

PIANO SANITARIO PROVINCIALE DELL'ALTO ADIGE 2016-2020

approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016

SALUTE 2020

SICUREZZA. ASSISTENZA. QUALITÀ.



INDICE

Indice delle illustrazioni	6
Indice delle tabelle	6
Legenda delle abbreviazioni	6
La salute: una responsabilità di tutti	7
L'incarico	8
Preambolo	9
1 Introduzione	12
1.1 Gli sviluppi in atto nella sanità.....	13
1.2 I dati epidemiologici	17
1.3 Il quadro normativo.....	19
1.4 Il quadro economico.....	20
2 La visione futura, gli obiettivi e le strategie	22
2.1 La visione futura e il mandato etico	22
2.2 Gli obiettivi e le strategie: i pilastri dell'assistenza sanitaria.....	22
3 La governance	27
4 La prevenzione e la promozione della salute	28
5 L'assistenza territoriale	30
5.1 Il ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari	32
5.2 I cambiamenti e gli interventi necessari nell'assistenza territoriale	32
5.2.1 Come strutturare l'erogazione di prestazioni e servizi	32
5.2.2 Agevolare i processi decisionali clinici.....	36
5.2.3 Promuovere l'autogestione dei pazienti.....	37
6 L'assistenza socio-sanitaria - Integrazione delle prestazioni per categorie obiettivo 38	
6.1 Le persone anziane.....	38
6.1.1 Sportelli unici per l'assistenza e la cura.....	38
6.1.2 Migliorare l'assistenza dei delle persone affette da malattie croniche	39
6.1.3 L'assistenza sanitaria nelle case di riposo	39
6.1.4 Migliorare l'assistenza sanitaria delle persone anziane a domicilio, o in forme residenziali e assistenziali nuove	40
6.1.5 Istituire posti letto per ricoveri temporanei di transito	40

6.2	Le persone con disabilità, dipendenze o disturbi psichici.....	40
6.2.1	Promuovere la collaborazione fra il servizio sanitario, il servizio sociale, la formazione professionale e il reinserimento al lavoro	41
6.2.2	L'accreditamento di strutture per l'assistenza di persone con disabilità e/o disturbi psichici adeguato al fabbisogno	41
6.2.3	Definire dei criteri per l'assistenza medica specialistica e psicologica nelle strutture che erogano servizi sociali.....	41
6.3	I minori.....	41
6.3.1	Elaborare un piano strategico per ridefinire e ampliare i servizi offerti dalla Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva.....	41
6.3.2	L'abuso e la violenza sessuale sui minori.....	41
6.4	Le donne e le famiglie	42
6.4.1	La gravidanza, il parto e l'assistenza post-parto.....	42
6.4.2	La violenza sulle donne	42
6.4.3	La presa in carico e l'assistenza sociosanitaria integrata.....	43
6.5	Le persone emarginate.....	43
7	L'assistenza ospedaliera	44
7.1	La rete ospedaliera provinciale e i profili delle prestazioni	44
7.1.1	Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica.....	45
7.1.2	Medicina d'emergenza e pronto soccorso.....	46
7.1.3	La dotazione di personale	47
7.1.4	Gli ambiti di specializzazione aggiuntivi all'assistenza di primo livello.....	47
7.1.5	L'applicazione dei profili delle prestazioni	47
7.2	La metodologia di pianificazione e i dati di riferimento.....	48
7.3	Il totale dei posti letto per l'assistenza in regime di ricovero	49
7.4	Il piano per l'assistenza dei malati acuti.....	51
7.5	Il piano per l'assistenza dei post-acuti.....	52
7.6	Il piano per i posti letto transitori.....	53
7.7	Le funzioni svolte a livello aziendale.....	53
7.8	Le strutture semplici e complesse	55
7.9	La qualità delle prestazioni erogate	56
7.10	La gestione del rischio clinico	56

8	Aspetti specifici dell'assistenza sanitaria	57
8.1	L'assistenza oncologica.....	57
8.2	L'assistenza psicologica e psichiatrica	58
8.2.1	Il Servizio per le dipendenze (SerD).....	59
8.2.2	Il piano per la psicologia clinica: un'assistenza psicologica a più livelli all'interno dell'Azienda sanitaria..	59
8.2.3	Una rete di servizi di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva a livello aziendale	61
8.3	L'assistenza alle persone affette da demenza.....	61
8.4	La medicina complementare	62
9	L'assistenza sanitaria internazionale	63
10	Il piano delle grandi apparecchiature sanitarie	64
10.1	Principi di programmazione.....	64
10.2	Pianificare le grandi apparecchiature sanitarie in base al fabbisogno	64
11	Linea guida sull'innovazione.....	66
12	Gli interventi di sostegno.....	68
12.1	Lo sviluppo del personale.....	68
12.2	I sistemi incentivanti	69
12.3	L'interconnessione digitale.....	70
12.4	La partecipazione dei cittadini e la comunicazione nella sanità	72
13	La procedura di programmazione e l'aggiornamento del PSP	74
13.1	Come gestire l'implementazione del Piano sanitario provinciale.....	74
13.2	L'aggiornamento del Piano sanitario provinciale.....	77
14	Sintesi e prospettive.....	78
15	Bibliografia	80
16	Allegato A – Piano dell'offerta sanitaria	81
17	Allegato B – Riferimenti normativi e regolamentari.....	84

INDICE DELLE ILLUSTRAZIONI

Figura 1:	Il circuito dell'assistenza sanitaria sicura	10
Figura 2:	La spesa sostenuta per assistere le persone con patologie croniche	13
Figura 3:	Le cause di morte più frequenti fra le persone decedute nel 2015 in Alto Adige	18
Figura 4:	Le patologie croniche in Alto Adige	18
Figura 5:	L'andamento della spesa sanitaria fino al 2020	21
Figura 6:	La centralità del paziente nei tre pilastri dell'assistenza sanitaria	24
Figura 7:	Il futuro modello di governance	27
Figura 8:	Il chronic care model secondo Ed Wagner (2006)	30
Figura 9:	La gestione delle patologie croniche in base alla piramide di Kaiser Permanente	31
Figura 10:	La rete ospedaliera provinciale	44
Figura 11:	Il sistema incentivante	70
Figura 12:	Schema del ciclo causa-effetto	75
Figura 13:	Schema del processo di attuazione e aggiornamento del PSP	77

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1:	Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica	46
Tabella 2:	Totale dei posti letto per l'assistenza ospedaliera	50
Tabella 3:	Parametri di riferimento per la pianificazione dell'assistenza post-acuzie	52
Tabella 4:	Le funzioni svolte a livello aziendale	54
Tabella 5:	Coefficienti di pianificazione per le grandi apparecchiature sanitarie	65
Tabella 6:	Processo a cascata per l'attuazione del Piano sanitario provinciale	76

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI

ASTAT	Istituto provinciale di statistica
GP	Giunta provinciale
HL7	Health Level 7
HTA	Health Technology Assessment
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IT	Tecnologia informatica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LP	Legge provinciale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ORL	Otorinolaringoiatria
PL	Posti letto
PSP	Piano sanitario provinciale
SerD	Servizio per le dipendenze patologiche

LA SALUTE: UNA RESPONSABILITÀ DI TUTTI

L'epoca in cui viviamo è contrassegnata come mai prima d'ora da innumerevoli opportunità e progressi in tutti gli ambiti della nostra vita, fra i quali anche la salute. Il progresso, la ricerca e l'innovazione comportano anche nuove prospettive e sfide, per esempio il fatto che viviamo sempre più a lungo. E purtroppo, non tutti hanno la fortuna di invecchiare sani e in ottima forma, anzi, col progredire dell'invecchiamento demografico, aumenta anche il numero delle persone affette da malattie croniche, che per conservare una vita il più possibile attiva e dignitosa hanno bisogno di assistenza medica continua. Di fronte ai progressi incalzanti della medicina, alle attese crescenti dei pazienti, alla carenza di medici estesa ormai a tutta l'Europa, e ai cambiamenti legislativi già attuati o previsti, la sfida crescente di una società sempre più anziana rende ancora più urgente e decisivo il varo del nuovo Piano sanitario provinciale per il periodo 2016-2020. Nei mesi scorsi, numerosi esperti della sanità, dirigenti e operatori della Ripartizione salute della Provincia e dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, esponenti di varie organizzazioni di pazienti e associazioni di categoria, parti sociali, comuni e comunità comprensoriali, ma anche molti cittadini interessati, si sono occupati con impegno e dedizione dei vari aspetti del Piano. In totale, sono state quasi 500 le persone che, a vario titolo, hanno affiancato il comitato di esperti in un processo di partecipazione attiva, dato voce alle proprie esigenze, avanzando proposte e fornendo riscontri. A tutte queste persone vorrei esprimere la mia gratitudine per aver contribuito, col proprio aiuto prezioso, a gettare le basi di un'assistenza sanitaria lungimirante e di alta qualità da realizzare in Alto Adige.

Il Piano sanitario provinciale "Salute 2020" è uno strumento strategico che, partendo dal livello di qualità già elevato fin qui raggiunto dall'assistenza sanitaria nella nostra provincia, vuole continuare a garantire questa qualità anche in futuro. Tutelare e migliorare la salute della popolazione è un dovere fondamentale che tutte le costituzioni moderne impongono agli stati nei confronti dei propri cittadini, ponendo sempre in primo piano la dignità e l'autonomia della persona. Ecco perché, dietro agli aspetti tecnici di questo Piano, ci sono le persone, la loro salute, e lo sforzo di garantire anche in futuro a tutta la popolazione altoatesina un'assistenza sanitaria di alta qualità, nonostante le grandi sfide che ci attendono, come i cambiamenti demografici, l'aumento delle patologie croniche, la carenza di personale medico, le aspettative sempre più elevate dei pazienti e la necessità di contenere l'aumento della spesa sanitaria. Che cosa ci occorre per assistere le persone nel momento giusto, nel luogo giusto, con le terapie giuste e con la massima qualità possibile? In quali ambiti si può chiedere al cittadino di assumersi la responsabilità della propria salute, di gestirla in modo autonomo e consapevole, e di contribuire personalmente a mantenersi sano quanto più a lungo possibile? Molte risposte dettagliate a tali quesiti sono contenute nel presente Piano sanitario provinciale. È un documento che nei prossimi anni sarà per noi una sorta di vademecum per attuare e adeguare le misure previste - concordate su un'ampia base di consenso - per il bene delle persone che vivono nella nostra provincia e della loro salute.



Martha Stocker

assessora provinciale alla sanità, sport, politiche sociali, lavoro e pari opportunità

Bolzano, novembre 2016

L'INCARICO

Il presente Piano sanitario provinciale (PSP) è stato redatto nell'ambito del **riordino dell'assistenza sanitaria** della Provincia autonoma di Bolzano, i cui principi e orientamenti generali sono descritti nelle linee guida **"Assistenza sanitaria 2020"** (approvato con delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015). **L'incarico** di dare attuazione alla riforma del sistema sanitario altoatesino scaturisce essenzialmente dall'**accordo di coalizione** firmato per la legislatura 2013-2018, dove nel capitolo dedicato alla sanità si stabilisce quanto segue:

“Le periodiche rilevazioni sullo stato di salute della popolazione ma anche dei servizi sanitari in Alto Adige attestano buoni risultati al sistema sanitario locale, collocato nelle posizioni più avanzate non solo a livello nazionale ma anche europeo. L'evoluzione demografica (crescita dell'aspettativa di vita, aumento della popolazione anziana) ed epidemiologica (aumento di malattie croniche, demenza e disturbi psichici), la modifica delle abitudini di vita legate al moto e all'alimentazione, le sfide sociali riferite al trattamento di post-acuti e all'assistenza di persone malate e anziane (cura fuori dalla cerchia dei familiari, strutture per assistenza di breve durata) nonché l'innovazione tecnologica e scientifica, portano a un'evoluzione costante della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria. Prioritarie devono restare la persona e la sua salute, tutelate in un lavoro di squadra in cui giocano ruoli importanti e distinti la medicina territoriale e la struttura ospedaliera. Ma soprattutto vanno sostenute promuovendo nel singolo un comportamento responsabile.”

Nell'ambito della riformulazione del Piano sanitario provinciale l'obiettivo era quello di assumere questo incarico responsabilmente, cercare di analizzare in modo esauriente tutti gli argomenti trattati, mettere in evidenza le sfide basandosi su dati oggettivi e definire gli orientamenti strategici con le necessarie misure.

PREAMBOLO

La nostra assistenza sanitaria è efficiente, di alta qualità, finanziabile e interconnessa.

Varando la delibera n. 171 del 10 febbraio 2015, la Giunta provinciale di Bolzano ha gettato le basi su cui costruire l'assistenza sanitaria della popolazione altoatesina negli anni a venire. Gli obiettivi, le strategie e le premesse enunciate in quel documento hanno lo scopo di garantire anche in futuro l'elevato grado di qualità dell'assistenza sanitaria nella provincia di Bolzano, e costituiscono dunque un riferimento essenziale anche per il presente Piano sanitario provinciale.

In sostanza, gli obiettivi principali per l'assistenza sanitaria delle persone si possono così riassumere:

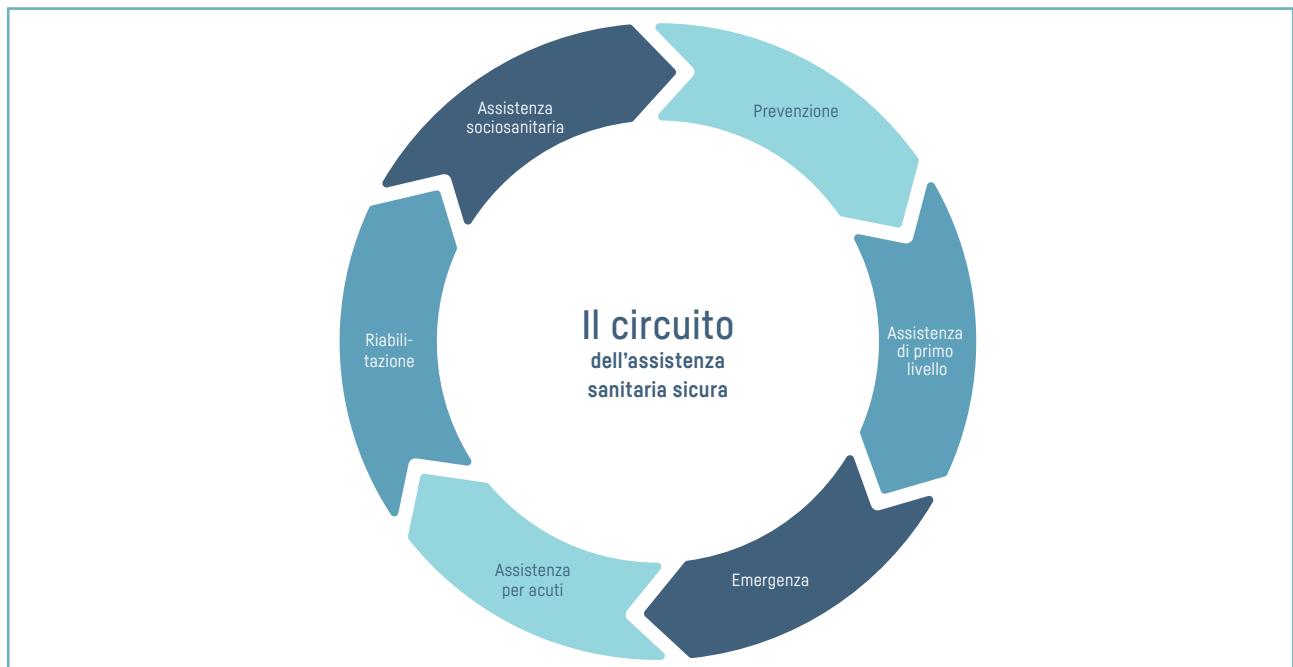
- erogare dei servizi e delle prestazioni improntate alle reali esigenze delle persone;
- garantire alla popolazione un'**assistenza sanitaria di alta qualità**, capillare, in linea coi bisogni reali, coordinata e integrata nell'intera gamma dei servizi e delle prestazioni fornite;
- assicurare nel tempo la **finanziabilità** del sistema sanitario, tenendo il passo con i progressi della scienza medica;
- **ottimizzare l'erogazione delle prestazioni** sfruttando il più possibile le sinergie in tutti i settori, tanto in ambito medico quanto in quello amministrativo;
- **evitare** tutti i **costi organizzativi** che non producono dei benefici per i pazienti.

**La persona è
sempre al centro
dell'approccio
medico-assistenziale.**

Per conseguire in modo organico e duraturo questi obiettivi, occorre potenziare e adeguare ciascuno dei tre **pilastri dell'assistenza sanitaria** (prevenzione, assistenza sanitaria sul territorio e servizi ospedalieri), ottimizzandoli in modo tale da garantire anche in futuro a tutta la popolazione un'assistenza medica di alto livello.

Innanzitutto, è importante promuovere con ancora più slancio la **prevenzione**, infondendo ai cittadini un senso di responsabilità personale per la propria salute, e offrendo una gamma di prestazioni più organica e coordinata per prevenire le patologie e proteggere meglio la salute di tutta la popolazione altoatesina. Per potenziare l'**assistenza sanitaria decentrata**, è indispensabile coordinare e ottimizzare l'erogazione delle prestazioni e dei servizi all'interno della rete delle strutture sanitarie di tutto il territorio provinciale. L'obiettivo primario, infatti, è di integrare l'assistenza attuale – prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa – con un'assistenza sanitaria salutogenetica, proattiva, erogata in loco e più rispondente al reale fabbisogno. Inoltre, per far sì che l'assistenza sia fornita quanto più vicino possibile ai luoghi di residenza dei pazienti, occorre integrare meglio il settore sanitario e il settore sociale, anche contemperando il Piano sanitario provinciale con il Piano sociale provinciale. Nell'**assistenza ospedaliera**, poi, due presupposti essenziali per dare a tutti un'assistenza e cure efficaci e sostenibili nel comprensorio, sono da un lato il coordinamento intersettoriale delle prestazioni sanitarie all'interno di una rete che abbraccia tutti gli ospedali della provincia, e dall'altro una dislocazione più razionale dei luoghi di erogazione dei servizi. In ogni caso, al centro di ogni intervento assistenziale va posto il bene del paziente.

FIGURA 1: IL CIRCUITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA SICURA



Da questo punto di vista, il PSP è, al tempo stesso, una visione futura e un punto di partenza per programmare e gestire l'assistenza sanitaria dei prossimi anni. È pensato come **piano generale di sviluppo**, stabilisce delle certezze programmatiche per l'evoluzione della sanità nei prossimi anni, ma è anche sufficientemente elastico da fornire margini di manovra con cui reagire prontamente e correttamente a mutamenti che subentreranno in futuro. I dettagli dell'attuazione del Piano sanitario provinciale andranno stabiliti tramite appositi piani settoriali, nel rispetto dei vincoli e dei valori di riferimento programmatici. L'elaborazione di detti piani settoriali deve iniziare da subito e avvenire con una metodologia partecipativa e trasparente.

Proprio in considerazione di quest'esigenza, si consiglia di sottoporre il PSP, nelle sue fasi d'attuazione, a una verifica costante, anche con l'aiuto di esperti esterni, per garantire un'**attuazione coerente** del Piano, e quindi una gestione efficiente, innovativa e duratura dell'assistenza sanitaria offerta alla popolazione altoatesina.

La stesura del PSP ha visto coinvolti esperti sia interni che esterni alle autorità sanitarie. Le modalità di lavoro adottate dal **comitato di esperti** sono state caratterizzate soprattutto da un approccio interdisciplinare, dal ricorso sistematico a parametri e dati di riferimento, e da una visione combinata quantitativa e qualitativa, per inquadrare nel modo più completo possibile la realtà sanitaria altoatesina e individuarne i miglioramenti possibili.

Il comitato di esperti era così composto:

Esperti esterni:

- **dott. Wolfgang Bayer (coordinatore)**, direttore dell'agenzia di consulenza Wolfgang Bayer Beratung GmbH, Austria
- **dott.ssa Michaela Moritz**, ex direttrice della Gesundheit Österreich GmbH
- **prof. Francesco Longo**, professore di economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche all'Università Bocconi di Milano

Rappresentanti della Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano:

- **dott. Michael Mayr**, direttore di dipartimento
- **dott.ssa Laura Schrott**, direttrice di ripartizione
- **dott. Horand Meier**, coordinatore dell'unità operativa "Governo clinico" presso la Ripartizione salute

Rappresentanti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige:

- **dott. Thomas Schael**, direttore generale
- **dott. Oswald Mayr**, direttore sanitario
- **dott. Robert Peer**, direttore tecnico-assistenziale
- **dott. Walter Amhof**, direttore di comprensorio sanitario

Si è tenuto conto soprattutto dei riscontri ricevuti in diversi **momenti di confronto e partecipazione**. Il comitato, infatti, ha preso visione di tutte le proposte e i suggerimenti avanzati, elaborandoli e inserendoli nel Piano. A tale scopo, si è tenuta una **conferenza sulla salute in ciascun comprensorio sanitario**, coinvolgendo soprattutto il personale dell'Azienda sanitaria e gli esponenti degli organi politici competenti. Tutti i presenti sono stati informati sull'esito degli incontri avuti in precedenza e sulla stesura del PSP, e hanno potuto a loro volta for-

La pianificazione è basata sulle esperienze dei vari esperti e adeguata alle esigenze dei pazienti.

nire un contributo prezioso per riempire il Piano di contenuti, esprimendo il proprio punto di vista sulle tematiche in discussione. Grazie a questo processo di scambio, il comitato di esperti ha raccolto più di 300 riscontri, che hanno rappresentato una fonte importante nella redazione finale del piano. Una volta elaborata la prima **bozza del Piano**, si è data nuovamente ai cittadini e ai comuni dell'Alto Adige – ma anche a tutti i soggetti istituzionali e del volontariato - l'opportunità di inviare riscontri e suggerimenti migliorativi. Gran parte delle quasi 400 prese di posizione pervenute sono state accolte e integrate nel documento per migliorare e ottimizzare ulteriormente il Piano.

Uno dei pilastri della sanità futura in Alto Adige è il migliore coordinamento nell'assistenza dei malati acuti all'interno della rete delle sette sedi ospedaliere esistenti in provincia. Per ottimizzare il coordinamento delle prestazioni, oltre al lavoro svolto dal comitato di esperti, si sono fatti confluire nel Piano sanitario provinciale anche i **profili delle prestazioni** per le varie strutture ospedaliere dell'Alto Adige. Oltre ai profili veri e propri, si è tenuto conto del coordinamento a livello provinciale nell'erogazione delle prestazioni, e delle prestazioni integrative o degli ambiti di specializzazione delle varie sedi ospedaliere.

Il PSP è quindi, in misura determinante, il frutto dei molti contributi e suggerimenti emersi nel processo di partecipazione o inviati per iscritto, come pure dei numerosi incontri e approfondimenti svolti in fase di definizione dei contenuti.

L'assessora alla sanità Martha Stocker e il comitato degli esperti vogliono quindi esprimere la propria gratitudine a tutti coloro che, in un modo o nell'altro, hanno partecipato in modo costruttivo allo sviluppo e alla definizione del presente Piano.

1. INTRODUZIONE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA vuole fornire risposte alle sfide del futuro.

Il Piano sanitario provinciale 2016–2020 (PSP) è la base su cui progettare e gestire l'assistenza sanitaria degli anni futuri, e ha l'obiettivo di garantire una **qualità** elevata dell'assistenza sanitaria prestata alla popolazione in Alto Adige, offrendo **prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, nel rispetto della dignità e delle esigenze dei pazienti**. Stabilisce l'importanza di rispettare i principi della **qualità**, dell'**efficienza**, dell'**appropriatezza**, ma anche della **sicurezza** e della **sostenibilità**, facendo in modo che i pazienti siano assistiti nel best point of service (il luogo migliore per l'erogazione del servizio) e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza. Il presente PSP ha come orizzonte temporale l'anno 2020, e si articola nei seguenti capitoli:

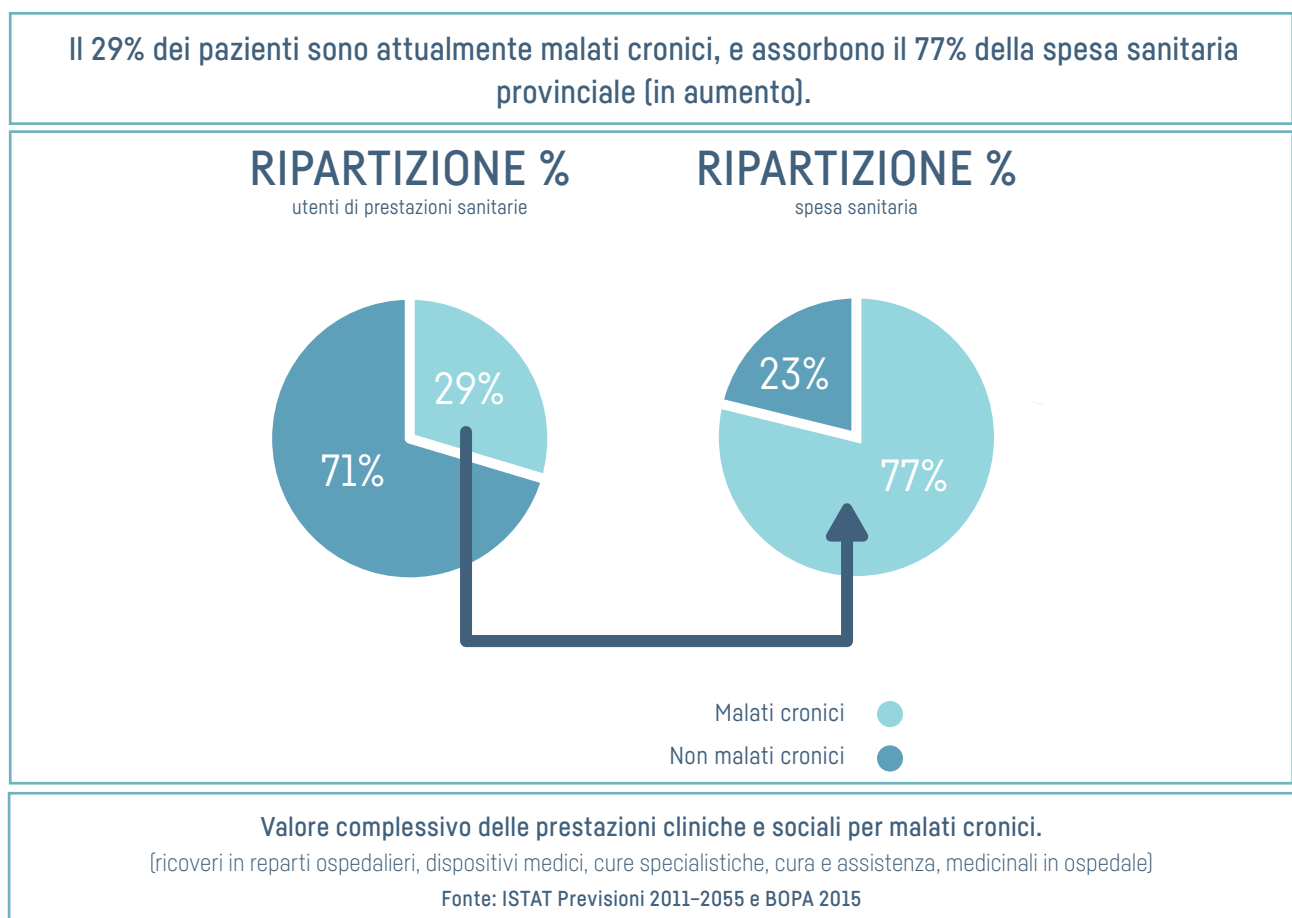
- Il Capitolo 1** è dedicato agli sviluppi in atto nella sanità e più rilevanti per la programmazione, e in particolare alle ricadute prodotte sull'assistenza sanitaria dai cambiamenti demografici, dal progresso della medicina, dalle premesse legislative e dalle condizioni economiche generali.
- Il Capitolo 2** descrive da un lato la visione futura e gli obiettivi da cui prende spunto il Piano, dall'altro le strategie da adottare per conseguirli, e l'assetto che occorre dare all'assistenza sanitaria.
- Il Capitolo 3** è dedicato alla struttura della governance, alle relative modalità di gestione e ai flussi d'informazione.
- Il Capitolo 4** descrive l'importanza fondamentale della prevenzione.
- Il Capitolo 5** elenca gli interventi per potenziare e migliorare l'assistenza decentrata sul territorio.
- Il Capitolo 6** descrive l'integrazione fra il settore sanitario e quello sociale.
- Il Capitolo 7** contiene il piano dei servizi ospedalieri e i profili delle prestazioni erogate dalle sedi ospedaliere di base. Il piano dei servizi in regime di ricovero comprende l'assistenza per l'acuzie e la postacuzie, e i posti letto per i ricoveri transitori. Inoltre, in questo capitolo sono indicati i principi di riferimento per le funzioni da svolgere a livello di azienda, di strutture semplici e complesse.
- Il Capitolo 8** si sofferma su tematiche specifiche assistenziali, come l'assistenza per le patologie oncologiche, i disturbi psichiatrici e la demenza.
- Il Capitolo 9** è dedicato all'assistenza sanitaria internazionale.
- Il Capitolo 10** stabilisce i principi di programmazione per il piano delle grandi apparecchiature sanitarie.
- Il Capitolo 11** descrive la linea guida sull'innovazione.
- Il Capitolo 12** è dedicato agli interventi di sostegno, come lo sviluppo del personale, il sistema incentivante, l'interconnessione digitale, la partecipazione dei cittadini e la comunicazione nella sanità.
- Il Capitolo 13** descrive il ciclo di programmazione e il sistema di aggiornamento del PSP.
- Il Capitolo 14** riassume i contenuti del Piano, fornendo una prospettiva sulla procedura da adottare in futuro e sulle modalità d'attuazione del PSP.

1.1 GLI SVILUPPI IN ATTO NELLA SANITÀ

In tutti i paesi europei si osservano delle tendenze analoghe nell'**andamento epidemiologico**, come l'aumento dell'aspettativa media di vita, l'incremento percentuale delle persone anziane sul totale della popolazione, il calo del tasso di natalità¹ e la "disgregazione" crescente della società. Questa situazione epidemiologica problematica – ossia un numero crescente di persone che necessita di prestazioni sanitarie, e al tempo stesso la carenza di personale sanitario e il calo delle risorse economiche disponibili - va tenuta in seria considerazione se si vogliono gettare le basi della sanità del futuro.

Attualmente, in Alto Adige vivono circa 98.000 persone ultrasessantacinquenni, tre quarti delle quali, col progredire dell'età, soffrono di una o – in qualche caso – più **malattie croniche**. In base alle previsioni statistiche, nel 2030 di questa categoria faranno parte più di 140.000 abitanti della provincia, con conseguente aumento della domanda di prestazioni mediche. A quest'incremento del fabbisogno si aggiunge il fatto che proprio le persone affette da malattie croniche – che attualmente rappresentano il 29 per cento della popolazione altoatesina – già oggi assorbono il 77 per cento di tutta la spesa sanitaria altoatesina. In un bacino territoriale di circa 500.000 abitanti, questo incremento delle patologie croniche richiede una struttura sanitaria tale da garantire a tutti l'accesso a programmi di assistenza adeguati.

FIGURA 2: LA SPESA SOSTENUTA PER ASSISTERE LE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICHE



¹ Va comunque ricordato che in Alto Adige il tasso di natalità da diversi anni appare relativamente stabile, attualmente pari a 10,3 neonati per 1.000 abitanti (2015). La media nazionale è invece di 8,0 neonati per 1.000 abitanti (2015) (Fonte: indicatori demografici dell'ISTAT, 2015).

Poiché in futuro aumenteranno i pazienti affetti da multimorbilità, occorrerà garantire un'**assistenza organica e completa** prestata da diversi settori, reparti e operatori sanitari, che ovviamente andranno coordinati fra loro in modo ottimale per evitare sovrapposizioni o doppie prescrizioni in tutte le procedure sanitarie, e in particolar modo nella prescrizione delle terapie farmacologiche.

Un fattore da non sottovalutare, inoltre, è il **progresso** incalzante **delle terapie mediche e dell'assistenza**. Le scoperte della ricerca e dell'innovazione fanno sì che i pazienti possano beneficiare di un'assistenza sempre più mirata, proattiva e personalizzata. I **progressi** compiuti **nelle tecniche di diagnosi e terapia** sono rapidissimi, e le possibilità offerte dalla medicina moderna sono enormi.

Il progresso e la tecnologia sono un'opportunità per migliorare costantemente le cure e le terapie.

Nella **chirurgia** si sono ormai affermate delle tecniche operatorie che consentono di eseguire interventi anche complessi e in diversi organi, senza lasciare grandi cicatrici. Questi interventi di cosiddetta **chirurgia mininvasiva** causano molto meno dolore postoperatorio, e promettono di ridurre sia la degenza ospedaliera, sia la necessità di riabilitazione. Tutto ciò fa sì che per parecchi interventi chirurgici non è più necessario ricoverare i pazienti in ospedale, ma è sufficiente operarli, con ottimi risultati, a livello ambulatoriale o in regime diurno.

Fra i molti esempi di **progressi tecnologici** avvenuti negli ambiti più disparati della medicina, basti ricordare la chirurgia robotizzata o la radioterapia, tecniche che consentono, con una precisione finora mai conseguita, di intervenire lasciando integri i tessuti circostanti, riducendo così al minimo gli effetti indesiderati per le persone operate.

Anche i **progressi** compiuti **nella terapia farmacologica** schiudono nuove opportunità, ma pongono, da parecchi punti vista, una serie di nuove e importanti sfide per la sanità. Utilizzando queste nuove tecniche, come la biologia molecolare, l'analisi genetica, la captazione dei recettori tumorali o altre, è infatti possibile selezionare meglio i pazienti in base al loro quadro clinico, somministrando loro dei farmaci con efficacia nettamente superiore alle terapie applicate finora. È prevedibile che nei prossimi anni giungano sul mercato molti farmaci "innovativi", che da un lato miglioreranno le opportunità di sopravvivenza, ma dall'altro graveranno pesantemente sulle casse del sistema sanitario, sicché in futuro andrà verificata con ancora più attenzione l'appropriatezza e l'efficacia di questi prodotti.

A tutto ciò si aggiunge il fatto che le **aspettative** della popolazione **in termini di assistenza** sanitaria sono molto cambiate rispetto agli anni passati, e oggi tutti si aspettano dalla sanità pubblica, nel caso ideale, di ottenere ovunque e in tempi rapidi le prestazioni migliori. Un fattore sempre più rilevante è anche la possibilità di cercare informazioni in Internet e di farsi un'autodiagnosi, che spinge i pazienti a porre in discussione la diagnosi e la terapia proposta dal medico, e a richiedere ulteriori pareri o approfondimenti, trattamenti supplementari e, non di rado, prestazioni non appropriate. Senza contare che oggi il progresso della scienza medica rende possibili delle prestazioni personalizzate che comportano un ulteriore aggravio della spesa sanitaria pubblica.

In fatto di salute i cittadini hanno aspettative elevate.

Pertanto, in futuro le prestazioni sanitarie fornite dovranno distinguersi chiaramente da quelle erogate dai servizi specializzati nell'assistenza dei malati acuti, e il riordino di questi servizi potrà aumentare la qualità per i pazienti, consentendo agli operatori di produrre un valore aggiunto maggiore e più mirato per la società.

Questo **nuovo “paesaggio dei servizi”** richiede, inoltre, un incremento della professionalità di tutti, e una collaborazione fra le diverse professioni sanitarie. I medici ospedalieri dovranno concentrarsi su quadri clinici sempre più gravi e complessi. Chi invece è chiamato a fornire assistenza nelle fasi temporanee o transitorie, deve imparare a occuparsi di pazienti con un elevato bisogno di assistenza socio-sanitaria. I servizi ambulatoriali dovranno invece farsi carico di funzioni cliniche sempre più complesse, mentre i medici di medicina generale e l'assistenza infermieristica domiciliare saranno chiamati sempre più spesso ad assistere pazienti cosiddetti fragili.

L'assistenza è un compito complesso che tutti gli operatori sanitari devono assumersi in prima persona.

Ci sono almeno tre motivi che rendono necessario un assetto più sostenibile per l'assistenza sanitaria prestata dalle strutture del territorio:

- il progresso delle terapie e delle tecnologie mediche, grazie al quale oggi si riesce più spesso ad assistere le persone affette da malattie acute, o a volte anche croniche, pure nelle strutture decentrate e più vicine ai loro luoghi di residenza;
- la maggiore frequenza delle multimorbilità, che richiedono un approccio assistenziale più complesso, e soprattutto più interdisciplinare e meglio coordinato;
- i cambiamenti sempre più incalzanti del contesto sociale e l'aumento delle persone che vivono da sole, a maggior ragione in un'epoca in cui il venir meno delle reti sociali tradizionali aumenta il rischio di perdere l'autosufficienza, e dunque la necessità di un'assistenza professionale più integrata e completa.

Attualmente, la cosiddetta “medicina dell'attesa” attuata dagli ospedali opera all'intero dei propri orizzonti ristretti, tenendo in scarsa considerazione la compliance, ossia l'adesione dei pazienti alla terapia una volta dimessi da un reparto ospedaliero. Soprattutto le persone affette da malattie croniche, invece, vanno inserite quanto più precocemente possibile in un **percorso assistenziale terapeutico e diagnostico** ottimale, ritagliato sul rischio individuale. Ecco perché una collaborazione intersettoriale continua, monitorata e verificata costantemente fra diversi profili sanitari (dentro e fuori le strutture ospedaliere) è un approccio essenziale, anche se si discosta dalla cultura e dalla prassi abituale degli ospedali e dei reparti per malati acuti.

Parallelamente ai cambiamenti epidemiologici, stanno mutando profondamente anche i settori dell'**informatica** e dell'**organizzazione clinica**, le tecnologie medicali stanno subendo una trasformazione radicale, e cambiano anche i presupposti organizzativi e legislativi su cui si basano i vari servizi offerti dall'assistenza sanitaria.

L'**assistenza ambulatoriale** erogata sul territorio sta guadagnando sempre più importanza, soprattutto se si considerano le patologie più complesse e i metodi terapeutici a contenuto tecnologico sempre più elevato. Ormai capita sovente che anche le prestazioni clinicamente più sofisticate e costose siano erogate in regime ambulatoriale. Nel contempo, i reparti ospedalieri per malati acuti sono occupati da troppi pazienti anziani e non autosufficienti che, in realtà, necessiterebbero di assistenza socio-sanitaria. Ecco perché l'obiettivo deve essere di potenziare i servizi di assistenza ambulatoriale, fornendo alle persone non autosufficienti un'assistenza più vicina ai loro luoghi di residenza.

L'assistenza ambulatoriale svolge un ruolo sempre più trainante.

Le tecniche per migliorare, monitorare e promuovere la **compliance dei pazienti** e per indurli ad assumere stili di vita più sani sono ancora tutte da sviluppare e definire, e proprio in questo campo, alla luce della carenza di personale medico, per molte professioni sanitarie si aprono delle opportunità di crescita assai interessanti, che richiederanno percorsi formativi diversi.

Per documentare il possesso della cosiddetta “**competenza clinica**”, entro il 2020 l’Azienda sanitaria intende introdurre una certificazione di qualità, integrata nell’accreditamento istituzionale, e basata su requisiti riconosciuti a livello internazionale. Concentrandosi sui processi clinici e sulle casistiche più rilevanti, si otterranno dei benefici anche per sviluppare ulteriormente le tecnologie sfruttandone meglio le sinergie, per accelerare la loro modernizzazione e per garantirne un utilizzo più ottimale, con ricadute finali positive sul grado di professionalità.

Il paziente informato contribuisce attivamente all’efficacia della terapia, che va scelta in base alle conoscenze mediche più aggiornate.

In futuro, le questioni legate allo **sviluppo** e alla **gestione del personale** incidono parecchio sul sistema sanitario. Il riconoscimento crescente tributato alle professioni sanitarie, oltre alla loro crescente professionalizzazione e specializzazione, favorisce l’efficienza nell’operatività quotidiana e la professionalità dei vari profili. La carenza di medici, che in futuro dovranno concentrarsi sempre di più su attività cliniche specifiche, crea spazi per la crescita professionale di molte funzioni operative che possono essere svolte con alto livello di professionalità anche da operatori sanitari diversi.

Ovviamente, la possibilità di assumere compiti che richiedono competenze tecniche nuove e più ampie, comporta per tutti gli operatori sanitari una grande opportunità di crescita che sicuramente incide positivamente sulla loro motivazione e sul clima di lavoro. È importante tener conto anche della distribuzione per fasce d’età nelle varie professioni sanitarie, e fare in modo che l’innovazione sia considerata dagli operatori una grande opportunità umana e professionale. Inutile dire che questa crescita culturale e organizzativa delle varie professioni sanitarie va di pari passo con un’ottimizzazione dei servizi erogati dalle varie strutture.

I vari operatori sanitari si aiutano e si integrano a vicenda.

La **carenza di personale** diventerà nei prossimi anni un problema crescente per le strutture sanitarie altoatesine, sicché nell’attività programmatica futura occorrerà tenere conto della difficile reperibilità di personale non solo medico, ma anche infermieristico.

La carenza di personale è aggravata dal requisito del bilinguismo e dalle norme europee sull’orario di lavoro.

A questo problema si aggiunge il fatto che i giovani altoatesini che in futuro completeranno una formazione sanitaria non basteranno a coprire il fabbisogno, poiché anche in questo settore crescerà la concorrenza internazionale fra i paesi industrializzati nel reclutamento di medici specialisti. In Alto Adige, poi, la scarsità di personale qualificato sul mercato del lavoro è aggravata anche dal fatto che la selezione delle nuove leve è limitata dal vincolo del bilinguismo, e quindi limitata quasi esclusivamente ai neolaureati altoatesini. Al tempo stesso, gli specialisti altoatesini, proprio grazie al loro bilinguismo, sono invogliati ad accettare proposte d’assunzione più allettanti da strutture sanitarie di altre regioni o paesi limitrofi.

A questo proposito, merita una particolare attenzione la situazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, poiché molti di loro nei prossimi anni andranno in pensione, e il numero attuale degli specializzandi in queste discipline non basterà per rimpiazzarli tutti. Inoltre, alcune tendenze di per sé positive, come l'aumento della presenza femminile nella professione medica e il conseguente maggiore ricorso a orari di lavoro ridotti o più elastici, acuiscono ulteriormente la carenza di personale medico. Pertanto, la Provincia di Bolzano e l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si stanno adoperando per migliorare la situazione o evitare che s'aggravi ulteriormente, creando incentivi specifici (per esempio sussidi finanziari per giovani medici) e rendendo più snelle le normative burocratiche. Finché il divario tra il fabbisogno e la disponibilità di medici continuerà ad essere così marcato, sarà però necessario adottare misure supplementari per garantire in ogni caso l'assistenza di primo livello vicina ai luoghi di residenza dei pazienti, e fra queste misure rientra anche l'istituzione di un corso di laurea in medicina aggiuntivo da istituire con la collaborazione della regione austriaca del Tirolo.

1.2 I DATI EPIDEMIOLOGICI

L'analisi e la descrizione dei dati epidemiologici forniscono una visione complessiva dello stato di salute della popolazione altoatesina e dei suoi fattori determinanti più rilevanti, sicché rilevare regolarmente questi dati è un presupposto importante per progettare un'assistenza sanitaria basata sui bisogni reali dei cittadini.

A tale scopo, l'Osservatorio epidemiologico della Provincia autonoma di Bolzano redige annualmente la **Relazione sanitaria**, in cui traccia un quadro completo e analitico dello stato di salute della popolazione. Partendo da vari indicatori epidemiologici, la Relazione sanitaria analizza la diffusione delle patologie più rilevanti, ma anche i fattori determinanti della salute legati allo stile di vita, all'ambiente e ai luoghi di lavoro. Proprio la conoscenza di questi fattori diventa essenziale per l'attività di prevenzione.

L'andamento
epidemiologico è un
presupposto del Piano.

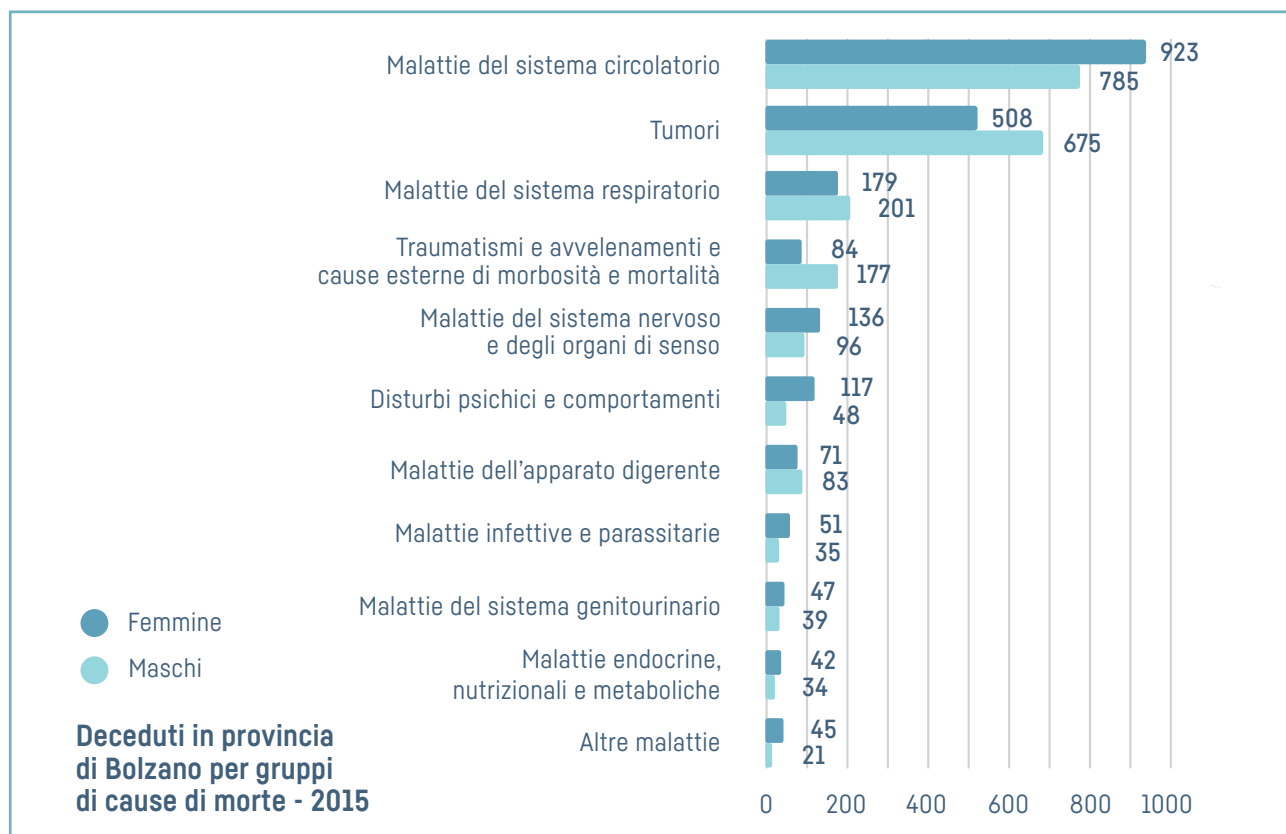
A proposito dello **stato di salute** della popolazione, va sottolineato che in Alto Adige – come in tutte le società occidentali – le malattie croniche degenerative hanno prodotto un cambiamento nella struttura della morbilità e della mortalità, e che alla luce dell'invecchiamento della popolazione tale tendenza proseguirà con tutta probabilità anche negli anni futuri. La necessità di prevenire le malattie croniche o di garantire un trattamento mirato a chi ne soffre, è dunque essenziale per progettare e realizzare un sistema sanitario efficace.

In questo contesto, diventa decisivo un **monitoraggio epidemiologico** continuo e costantemente ottimizzato nel territorio. Occorre infatti rilevare e descrivere sia l'incidenza che la prevalenza delle patologie più diffuse – anche sotto forma di dati storici – due voci da cui si possono estrapolare indicazioni utili sulle tendenze di sviluppo future, e che fanno emergere meglio i cambiamenti epidemiologici in atto nella società. Da queste informazioni si possono trarre spunti importanti e adottare opportuni interventi per fornire servizi sanitari più basati sull'evidenza scientifica e più rispondenti alle reali esigenze dei cittadini. In seconda battuta, questi dati si rivelano molto utili per aggiornare ed estendere il PSP.

La figura 3 riporta le **cause di morte** più diffuse in Alto Adige fra le persone decedute nel 2015, indicate in ordine decrescente e con distinzione per sesso. Tre quarti circa di tutti i decessi rientrano fra le prime tre categorie, vale a dire patologie cardiocircolatorie, neoplasie (tumori) e patologie respiratorie.

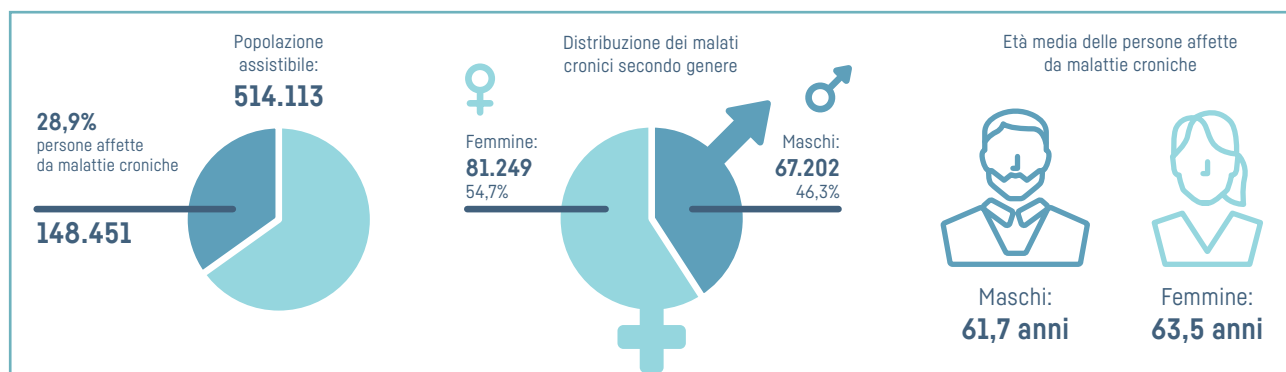
Un altro 15 per cento dei decessi è dovuto a lesioni, intossicazioni e cause esogene, malattie neurologiche, oftalmologiche od otoiatiche, malattie psichiche o disturbi comportamentali.

FIGURA 3: LE CAUSE DI MORTE PIÙ FREQUENTI FRA LE PERSONE DECEDUTE NEL 2015 IN ALTO ADIGE ²



Come già ricordato nel capitolo precedente, il 29 per cento della popolazione altoatesina (pari a circa 150.000 persone) soffre di **malattie croniche**. In questa categoria prevalgono le donne, col 54,7 per cento, rispetto agli uomini (46,3 per cento). Ma questa prevalenza femminile è dovuta in parte anche al fatto che le donne vivono mediamente più a lungo degli uomini, e la probabilità di contrarre malattie croniche cresce con l'avanzare dell'età. Quest'ipotesi trova conferma se nel totale dei malati cronici si raffrontano i due sessi in base all'età media: mentre i malati cronici di sesso maschile hanno in media 61,7 anni, le donne affette da patologie croniche hanno mediamente 63,5 anni.

FIGURA 4: LE PATOLOGIE CRONICHE IN ALTO ADIGE (2015) ³



² Fonte: Ufficio provinciale di statistica ASTAT.

³ Fonte: Osservatorio epidemiologico – Mappatura delle patologie croniche

Diversamente dalle patologie acute, le malattie croniche non hanno un esordio chiaramente individuabile, ma insorgono gradualmente in un processo lungo, fino a creare disturbi o problemi permanenti alla salute. Ma può capitare che una patologia sia cronica, e ciò nonostante manifesti una componente acuta (per esempio un insulto apoplettico in una patologia cardiocircolatoria). La probabilità di contrarre una malattia cronica aumenta con l'età, ma a volte a farne le spese possono essere anche bambini o persone giovani. Inoltre, con l'età aumenta anche la probabilità che lo stesso paziente sviluppi più patologie croniche (la cosiddetta multimorbilità).

Fra le **categorie più diffuse delle malattie croniche** figurano le patologie cardiocircolatorie (ipertensione, arteriosclerosi, coronaropatie ecc.), i tumori, le malattie delle vie respiratorie (asma bronchiale e BPCO), e le patologie metaboliche come il diabete di tipo 2. Alcuni esempi diffusi di patologie del sistema digestivo sono le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn e colite ulcerosa), mentre fra le malattie croniche neurologiche spiccano la demenza, il morbo di Parkinson, l'epilessia, il morbo di Alzheimer e la sclerosi multipla. Altre malattie che svolgono un ruolo determinante in questo contesto sono le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, come le patologie reumatiche, ma anche i disturbi psichici, coi prevedibili problemi che ne deriveranno in futuro per i sistemi sanitari. A queste categorie vanno poi aggiunte le dipendenze, come l'alcolismo e il tabagismo, che a loro volta sono fattori di rischio per altre malattie croniche. Infine, non vanno dimenticate alcune malattie "sociali", sovente causate da cattiva alimentazione e scarso esercizio fisico, e sempre più diffuse già in età infantile, come l'obesità, le rachialgie o le cefalee croniche.⁴

Le malattie croniche richiedono un'attenzione particolare. I programmi di prevenzione promuovono uno stile di vita sano.

Benché non tutte le patologie croniche siano prevenibili adottando uno stile di vita più sano o adeguato, il **comportamento e il rapporto individuale** con la propria salute rivestono un ruolo determinante nell'insorgenza e nel decorso di molte malattie croniche, e ciò conferma l'importanza della prevenzione.

Oltre a gravare pesantemente sulle persone che ne soffrono, poiché ne compromettono sia l'integrità fisica, sia il senso di benessere generale, le malattie croniche hanno ricadute pesanti sulla spesa sanitaria, e richiedono dunque una particolare attenzione strategica e programmatica.

1.3 IL QUADRO NORMATIVO

Come in tutti i paesi europei, anche in Alto Adige tutelare la salute della popolazione è un compito primario delle autorità pubbliche, sicché la Provincia autonoma di Bolzano non può sottrarsi né alle direttive europee e nazionali, né ai requisiti qualitativi, strutturali e quantitativi che vigono a livello internazionale per l'assistenza sanitaria. Per quanto autonoma sul piano amministrativo, quindi, la Provincia di Bolzano deve attenersi, nel proprio sistema sanitario, alle disposizioni vigenti in materia di economicità, efficienza, qualità e sicurezza del paziente. Pertanto, in sede di elaborazione del presente Piano si è cercato di sfruttare di tutti i margini di autonomia esistenti, allo scopo di ricavarne ulteriori benefici per il bene dei pazienti.

Ogni programmazione deve essere in linea con le norme sulla "Tutela della salute".

⁴ Questa carrellata sulle malattie croniche non vuole essere né esaustiva, né tassativa, ma solo fornire un'idea delle patologie più diffuse.

Ne consegue che i fondamenti normativi su cui si basa il presente PSP sono sanciti non solo da diverse **leggi provinciali**, ma anche dalle **leggi nazionali**. Le norme e le disposizioni più rilevanti per la definizione di questo Piano sono riportate nell'Allegato B.

1.4 IL QUADRO ECONOMICO

Attualmente, la spesa sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano ammonta a circa 1,2 miliardi di euro l'anno, il che dimostra che in Alto Adige la spesa sanitaria pro capite è maggiore rispetto alle altre regioni dell'Italia settentrionale, benché in rapporto al prodotto interno lordo la percentuale della spesa totale per l'assistenza sanitaria sia inferiore rispetto alle regioni limitrofe. Ciò significa che la prosperità economica della Provincia di Bolzano consente di sostenere una spesa pro capite maggiore, per esempio sotto forma di stanziamenti per prestazioni supplementari nel proprio territorio (i cosiddetti extra-LEA). Ma proprio a tale proposito, occorre tenere in seria considerazione gli sviluppi futuri. È prevedibile, infatti, che se non saranno adottati dei correttivi, già per effetto dell'**inflazione** e degli avanzamenti retributivi previsti dai contratti di lavoro, la spesa sanitaria aumenterà in ogni caso di circa 20 milioni di euro l'anno. Un altro fattore rilevante che fa aumentare la spesa sanitaria è l'**andamento demografico**, che determina un aumento delle patologie croniche. Potenziando l'assistenza decentrata sul territorio, si potrà porre un freno a questa tendenza, ma un aumento della spesa, per quanto attenuato, sarà comunque inevitabile. A questo fattore, poi, si aggiunge il fatto che il **progresso della scienza medica**, come si è detto, rende possibile un numero crescente di diagnosi e terapie sempre più efficaci, che a loro volta faranno aumentare il novero delle prestazioni da erogare.

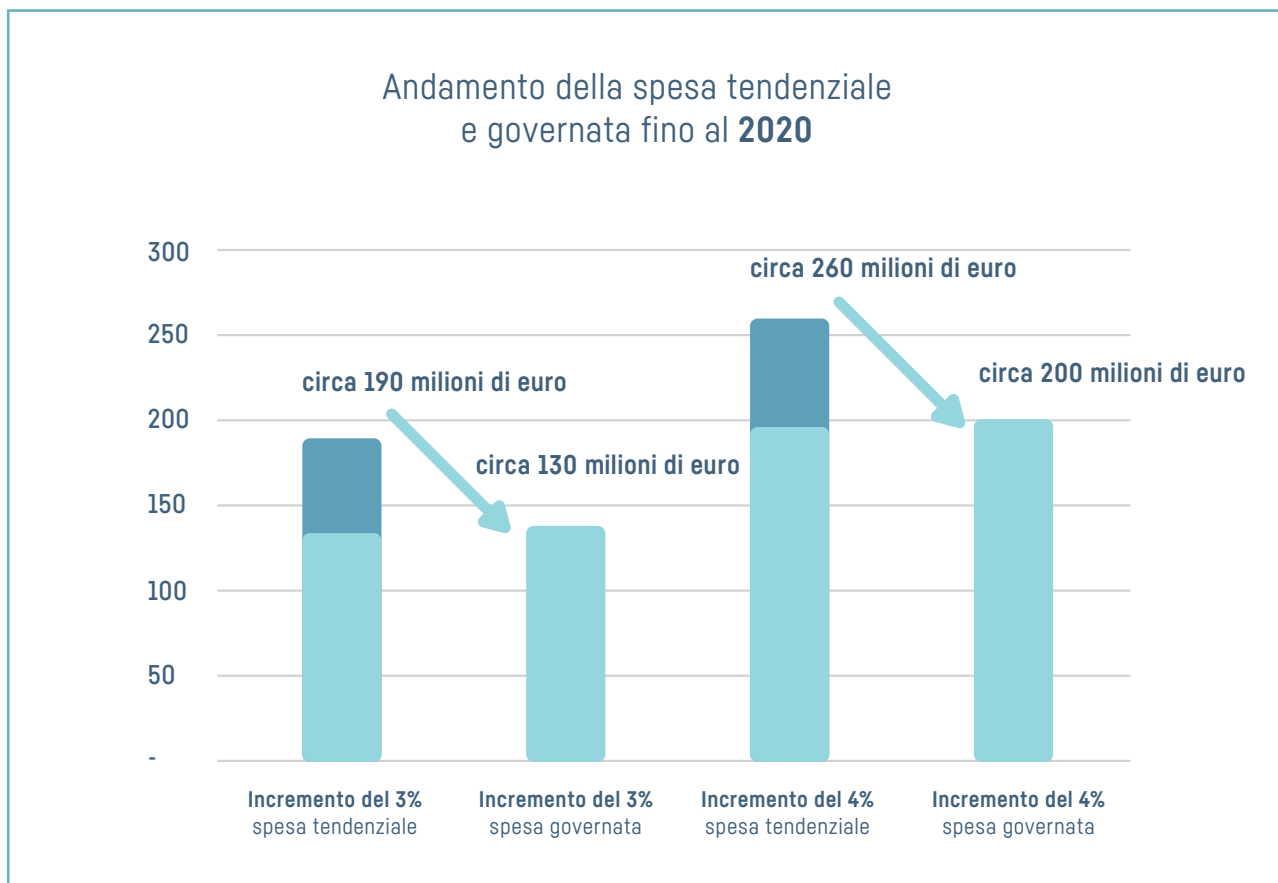
Ebbene, proprio perché un aumento della spesa appare inevitabile, occorre verificare sistematicamente tutti i costi aggiuntivi in relazione al beneficio reale che essi producono in termini di miglioramento della salute della persone. Un obiettivo primario per il futuro, quindi, sarà di garantire nel tempo la **finanziabilità** del sistema sanitario, anche e soprattutto sulla scia del progresso della scienza medica.

Per conseguire quest'obiettivo, occorre migliorare e ottimizzare costantemente l'assistenza sanitaria, con **modifiche procedurali e strutturali** che adeguino il “paesaggio” dell'assistenza alle mutate condizioni generali e alle nuove esigenze. Tutto ciò si può ottenere ottimizzando i servizi offerti, mantenendo invariata la qualità, generando nuovi introiti e migliorando l'amministrazione e l'organizzazione aziendale.

Partendo da questi presupposti, ipotizzando un andamento “normale”, è prevedibile che da oggi al 2020 la spesa sanitaria crescerà mediamente ogni anno del 3–4 per cento (ossia di circa 40–50 milioni di euro calcolati sui prezzi del 2016). La delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015 stabilisce un contenimento annuo dei costi, a partire dal 2020, pari a 60 milioni di euro (che corrispondono al 5% della spesa totale corrente del 2015). L'effetto cumulato delle modifiche nella spesa e del **contenimento** dei costi è illustrato nella figura 5, che parte da due ipotesi di crescita, rispettivamente del 3 e del 4 per cento.

L'obiettivo è mantenere finanziabile nel tempo l'assistenza sanitaria, ottimizzando l'erogazione delle prestazioni e mantenendo costante la qualità.

FIGURA 5: ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA FINO AL 2020 (COMPRESO L'EFFETTO DEL CONTENIMENTO DEI COSTI)



Senza considerare spese supplementari particolari per ristrutturazioni o altri interventi resi necessari dallo sviluppo e dall'innovazione del sistema sanitario (come l'apertura del nuovo ospedale di Bolzano, la spesa per la dotazione informatica, i nuovi sviluppi della scienza medica nel settore farmacologico, l'aumento dei posti letto per ricoveri transitori, il potenziamento dei servizi decentrati sul territorio ecc.), dal 2017 al 2020 le misure di contenimento decise dalla Giunta provinciale possono produrre una contrazione media dei costi di base del 2-3 per cento circa (pari a 25-40 milioni di euro di aumento annuo).

Dai primi calcoli svolti, ad esempio, emerge che per il fabbisogno supplementare di personale prodotto dal potenziamento dei servizi decentrati sul territorio si dovrà sostenere una spesa aggiuntiva pari a 8,8 milioni di euro l'anno, che si aggiungeranno a un tasso d'incremento medio dei costi del personale del 2-3 per cento. Altre spese supplementari necessarie dovranno essere esaminate dalla Ripartizione salute della Provincia, che in caso di parere affermativo dovrà avviare l'iter di autorizzazione per i relativi stanziamenti.

Una riorganizzazione lungimirante è il presupposto di una sanità sostenibile.

Riassumendo, è evidente che per garantire nel tempo la finanziabilità dell'assistenza sanitaria in Alto Adige occorrerà adottare costantemente degli interventi per ottimizzare e rinnovare il sistema sanitario. Pertanto, rendere più efficiente l'erogazione delle prestazioni sanitarie è un modo per garantire nel tempo un'assistenza in grado di soddisfare i bisogni reali delle persone.

2 LA VISIONE FUTURA, GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è incentrata sulla persona, e vuole tutelarne e migliorarne la salute.

2.1 LA VISIONE FUTURA E IL MANDATO ETICO

L'obiettivo primario del servizio sanitario dell'Alto Adige è di **difendere** e **migliorare la salute** di tutte le persone che vivono nella provincia di Bolzano, a prescindere dal livello d'istruzione, dal reddito o dalle condizioni di vita. La tutela e il miglioramento del proprio stato di salute è un **diritto fondamentale** di ogni cittadino, e nell'interesse della collettività tale diritto va garantito rispettando sempre l'**autonomia** e la **dignità individuale**.

Ne consegue che la **dimensione etica** deve essere un principio indispensabile delle scelte da compiere nella sanità. Occorre dunque rafforzare la consapevolezza e le competenze etiche di tutti i soggetti che operano nei servizi sanitari, sia realizzando interventi formativi per tutti gli operatori, sia promuovendo un dibattito interdisciplinare sulle questioni etiche. Inoltre, vanno adottati dei provvedimenti per favorire la crescita di una coscienza etica in seno alla popolazione. A tale scopo assumono un ruolo essenziale tutte le iniziative di sensibilizzazione promosse da associazioni o soggetti diversi, soprattutto se queste puntano a rafforzare la capacità di autogestione e il senso di responsabilità individuale nel rapporto con la propria salute. Parallelamente, è importante indurre la popolazione a riflettere sui vari aspetti etici, mettendo ciascuno in condizione di decidere autonomamente in merito alla propria assistenza sanitaria.

Un ruolo essenziale per conseguire tali obiettivi spetta al **Comitato etico provinciale**, un organismo interdisciplinare di consulenza della pubblica amministrazione e degli organi politici, che affronta in modo approfondito le questioni etiche nella medicina e nell'assistenza sanitaria, stimolando il dibattito pubblico sull'argomento e adottando misure per acuire la coscienza etica in senso lato, e le sue ricadute nelle scelte concrete.

2.2 GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE: I PILASTRI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Per realizzare questa visione futura, occorre definire obiettivi chiari sui quali costruire una nuova assistenza sanitaria, stabilendo nuove le priorità d'intervento e le relative strategie. Inoltre, vanno scelti e messi in pratica misure e provvedimenti concreti che rendano il sistema sanitario altoatesino più idoneo alle esigenze future.

Al centro di quest'approccio deve esserci la persona, e in particolare la risorsa fondamentale della salute, da salvaguardare e promuovere con un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo. La prima finalità, dunque, deve essere la **prevenzione**, ossia rafforzare il senso di responsabilità individuale, coordinando al tempo stesso i servizi e le prestazioni per prevenire gli stati patologici e consolidare lo stato di salute di tutta la popolazione. Quest'impostazione salutogenetica ha lo scopo di aiutare le persone affette da sintomatologie croniche e da multimorbilità, a prevenire o ridurre il proprio stato di disagio o a ottenere dei trattamenti efficaci e mirati.

Ottimizzare l'**assistenza sanitaria sul territorio** coordinando fra loro le diverse strutture che erogano i servizi è un fattore chiave per fornire alla popolazione un'assistenza sanitaria adeguata.

L'obiettivo è di integrare l'assistenza sanitaria attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa, con un'assistenza d'impostazione salutogenetica, propositiva, più rispondente al reale fabbisogno ed erogata da strutture operanti sul territorio, ispirandosi ai principi del chronic care model (CCM).⁵ Questo modello propone di gestire le patologie croniche coinvolgendo tutte le risorse esistenti nel settore sociale e sanitario, e in generale in seno alla società. È dimostrato che approcci innovativi basati su riscontri scientifici, incentrati su un'interazione efficace fra pazienti informati e un'equipe di specialisti qualificati e proattivi, producono dei risultati migliori in termini di salute. Tutto ciò rende ancora più importante una collaborazione integrata e interdisciplinare fra le diverse professioni sanitarie.

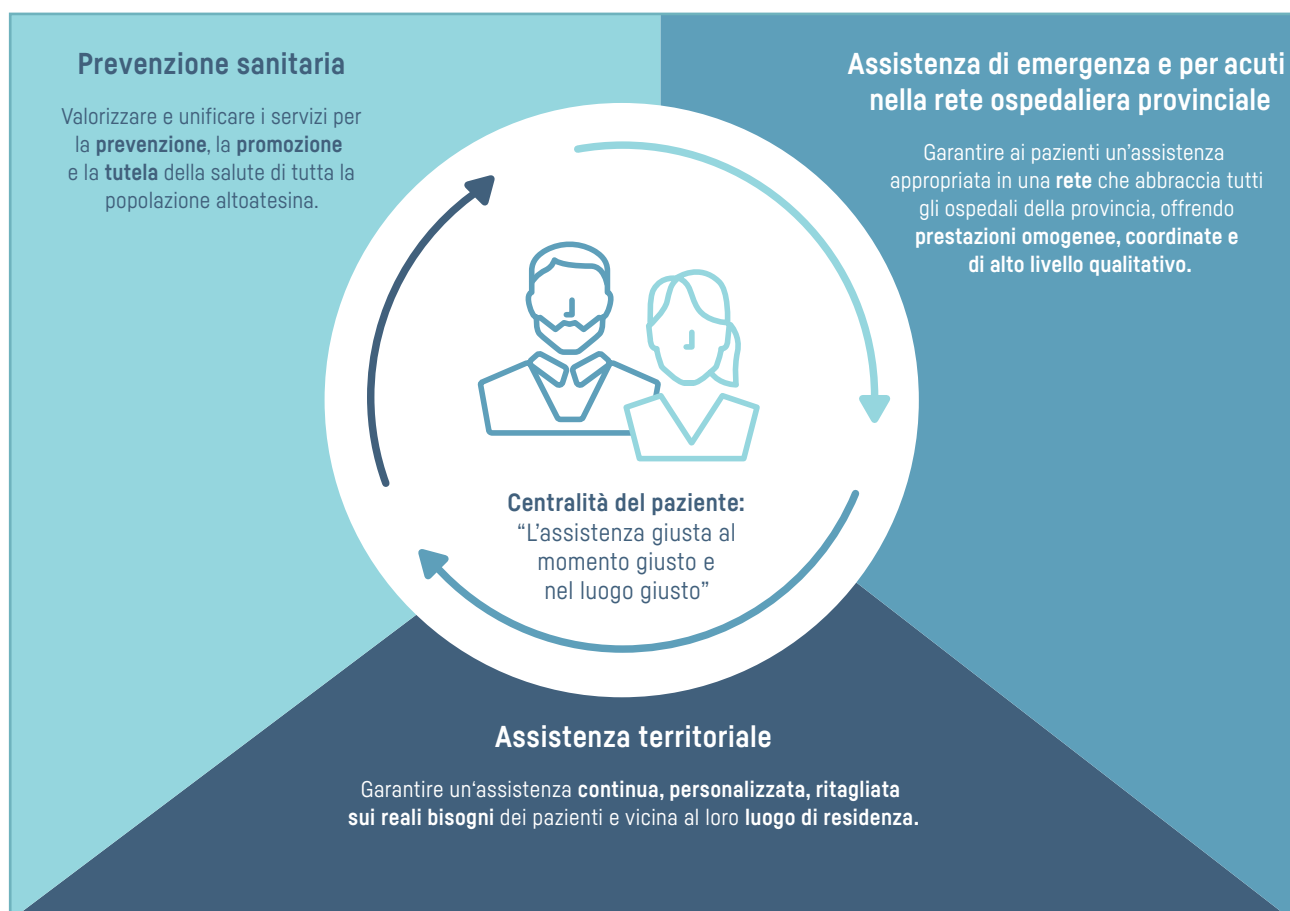
Inoltre, per fornire l'assistenza sul territorio e vicino ai luoghi di residenza dei pazienti, diventa decisivo per **integrare meglio i servizi sociali e quelli sanitari**. Per favorire la continuità dell'assistenza, infatti, vanno promosse tutte le iniziative atte a migliorare la collaborazione fra i servizi che fanno capo a questi due poli, soprattutto organizzando momenti di formazione e aggiornamento comuni e incontri di coordinamento fra i servizi. La creazione e il successivo potenziamento dei servizi erogati dai distretti sanitari e sociali, e una buona collaborazione fra gli operatori che ne fanno parte, diventa dunque un presupposto essenziale sia per assicurare un'assistenza capillare nel territorio, sia per migliorare il livello qualitativo dei servizi.

Le strategie per garantire nel tempo un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo:

- garantire un'assistenza sanitaria capillare in tutto il territorio provinciale;
- assicurare a tutti un accesso adeguato alla medicina di alta specializzazione;
- strutturare l'assistenza sanitaria come sistema integrato fra soggetti diversi, pubblici, privati e del volontariato;
- ridefinire e coordinare la collaborazione fra le varie strutture sanitarie;
- pretendere e promuovere la responsabilità gestionale delle strutture;
- promuovere un uso responsabile delle risorse economiche disponibili;
- lasciare più margini d'autonomia e responsabilità individuale ai pazienti;
- favorire una maggiore partecipazione dei pazienti.

⁵ Si tratta di un modello di riferimento per realizzare e gestire un'assistenza sanitaria decentrata sul territorio. Per altri particolari si rimanda al capitolo 5.

FIGURA 6: LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NEI TRE PILASTRI DELL'ASSISTENZA SANITARIA



Il terzo pilastro su cui realizzare un sistema sanitario organico e integrato è costituito da una **rete ospedaliera provinciale** moderna, incentrata sulla salute e sul fabbisogno, in grado di operare in modo sostenibile e interdisciplinare. Una gamma di servizi intersettoriali erogati in loco, una rete di tutti gli ospedali provinciali, e un'assistenza sanitaria ben coordinata e di alto livello qualitativo, sono i pilastri su cui costruire un'assistenza o un trattamento efficace e sostenibile per tutti i pazienti. Tutto questo, ovviamente, si può realizzare solo se quanti più operatori sanitari possibile fanno propri i principi di un servizio organico incentrato sul servizio alla persona e sulla prevenzione, in base al principio del best point of service, ossia dare a ciascuno il trattamento giusto, nel luogo e nel momento giusto.

Tale percorso va realizzato tenendo conto dell'aumento della spesa sanitaria, sicché occorre garantire un **finanziamento sostenibile** ed efficace del sistema sanitario, anche nel senso di un'**equa distribuzione delle risorse**. In un'epoca di ristrettezze delle finanze pubbliche, il sistema e le priorità dell'assistenza sanitaria devono tenere conto a maggior ragione della dimensione etica, vale a dire delle esigenze sanitarie reali di ogni persona, dal punto di vista della gravità delle sue patologie e delle terapie di cui necessita, mettendo in atto una gestione dell'assistenza che punti sulla qualità e sulla sicurezza, tenendo presenti i risultati concreti per la salute, e garantendo la massima efficienza possibile nell'organizzazione aziendale e nella struttura amministrativa.

Considerare
il fabbisogno,
garantire
l'appropriatezza,
verificare l'efficacia.

Occorre dunque prestare la massima attenzione all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni, erogandole e programmandole in base al **fabbisogno effettivo**, e tenendo presente che l'**appropriatezza** dell'assistenza è un fattore determinante dell'intero sistema. Valutare l'appropriatezza dei servizi erogati è anche essenziale per decidere dove erogare le

prestazioni sanitarie, in regime sia ospedaliero che ambulatoriale. Nella valutazione dell'appropriatezza, inoltre, non basta analizzare le strutture già esistenti, ma occorre ripensare la fonte di erogazione e la redistribuzione dei servizi a livello di programmazione e attuazione degli interventi, chiedendosi, ad esempio, se sia opportuno creare dei nuovi servizi decentrati sul territorio che sgravino le strutture ospedaliere, garantendo un'assistenza meglio distribuita e più vicina ai reali bisogni dei pazienti.

Di conseguenza, a ciascun paziente va fornita, in base al principio del **best point of service**, la prestazione di cui necessita realmente nel miglior luogo possibile per la qualità del servizio e dove si possono ridurre al minimo i tempi d'attesa. Ciò non deve coincidere necessariamente con una struttura nosocomiale o residenziale, ma, anzi, può suggerire dei modelli innovativi sul territorio da sviluppare e promuovere per un'assistenza più organica ed efficace. Al tempo stesso, le opportunità tecnologiche e mediche crescenti della medicina del territorio e dei centri diurni vanno sfruttate in tutti i casi in cui, per il bene del paziente, si può evitare un ricovero un ricovero inappropriato.

Assistere le persone
nel modo giusto,
al momento giusto
e nel luogo giusto.

Oltre a quanto ricordato finora, sarà importante promuovere un ampio ventaglio d'attività nei settori della **ricerca** medica clinica e applicata. La ricerca deve partire dalle esigenze del sistema sanitario altoatesino, coinvolgendo in una rete di collaborazione le istituzioni e le strutture sanitarie esistenti, ma anche mettendo a frutto i contatti con strutture analoghe in Italia e all'estero, e sfruttando le reti internazionali già esistenti, per produrre utili sinergie. Incentivare e ristrutturare la

Collaborare alla
ricerca internazionale
crea sinergie.

ricerca clinica in seno all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è un pilastro essenziale per promuovere l'innovazione, e far sì che tutti gli operatori sanitari si tengano al passo con lo stato dell'arte nei rispettivi settori, applicandolo nelle rispettive funzioni nell'interesse dei pazienti. Un'attenzione particolare va posta alla ricerca sulle problematiche geriatriche, con l'obiettivo di studiare, in équipe interdisciplinari, una serie di quesiti scientifici legati tanto ad aspetti sociali, etici e psicosociali della geriatria, quanto ad aspetti di natura più strettamente medica (per esempio la medicina rigenerativa).

Anche in futuro si dovranno portare avanti i progetti di ricerca che hanno già dimostrato di produrre benefici reali per la popolazione altoatesina. Alcuni esempi concreti sono le indagini svolte nell'ambito dello "Studio di Brunico", lo studio "CHRIS" coordinato dall'EURAC o le ricerche condotte nel campo della neuroriabilitazione.

Lo "**Studio di Brunico**", è un'indagine in corso dal 1990 nel campo dell'epidemiologia, patofisiologia e prevenzione, e ha lo scopo di realizzare un'analisi prospettica dello sviluppo di varie patologie, monitorando lo stato di salute di un campione rappresentativo della popolazione anziana di Brunico e dintorni. Gli ambiti prioritari dello studio sono costituiti dalle seguenti patologie: invecchiamento dei vasi sanguigni e arteriosclerosi, patologie cardio- e cerebrovascolari, malattie neurodegenerative, sindrome metabolica, disturbi alimentari e microbiomi, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico. Lo studio analizza al tempo stesso gli effetti dello stile e della qualità della vita sulla salute umana, e l'efficacia della prevenzione sull'insorgenza delle malattie cardiovascolari.

Allo **studio "CHRIS"**, invece, collaborano medici specialisti del Centro di biomedicina dell'Accademia Europea di Bolzano e dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. Lo scopo dello studio è di approfondire le cause ambientali e i fattori genetici delle malattie più diffuse in Alto Adige, con particolare riguardo alle patologie cardiocircolatorie, neurologiche,

metaboliche e neoplastiche. I risultati di questo studio non sono soltanto un contributo prezioso di conoscenza ed esperienza per la comunità scientifica internazionale, ma producono anche dei benefici concreti per la popolazione altoatesina, poiché consentono di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento di parecchie patologie.

Un terzo esempio degno di nota, infine, è la collaborazione della Provincia di Bolzano con l'Unità di ricerca per la **riabilitazione neuromotoria e cognitiva** dell'Università di Verona, volta a rilevare gli effetti del trattamento farmacologico nella neuroriabilitazione, dell'uso della robotica e dell'assistenza di persone affette da disabilità neurologiche.

Una strategia altrettanto importante per l'assistenza sanitaria consiste nel considerare maggiormente la **medicina di genere**. Come suggerisce il suo nome, questa branca della medicina analizza diverse patologie dalla prospettiva del sesso dei pazienti, tenendo conto delle differenze sia biologiche che psicosociali fra uomini e donne, e dei relativi effetti per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie che colpiscono i due sessi. Parecchie patologie, infatti, non solo insorgono con frequenze diverse fra donne e uomini, ma si manifestano anche con sintomi diversi e rispondono diversamente alle terapie a seconda del sesso del paziente. Il sesso, inoltre, può essere un fattore di rischio per contrarre alcune malattie o, viceversa, un fattore protettivo nel loro decorso o nell'efficacia dei trattamenti sanitari prescritti. Le differenze di genere in termini di volume di distribuzione delle sostanze nell'organismo – dovute alla statura e alle dimensioni del corpo, alla composizione dei tessuti, allo stato ormonale, al metabolismo e alle funzioni organiche (per esempio lo svuotamento gastrico più veloce negli uomini, o il peggioramento della funzione renale nelle donne con l'avanzare dell'età) – incidono anche sull'assorbimento e sull'efficacia dei farmaci. Ecco perché un obiettivo importante della medicina di genere è di tenere conto di queste differenze tra i sessi sia al momento della diagnosi, sia nella somministrazione della terapia. Pertanto, per fornire alla popolazione altoatesina la migliore assistenza sanitaria possibile anche in funzione delle specificità di genere, occorre sensibilizzare tutti gli operatori sanitari su questi aspetti, sia durante la prima formazione, sia con corsi d'aggiornamento mirati.

3 LA GOVERNANCE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è strutturata in modo chiaro, gestita in maniera omogenea, e ottimizzata da un flusso efficace delle informazioni.

La riforma strutturale varata nel 2006 ⁶ decretò la fusione dei quattro comprensori sanitari – fino a ad allora autonomi – in un'unica azienda sanitaria. Ora occorre proseguire lungo la strada già intrapresa dell'unificazione aziendale, snellendo la struttura di gestione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, con l'obiettivo di creare un **assetto gerarchico più chiaro**, trasparente e permeabile, ottimizzando le posizioni dirigenziali in nome di una gestione più organica dell'Azienda che consenta di **sfruttare** meglio le **sinergie**. Le cariche attuali dovranno quindi confluire in **ambiti di gestione provinciali orientati alla fornitura di servizi**, mantenendo però decentrata l'ubicazione dei relativi posti di lavoro.

Le competenze sono distinte nettamente tra obiettivi, gestione e attuazione.

La riorganizzazione del sistema sanitario prevede una ridefinizione delle competenze fra la Provincia di Bolzano, la Ripartizione salute e l'Azienda sanitaria, stabilendo una separazione netta fra la cosiddetta **governance**, ossia chi stabilisce le linee d'indirizzo della sanità monitorandone la realizzazione, e chi invece è chiamato a dare loro attuazione operativa. Per applicare in modo mirato questo modello di gestione, va garantito fra i vari soggetti coinvolti uno scambio d'informazioni efficace su tutti i dati e le grandezze strutturali rilevanti.

In questo senso, la **Giunta provinciale** e la **Ripartizione salute**, oltre alle funzioni istituzionali specifiche – fra cui quella di fungere da interfaccia con le istituzioni nazionali e internazionali – hanno il compito di definire gli orientamenti dell'assistenza sanitaria pubblica, l'allocazione delle risorse finanziarie e il controllo di gestione, vale a dire la verifica qualitativa, quantitativa e finanziaria degli obiettivi stabiliti.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, invece, ha il compito di dare attuazione operativa alle linee d'indirizzo. Per assicurare l'assistenza, l'Azienda sanitaria può ricorrere anche a servizi erogati da strutture non pubbliche, tenendo presente che il relativo accreditamento istituzionale e l'eventuale stipula di convenzioni – anche nel caso di enti erogatori pubblici – deve avvenire in base a un'analisi del fabbisogno. Le prestazioni previste dal presente Piano sono coperte dalle strutture pubbliche e convenzionate esistenti e da quelle private attualmente autorizzate.

FIGURA 7: IL FUTURO MODELLO DI GOVERNANCE



⁶ Vedi la LP 9/2002 del 2 ottobre 2006 sul riordino del servizio sanitario provinciale.

4 LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è la premessa di una qualità della vita elevata.

I fattori epidemiologici, l'invecchiamento in atto nella società e il conseguente aumento delle patologie croniche e dei disturbi psichici, rendono ancora più importante svolgere un'attività efficace e mirata di **prevenzione** e di **promozione della salute**, favorendo e difendendo la salute in tutte le sue dimensioni, ossia fisica, psichica e sociale. È questo, infatti, uno dei tre pilastri su cui poggia il presente Piano sanitario provinciale. La prevenzione e la promozione della salute hanno lo scopo non solo di evitare l'insorgenza di malattie, ma anche di migliorare la qualità della vita e il benessere di tutti i cittadini, e di prolungare la durata della vita trascorsa in buona salute.

Ma benché la prevenzione da un lato, e la promozione della salute dall'altro, perseguono il medesimo obiettivo, si differenziano per approccio, strategie e orientamento. La **prevenzione**, infatti, ha un orientamento patogenetico, si propone di ridurre al minimo il rischio d'insorgenza di determinate malattie, e si rivolge soprattutto alle persone già malate o a rischio di patologia. La **promozione della salute**, invece, ha un approccio salutogenetico, ed è basata non tanto sui fattori di rischio,

Il nuovo approccio è orientato sulla salute della persona, non sulla malattia.

ma sulle risorse necessarie a difendere la salute. Ecco perché integrare la prevenzione e la promozione della salute diventa una strategia determinante della pianificazione sanitaria. Facendo leva sull'**interazione** fra la prevenzione e la promozione della salute, e adottando delle misure mirate nel settore sanitario, si vuole dunque promuovere il potenziale di salute insito nella popolazione, ottenendo a medio e lungo termine delle ricadute positive sull'efficacia e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

Un aspetto che in questo settore assume un'importanza vitale è quello delle **pari opportunità nell'assistenza sanitaria**: a prescindere da fattori come l'estrazione sociale, l'appartenenza etnica, il reddito, l'età o il sesso, infatti, a tutti i cittadini vanno garantite le stesse opportunità di accedere ai servizi sanitari. La prevenzione e la promozione della salute contribuiscono a ridurre il divario nello stato di salute, poiché puntano a coinvolgere soprattutto le categorie socialmente più deboli.

Gli interventi volti a modificare i comportamenti nocivi e a promuovere gli stili di vita più sani sono essenziali, ma costituiscono solo la base di una politica di prevenzione e promozione della salute realmente efficace. Occorre infatti coordinare anche le scelte che creano le premesse di una vita più sana. Ecco perché quello della prevenzione e della promozione della salute è un settore che non investe soltanto la politica sanitaria, ma molti altri ambiti della politica, come gli interventi per le famiglie, il mercato del lavoro, i trasporti, l'edilizia ospedaliera o l'istruzione, tanto per citare alcuni esempi. Anche l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) sottolinea l'importanza che la politica punti alla salute in tutti i propri settori di intervento ("**health in all policies**"). In altre parole, la prevenzione e la promozione della salute comprendono molto di più che la mera assistenza sanitaria e sociale, e vanno considerate a tutti i livelli e in tutte le scelte politiche.

Il **Piano provinciale per la prevenzione 2016-2018**, approvato dalla Giunta provinciale il 22 dicembre 2015, stabilisce gli orientamenti strategici in materia di prevenzione, indicando dieci macro-obiettivi ispirati al fabbisogno reale. Partendo da tali obiettivi, il Piano definisce poi i programmi, le finalità specifiche, gli indicatori e i criteri, le categorie di riferimento e le misure da adottare per creare un sistema unitario, e tutto il documento è ispirato alla volontà di verificare l'efficacia degli interventi e di creare dei sistemi di monitoraggio per valutare in modo affidabile i risultati conseguiti.

In questa sede giova ricordare alcuni dei **macro-obiettivi** indicati nel documento: ⁷

- ridurre il disagio prevenibile ed evitabile causato da morbilità, mortalità e disabilità indotte da malattie non infettive;
- ridurre l'incidenza delle malattie infettive più frequenti;
- prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- realizzare un piano nazionale integrato per la prevenzione nei settori della sicurezza alimentare e della medicina veterinaria.

Per quanto concerne gli altri obiettivi della prevenzione e una loro descrizione dettagliata, si rimanda al già citato Piano provinciale della prevenzione, visionabile o scaricabile anche dal sito Internet della Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano. ⁸

L'**implementazione** del Piano della prevenzione avviene, ai sensi della delibera della GP n. 1546 del 22 dicembre 2015, nel rispetto delle prescrizioni e linee guida in esso contenute, sotto il monitoraggio della Ripartizione salute e tenendo conto delle attività svolte da tutte le strutture pubbliche, private e del volontariato che operano in questo settore (come il Forum prevenzione, La Federazione per la salute e le politiche sociali, la Caritas, varie organizzazioni di pazienti e altri soggetti).

Al livello dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, l'attuazione degli orientamenti strategici nel settore della prevenzione e della promozione della salute compete al **Dipartimento per la prevenzione**, che in base a quanto previsto dalla legge, dalle prescrizioni istituzionali e dai criteri contenuti nel Piano provinciale per la prevenzione, è chiamato a garantire i livelli minimi di assistenza nel campo dell'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro, adottando direttamente delle misure di prevenzione o coordinando quelle adottate da altre strutture sanitarie e non. Le risorse economiche che l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige stanziava ogni anno per l'attività nel settore della prevenzione e della promozione della salute sono chiaramente quantificate e ammontano al 5 per cento dei fondi che la Provincia di Bolzano stanziava annualmente per la salute.

In questo contesto è fondamentale migliorare e riorganizzare l'attività dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nei settori della **sicurezza alimentare**, della **nutrizione**, della **sicurezza sul lavoro** e delle **vaccinazioni**.

⁷ Cfr. Piano provinciale della prevenzione (2016).

⁸ <http://www.provincia.bz.it/sanita/prevenzione/2564.asp>

5 L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Ogni cittadino deve poter accedere alla **NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA** nel proprio contesto geografico.

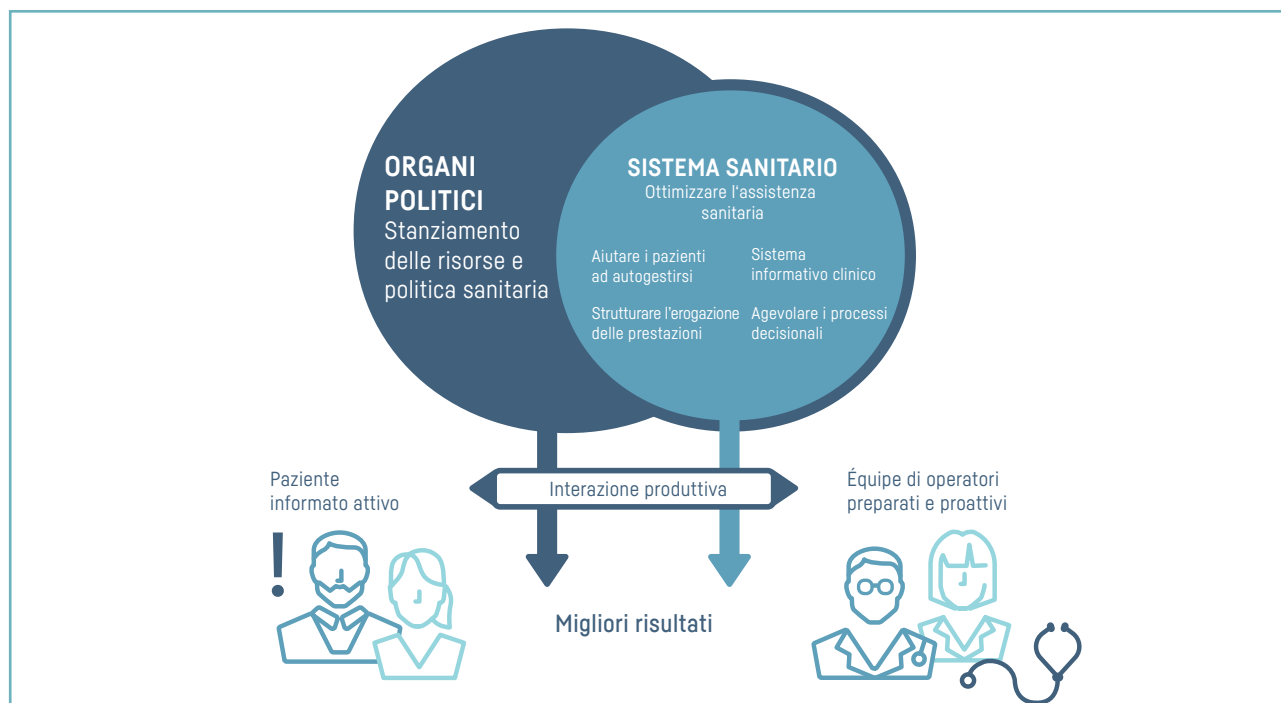
Per fornire alla popolazione un'assistenza efficace e adeguata, direttamente **sul territorio e vicina al luogo di residenza**, diventa essenziale ottimizzare i servizi e coordinare efficacemente i diversi erogatori di servizi. Si riporta quindi di seguito, partendo dalle normative attualmente in vigore e da riferimenti teorici, una panoramica sugli ambiti di sviluppo e gli interventi principali dell'assistenza sanitaria decentrata sul territorio.

Per promuovere e migliorare in modo duraturo la salute della popolazione, l'assistenza sanitaria attuale, improntata alla malattia e alle sue fasi acute, e a una medicina dell'attesa praticata prevalentemente nelle strutture ospedaliere, va integrata con un'assistenza **salutogenetica, propositiva, basata sul fabbisogno dei pazienti** e prestata in strutture distribuite sul territorio, che puntino a promuovere la **partecipazione attiva, l'empowerment** e la **capacità di autogestione** delle persone assistite.

Un modello di riferimento scientificamente fondato e collaudato per realizzare un'assistenza sanitaria efficace sul territorio è il cosiddetto **chronic care model** elaborato da Ed Wagner e collaboratori.

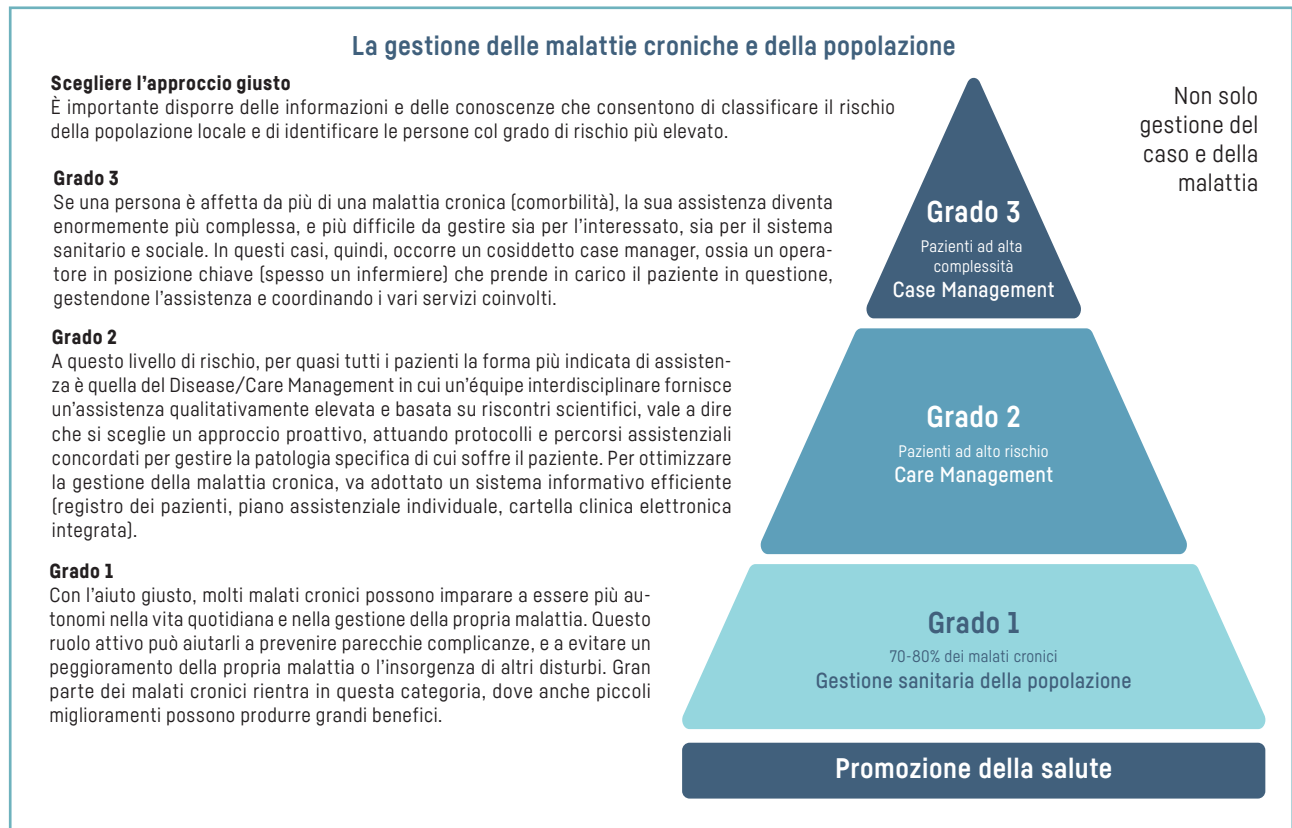
In sostanza, questo modello indica come gestire le condizioni croniche coinvolgendo le risorse disponibili nel sistema sanitario, nell'assistenza sociale e nella società tutta, suggerendo una serie di cambiamenti, basati sull'evidenza scientifica, in grado di migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria grazie all'interazione fra pazienti informati e attivi, ed équipe di operatori qualificati e proattivi.

FIGURA 8: IL CHRONIC CARE MODEL SECONDO ED WAGNER (2006)



Applicando coerentemente questo modello, si possono ridurre i ricoveri e le degenze ospedaliere dei pazienti cronici. **Coordinando** fra loro i **servizi** e le équipes dei vari specialisti che operano nell'assistenza sanitaria sul territorio, si possono inviare più pazienti a beneficiare di servizi e prestazioni al di fuori dei reparti per acuti e delle strutture nosocomiali. Il risultato è una risposta più rapida e adeguata ai bisogni reali dei pazienti, anche quelli di natura sociale, e al tempo stesso un **maggiore gradimento dell'assistenza** ottenuta da parte delle persone assistite e dei loro familiari.

FIGURA 9: LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN BASE ALLA PIRAMIDE DI KAISER PERMANENTE



Un altro fattore da cui partire per decentrare l'assistenza sanitaria sul territorio è la **gestione della popolazione** e la stratificazione del sistema d'assistenza in base a categorie di rischio identificate. ⁹

In concreto, per migliorare l'assistenza sanitaria della popolazione e gestire adeguatamente le malattie croniche occorrono soprattutto i seguenti interventi:

- utilizzare dei sistemi informativi che consentano a tutti gli operatori di accedere ai dati essenziali, per assistere sia la singola persona, sia la popolazione nel suo insieme;
- identificare precocemente i pazienti affetti da malattie croniche;
- stratificare i pazienti in base al loro profilo di rischio sanitario;
- coinvolgere attivamente i pazienti nella propria assistenza sanitaria, promuovendo la loro capacità di gestione autonoma;
- coordinare l'assistenza fra i vari servizi e specialisti (impiegando i cosiddetti case manager);
- lavorare in équipes interdisciplinari;
- integrare l'esperienza degli specialisti nell'assistenza generale;

⁹ Cfr. NHS, Modernisation Agency und Department of Health, 2002.

- coordinare l'assistenza travalicando gli ambiti di competenza delle varie organizzazioni;
- evitare visite e ricoveri inutili nei reparti per acuti.

5.1 IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEGLI ALTRI OPERATORI SANITARI

Nel processo di miglioramento dell'assistenza sanitaria sul territorio – che potremmo definire “primaria” – i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta svolgono un **ruolo decisivo**, poiché uno dei punti chiave è proprio quello di promuovere il **rapporto fra medico e cittadino** per creare un **rapporto di fiducia** e un'assistenza più integrata e completa di tutta la popolazione.

Un rapporto più stretto tra medico e paziente crea un clima di fiducia.

L'accesso alla rete dell'assistenza sanitaria, infatti, passa da un lato attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, e dall'altro attraverso le varie figure sanitarie (infermieristiche, ostetriche, fisioterapeutiche). Pertanto, creare reti efficaci di assistenza e migliorare la collaborazione fra i diversi operatori sociali e sanitari, diventano dei presupposti essenziali per fornire alla popolazione un'assistenza sanitaria adeguata, efficiente ed erogata direttamente nel territorio. La continuità assistenziale in questo caso è importante tanto quanto lo è per l'assistenza specialistica.

5.2 I CAMBIAMENTI E GLI INTERVENTI NECESSARI NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Per promuovere i cambiamenti e gli interventi necessari a migliorare l'assistenza sanitaria sul territorio, occorre far leva sui seguenti elementi chiave, indicati anche nel già citato chronic care model ¹⁰:

- strutturare l'erogazione di servizi e prestazioni tenendo conto del ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari e sociali;
- favorire il processo decisionale clinico
- favorire l'autonomia gestionale dei pazienti
- realizzare dei sistemi informativi clinici.

5.2.1 COME STRUTTURARE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI

Ecco quali sono i principali interventi e cambiamenti suggeriti dal chronic care model:

Diffondere la medicina di gruppo e di rete, prendendo spunto dal contratto collettivo in vigore e dal Patto della salute 2014–2016, e promuovendo le associazioni funzionali di medici di medicina generale o pediatri di libera scelta collegate col sistema informativo dell'Azienda sanitaria. Il coordinamento tra i medici di medicina generale può avvenire in base a due modelli organizzativi: collaborando con i singoli ambulatori, o creando degli ambulatori associati. In ogni caso, l'obiettivo deve essere quello di garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria vicina al luogo di residenza, e una distanza geografica ridotta per usufruire delle prestazioni mediche.

Testare dei centri d'assistenza sanitaria e sociale come evoluzione degli attuali distretti sanitari e sociali, facendone delle strutture specializzate in promozione della salute, prevenzione e assistenza di persone affette da malattie

¹⁰ Cfr. Wagner et al (2006).

croniche, non autosufficienza, multimorbilità o problemi multipli in campo sociale e sanitario, e che necessitano di un'assistenza integrata e interdisciplinare. Nei centri d'assistenza sanitaria e sociale devono operare delle équipes interdisciplinari che possono comprendere medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri (anche pediatrici) e altri operatori qualificati per l'assistenza personale, domiciliare, ostetrica, riabilitativa, nutrizionale, sociale, socio-pedagogica e psicologica, oltre al personale amministrativo. A seconda delle esigenze locali, tali centri possono restare aperti per 8, 12 o 24 ore al giorno. La composizione concreta delle équipes, la dotazione tecnica, le prestazioni erogate e gli orari di apertura dei centri d'assistenza sanitaria e sociale vanno definiti in base alle caratteristiche del territorio servito (numero di abitanti, dati epidemiologici, categorie di rischio e relativi flussi di pazienti). In generale, questi centri si possono distinguere in tre tipologie dimensionali, in funzione del loro bacino di utenza:

- piccolo (per circa 5.000–10.000 abitanti)
- medio (per circa 20.000–25.000 abitanti)
- grande (per circa 40.000–45.000 abitanti)

L'attivazione dei centri d'assistenza sanitaria e sociale è funzionale a realizzare i seguenti obiettivi principali:

- istituire dei luoghi riconoscibili in cui si compie l'accesso, l'erogazione e il coordinamento dei servizi nel settore sanitario e sociale per la popolazione residente, garantendo l'assistenza sanitaria primaria e la continuità dell'assistenza, e realizzando un sistema efficace di gestione dell'assistenza sanitaria;
- realizzare un'unità di valutazione multidisciplinare per garantire l'appropriatezza dell'assistenza e delle cure prestate (con medici di medicina, infermieri e assistenti sociali);
- promuovere la partecipazione attiva dei cittadini e soprattutto delle associazioni locali dei pazienti alla definizione e programmazione delle prestazioni da erogare, alla verifica dell'efficacia degli interventi e dei risultati conseguiti in termini di salute;
- sviluppare dei programmi di prevenzione che coprano tutto l'arco della vita, partendo dai dati epidemiologici sulla popolazione da assistere, dall'identificazione delle categorie di rischio e dalla partecipazione informata dei cittadini;
- svolgere un rilevamento integrato dei bisogni sociali e sanitari in seno alla popolazione di ciascun territorio, per poi pianificare e realizzare interventi preventivi, curativi, riabilitativi, assistenziali, palliativi e sociali estesi all'intero arco della vita;
- realizzare i percorsi assistenziali per le malattie croniche anche tramite un sistema unificato di prenotazione, e sviluppare un rapporto proattivo con la patologia cronica coinvolgendo attivamente l'autonomia e la capacità di autogestione dei pazienti coinvolti, e nominando un case manager ogni qual volta tale figura appare necessaria nella gestione di una patologia cronica;
- promuovere la collaborazione con la rete ospedaliera e le varie strutture sociali che operano nel territorio servito (come le case di riposo o centri di degenza, le strutture per persone disabili o per malati psichici), sia per migliorare l'interazione fra assistenza sanitaria primaria, assistenza specialistica e diagnostica strumentale, sia per definire dei protocolli per l'accesso alle strutture ospedaliere e le dimissioni programmate;
- stipulare accordi con la Centrale provinciale d'emergenza, i servizi d'urgenza e i reparti di pronto soccorso ospedalieri, per migliorare la collaborazione con gli erogatori dell'assistenza sanitaria primaria e i servizi specialistici ambulatoriali.

Evitare doppioni e promuovere nuovi approcci organizzativi, per assistere le persone sul territorio e vicino al loro luogo di residenza.

- Integrare meglio i contatti e i rapporti storicamente consolidati fra le categorie professionali e i vari settori dell'assistenza sanitaria, promuovendo una verifica collegiale delle prestazioni erogate e una valutazione comune dei risultati in termini di salute;
- creare delle opportunità continue di aggiornamento professionale per gli operatori sanitari, soprattutto su tematiche come la centralità della persona o della famiglia, nonché la capacità di lavorare in équipe.

Poiché i centri d'assistenza sanitaria e sociale partono da un approccio nuovo nell'organizzazione e nell'assistenza della popolazione, vanno istituiti evitando meticolosamente doppioni e sovrapposizioni, e tale premessa deve valere anche per i progetti pilota. Dei comitati di coordinamento dei progetti pilota deve far parte anche un rappresentante della comunità comprensoriale interessata. I progetti pilota si possono realizzare anche negli ospedali di base, facendo in modo di coinvolgere, oltre agli operatori sanitari ospedalieri (medici, infermieri ecc.) anche operatori sanitari del territorio e delle strutture dell'assistenza sociale.

Per sviluppare ulteriormente l'assistenza sanitaria territoriale, occorrono soprattutto i seguenti interventi:

Coordinarsi con la medicina d'emergenza: per garantire l'assistenza sanitaria della popolazione, l'Azienda sanitaria deve stabilire, d'intesa con la Ripartizione salute, dei criteri di riferimento per gestire l'interfaccia fra l'assistenza sanitaria primaria (medici di medicina generale nella medicina di rete e di gruppo, e centri d'assistenza sanitaria e sociale) e il settore della medicina d'emergenza, delimitando chiaramente le rispettive competenze, ma garantendo al tempo stesso l'uso condiviso delle cartelle cliniche dei pazienti;

Riordinare la rete dell'assistenza sanitaria d'emergenza e delle centrali per le chiamate d'allertamento per la popolazione, e riorganizzare i punti di smistamento dei servizi d'emergenza tenendo conto dei bacini territoriali serviti, delle condizioni geografiche e della necessità di garantire un'assistenza adeguata a pazienti con patologie complesse per i quali il fattore tempo gioca un ruolo determinante (per es. infarti, ictus, politraumi ecc.), ammodernando i punti di elisoccorso (soprattutto per eventuali voli notturni) anche per trasporti al di là dei confini provinciali (Tirolo, Trentino, Svizzera ecc.), e istituendo nell'Azienda sanitaria un dipartimento per l'emergenza che coordini tutto il sistema dell'assistenza d'emergenza, di cui oltre alle unità di pronto soccorso degli ospedali devono far parte anche la centrale provinciale d'emergenza, i medici d'urgenza e l'elisoccorso;

Realizzare o potenziare le seguenti centrali d'emergenza in attuazione delle direttive nazionali ed europee:

- convertire il numero delle chiamate d'emergenza dal 118 al 112;
- istituire il numero 116117 per l'assistenza sanitaria primaria o il servizio informativo per i cittadini (informazioni su trasporti infermi non urgenti, richieste per l'assistenza domiciliare o palliativa, assistenza di persone affette da malattie croniche, informazioni su servizi specialistici e farmacie di turno, medici e veterinari).

Realizzare unità di care management per agevolare la gestione delle dimissioni dai reparti ospedalieri e la continuità dell'assistenza intra ed extra-moenia. Queste unità devono anche coordinare meglio l'assistenza delle persone affette da malattie complesse, multimorbilità, patologie croniche o non autosufficienza, e garantire il case management come previsto dai protocolli internazionali. Le unità di care management redigono per i pazienti un piano d'assistenza individuale, utilizzando i servizi e le strutture disponibili nel settore socio-sanitario in modo da garantire la migliore assistenza possibile;

Potenziare l'assistenza medicospecialistica nelle strutture periferiche: nello spirito di un decentramento verso i luoghi di residenza degli assistiti, e anche allo scopo di ridurre le liste d'attesa, vanno potenziate le prestazioni erogate da ambulatori medici, distretti e centri d'assistenza sanitaria e sociale nel campo preventivo, diagnostico-terapeutico, riabilitativo, infermieristico e palliativo. Le prestazioni concrete erogate a livello extraospedaliero dai diversi specialisti e la dotazione dei centri d'assistenza sanitaria e sociale vanno definite in base alle caratteristiche del bacino d'utenza servito (popolazione residente, dati sociodemografici ed epidemiologici, categorie a rischio e relativi flussi di pazienti). Le prestazioni in regime ambulatoriale erogate a sul territorio spaziano dall'assistenza medica di base fino alle prestazioni specialistiche che non richiedono attrezzature mediche complesse;

Coordinare meglio l'assistenza infermieristica a domicilio e l'assistenza domiciliare semplice tramite i centri d'assistenza sanitaria e sociale, adottando misure concrete per potenziare la collaborazione fra i servizi, per esempio organizzando corsi d'aggiornamento professionale comuni per diversi servizi e strutture, convocando riunioni interdisciplinari per discutere su casi specifici e costi via;

Potenziare la riabilitazione orientata al domicilio e al modello dell'assistenza condivisa. L'obiettivo della riabilitazione orientata al domicilio è di ottenere, insieme al paziente e alle sue persone di riferimento, il massimo grado possibile di autonomia nelle attività quotidiane e il miglior livello possibile di qualità della vita, adeguando il luogo di residenza abituale alle nuove esigenze. Ciò che più conta, in questi casi, non sono tanto le capacità funzionali del paziente, bensì – nello spirito dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) – le attività, i fattori contestuali (come istruzione e formazione, attività lavorativa, relazioni di aiuto, atteggiamenti, accesso a tecnologie e presidi) e la partecipazione attiva del paziente.

A seconda del problema da affrontare, la riabilitazione orientata al domicilio può essere gestita da un'unica categoria professionale o da un'équipe interdisciplinare, deve partire da una formulazione chiara delle indicazioni, e va integrata come fase di transizione verso la vita quotidiana, puntando a una reintegrazione valutata in termini realistici.

Quest'approccio è indicato se:

- i pazienti hanno gravi limitazioni a livello di attività o presentano fattori di contesto aggravanti;
- manca la possibilità di reintegrare i pazienti tramite un'assistenza secondaria ambulatoriale o con l'aiuto dei familiari;
- è stata eseguita una rivalutazione in caso di dubbi sulla reintegrabilità.

I contenuti specifici della riabilitazione orientata al domicilio sono:

- Nell'assistenza alla persona: far acquisire al paziente il massimo grado possibile di autonomia nell'attività di vita quotidiana, istruire i familiari, attivare i servizi domiciliari e procurare al paziente i presidi e gli strumenti necessari;
- Nella fisioterapia: mettere in condizione il paziente di districarsi in sicurezza nel proprio contesto di vita e di riuscire a muoversi fuori casa. A tale scopo occorre chiarire se è necessario fornire al paziente ausili o presidi, e in questo caso insegnargli a utilizzarli, anche con l'aiuto dei familiari.
- Nell'ergoterapia: far acquisire al paziente quante più capacità operative possibili nella vita quotidiana, verificando se occorrono adeguamenti strutturali dell'alloggio, e sperimentando l'uso di presidi a livello domiciliare col paziente e coi suoi familiari;
- Nella logopedia: aiutare il paziente ad acquisire autonomia comunicativa nel proprio contesto di vita abituale, informando e istruendo anche le sue persone di riferimento.

La riabilitazione orientata al domicilio deve servire a preparare il paziente a vivere a casa propria dopo essere stato dimesso dall'ospedale, in modo che riesca a passare dalla vita ospedaliera a quella quotidiana senza eccessivi problemi. Inoltre, occorre potenziare le proposte di servizi riabilitativi nello spirito del modello dell'assistenza condivisa (ossia prestata da più erogatori). In sostanza, si tratta di un approccio riabilitativo ambulatoriale basato sulla collaborazione fra le strutture specializzate in riabilitazione e i servizi locali già esistenti. Il centro specialistico coordina e segue la riabilitazione sul territorio, dà consulenza all'équipe di assistenza di base (medici di medicina generale, assistenza infermieristica a domicilio, fisioterapisti privati, persone addette all'aiuto domestico), e se necessario propone una riabilitazione in un centro diurno.

Il modello dell'assistenza condivisa consente alle persone disabili di beneficiare di trattamenti riabilitativi vicini al proprio luogo di residenza, in base a obiettivi d'integrazione sociale e professionale definiti d'intesa fra i vari soggetti coinvolti. Le prestazioni sono ripartite fra i servizi locali tenendo conto dei vari fattori contestuali, coordinate in modo da non bloccarsi nel passaggio da un servizio all'altro, e valutate insieme dal punto di vista degli obiettivi. Grazie a quest'approccio strutturato, dopo l'assistenza in fase acuta si garantisce un passaggio senza soluzione di continuità attraverso tutti i livelli della riabilitazione (ospedaliera, diurna, ambulatoriale, domiciliare e, infine, quella fornita dai servizi locali).

Ottimizzare l'assistenza medica degli ospiti delle case di riposo e centri di degenza: tenuto conto del numero crescente degli ospiti delle case di riposo affetti da malattie croniche, multimorbilità e disabilità, e del maggiore fabbisogno di assistenza complessa, bisogna garantire a questa categoria di persone un'assistenza medica generale e specialistica adeguata, adottando tutti gli interventi necessari per evitare il più possibile delle degenze ospedaliere inappropriate che causano a queste persone ulteriori disagi.

Realizzare, potenziare o modificare le reti di assistenza: Lo sviluppo demografico e socio-culturale in atto nella società richiede un adeguamento o potenziamento delle reti di assistenza, soprattutto per fare in modo che quanti più pazienti possibile possano essere assistiti vicino al proprio luogo di residenza, garantendo anche l'assistenza palliativa (per bambini e adulti), servizi come la terapia o la gestione delle sintomatologie dolorose, l'assistenza delle persone con limitazioni cognitive, disabilità o malattie psichiche.

Per promuovere l'istituzione e il rafforzamento di una rete di assistenza sono richiesti degli interventi di sostegno per ampliare le competenze delle varie categorie professionali, per esempio nell'educazione sanitaria delle famiglie, nell'assistenza infermieristica di comunità, nei servizi di soccorso, nell'assistenza prestata prima e dopo il parto alle donne con gravidanza a decorso fisiologico, o nella riabilitazione prestata a domicilio. La realizzazione della rete dell'assistenza richiede un prontuario delle prestazioni, la distribuzione strutturata e capillare di prodotti medici alla popolazione, e una collaborazione strutturata con la rete esistente delle farmacie.

5.2.2 AGEVOLARE I PROCESSI DECISIONALI CLINICI

Per compiere scelte cliniche efficaci, occorrono da un lato conoscenze cliniche fondate e articolate, e dall'altro la capacità di applicare tali conoscenze alla situazione specifica. Per dare una nuova collocazione all'assistenza sanitaria sul territorio, tutte le categorie professionali sono chiamate ad adottare una serie di iniziative mirate.

Rivedere o elaborare **percorsi e protocolli assistenziali basati sull'evidenza** per i problemi di salute più frequenti nella popolazione, è un modo per garantire l'applicazione delle metodologie più aggiornate nell'attività quotidiana. A questo livello occorre adottare un approccio di “medicina lenta” e tener conto delle iniziative volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, come l'iniziativa denominata “scegliere con saggezza”, e facendo in modo che le conoscenze più aggiornate della ricerca trovino applicazione nell'attività medica quotidiana. Un altro intervento importante è attivare l'assistenza infermieristica familiare e di comunità, creando figure specialistiche in questo settore (il cosiddetto **family health nurse**), prendendo spunto da analoghi programmi nazionali e internazionali. Questi cambiamenti auspicati devono diventare un obiettivo condiviso da tutte le categorie sanitarie. In sostanza, va realizzato un piano d'aggiornamento professionale destinato a tutte le figure che operano nei servizi di assistenza diretta (medicina, assistenza infermieristica, riabilitazione, psicologia, prevenzione, amministrazione, assistenza sociale ecc.) e per tutti i dirigenti di questi servizi, per gestire efficacemente la transizione verso un'assistenza sanitaria più orientata ai processi, interdisciplinare, integrata, proattiva, salutogenetica e ispirata alla centralità della persona e della famiglia. Per ottenere tali obiettivi, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige quantifica la dotazione di personale ispirandosi ai criteri adottati nelle migliori pratiche nazionali e internazionali.

5.2.3 PROMUOVERE L'AUTOGESTIONE DEI PAZIENTI

Se si considera che le persone affette da una o più malattie croniche sono in costante aumento, promuovere la loro autonomia e **capacità di autogestione** diventa un compito primario dell'assistenza sanitaria prestata sul territorio. In sostanza, occorre aiutare ciascun paziente a gestire i sintomi, la terapia, ma anche le conseguenze sociali, emotive e fisiche della propria malattia, modificando i propri stili di vita in modo da convivere con la patologia (Barlow et al. 2002).

Promuovere una
qualità della vita
elevata anche per chi
è affetto da una
malattia cronica.

Da qui l'importanza di far tesoro di quanto già realizzato in questo settore dai servizi competenti e dalle associazioni del volontariato, aiutando tanto i malati cronici quanto i loro familiari ad affrontare i seguenti compiti:

- imparare a gestire la malattia (aspetti medici, assunzione dei farmaci, alimentazione, esercizio fisico, comunicazione con gli operatori sanitari);
- svolgere le consuete attività quotidiane (ossia vivere il proprio ruolo nell'ambito professionale, familiare e sociale);
- convivere con gli sbalzi d'umore e i cambiamenti dello stato emotivo (ansia, rabbia, frustrazione, contraccolpi della malattia, affaticamento, senso d'impotenza, stress ecc.).

Per preparare le persone a convivere con una malattia, ci sono programmi di cui è stata dimostrata scientificamente l'efficacia, basati su corsi individuali o di gruppo. Con corsi individuali mirati, proposti nei distretti e nei comuni, ossia vicino al luogo di residenza degli utenti, l'Azienda sanitaria punta a realizzare i due programmi “Chronic Disease Self Management Program” (CDSM – Evviva) e “Diabetes Self Management Program” (DSMP EvvivaD), ideati all'Università di Stanford in California, aggiornati a scadenza di cinque anni tenendo conto delle nuove conoscenze acquisite. L'accesso decentrato e capillare a questi programmi è garantito dai distretti e dai comuni.

6 L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA – INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER CATEGORIE OBIETTIVO

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA beneficia dell'interazione fra i servizi sanitari e sociali del territorio.

I cambiamenti sociali previsti nei prossimi anni e già oggi percepibili, soprattutto quelli prodotti dai mutamenti demografici, rendono indispensabile una maggiore **integrazione** fra il settore sanitario e quello sociale. Volendo garantire la **continuità dell'assistenza**, vanno promosse tutte le iniziative volte a migliorare la collaborazione fra i servizi, soprattutto organizzando corsi di formazione e aggiornamento condivisi, e stabilendo dei regolamenti comuni. Il graduale ampliamento della gamma delle prestazioni fornite dai distretti sanitari e sociali, e una buona collaborazione fra i servizi che vi operano, sono un pilastro imprescindibile per realizzare una buona assistenza sanitaria decentrata sul territorio, e per garantire una qualità elevata dei servizi.

I cambiamenti sociali e demografici richiedono una maggiore continuità delle cure.

Vanno previsti interventi mirati soprattutto per le seguenti categorie obiettivo:

- le persone anziane
- le persone con disabilità, dipendenze o disturbi psichici
- i minori
- le donne e le famiglie
- le persone emarginate

6.1 LE PERSONE ANZIANE

Un presupposto importante per soddisfare il fabbisogno di aiuto in campo sanitario e sociale per le persone anziane è di coordinare bene l'assistenza sociale e sanitaria di questa fascia d'utenza.

Nel periodo di programmazione, quindi, occorre realizzare o potenziare soprattutto i seguenti interventi:

6.1.1 SPORTELLI UNICI PER L'ASSISTENZA E LA CURA

In applicazione della Delibera della GP n. 817 del 7 luglio 2015, a livello di distretti sanitari e sociali è prevista l'apertura di sportelli unici cui rivolgersi per informazioni sull'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e ospedaliera fornita alle persone non autosufficienti o bisognose d'assistenza. Questi servizi sono pensati come sportelli o centri unici di informazione e consulenza per i pazienti stessi, ma anche per i loro familiari, per altre persone di riferimento, e più in generale, nell'ambito dell'attività di prevenzione, per tutte le persone interessate. In questi sportelli unici lavorano e collaborano operatori specializzati dei servizi dell'Azienda sanitaria, dei servizi sociali e delle strutture accreditate per l'assistenza ospedaliera, offrendo ai cittadini, da un unico sportello, un **servizio d'informazione e consulenza completo, interdisciplinare e vicino ai loro luoghi di residenza**.

Nella fattispecie, i servizi territoriali sono chiamati a svolgere le seguenti attività:

- fornire informazioni sulle diverse prestazioni disponibili;
- compiere una prima valutazione dello stato di bisogno della persona da curare;
- definire eventuali interventi immediati necessari e seguirne l'applicazione;
- fornire un aiuto a medio e lungo termine alle diverse figure chiamate a erogare le prestazioni previste;
- coordinare le prestazioni e gli interventi d'assistenza fra i vari servizi coinvolti;
- nominare un responsabile permanente dell'assistenza da fornire alla persona in questione, col compito di farsi carico del caso e seguirlo nel tempo.

6.1.2 MIGLIORARE L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE

L'assistenza delle persone affette da una o più patologie croniche è descritta per esteso nel capitolo dedicato all'assistenza territoriale. Ma poiché le malattie croniche sono spesso legate all'età avanzata, meritano una breve menzione pure in questo capitolo, anche perché la categoria delle persone anziane presenta frequentemente problemi di multimorbilità e di psichiatria geriatrica.

In futuro, per l'assistenza da prestare alle persone con patologie croniche andranno elaborate delle soluzioni innovative, prima di tutto analizzando, ottimizzando e migliorando le attuali procedure di assistenza e puntando a un maggiore coordinamento interdisciplinare e intersettoriale. Non va dimenticato, poi, che nell'erogazione di prestazioni sanitarie destinate a persone affette da malattie croniche un ruolo assai importante è svolto da tutte le associazioni del volontariato e dai gruppi di mutuo ed autoaiuto.

Per far fronte a questi compiti, sempre più pressanti, vanno scelti come strumento di gestione dei **percorsi assistenziali** idonei a favorire il cambiamento. Nella definizione dei percorsi, inoltre, occorre coinvolgere i servizi sociali (primo fra tutti quello di assistenza domiciliare semplice), e organizzare opportuni corsi d'aggiornamento professionale (se possibile con interventi formativi condivisi per operatori dei servizi sanitari e sociali). L'obiettivo primario deve essere una descrizione meticolosa dei processi operativi, una maggiore qualità dell'assistenza e un calcolo più preciso dei costi. Oltre a migliorare i risultati, i percorsi assistenziali hanno anche la funzione di aumentare la soddisfazione dei pazienti, dei familiari e degli operatori coinvolti negli interventi.

Attualmente, i percorsi assistenziali sono già definiti per il diabete di tipo I e II, l'insufficienza cardiaca, la poliartrite cronica e le broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO). In futuro, andranno elaborati i percorsi assistenziali anche per altre categorie di pazienti.

6.1.3 L'ASSISTENZA SANITARIA NELLE CASE DI RIPOSO

Rispetto al contesto nazionale italiano, in Alto Adige le residenze per anziani (o case di riposo) operano in una situazione particolare, poiché sono gestite non dal sistema sanitario, bensì da quello dell'assistenza sociale. In queste strutture l'assistenza medica è svolta quasi sempre da medici di medicina generale che continuano a curare i propri pazienti anche dopo che questi si trasferiscono in una casa di riposo. Gli interventi di prevenzione, assistenza infermieristica e riabilitazione, invece, sono affidati a personale infermieristico o addetti alla riabilitazione che lavorano o alle dipendenze delle strutture in questione, o retribuiti dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. In sostanza, la spesa sostenuta per questi operatori è a carico dall'Azienda sanitaria.

Per assicurare una qualità elevata e omogenea, ma anche la continuità dell'assistenza sanitaria nelle case di riposo, l'assistenza medica di questi pazienti andrebbe affidata a un'**équipe di medici di medicina generale** collegata al sistema di documentazione informatica delle residenze per anziani. Inoltre, parecchi ospiti delle case di riposo richiedono anche un'assistenza medica specialistica, e per questo occorre garantire il coordinamento fra l'assistenza sanitaria del territorio e le residenze per anziani, definendo dei percorsi assistenziali a stretto contatto coi medici di medicina generale.

6.1.4 MIGLIORARE L'ASSISTENZA SANITARIA DELLE PERSONE ANZIANE A DOMICILIO, O IN FORME RESIDENZIALI E ASSISTENZIALI NUOVE

Se una persona anziana che necessita di un certo grado d'assistenza continua a risiedere al proprio domicilio abituale, oltre alle ricadute positive sui legami familiari e al benessere psichico che ne trae, produce effetti positivi anche sulla spesa sociale e sanitaria, poiché in questo modo fa sì che la sua assistenza comporti costi inferiori al ricovero in una residenza per anziani. Ecco perché vanno promosse tutte le forme residenziali che comportano la **massima autonomia possibile** per le persone anziane all'interno del proprio **contesto domiciliare abituale**. L'importante è prevedere degli accordi vincolanti fra i tre servizi d'assistenza principali, ossia la medicina generale, l'assistenza domiciliare infermieristica e l'assistenza domiciliare semplice. Nella programmazione delle prestazioni assistenziali di base va tenuto conto anche delle proposte innovative, per esempio l'ergoterapia a domicilio.

Lo stesso genere d'assistenza sanitaria va adottato, in linea di principio, anche per le forme residenziali integrate in una casa di riposo, ma per migliorare la continuità assistenziale, in questo caso sono possibili anche accordi diversi fra assistenza infermieristica domiciliare e residenza per anziani.

6.1.5 ISTITUIRE POSTI LETTO PER RICOVERI TEMPORANEI DI TRANSITO

Capita sovente che il prolungamento di un ricovero ospedaliero non sia dovuto a reali necessità cliniche, ma a motivi organizzativi. Pertanto, istituire dei posti letto di transito o per ricoveri temporanei in tutti i comprensori sanitari è una misura urgente, necessaria ed efficace per due ordini di motivi: da un lato si ottimizzano le degenze nei reparti per malati acuti (con ricadute positive sulla spesa sanitaria), e dall'altro si guadagna tempo utile per organizzare e garantire l'assistenza post-ricovero alle persone non autosufficienti, facendo in modo che questa sia prestata il più possibile vicino ai luoghi di residenza dei pazienti. L'istituzione di posti letto di transito segue il principio di una distribuzione equilibrata fra tutti i comprensori sanitari.

6.2 LE PERSONE CON DISABILITÀ, DIPENDENZE O DISTURBI PSICHICI

L'assistenza sanitaria delle persone disabili è disciplinata dal capitolo VII della LP 14 luglio 2015, n. 7 "Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità".

Una categoria di pazienti assai importante è costituita da bambini e adolescenti affetti da disabilità, poiché ogni forma di stimolazione precoce ha degli effetti positivi sulla salute. In base a questa LP, il presente PSP prevede l'attuazione delle seguenti misure:

**La stimolazione
precoce favorisce
tutto lo sviluppo
della persona.**

6.2.1 PROMUOVERE LA COLLABORAZIONE FRA IL SERVIZIO SANITARIO, IL SERVIZIO SOCIALE, LA FORMAZIONE PROFESSIONALE E IL REINSERIMENTO AL LAVORO

L'accertamento dell'abilità al lavoro o dell'invalidità è un presupposto decisivo per assistere le persone disabili, poiché costituisce la base per accedere a buona parte delle prestazioni nei settori della formazione, della sanità e dell'assistenza sociale. Le competenze e le prestazioni che disciplinano la collaborazione fra i servizi formativi, sociali e di integrazione al lavoro vanno stabilite con trasparenza e in termini vincolanti, approvando un'apposita delibera della GP.

6.2.2 L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE PER L'ASSISTENZA DI PERSONE CON DISABILITÀ E/O DISTURBI PSICHICI ADEGUATO AL FABBISOGNO

Garantire dei livelli d'assistenza adeguati alle persone disabili e a quelle affette da disturbi psichici è un presupposto importante per assicurare a queste categorie l'assistenza di cui necessitano. Oltre a soddisfare i criteri sociali, è importante che le strutture incaricate di fornire questo genere di assistenza, per poter essere accreditate garantiscano anche dei livelli di **qualità nell'assistenza sanitaria**. Oltre alla responsabilità diretta nell'attuazione dei criteri d'accreditamento già in vigore nel settore sanitario, è opportuno coinvolgere maggiormente il Servizio sanitario (Ripartizione salute e Azienda sanitaria) anche nella valutazione ed eventuale ridefinizione dei criteri di accreditamento per le strutture autorizzate a fornire tali servizi.

6.2.3 DEFINIRE DEI CRITERI PER L'ASSISTENZA MEDICA SPECIALISTICA E PSICOLOGICA NELLE STRUTTURE CHE EROGANO SERVIZI SOCIALI

Per le persone assistite dai servizi sociali nei centri diurni o in altre strutture, vanno stabiliti dei **criteri vincolanti** per l'assistenza medica specialistica e psicologica, in modo da garantire un'assistenza sanitaria adeguata e omogenea di tutta la popolazione della provincia.

6.3 I MINORI

6.3.1 ELABORARE UN PIANO STRATEGICO PER RIDEFINIRE E AMPLIARE I SERVIZI OFFERTI DALLA RETE PROVINCIALE DI PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

La Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva fu istituita con la Delibera della GP n. 2085 del 18 giugno 2007, e successivamente ampliata con la Delibera della GP n. 1710 del 19 novembre 2012, che ne stabilì nel dettaglio le funzioni. Sostanzialmente, la Rete ha il compito di assicurare prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e follow up di malati psichici in età infantile e adolescenziale, garantendo una presenza capillare e integrata di strutture ambulatoriali, semiresidenziali e ospedaliere per l'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica dell'età evolutiva. Alla luce delle esperienze e degli sviluppi riscontrati negli anni passati, si è visto che occorre una valutazione critica e una revisione del sistema attuale e della disponibilità di posti letto in strutture ospedaliere e semiresidenziali per l'assistenza socio-sanitaria dei minori. Per **ridefinire e ampliare la disponibilità di servizi** di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, va redatto un piano strategico stabilendo una procedura valida in tutto il territorio provinciale per la collaborazione fra i servizi.

Creare una rete di servizi per le persone più vulnerabili.

6.3.2 L'ABUSO E LA VIOLENZA SESSUALE SUI MINORI

In caso di sospetto abuso su un minore, va avviata una procedura integrata, adottando misure concrete per prendere in carico il caso in questione, tutelando adeguatamente la salute psicofisica del minore. **Direttive chiare** devono agevo-

lare la segnalazione e la presa in carico nei casi sospetti, e va creato un **sistema d'informazione e rilevamento dei dati** che faciliti un approccio integrato e strutturato. Una **rete di servizi di aiuto** deve fornire risposte tempestive e interventi mirati, valorizzando le singole risorse e le varie professionalità. In alcuni distretti sociali e sanitari sono già state attivate delle équipes di specialisti, o sono stati redatti dei protocolli d'intesa che stabiliscono come gestire la collaborazione.

6.4 LE DONNE E LE FAMIGLIE

6.4.1 LA GRAVIDANZA, IL PARTO E L'ASSISTENZA POST-PARTO

Dal punto di vista sociale e sanitario, ma anche in una prospettiva strategica, è essenziale garantire e migliorare costantemente a tutti i livelli un'assistenza completa, sicura, qualitativamente elevata e diffusa capillarmente su tutto il territorio in favore delle donne in gestazione, dei neonati e dei loro genitori o delle persone di riferimento.

Pertanto, tutte le istituzioni, le strutture erogatrici e le categorie professionali sociali e sanitarie devono farsi carico della funzione pubblica di **assistere madri e neonati – in tutta la provincia e con modalità omogenee – prima, durante e dopo il parto**, nel rispetto delle norme in vigore. Tutto ciò deve avvenire collaborando strettamente con gli organismi medici che operano in questo settore, in particolare col **Comitato tecnico provinciale per l'assistenza perinatale**, e se necessario anche col Comitato per la gravidanza e il parto a livello provinciale e nazionale, e altri organismi nazionali o internazionali. In questo settore si considerano d'importanza strategica i seguenti interventi:

- definire per tutta la provincia un modello unificato di assistenza per la gestazione e il parto, stabilendo dei percorsi assistenziali senza soluzione di continuità;
- elaborare un modello organizzativo idoneo che assicuri un'assistenza a vari livelli e coordinata fra enti erogatori pubblici e privati;
- attuare una stratificazione del rischio per coordinare in modo ottimale gli ambiti funzionali delle diverse categorie professionali, garantendo al tempo stesso la collaborazione interdisciplinare;
- informare e sensibilizzare in modo mirato la popolazione, per renderla più consapevole dei livelli essenziali d'assistenza che il Sistema sanitario dell'Alto Adige garantisce a tutte le persone che hanno diritto all'assistenza.

Garantire un'assistenza ottimale prima, durante e dopo il parto, in tutto il territorio provinciale. Identificare precocemente i rischi per avviare interventi tempestivi.

In generale, deve valere il principio che individuare precocemente eventuali situazioni o fattori di rischio nelle famiglie è d'importanza cruciale per lo sviluppo del fanciullo nei suoi primi anni di vita. Solo a queste condizioni, infatti, si possono individuare e attuare interventi di prevenzione e diagnosi precoce già prima del parto.

6.4.2 LA VIOLENZA SULLE DONNE

Occorre migliorare costantemente la tutela delle persone che subiscono violenze domestiche, e le possibilità di intervenire in loro favore coordinando l'attività degli ospedali, dei medici sul territorio, delle associazioni di tutela delle vittime e dei consultori. I **corsi d'aggiornamento** specifici dedicati alla violenza sulle donne, soprattutto per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di pronto soccorso e volontari, acquisiscono la consapevolezza del fenomeno e addestra-

Sensibilizzare, riconoscere in tempo le situazioni problematiche, aiutare e tutelare.

no gli operatori ad avviare procedure concrete in caso di sospetto. Già oggi esistono forme di collaborazione fra gli ospedali del territorio e le strutture di accoglienza e protezione delle donne vittime della violenza.

6.4.3 LA PRESA IN CARICO E L'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

Le molte e diverse figure istituzionali e professionali che operano con compiti e responsabilità diverse nell'ambito delle iniziative per l'età evolutiva, devono garantire una presa in carico e un'assistenza integrata degli utenti.

Occorre una maggiore integrazione e collaborazione fra competenze e funzioni diverse, per consentire un approccio mirato e integrale che risponda in pieno alle esigenze dei minori e delle loro famiglie, prestando attenzione anche alla necessità di valutare correttamente le capacità e le competenze genitoriali della famiglia.

6.5 LE PERSONE EMARGINATE

Va garantita l'assistenza sanitaria delle persone senzatetto, migranti in transito o richiedenti asilo nelle strutture d'accoglienza, adottando approcci integrali che assicurino un'assistenza adeguata di queste persone e delle risposte concrete ai loro bisogni, disponendone la presa in carico da parte delle strutture assistenziali già esistenti (anche dal punto di vista del rimborso dei costi). Una sfida particolare è costituita dall'assistenza psicologica e medico-psichiatrica di questa categoria di persone, poiché si tratta di uomini e donne traumatizzate che necessitano un forme di aiuto adeguate.

7 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

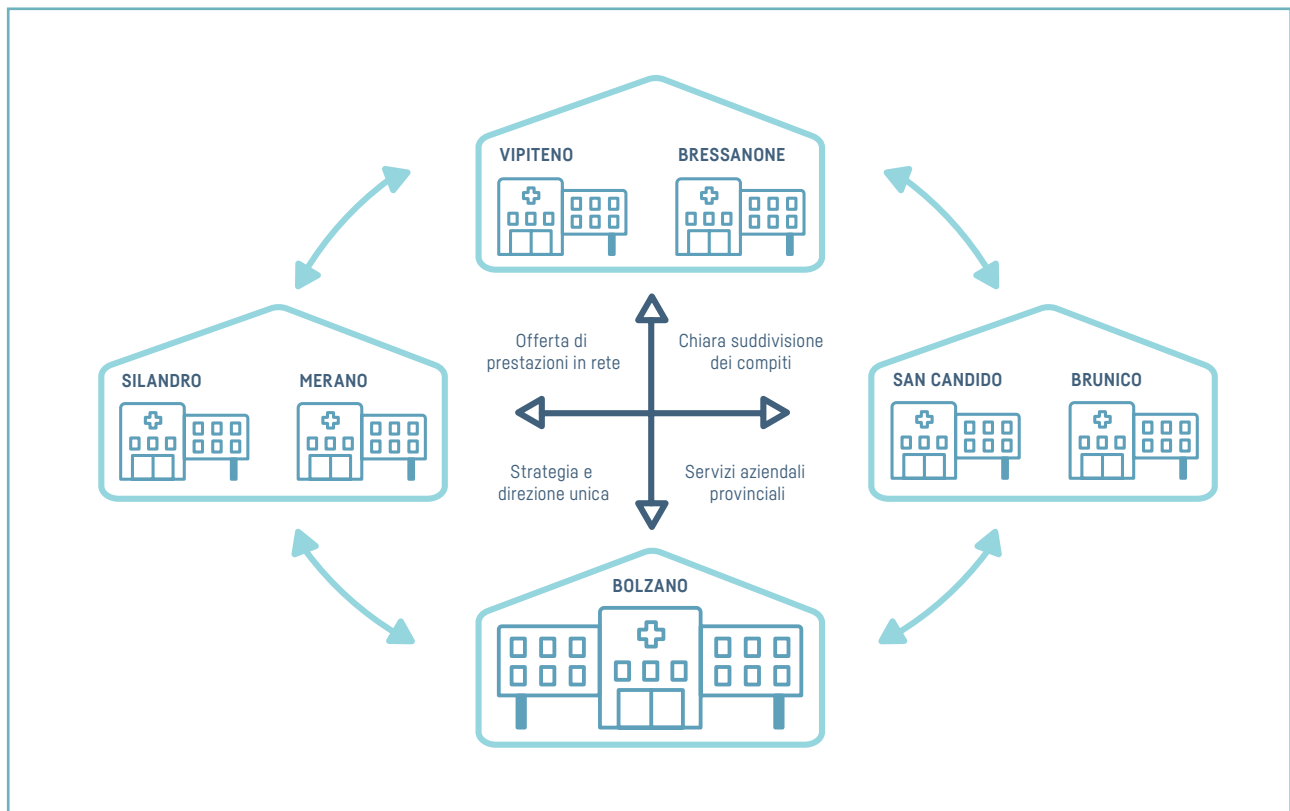
LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA garantisce le prestazioni sanitarie in una rete ospedaliera provinciale coordinata e interconnessa.

Questo capitolo descrive il piano dei servizi da erogare in regime di ricovero ospedaliero, che comprende l'assistenza dei pazienti in fase acuta, subacuta e postacuta. Considerata la contiguità fra l'assistenza postacuta e il ritorno del paziente nel proprio contesto familiare, vengono trattati nel presente capitolo anche i posti letto per ricoveri temporanei o transitori.

7.1 LA RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE E I PROFILI DELLE PRESTAZIONI

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

FIGURA 10: LA RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE



Il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni funziona in base a **un modello d'assistenza sanitaria a più livelli**, che distingue fra assistenza di primo livello, assistenza specializzata e assistenza con trattamenti ad alta complessità. Nell'assistenza di primo livello rientrano le prestazioni che ogni sede ospedaliera deve fornire alla popolazione come livello minimo di assistenza sanitaria. Oltre all'assistenza di primo livello, per ciascuna sede ospedaliera si possono stabilire degli ambiti di specializzazione o di riferimento. Infine, gli interventi 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.¹¹

Gli ospedali ubicati nei comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico sono organizzati in base al principio **“un ospedale - due sedi”**, e in questa forma coprono l'assistenza dei malati acuti nella popolazione dei rispettivi territori. Sul piano organizzativo, per le varie divisioni specialistiche sono possibili due varianti:

- una struttura complessa comune a entrambe le sedi, più una struttura semplice in una sola delle due sedi;
- una struttura complessa comune a entrambe le sedi;

In casi eccezionali e in base a necessità mediche ed epidemiologiche possono essere mantenute anche due strutture complesse.

Quest'organizzazione con due sedi ospedaliere deve rispettare al proprio interno i seguenti **requisiti**:

- livelli qualitativi unificati
- coordinamento (qualitativo e quantitativo)
- rotazione del personale fra i reparti delle due sedi
- compensazione del potenziale operativo fra le due sedi (per esempio per la chirurgia)
- gestione unificata con responsabili in entrambe le sedi.

In questo modo si ottimizza l'erogazione delle prestazioni sanitarie in base al reale fabbisogno, accorpando le risorse, riducendo le strutture ridondanti, e potenziando le sedi ospedaliere a livello comprensoriale e intercomprensoriale, grazie alla creazione di centri di competenza medici decentrati.

7.1.1 LE PRESTAZIONI DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI PRIMO LIVELLO PER DISCIPLINA MEDICA

Per erogare le prestazioni assistenziali di primo livello¹², le sedi ospedaliere vanno attrezzate con la dotazione necessaria all'**assistenza in regime di ricovero** (per esempio chirurgia generale o medicina internistica) nel rispetto della normativa in vigore e in base al fabbisogno. Le prestazioni elencate nella tabella seguente sono previste per le discipline di medicina internistica, chirurgia e ortopedia/traumatologia sotto forma di assistenza in regime di ricovero, assistenza diurna o assistenza ambulatoriale.

L'elencazione qui riportata delle prestazioni previste non vuole essere esaustiva, né potrebbe esserlo in quanto tale, semmai si tratta di indicazioni generali da considerare nella definizione delle prestazioni sanitarie da erogare. Adottando il principio di “un ospedale - due sedi”, si stabilisce che le prestazioni che rientrano nell'assistenza di primo livello della popolazione residente, vanno prestate in ogni caso in tutte le sedi ospedaliere.

Dalla professionalità dei vari operatori delle due sedi del medesimo comprensorio, quindi, dipenderà in quale sede si potranno erogare prestazioni integrative, tenendo conto delle competenze già presenti nella sede in questione e rafforzandole.

¹¹ Oltre a questi, a seconda della collocazione territoriale un ruolo importante nell'assistenza sanitaria è svolto anche dalle strutture private convenzionate.

¹² Vedi la Delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016

MEDICINA INTERNISTICA		CHIRURGIA GENERALE*		ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	
Diagnosi	Tecnologia	Diagnosi	Tecnologia	Diagnosi	Tecnologia
Insufficienza cardiaca	Ecografia ECG Ergometria	Chirurgia addominale (p.es. intestino, appendice, colecisti o milza)	Ecografia Radiologia TAC Endoscopia	Lesioni riscontrate al pronto soccorso fino a un certo livello di gravità	Radiologia TAC Ecografia
Patologie polmonari e respiratorie	TAC-RX torace Spirometria Broncoscopia	Ernie, emorroidi, varici, ecc.		Endoprotesi	
Patologie intestinali e degli organi pelvici	Ecografia Gastroscopia Endoscopia TAC-RX				
Malattie endocrine, Diabete tipo I e II, Diabete gravidico, Tireopatie					
Oncologia: Diagnostica, Chemioterapia e cure palliative nel territorio					
Malattie infettive					

Tabella 1: Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica

* Nel rispetto della Delibera della GP n. 131 del 28 gennaio 2013

Inoltre, nelle sedi ospedaliere in cui si erogano prestazioni assistenziali di primo livello, va prevista un'adeguata **assistenza pediatrica e ginecologica**. Data la collocazione geografica, alla sede ospedaliera di Silandro si erogano anche prestazioni di ostetricia (parti) nel rispetto delle norme vigenti in materia.

Per le **prestazioni in regime ambulatoriale**, va garantito che nelle sedi ospedaliere di base sia assicurata un'assistenza adeguata al fabbisogno in tutte le discipline specialistiche necessarie alla popolazione residente.

7.1.2 MEDICINA D'EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

In considerazione del coordinamento della medicina d'emergenza, da svolgere a livello di Azienda sanitaria tramite l'istituendo dipartimento centralizzato omonimo, va messa in atto una **medicina d'emergenza a cascata**, d'intesa con l'ospedale aziendale interessato, in base ai parametri indicati di seguito, tenendo conto della disponibilità di medici d'emergenza, e garantendo un'assistenza continua - ossia **24 ore su 24 per 7 giorni settimanali** - nei territori serviti da tutti gli ospedali. Il

pronto soccorso di tutti gli ospedali è a disposizione dei pazienti del territorio per il trattamento di patologie acute nella misura in cui la gravità della lesione e la disponibilità del personale medico e infermieristico in termini di qualità e

La filiera
dell'emergenza è una
sicurezza per tutti.

quantità consentono di assistere bene il paziente in questione. Per patologie come l'infarto miocardico, l'ictus cerebrale, i politraumi, le intossicazioni e le gravidanze a rischio, si applicano i percorsi assistenziali stabiliti a livello d'Azienda sanitaria. La dotazione medico-strumentale e le necessarie prestazioni radiologiche e laboratoristiche sono disponibili nelle sedi degli ospedali di base, e sono erogate con la collaborazione dell'ospedale aziendale competente.

7.1.3 LA DOTAZIONE DI PERSONALE

Per garantire nella sua interezza (in senso quantitativo e qualitativo) la gamma di prestazioni prevista per l'assistenza sanitaria di primo livello, va potenziata la dotazione del personale medico e infermieristico. L'azienda sanitaria dell'Alto Adige ha il compito – in base a chiare linee d'indirizzo stabilite dalla Giunta provinciale – di provvedere a tale **adeguamento dell'organico**. Fino al conseguimento completo della dotazione di personale necessaria, va intensificato ulteriormente il coordinamento con gli ospedali aziendali in merito alle prestazioni da erogare e agli orari d'apertura.

Qualora, nonostante quest'intervento, si creassero carenze di personale, si deve procedere in base a un **piano d'emergenza** sul modello degli ospedali con doppia sede, che in base ai principi della qualità e della sicurezza definisce l'entità e le modalità d'erogazione delle prestazioni. Tali piani d'emergenza vanno concordati a livello di Azienda sanitaria.

Adottando una **rotazione** obbligatoria e garantita **delle risorse**, si può ampliare il ventaglio specialistico, rendendo le sedi ospedaliere più appetibili per il personale medico, e garantendo al tempo stesso un'elevata professionalità specialistica in entrambe le sedi. In questo modo, inoltre, si possono superare le difficoltà temporanee dovute a posti vacanti nei servizi.

7.1.4 GLI AMBITI DI SPECIALIZZAZIONE AGGIUNTIVI ALL'ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO

Oltre alle prestazioni che rientrano nell'assistenza ospedaliera di primo livello, per ogni sede ospedaliera si possono stabilire degli **ambiti di specializzazione**. In base a tale principio, alla sede ospedaliera di San Candido si eroga assistenza specializzata nel campo della salute della donna, alla sede ospedaliera di Vipiteno nel campo della neuroriabilitazione¹³, e alla sede ospedaliera di Silandro nel campo della colangio-pancreatografia endoscopica retrograda e della chirurgia della mano¹⁴.

7.1.5 L'APPLICAZIONE DEI PROFILI DELLE PRESTAZIONI

Per l'applicazione dei cosiddetti "profili delle prestazioni" nell'ambito dell'assistenza sanitaria di primo livello e di altre prestazioni specializzate, l'Azienda sanitaria preciserà i profili delle prestazioni per le varie sedi ospedaliere e per i servizi del territorio. Nell'attuazione dei profili delle prestazioni e nella definizione delle relative modalità d'erogazione, in applicazione del modello a più livelli stabilito dalla delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015, vanno coinvolti gli ospedali aziendali e l'ospedale centrale di Bolzano nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, come pure la rete dei servizi del territorio. I profili vanno concordati con la Ripartizione salute e poi sottoposti periodicamente a una valutazione congiunta. I profili delle prestazioni approvati con delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016 sono parte integrante del presente PSP (vedi allegato).

¹³ Nel rispetto delle norme legislative in vigore per la gestione di questa sede con l'offerta attuale di prestazioni sanitarie.

¹⁴ Nel rispetto dei vincoli legislativi e dei criteri di qualità.

7.2 LA METODOLOGIA DI PIANIFICAZIONE E I DATI DI RIFERIMENTO

L'**orizzonte temporale** del presente Piano sanitario provinciale è il **2020**. Per tener conto dello sviluppo demografico, si è partiti dalle previsioni statistiche pubblicate dall'ASTAT nel 2014, che indicano il numero di abitanti previsti nel 2020 per tutto l'Alto Adige e per i vari comprensori sanitari. I dati sui posti letto e sul ricorso alle prestazioni sanitarie provengono invece dall'Osservatorio epidemiologico, e sono riferiti anch'essi al 2014.

Il processo di pianificazione si articola in tre fasi:

- I. applicazione dei coefficienti di calcolo dei posti letto in base ai criteri in vigore;
- II. analisi della popolazione residente;
- III. localizzazione dei posti letto.

I. Applicazione dei coefficienti di calcolo dei posti letto in base ai criteri in vigore

Applicando alle previsioni demografiche per il 2020 i coefficienti per il calcolo dei posti letto previsti dai criteri nazionali – che tengono conto anche del progresso della scienza medica e degli interventi microinvasivi - si è quantificato il numero totale dei posti letto per acuti necessario in Alto Adige entro il 2020.¹⁵

Sviluppo demografico, flussi di pazienti e occupazione dei posti letto sono i criteri per quantificare i posti letto necessari.

II. Analisi della popolazione residente

In questa fase della programmazione è stato analizzato il ricorso della popolazione residente alle prestazioni sanitarie. L'obiettivo di questa fase è di verificare i coefficienti di calcolo dei posti letto dal punto di vista della loro realizzabilità e della loro idoneità. In questo caso si è utilizzato come coefficiente l'indice di degenza (numero delle giornate di degenza per 1.000 abitanti), suddividendo il valore tra i quattro comprensori sanitari in base ai seguenti **macroambiti**:

- chirurgia
- ginecologia-ostetricia-pediatria
- terapia intensiva e subintensiva
- medicina
- psichiatria

L'attribuzione delle varie discipline ai macroambiti è riportata nella tabella A.4. Per ciascun macroambito e per ogni comprensorio sanitario si è poi proceduto nel modo seguente:

1. Identificazione del potenziale di posti letto in base alle differenze nel ricorso alle prestazioni sanitarie

Utilizzando dei valori di riferimento, si sono identificati i potenziali di riduzione dei posti letto. La differenza fra il valore di riferimento e l'indice di degenza di un comprensorio sanitario indica il potenziale a livello di popolazione residente. A sua volta, questo valore è stato convertito utilizzando l'indice di degenza teorico previsto, definito in base a ciascun macroambito.¹⁶ Il coefficiente derivato da questo calcolo è stato bilanciato col coefficiente di calcolo dei posti letto previsto dai criteri nazionali.

¹⁵ Per la programmazione dei posti letto per post-acuti si rimanda al capitolo 7.5

¹⁶ I valori del tasso di degenza teorico previsto sono riportati nella tabella A.3

2. Ponderazione in base ai cambiamenti demografici

Oltre ai calcoli descritti nella fase 1, si è tenuto conto degli effetti dell'andamento demografico, su ciascun macroambito e ciascun comprensorio sanitario.

3. Ponderazione in base ai flussi di pazienti

I flussi di pazienti non sono stati modificati nel Piano, ma se ne è tenuto conto come fattore di ponderazione. Qualora i flussi di pazienti cambiassero in misura rilevante durante l'attuazione del Piano, si dovrà procedere a un adeguamento dei parametri di pianificazione. Il monitoraggio dei flussi di pazienti è svolto da chi si occupa della gestione attuativa. Inoltre, per la programmazione si è considerata non soltanto la popolazione residente di un comprensorio sanitario, ma anche il saldo dei pazienti non residenti.

4. Correzione del calcolo di occupazione dei posti letto

Nell'ultima fase della pianificazione si è provveduto a correggere il tasso d'occupazione reale dei posti letto, utilizzando il tasso teorico.

III. La localizzazione dei posti letto

Per la localizzazione dei posti letto si è tenuto conto dei risultati ottenuti con le prime due fasi della programmazione a livello di macroambito e sede ospedaliera. Le cifre emerse sono state valutate in base alla loro plausibilità e fattibilità. Ecco, di seguito, i **criteri di valutazione** considerati in questo processo:

- la fattibilità dell'intervento, soprattutto dal punto di vista della necessità di potenziare l'assistenza decentrata sul territorio;
- il tasso d'occupazione attuale dei posti letto nei rispettivi reparti specialistici;
- le dimensioni del reparto in questione;
- l'equilibrio territoriale fra i diversi comprensori sanitari nella gestione dell'assistenza ospedaliera;
- il grado di concentrazione, nel senso che non si prevedono riduzioni dei posti letto nei reparti ospedalieri maggiori se ciò è giustificato dalla definizione di priorità, se appare necessario per garantire la qualità dell'assistenza, o è inevitabile per rispettare i criteri nazionali o internazionali.

7.3 IL TOTALE DEI POSTI LETTO PER L'ASSISTENZA IN REGIME DI RICOVERO

Partendo dalla metodologia di pianificazione sopra descritta, si può calcolare il totale dei posti letto per acuti, postacuti e ricoveri transitori previsto per l'anno 2020 in provincia di Bolzano. Sono compresi sia i posti letto delle strutture pubbliche, sia quelli delle strutture private convenzionate. I valori concreti sono riportati nella tabella 2, dove la prima colonna riporta la categoria dei posti letto. Benché i posti letto per ricoveri temporanei di transito non rientrino esclusivamente nell'ambito dell'assistenza sanitaria, sono comunque considerati dei posti letto per l'assistenza in regime di ricovero, e sono quindi un fattore rilevante in una panoramica generale. Tuttavia, visto che i posti letto per ricoveri transitori non fanno parte del contingente di posti letto che in base ai criteri nazionali non deve superare il **coefficiente di 3,7 unità per 1.000 abitanti**, questa categoria di posti letto è riportata separatamente nella seconda parte della tabella. La seconda colonna riporta i coefficienti di calcolo dei posti letto, definita come numero di posti letto per ogni 1.000 abitanti. Il totale di posti letto che ne deriva è riportato nella terza colonna della tabella.

CATEGORIA DEI POSTI LETTO	COEFFICIENTE 2020	POSTI LETTO NEL 2020
Per acuti	2,9	1.568
Per postacuti	0,7	376
Totale posti letto I	3,6	1.944
Posti letto per ricoveri temporanei di transito	massimo 0,2	massimo 100
Totale posti letto II	3,8	2.044

Tabella 2: Totale dei posti letto per l'assistenza sanitaria in regime di ricovero

Per l'anno 2020, si prevede la disponibilità di 1.568 **posti letto per acuti**, che corrisponde a un coefficiente di 2,9 posti letto per 1.000 abitanti. Per l'**assistenza postacuta** il numero di posti letto ammonta a 376 unità, pari a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti. In totale, ne deriva un coefficiente di posti letto pari a 3,6 per mille, in linea con i valori previsti dai criteri nazionali. Questo indice dei posti letto sale a 3,8 se si sommano anche quelli per i ricoveri temporanei.

Si è inoltre stabilita una **fascia di variabilità** pari al +/- 5 percento sia per i posti letto per acuti, sia per quelli per postacuti, in modo che l'Azienda sanitaria abbia dei margini di elasticità sufficienti per dimensionare le strutture. Ipotizzando che tale fascia di variabilità sia sfruttata completamente, ne deriverebbe un indice di posti letto per acuti pari a 2,8 o 3,0 unità per 1.000 abitanti, che aggiungendo i posti letto per postacuti salirebbe a un totale (nella tabella: "totale posti letto II") di 3,7 o 3,9 per mille.¹⁷



Il numero dei **posti letto per ricoveri temporanei di transito** è di un massimo di 100 unità, pari a un tasso dello 0,2 per mille abitanti, ma si tratta di posti letto da attribuire all'ambito dell'assistenza sociale, sicché vanno inseriti nel calcolo del fabbisogno assistenziale.

L'Azienda sanitaria ha poi la possibilità di prevedere delle categorie di posti letto per le quali l'intensità di cura può essere minore (p.es. senza necessità di presenza medica 24 ore su 24). In questo genere di posti letto rientrano quelli per le cosiddette cure intermedie, o per la categoria ex art. 26 (si veda per es. la riabilitazione cardiologica che ad oggi conta 36 posti letto). L'Azienda sanitaria creerà dunque **posti letto intermedi** all'interno del totale di 2.044 unità indicato nella tabella 2, in funzione del fabbisogno e in base al principio dell'appropriatezza, e adoperandosi per garantire una distribuzione equilibrata di questi posti letto fra i diversi comprensori sanitari.

Le varie categorie di posti letto vanno dunque intese nel loro insieme, e consentono all'Azienda sanitaria di disporre di un certo margine di elasticità, tenendo conto anche dei criteri della convenienza economica.

¹⁷ Calcolo: $1.568 \times 1,05 / 540.596 \times 1.000 = 3,0$.

In questa sede si fa presente che il totale dei posti letto pianificato e riportato nella tabella sopra NON comprende le seguenti categorie di posti letto:

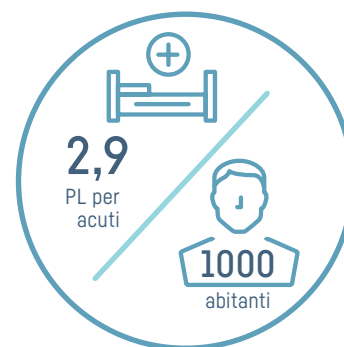
- posti letto per l'osservazione breve intensiva (OBI) - la cui quantità non viene rilevata, in quanto si tratta di posti letto usati secondo necessità
- posti letto per assistenza palliativa o in regime di hospice ¹⁸ - attualmente 23 posti letto
- posti letto nel centro terapeutico di Bad Bachgart - ad oggi 65 posti letto
- posti letto nella struttura intermedia ospedale-territorio di Sarentino - ad oggi 7 posti letto

Inoltre, i cosiddetti “letti nido” nei reparti di ostetricia non sono considerati posti letto in senso stretto, e non rientrano dunque nel totale pianificato dei posti letto.

7.4 IL PIANO PER L'ASSISTENZA DEI MALATI ACUTI

Come indicato nel paragrafo precedente, entro il 2020 si prevede di arrivare a un totale di **1.568 posti letto per acuti**, che si articolano nelle seguenti **categorie**:

- Posti letto per ricoveri ordinari
- Posti letto per l'assistenza in regime diurno
- Posti letto per assistenza intensiva
- Posti letto per assistenza subintensiva
- Posti letto per cure intermedie ¹⁹



La ripartizione del totale dei posti letto fra le varie categorie elencate sopra spetta all'Azienda sanitaria. Il Piano sanitario provinciale concede dunque un **margine d'elasticità** sufficiente per articolare nel modo più idoneo la filiera dell'assistenza e per soddisfare il fabbisogno clinico. A proposito della filiera dell'assistenza, si ricorda l'importanza delle unità d'osservazione intensiva, i cui criteri di pianificazione sono indicati nella delibera della GP n. 1396 dell'1 dicembre 2015. La tabella A.1 riporta il numero dei posti letto per acuti suddiviso per macroambito e comprensorio, come pure il totale dei posti letto per sede ospedaliera. Per quest'ultimo valore il Piano prevede una tolleranza di fluttuazione pari al +/- 5 per cento.

Per l'organizzazione della terapia intensiva e subintensiva vanno rispettati i seguenti **criteri generali**:

- è auspicabile accorpate la terapia subintensiva con la terapia intensiva;
- se ci sono più unità di terapia intensiva separate, queste vanno riorganizzate in chiave sinergica e di vicinanza logistica (soprattutto per motivi di formazione, programmazione dei pazienti e gestione delle procedure d'assistenza);
- è auspicabile creare sinergie impiegando la stessa dotazione di personale e apparecchiature;
- va garantito l'uso condiviso di laboratorio, diagnostica, radiologia e presidi per la mobilitazione;
- il potenziale operativo della terapia intensiva e subintensiva va pianificato in modo efficiente e in base al fabbisogno.

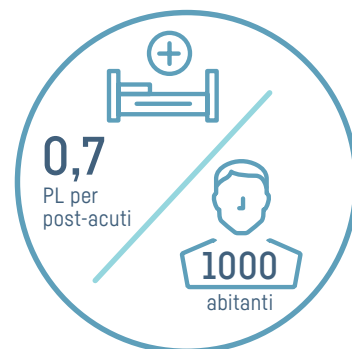
¹⁸ Per la programmazione di posti letto hospice e di medicina palliativa si rinvia alla delibera della GP n. 1214 del 20 ottobre 2015, con cui è stato approvato il progetto “La rete Provinciale di Cure Palliative per adulti e bambini” (previsto l'ampliamento a ca. 36 posti letto).

¹⁹ In questa categoria non rientrano i posti letto per ricoveri temporanei di transito, indicati separatamente nella tabella, e pari a un tasso di 0,2 unità per mille abitanti.

7.5 IL PIANO PER L'ASSISTENZA DEI POST-ACUTI

Attualmente, nell'assistenza dei malati postacuti c'è uno **squilibrio territoriale** nel numero dei posti letto disponibili, e in questo settore la quota delle strutture private convenzionate è relativamente alta. Proprio questa circostanza, d'altra parte, fa sì che le unità operative dell'Azienda sanitaria siano dotate di un numero relativamente basso di posti letto per questi pazienti.

Lo squilibrio deriva dal fatto che nella parte occidentale della provincia ci sono relativamente più posti letto per postacuti rispetto alla parte orientale. L'obiettivo del PSP, quindi, è di modificare il numero dei posti letto ristabilendo un **equilibrio geografico**.



La **riabilitazione post-acuzie in regime ospedaliero** è un ambito assai dinamico e ad alta intensità di costi, e deve rientrare nell'attività precipua dell'Azienda sanitaria per garantire insieme alle strutture private un'assistenza di alto livello qualitativo.²⁰ Questo principio troverà applicazione nella ripartizione dei posti letto fra i diversi erogatori dell'assistenza, soprattutto per incrementare i posti letto nelle unità operative dell'Azienda sanitaria. Per questo motivo, il reparto riabilitazione dell'ospedale centrale di Bolzano dovrà essere dotato, nel periodo di programmazione, di almeno 30 posti letto, mentre i reparti di riabilitazione negli ospedali aziendali (comprese le sedi ospedaliere per l'assistenza di primo livello) dovranno avere almeno 20 posti letto ordinari, nonchè day hospital e servizi d'assistenza ambulatoriale. I reparti di lungodegenza post-acuzie degli ospedali aziendali dovranno essere dotati di almeno 20 posti letto, e quelli per l'assistenza di base di almeno 8 posti letto. Per quanto riguarda la neuroriabilitazione, si tratta di un'attività che richiede l'impiego di personale altamente qualificato e apparecchiature mediche specifiche, il che significa che occorrono dei reparti ad alta specializzazione che devono soddisfare requisiti specifici.

I criteri nazionali prevedono per l'assistenza ospedaliera dei postacuti un **indice** di 0,7 posti letto per mille abitanti.

Poiché nell'assistenza post-acuzie la mobilità dei pazienti è tendenzialmente ridotta, la programmazione in base al coefficiente previsto è stata svolta essenzialmente a livello di comprensorio sanitario. Oltre all'indice previsto, nella programmazione si è tenuto conto di tre variabili aggiuntive, ossia le dimensioni del reparto, l'equilibrio territoriale e gli ambiti di specializzazione. Infine, nell'applicazione dei coefficienti di posti letto previsti dai criteri nazionali sono stati adottati, dove necessario, opportuni adeguamenti.

I coefficienti per posti letto derivanti da questo calcolo sono indicati nella tabella 3, che riporta i parametri per tutto l'ambito della post-acuzie, e quelli suddivisi per categorie, ossia riabilitazione (compresa la neuroriabilitazione) e la lungodegenza:

TIPO DI POSTI LETTO	UNITÀ / 1000 ABITANTI
Riabilitazione	0,37
Lungodegenza	0,33
Totale postacuti	0,70

Tabella 3: Parametri di riferimento per la pianificazione dell'assistenza post-acuzie

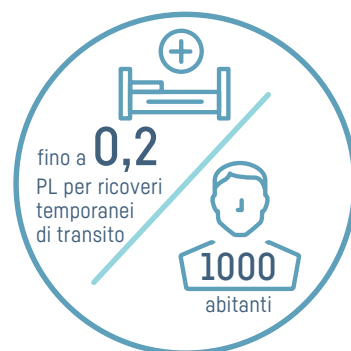
²⁰ Per quanto concerne l'assistenza riabilitativa sul territorio si rimanda al capitolo 5.2.1.

Per programmare un numero di posti letto per postacuti in linea col fabbisogno della popolazione altoatesina, per la **lungodegenza** risulta un coefficiente di 0,33 posti letto per mille abitanti, superiore di 0,13 unità per mille a quanto previsto dai criteri nazionali. Per la **riabilitazione**, quindi, ne deriva un coefficiente di 0,37 posti letto per mille abitanti. In totale, per l'assistenza ospedaliera dei pazienti postacuti sono stati programmati 0,7 posti letto per mille abitanti.

Il piano dei posti letto per postacuti che ne deriva è riportato nella tabella A.5, che indica i posti letto suddivisi per comprensorio sanitario e categoria.

7.6 IL PIANO PER I POSTI LETTO TRANSITORI

In base all'esperienza maturata finora – per esempio nel comprensorio sanitario di Brunico o nei dati statistici internazionali relativi a situazioni analoghe – si può partire da un fabbisogno di posti letto per ricoveri temporanei di transito pari a un massimo di **0,2 unità per 1000 abitanti**. Ciò significa che occorre creare un contingente massimo di 100 posti letto per l'intera provincia di Bolzano. Per assistere i pazienti quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza, questi posti letto vanno previsti, in ciascun comprensorio, in residenze per anziani, in strutture gestite dall'Azienda sanitaria o in strutture private dell'ambito sanitario.²¹ A prescindere dal tipo di struttura, la quota a carico dell'assistito deve essere la stessa in tutto il territorio provinciale, e occorre fare in modo che i posti letto disponibili siano localizzati in modo omogeneo fra tutti i comprensori. La competenza gestionale deve essere in capo all'Azienda sanitaria per i posti letto destinati a pazienti in attesa di dimissioni da un ospedale, mentre quelli utilizzati per la lungodegenza sono di competenza gestionale del servizio sociale.



A tale proposito, va anche precisato che nel prossimo **Piano sociale provinciale** si porrà una particolare attenzione alla formula dell'assistenza abitativa per gli anziani. Inoltre, il Piano sociale provinciale stabilirà il numero di posti letto nelle residenze per anziani in base al fabbisogno previsto per il 2030.

7.7 LE FUNZIONI SVOLTE A LIVELLO AZIENDALE

La tabella 4 riportata di seguito elenca le funzioni di rilevanza assistenziale svolte a livello aziendale.²² Si intendono funzioni svolte a livello aziendale gli **ambiti assistenziali** le cui attività richiedono un coordinamento a livello di Azienda e si possono dunque svolgere in una sola sede per tutta l'Azienda, o che vanno dirette e coordinate da un'unica sede, anche se l'effettiva erogazione delle prestazioni in questione può avvenire in forma decentrata. La gestione organizzativa e strutturale di tali funzioni a livello aziendale o delle varie strutture periferiche esistenti (che si tratti di un servizio aziendale, struttura complessa o semplice, dipartimento, collaborazione strutturale o funzionale vincolante ecc.) è invece riportata nel regolamento aziendale e risponde alle indicazioni riportate nella tabella 4.

Per ciascuna di queste funzioni svolte a livello aziendale, la tabella 4 riporta inoltre la localizzazione prevista, vale a dire la sede cui compete la gestione o il coordinamento delle unità periferiche. Va precisato che tale localizzazione è stabilita primariamente tenendo conto dell'obiettivo di istituire l'unità di coordinamento là dove già esistono le strutture

²¹ La dimensione minima per localizzare posti letto per ricoveri transitori all'interno di una residenza per anziani o per lungodegenti è di 60 posti letto totali.

²² Oltre a queste, se necessario l'Azienda sanitaria può prevedere ulteriori funzioni svolte a livello aziendale non considerate di rilevanza assistenziale. Fra queste figurano, ad esempio, il servizio veterinario o la medicina ambientale.

complementari necessarie, o là dove sono già presenti dei centri di specializzazione. Per la direzione e il coordinamento delle funzioni svolte a livello aziendale sono dunque previste tre categorie di sedi o localizzazioni:

- **Localizzazione a Bolzano:** per queste funzioni svolte a livello aziendale, la localizzazione della sede di coordinamento a Bolzano è necessaria per la loro complessità o dipendenza da strutture complementari già presenti all'interno dell'ospedale provinciale.
- **Localizzazione indipendente dalla sede ospedaliera:** la sede di coordinamento di queste funzioni da svolgere a livello aziendale può essere localizzata in ogni sede ospedaliera.
- **Teoricamente indipendente dalla sede ospedaliera:** la sede di coordinamento delle funzioni in questione è, in quanto tale, indipendente da una sede specifica, ma è localizzata in una determinata sede ospedaliera perché lì si è storicamente consolidata.

FUNZIONI SVOLTE A LIVELLO AZIENDALE	CRITERI STRUTTURALI			Localizzazione della sede di coordinamento prevista
	Unica sede per tutta l'Azienda, assistenza a livello provinciale, senza sedi di erogazione periferiche	Unica sede per tutta l'Azienda, ma con servizio di consulenza obbligatorio svolto in sedi e località diverse	Coordinamento a livello aziendale, ma con unità strutturali e erogazione delle prestazioni dislocate in varie sedi	
Dipendenze			X	Indipendente dalla sede
Farmacie / servizio farmaceutico			X	Indipendente dalla sede
Dietologia e nutrizione clinica			X	Indipendente dalla sede
Chirurgia vascolare e toracica	X			Bolzano
Genetica	X			Bolzano
Igiene			X	Indipendente dalla sede
Immunoematologia e centro trasfusionale	X			Bolzano
Chirurgia maxillo-facciale [politraumi]	X			Bolzano
Psichiatria dell'età evolutiva			X	Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Merano
Chirurgia infantile	X			Bolzano
Medicina complementare			X	Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Merano
Fecondazione artificiale e crioconservazione dei gameti			X	Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Brunico
Laboratorio			X	Bolzano
Laboratorio di microbiologia e virologia			X	Bolzano
Fisica sanitaria		X		Bolzano

Rete dialisi [accorpata a nefrologia]			X	Bolzano
Terapia intensiva neonatale		X		Bolzano
Neurochirurgia		X		Bolzano
Neuroradiologia (neurochirurgia con neuroradiologia)	X			Bolzano
Medicina d'emergenza			X	Bolzano
Medicina nucleare	X			Bolzano
Oncologia			X	Indipendente dalla sede
Medicina palliativa			X	Indipendente dalla sede
Anatomia patologica, istologia e registro tumori (prevenzione e screening)			X	Bolzano
Chirurgia plastica (politraumi)		X		Bolzano
Pneumologia			X	Indipendente dalla sede
Servizi psicologici			X	Indipendente dalla sede
Radiologia			X	Indipendente dalla sede
Medicina legale		X		Indipendente dalla sede
Riabilitazione			X	Indipendente dalla sede
Reumatologia			X	Teoricamente indipendente dalla sede, ma localizzato a Brunico in base alla delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016
Medicina sportiva			X	Indipendente dalla sede
Radioterapia	X			Bolzano

Tabella 4: Le funzioni svolte a livello aziendale

Le funzioni aziendali, la loro gestione strutturale organizzativa e la relativa localizzazione della sede di coordinamento, possono essere modificate con delibera della GP per rispondere meglio al fabbisogno.

7.8 LE STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE

Per la programmazione delle strutture complesse e semplici si consiglia di ispirarsi alle linee di indirizzo nazionali, attenendosi soprattutto ai seguenti **criteri**:

- qualsiasi modifica di strutture semplici o complesse deve rispondere a **esigenze epidemiologiche della popolazione**;
- una **gestione unificata** contribuisce in misura determinante a **coordinare meglio l'erogazione delle prestazioni** tra le varie sedi.

Il criterio di riferimento è "un ospedale - due sedi", con funzione direttiva in loco.

Nella programmazione di strutture semplici e complesse va garantito il principio “**un ospedale – due sedi**” stabilito dalla delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015, assicurando in linea di massima una funzione di coordinamento in loco.

Per il resto vale il principio di conservare le strutture complesse attualmente occupate. Eventuali modifiche o la ridefinizione di strutture complesse sono stabilite dalla Giunta provinciale anche in base a parametri e criteri epidemiologici.

7.9 LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni dell’assistenza sanitaria sono erogate in un **sistema a più livelli** in cui gli ospedali operano all’interno di una rete, per coordinare meglio l’erogazione delle prestazioni e, come diretta conseguenza, assicurare ai pazienti la migliore qualità possibile.

Distribuire gli ambiti di specializzazione fra le sedi per sfruttare le competenze e l’esperienza.

L’erogazione delle prestazioni sanitarie va sottoposta a una **garanzia della qualità** che tenga conto della struttura, dei processi e dei risultati. A tale scopo vanno rispettati sia i vincoli di legge, sia i **requisiti minimi di qualità** più rilevanti, p.es. le casistiche minime, l’outcome clinico o i requisiti per l’accreditamento istituzionale basati su **criteri** riconosciuti a livello internazionale. I motivi che possono giustificare l’accorpamento degli interventi possono risiedere da un lato nella complessità delle prestazioni da erogare, e dall’altro nella rarità della prestazione. Soprattutto per le casistiche minime, il conseguimento della cosiddetta “**competenza clinica**” per tutte le professioni sanitarie va considerato un presupposto necessario per garantire la migliore qualità possibile. I requisiti minimi di qualità valgono tanto per le strutture pubbliche quanto per quelle private, e vanno monitorati dalla Ripartizione salute. Un altro aspetto da considerare in questo contesto è l’appropriatezza dell’assistenza, intesa come impegno a evitare accessi o carenze di prestazioni, e a non erogare prestazioni sbagliate.

7.10 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Un presupposto elementare per promuovere la qualità delle prestazioni erogate è garantire una gestione strutturata del rischio clinico, nel senso funzionale e strutturale, istituendo e potenziando un sistema che abbracci tutto il territorio provinciale. La gestione del rischio deve servire a **ridurre i rischi, migliorare la sicurezza** ed **evitare la medicina difensiva**. A tale scopo vanno censiti e correttamente valutati i rischi più rilevanti, con appositi **sistemi di segnalazione**

I sistemi di segnalazione degli errori e le analisi dei processi minimizzano i rischi.

a distanza e di **analisi dei processi**. Inoltre, occorre gestire in modo omogeneo e unificato la prevenzione dei danni, le richieste di risarcimento e le polizze assicurative, la medicina legale, i reclami e la sicurezza sul lavoro, prevedendo funzioni specifiche sia nell’Azienda sanitaria che nella Ripartizione salute, col compito di fungere da tramite fra la gestione dell’Azienda sanitaria dell’Alto Adige e le istituzioni nazionali e internazionali che operano nella gestione del rischio clinico.

8 ASPETTI SPECIFICI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA si prende cura di chi è in situazioni difficili.

Il presente capitolo è dedicato ai criteri strategici e ai settori d'intervento legati ad alcuni ambiti chiave dell'assistenza sanitaria. La strutturazione del capitolo non rispecchia una scala di giudizio o di priorità, bensì una selezione di alcuni argomenti di particolare interesse, e dunque non vuole essere esaustiva. Ciò non toglie che tali argomenti e ambiti svolgano un ruolo strategico fondamentale.

8.1 L'ASSISTENZA ONCOLOGICA

Tutte le istituzioni e gli operatori che si occupano di diagnosi precoce, diagnostica, terapia e assistenza post-terapeutica delle neoplasie maligne (tumori) sono da considerare parti integranti dei servizi di assistenza oncologica.

L'obiettivo primario dell'assistenza oncologica è di fornire ai pazienti affetti da neoplasie delle **prestazioni sicure e di alto livello qualitativo**. Concretamente, ciò significa realizzare un'**assistenza integrata** con strutture specialistiche nell'ambito dei servizi ospedalieri e del territorio, e garantire capillarmente un'assistenza oncologica integrale che comprenda diagnosi precoce, diagnostica, terapia e trattamento post-terapeutico con risultati quantificabili. Anche la certificazione oncologica introdotta con la delibera della GP n. 131 del 28 gennaio 2013, costituisce in questo contesto uno dei pilastri che devono garantire la qualità delle prestazioni nell'ambito dell'assistenza oncologica.

Al centro va sempre posta la massima qualità possibile dell'assistenza.

La priorità va data alla **collaborazione** fra i servizi e – dove possibile e auspicabile in base a dati e fatti conosciuti – alla **standardizzazione** dell'assistenza oncologica. Inoltre, occorre ottimizzare i processi operativi e lavorativi in tutta la filiera dell'assistenza, per migliorare la **sicurezza dei trattamenti** e ridurre il potenziale di rischio. Altrettanto importante è assicurare l'**assistenza psicosociale**, la **diffusione delle informazioni** e la **partecipazione** attiva dei pazienti, sicché occorre promuovere un **coordinamento** intersettoriale fra le strutture ospedaliere per i malati acuti, i medici specialisti sul territorio, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i consultori, le organizzazioni di mutuo ed autoaiuto e i centri di riabilitazione.

Per creare una rete integrata di assistenza oncologica vanno valutate le seguenti iniziative:

- Garantire il migliore impiego possibile delle risorse disponibili in base alle conoscenze più aggiornate sul progresso medico e per il bene dei pazienti;
- promuovere la stesura e l'uso di linee guida nella diagnosi e nella terapia, se necessario stabilendo anche dei criteri obbligatori sui contenuti che le linee guida devono contenere;
- coordinare i contenuti formativi di rilevanza oncologica nella formazione e nell'aggiornamento professionale dei medici e degli altri operatori sanitari;

- valutare e migliorare i servizi d'assistenza oncologica e le relative prestazioni sotto il profilo della qualità dei risultati, della rispondenza ai bisogni reali e dell'andamento della spesa;
- progettare strutture di assistenza incentrate sul paziente (per esempio per la prevenzione, i servizi sul territorio e la riabilitazione);
- emanare raccomandazioni sull'impiego e la localizzazione di (grandi) apparecchiature di rilevanza oncologica, comprendendo anche valutazioni economiche;
- avanzare proposte affinché le risorse economiche disponibili siano utilizzate nel miglior modo possibile e in base al progresso medico, nell'interesse e per il bene dei pazienti.

8.2 L'ASSISTENZA PSICOLOGICA E PSICHIATRICA

La psicologia clinica, la psicologia sanitaria e la psicoterapia stanno diventando sempre più importanti in tutti i sistemi sanitari, da un lato perché aumenta la diffusione dei disturbi psichici,²³ dall'altro perché diversi studi hanno dimostrato chiaramente l'utilità e l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici. Negli ultimi decenni la psicologia si è sviluppata su binari differenziati e oggi è in grado di fornire prestazioni a livello trasversale in quasi tutte le specialità dell'assistenza sanitaria. L'importanza sempre maggiore riconosciuta alla psicologia trova riscontro anche nelle linee guida nazionali e internazionali, tanto è vero che le richieste di collaborazione e consulenza giungono ormai dalle discipline mediche più disparate.

Nella programmazione dei servizi occorre tenere conto di diverse problematiche, come la prevalenza delle diverse patologie, le comorbilità psicosomatiche, la distribuzione per fasce di età, le specificità di genere, la etnopsichiatria, la sensibilizzazione, la prevenzione, la diagnosi precoce, la diagnostica, gli interventi precoci, la terapia, la riabilitazione/inclusione e l'assistenza permanente.

L'obiettivo è di impostare e migliorare costantemente i servizi in base alle esigenze reali, e la priorità è di creare un **Dipartimento per la salute psichica** con una struttura organizzativa, gestionale e operativa incentrata sui processi, riducendo così le strutture parallele, i doppioni e le sovrapposizioni, e al tempo stesso le barriere d'accesso e i tempi d'attesa per i pazienti.

La **nuova impostazione organizzativa** che si vuole dare ai servizi richiede un piano organizzativo interdisciplinare, intersettoriale e trasparente che stabilisca delle priorità trasversali. L'istituendo dipartimento aziendale per la salute psichica abbraccia quindi il servizio psicologico, il servizio psichiatrico e il servizio per le dipendenze, e vuole promuovere l'integrazione attiva dei settori della psichiatria

dell'età evolutiva e della psicoterapia. È importante che in tutto questo ci si coordini e si collabori con gli erogatori dei servizi sanitari e tutte le organizzazioni e i soggetti che vi operano, in particolare con i servizi sociali, l'Ufficio persone con disabilità e l'Associazione delle residenze per anziani dell'Alto Adige. Una collaborazione intersettoriale e interdisciplinare è infatti una premessa irrinunciabile per garantire ai pazienti un'assistenza completa e integrata.

Un dipartimento per la salute mentale con funzioni di coordinamento a livello provinciale è la premessa per un'assistenza organica di tutti i pazienti.

²³ Per esempio le depressioni, v. OMS Report 2001, 2006, Bundesgesundheitsurvey: Jakobi e Wittchen 2006.

L'attuazione di questa ridefinizione organizzativa deve passare attraverso i seguenti interventi:

- avviare e potenziare la psicologia di base;
- stipulare convenzioni per la collaborazione tra i vari servizi ambulatoriali dell'assistenza psicologica di base;
- concordare i contenuti, la struttura organizzativa e il sistema dei rimborsi;
- presentare i servizi ambulatoriali all'interno e all'esterno dell'Azienda sanitaria;
- stilare un elenco delle reti di servizi esistenti, specificandone i responsabili.

Oltre alle novità tecniche e organizzative, un ruolo essenziale nell'assistenza psicologica e psichiatrica è la **qualità del rapporto** che s'instaura tra il paziente gli operatori che lo prendono in carico (medici e terapeuti). Ecco perché si considera molto importante a garantire la libera scelta del medico o del terapeuta, pianificare la dotazione del personale e garantire a tutti gli operatori una formazione specifica che li metta in condizione di trattare col massimo rispetto ogni paziente di cui si occupano.

I **fondamenti legislativi** di questi interventi furono già creati con la Delibera della GP n. 711 del 4 marzo 1996, che prese spunto dalle leggi nazionali n. 180 del 13 maggio 1978 e n. 833 del 23 dicembre 1978. Riprendendo le linee guida per la lotta alle dipendenze contenute nel “Piano d'azione nazionale per la salute mentale 2013”, la Giunta provinciale di Bolzano varò il Piano settoriale per le dipendenze patologiche con la delibera n. 106 del 21 gennaio 2013. Anche per la Rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, la GP ha varato diverse delibere negli anni 2000, 2001, 2007, 2009 e 2012.

8.2.1 IL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE (SERD)

Nell'ambito del Dipartimento per la salute psichica va accorpato anche il Servizio per le dipendenze. Le interfacce del Servizio per le dipendenze con la psichiatria dell'età adulta, l'assistenza fornita dai servizi psicologici o dalla psichiatria dell'età evolutiva, fanno apparire indispensabile istituire un **Servizio per le dipendenze a livello di intera Azienda sanitaria**, che sia annesso come contenuti e funzioni al Dipartimento per la salute psichica.

8.2.2 IL PIANO PER LA PSICOLOGIA CLINICA: UN'ASSISTENZA PSICOLOGICA A PIÙ LIVELLI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA SANITARIA

Prendendo spunto dagli sviluppi previsti in campo medico, appare opportuno realizzare un modello d'assistenza a più livelli per la psicologia clinica. Pertanto, un obiettivo dichiarato della pianificazione dell'assistenza sanitaria è di potenziare e far crescere omogeneamente la psicologia clinica in seno all'Azienda sanitaria e in tutto il territorio provinciale – sul piano tecnico e su quello organizzativo – in sintonia con i principi di efficienza e sostenibilità stabiliti dalla riforma sanitaria.

Il piano concreto da mettere in atto si articola in quattro obiettivi specifici:

1. Realizzare un sistema a più livelli, dall'assistenza di primo livello ai servizi più specializzati:

Tutto il processo di crescita del settore va guidato e coordinato da una prospettiva che coinvolga l'intera Azienda sanitaria, nominando un coordinatore provinciale che funga da referente diretto per la direzione aziendale. La psicologia clinica deve da un lato offrire in ogni comprensorio un'assistenza psicologica di base omogenea, tempestiva e in linea con le esigenze dei pazienti (sotto forma di psicologia di base e assistenza di base specializzata, e compresa la gestione delle emergenze e la psicologia dell'emergenza).

Un altro livello assistenziale è costituito dall'assistenza specialistica di base da organizzare con un modello unificato in tutto il territorio provinciale e prestare in modo coordinato a livello locale, che deve comprendere i seguenti settori:

- psicologia e psicoterapia dell'età evolutiva
- neuropsicologia adolescenziale
- psicoterapia per adulti
- neuropsicologia e gerontopsicologia
- assistenza psicologica delle persone affette da patologie fisiche (acute e croniche) e dei loro familiari, nell'ambito della psicologia medica o psicologia ospedaliera.

Dall'altro lato vanno previsti dei servizi multidisciplinari in grado di offrire assistenza completa nei seguenti campi: servizio per le dipendenze, servizio psichiatrico, ambulatorio di psichiatria dell'età evolutiva, reparto cure palliative, senza dimenticare che il presupposto di un'assistenza efficace dei pazienti è il coordinamento locale tra i servizi esistenti.

2. Incentrare i percorsi terapeutici e assistenziali sulle esigenze del paziente:

Per garantire livelli qualitativi adeguati e il grado di specializzazione che essi richiedono, ma anche per motivi economici, alcuni servizi vanno organizzati e gestiti a livello intercomprensoriale o provinciale. Per esempio, si possono prevedere dei servizi di cui beneficiano più comprensori o tutta la provincia (come la psicologia dell'emergenza, il Centro terapeutico di Bad Bachgart, la psicologia della guida, il trattamento dei disturbi alimentari e altri). Tali prestazioni vanno coordinate verticalmente in modo da integrarle con l'assistenza psicologica di base a livello di comprensori (per esempio con l'assistenza da fornire dopo le terapie specifiche erogate nelle strutture centralizzate, supervisioni in determinati ambiti specifici o altro). L'adozione e l'attuazione in tutto il territorio provinciale delle prestazioni stabilite dal Decreto ministeriale 19 luglio 2016 n. 165 per l'assistenza psicologica e l'elaborazione dei livelli essenziali d'assistenza (LEA) nella psicologia, vanno considerate altrettanto prioritarie quanto l'avvio e la realizzazione di progetti di ricerca intercomprensoriali.

3. Migliorare il coordinamento verticale:

Il compito dei servizi psicologici a livello provinciale consiste soprattutto nel fornire ai pazienti un'assistenza specializzata, che in quanto tale va adeguata costantemente alle nuove conoscenze scientifiche. In futuro andrà intensificata la collaborazione e il coordinamento con centri e istituti scientifici internazionali, partecipando a progetti di ricerca o magari avviando direttamente degli studi a livello locale, a tutto vantaggio della professionalità dei servizi e della qualità dell'assistenza per i pazienti. Questo genere di coordinamento verticale è un compito da gestire a livello centrale.

4. Creare un coordinamento vincolante a livello provinciale per ambiti tematici e disturbi:

Oltre alla struttura organizzativa descritta sopra, è utile e necessario intessere e coltivare sistematicamente delle reti trasparenti di collaborazione per ambiti tematici. Tali reti devono essere intersettoriali e intercomprensoriali, vanno organizzate a prescindere dalle gerarchie, e in modo tale da produrre sinergie, fornendo a tutti l'opportunità di trarre benefici reciproci dalle rispettive conoscenze ed esperienze. Queste reti consentono di aiutarsi a livello collegiale, in modo rapido e informale, per molte necessità che emergono nell'attività quotidiana, per risolvere dubbi organizzativi o definire le rispettive priorità. Un responsabile deve assumersi il compito di coordinare ambiti tematici e reti rilevanti, per esempio la psicotraumatologia, la psiconcologia, la neuropsicologia e la demenza, l'assistenza psicologica dei malati cronici o altre tematiche.

8.2.3 UNA RETE DI SERVIZI DI PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA A LIVELLO AZIENDALE

Con la delibera della GP n. 2085 del 18 giugno 2007 fu approvato il piano per realizzare la Rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva. Negli anni successivi questo progetto è andato avanti, e con la delibera n. 1710 del 19 novembre 2012 la Giunta provinciale ha approvato il "Piano di sviluppo e del programma planivolumetrico per la realizzazione di un reparto per acuti di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva".

L'obiettivo è di istituire a **livello provinciale un servizio di psichiatria e psicoterapia per l'età evolutiva** secondo il modello descritto, e con sede a Merano, dove è ubicata anche la struttura per il trattamento in regime di ricovero.

Contestualmente all'assistenza psichiatrica e psicologica dell'età evolutiva, va ricordata anche l'importanza della psicologia scolastica, che a medio termine farà capo agli organismi preposti alla pubblica istruzione.

8.3 L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

L'andamento sociodemografico ed epidemiologico previsto per i prossimi decenni fa presagire un aumento rapido e rilevante di varie forme di demenza. Cresce costantemente il numero delle persone che hanno bisogno di cure e assistenza per disturbi cognitivi e anomalie comportamentali. Si tratta di patologie che causano gravi perdite dell'autosufficienza, con un decorso cronico che grava pesantemente – sul piano fisico, psicologico ed economico – anche sulle spalle dei familiari, facendo impennare la spesa complessiva dell'assistenza socio-sanitaria e – non ultimo – ponendo la società di fronte a dilemmi etici tutt'altro che irrilevanti.

Per questo motivo, e visto che finora la ricerca non ha prodotto alcun risultato in termini di prevenzione o terapia, per l'assistenza sociale e sanitaria sorge la necessità di fornire risposte adeguate.

È auspicabile, quindi, che si stabilisca una **linea d'assistenza specifica da seguire a tutti i livelli di intervento**, che valga per la medicina generale, i servizi dei distretti, i centri di pronto soccorso e i vari reparti ospedalieri, creando uno stretto **coordinamento** fra i servizi sociali che garantisca a questa particolare fascia d'utenza la **continuità dell'assistenza** di cui necessita. Per ottenere tale obiettivo occorre adottare **percorsi diagnostico terapeutici assistenziali** basati sui seguenti principi:

La diffusione crescente delle demenze richiede una linea d'assistenza specifica.

- assicurare a ogni paziente un'assistenza di primo livello, nominando un responsabile e indicando il sospetto di diagnosi;
- creare un ambulatorio specialistico per l'accertamento diagnostico e la consulenza terapeutica (il cosiddetto "ambulatorio della memoria")
- stabilire i criteri per il ricovero in caso di episodi acuti
- garantire il controllo del decorso.

È importante, inoltre, creare un'**unità interdisciplinare di gestione dell'emergenza**, in grado di prevenire conseguenze incontrollabili nelle situazioni estreme.

8.4 LA MEDICINA COMPLEMENTARE

La **fiducia** che in generale la popolazione nutre nei confronti della medicina complementare come alternativa o integrazione alla medicina tradizionale (o accademica) è cresciuta costantemente negli ultimi decenni. Anche in Alto Adige il ricorso a trattamenti di medicina complementare è sempre più frequente, tanto che si stima che circa il 25 per cento della popolazione si sottoponga a cure mediche complementari, e che il 50 per cento le consideri utili per la salute. Fra i metodi più utilizzati spiccano l'agopuntura, la terapia manuale, l'omeopatia e la fitoterapia.

La medicina
complementare è
sempre più importante
per integrare la
medicina scolastica.

L'importanza crescente della medicina complementare scaturisce dalla convinzione – sempre più diffusa in ampie fasce della popolazione – che la medicina moderna debba ritrovare le sue qualità originarie, e che l'attività medica debba tornare ad applicare un approccio olistico nei confronti del paziente. In questo contesto, quindi, la medicina complementare, come **integrazione della** cosiddetta **medicina tradizionale**, può dare un contributo prezioso all'efficacia della terapia. Concentrandosi maggiormente sugli aspetti curativi e sulle competenze terapeutico-infermieristiche, e meno su apparecchiature tecnologiche, la medicina complementare può rappresentare anche una risposta valida all'eccesso di tecnologia nella medicina tradizionale (per esempio il ricorso a tecniche sempre più sofisticate di diagnostica per immagini, o a metodi sempre più invasivi).

Tenuto conto della fiducia che la popolazione nutre nei confronti della medicina complementare, e dei risultati positivi che essa può produrre in combinazione con la medicina tradizionale, vanno promossi i seguenti **interventi** per integrare la medicina complementare nel paesaggio dell'assistenza sanitaria in Alto Adige:

- verificare, in base a principi basati su riscontri scientifici, la possibilità di ampliare l'accesso ai trattamenti della medicina complementare per le persone affette da malattie croniche, oltre a quelle affette da patologie oncologiche che già vi accedono;
- continuare a garantire il servizio di medicina complementare e trasformarlo in un centro di competenza provinciale;
- promuovere i servizi di medicina complementare nel territorio;
- dare più spazio ai contenuti della medicina complementare nella formazione e nell'aggiornamento professionale dei medici e degli altri operatori sanitari.

9 L'ASSISTENZA SANITARIA INTERNAZIONALE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA offre livelli di prestazioni ottimali anche tramite strutture che operano in Italia o nei paesi germanofoni.

Per garantire a tutte le persone residenti in Alto Adige un'assistenza sanitaria completa anche al di fuori del territorio nazionale, la Provincia di Bolzano, in applicazione dell'art. 7 del DPR 29 gennaio 1980 n. 197, ha stipulato delle **convenzioni con strutture sanitarie per l'assistenza ospedaliera e specialistica ubicate oltre confine**. L'elaborazione e la ratifica di queste convenzioni si rendono necessarie tenendo conto della particolare situazione etnica e linguistica della popolazione altoatesina, e hanno lo scopo di estendere anche ai paesi limitrofi quella gamma di prestazioni sanitarie cui i cittadini altoatesini possono già accedere a livello nazionale, grazie alla mobilità sanitaria interregionale.

Collaborando con i paesi d'oltre confine, si possono fornire prestazioni d'eccellenza in tutte le specialità.

Quest'assistenza sanitaria completa garantita alla popolazione altoatesina è di grande importanza anche perché, oltre a **rispettare i diritti linguistici della popolazione**, si rivela essenziale soprattutto quando occorrono **prestazioni ospedaliere** non erogabili dal servizio sanitario locale. Nella fattispecie, si tratta soprattutto di prestazioni ad **alto grado di specializzazione** che presentano una particolare complessità dal punto di vista tecnico e specialistico. In base alla normativa provinciale in vigore in Alto Adige, il ricorso all'assistenza sanitaria internazionale è ammesso anche per garantire dei **tempi d'attesa ragionevoli** per accedere alle prestazioni necessarie.

Fra i diversi esempi di strutture con sede in Austria o in Germania che hanno stipulato delle convenzioni con la provincia di Bolzano, figurano prima di tutto la Tirol Kliniken (Innsbruck) e le strutture ad essa convenzionate, la Clinica universitaria di Salisburgo, l'Istituto Anton Proksch di Vienna, la AUVA (istituto nazionale infortuni) e la Regione Vorarlberg.

L'ospedale generale pubblico di Innsbruck, ad esempio, funge anche da centro trapianti operativo per tutto l'Alto Adige. Al centro di cura di Bad Häring, a Kufstein, si accettano invece pazienti altoatesini che presentano lesioni recenti del midollo spinale, o hanno subito dei traumi gravi. Un altro esempio sono gli interventi di cardiocirurgia, anch'essi eseguiti a Innsbruck o in uno degli altri centri ad alto livello di specializzazione nella Germania del Sud, autorizzati dalla Giunta provinciale.

Un'altra collaborazione internazionale di cui beneficia la popolazione altoatesina vige per il trattamento delle persone affette da disturbi reumatici. In questo settore, il Servizio sanitario provinciale collabora con strutture altamente specializzate a Garmisch-Partenkirchen e a Oberammergau.

10 IL PIANO DELLE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA aiuta i pazienti anche fornendo loro le tecnologie mediche più all'avanguardia.

Le seguenti apparecchiature mediche vanno considerate “**grandi apparecchiature sanitarie**” e programmate in quanto tali:²⁴

- tomografi computerizzati (TAC)
- tomografi a risonanza magnetica nucleare (RMN)
- stazioni di angiografia coronarica (cateterismo cardiaco; angiografia coronarica; comprese le apparecchiature di visualizzazione e analisi spettrale cardiaca)
- apparecchiature radioterapiche o ad alto voltaggio (acceleratore lineare; radiochirurgia gamma knife)
- tomografi computerizzati a emissione (ECT; comprese le TAC-CT)
- tomografi a emissione di positroni (PET; compresa la PET-TAC)

10.1 PRINCIPI DI PROGRAMMAZIONE

La programmazione nell'ambito delle grandi apparecchiature sanitarie adottata per il PSP è ispirata ai seguenti **principi di riferimento**:

- **Principio della qualità:** le grandi apparecchiature sanitarie vanno programmate a seconda delle prestazioni da fornire, dei requisiti medici e degli ambiti di specializzazione dell'ospedale o del comprensorio.
- **Principio dell'equità della distribuzione:** le grandi apparecchiature sanitarie vanno localizzate in modo ottimale per garantire un'assistenza capillare di tutta la popolazione del territorio.
- **Principio di economicità:** l'assistenza sanitaria va gestita in modo sostenibile puntando anche alla economicità.

10.2 PIANIFICARE LE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE IN BASE AL FABBISOGNO

La base per pianificare le grandi apparecchiature sanitarie in base al fabbisogno è costituita dai **coefficienti demografici** e dalle **raccomandazioni sui tempi di raggiungibilità**, due valori predefiniti per le diverse tipologie di apparecchiature sanitarie. Il coefficiente demografico è un valore teorico che stabilisce il numero di abitanti per ciascuna grande apparecchiatura. Il tempo di raggiungibilità, invece, è espresso in minuti, e indica il lasso di tempo entro il quale almeno il 90 per cento di tutta la popolazione deve poter raggiungere la sede territoriale o ospedaliera più vicina in cui si eroga il servizio e si dispone dell'apparecchiatura medica in questione. Accanto ai valori di riferimento prestabiliti va garantita la disponibilità effettiva per la necessaria erogazione di prestazioni in ambito territoriale e ospedaliero.

²⁴ Per la classificazione delle grandi apparecchiature, i principi di pianificazione e i coefficienti di riferimento, questo capitolo prende spunto dal Piano strutturale nazionale per la sanità varato in Austria nel 2012, (pagg. 116–117).

Eventuali adeguamenti dei coefficienti si possono decidere tenendo conto di determinati fattori, per esempio il grado d'utilizzo (compresa la garanzia di disponibilità per i casi acuti), modifiche delle prestazioni erogate dagli ospedali, o altri motivi di ordine organizzativo, aziendale o gestionale, come la valutazione dei costi. Il grado di utilizzo delle grandi apparecchiature mediche va monitorato con procedure mirate.

TIPO DI APPARECCHIATURA O TECNICA DIAGNOSTICA	COEFFICIENTE DEMOGRAFICO (PER AMBITI)	TEMPO DI RAGGIUNGIBILITÀ (IN MINUTI)
Tomografia computerizzata (TAC)	30.000-50.000	30
Risonanza magnetica nucleare	70.000-90.000	60
Angiografia coronarica (COR)*	200.000-300.000	60
Radioterapia	100.000-140.000	90
Tomografia computerizzata a emissione (ECT)** o ECT-CT	80.000-100.000	45
Tomografia a emissione di positroni (PET) o PET-CT	300.000-400.000	60

Tabella 5: Coefficienti di pianificazione per le grandi apparecchiature sanitarie

* coefficienti validi per le apparecchiature sanitarie per la visualizzazione dello spettro di potenza nell'angiografia coronarica, tenendo conto complessivamente della garanzia di disponibilità dell'angiografia coronarica attuale e prevista in futuro.

** escluse le gamma camere non SPECT

Le cosiddette **apparecchiature funzionali** utilizzate esclusivamente a livello intraoperatorio, per verifiche diagnostiche estemporanee nella sala rianimazione, o per la pianificazione e il monitoraggio terapeutico nella radioterapia, non rientrano nella valutazione quantitativa complessiva per il piano generale delle grandi apparecchiature sanitarie, ma vanno censite e documentate a parte.

La dotazione del **parco macchine** va programmato in base ai requisiti vigenti e alla linea guida sull'innovazione delle apparecchiature sanitarie.

11 LINEA GUIDA SULL'INNOVAZIONE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA integra le innovazioni per migliorare in modo tangibile la qualità delle terapie.

L'obiettivo di questa linea guida è di indicare i presupposti e i criteri in base ai quali valutare le innovazioni in funzione della loro reale efficacia, appropriatezza ed efficienza d'uso, dei miglioramenti qualitativi, delle ricadute cliniche e organizzative e del grado di accettazione sociale, per decidere di conseguenza se promuoverne o evitarne la diffusione.

Valutare le innovazioni e promuoverle dove producono benefici.

Un metodo e uno strumento riconosciuto valido a livello internazionale **per decidere se utilizzare o sostituire le tecnologie più rilevanti nell'ambito clinico è la cosiddetta HTA (health technology assessment)**, ossia la valutazione delle tecnologie nella sanità. In questo caso, il termine "tecnologie" va inteso in senso lato e comprende i farmaci, gli strumenti, le apparecchiature, i procedimenti medici e chirurgici, le linee guida e i percorsi assistenziali, ma anche i processi e le tecnologie informatiche come pure i modelli organizzativi o gestionali.

Per evitare che l'aumento dei costi comporti una riduzione delle prestazioni, occorre razionalizzare l'uso delle risorse disponibili sostituendo le prestazioni che si rivelano meno utili, e favorendo il ricorso a "tecnologie" che si sono dimostrate più utili o necessarie.

L'HTA è la valutazione sistematica di procedure e strumenti legati all'assistenza sanitaria della popolazione. In sostanza, si valutano i risultati della ricerca e le informazioni disponibili, si redige un rapporto, si traggono le relative conclusioni e si formulano delle raccomandazioni pratiche.

Nella sanità e nella politica sanitaria, le scelte devono essere "**basate sull'evidenza**", ossia vanno compiute in base ai riscontri scientifici. Da questo punto di vista, l'HTA aiuta chi deve compiere una scelta a evitare di diffondere tecnologie inappropriate nella sanità, riducendo così la spesa sanitaria complessiva e migliorando la qualità dell'assistenza. Inoltre, è un modo per far confluire i risultati della ricerca scientifica nei processi decisionali della politica sanitaria.

Per ottenere questi obiettivi, occorre un **approccio trasparente e omogeneo in tutto il territorio provinciale ogni volta che si deve decidere se sostituire o acquistare una nuova tecnologia**, seguendo un percorso predefinito per la richiesta, la valutazione e la decisione finale.

Si considerano "innovazioni" gli investimenti che superano un valore di 300.000 euro: sopra questa soglia si applica una **procedura d'autorizzazione**. Come previsto dalla normativa nazionale, per questi casi va costituita alla Ripartizione salute un'apposita **unità interdisciplinare per l'innovazione e l'HTA**. Per i nuovi investimenti superiori a 1 milione di euro va anche redatto un apposito **rapporto HTA**, o presentato un rapporto HTA già esistente per apparecchiature analoghe. Per i nuovi investimenti di valore inferiore a 1 milione ma superiori a 300.000 euro, è sufficiente una verifica compiuta dall'unità per l'innovazione in base a una procedura semplificata.

Quest'unità organizzativa si avvale per la propria attività di un'**équipe** interdisciplinare in possesso di conoscenze e competenze in tecnologie medicali, economia sanitaria e HTA, e può essere costituita da esperti nominati sia dalla Ripartizione salute, sia dall'Azienda sanitaria. L'unità può anche avvalersi della consulenza di esperti esterni, per esempio stipulando convenzioni con istituzioni specializzate in HTA a livello nazionale (Agenas), regionale o di altri paesi dell'Europa centrale (per esempio istituzioni HTA operanti in Austria, Germania, Svizzera o Inghilterra) anche per accedere a rapporti HTA o commissionarne la stesura. L'unità per l'innovazione ha poi il compito di trarne delle indicazioni utili per le scelte da compiere, e fornire raccomandazioni al Comitato provinciale per la programmazione sanitaria.

Per esprimere un parere tecnico trasparente, occorre stabilire una **procedura di richiesta standardizzata**, che prevede l'obbligo – da parte dell'Azienda sanitaria o di un altro richiedente – di indicare una motivazione, descrivere i benefici clinici del nuovo acquisto e presentare dei dati scientificamente fondati sui seguenti aspetti:

- sicurezza
- fabbisogno
- efficacia clinica
- efficienza clinica
- accessibilità
- convenienza economica.

Una procedura
di richiesta
standardizzata è
condizione necessaria
per un parere
tecnico trasparente.

12 GLI INTERVENTI DI SOSTEGNO

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA promuove l'aggiornamento di tutto il personale sanitario e una comunicazione trasparente con pazienti sempre più informati.

Gli interventi di sostegno sono delle misure da adottare per agevolare l'attuazione del Piano sanitario provinciale, e vanno messi in atto soprattutto in tre ambiti strategici: la politica del personale, i sistemi incentivanti, l'interconnessione informatica, la partecipazione dei cittadini e la comunicazione sanitaria.

12.1 LO SVILUPPO DEL PERSONALE

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 l'obiettivo di **rafforzare l'impegno** e la capacità produttiva di tutti gli operatori. Tutti questi sono dei presupposti essenziali per pianificare efficacemente lo sviluppo del personale, come suggerisce sempre una sana cultura aziendale sostenibile e lungimirante.

Operatori sanitari competenti, qualificati e seriamente impegnati sono fondamentali per un buon livello di assistenza.

Pertanto, nel periodo di programmazione l'Azienda sanitaria deve utilizzare efficacemente lo strumento dello sviluppo del personale, poiché esso rappresenta un fattore chiave per ottimizzare il successo dell'Azienda, successo che si misura sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti, sull'intensità dell'attività di ricerca e insegnamento, ma anche sul grado di soddisfazione del personale e sul risultato economico della gestione aziendale. Lo sviluppo del personale è un compito non delegabile dei dirigenti dell'Azienda, poiché è legato indissolubilmente alla responsabilità dei risultati. Tuttavia, ciò non esime i collaboratori dalla responsabilità personale del proprio sviluppo professionale. Per ottenere la massima diffusione possibile degli interventi adottati in questo ambito, lo sviluppo del personale va promosso e gestito là dove deve produrre i suoi frutti, ossia in ambito clinico, tecnico-infermieristico e amministrativo. Si riportano di seguito le misure da considerare prioritarie:

1. redigere e attuare un **piano integrato di sviluppo del personale**, ossia un piano da intendersi come preparazione lungimirante e mentale a tutti gli interventi legati alle prestazioni di lavoro da svolgere e alle esigenze del personale. Altri pilastri del piano di sviluppo del personale sono un profilo trasparente dei requisiti, un reclutamento mirato e una selezione competente del personale, un inserimento strutturato nell'Azienda e nell'unità organizzativa in questione, un piano di formazione e aggiornamento personalizzato per garantire un ampliamento costante delle competenze, e interventi per l'avanzamento di carriera (a livello dirigenziale e specialistico). Infine, il piano di sviluppo del personale orientato al futuro deve comprendere principi gestionali e di promozione del ricambio generazionale ai livelli dirigenziali;

2. riprendere la **formazione medica specialistica** negli ospedali altoatesini, stipulando una convenzione fra l'Italia e l'Austria per il riconoscimento delle rispettive specializzazioni mediche;
3. accelerare la **procedura di assunzione del personale**;
4. attuare un **piano a lungo termine di reclutamento e fidelizzazione del personale**;
5. **incentivare** in modo mirato i **giovani medici di medicina generale**, anche per agevolare un ricambio generazionale graduale in questo settore, e istituire uno sportello per giovani medici;
6. adottare misure per lo sviluppo del personale e per rafforzare la motivazione degli operatori sanitari per tutto l'arco della vita lavorativa, anche **promuovendo attività di ricerca e di formazione** come compito istituzionale dell'Azienda sanitaria;
7. verificare se è legalmente possibile assumere personale qualificato privo di attestato di bilinguismo, anche con contratto a tempo determinato, vincolandolo a frequentare corsi obbligatori di lingua e a conseguire l'attestato entro un tempo ragionevole;
8. elaborare un **pacchetto di misure specifiche** per gli operatori che provengono da fuori provincia (informazioni sulle misure incentivanti per il rientro degli operatori qualificati emigrati, assistenza nella ricerca dell'alloggio o di un'occupazione per i familiari, ecc.);
9. ottimizzare e unificare il **calcolo del fabbisogno di personale**, da un lato prendendo spunto dalle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale, e dall'altro tenendo conto di un impiego più efficiente del personale e delle aspettative di qualità dei pazienti;
10. continuare ad attuare gli interventi per **valorizzare le professioni non mediche**, sia in termini di assunzioni di maggiori responsabilità nella pratica medica e infermieristica quotidiana, sia nella gestione e nel coordinamento dei servizi sanitari, anche per affrontare efficacemente i problemi causati dalla carenza crescente del personale medico.

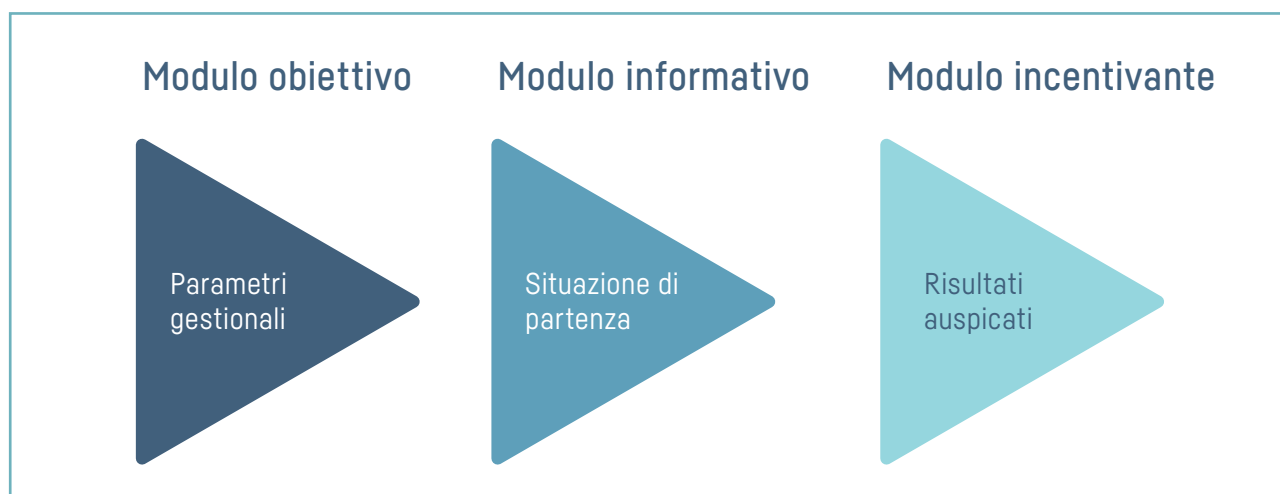
12.2 I SISTEMI INCENTIVANTI

Per ottenere gli obiettivi stabiliti dal Piano sanitario provinciale, oltre alle misure concrete indicate sopra e concordate fra gli esperti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, occorrono degli incentivi che ne rendano più agevole l'attuazione. Per esempio, si può promuovere un sistema sanitario più incentrato sulle esigenze dei pazienti stabilendo delle linee d'indirizzo trasparenti e misurabili, e applicando capillarmente le metodologie, gli strumenti e le procedure di **"governo clinico"** riconosciute a livello nazionale e internazionale.

Viceversa, bisogna eliminare il più possibile i fattori che incentivano comportamenti e pratiche controproducenti, definendo e aggiornando periodicamente dei sistemi di benchmarking adeguati.

Va quindi scelto un approccio che renda misurabili e visibili questi aspetti rilevanti, monitorando il conseguimento degli obiettivi tramite parametri di gestione all'interno di ciascun modulo. Ed è importante che questi siano rilevanti per il conseguimento dei risultati, gestibili da parte dei responsabili, e sempre concepiti in modo da essere realizzabili e misurabili. Un modulo informativo deve riportare lo stato iniziale, aumentando la trasparenza delle misure stabilite (benchmarking). Infine, il conseguimento degli obiettivi si può rendere più agevole con un sistema premiante, che diventa oggetto del modulo incentivante. I premi vanno stabiliti tenendo conto della proporzionalità, del livello minimo e dell'elasticità.

FIGURA 11: IL SISTEMA INCENTIVANTE



Quest'approccio consente di attuare il sistema incentivante in fasi distinte:

1. fase: definizione e monitoraggio dei parametri gestionali (**modulo obiettivo**).
2. fase: descrizione della situazione di partenza, da cui discendono obiettivi auspicati concreti – senza concessione di incentivi (**modulo informativo**).
3. fase: attuazione del **modulo incentivante** (sistema premiante in caso di conseguimento degli obiettivi).

12.3 L'INTERCONNESSIONE DIGITALE

Per garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria integrata e intersettoriale, occorrono approcci nuovi che prevedano l'impiego efficace e mirato di sistemi informatici capillari e strategie di assistenza a distanza.

È importante che si applichi sempre il **principio della centralità del servizio** per le diverse utenze interessate (popolazione, pazienti, operatori sanitari, responsabili della politica e dell'amministrazione sanitarie, ecc.). I processi di trattamento e assistenza socio-sanitaria vanno agevolati con l'uso di tecnologie informatiche e comunicative, puntando anche a un maggiore coinvolgimento qualitativo dei pazienti e dei familiari curanti (**empowerment**). Inoltre, occorre migliorare la **gestione e il controllo dei servizi sanitari**, garantendo l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni erogate. L'attuazione di strategie basate sulla cosiddetta "sanità elettronica" favorisce inoltre il rinnovamento organizzativo e tecnico, come pure l'ammodernamento del sistema sanitario nel suo insieme.

Dal 2008, il Ministero della sanità, d'intesa con le regioni e le province autonome, sta attuando numerose iniziative a livello nazionale, per esempio per unificare le forme di sanità elettronica. L'armonizzazione prevista dal "Nuovo sistema informativo sanitario" (NSIS) crea anche i presupposti per garantire i cosiddetti "livelli essenziali d'informazione" (LEI), cruciali per rendere più efficiente l'assistenza, e la digitalizzazione della documentazione clinica.

Le strategie di e-government ed e-health della Provincia autonoma di Bolzano tengono conto delle linee guida e delle normative a livello europeo e nazionale, e sono attuate in stretto coordinamento coi progetti e le iniziative in atto a livello nazionale, come il "sistema della tessera sanitaria" o il "fascicolo sanitario elettronico" (FSE). Per l'Alto Adige, quindi, nel periodo di programmazione saranno importanti i seguenti interventi:

- garantire lo scambio d'informazioni fra gli ospedali;
- rendere accessibili e interscambiabili tutti i dati di rilevanza sanitaria provenienti dagli ospedali e dalle strutture del territorio;
- assicurare un flusso di dati diretto fra l'Azienda sanitaria e la Ripartizione salute della Provincia;
- ottimizzare il flusso d'informazioni tra la Ripartizione e le varie istituzioni nazionali (ministeri, AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ecc.)

L'obiettivo di realizzare un'interconnessione digitale completa richiede delle regole e degli obiettivi chiari che tengano conto della strategia complessiva nei settori della sanità elettronica e dell'e-government, e il coinvolgimento attivo di tutte le categorie e le strutture, soprattutto quelle del territorio e la medicina di base.

Per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, lo strumento di pianificazione strategica più importante è il **masterplan informatico 2016-2018** presentato nell'aprile del 2016. Questo documento, infatti, prevede l'adozione e lo sviluppo di sistemi informativi a livello provinciale per tutte le strutture ospedaliere e del territorio, gli uffici amministrativi e la medicina di base. Inoltre sono previsti dei **servizi** ai cittadini accessibili **in Rete** (prenotazioni, pagamenti, ritiro di referti ecc.), e **servizi di telemedicina**, come consulti, diagnosi, monitoraggio o riabilitazione a distanza. Il nucleo centrale dell'assistenza clinica elettronica è però l'adozione e lo sviluppo della **cartella clinica integrata**, un documento digitale che, alimentato dai diversi sottosistemi, contiene dati sullo stato di salute del paziente, le sue esigenze di assistenza e cura, i suoi obiettivi sanitari e il suo percorso assistenziale, oltre a disporre di varie funzioni avanzate (come il cosiddetto "clinical decision support system").

L'interconnessione digitale fornisce informazioni omogenee.

Il fulcro dell'interconnessione è la cartella clinica integrata.

I servizi online e di telemedicina agevolano l'accesso alle prestazioni.

Diversi progetti e definizioni di priorità per il sistema informativo e la sanità elettronica sono già concretamente in fase di attuazione, e sono oggetto di valutazione continua e di verifica puntuale dell'avanzamento e del grado di conseguimento degli obiettivi. Ecco di seguito le iniziative più importanti già avviate o in procinto di esserlo:

- sviluppare e potenziare il sistema informativo provinciale;
- creare un data warehouse condiviso per la Ripartizione salute e l'Azienda sanitaria;
- istituire un registro unificato ("registry") e un archivio provinciale ("repository"), entrambi digitali, in cui raccogliere tutta la documentazione clinica dei servizi sanitari;
- consentire un'identificazione chiara dei pazienti tramite un elenco unificato (anagrafe sanitaria);
- digitalizzare la procedura di prescrizione (ricette e certificati medici digitali);
- adottare il fascicolo sanitario elettronico del cittadino (FSE) applicando gli standard nazionali e internazionali come HL7;
- istituire un sistema di prenotazione unificato che a tutte le varie fasce di età permetta l'accesso a strumenti di prenotazione innovativi, a seconda delle relative capacità ed esigenze;
- ammodernare l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige adottando procedure che agevolino la gestione aziendale, concordando a livello provinciale i corredi di dati da rilevare;
- modernizzare le procedure amministrative in base alle linee guida per l'amministrazione digitale contenute nel Codice amministrativo digitale (CAD).

Tutte le iniziative e i progetti avviati in questo settore devono rispondere ai criteri della sicurezza e riservatezza dei dati.

12.4 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E LA COMUNICAZIONE NELLA SANITÀ

Attualmente, i sistemi sanitari dei paesi progrediti stanno attraversando un cambiamento profondo: se finora il paziente o cittadino si era sempre ritrovato nel ruolo di beneficiario passivo di un sistema assistenziale ispirato a un approccio paternalista, oggi prevale ormai ovunque il desiderio dei pazienti di sentirsi **coinvolti e assumere un ruolo attivo e consapevole**.

I pazienti e i cittadini sono sempre più informati e rivendicano un ruolo attivo.

Anche nella sanità altoatesina si percepisce chiaramente questo cambio paradigmatico, basti pensare alle **organizzazioni dei pazienti o del volontariato** che, oltre all'attività di informazione o di presa di posizione, sempre di più sono interessate a una collaborazione organica e a una partecipazione attiva al miglioramento dei servizi.

È quindi un intento preciso dei responsabili politici, della Ripartizione salute e della direzione dell'Azienda sanitaria coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e del volontariato, i comuni e le comunità comprensoriali, le **parti sociali**, le **varie associazioni di categoria** e gli altri **portatori di interessi (stakeholder)** nel processo di sviluppo del sistema sanitario, nella consapevolezza che il diritto di ottenere un trattamento dignitoso e di alto livello qualitativo si possa garantire solo aumentando la qualità del servizio e la centralità dell'utente, partendo da una concezione organica e umanista della persona.

Nello sforzo di fornire un'assistenza sanitaria più umana e al passo coi tempi, anche in Alto Adige emergono in misura crescente gli **svantaggi di una scarsa partecipazione** dei cittadini: aumenta la domanda di prestazioni sanitarie e servizi inappropriati, scarseggia la disponibilità dei pazienti ad attenersi alle prescrizioni e alle indicazioni terapeutiche (la cosiddetta compliance), c'è poca consapevolezza di quanto efficaci sarebbero gli strumenti di autogestione della salute e della malattia, e nella sanità si attuano raramente dei processi decisionali condivisi.

Eppure, la partecipazione dei pazienti e della popolazione in generale è possibile a **vari livelli**, e per sua natura è inter-settoriale e interdisciplinare.

Concretamente, questa partecipazione può:

- produrre una maggiore consapevolezza individuale della salute, con ricadute positive in termini di prevenzione e appropriatezza;
- riguardare la salute dei singoli pazienti e gli interventi terapeutici;
- interessare servizi sanitari e la qualità delle prestazioni erogate, soprattutto l'accesso alle strutture ospedaliere e specialistiche, la disponibilità di terapie, la riduzione dei tempi d'attesa, il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e di quella prestata sul territorio, e la partecipazione a processi di ricerca clinici e farmacologici;
- assicurare la partecipazione della popolazione e della generalità dei pazienti ai processi decisionali strutturati, per esempio sulla definizione delle priorità, la programmazione e l'organizzazione di servizi sanitari.

Nel periodo di programmazione vanno dunque **potenziati gli organismi, gli strumenti e i canali esistenti**, in particolare:

- consolidando e promuovendo la collaborazione e il coordinamento con associazioni, federazioni, organizzazioni di pazienti o del volontariato e il difensore civico;
- promuovendo l'integrazione e l'armonizzazione delle diverse rivendicazioni e punti di vista a livello provinciale (gestione degli stakeholder), per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema nel suo insieme;
- stabilendo a livello aziendale e in tutto il territorio provinciale delle modalità organizzative e strutturali omogenee e definendo chiaramente i contatti e le competenze in seno alla Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano, per consentire una gestione e un controllo adeguato dei processi informativi, comunicativi e partecipativi;
- dando vita a programmi e progetti speciali per migliorare la qualità interna ed esterna dei servizi erogati dall'Azienda sanitaria, al fine di rendere più umana la sanità.

Inoltre, vanno stabilite le seguenti priorità:

- sviluppare e attuare un approccio integrato alla comunicazione nella sanità a livello di azienda, partendo dagli obiettivi stabiliti dalla politica sanitaria;
- realizzare e potenziare un servizio aziendale di gestione dei reclami, e un sistema di sondaggio tra i pazienti per rilevare il loro grado di soddisfazione;
- introdurre strumenti efficaci di informazione e comunicazione e adottare interventi per potenziare le competenze in materia di comunicazione, soprattutto per migliorare la comunicazione fra gli operatori sanitari e i pazienti;
- svolgere delle campagne specifiche di informazione, prevenzione e empowerment dei pazienti, con un'attenzione particolare per le categorie sociali più emarginate o svantaggiate;
- migliorare l'approccio alle prestazioni adottando nuovi modelli organizzativi e opportunità comunicative (per esempio con la telemedicina);
- sviluppare modelli e strumenti di partecipazione per migliorare i servizi e le prestazioni erogate, e ampliare le competenze individuali in materia di salute.

13 LA PROCEDURA DI PROGRAMMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PSP

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA si evolve costantemente ed è oggetto di una verifica continua degli obiettivi.

Lo scopo di una procedura di programmazione è di garantire una **revisione continua e l'aggiornamento del PSP**, affinché l'**attuazione** del Piano sia **gestita costantemente** nel rispetto delle norme legislative vigenti.

13.1 COME GESTIRE L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO SANITARIO PROVINCIALE

Il PSP vigente contiene le misure da adottare per conseguire gli obiettivi necessari a un'assistenza sanitaria sostenibile e di elevata qualità di tutta la popolazione, e le misure indicate servono proprio a conseguire tali obiettivi. Pertanto, occorre attuare gli interventi previsti con una gestione mirata che stabilisca delle priorità e soddisfi i seguenti requisiti essenziali:

- realizzare correttamente le misure da adottare;
- garantire un ciclo continuo di riflessione;
- fare in modo che i risultati siano costantemente in linea col PSP e/o con le linee d'indirizzo da parte degli organi politici.

La **valutazione annuale del grado di attuazione** del Piano, che costituisce la base per valutare e stabilire le successive misure da adottare, va svolta in base ai seguenti tre criteri:

1. qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni
2. effetti sulla popolazione e sui pazienti
3. effetti economici.

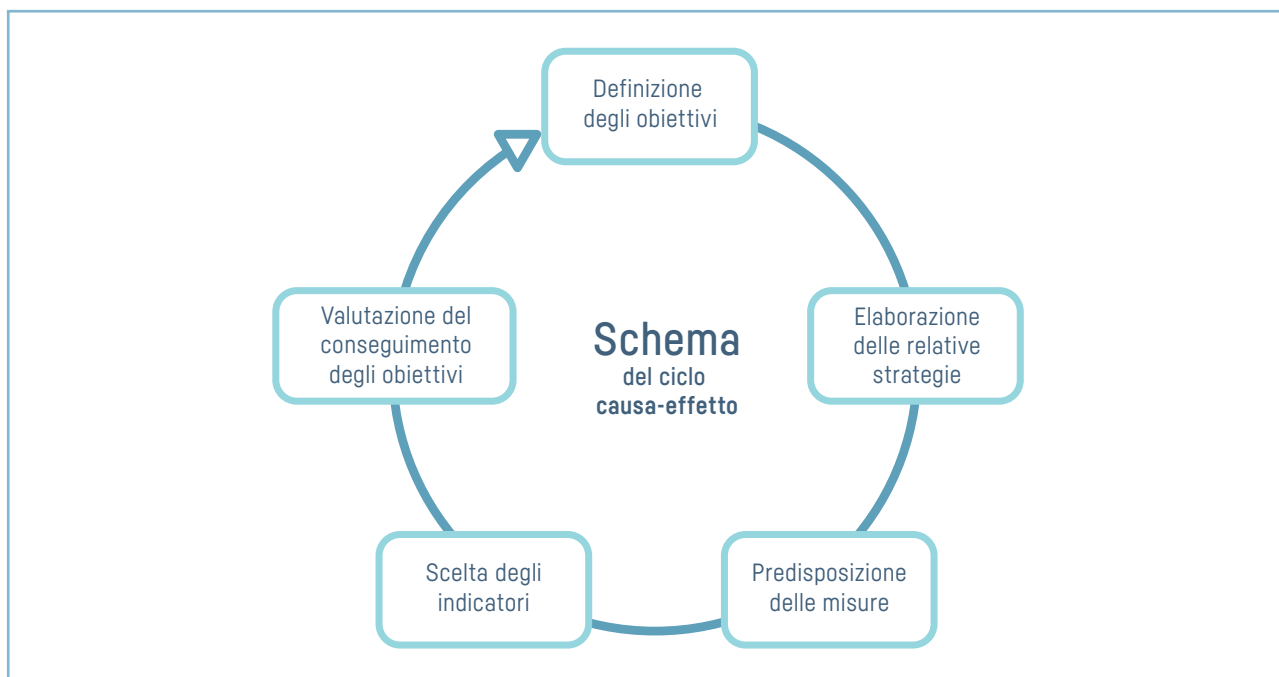
In base alla normativa vigente, stabilita dalla LP n. 7 del 5 marzo 2001, il compito di controllare lo stato d'attuazione del PSP e di elaborare periodicamente proposte per risolvere eventuali problemi che emergono in sede di attuazione del Piano, spetta al "Comitato provinciale per la programmazione sanitaria" (di seguito denominato "**Comitato di programmazione**"). Per esercitare in modo più efficace tale funzione, il Comitato di programmazione ha la facoltà di avvalersi della consulenza di uno o più **esperti esterni**.

Con queste premesse, il Comitato di programmazione, con l'aiuto e le eventuali proposte di esperti esterni, elabora un **rapporto d'attuazione annuale** che – in base a parametri ancora da definire – indica lo stato d'attuazione del piano, rilevi cambiamenti delle normative o dei flussi di pazienti e, se necessario, formula delle **raccomandazioni per adottare adeguamenti attuativi**. Tale rapporto va poi presentato al vaglio della GP che approva la relativa delibera. Il coinvolgimento di esperti esterni nella verifica dell'attuazione e nella formulazione delle raccomandazioni per le misure successive, garantisce una visione più neutrale e tecnicamente fondata nella valutazione continua dell'attuazione del PSP.

La verifica attuativa delle misure

La verifica attuativa delle misure – svolta in base al processo ciclico illustrato dal grafico che segue – serve a garantire che le misure stabilite dal PSP siano effettivamente attuate.

FIGURA 12: SCHEMA DEL CICLO CAUSA-EFFETTO



Per la scelta delle misure è stato elaborato il seguente processo a cascata:

Obiettivo	Strategie	Indicatori	Misure
<p>Garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria capillare, in linea con i bisogni reali, coordinata e di alto livello qualitativo, puntando a un'erogazione integrata e coordinata delle prestazioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fornire prestazioni assistenziali a più livelli, con centri di riferimento, strutture specializzate e assistenza di primo livello; • creare dei servizi assistenziali che rispondano ai cambiamenti demografici, alla diffusione delle patologie e al fabbisogno di cura nella popolazione; • conservare i livelli di qualità dell'assistenza; • ridurre il tasso di ospedalizzazione; • ridurre le giornate di degenza; • garantire un passaggio coordinato e assistito del paziente dall'ospedale al territorio, nel rispetto della continuità dell'assistenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • numero delle strutture e dei servizi territoriali necessari per i percorsi assistenziali, compresi i centri sanitari e sociali, e i posti letto per subacuti e per ricoveri transitori; • presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte delle strutture e dei servizi del territorio, come previsto dai percorsi assistenziali. • numero dei percorsi assistenziali efficaci e lineari; • andamento del saldo dei pazienti • sondaggi nella popolazione e tra i pazienti; • andamento dei ricoveri in ospedale per 1.000 abitanti; • andamento delle giornate di degenza per 1.000 abitanti; 	<p>Come da elenco delle misure</p>
<p>Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni sfruttando il più possibile le sinergie a tutti i livelli (ospedale, territorio, strutture sociosanitarie), sotto il profilo sia medico, sia amministrativo. Evitare tutti i costi amministrativi che non producono benefici diretti per i pazienti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • articolare le prestazioni ospedaliere a più livelli; • sostituire il ricovero ospedaliero con servizi erogati in regime diurno o ambulatoriale; • creare un modello organizzativo aziendale ispirato a principi imprenditoriali. 	<ul style="list-style-type: none"> • grado di avanzamento nell'introduzione dell'assistenza a più livelli; • percentuale delle relative prestazioni erogate; • andamento delle giornate medie di degenza in rapporto allo sviluppo delle prestazioni erogate dal territorio o alle giornate di cura in residenze per anziani e case di cura; • rapporto tra i costi medici diretti e i costi diversi; • grado d'adempimento del modello dei costi standard; 	
<p>Garantire nel tempo la finanziabilità del sistema sanitario, soprattutto considerando il progresso nell'assistenza medica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • strutturare l'assistenza medica in base a criteri di efficacia e di efficienza; • introdurre le innovazioni che migliorano l'assistenza dei pazienti e soddisfano i requisiti dell'efficacia e dell'efficienza. 	<ul style="list-style-type: none"> • rispetto delle linee d'indirizzo sulla spesa sanitaria; • attuazione completa delle innovazioni che migliorano l'assistenza dei pazienti e soddisfano i requisiti dell'efficacia e dell'efficienza; • tasso di recupero dei costi per i pazienti non residenti in Alto Adige. 	

Tabella 6: processo a cascata per l'attuazione del Piano sanitario provinciale

La verifica e la gestione delle misure da adottare consente di valutare il loro rapporto di causalità con le strategie, e quello che intercorre tra gli effetti e gli obiettivi. Se in questa verifica una misura non sortisce i propri effetti, deve essere corretta e adeguata. In questo modo si garantisce uno sviluppo e un adeguamento continuo.

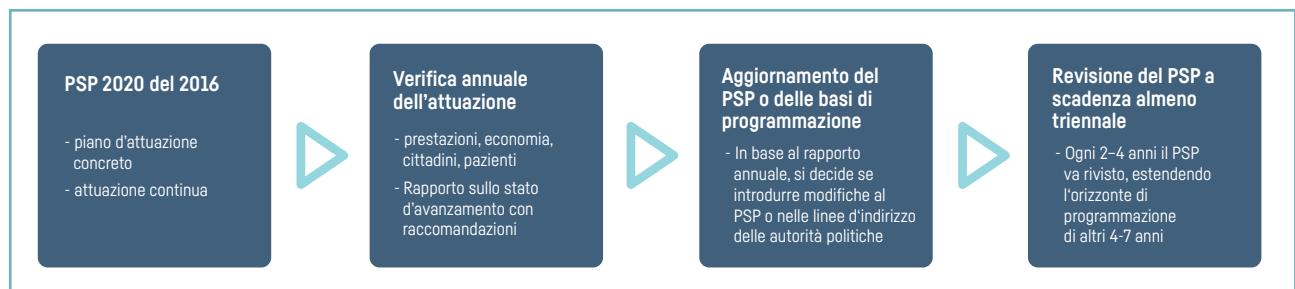
13.2 L'AGGIORNAMENTO DEL PIANO SANITARIO PROVINCIALE

Con la stesura del presente PSP 2016-2020, si sono create le basi per predisporre in futuro i servizi e le prestazioni dell'assistenza sanitaria da erogare alla popolazione altoatesina. Ma per tenere il passo con i cambiamenti continui dell'assistenza medica, e per adeguarsi ai mutati bisogni della popolazione, il PSP va costantemente monitorato e aggiornato.

A tale scopo occorre tenere conto da un lato della **certezza della programmazione per gli erogatori dei servizi**, e dall'altra di come cambia il **fabbisogno di prestazioni sanitarie**.

Oltre agli adeguamenti attuali che emergono direttamente dall'attuazione del PSP, il Piano va comunque rivisto e aggiornato a scadenza di 2-4 anni, estendendo ogni volta l'orizzonte di programmazione di altri 4-7 anni. Nel caso specifico dell'Alto Adige, la prossima revisione del Piano potrebbe avvenire dunque nel 2019, inclusa quella della programmazione dei posti letto in considerazione dell'evoluzione della medicina e della società nonché degli ultimi risultati raggiunti nell'ambito della presente pianificazione, estendendo l'orizzonte di programmazione al 2025.

FIGURA 13: SCHEMA DEL PROCESSO D'ATTUAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PSP



14 SINTESI E PROSPETTIVE

SALUTE 2020

SICUREZZA. ASSISTENZA. QUALITÀ.

Il presente PSP vuole da un lato tracciare le prospettive future dell'assistenza sanitaria in Alto Adige, e dall'altro fornire degli strumenti di gestione. Il PSP è pensato come **quadro di riferimento** per definire l'assistenza sanitaria con una sufficiente certezza programmatica, ma lascia dei margini di flessibilità tali da consentire un adeguamento a eventuali mutamenti del quadro generale di riferimento. Gli **obiettivi** e le **strategie** definite nel Piano garantiranno anche in futuro una qualità elevata dell'assistenza sanitaria.

La sanità del futuro, oltre che fornire un'assistenza di qualità elevata alle persone già malate, dovrà promuovere maggiormente la **prevenzione** e la **responsabilità individuale** dei cittadini, in modo che prima ancora di diventare pazienti, riescano a gestire la propria salute quanto più a lungo possibile con autonomia, senso di responsabilità individuale e consapevolezza.

Per garantire a tutti un'**assistenza appropriata e vicina ai loro luoghi di residenza**, sarà essenziale coordinare e ottimizzare l'erogazione delle prestazioni nella rete dei vari servizi. L'obiettivo è di integrare l'assistenza attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e su una medicina dell'attesa, con un'assistenza sanitaria salutogenetica, propositiva, più rispondente al reale fabbisogno ed erogata da strutture operanti sul territorio, ispirandosi ai principi del **chronic care model** (CCM). Questo modello propone di gestire le patologie croniche coinvolgendo tutte le risorse esistenti nel settore sociale e sanitario, e in generale in seno alla società. È dimostrato che approcci innovativi basati su riscontri scientifici, incentrati su un'interazione efficace fra pazienti informati e un'equipe di specialisti qualificati e proattivi, producono dei risultati migliori in termini di salute.

Un altro presupposto indispensabile per fornire un'assistenza decentrata e capillare è **integrare meglio i servizi sanitari e quelli sociali** per garantire in termini reali la continuità dell'assistenza, promuovendo tutte le iniziative atte a migliorare la collaborazione tra i vari settori, ma anche fra i servizi del territorio e le strutture ospedaliere per l'acuzie. Altrettanto importante è coordinare le prestazioni erogate dalla medicina di base, istituire o potenziare i distretti sanitari e sociali ampliando il ventaglio delle prestazioni che essi offrono, e favorire una collaborazione più stretta fra i diversi servizi. Tutti questi sono presupposti irrinunciabili di un'assistenza efficace e vicina al luogo di residenza, di alto livello qualitativo e accessibile tramite centri o sportelli unici di consulenza.

I pazienti che necessitano di trattamenti in regime di ricovero vanno assistiti da una **rete ospedaliera provinciale** in cui i sette ospedali coordinano fra loro le prestazioni da erogare, nell'interesse dei pazienti e tenendo conto della responsabilità condivisa a livello di Azienda sanitaria. Il coordinamento fra tutte le sedi ospedaliere della provincia garantisce a tutti i cittadini di **accedere con pari diritti** e opportunità a una gamma completa di servizi in tutto il territorio provinciale, passando **senza soluzione di continuità** da una struttura o da un servizio all'altro all'interno della rete. Inoltre, questo sistema assicura un **ventaglio di prestazioni integrato**, ispirato ai principi dell'appropriatezza, della qualità, della sostenibilità e della sicurezza, e fa sì che ciascun paziente possa essere assistito dal cosiddetto "**best point of service**". Il coordinamento delle prestazioni fra più servizi e strutture deve quindi dar vita a un **sistema di assistenza sanitaria a più livelli**, in cui gli interventi e i trattamenti ad alto grado di complessità si erogano prima-

riamente all'ospedale centrale di Bolzano, ma dove al tempo stesso alcune prestazioni ad alta specializzazione possono essere localizzate in comprensori sanitari diversi. Gli ospedali dei comprensori di Merano, Bressanone e Brunico sono organizzati ciascuno come **ospedali a doppia sede operativa**, e in questa forma sono chiamati a garantire l'assistenza dei pazienti acuti nei rispettivi bacini di utenza. Negli ospedali di base vanno adottati e potenziati dei sistemi di assistenza moderni e intersettoriali, per garantire il ruolo importante che queste sedi ospedaliere svolgono nel modello di assistenza a più livelli da realizzare in tutto il territorio provinciale, e per assicurare nel tempo l'efficacia dell'assistenza.

Puntando a una pianificazione sostenibile e lungimirante dell'assistenza sanitaria, il Piano sanitario provinciale contiene anche una serie di principi e criteri di riferimento per la **dotazione di grandi apparecchiature sanitarie** e per la **gestione delle innovazioni** in tutti i settori.

Per attuare efficacemente i principi, gli obiettivi e gli interventi stabiliti dal PSP, il documento prevede espressamente numerosi **interventi di sostegno** (sviluppo del personale, sistemi incentivanti, interconnessione informatica, partecipazione dei cittadini e comunicazione sanitaria), e prescrive una **verifica costante del grado di attuazione** del Piano, da affidare ad esperti esterni.

Nella loro interezza, tutte queste misure puntano a proseguire con coerenza lungo la strada già imboccata per realizzare il sistema sanitario del 2020 e degli anni successivi, rendendo così la sanità dell'Alto Adige efficace, lungimirante, economicamente sostenibile e in grado di soddisfare le esigenze del futuro.

Bolzano, novembre 2016

15 BIBLIOGRAFIA

Barlow J., Wright C., Sheasby J., Turner A., Hainsworth J. (2002): "Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review.", *Patient Education and Counseling*, 48(2):177-87.

Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (2016): Piano provinciale della prevenzione 2016-2018. URL: <http://www.provincia.bz.it/sanita/prevenzione/2564.asp> [aggiornato al 7/4/2016].

Gesundheit Österreich GmbH (2012): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan.

Lecci F., Longo F. (2004): "Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEEA, Milano.

Lega F., Longo F. (2001) "Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto", in *Mecosan*, n. 41.

Longo F. (1998): *ASL, Distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management*, EGEEA Milano.

Longo F. (2002): "Le tendenze degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie", in E. Anessi Pessina, E. Cant (a cura di), *Rapporto OASI 2001, L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEEA Milano.

Longo F. (2003): "Il ruolo delle cure domiciliari nel welfare italiano: attori, strategie, costi, modelli istituzionali e management", in L. Scaffino, S. Casazza, P.M. Zannier, F. Clerici (eds.), *Cure domiciliari. La partnership tra pubblico e privato*, Milano.

Longo F. (2005): "Governance dei network di pubblico interesse: strumenti operativi economico aziendali", Egea, Milano.

NHS, Modernisation Agency and Department of Health, 2002: *Chronic Disease Management*.

Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa: "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali", URL: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>, [aggiornato al 7/6/2016].

Assessorato alla sanità della Provincia autonoma di Bolzano (2015): *Delibera della GP n. 171 del 10.02.2015, Assistenza sanitaria Alto Adige 2020*.

The World Health Report 2001: *Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization, Ginevra.

Wagner et al. (2006): *Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, 365-374.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006): *Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38 (1), 189-192.

16 ALLEGATO A – PIANO DELL’OFFERTA SANITARIA

TABELLA A.1: PIANO DEI POSTI LETTO PER ACUTI

Piano dei posti letto per acuti nelle strutture pubbliche e convenzionate ¹⁾					
Macroambito	Comprensorio sanitario				Totale dei posti letto per macro- ambito
	Bolzano	Bressanone	Brunico	Merano	
Chirurgia	195	118	97	128	538
Ginecologia, ostetricia, pediatria	84	44	36	74	238
Terapia intensiva e subintensiva	14	6	6	9	35
Medicina (comprese le cure intermedie)	349	83	90	157	679
Psichiatria	32	17	14	15	78
Totale dei posti letto per comprensorio	674	268	243	383	1.568
Ripartizione per sede ospedaliera	Sede osp. di Bolzano ²⁾ : 674	Sede osp. di Bressanone ³⁾ : 209 Sede osp. di Vipiteno ⁴⁾ : 59	Sede osp. di Brunico ³⁾ : 200 Sede osp. di San Candido ⁴⁾ : 43	Sede osp. di Merano ³⁾ : 312 Sede osp. di Silandro ⁴⁾ : 71	

¹⁾ Per effetto dei vincoli normativi stabiliti per i reparti di ostetricia, ci può essere una relativa modifica nella distribuzione dei posti letto.

²⁾ Ospedale di livello 2

³⁾ Ospedale di livello 1

⁴⁾ Ospedale di base

TABELLA A.2: NUMERO DELLE DISCIPLINE NEI VARI MACROAMBITI

Macroambito	Numero discipline
Medicina	16
Chirurgia	8
Ginecologia, ostetricia, pediatria	5
Terapia postacuta	3
Terapia intensiva e subintensiva	2
Psichiatria	1

TABELLA A.3: TASSO D'UTILIZZO PROGRAMMATO PER MACROAMBITI

Macroambito	Tasso di utilizzo
Medicina	85%
Chirurgia	80%
Ginecologia, ostetricia, pediatria	75%
Terapia intensiva e subintensiva	75%
Psichiatria	85%

TABELLA A.4: RIPARTIZIONE DELLE DISCIPLINE PER MACROAMBITI

CHIRURGIA
Chirurgia generale
Chirurgia oftalmologica
Chirurgia vascolare
Chirurgia otorinolaringoiatrica
Neurochirurgia
Ortopedia e traumatologia
Urologia
Odontostomatologia e gnatologia
TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA
Astanteria
Terapia intensiva
MEDICINA
Medicina generale
Pronto soccorso
Dermatologia
Patologie endocrine, metaboliche e alimentari
Gastroenterologia
Geriatrica
Ematologia
Malattie infettive e tropicali
Cardiologia
Unità coronarica

Medicina
Nefrologia
Neurologia
Stroke Unit
Oncologia
Pneumologia
GENECOLOGIA, OSTETRICIA E PEDIATRIA
Ginecologia e ostetricia
Terapia intensiva neonatale
Chirurgia pediatrica
Neuropsichiatria infantile
Pediatria
PSICHIATRIA
Psichiatria
RIABILITAZIONE
Lungodegenza
Neuroriabilitazione
Riabilitazione funzionale

TABELLA A.5: PIANO DEI POSTI LETTO PER POSTACUTI

Piano dei posti letto per postacuti nelle strutture pubbliche e convenzionate*				
Comprensorio sanitario	Riabilitazione funzionale [codice 56]	Neuroriabilitazione [codice 75]	Lungodegenza [codice 60]	Totale
Bolzano	93	10	67	170
Merano	42	0	53	95
Bressanone	20	15	28	63
Brunico	20	0	28	48
Totale	175	25	176	376

* annotazione: la ripartizione dei posti letto fra i comprensori sanitari può essere modificata in funzione del reale fabbisogno.

17 ALLEGATO B – RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI

LP 5 marzo 2001, n. 7, “Riordino del servizio sanitario provinciale”

LP 5 novembre 2001, n. 14, “Norme in materia di programmazione, contabilità, controllo di gestione e di attività contrattuale del SSP”

LP 2 ottobre 2006, n. 9, “Modifiche del riordinamento del Servizio sanitario provinciale”

LP 3 luglio 2006, n. 6, “Tutela della salute dei non fumatori e disposizioni in materia di personale sanitario”

LP 15 novembre 2002, n. 14, “Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario”

Gli articoli 39 e 40 della LP 5 marzo 2001, n. 7 e la Delibera della GP del 17 febbraio 2003 n. 406 disciplinano la procedura d'autorizzazione delle strutture sanitarie in cui si erogano prestazioni specialistiche o diverse, in regime ambulatoriale o di assistenza domiciliare, compresa l'assistenza infermieristica, la riabilitazione, la diagnostica strumentale e di laboratorio, come pure l'autorizzazione di liberi professionisti che esercitano attività mediche non complesse nel proprio ambulatorio o a domicilio dei pazienti.

Piano sanitario provinciale 2000-2002 (Delibera della GP n. 3028 del 19 luglio 1999) Livelli essenziali di assistenza (LEA): Decreto

Piano provinciale della prevenzione 2016-2018 (Delibera della GP del 22 dicembre 2015, n. 1546)

Legge 296 del 27 novembre 2006, art. 1, comma. 796 sull'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

LEA (livelli essenziali d'assistenza), Decreto legislativo n. 502 del 1992, modificato con Decreto legislativo n. 229 del 1999, e con la Legge n. 405 del 2001, Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri)

Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, Accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002, e Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2006-2008

Decreto legge del 6 luglio 2012, n. 95, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, detta anche “spending review”, modificata e trasformata nella Legge 7 agosto 2012, n. 135

Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”

Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 concernente la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni in ostetricia.

“Patto per la Salute” 2014-2016 del 10 luglio 2014

Piano sanitario nazionale 2006-2008

Piano nazionale della prevenzione 2014-2018

Piano nazionale della cronicità, Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 15 settembre 2016

Assistenza sanitaria transfrontaliera: Direttiva UE 2011/24, recepita con Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 e con LP 19 giugno 2014, n. 4

Delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016 “Approvazione dei profili di prestazioni delle strutture ospedaliere di base”

A series of 30 horizontal blue lines providing a template for writing, evenly spaced across the page.

www.provincia.bz.it/dipartimenti/welfare

CONTATTI

Palazzo 12

Via Canonico Michael Gamper 1

39100 Bolzano

T +39 0471 41 80 10

F +39 0471 41 80 09

welfare@provinz.bz.it