vaccinazioni, l'incidenza di neoplasie, le malattie croniche, la diffusione del diabete e non ultima l'attività di riabilitazione.

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

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende, tra le altre, 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 avanzata evidenziando quindi un collegamento tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile, rispetto ai valori medi nazionali, è una popolazione relativamente giovane (in linea con i trend demografici ed un invecchiamento progressivo della popolazione), con un'età media per il 2017 pari a 42,6 anni e un indice di vecchiaia pari a 130,9 (ovvero sono presenti 131 anziani assistibili ogni 100 giovani assistibili). A livello nazionale si stima per il 2017 un indice di vecchiaia pari a 165,3.

Nel corso del 2017, la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 29,3% (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 Provincia di Bolzano 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 soffrono almeno di una patologia cronica.

Analizzando i tassi standardizzati per aree territoriali, che tengono in considerazione la struttura demografica del territorio, emerge come il distretto rurale di Laives-Bronzolo-Vadena registri la stima complessiva di malati cronici più alta di tutta la provincia, leggermente superiore anche al distretto urbano di Bolzano. 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 Alzheimer e demenza e tiroidite di Hashimoto. Nel Comprensorio sanitario di Merano si registra una

significativa diffusione di ipotiroidismo e vasculopatia venosa. I comprensori sanitari di Bressanone e di Brunico, nei quali si registrano mediamente tassi più bassi, si caratterizzano per una maggiore prevalenza di malattie quali ipertensione e psicosi (Bressanone) ed epilessia (Brunico).

### 1.3.2. Diabete

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi industrializzati e la sua incidenza è in continua crescita, anche a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. In letteratura la sua prevalenza è stimata intorno al 5,3% della popolazione generale (ISTAT, 2017), ma vi è un ulteriore 3% di soggetti con diabete non diagnosticato da prendere in considerazione.

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 2017 in Provincia di Bolzano sono stati assistiti 1.222 pazienti diabetici di tipo I e 20.604 pazienti diabetici di tipo II, con una prevalenza sul totale della popolazione assistibile dello 0,2% per il tipo I e del 4,0% per il tipo II. La prevalenza di malati di diabete di tipo II aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età raggiungendo il 12,3% tra i 65 ed i 74 anni e 16,2% dopo i 75 anni. L'età media della popolazione diabetica di tipo I è di 41,7 anni, mentre per quella di tipo II è di 70,9 anni.

La prevalenza totale della patologia non è 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 Val Gardena, Val Badia, Valle Aurina, e Val Sarentino. A livello provinciale tre quarti della popolazione diabetica di tipo II soffre anche di una cardiovasculopatia mentre un terzo anche di una dislipidemia.

In Provincia di Bolzano il 76% di tutti i diabetici effettua annualmente almeno un monitoraggio di creatinina e il 72% di emoglobina glicata (il valore nazionale di confronto per l'emoglobina glicata indicato nelle Linee guida nazionali AMD- Associazione Medici Diabetologi è dell'84%, contro un valore obiettivo del 100%).

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, nel corso del 2017 il 68,8% dei pazienti diabetici di tipo II ha assunto un antidiabetico orale, il 52,2% un ipolipemizzante, il 31,8% un antiaggregante ed il 17,0% si è curato con l'insulina. Il trattamento farmacologico del diabete prevede nella maggior parte dei casi l'associazione di più farmaci e l'84,2% ha assunto almeno uno di questi farmaci nell'arco dell'anno.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete nella Provincia di Bolzano è pari a 65,4 ricoveri per 100.000 residenti (esclusi i ricoveri effettuati presso le strutture austriache e nel resto d'Italia). Se si considera solo la popolazione con età superiore a 18 anni il tasso sale a 75,3 ricoveri per 100.000 residenti. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze a lungo termine (complicazioni renali, oculari, neurologiche, circolatorie periferiche o altre complicanze) risulta essere pari a 32 ricoveri per 100.000 residenti con età superiore ai 18 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 2009-2013.

Nel suddetto periodo il numero medio di nuovi casi diagnosticati per anno è pari a 1.623 tra i maschi (647,6 per 100.000) ed a 1.324 tra le femmine (513,8 per 100.000). Escludendo i tumori della pelle (ICD X: C44), i nuovi casi registrati nel 2017 sono pari a 1.693 per i maschi e 1.374 per le femmine. Escludendo i tumori della cute (ICD X C44), i tumori più frequenti tra i maschi sono quelli della prostata (19,1% dei casi), del colon-retto (14,4%), della vescica (9,7%) e del polmone (9,2%).

Nelle femmine, il tumore della mammella (25,4% dei casi) è al primo posto tra tutte le neoplasie, seguito dal tumore del colon-retto (12,6%), dal tumore del polmone (5,9%), dai melanomi (5,7%), e dal tumore del corpo dell'utero (4,1%).

Nel periodo 2009-2013 sono deceduti ogni anno per tumore in media 664 maschi (259,8 decessi ogni 100.000 residenti), e 526 femmine (200,4 decessi ogni 100.000). Per l'anno 2017 è quindi possibile stimare per la Provincia di Bolzano un totale di 1.215 decessi per tumore di cui 679 tra i maschi e 536 tra le femmine.

Tra i maschi, le cause di morte per neoplasia più frequenti risultano essere il tumore del polmone (21,2% dei casi), del colon-retto (12,0%), della prostata (9,1%) e del fegato (8,9%). Nelle femmine, i

decessi dovuti al tumore della mammella (16,0%) rappresentano la quota più importante, seguiti dai decessi per tumore del colon-retto (11,6%) e del polmone (12,0%).

#### **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 stato sino al 2018 unicamente l'esame del Pap-test, da effettuare ogni tre anni per le donne di età compresa tra 23 e 65 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. A partire dal settembre del 2018, su indicazione ministeriale è stato introdotto il test HPV quale test primario di screening con periodicità quinquennale. Siamo quindi in una fase transitoria, con invito della popolazione più anziana (55-65) con il test HPV e la restante popolazione femminile ancora con il Pap test. Nel corso del 2018, il 30,4% delle donne invitate ha effettuato l'esame (Pap-test: 30,1%, HPV: 33,6%).

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 e dal 2018 le donne ricevono un invito con l'appuntamento programmato per l'esecuzione dell'esame. Nel 2018, il 63,9% delle donne invitate ha aderito al programma di screening.

Lo screening del tumore colon-rettale consiste nel ricercare sangue occulto nelle feci. Nei casi positivi si programma una colonscopia. È stato dimostrato che 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 2018, il 37,6% della popolazione invitata ha aderito al programma di screening.

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

Con delibera n. 457 del 18/04/2017 è stato approvato il calendario vaccinale provinciale, il quale prevede l'armonizzazione in un unico schema di tutte le vaccinazioni per i bambini indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Nazionale Vaccini 2016-2018. In Italia, per i nuovi nati, sono obbligatorie le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, rosolia (MPR), pertosse, infezioni da *Haemophilus influenzae b* (Hib), epatite virale B, morbillo, parotite.

A livello provinciale sono raccomandate, inoltre, le vaccinazioni contro infezioni da pneumococco, da meningococco C e la vaccinazione contro i Papillomavirus responsabili del carcinoma della cervice uterina (HPV).

Nel 2017 in Provincia di Bolzano sono state somministrate, alla popolazione d'età inferiore a 18 anni, 83.177 dosi vaccinali; di queste il 48,8% si riferiscono a vaccinazioni obbligatorie per legge ed il 93,8% a vaccinazioni obbligatorie o raccomandate.

Le coperture vaccinali a 24 mesi per la coorte di nascita del 2015 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 2017, un totale di 1.421 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 1.588 prove di cutireazione alla tubercolina. La diminuzione delle vaccinazioni è da porre essenzialmente in relazione 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 2017 sono stati eseguiti nel territorio provinciale 549 interventi di disinfezione e di disinfestazione. L'86,2% di questi è stato effettuato in strutture pubbliche, e il rimanente 13,8% presso spazi ed edifici privati.

### 1.3.6. Sicurezza alimentare

La legislazione UE (regolamenti CE n. 178/2002 e 852/2004) attribuisce alle aziende alimentari la responsabilità primaria per la sicurezza degli alimenti. Le autorità competenti (servizi per l'igiene e la sanità pubblica e dei servizi veterinari dell'Azienda Sanitaria) sono tenute ad effettuare, secondo quanto previsto dal regolamento (CE) 882/2004, controlli presso le aziende alimentari, sulla base del rischio e con frequenza adeguata, riguardanti l'ottemperanza delle norme di igiene e sicurezza degli alimenti. Questi controlli sono effettuati in tutte le fasi della produzione e la vendita alimentare, dalla produzione primaria alla loro lavorazione, vendita o distribuzione al consumatore finale. I controlli ufficiali riguardano gli impianti, i locali e le strutture degli operatori del settore alimentare, nonché il cibo stesso, comprese le materie prime, gli ingredienti e gli additivi. In Alto Adige vi sono circa 16.100 aziende alimentari, di cui le aziende della ristorazione sono una parte importante con 8200 unità. In circa 935 aziende solo il servizio veterinario è responsabile dei controlli (lavorazione della carne, macellazione degli animali, lavorazione dei latticini). Tuttavia, in un gran numero (o maggioranza) di stabilimenti, la responsabilità ricade sui servizi di igiene. Nel 2018, i servizi di igiene e sanità pubblica hanno controllato 1283 aziende, con un totale di 1534 ispezioni, tra cui il prelievo di 963 campioni di alimenti per test di laboratorio chimici o microbiologici. Nel corso dei controlli, in 462 stabilimenti, sono state identificate lacune in termini di conformità in materia di igiene e di sicurezza alimentare.

Nella maggior parte dei casi, si trattava di carenze esigue, senza rischi immediati per la salute dei consumatori, per tale motivo sono state emesse dall'autorità di controllo solamente avvisi scritti e disposizioni per l'adeguamento alla normativa vigente.

Per i reati più gravi sono state applicate sanzioni amministrative e denunce penali e, in alcuni casi, una chiusura temporanea dell'azienda.

#### Attività dei servizi di igiene e sanità pubblica

Aziende controllate	Aziende con carenze	Avvertenze scritte	Sanzioni amministrative	Sanzioni amministrative	Chiusure aziendali temporanee
1283	462	465	42	10	3

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 d'acqua non regolari si attesta su valori bassi, pari al 1,1% per le analisi chimico-fisiche ed al 3,3% per le analisi microbiologiche.

I parametri che risultano più frequentemente 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.

Gli ispettorati micologici istituiti presso i servizi di igiene e sanità pubblica certificano la commestibilità dei funghi e forniscono consulenze in campo micologico a raccoglitori privati. Si occupano, inoltre, del rilascio degli attestati di idoneità alla vendita di funghi freschi.

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

Nel 2017 sono stati registrati complessivamente 3.158 ricoveri (2.990 in regime ordinario e 151 in regime diurno) nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) e 158 ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75).

Il 73,2% dei ricoveri ordinari di recupero e riabilitazione funzionale (codice reparto 56) è stato effettuato presso le strutture private accreditate della Provincia, mentre il rimanente 26,8% presso quelle pubbliche. La degenza media dei ricoveri a livello provinciale si è attestata a 19,1 giorni. I ricoveri in regime diurno hanno rappresentato il 5,3% dei ricoveri complessivi.

Il 70,7% 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 più del 24% alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso". L'83,3% dei ricoveri diurni fa riferimento, invece, alla categoria MDC 1 "Malattie e disturbi del sistema nervoso".

L'88,9% dei ricoveri è stato classificato di tipo post-acuto, il 10,2% di mantenimento e il restante 0,9% di valutazione.

Il 70,5% dei ricoveri ha riguardato le macro-categorie delle patologie ortopediche (amputazioni, artropatie, algie, patologie ortopedico traumatologiche), il 25,4% le patologie neurologiche (ictus, cerebropatie, neuropatie, mielopatie) e il rimanente 4,0% le altre patologie.

I ricoveri nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) sono risultati 158 (134 in regime ordinario e 24 in regime diurno), di cui 51 presso l'Ospedale di Bolzano, 4 presso l'Ospedale di Bressanone, 24 presso l'Ospedale di Brunico, 60 presso l'Ospedale di Vipiteno e 19 presso la Casa di Cura Villa Melitta, con una degenza media pari a 57,5 giorni.

I punteggi medi FIM totale all'ingresso (37,0 punti) e alla dimissione (66,2 punti) hanno presentato valori inferiori rispetto ai ricoveri di Recupero e Riabilitazione funzionale. L'incremento medio dei punteggi (GAP-FIM) è risultato pari a 29,2, mentre l'incremento medio giornaliero (efficienza) è stato pari a 0,6 punti.

I ricoveri di pazienti altoatesini nelle unità operative di Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56) presso strutture italiane extraprovinciali, sono stati 220, di cui 12 in regime diurno (aggiornato al 07.06.2018). La degenza media è stata pari a 19,4 giorni.

I ricoveri registrati nelle unità operative di Neuroriabilitazione (codice reparto 75) e nelle Unità Spinali (codice reparto 28) sono risultati 18 (aggiornato al 07.06.2018).

Nel 2017 i ricoveri di pazienti altoatesini effettuati presso strutture austriache di riabilitazione post-acuzie sono stati 50.

## **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 2019 basate sulla metodica della "Balanced Scorecard". Il documento discusso tra Dipartimento Salute e Direzione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il 5 dicembre 2018 è stato approvato con delibera della Giunta provinciale n.376 del 14.05.2019. In prosecuzione del processo di partecipazione e di gestione del cambiamento nell'Azienda sanitaria a partire dal mese di settembre 2018 sono stati coinvolti i vari interlocutori e responsabili aziendali nella formulazione delle aree strategiche e degli obiettivi per il triennio 2019-2021. La raccolta di tutte le proposte è stata condivisa anche con il Consiglio gestionale dell'Azienda Sanitaria durante l'incontro del 17 dicembre 2018. 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 2019-2021 è strutturato seguendo l'impostazione della Balanced Scorecard (BSC) 2019. Si è raggiunto un accordo e nella maggior parte dei casi ad inquadrare gli obiettivi aziendali nelle macro-aree previste dalla BSC.

Le macro-aree 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) Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatazza e Risk Management)
- E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale

## 4. Obiettivi

### 4. 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, da parte del maggior numero possibile di collaboratori coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari e di supporto rivolti al paziente/cittadino.

Essa è orientata al continuo miglioramento 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. A tal fine, nel prossimo triennio, si punta in particolare ai seguenti obiettivi:

#### **Implementazione del nuovo atto aziendale e organigramma**

L'atto aziendale descrive l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; definisce l'impostazione strategica dell'azienda, il suo modello funzionale e gli aspetti di gestione aziendale.

Come previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 e dalle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale è da

- elaborare l'atto aziendale per l'ambito clinico-assistenziale
- implementare l'atto aziendale per la parte amministrativa.

#### **Piano della prevenzione:**

Aggiornamento del piano provinciale della prevenzione 2016 - 2018; Proroga fino al 2019 e preparazione del piano provinciale della prevenzione 2020 - 2025.

#### **Obiettivo strategico aziendale: Predisposizione ed implementazione delle procedure, previste per il 2019 dal percorso attuativo di certificabilità del bilancio (PAC) approvato dalla Provincia**

Il progetto di certificabilità del bilancio ha preso avvio nel maggio del 2017 con il supporto della società vincitrice dell'appalto per l'accompagnamento, la consulenza e la formazione durante il percorso. Con DPG n. 213 del 23/2/2016 è stato approvato il percorso attuativo di certificabilità (PAC), aggiornato con DPG n. 914 del 11/9/2018.

#### **Trattamento dei dati**

A seguito di una prima attività di mappatura dei trattamenti dei dati a livello aziendale e ad aver realizzato a livello di file excel un registro dei trattamenti in stato embrionale, si tratterà di completare il registro del trattamento dei dati e renderlo digitale con l'utilizzo di un SW ad hoc.

L'Azienda sanitaria è articolata in quattro Comprensori ognuno dei quali è dotato di una propria pagina intranet e di propria modulistica privacy. È stato avviato un processo di unificazione tramite l'adozione di diverse delibere (n. 244/2016; 334/2016; 46/2018; 229/2018) e la creazione di una pagina intranet aziendale. L'obiettivo è quello di uniformare la modulistica e i processi in materia di autorizzazione al trattamento dei dati personali.

#### **Unificazione a livello aziendale degli acquisti di materiale per i laboratori e dispositivi medici**

Ad oggi gli acquisti a livello aziendale riguardano determinate categorie di dispositivi medici di importo rilevante, ma le procedure di acquisto di molti beni di consumo sanitari sono gestite a livello comprensoriale e in qualità e quindi prezzi spesso anche diversi; il processo decisionale relativo agli acquisti di dispositivi medici non è regolamentato e la competenza dell'acquisto è suddivisa fra Ripartizione acquisti e Servizio farmaceutico. Obiettivo del progetto è la progressiva unificazione dei dispositivi medici a livello aziendale e la definizione di un prontuario dei dispositivi medici, che servirà sia come base per la programmazione degli acquisti sia come base di consultazione per l'utenza.

#### **Nuovi flussi informativi:**

- **Implementazione dei nuovi flussi economici ministeriali (CE, LA, SP, CP)**  
Il decreto del Ministro della sanità del 16 febbraio 2001 (modificato nel 2004 e nel 2007), con il quale vengono individuati i modelli di rilevazione delle attività economiche delle aziende sanitarie, sta per essere aggiornato. L'Azienda sanitaria ha come obiettivo quello di adeguare i propri sistemi informativi/gestionali e organizzativi alla corretta rilevazione dei Modelli ministeriali.
- **Corretta e completa alimentazione del file F (distribuzione diretta dei farmaci)**  
Ai fini del recupero degli addebiti, uno dei flussi più rilevanti nell'ambito della compensazione della mobilità sanitaria interregionale e internazionale è il file F, nel quale sono raccolti i dati dei

farmaci somministrati in diversi setting assistenziali e il relativo costo. L'Azienda ha il compito di rilevare in modo completo questi farmaci per tutti i pazienti residenti fuori PAB, secondo quanto previsto dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria 2017 (approvato con Intesa Stato, Regioni e Province Autonome il 18.10.2018). L'Azienda crea contestualmente i presupposti organizzativi e informatici per la completa tracciabilità degli stessi, che deve avviarsi dal gennaio 2020.

- **Partecipazione al Network Italiano Sanità (N.I.San) per l'elaborazione dei costi standard**

#### **Contenimento dei costi**

L'Azienda sanitaria si deve impegnare sul fronte del contenimento dei costi favorendo l'appropriatezza e l'uso efficiente delle risorse, con particolare riferimento al costo del personale (nel rispetto della garanzia dei LEA), ai costi di beni e servizi, con attenzione soprattutto a farmaci e dispositivi e ai costi comuni. In ottemperanza a quanto previsto dal DPCM del 12.01.2017 i dispositivi protesici di cui all'Allegato 5, elenchi 2A e 2B, devono essere acquistati tramite gara di appalto con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica.

## **4. B) Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici**

Per essere in grado di rispondere in modo adeguato alle sfide che ci attendono è necessario intraprendere strade innovative. E qui entra in gioco la tecnologia informatica che offre molte possibilità anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria alla popolazione: dal ritiro dei referti, alle prenotazioni fino ad una cartella clinica digitale integrata, che accompagna il cittadino/la cittadina dalla nascita alla morte. In tal senso nel periodo 2019 – 2021 l'Azienda intende promuovere soprattutto i seguenti obiettivi:

### **Elaborazione ed implementazione ICT-Masterplan 2019-2021**

#### **Come progetti specifici sono tra l'altro previsti:**

- Implementazione di un'anagrafe vaccinale, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 154 del 6.9.2018
- Attivazione del Sistema informativo del Cittadino
- Adeguamento del sistema di accettazione del laboratorio per la ricetta dematerializzata entro il 30.06.2019
- Ricetta dematerializzata per presidi sanitari e prodotti dietetici
- Introduzione di un nuovo software per i sinistri, sostituzione del software per invalidità civile, collocamento mirato e patenti.
- Implementazione e consolidamento dell'utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi nazionali, sia da parte del Servizio aziendale di medicina del lavoro che dell'Ispettorato del lavoro
- Avvio flusso SIAD.

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

Nell'ambito della riqualificazione si prevede soprattutto l'implementazione graduale del Piano sanitario provinciale 2016-2020 nel settore clinico-assistenziale.

In particolare, l'impegno nei prossimi tre anni si concentrerà soprattutto sui seguenti aspetti:

### **Cronicità e rafforzamento dell'assistenza territoriale**

- Cure palliative: è diritto di tutti i cittadini accedere alle cure palliative per tutte le malattie croniche inguaribili, sulla base dei bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali. È necessario pertanto disporre di professionisti con le competenze ed i requisiti previsti che operino all'interno della rete. Oltre all'assistenza ai pazienti è compito dei membri della rete attivarsi per la formazione del personale non solo impegnato all'interno della stessa, ma anche di tutti gli operatori che dovranno garantire agli assistiti un approccio palliativo di base.
- Rete per le cure palliative pediatriche
- Miglioramento della rete assistenziale per persone con limitazioni cognitive
- Dialisi Peritoneale
- Migliore accesso alle cure multidisciplinari per i pazienti immobili e geriatrici. Sperimentazione dell'approccio multidisciplinare (ospedale/territorio) nella gestione della sindrome dello scompenso cardiaco nella popolazione geriatrica; è attesa una maggiore efficacia della cura.
- Definizione della presa in carico di persone affette da disturbi dello spettro autistico (ASD) in età adulta.
- Implementazione dell'assistenza centrata alla famiglia nei distretti sanitari.
- Pianificazione del progetto per l'introduzione ICF nell'ambito ambulatoriale.

### **Sportello unico di assistenza e cura (SUAC)**

Per valutare la complessità dei bisogni sanitari e sociali il SUAC si avvale di strumenti validati (SVaMA). In questo modo vengono valutati gli ambiti della salute fisica, psicologica, l'autonomia funzionale ed i bisogni sociali, al fine di definire un piano di cura individualizzato, attivare le risorse necessarie ed evitare la frammentazione delle risorse e degli obiettivi assistenziali.

### **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 4 Comprensori Sanitari. In tutti i Comprensori Sanitari sono aumentati in modo esponenziale il numero dei richiedenti asilo. Ne conseguono problematiche linguistiche e culturali.

### **Rete di servizi**

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

In questo ambito sono previsti i seguenti interventi:

- Riorganizzazione del Servizio Odontostomatologico aziendale
- Riorganizzazione gruppo operatorio
- Servizio aziendale di reumatologia su tre sedi
- Messa in rete dei servizi nel settore delle dipendenze
- Collaborazione tra Servizio per le Dipendenze, Psichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva e Servizio Psicologico
- Implementazione del nuovo Piano della rete riabilitativa
- 

### **Riordino del dipartimento di prevenzione**

- Elaborazione e comunicazione del piano della prevenzione 2020-2025
- Settore della sicurezza alimentare: predisposizione di una procedura operativa per l'organizzazione e la programmazione dei servizi in base alle responsabilità prestabilite e ai ruoli previsti
- Riduzione delle infezioni tramite l'aumento delle coperture vaccinali aumentando l'offerta vaccinale per tutte le fasce di età
- Stop malnutrition

### **Consolidamento del modello di certificazione dell'assistenza oncologica in Alto Adige:**

- Interventi chirurgici oncologici in elezione eseguiti da almeno un operatore dedicato e nominato con provvedimento della direzione sanitaria

- Implementazione di ulteriore tumorboard aziendale per la discussione multidisciplinare tra i partecipanti di tutti i casi di nuova diagnosi secondo i requisiti dall'ente certificatore "Deutsche Krebsgesellschaft" DKG
- Svolgimento di circoli di qualità relativamente a argomenti della certificazione della chirurgia oncologica, in base ai criteri della "Deutsche Krebsgesellschaft" DKG

#### **Appropriatezza organizzativa**

- Ospedale Bolzano: trasferimento
- Prosecuzione del progetto Lean Healthcare
- Implementazione di un programma di Patient Blood Management
- Ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da incontinenza urinaria e /o fecale
- Codifica standard LOINC nel settore dei laboratori
- Ottimizzazione e standardizzazione delle sequenze di acquisizione in RM (risonanza magnetica)
- Elaborazione di una procedura aziendale relativa a "Provvedimenti dopo infortunio con esposizione a materiale a rischio biologico"
- 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 tramite l'osservazione breve intensiva (O.B.I.) e l'implementazione e l'estensione dei servizi diurni mediante i pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse (P.A.C.)
- Implementazione del modello Fast Track nei Servizi di Pronto Soccorso
- Rifiuti sanitari: Approvazione e implementazione di un regolamento aziendale riguardante la gestione dei rifiuti sanitari
- Messa in rete dei servizi nel settore delle dipendenze
- Definizione della presa in carico di persone affette da disturbi dello spettro autistico (ASD) in età adulta.



## **4. D) Migliorare la salute e qualificare il 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.

A tal proposito sono da prendere in considerazione principalmente i seguenti obiettivi:

### **Riduzione dei tempi di attesa**

- Misure per il contenimento dei tempi di attesa - Piano Pluriennale per il governo dei tempi di attesa in Alto Adige 2016-2019
- Gestione delle agende: pianificazione e programmazione dell'attività ambulatoriale su un'unica piattaforma
- Gestione delle agende della Medicina dello Sport: prenotazione dell'attività ambulatoriale su un'unica piattaforma.
- Riduzione dei tempi di attesa per la visita dermatologica tramite la Telemedicina
- Consolidamento del progetto "Switch"

### **Pronto soccorso Comprensorio sanitario Bolzano**

Dotazione adeguata di personale presso il pronto soccorso.

Tempi di attesa più brevi e migliore assistenza al paziente nelle sale d'attesa.

### **Appropriatezza prescrittiva**

Controllo della prescrizione appropriata delle schede di prescrizione e di trattamento previste dall'AIFA ai fini della rimborsabilità di determinati farmaci, compresa l'informatizzazione delle stesse.

### **Uniforme gestione a livello aziendale degli invii diretti effettuati dal Pronto Soccorso ad altri reparti/servizi**

### **Miglioramento performance**

- Confronto con gli indicatori di riferimento del "Progetto Nazionale Esiti" e "Progetto Bersaglio"

### **Riaccreditamento**

Si tratta di una valutazione esterna dell'organizzazione che avviene sotto la direzione dell'Assessorato alla Sanità, del possesso di determinati requisiti, quali, per esempio, strutture e impianti, sicurezza, adeguatezza, efficacia, coinvolgimento del paziente, uguaglianza di trattamento, gestione del personale.

### **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.

Segnalazione anonima di eventi critici.

Implementazione degli interventi correttivi e di miglioramento a livello aziendale e di reparto finalizzati ad aumentare la sicurezza dei pazienti.

### **Invio dei dati e della relazione aziendale a consuntivo relativi ai flussi informativi previsti dall'articolo 2, comma 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" al centro rischio clinico regionale**

### **Morbidity & Mortality Conference (MMC) (discussione di casi clinici)**

Sono da svolgere 4 MMC all'anno in maniera sistematica in reparti/servizi selezionati, seguendo uno standard definito (selezione dei casi clinici, definizione dei partecipanti, moderazione, documentazione dell'analisi e dei risultati), come previsto dalla linea guida aziendale.

### **Percorso nascita**

Ottimizzazione e implementazione del percorso assistenziale per la gravidanza, parto, puerperio a basso rischio, nonché il neonato sano fino al primo anno di vita, in considerazione dei diversi gruppi professionali coinvolti e promuovendo la collaborazione con i servizi sociali nei 4 comprensori sanitari. È da attuare a regime il nuovo percorso nascita, ad esclusione degli interventi di tipo strutturale. Sono da implementare le nuove prestazioni sanitarie e le nuove regole per la gestione delle eccezioni.

### **Medicina legale**

- Responsabilità professionale sanitaria – formazione

- Unificazione delle modalità operative in ambito medico-legale riferite ai servizi nel settore delle dipendenze

#### **Obiettivi assistenziale e gestionali**

- Corretta e completa attuazione e monitoraggio del PDTA diabete
- Ottimizzazione dell'assistenza tramite i medici di medicina generale
- Sperimentazione della Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA)

#### **Ricerca e innovazione**

Nell'ambito della promozione della ricerca, dovrebbe essere istituita una piattaforma centrale di ricerca. Alcuni dipendenti dell'azienda sono stati coinvolti attivamente nella ricerca per anni, o hanno partecipato a progetti di ricerca nazionali e internazionali, senza avere una visibilità sufficiente. Per questo motivo, la creazione di una piattaforma accessibile al pubblico attraverso Internet potrebbe presentare le attività passate e future dei ricercatori dell'azienda. Tale piattaforma potrebbe anche essere utilizzata come base per il futuro collegamento in rete delle attività di ricerca in Alto Adige. La creazione di una piattaforma di questo tipo dovrebbe essere svolta in collaborazione con il servizio IT dell'azienda per sfruttare le risorse informatiche esistenti.

#### **Valutazione dei servizi**

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige rileva regolarmente la soddisfazione di cittadini e pazienti relativa alle strutture e le prestazioni erogate. L'obiettivo consiste nel migliorare la qualità dei servizi basandosi su dati oggettivi e di supportare la gestione dell'intera azienda attraverso il "punto di vista esterno". In particolare, l'attenzione è focalizzata sulla cosiddetta "qualità del servizio" al fine di determinare le aspettative degli stakeholder sia interni che esterni e di gestirle in modo più mirato. Almeno una rilevazione di rilevanza strategica viene effettuata ogni anno.

## 4. E) Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale

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 notevolmente sulla soddisfazione dei collaboratori.

Per proseguire il percorso iniziato negli ultimi anni, per il triennio 2019-2021 sono previsti i seguenti ambiti di azione:

### **Cure basate sulla relazione**

Le Cure Basate sulla relazione, è un modello di cambiamento della cultura e della prassi e si basa sui seguenti elementi: Leadership, Teamwork (lavoro in equipe), assistenza professionale, assistenza orientata al paziente, pratica assistenziale orientata alle risorse (outcome)

### **Sviluppo del personale**

Con riferimento al piano di sviluppo del personale elaborato in base all'obiettivo BSC 2018, si intende procedere alla concertazione con gli organi competenti dell'attuazione nel dettaglio, sia del concetto per lo sviluppo del personale, sia del piano operativo e di procedere all'approvazione definitiva

### **Implementazione del Masterplan per lo sviluppo del personale**

Promuovere una cultura aziendale uniforme che fa emergere la "vision unica" dell'Azienda, puntando sulla motivazione del personale ed incentivando approcci di apertura e cambiamento.

### **Formulazione del fabbisogno standard di personale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige**

In ottemperanza al c. 541 della legge di stabilità 2016 che prevede una rivisitazione delle dotazioni organiche, capace di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro e contestualmente di far fronte alla garanzia dei LEA anche in attuazione del Piano sanitario dell'Alto Adige ed in base al metodo di rilevazione del fabbisogno standard di personale già definito dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige in base al corrispondente obiettivo BSC (BSC 2018), si prevede di procedere alla rilevazione del fabbisogno stesso dettagliato per LEA, unità operativa e figura professionale

### **Adeguamento sistema informativo/informatico del personale**

Il sistema informativo/informatico dell'Azienda sanitaria va adeguato al fabbisogno informativo e integrato con la contabilità analitica e generale. L'Azienda procederà agli adeguamenti, secondo un piano attuativo predisposto ad hoc.

### **Corsi formativi per il personale sanitario:**

- Corsi BLS (BLS-Basic Life Support and Defibrillation in osservazione delle linee guida dell'Italian Resuscitation Council – IRC)
- Corsi ALS/EPALS (ALS- Advanced Life Support/EPALS-European Pediatric Life Support, secondo le linee guida del Italian Resuscitation Council – IRC)