

## **3.2. Area ospedaliera**

I servizi dell'area ospedaliera garantiscono ai cittadini residenti e non l'erogazione:

- a. di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti e post acuti non stabilizzati
- b. di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica erogate dalle strutture ambulatoriali, poliambulatoriali e da altri servizi specialistici di livello aziendale e interaziendale.

### **3.2.1. Assistenza ospedaliera in regime di ricovero**

L'assistenza ospedaliera garantisce l'accesso ai ricoveri per trattare condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

In Alto Adige l'assistenza ospedaliera è erogata da:

- presidi ospedalieri pubblici, articolati su tre livelli (centrale, aziendale, di base)
- case di cura e strutture di ricovero private accreditate.

Tali strutture garantiscono l'erogazione di:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario
- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero diurno (Day-Hospital)
- prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie in regime di ricovero.

L'unità operativa di recupero e riabilitazione funzionale (riabilitazione post-acuzie) svolge attività diagnostico-prognostica, sia di tipo clinico che funzionale esclusivamente in fase post-acuta, e terapeutico riabilitativa, per pazienti trasferiti da altri reparti ospedalieri, che necessitano di interventi riabilitativi intensivi connessi a patologie disabilitanti di tipo neurologico, ortopedico e traumatologico, reumatologico. Generalmente il paziente viene sottoposto ad almeno 3 ore di terapia specifica (fisioterapia, logopedia, ergoterapia, assistenza neuropsicologica ecc.). L'assistenza medica e infermieristica viene garantita 24 ore al giorno e la durata massima della degenza è di norma fissata in 60 giornate. Tale limite non si applica ai primi ricoveri di gravi patologie che vanno collocate negli appositi centri di riabilitazione ad alta specializzazione (paraplegie, gravi traumi cranio-encefalici, gravi politraumatizzati, ecc.)

La lungodegenza post-acuzie è un'assistenza riabilitativa e medica meno intensiva rivolta a pazienti affetti da polipatologie o da disabilità non stabilizzate. Il paziente viene sottoposto generalmente ad almeno 1 ora di terapia specifica (fisioterapia, logopedia, ergoterapia, assistenza neuropsicologica ecc.) e la durata massima della degenza è di norma fissata in 60 giornate. In seguito a una lungodegenza post-acuzie il paziente può essere dimesso al domicilio per potere continuare il trattamento in ambulatorio oppure può essere assistito nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Se il paziente è un lungodegente stabilizzato viene preferibilmente dimesso al proprio domicilio oppure trasferito nelle apposite strutture.

Le principali innovazioni introdotte dalla nuova normativa in materia ospedaliera, da considerare ai fini delle prescrizioni di piano, sono almeno le seguenti:

- a. tariffazione delle prestazioni di ricovero secondo tariffari regionali/delle province autonome
- b. tariffe riferite alle seguenti unità di prodotto:
  - b1) eventi di ricovero-ospedale per acuti, classificati secondo il criterio isorisorse DRG o ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)
  - b2) eventi di ricovero (giorno o ciclo) in regime di Day-Hospital (compreso il Day-surgery), classificati secondo gruppi DRG o ROD
  - b3) giornata di degenza per eventi di ricovero in regime di riabilitazione post-acuzie, con fasce tariffarie per raggruppamento di categorie diagnostiche principali
  - b4) giornata di degenza per eventi di ricovero in regime di lungodegenza post-acuzie
- c. libera scelta da parte del cittadino della struttura di ricovero, nell'ambito dei vincoli stabiliti dal piano preventivo annuale della produzione sanitaria;
- d. oneri a carico dell'azienda sanitaria per tutti i ricoveri effettuati dai residenti del corrispondente territorio nelle proprie strutture ospedaliere, in strutture ospedaliere di altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, compresa l'Austria, o nella forma dell'assistenza indiretta;
- e. compensazione a livello della azienda sanitaria di tutta la mobilità attiva e passiva dei ricoveri;
- f. mobilità passiva tutta a carico dell'azienda sanitaria; introito aggiuntivo rispetto a quello previsto dalla quota capitaria per tutta la mobilità attiva, in base ai tariffari applicabili ai soggetti erogatori;
- g. recupero di mobilità passiva da parte dell'azienda come criterio per migliorare l'accessibilità e per utilizzare al meglio le strutture esistenti;
- h. mobilità attiva per i presenti non residenti e per garantire comunque libertà di scelta ai cittadini, nonché per realizzare il pieno utilizzo delle potenzialità produttive e dei relativi costi fissi.

In questo quadro, tenendo anche conto della specifica situazione territoriale, demografica e sociale dell'Alto Adige, è necessario distinguere chiaramente le prescrizioni di piano in due classi:

1. prescrizioni che riguardano le strutture ospedaliere e la relativa produzione assistenziale di ricoveri
2. prescrizioni che si riferiscono invece al ricorso alle prestazioni di ricovero ospedaliero (ovunque effettuate) da parte dei residenti nel territorio delle singole aziende sanitarie e nel territorio provinciale.

### Le strutture ospedaliere

L'assistenza ospedaliera pubblica viene erogata in Alto Adige da strutture suddivise in tre livelli: di base, aziendale e specialistica. Il quarto livello altamente specializzato viene garantito soprattutto dalle cliniche universitarie di Innsbruck, Verona o da altre istituzioni universitarie.

I presidi ospedalieri pubblici sono perciò articolati nei seguenti tre livelli operativi:

- a. Ospedale centrale, nel quale sono attivate oltre alle funzioni di base e intermedie, anche funzioni specialistiche di livello superiore, comunque compatibili con il livello territoriale e demografico della Provincia nel suo complesso.
- b. Ospedali aziendali, che comprendono oltre alle funzioni di base, anche discipline specialistiche compatibili con il territorio e la dimensione demografica dell'azienda sanitaria.
- c. Ospedali di base, nei quali sono attive solo funzioni di base.

Il livello assistenziale di base, garantito dagli ospedali di Silandro, Vipiteno e San Candido, offre una gamma di prestazioni che non richiedono in genere mezzi tecnico-strumentali dispendiosi.

Negli ospedali di base vengono effettuati interventi chirurgici, che consentono l'estubazione poco tempo dopo l'intervento. Poi, a seconda del fabbisogno, tali pazienti vengono sorvegliati attraverso il monitoraggio dei parametri vitali. A tale scopo viene istituita un'unità centrale di sorveglianza per pazienti che hanno subito un intervento chirurgico e che si trovano in uno stato critico. I pazienti con necessità di supporti respiratori per tempi più lunghi (più di sei ore) vengono trasferiti presso ospedali dotati di reparti di terapia intensiva.

L'assistenza di secondo livello viene garantita dagli ospedali di Merano, Bressanone e Brunico, presso i quali oltre ai reparti di base sono attivi anche alcuni reparti e servizi specialistici.

Per l'assistenza di pazienti che abbisognano di cure mediche intensive, è previsto negli ospedali aziendali un reparto di terapia intensiva polivalente (assistenza medica e infermieristica 24 ore su 24).

Fondamentalmente è auspicabile l'annessione funzionale al reparto di terapia intensiva di un'unità di sorveglianza per pazienti in stato critico per tutte le patologie. In questo modo possono essere risparmiate risorse e al contempo viene garantita un'assistenza ottimale. Presso l'ospedale di Merano inoltre è prevista un'unità di terapia intensiva cardiologica.

Poiché le aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico dispongono sia di un ospedale di base che di un ospedale aziendale, essi devono essere coordinati tra loro in un'unica area ospedaliera. Il responsabile dell'area ospedaliera delle aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico ha il compito di coordinare i presidi ospedalieri della propria azienda e controllare che il piano aziendale delle competenze attribuite ai singoli ospedali, tenuto conto degli aspetti tecnici, medico-legali, etici ed economici, venga rispettato.

Il terzo livello assistenziale, comprendente ulteriori discipline specialistiche viene erogato dall'ospedale centrale di Bolzano.

Presso l'ospedale centrale di Bolzano è prevista per l'assistenza di pazienti che abbisognano di cure mediche intensive, accanto alla terapia intensiva cardiologica e neonatale, una terapia intensiva polivalente (assistenza medico e infermieristica 24 ore su 24). Inoltre, annessa a tale terapia intensiva polivalente, è prevista l'attivazione di un'unità di terapia subintensiva per

l'assistenza centrale di pazienti in stato critico per tutte le patologie. Un'ulteriore unità di terapia subintensiva è collocata presso i reparti di pneumologia, cardiologia e pediatria.

La sorveglianza di pazienti in stato critico presso i singoli reparti è garantita attraverso il monitoraggio dei parametri vitali, in quanto tali pazienti non siano trasferiti presso le unità centrali di terapia intensiva e subintensiva. In situazioni di necessità cliniche particolari e, nel caso in cui non esistano nei reparti (come ad esempio nei reparti di chirurgia vascolare e toracica, neurochirurgia, chirurgia generale e gastroenterologia) unità interne di sorveglianza, un punto di distribuzione centrale assegna ai reparti le unità di monitoraggio per la sorveglianza dei parametri vitali di pazienti gravi.

Qualora sussistano oggettive necessità e specifiche conoscenze specialistiche e al contempo non si richieda un aumento significativo di risorse, negli ospedali aziendali e di base possono essere svolte attività di tipo specialistico affini alle discipline specialistiche ivi previste dal Piano.

In caso di particolare opportunità, sentito il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria, prestazioni erogate da una disciplina specialistica, prevista solo nell'ospedale centrale di Bolzano, possono essere espletate in regime di degenza o ambulatoriale anche presso gli ospedali aziendali e/o di base di altre aziende sanitarie della Provincia. In analogia a quanto sopra, all'interno delle aziende sanitarie, la direzione generale può estendere l'erogazione di prestazioni di competenza dell'ospedale aziendale all'ospedale di base. In entrambi i casi l'attività è comunque coordinata da parte del responsabile dell'unità operativa di riferimento.

I direttori generali e i direttori sanitari delle quattro aziende sanitarie devono provvedere affinché gli ospedali dei tre livelli assistenziali collaborino tra loro.

Il quarto livello può essere richiesto quando sono necessarie prestazioni altamente specializzate, erogate a livello universitario.

Nel successivo prospetto 3.2.5 sono riportati i reparti ed i servizi che devono essere attivati negli ospedali pubblici della Provincia.

Nella logica economica dei bacini minimi di utenza, assumono rilievo accordi di coproduzione di prestazioni ospedaliere con istituzioni anche esterne al territorio della provincia, lungo l'asse sud-nord, in una dimensione anche transfrontaliera nello spirito degli accordi di Madrid. In questa prospettiva trovano motivazione: gli accordi tra la Provincia di Bolzano e di Trento che hanno previsto l'istituzione della cardiocirurgia a Trento e della neurochirurgia a Bolzano, oltre all'ematologia già funzionante, la richiesta di Trento di essere considerata parte integrante del sistema dei prelievi di organi da cadavere a scopo di trapianto terapeutico, la verifica di fattibilità dell'istituzione a Vipiteno di un centro di alta specializzazione di neuroriabilitazione con la partecipazione tecnico-scientifica dell'organizzazione delle cliniche riunite del Tirolo (TILAK).

I presidi ospedalieri pubblici sono distribuiti tra le aziende sanitarie come segue:

#### 1. Azienda Sanitaria di Bolzano

- Ospedale centrale di Bolzano
- 2. Azienda Sanitaria di Merano
- Ospedale aziendale di Merano
- Ospedale di base di Silandro
- 3. Azienda Sanitaria di Bressanone
- Ospedale aziendale di Bressanone
- Ospedale di base di Vipiteno
- 4. Azienda Sanitaria di Brunico
- Ospedale aziendale di Brunico
- Ospedale di base di San Candido

Inoltre, per assicurare una completa assistenza sanitaria ai cittadini nel rispetto delle relative caratteristiche etnico-linguistiche, le aziende sanitarie sono autorizzate anche ad utilizzare per i propri residenti servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri ubicati in Austria, qualora questi non possano essere garantiti dal servizio sanitario locale, nell'ambito di accordi convenzionali stipulati dalla Provincia con istituzioni austriache. L'azienda sanitaria che ha in cura pazienti residenti in altre aziende della Provincia per i quali sia motivato il ricorso alle strutture convenzionate austriache, può assumere direttamente la decisione motivata di utilizzo di queste ultime.

Ai sensi dell'articolo 7 del D.P.R. nr. 197 del 26.01.1980, possono essere stipulate apposite convenzioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie con cliniche universitarie e strutture sanitarie pubbliche o private austriache.

Al 31.12. 1998 sono attive convenzioni per l'assistenza di pazienti altoatesini con i seguenti enti:

1. Clinica universitaria di Innsbruck per tutti gli interventi diagnostici o terapeutici in casi clinici che, per il loro alto contenuto scientifico-tecnologico e/o la complessità degli interventi, richiedano l'intervento di una struttura universitaria
2. "Landesnervenkrankenhaus Hall" in Tirolo, per il recupero dei soggetti affetti da turbe psichiche e per tossicodipendenti
3. Land Vorarlberg per il "Landesnervenkrankenhaus Rankweil" per la cura e riabilitazione dei soggetti affetti da turbe psichiche
4. "Psychiatrische Rehabilitation, Bregenz GmbH, con sede a Bregenz per la cura e riabilitazione dei soggetti affetti a turbe psichiche

5. "Steiermärkische Krankenanstalten Ges.m.b.H." con sede a Murau per la cura di bambini con motolesioni di origine cerebrale (in vigore non appena sarà stipulata la convenzione)
6. "öffentliches Landeskrankenhaus Natters", per cure tisi-pneumologiche
7. Land Salzburg per le "Landeskrankenanstalten Salzburg" per interventi cardiocirurgici e per interventi di labio-palatoschisi
8. "Allgemeine Unfallversicherungsanstalt" con sede a Vienna, per i propri centri specializzati, per le cure riabilitative in conseguenza di infortuni e traumi, nonché per la cura di malattie neurologiche inabilitanti
9. Ospedale "Stiftung Maria Ebene" con sede a Frastanz (Vorarlberg), per la cura e riabilitazione degli alcolisti e dei tossicodipendenti
10. Istituto "Anton Proksch" di Vienna, per la cura e riabilitazione degli alcolisti
11. "Verein Kit - Rehabilitationseinrichtung", con sede a Steinach, per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti
12. "Gesellschaft - Pro Mente Oberösterreich", con sede a Linz, per "Langzeittherapiestation Erlenhof" per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti
13. "Landsverband für Psychohygiene im Bundesland Salzburg" con sede a Salisburgo, per la cura e la riabilitazione degli alcolisti
14. Evangelische Stiftung - De La Tour, con sede a Treffen (Kärnten), per "Krankenhaus De La Tour", per la cura e riabilitazione degli alcolisti
15. "Stiftung Rehabilitation nach Organtransplantation", con sede a Stronach presso Lienz (Osttirol), per la cura e riabilitazione dei bambini e giovani che hanno subito un trapianto degli organi
16. "Haus am Seespitz" a Maurach/Nordtirol per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti (in vigore non appena sarà stipulata la convenzione).

Il ricorso a strutture austriache o a strutture private può essere motivato oltre che da complessità e specificità della casistica, anche dall'esigenza di garantire ai cittadini l'accesso alle prestazioni entro adeguati limiti di tempo, in accordo con la normativa provinciale.

Nel periodo di validità del Piano sarà definito il ruolo dell'Infermeria di Sarentino, tenendo conto delle particolari condizioni orografiche e di accessibilità del territorio.

Per le case di cura private sono previste le procedure dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattazione locale secondo direttive che la Giunta provinciale emanerà, anche in relazione agli indirizzi di livello nazionale.

Attualmente le strutture private autorizzate operanti in Provincia sono:

1. Azienda Sanitaria di Bolzano

- Casa di cura "L. Bonvicini"
- Casa di cura "Villa Melitta"
- Casa di cura "Grieserhof"
- Casa di cura "S. Maria"
- Infermeria Sarentino

2. Azienda Sanitaria di Merano

- Casa di cura "Villa S. Anna"
- Casa di cura "Fonte San Martino"

3. Azienda Sanitaria di Bressanone

- Casa di cura "von Dr. Guggenberg"

Alcune delle case di cura private sono anche provvisoriamente accreditate e sono inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria:

- Case di cura "L. Bonvicini" e "Villa Melitta" per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie
- Casa di cura "S. Maria", per ricoveri per acuti nel reparto di odontostomatologia
- Casa di cura "Villa S. Anna", per ricoveri per acuti nel reparto di medicina.

Durante il periodo di piano il fabbisogno massimo di posti letto per acuzie e post acuzie privati utilizzabili nei piani preventivi annuali ammonta a 392 unità.

Al 31.12.1998 i posti letto inseriti nei piani preventivi annuali ammontano a 174 unità.

L'accesso al ricovero nelle altre strutture private da parte dei residenti in Provincia è sostenuto dal Servizio sanitario provinciale attraverso la forma dell'assistenza indiretta.

Posti letto dei presidi ospedalieri pubblici

Gli ospedali gestiti dalle aziende sanitarie sono strutture destinate alla produzione pubblica di ricoveri, rivolta a soddisfare la domanda che proviene da residenti e da non residenti nel territorio delle aziende sanitarie della provincia.

**3.2.1. Distribuzione dei posti letto attivi al 1998 e previsti in strutture ospedaliere pubbliche e in strutture private per azienda sanitaria e per area di erogazione di prestazioni**

Ospedali Pubblici	Aziende sanitarie										
	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Provincia		
	Attiv i	Previst i	Attiv i	Previst i	Attiv i	Previst i	Attiv i	Previst i	Attiv i	Previst i	
<b>Acuti</b>	1016	905	488	427	397	355	353	349	2254	2083	
<b>Riabilitazione post acuzie</b>		47	20	38		28		26	20	139	
<b>Lungodegenza post acuzie</b>				20		22		19		61	
<b>TOTALE POSTI LETTO ACUTI</b>	<b>1016</b>	<b>905</b>	<b>488</b>	<b>427</b>	<b>397</b>	<b>355</b>	<b>353</b>	<b>349</b>	<b>2254</b>	<b>2083</b>	
<b>TOTALE POSTI LETTO POST-ACUZIE</b>		<b>47</b>	<b>20</b>	<b>58</b>		<b>50</b>		<b>45</b>	<b>20</b>	<b>200</b>	
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>1016</b>	<b>952</b>	<b>508</b>	<b>485</b>	<b>397</b>	<b>405</b>	<b>353</b>	<b>394</b>	<b>2274</b>	<b>2236</b>	
								<b>Posti letto acuti 1.000 ab.</b>		<b>4,9</b>	<b>4,53</b>
								<b>Posti letto post acuzie * 1.000 ab.</b>		<b>0,04</b>	<b>0,43</b>
								<b>Posti letto totali * 1.000 ab.</b>		<b>4,94</b>	<b>4,96</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO PRIVATI PER ACUZIE E POST-ACUZIE</b>											
<b>INSERITI NEI PIANI DI PRODUZIONE</b>					<b>FABBISOGNO MASSIMO PREVISTO</b>						
<b>174</b>					<b>392</b>						

Nel prospetto 3.2.1 figurano:

- i dati sulla situazione dei posti letto negli ospedali pubblici al 1998 per azienda sanitaria e regime di ricovero (acuti e riabilitazione e lungodegenza post-acuta)
- i dati sui fabbisogni di posti letto previsti alla fine del piano in relazione alla presumibile domanda di ricovero di residenti e non residenti
- i dati sul numero di posti letto privati inseriti nei piani di produzione
- i dati sul fabbisogno massimo previsto di posti letto privati.

I risultati della tabella sono il frutto di uno studio analitico sulle tendenze evolutive della domanda di ricovero ospedaliero, svolto nel corso del 1998, presso le strutture pubbliche della Provincia, con l'intento di produrre una guida di riferimento per le scelte delle aziende sanitarie.

Come si può vedere dalla tabella i posti letto per acuti previsti rappresentano il 4,5 per 1.000 abitanti (rapporto inferiore a quello iniziale), a cui si aggiunge uno 0,43 per 1.000 abitanti di posti letto post-acuzie.

Nel successivo prospetto 3.2.2. sono riportati alcuni indicatori di efficienza della produzione ospedaliera pubblica e di mobilità attiva. La valutazione della produzione in termini DRG equivalenti è stata effettuata adottando un sistema di pesi basato sul rapporto tra le tariffe del tariffario nazionale. Nel complesso appare una buona funzionalità ospedaliera, coerente con i parametri stabiliti a livello nazionale, con una moderata variabilità tra le situazioni delle quattro aziende.

La mobilità attiva, considerata a livello aziendale, incide per il 22% del totale della produzione ospedaliera pubblica, con una punta del 38% per l'azienda sanitaria di Bressanone.

### **3.2.2. Indicatori di efficienza e di mobilità attiva calcolati per le strutture ospedaliere pubbliche, per azienda sanitaria - Anno 1998**

<b>Indicatori</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Merano</b>	<b>Bressanone</b>	<b>Brunico</b>	<b>Provincia</b>
<b>1. Durata media della degenza (giorni)</b>	7,4	6,7	6,3	5,9	6,8
<b>2. Tasso di occupazione dei posti letto (%)</b>	83%	77%	82%	77%	80%
<b>3. Intervallo di turn-over (giorni)</b>	1,8	2,4	1,4	1,9	1,8
<b>4. Indice di rotazione (%)</b>	36%	36%	46%	45%	39%
<b>5. Percentuale di ricoveri di un giorno</b>	15,4%	14,0%	18,2%	19,4%	16,4%
<b>6. Percentuale di ricoveri oltre la soglia Drg specifica</b>	1,7%	1,5%	1,6%	1,2%	1,6%
<b>7. Ricoveri DRG equivalenti su ricoveri effettivi (peso medio dei ricoveri)</b>	0,95	0,86	0,81	0,79	0,87
<b>8. Durata media della degenza per unità di ricovero equivalente (giorni)</b>	7,8	7,8	7,7	7,5	7,7

<b>9. Indice di case-mix (standard Italia 1996)</b>	1,13	1,03	0,97	0,94	1,04
<b>10.Indice comparativo di performance (standard Italia 1996)</b>	0,85	0,85	0,85	0,82	0,85
<b>11.Percentuale di ricoveri di non residenti nell'azienda sul totale dei ricoveri nei presidi pubblici della azienda medesima</b>	9,5%	3,6%	27,0%	10,5%	12,0%
– Resto della Provincia	18,6%	9,9%	38,1%	28,0%	22,4%
– Provincia, resto d'Italia ed estero					
<b>12.N. di ricoveri in day-hospital</b>	2.013		90		2.103

Ricorso ai servizi di ricovero ospedaliero da parte dei residenti e mobilità passiva

Il livello di utilizzo delle prestazioni di ricovero ospedaliero con oneri a carico del servizio sanitario provinciale da parte dei residenti nel territorio di ciascuna azienda sanitaria, ovunque e da chiunque erogate, assume grande rilievo ai fini delle prescrizioni del piano sanitario. Si tratta, infatti, di prestazioni che l'azienda deve pagare con il fondo assegnato sulla base della quota capitaria. Nel prospetto 3.2.3. sono riportati alcuni indicatori di ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti nelle quattro aziende sanitarie e di dimensione della mobilità passiva.

**3.2.3. Indicatori di ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti e di mobilità passiva- Anno 1998**

<b>Indicatori</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Meran</b>	<b>Bressanon</b>	<b>Brunico</b>	<b>Provincia</b>
<b>1. Tasso di ospedalizzazione dei residenti</b>	204,3	200,0	221,1	208,5	206,1
<b>2. Percentuale di ricoveri di residenti presso ospedali pubblici dell'azienda</b>	78,3%	79,3%	87,2%	86,1%	81,2%
<b>3. Percentuale di giornate di degenza di residenti in ospedali pubblici dell'azienda</b>	76,4%	66,3%	87,8%	86,7%	76,5%
<b>4. Mobilità passiva (% di ricoveri sul totale ricoveri dei residenti)</b>					
– Verso ospedali pubblici di altre ASL della Provincia	11,4%	12,1%	10,6%	12,3%	11,6%
– Verso strutture private provinciali	8,4%	7,2%	1,4%	0,8%	5,8%
– Verso strutture austriache	2,0%	3,8%	5,2%	4,1%	3,2%
– Verso altre strutture ospedaliere fuori Provincia	6,7%	2,8%	1,4%	1,6%	4,1%
<b>5. Nr. Posti letto equivalenti per 1000 residenti (in base ai ricoveri attuali di residenti)(*)</b>	5,7	6,0	5,5	4,8	5,6
<b>6. Tasso di ospedalizzazione dei residenti in termini DRG equivalenti con equivalenza tariffaria e standardizzazione demografica (**)</b>	211	205	184	186	202
<b>7. Tasso di ospedalizzazione dei</b>	162	160	157	157	160

<b>residenti in termini DRG equivalenti con equivalenza tariffaria e standardizzazione demografica, assunto come obiettivo per l'epoca finale del piano (***)</b>					
---	--	--	--	--	--

(\*) Giornate di degenza effettive, tasso di occupazione 0,8.

PL equivalenti =  $(TO(eq) * popolazione * 7,8 \text{ (degenza media)}) / (365 * 0,8)$

(\*\*) Utilizzo di pesi DRG basati sul tariffario nazionale; ulteriore equivalenza per ricorsi esterni basata sulle somme effettivamente pagate; standardizzazione demografica in base a coefficienti di ricorso al ricovero differenziato per classe di età forniti dal Ministero della sanità.

(\*\*\*) Tasso basato sul parametro 160 ricoveri per 1000 abitanti, intesi come ricoveri DRG equivalenti.

Nel complesso, la Provincia presenta una mobilità attiva superiore a quella passiva (10,4% contro 7,2%).

Il tasso di ricorso alle prestazioni di ricovero ospedaliero (acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza post-acuzie), pari a 202 ricoveri equivalenti per 1000 abitanti residenti, supera quello previsto a livello nazionale, pari a 160 ricoveri per 1000 abitanti. Lo scarto è di circa 42 punti per 1000 abitanti, più forte nelle aziende di Bolzano e di Merano.

L'attuale utilizzo da parte dei cittadini altoatesini delle strutture private operanti in Provincia emerge dai dati riportati nel prospetto 3.2.4.

### 3.2.4 Indicatori calcolati per le strutture private per azienda sanitaria - Anno 1998

Indicatori	Bolzano	Merano	Bressanon	Brunic	Provinci
			e	o	a
<b>a) Ricoveri e giornate di degenza di residenti in strutture private provvisoriamente accreditate della Provincia inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (*)</b>	1.186	76	3	6	1.271
a1) n. ricoveri	38.187	1.960	96	260	40.503
a2) n. giornate di degenza	32,2	25,8	32	43,3	31,9
a3) degenza media					
<b>b) Ricoveri e giornate di degenza di residenti in strutture private provvisoriamente accreditate della Provincia inserite nel piano preventivo annuale della produzione sanitaria per l'acuzie (**)</b>	379	807	1	2	1.189
b1) n. ricoveri	7.308	12.687	20	3	20.018
b2) n. giornate di degenza	19,3	15,7	20	1,5	16,8
b3) degenza media					
<b>c) Ricoveri e giornate di degenza di residenti in strutture private autorizzate</b>					

<b>della Provincia non ancora accreditate (***)</b>	3.124	913	194	107	4.338
c1) n. ricoveri	32.275	28.742	1.786	1.140	63.943
c2) n. giornate di degenza	10,3	31,5	9,2	10,6	14,7
c3) degenza media					

(\*) Sono inclusi i ricoveri delle case di cura "L. Bonvicini" e "Villa Melitta". Sono tuttavia esclusi i ricoveri di lungodegenti stabilizzati avvenuti nella casa di cura "L. Bonvicini".

(\*\*) Sono inclusi i ricoveri delle case di cura "S. Maria", per l'odontostomatologia, "Villa S. Anna" per la medicina e dell'Infermeria Sarentino.

(\*\*\*) Sono inclusi i ricoveri delle case di cura private non ancora accreditate (S. Maria e Villa S. Anna per la parte non ancora accreditata, Fonte san Martino e Grieserhof).

### La dimensione delle strutture di degenza ospedaliera

I traguardi di funzionalità e di dimensione dell'area ospedaliera da realizzare entro il periodo di piano nell'ambito delle singole aziende sanitarie devono tener conto di:

- a) parametri fissati a livello nazionale
- b) tendenze evolutive presenti nel contesto europeo
- c) particolari condizioni demografiche e orografiche del territorio
- d) situazione di partenza del ricorso all'ospedale da parte dei cittadini e della operatività delle strutture ospedaliere operanti nel territorio
- e) evoluzione dei servizi extraospedalieri, in particolare dei servizi di medicina di base e dell'assistenza domiciliare, nonché della disponibilità di posti letto per lungodegenti stabilizzati
- f) sviluppo delle tecnologie assistenziali in ambito ospedaliero, per quanto riguarda sia trattamenti effettuati in regime di ricovero, sia interventi realizzati dai servizi specialistici.

La tendenza generale prefigura comunque una progressiva riduzione dei parametri di disponibilità dei posti letto per acuti, legata a varie condizioni evolutive del sistema sanitario:

- a) sviluppo di dimensione e di funzionalità dei servizi territoriali, in particolare della assistenza domiciliare integrata, della specialistica ambulatoriale, delle dimissioni protette, della ospedalizzazione a domicilio, dell'assistenza sanitaria residenziale e della prevenzione;
- b) cambiamenti nelle tecnologie di intervento ospedaliero, che consentono la progressiva estensione di forme di intervento del tipo day-hospital e day surgery e comunque la riduzione della permanenza media in ospedale;
- c) evoluzione delle modalità organizzative dell'ospedale, tendenti a garantire una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, reso più flessibile attraverso forme di aggregazione delle unità operative in aree omogenee e dipartimenti.

Le prescrizioni dei traguardi da realizzare progressivamente entro la fine dell'anno 2002 sono distinte in due classi:

- a) prescrizioni relative all'utilizzo del ricovero ospedaliero da parte dei residenti nel territorio dell'azienda, i cui oneri sono a carico del fondo sanitario aziendale, alimentato dal finanziamento provinciale secondo quota capitaria;
- b) prescrizioni relative alla funzionalità delle strutture ospedaliere pubbliche, la cui produzione di ricoveri per non residenti nel territorio dell'azienda alimenta un flusso aggiuntivo di finanziamento per l'azienda.

a) Ricoveri dei residenti

Viene prescritto per l'anno finale del piano il parametro medio provinciale di 160 ricoveri DRG equivalenti per 1000 abitanti, da standardizzare secondo la struttura demografica della popolazione residente nel territorio delle aziende e tenendo conto del sistema tariffario in vigore. Il traguardo comporta in tutte le aziende una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione dei residenti, che nel 1998 era in media di 202 ricoveri DRG equivalenti per 1000 abitanti. La riduzione prevista é di circa 14 ricoveri per 1000 abitanti l'anno, pari a circa il 7% in meno all'anno dei ricoveri iniziali DRG equivalenti di residenti.

Nel complesso, sempre con riferimento all'epoca finale del piano, i posti letto equivalenti utilizzati dalle aziende sanitarie per i ricoveri dei residenti nel proprio territorio in strutture pubbliche e private accreditate, o comunque utilizzati anche nella forma della assistenza ospedaliera indiretta, non deve superare i 5,5 posti letto per 1000 abitanti, comprese le esigenze di ricovero per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Nel triennio le aziende sanitarie devono inoltre assumere iniziative rivolte alla riduzione progressiva della mobilità passiva evitabile.

Il ricorso da parte dei residenti alle strutture private ubicate nel territorio provinciale avviene nell'ambito dell'istituto dell'accreditamento, tramite opportuni rapporti tra le aziende sanitarie e soggetti accreditati, sulla base di un piano preventivo annuale concordato a livello provinciale. Tale piano deve prevedere prescrizioni riferite almeno ai seguenti elementi: quantità di prestazioni da erogare, tariffe da applicare, tipologia e procedure informative e di controllo da utilizzare.

Nell'assistenza ospedaliera indiretta, il rimborso non potrà essere superiore ad una quota parte delle tariffe previste a livello provinciale per i ricoveri ospedalieri da stabilirsi annualmente da parte della Giunta provinciale.

La quota parte dei letti da destinare a ricoveri per riabilitazione e lungodegenza post acuzie va limitata ai reali fabbisogni valutati secondo criteri da definire a livello provinciale, evitando forme di squilibrio tra ricoverati in regime ospedaliero e ricoverati in regime residenziale. Con

successivo atto la Giunta provinciale provvederà a definire i criteri da utilizzare per valutare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in regime di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

#### b) Prescrizioni riguardanti la funzionalità delle strutture pubbliche ospedaliere

I traguardi da realizzare in ciascuna azienda sanitaria entro l'epoca finale del piano sono i seguenti:

1. grado di occupazione dei posti letto non inferiore all'80% a livello aziendale;
2. durata media della degenza dei ricoveri per acuti non superiore agli 8 giorni per i ricoveri DRG equivalenti;
3. tasso operatorio pari ad almeno il 70% dei ricoveri in reparti di chirurgia, con almeno 1000 interventi chirurgici anno per sala operatoria
4. almeno 300 parti anno per ospedale
5. una parte dei posti letto (tendenzialmente il 10 % dei posti letto per acuti) deve essere utilizzata nella forma del day-hospital medico e chirurgico.

Nel periodo di vigenza del Piano, la dimissione protetta e l'ospedalizzazione a domicilio dovranno costituire per ogni azienda sanitaria oggetto di sperimentazione, incentivate nella forma della sperimentazione gestionale.

E' compito dell'azienda attuare forme concrete di verifica della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, nelle forme del ricovero per acuti in regime ordinario (di un giorno, normale e oltre la soglia) e di day-hospital e in quelle della riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

#### Donazioni e trapianto di organi e tessuti

Nel rispetto della normativa vigente, gli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono tenuti a garantire l'attività di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Ai fini della promozione delle donazioni e del miglioramento continuo degli aspetti organizzativi la Provincia:

- promuove ed attua campagne di informazione e di sensibilizzazione rivolte ai cittadini ed agli operatori sanitari per incentivare la donazione di organi e di tessuti
- nomina il coordinatore provinciale ed i coordinatori locali per i prelievi d'organo, definendo le rispettive competenze
- designa il rappresentante della Provincia autonoma di Bolzano per la Consulta tecnica permanente nazionale per i trapianti
- definisce, sulla scorta di appositi accordi, le modalità di collaborazione con il centro di riferimento austriaco per i trapianti ed il centro di riferimento interregionale individuato in ambito nazionale.

Durante la vigenza del piano sarà valutata l'opportunità di promuovere presso l'ospedale centrale di Bolzano, trapianti di organo, con particolare riferimento al trapianto di rene e di fegato.

### Discipline specialistiche nelle unità di ricovero

Nella tabella che segue figurano le discipline specialistiche da garantire nei reparti degli ospedali pubblici.

La copertura dell'organico delle dirigenze sanitarie di II livello (quadro 3D parte 3) può essere realizzata con una prospettiva che va oltre l'epoca finale del Piano.

La ripartizione dei posti letto autorizzati nella fase di avvio del Piano tra le unità operative di degenza ospedaliera viene effettuata dalle aziende sanitarie nell'ambito della programmazione aziendale attuativa, generale e operativa, tenendo conto anche delle prescrizioni di piano relative allo sviluppo di nuove forme di intervento e di organizzazione ospedaliera.



### **3.2.2 Assistenza specialistica ospedaliera**

L'assistenza specialistica fa capo al presidio ospedaliero di azienda USL.

Alcune prestazioni, a domanda più consistente e diffusa, possono essere erogate sul territorio in ambienti dotati delle attrezzature necessarie.

Nel prospetto 3.2..6 "Ambulatori negli ospedali pubblici" figura l'elenco delle discipline specialistiche per le quali sono previsti ambulatori presso gli ospedali pubblici. Istituzioni sanitarie private e medici liberi professionisti già convenzionati per la specialistica s'intendono provvisoriamente accreditati fino all'attuazione a livello provinciale della nuova procedura di accreditamento.

Presso l'azienda sanitaria di Bolzano vengono attivati anche specifici servizi interaziendali.

Presso il presidio ospedaliero di San Candido è prevista l'istituzione di un servizio di medicina psicosomatica.

Qualora i servizi non siano disponibili presso l'azienda oppure non possano essere erogati per motivi tecnico-funzionali e organizzativi, le aziende possono ricorrere anche a prestazioni presso enti austriaci autorizzati e convenzionati con la Provincia.

#### **3.2.2.1. Servizi specialistici aziendali**

##### Assistenza specialistica ambulatoriale

L'attività specialistica ospedaliera deve essere svolta in forma integrata con quella gestita a livello territoriale.

Il livello assistenziale dell'assistenza specialistica comprende il complesso delle attività e delle prestazioni rappresentate dalle visite mediche specialistiche, dalla diagnostica strumentale e di laboratorio, dalle altre prestazioni previste dal nomenclatore della specialistica e dalle attività di consulenza materno infantile.

Presso ciascun ospedale devono essere attivate tutte quelle attività ambulatoriali per le quali è presente la specialità di ricovero. Negli ospedali di base possono essere attivati ambulatori per le seguenti discipline specialistiche, per le quali non è prevista la degenza: neurologia, dermatologia, otorino, oculistica, odontoiatria, urologia, psichiatria e riabilitazione fisica. Per dette attività ambulatoriali ci si avvale prioritariamente degli specialisti del presidio ospedaliero aziendale della stessa azienda sanitaria, la cui dotazione organica dovrà essere tale da garantire la copertura dei corrispondenti carichi di lavoro. In caso di accertata impossibilità di avvalersi di tali specialisti si può ricorrere a specialisti di altre strutture ospedaliere o a liberi professionisti.

Nel prospetto allegato sono indicate le specialità di cui garantire la presenza a livello ambulatoriale negli ospedali pubblici della Provincia.

Le strutture pubbliche della specialistica devono essere dimensionate in modo da soddisfare alla domanda che perviene alle relative unità operative, entro i tempi massimi stabiliti a livello provinciale e comunque previsti nella Carta dei servizi approvata a livello locale.



### Altri servizi specialistici aziendali

I servizi specialistici a livello aziendale sono:

- diabetologico
- dietetico nutrizionale
- riabilitazione fisica.

Ad ognuno di questi servizi è preposto un dirigente del ruolo sanitario responsabile, a cui gli operatori fanno capo dal punto di vista tecnico-funzionale. Tali servizi operano sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale. Per le funzioni espletate in ambito ospedaliero i servizi fanno capo al dirigente medico dell'ospedale, per quelle esercitate in ambito territoriale al responsabile del servizio di medicina di base. Il coordinamento tra le attività svolte nei due ambiti è garantito dalla Direzione sanitaria dell'azienda.

#### *Servizio diabetologico*

Il servizio diabetologico svolge la propria attività a livello sia territoriale sia ospedaliero, secondo un approccio interdisciplinare, con il coinvolgimento dei medici di base e delle strutture ospedaliere di ricovero.

Il servizio diabetologico istituito in ogni azienda svolge le sue attività nell'ambito della prevenzione e diagnosi precoce e terapia della malattia diabetica, della prevenzione delle complicanze e nel miglioramento dell'educazione sanitaria per la profilassi della malattia diabetica.

La consulenza specialistica dei diabetici in età infantile viene assicurata a livello provinciale dalla divisione pediatria dell'ospedale di Bolzano, in collaborazione con gli ospedali delle altre aziende.

#### *Servizio dietetico nutrizionale*

A livello ospedaliero il servizio fornisce consulenza specialistica alle altre unità operative e informazioni all'utenza, collabora con i servizi di economato e provveditorato nella predisposizione dei capitolati d'acquisto e nei controlli dei magazzini di generi alimentari.

A livello territoriale il servizio opera con la collaborazione e/o su indicazione dei medici di medicina generale svolgendo attività di consulenze dietetica, ambulatoriali, stabilendo indirizzi di comportamento per i dietisti dei distretti (in particolare per la nutrizione enterale a domicilio) e fornendo su richiesta consulenze a mense pubbliche, private, scuole, case di riposo, ecc...

#### *Servizio di riabilitazione fisica*

Obiettivo primario che le aziende sanitarie devono perseguire nell'arco del triennio di vigenza del Piano sanitario, relativamente all'area della riabilitazione, è quello dell'organizzazione di un sistema integrato di servizi che fornisca assistenza riabilitativa di primo, secondo e terzo livello, da garantire attraverso il servizio di riabilitazione fisica.

Gli interventi di primo livello, finalizzati a mantenere il paziente al piú alto grado di autosufficienza possibile, sono caratterizzati da una minore intensit  delle cure riabilitative e da un piú elevato grado di assistenza socio-assistenziale.

Gli interventi di secondo livello, mirati a ridurre le conseguenze delle menomazioni che l'individuo pu  riportare in seguito ad un evento patologico per malattia e trauma, sono caratterizzati da una maggiore intensit  delle cure riabilitative.

Gli interventi di terzo livello, rivolti a ridurre quanto piú possibile le conseguenze di specifiche e gravi menomazioni causate da eventi patologici per malattia o trauma, sono, invece, caratterizzati da un'elevata intensit  delle cure riabilitative e richiedono il ricorso a mezzi e operatori specifici.

Al fine di rispondere alle diverse esigenze dell'utenza in modo globale, integrato e diffuso su tutto il territorio, il servizio si avvale di strutture differenziate (servizi ospedalieri, eventuali day-hospital, ambulatori, strutture riabilitative, servizi della rete distrettuale, strutture di ricovero per anziani) in base al criterio della graduazione degli interventi riabilitativi, sia in termini di strutture eroganti, che di tipologia delle attivit  erogate, sulla base del tipo di menomazioni e disabilit  evidenziate e della fase della malattia in cui si interviene.

Il regolamento organizzativo aziendale deve prevedere le prestazioni di riabilitazione fisica di primo livello che comunque devono essere erogate direttamente dai distretti sanitari.

Il personale addetto alla riabilitazione che opera sul territorio va preferibilmente assegnato e gestito dal punto di vista organizzativo e gerarchico dal servizio di medicina di base. In tale caso l'azienda dovr  garantire un adeguato collegamento tecnico-funzionale e scientifico con il servizio di riabilitazione ospedaliero.

Gli interventi di secondo livello devono essere garantiti dalle strutture ospedaliere per la fase acuta e nelle strutture ambulatoriali e di lungodegenza per la fase post-acuta. Gli interventi di terzo livello sono garantiti attraverso il ricorso a strutture nelle quali sono presenti i relativi servizi di alta specialit .

Presso l'azienda sanitaria di Bolzano il servizio di riabilitazione fisica   articolato, rispettivamente, in nei settori ad indirizzo ortopedico, reumatologico e neurologico.

### **3.2.2.2. Servizi specialistici interaziendali**

I servizi specialistici interaziendali sono:

- laboratorio di microbiologia e virologia
- anatomia patologica
- consulenza genetica
- immunoematologia e trasfusione
- centro di malattie emorragiche e trombotiche
- procreazione medica assistita

- centro di medicina prenatale.

La gestione amministrativa e tecnica di questi servizi e l'eventuale coordinamento sono attribuiti ad una commissione composta dai Direttori generali delle aziende sanitarie e presieduta dal Direttore generale dell'azienda sanitaria di Bolzano.

#### *Laboratorio di microbiologia e virologia*

Fatte salve le funzioni trasferite all'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente e la tutela del lavoro, il laboratorio provinciale di igiene e profilassi, sezione medico micrografica é trasferito all'ospedale centrale di Bolzano assumendo la denominazione di laboratorio di microbiologia e virologia.

Il laboratorio di microbiologia e virologia è istituito a livello interaziendale e ha competenza nei settori della parassitologia, batteriologia, virologia umana e relativa sierologia. A favore delle aziende sanitarie di Merano, Bressanone e Brunico il laboratorio svolge esami di virologia umana nonché esami di batteriologia e sierologia di II e III livello.

#### *Servizio di anatomia patologica*

Nel triennio di validità del piano il servizio di anatomia patologica dovrà svolgere la propria attività in tutti gli ospedali pubblici della provincia.

Il servizio di anatomia patologica effettua le autopsie, gli esami istologici, quelli citologici, di citogenetica ed utilizza altre tecniche diagnostiche moderne anche su richiesta dell'autorità di pubblica sicurezza, dell'autorità giudiziaria e dei medici necroscopi.

Il servizio di anatomia patologica gestisce inoltre il Registro provinciale tumori.

#### *Servizio di consulenza genetica*

Il servizio di consulenza genetica, é istituito presso l'ospedale di Bolzano, fa capo alla divisione di pediatria.

Il laboratorio di citogenetica è struttura del servizio di anatomia patologica che opera in stretto collegamento con il consultorio di genetica medica.

Il servizio di consulenza genetica svolge attività di consulenza ai consultori familiari, ai servizi per handicappati, alle famiglie dell'intero territorio provinciale in ordine ai problemi di carattere genetico. Per casi particolarmente complessi e patologie rarissime il servizio può ricorrere alla consulenza di istituti ed esperti di livello internazionale operanti in Italia o in altri Paesi.

#### *Servizio immunoematologia e trasfusione*

Gli obiettivi di piano del servizio trasfusionale sono:

- fornire ai cittadini della Provincia una tempestiva, corretta e uniforme assistenza trasfusionale
- razionalizzare la raccolta e la distribuzione del sangue su tutto il territorio provinciale

- evitare lo spreco di emocomponenti.

Il servizio interaziendale funge sia da servizio di immunologia ed emotrasfusione che da centro provinciale per il coordinamento e la compensazione, conformemente alla normativa vigente.

Il servizio è suddiviso in quattro livelli:

- centro di immunoematologia ed emotrasfusione e centro di coordinamento e compensazione dell'ospedale di Bolzano (Servizio interaziendale)
- centro trasfusionale dell'ospedale di Merano, che opera ad integrazione del servizio di immunoematologia e trasfusione dell'ospedale di Bolzano
- servizi di medicina trasfusionale negli ospedali di Bressanone e Brunico
- centri di raccolta degli ospedali di Vipiteno, San Candido e Silandro.

I servizi di medicina trasfusionale dei presidi ospedalieri di Bressanone e Brunico, fermo restando la loro dipendenza sotto il profilo tecnico e organizzativo dal servizio di immunoematologia e trasfusione del presidio di Bolzano, provvedono direttamente a conservare ed assegnare il sangue umano per uso trasfusionale, ad assicurare una terapia trasfusionale mirata, a promuovere e praticare l'autotrasfusione nonché a garantire il buon uso del sangue.

#### *Centro di malattie emorragiche e trombotiche*

Nell'ambito della divisione di ematologia dell'ospedale di Bolzano è istituito il Centro di malattie emorragiche e trombotiche con compiti di coordinamento provinciale e di produzione di specifici protocolli operativi.

#### *Procreazione medico assistita*

Le attività diagnostico-terapeutiche di procreazione medico assistita sono svolte presso le strutture ospedaliere delle aziende sanitarie in presenza di adeguato grado di conoscenza scientifica, con l'osservanza dei principi e/o protocolli medico-etici e sotto le responsabilità delle Direzioni sanitarie.

Nel periodo di vigenza del Piano la Giunta provinciale individuerà fra i presidi ospedalieri della provincia uno o più reparti svolgenti le funzioni di centro di promozione scientifica, rispettivamente di centro di coordinamento interaziendale, determinandone le rispettive funzioni. Tali funzioni dovranno possibilmente essere assommate in un unico centro.

#### *Centro di medicina prenatale*

È istituito un centro di medicina prenatale di III livello presso l'ospedale centrale di Bolzano, a cui fanno riferimento le gravidanze ad alto rischio materno fetale.

Il centro si occupa di diagnosi e terapia fetale in forma interdisciplinare (soprattutto con la terapia intensiva neonatale, il servizio di consulenza genetica e per la ecocardiografia fetale con la cardiologia).

Il centro coordina e promuove a livello provinciale tutte le attività di screening prenatale genetico, ultrasonografico ed infettivologico, promuove lo studio delle tecniche di monitoraggio fetale e promuove i livelli di qualità dei test e degli esami strumentali.

### **3.2.2.3. Il ricorso alla specialistica presso strutture in Austria**

Per l'assistenza specialistica le aziende sanitarie sono autorizzate a stipulare convenzioni con servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri in Austria, qualora questi non possano essere assicurati dal servizio sanitario locale.

Gli istituti presso i quali le aziende sanitarie sono autorizzate a richiedere l'erogazione di prestazioni specialistiche per i propri residenti sono:

- istituto di patologia - Università di Innsbruck
- istituto di batteriologia - sierologia - Università di Innsbruck
- istituto di igiene - Università di Innsbruck
- istituto di chimica medica e biochimica - Università di Innsbruck
- istituto di patologia generale e sperimentale - Università di Innsbruck
- istituto di consulenza e visita genetica - Università di Innsbruck
- istituto di chimica medica - Università di Innsbruck
- ospedale di Hohenems.

### **3.2.2.4. Sistema di emergenza sanitaria**

Il Sistema provinciale dell'emergenza sanitaria è costituito da un insieme di servizi, personale, strutture e strumenti finalizzato alla gestione interdisciplinare coordinata delle Urgenze sanitarie su tutto il territorio provinciale. Esso è articolato in:

1. sistema di allarme sanitario
2. servizio medico territoriale di soccorso
3. rete dei servizi di pronto soccorso ospedalieri
4. rete dei dipartimenti di emergenza - urgenza (DEU) di primo e secondo livello.

#### *Il sistema di allarme sanitario*

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla centrale operativa "118" a cui affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La centrale operativa coordina l'intervento del personale e dei mezzi di soccorso su tutto il territorio provinciale ed attiva la risposta ospedaliera garantendo un servizio 24 ore su 24.

La centrale operativa "118" è un servizio provinciale gestito dall'Azienda sanitaria di Bolzano.

### Servizio medico territoriale di soccorso

Nell'ambito del bacino di utenza di ogni ospedale è attivato il servizio medico di emergenza, impiegando medici ospedalieri. L'attività di tali medici è coordinata da un medico responsabile per ciascun ospedale. Gli interventi sono coordinati dalla centrale operativa "118".

### Rete dei servizi di pronto soccorso ospedalieri

Tutti i presidi ospedalieri della provincia sono dotati di un servizio di Pronto Soccorso. Presso l'ospedale centrale di Bolzano il Pronto Soccorso è dotato di un organico medico autonomo, diretto da un medico del secondo livello dirigenziale nella disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; l'attività traumatologica è affidata ad un'unità operativa nella disciplina di ortopedia e traumatologia, che dispone di proprie strutture nell'ambito del pronto soccorso stesso. Negli altri presidi ospedalieri il Pronto Soccorso non è dotato di un organico medico autonomo, ma è organizzato in forma interdisciplinare, coordinato dal punto di vista organizzativo dal dirigente medico del presidio ospedaliero.

### Rete dei dipartimenti di emergenza - urgenza (DEU) di primo e secondo livello

Il dipartimento di emergenza urgenza rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare in collegamento con le strutture operanti sul territorio una risposta rapida e completa.

Presso gli ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico è prevista l'istituzione di un dipartimento di emergenza urgenza di I livello. Il DEU di I livello deve garantire le funzioni di pronto soccorso, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e contemporaneamente deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici interdisciplinari. Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche, diagnostica per immagini e trasfusionale.

Presso l'ospedale di Bolzano è prevista l'istituzione di un dipartimento di emergenza urgenza di II livello. Tale dipartimento, oltre ad assicurare le prestazioni del DEU di I livello garantisce le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza tra cui la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la ostetricia patologica, la chirurgia vascolare e la chirurgia toracica.

Le aziende sanitarie, in accordo con le linee di indirizzo sui dipartimenti, nonché con quelle relative al servizio di emergenza emanate dalla Giunta Provinciale, adottano un proprio regolamento che disciplina l'articolazione, le modalità organizzative ed il funzionamento dei dipartimenti di emergenza urgenza. Lo stesso regolamento dovrà prevedere modalità di coordinamento funzionale con la rete della guardia medica gestita dai medici di medicina generale.

### **3.2.2.5. Trasporto sanitario**

L'organizzazione dei servizi di trasporto sanitario dovrà garantire ai cittadini prestazioni non onerose di:

- a) trasporti d'urgenza con assistenza sanitaria
- b) trasporti d'urgenza senza assistenza sanitaria
- c) trasporti sanitari non urgenti per garantire la continuità delle cure
- d) trasporti sanitari effettuati con mezzi non attrezzati dal punto di vista sanitario, ad esempio per malati nefrologici e oncologici, rispettivamente in terapia dialitica e radiante.

L'assistenza medica ed infermieristica a neonati abbisognosi di cure intensive viene garantita dalla divisione di pediatria dell'ospedale centrale di Bolzano.

Nelle linee guida relative ai servizi di emergenza saranno specificate le modalità realizzative del complesso di prestazioni sanitarie concernenti il trasporto sanitario.

### **3.2.3 Altri servizi**

#### **3.2.3.1 Servizio di assistenza religiosa**

Gli ospedali devono disporre di un servizio di assistenza religiosa.

Tale servizio garantisce, indipendentemente dal credo religioso di ogni singolo, l'assistenza spirituale ai malati, ai terminali, ai familiari e al personale e garantisce inoltre l'espletamento delle cerimonie liturgiche, la somministrazione dei sacramenti e l'esecuzione dei rituali.

Nei limiti del possibile l'azienda sanitaria provvede a reperire ministri di religione diversa dalla cattolica a seconda della richiesta del paziente.

#### **3.2.3.2 Servizio farmaceutico**

Il servizio farmaceutico svolge funzioni in ambito ospedaliero e in ambito territoriale, ed è diretto da un dirigente sanitario del II livello della disciplina specifica.

A livello ospedaliero provvede alla preparazione dei farmaci galenici e magistrali, alla predisposizione dei piani e delle modalità di approvvigionamento, alla distribuzione e alla verifica delle modalità di conservazione delle specialità medicinali e di altro materiale sanitario, nonché all'analisi del consumo e della spesa dei farmaci.

In ambito territoriale partecipa all'opera di educazione sanitaria, analizza e controlla il consumo e la spesa dei farmaci e collabora al controllo dei costi farmaceutici posti a carico del servizio sanitario nazionale.

#### **3.2.3.3 Servizio interaziendale di fisica sanitaria**

Il servizio interaziendale di fisica sanitaria svolge la sua attività sia in ambito ospedaliero che territoriale ed è diretto da un dirigente sanitario del II livello dirigenziale della disciplina specifica.

Il servizio opera nei seguenti settori:

- controllo di qualità delle strutture radiagnostiche, di medicina nucleare, di radioterapia, di risonanza magnetica e delle pellicole radiografiche;
- dosimetria delle persone e dell'ambiente;
- taratura delle apparecchiature per la radioterapia;
- studio dosimetrico per piani di trattamento in radioterapia per fotoni ed elettroni;
- radioprotezione di tutte le sorgenti di radiazione (contaminazione personale ed ambientale, controllo rifiuti solidi e liquidi);
- gestione e controllo delle sorgenti radioattive;
- tenuta dei registri di radioprotezione personali e delle apparecchiature;
- controllo delle sorgenti di radiazioni non ionizzanti in ambito sanitario.

Inoltre, fornisce supporto tecnico e giuridico, nell'ambito della radioprotezione, ai servizi delle aziende sanitarie, in particolare ai servizi di igiene e sanità pubblica ed al Servizio interaziendale di medicina del lavoro.

#### **3.2.3.4 Servizio interaziendale di ingegneria clinica**

Il servizio interaziendale di ingegneria clinica è istituito presso l'azienda sanitaria di Bolzano. Le attività di natura tecnico-organizzativa sono svolte, oltre che nelle subunità dell'ospedale di Bolzano, anche in forma decentrata presso le subunità operative del servizio dislocate negli ospedali di Merano, Bressanone e Brunico.

Le attività del Servizio interaziendale di ingegneria clinica vengono riportate di seguito:

- attività ingegneristiche
  - consulenza tecnico-scientifica su problematiche riguardanti le tecnologie biomediche;
  - consulenza tecnica sugli acquisti di apparecchiature biomediche;
  - stipula di contratti di manutenzione per le apparecchiature biomediche;
  - organizzazione e supervisione del servizio di manutenzione interna di apparecchiature biomediche;
  - gestione e continua verifica del sistema di qualità aziendale interno;
  - approvvigionamento di parti di ricambio per la manutenzione di apparecchiature biomediche;
  - gestione amministrativa delle attività tecniche riguardanti la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche;
  - organizzazione e gestione della formazione professionale degli operatori sanitari riguardante l'utilizzo di tecnologie biomediche;
  - gestione e mantenimento di un inventario tecnico delle apparecchiature biomediche;
  - gestione dei sistemi di informatica clinica;
- attività tecniche:
  - esecuzione della manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche;

- esecuzione di periodiche verifiche di sicurezza elettrica e di controlli prestazionali sulle apparecchiature biomediche;
- svolgimento di collaudi tecnico-funzionali per nuove apparecchiature biomediche.

### **3.2.4. Dipartimenti ospedalieri e di raccordo ospedale-territorio**

Al fine di migliorare l'efficienza produttiva delle attività ospedaliere a livello aziendale va attuata una progressiva dipartimentalizzazione. Tali principi valgono anche per i servizi dislocati sul territorio, i quali, oltre ad essere organizzati in Dipartimento interaziendale di prevenzione e Dipartimento aziendale distrettuale, potranno far parte di dipartimenti di raccordo ospedale-territorio (dipartimento transmurale).

Il dipartimento è costituito da due o più unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo specifici ambiti di autonomia nel rispetto delle responsabilità professionali degli operatori. Le unità operative intra- ed extraospedaliere costituenti il dipartimento sono aggregate secondo tipologie organizzative e gestionali, volte a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti ed agli obiettivi assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Si possono distinguere due tipologie di dipartimenti:

1. i dipartimenti funzionali, costituiti da unità operative che perseguono finalità comuni;
2. i dipartimenti strutturali, in cui le unità operative (reparti e servizi) sono aggregate sia funzionalmente che fisicamente, per cui sono omogenee sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Gli ambiti decisionali e di attività del dipartimento possono essere i seguenti:

- obiettivi comuni di livelli di salute e di prestazioni da garantire
- modalità di accesso ai servizi
- processi diagnostici e terapeutici
- modalità di utilizzo e di gestione di strutture e di risorse comuni
- organizzazione dei supporti amministrativi e tecnologici
- scelte di obiettivi formativi e organizzazione di attività didattiche comuni
- valutazione, verifica e sviluppo di qualità dell'assistenza erogata
- collegamenti e rapporti con servizi esterni al dipartimento
- controlli di qualità delle apparecchiature, dei processi e dei risultati
- organizzazione dell'attività libero-professionale
- sviluppo dei sistemi e dei processi operativi.

Nel dipartimento vanno previsti due livelli decisionali:

1. il responsabile del dipartimento, quale livello esecutivo monocratico;
2. il Comitato del dipartimento, quale livello deliberante collegiale.

Il responsabile del dipartimento ed il suo sostituto sono nominati dal Direttore generale, sentito il Direttore sanitario, ed è scelto tra i responsabili dei reparti e servizi di una delle unità operative facenti capo al dipartimento.

Al responsabile di dipartimento è riconosciuta una autonomia decisionale solo nell'ambito di quanto deliberato dal Comitato di dipartimento.

Nella delibera istitutiva del dipartimento funzionale o strutturale e nel regolamento organizzativo dell'azienda sanitaria devono essere esplicitate almeno i seguenti contenuti:

- a. le attività attribuite al dipartimento
- b. le funzioni del Comitato di dipartimento
- c. le funzioni del responsabile di dipartimento e la durata dell'incarico
- d. la composizione del Comitato di dipartimento
- e. le modalità di convocazione e di gestione delle riunioni del Comitato di dipartimento.

Oltre ai dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione, che vanno comunque previsti nell'ospedale centrale di Bolzano e negli ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico, le aziende sanitarie, ferma restando la possibilità di istituire altre tipologie di dipartimenti ospedalieri e dipartimenti di raccordo ospedale-territorio, valuteranno l'opportunità di istituire i seguenti dipartimenti in funzione dei reparti e servizi presenti nelle singole aziende e degli obiettivi che queste ultime devono conseguire:

- dipartimento materno-infantile;
- dipartimento di geriatria;
- dipartimento di chirurgia generale e/o specialistica;
- dipartimento di oncologia-oncoematologia;
- dipartimento di riabilitazione fisica;
- dipartimento di medicina di laboratorio;
- dipartimento di diagnostica per immagini e radiologia interventistica;
- dipartimento di salute mentale;
- dipartimento di nefro-urologia;
- dipartimento medico chirurgico di neurologia;
- dipartimento per la lotta dell'AIDS e le malattie infettive.

Presso l'azienda sanitaria di Bolzano sono già attivi i dipartimenti di malattie neoplastiche e di malattie respiratorie.

Oltre al dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione, presso l'ospedale centrale di Bolzano dovranno comunque essere istituiti con priorità:

1. il dipartimento medico chirurgico di neurologia del quale faranno parte le unità operative o le loro articolazioni per le funzioni di neurologia-neurofisiopatologia, neurochirurgia, neuroimmagini e neuroriabilitazione;
2. il dipartimento di medicina di laboratorio, del quale faranno parte le unità operative o le loro articolazioni per le funzioni di biochimica clinica, microbiologia e virologia, ematologia, immunoematologia e medicina nucleare;
3. il dipartimento di geriatria, al quale faranno capo le unità operative e le loro articolazioni per le funzioni di geriatria (regime di degenza, di degenza diurna, attività ambulatoriale ed a domicilio, riabilitazione) e le strutture residenziali per anziani gestite direttamente dall'azienda;
4. il dipartimento di salute-mentale.

### **3.2.5. Direzione medica ospedaliera**

In ogni presidio ospedaliero dell'azienda è prevista una direzione medica.

Nell'ospedale centrale di Bolzano e negli ospedali aziendali di Merano, Bressanone e Brunico il servizio è diretto da un dirigente medico di II livello, a tempo pieno, della disciplina di direzione sanitaria ospedaliera, fatto salvo in via transitoria, quanto previsto dagli artt. 1 e 2 della L.P. 22/93. Tale dirigente svolge le funzioni di responsabile dell'intera area ospedaliera dell'azienda.

Il dirigente medico coordina le unità operative sanitarie del presidio ospedaliero ed è responsabile sotto il profilo igienico-organizzativo. Egli opera sulla base degli indirizzi stabiliti dal direttore sanitario e concorre al raggiungimento degli obiettivi stabiliti a livello aziendale.

Nell'ambito del presidio ospedaliero ha competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione ed aggiornamento e di sviluppo della qualità delle prestazioni sanitarie.

Alla direzione medica ospedaliera fa capo anche il personale addetto all'assistenza religiosa, psicologica e sociale che opera all'interno dell'ospedale. Gli psicologi che operano a livello ospedaliero e che fanno parte dell'organico della direzione sanitaria, per gli aspetti tecnico-funzionali possono far riferimento al servizio psicologico, secondo modalità da prevedere nel regolamento organizzativo aziendale.

### **3.2.6. Direzione infermieristica**

Nel periodo di vigenza del Piano verrà istituita in ciascun ospedale la direzione infermieristica con compiti di:

- a) programmazione ed organizzazione del personale infermieristico e del personale del ruolo tecnico addetto all'assistenza;
- b) promozione e programmazione di iniziative di formazione del personale di cui alla lettera a)

c) promozione ed attivazione di progetti di ricerca e sperimentazione finalizzati al miglioramento qualitativo ed organizzativo dell'assistenza.

### **3.2.7. Direzione amministrativa ospedaliera**

Ad ogni presidio ospedaliero é preposto un dirigente amministrativo responsabile per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrative e di gestione, il quale opera sulla base degli indirizzi del direttore amministrativo dell'azienda.