

194104

Beschlüsse - 1. Teil - Jahr 2022

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG

vom 6. Dezember 2022, Nr. 907

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022 und der Akkreditierungskriterien für die Netze der Palliativversorgung, Schmerztherapie und der Hauspflege. Zulassungs- und Akkreditierungskriterien der neuen PNRR-Einrichtungen

Fortsetzung >>>

Deliberazioni - Parte 1 - Anno 2022

Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

del 6 dicembre 2022, n. 907

Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento del DM n. 77/2022, dei criteri di accreditamento delle reti di cure palliative, di terapia del dolore e delle cure domiciliari. Criteri di autorizzazione e accreditamento delle nuove strutture PNRR

Continua >>>

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Beschluss der Landesregierung

Deliberazione della Giunta Provinciale

Nr. 907
Sitzung vom 06/12/2022 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Waltraud Deeg
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Maria Hochgruber Kuenzer
Arnold Schuler

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung -
Übernahme des MD Nr. 77/2022 und der
Akkreditierungskriterien für die Netze der
Palliativversorgung, Schmerztherapie und
der Hauspflege. Zulassungs- und
Akkreditierungskriterien der neuen
PNRR-Einrichtungen

Oggetto:

Assistenza sanitaria territoriale -
Recepimento del DM n. 77/2022, dei criteri
di accreditamento delle reti di cure
palliative, di terapia del dolore e delle cure
domiciliari. Criteri di autorizzazione e
accreditamento delle nuove strutture PNRR

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Das Landesgesetz Nr. 3/2017 (*“Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes“*) ebnet den Weg der Umsetzung der Gesundheitsreform, die vom Landesgesetz Nr. 7/2001 eingeleitet worden war. Letzteres hat die vier vorher bestehenden Sanitätsbetriebe in einen einzigen Sanitätsbetrieb vereint. Die mit dem Landesgesetz aus dem Jahr 2017 verfolgten Ziele sind es zu vereinheitlichen, vereinfachen und das Landesgesundheitswesen zu vernetzen. Dabei geht man von den 4 Gesundheitsbezirken und ihren 20 Sprengeln, als technisch-funktionale Einheiten des medizinischen Grundversorgungsdienstes, aus.

Der Beschluss der Landesregierung vom 4. Dezember 2018 Nr. 1281 (*“Chronic Care Masterplan 2018-2020“*) genehmigt den Plan zur Stärkung und Harmonisierung der Unterstützung für Menschen mit chronischen Krankheiten in der Autonomen Provinz Bozen, in dem die Grundsätze für die Umsetzung eines Netzwerks integrierter Dienste (eigener Wohnort- Territorium- Krankenhaus) beschrieben werden, das von den Bedürfnissen chronischer Patienten und ihrer Familien ausgeht.

Mit dem staatlichen Plan für den Aufschwung und die Resilienz (in der Folge „PNRR“ genannt), der im staatlichen Gesetz Nr. 101/2021 enthalten ist, von der Europäischen Kommission genehmigt wurde und innerhalb 2026 umzusetzen ist, wird das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Territorium neu festgesetzt. Es sind einige strukturelle Eingriffe (Gemeinschaftshäuser und -krankenhäuser und wohnortnahe Einsatzzentralen) vorgeschrieben, aber auch die Stärkung der Hauspflege wird vorgesehen. Neben beträchtlichen Finanzierungslinien hat der PNRR die Genehmigung der Reform der wohnortnahen Betreuung im Rahmen von Mission 6 – Komponente 1 vorgesehen. Diese Reform definiert die neuen Anforderungen und Standards der wohnortnahen Sozial- und Gesundheitsversorgung und gestaltet die Primärversorgung komplett neu, auch dank der Rolle der wohnortnahen Einsatzzentrale (WONE). Auf der Grundlage dieser neuen staatlichen Richtlinien müssen die auf Landesebene angebotenen Betreuungsdienste den Umfang ihrer Umsetzung finden. Ein wichtiges Ziel, das laut PNRR bis Mitte 2026 erreicht werden soll, besteht auch für Südtirol darin, mindestens 10% der über 65-Jährigen, insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten oder Hilfsbedürftige,

La Giunta Provinciale

La Legge provinciale n. 3/2017 (*“Struttura organizzativa del SSP“*), inaugura il percorso di attuazione della riforma sanitaria, come varata dalla L.P. n. 7/2001.

Quest'ultima ha unificato in un'unica Azienda sanitaria le quattro aziende esistenti in precedenza. Con la legge provinciale del 2017 gli obiettivi dichiarati sono quelli di unificare, semplificare e mettere in rete la sanità provinciale, partendo dai 4 Comprensori sanitari e dai relativi 20 distretti, quali unità tecnico-funzionali del servizio di medicina di base.

La Deliberazione della Giunta provinciale del 4 dicembre 2018 n. 1281 (*“Master Plan Chronic Care 2018-2020“*) approva il Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano, descrivendo i principi per l'implementazione di una rete di servizi integrati (domicilio-territorio-ospedale), che parte dalle esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche e delle loro famiglie.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito denominato “PNRR”), contenuto nella Legge nazionale n. 101/2021, approvato dalla Commissione Europea e da attuare entro l'anno 2026, si riscrive il rapporto tra ospedale e territorio, fissando alcuni interventi strutturali (Case e Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali), oltre a prevedere il rafforzamento delle cure domiciliari.

Accanto a considerevoli linee di finanziamento, il PNRR ha previsto l'approvazione della Riforma dell'assistenza territoriale all'interno della Missione 6 – Componente 1.

Tale riforma definisce i nuovi requisiti e standard dell'assistenza sociosanitaria territoriale, ridisegnando completamente l'assistenza primaria, anche grazie al ruolo affidato alle Centrali Operative Territoriali (COT). È sulla base di queste nuove indicazioni nazionali che le cure offerte sul territorio provinciale dovranno trovare la loro dimensione attuativa.

Uno degli obiettivi centrali, che secondo il PNRR va raggiunto entro la metà del 2026, è che anche nella Provincia di Bolzano si preveda a curare a domicilio almeno il 10% degli over 65, soprattutto persone con patologie croniche o fragili.

Il Comprensorio sanitario rappresenta, anche

zu Hause zu versorgen.

Der Gesundheitsbezirk stellt, auch hinsichtlich dieser Reform, aufgrund seiner gebietsmäßigen Ausdehnung den optimalen Ort für die Durchführung von Aktivitäten dar, die mit dem sozialen Bereich verbunden sind.

Diese Reform des PNRR (staatlicher Aufschwungsplan) ist im Dekret des Gesundheitsministers vom 23. Mai 2022, Nr. 77 („Verordnung zur Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst“) enthalten, welches im Gesetzesanzeiger der Republik vom 22.06.2022 veröffentlicht und seit dem 07.07.2022 anzuwenden ist.

Unter Art. 1 Absatz 2 des Dekrets ist vorgeschrieben *„die Regionen und Autonomen Provinzen von Trient und Bozen werden innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Gültigkeit der gegenständlichen Regelung die allgemeine Maßnahme der Programmierung der wohnortnahen Betreuung im Sinne der gegenständlichen Maßnahme genehmigen“*. Jedoch erläutert Art. 3 desselben Dekrets auch, dass für die Provinzen mit Sonderstatut die Übernahme im Einklang mit dem eigenen Statut und unter Beachtung der demografischen Besonderheiten und jenen des Landesgebiets erfolgt.

Der von Artikel 30 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“ vorgesehene Landesgesundheitsplans (in der Folge „LGP“ genannt) 2016-2020 und mit BLR Nr. 1331 vom 29. November 2016 genehmigt, sah bereits als wichtigstes Instrument für die strategische Planung die Schaffung der sog. Gesundheits- und Sozialzentren vor. Diese im LGP beschriebenen Strukturen sind vollständig auf die Funktion und Rolle zurückzuführen, die die vom PNRR vorgesehenen zukünftigen „Gemeinschaftshäuser“ in der Grundversorgung spielen werden.

Mit Dekret des Landesrats vom 28. November, Nr. 22555 wurden bereits im Jahr 2018 die spezifischen Anforderungen zur Bewilligung und Akkreditierung der öffentlichen und privaten Einrichtungen/Organisationseinheiten zur Aufnahme für intermediäre Pflege auf Landesebene genehmigt. Diese Anforderungen sind in Anhang A enthalten, welche integrierenden Bestandteil des Dekrets Nr. 22555/2018 bildet.

Solche Anforderungen sind vollständig auf die Funktion und Rolle zurückzuführen, die die vom PNRR vorgesehenen zukünftigen „Gemeinschaftskrankenhäuser“ in der Grundversorgung spielen werden.

all'interno di questa Riforma, per la sua dimensione territoriale, il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

Questa Riforma del PNRR è contenuta nel Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 („Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale“), pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 22.06.2022 e in vigore dal 07.07.2022.

All'art. 1, comma 2 del Decreto si prescrive che *“le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento”*.

Tuttavia, all'art. 3 dello stesso Decreto si specifica che per le Province a Statuto speciale il recepimento del regolamento avvenga compatibilmente con il proprio Statuto e nel rispetto delle peculiarità demografiche e territoriali di riferimento.

Il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 (di seguito denominato “PSP”), previsto all'articolo 30 della legge provinciale n. 7/2001 (“Riordino del servizio sanitario provinciale”) ed approvato con DGP n. 1331 del 29 novembre 2016, quale principale strumento di pianificazione strategica prevedeva già la creazione sul territorio provinciale dei c.d. Centri d'assistenza sanitaria e sociale. Queste strutture descritte nel PSP sono pienamente riconducibili alla funzione ed al ruolo che le future “Case della Comunità” previste dal PNRR andranno a svolgere nell'assistenza primaria.

Con Decreto assessorile del 28 novembre n. 22555 sono stati approvati già nel 2018 i requisiti specifici per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture/unità operative di ricovero pubbliche e private per cure intermedie a livello provinciale. Tali requisiti sono contenuti nell'allegato A, che costituisce parte integrante del decreto in questione.

I requisiti per il presidio sanitario sono pienamente riconducibili alla funzione ed al ruolo che i futuri “Ospedali di Comunità” previsti dal PNRR andranno a svolgere nell'assistenza primaria.

Im Zusammenhang mit dem Ausnahmezustand der Pandemie wurde mit Gesetzesdekret Nr. 34 vom 19. Mai 2020 („Dekret Neustart“) im Art. 2 die Neuordnung des Krankenhausnetzes aufgrund des COVID-19 Notstandes vorgenommen.

In Artikel 1 des genannten Gesetzesdekrets Nr. 34/2020 sind Pläne zur Stärkung und Umstrukturierung des Netzes der Grundversorgung, als Integration und unterstützend zur Neuordnung des Krankenhausnetzes gemäß Art. 2, vorgesehen. So werden zum ersten Mal die Spezialeinheiten für die Pflegekontinuität (sog. USCA) eingeführt, während andere Instrumente gestärkt und neu definiert werden (z. B. die wohnortnahen Einsatzzentralen WONE und die Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger).

Das Gesundheitsministerium hat auf seiner Website die Liste der Einrichtungen veröffentlicht, die Teil des Krankenhausnotfallnetzes in unserem Land sind. Derzeit besteht dieses aus einer Liste von 635 Krankenhäusern. Für jedes sind Bezeichnung, Code, Adresse, Art und die Notfallstufe der angebotenen Dienste als Departement für Notfälle und Aufnahme (in der Folge *DEA* genannt) der I. und II. Ebene, Erste Hilfe und pädiatrische Erste Hilfe angeführt. Das Verzeichnis wurde am 6. Dezember 2021 das letzte Mal aktualisiert. Die veröffentlichten Informationen werden unter Bezugnahme auf die Daten ausgearbeitet, die die Regionen/Autonomen Provinzen dem Ministerium über die Erhebungsmodelle HSP11 „*Kenndaten der Krankenhausstrukturen*“ und HSP11bis „*Kenndaten der Einrichtungen, welche zur Krankenhauseinrichtung gehören*“ gemäß dem Dekret des Gesundheitsministers vom 5. Dezember 2006 übermitteln. Auf der Grundlage dieser Daten wird das Krankenhaus Bozen zur höchsten Komplexitätsstufe, d.h. zur *DEA* der II. Ebene, gerechnet.

Mit Beschluss Nr. 1120 vom 21. Dezember 2021 sah die Landesregierung die Revision des Planes zur Reorganisation des Krankenhausnetzes infolge des Notstandes Covid-19 gemäß Art. 2 D.L. Nr. 34/2020 vor und führte bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal auf Landesebene die neue Verbindung zwischen Krankenhaus und Territorium ein, wie sie vom PNRR verlangt wurde. Der Beschluss verweist ausdrücklich auf die Investitionen, die auf der Grundlage von Mission 6 – Komponente 1 des PNRR bis

Nel contesto dello stato di emergenza pandemica, il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 (“decreto Rilancio“) ha previsto all'articolo 2 la riorganizzazione della rete ospedaliera a causa dello stato di emergenza COVID-19.

All'interno dello stesso D.L. 34/2020 all'art. 1 vengono previsti piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale, ad integrazione e supporto del riordino della rete ospedaliera, di cui all'art. 2. È così che vengono introdotte per la prima volta le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), mentre altri strumenti vengono rafforzati e ridefiniti (vedi le Centrali operative territoriali e gli infermieri di famiglia o di comunità).

Il Ministero della Salute ha pubblicato sul proprio sito l'elenco delle strutture facenti parte della rete di emergenza ospedaliera presenti nel nostro Paese. Si tratta attualmente di un elenco di 635 realtà. Per ognuna è disponibile la denominazione, il codice, l'indirizzo, la tipologia e il livello di emergenza dei servizi erogati come Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione (di seguito denominato *DEA*) livello I e II, pronto soccorso e pronto soccorso pediatrico. L'elenco è aggiornato al 6 dicembre 2021. Le informazioni pubblicate sono elaborate in riferimento ai dati che le Regioni/Province Autonome trasmettono al Ministero attraverso i modelli di rilevazione HSP11 “*Dati anagrafici delle strutture di ricovero*” e HSP11bis “*Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero*”, ai sensi del decreto del Ministro della Salute 5 dicembre 2006. Sulla base di questi dati, l'ospedale di Bolzano afferisce al livello di complessità più alto, ovvero al *DEA* di II livello.

Con DGP n. 1120 del 21 dicembre 2021 la Giunta ha proceduto a rimodulare il Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 come da art. 2 D.L. 34/2020 e in questa occasione ha introdotto per la prima volta a livello provinciale il nuovo legame tra ospedale e territorio, come richiesto dal PNRR. Nella deliberazione si fa esplicito riferimento agli investimenti che sulla base della Missione 6 – Componente 1 del PNRR dovranno trovare realizzazione entro la metà del 2026 anche a livello provinciale.

Mitte 2026 auch auf Landesebene umgesetzt werden müssen.

Um dieses Maßnahmenpakete im Krankenhaus-Bereich zu vervollständigen, wurde letzthin von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 438/2022 der „Plan zur Intermediärbetreuung 2022-2026“ genehmigt, welcher eine Höchstzahl von 214 Bettenplätzen der Intermediärbetreuung auf dem Landesgebiet vorsieht, die innerhalb 2026 zu verwirklichen sind. Sie sollen gleichmäßig auf die Gesundheitsbezirke aufgeteilt werden und 80 davon werden in den zukünftigen Gemeinschaftskrankenhäusern gelegen sein.

Mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1098 vom 14.12.2021 betreffend das "Planungsdokument für die Festsetzung des Gesundheitsbedarfs für den Zeitraum 2021-2024" wurde das Planungsdokument veröffentlicht, das den Gesundheitsbedarf für den Zeitraum 2021-2024 festlegt und ein standardisiertes Verfahren für die Festlegung des Bedarfs einführt, die hauptsächlich auf der regelmäßigen Schätzung aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten beruht. Die Hauptaufgabe dieses Planungsdokuments besteht darin, den Bedarf an Dienstleistungen zu planen, die zu schließenden Lücken hervorzuheben und Prioritäten für Interventionen festzulegen, auch in Bezug auf die Identifizierung kritischer Probleme, die mit der Chronizität direkt verbunden sind.

Grundlegend für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung ist auch die Planung der Aktivitäten von Allgemeinmedizinerinnen, den Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl und dem anderen Fachpersonal, das an der Betreuung des Patienten beteiligt ist, sowohl aus gesundheitlicher als auch aus sozialer Sicht.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern wird das Gesundheitsministerium, um die Ziele der PNRR zu erreichen, neue Richtlinien mit Bestimmungen erlassen müssen, die die Grundlage für den nächsten gesamtstaatlichen Kollektivvertrag bilden werden, welcher für diese Berufsgruppen anwendbar ist.

Der PNRR selbst sieht auch eine starke Integration zwischen Mission 6 "Gesundheit" und Mission 5 mit dem Titel "Inklusion und Kohäsion" vor, insbesondere mit ihrer Komponente 2. Auch mit ihrer Komponente 3, die besonderen Maßnahmen für den territorialen Zusammenhalt gewidmet ist, ist die Stärkung der ländlichen Gebiete auch

A completamento di questo quadro di interventi nel settore ospedaliero, è stata recentemente emanata la delibera di Giunta n. 438/2022 "Piano delle cure intermedie 2022-2026" con la programmazione di un massimo di 214 posti di letto di cure intermedie da istituire entro il 2026 sul territorio provinciale, distribuiti in maniera equilibrata nei Comprensori sanitari, di cui 80 afferenti ai 3 futuri Ospedali di Comunità.

Con la deliberazione della Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano n. 1098 del 14.12.2021 dal titolo "Atto di programmazione per la determinazione del fabbisogno sanitario per il periodo 2021-2024" è stato emanato il documento di programmazione che stabilisce il fabbisogno sanitario per il periodo 2021-2024 e introduce l'applicazione di una procedura standardizzata per la definizione del fabbisogno, basata in prima linea sulla stima periodica dei dati disponibili. Il ruolo principale di questa deliberazione è quello di programmare la necessità di prestazioni, evidenziando le lacune da colmare e definendo priorità di interventi, anche in relazione all'individuazione delle criticità in ordine alla cronicità.

Fondamentale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale è anche la programmazione delle attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e delle altre figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente, sia da un punto di vista sanitario che sociale.

Sul fronte della collaborazione con i medici di medicina generale, il Ministero della Salute, per rispettare gli obiettivi del PNRR, dovrà emanare nuove direttive normative che saranno alla base del prossimo ACN che riguarda queste figure professionali.

Il PNRR stesso prevede anche una forte integrazione tra la Missione 6 "Salute" e la Missione 5 chiamata "Inclusione e coesione", in particolare con la Componente 2 di essa. Altresì con la Componente 3, dedicata agli interventi speciali per la coesione territoriale, è previsto il potenziamento delle aree interne tramite anche il consolidamento delle farmacie

durch die Konsolidierung der vertragsgebundenen Apotheken auf dem Land, vorgesehen. Letztere wurden bereits als wichtige Versorgungseinrichtungen identifiziert, die in die Planung der wohnortnahen Betreuung einzubeziehen sind.

Im Anschluss an die Vereinbarung der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen in der Sitzung vom 12. Januar 2022 (Rep. atti Nr. 1/CSR) über den Entwurf des "Dekreets des Gesundheitsministers mit der programmatischen Zuweisung von Mitteln an die Regionen und Autonomen Provinzen für die Projekte des staatlichen Plans für den Aufschwung und die Resilienz und des Plans für ergänzende Investitionen" und im Gesetzesanzeiger der Republik Nr. 57 vom 09.03.2022 veröffentlicht, wurden die ersten Beträge im Zusammenhang mit den Interventionen in Mission 6 auf die Komponenten 1 und 2 verteilt. Im Anschluss an diese erste Zuweisung von Mitteln wurden der Autonomen Provinz Bozen in den Tabellen 1 und 2 die erforderlichen Mittel zugewiesen, um mit der Umsetzung des PNRR zu beginnen. Die endgültige Zuweisung von Mitteln war in jedem Fall von der Unterzeichnung des Institutionellen Entwicklungsvertrags (CIS) abhängig.

Die Vereinbarung zwischen der Regierung, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen, welche von der Ständigen Konferenz Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen in der Sitzung vom 30.03.2022 (Rep. Atti n. 40/CSR) gutgeheißen worden ist, genehmigt den CIS und den regionalen Einsatzplan (POR). Darin werden die Aufgaben und Verantwortlichkeit aller Mitwirkenden, welche in verschiedener Form an der Realisierung der Vorhaben arbeiten, im Detail festgesetzt. Innerhalb des POR sind auf der Grundlage eines vorher festgelegten Zeitplans die Methoden zur Umsetzung der neuen Organisationsstrukturen (einschließlich der Gemeinschaftshäuser, der Gemeinschafts-krankenhäuser und der wohnortnahen Einsatzzentralen) vorgesehen.

Mit BLR Nr. 285 vom 26.04.2022 ist erstens die Übernahme und die Genehmigung des staatlichen CIS-Vertrages und POR-Planes inklusive der beiliegenden Anlagen beschlossen. Zweitens wurde der Landeshauptmann Arno Kompatscher zur Unterzeichnung des CIS-Vertrages inkl. POR-Planes ermächtigt. Drittens wurden die Anlagen genehmigt, die zur Durchführung der Vorhaben des PNRR notwendig sind (siehe

rurali, già individuate quali importanti presidi di zona da coinvolgere nella programmazione territoriale.

A seguito dell'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 12 gennaio 2022 (Rep. atti n. 1/CSR) sullo schema di "Decreto del Ministro della Salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli investimenti complementari" e pubblicato in G.U. n. 57 del 09.03.2022, sono state ripartite le prime somme relative agli interventi contenuti nella Missione 6 alla Componente 1 e 2. A seguito di questo primo riparto alla Provincia Autonoma di Bolzano sono stati assegnati, nelle ivi contenute Tabelle 1 e 2, i finanziamenti necessari per iniziare l'implementazione del PNRR. L'assegnazione definitiva delle risorse era condizionata comunque alla sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).

L'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, approvato in Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 30.03.2022 (Rep. Atti n. 40/CSR) approva lo schema di CIS e lo schema di POR ("Piano Operativo Regionale"). Nel CIS vengono definiti nel dettaglio i compiti e responsabilità di tutti i soggetti che a diversi titoli sono chiamati a realizzare tutti gli interventi. All'interno del POR sono previste, sulla base di un cronoprogramma prestabilito, le modalità di realizzazione delle nuove strutture organizzative (tra cui le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali operative territoriali).

Con DGP n. 285 del 26.04.2022, è stato deciso il recepimento e l'approvazione del contratto statale CIS e del piano POR inclusi di allegati. In secondo luogo, il governatore Arno Kompatscher è stato autorizzato a firmare il contratto CIS compreso il piano POR. In terzo luogo, sono stati approvati gli allegati necessari per l'attuazione del PNRR (cfr. in particolare le tabelle sugli importi stanziati dallo Stato e il necessario

insbesondere die Tabellen über den zugewiesenen Beträgen von Seite des Staates und den notwendigen Finanzierungen durch die PAB). Schließlich wurden die EVV–die einzigen Verfahrensverantwortlichen“ des Sanitätsbetriebes für die im PNRR, Mission 6 “Gesundheit” - Komponente 1 und 2 vorgesehenen Maßnahmen ernannt.

Neben der Reform der wohnortnahen Betreuung wurden mit Dekret des Landeshauptmanns der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol Nr. 9682/2922 auf Landesebene die Richtlinien des digitalen Modells für die Umsetzung der Hausbetreuung für das Erreichen des EU-Milestones M6C1-4 (PNRR), wie vom Anhang 1 des Dekrets des Gesundheitsministers vom 29.04.2022 und den in diesem enthaltenen Richtlinien (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik, allgemeine Serie Nr. 120 vom 24. Mai 2022) vorgesehen, rezipiert. Auch die obengenannten Richtlinien, die der Telemedizin eine zentrale Rolle zuweisen, sind ein unabdingbarer Bezugspunkt für die Organisation der Hausbetreuung auf Landesebene sein.

Zuletzt mit Beschluss der Landesregierung vom 30.08.2022, Nr. 600, wurde Absatz 2 des Artikels 5 des CIS, der die Möglichkeit der Übertragung der Befugnisse der Umsetzung der Maßnahmen aus den im POR enthaltenen Maßnahmenblätter an externe Umsetzungs-subjekte (im Vordergrund, der Südtiroler Sanitätsbetrieb) vorsieht, umgesetzt. Die Autonome Provinz Bozen, in ihrer Funktion als ausführendes Subjekt, bleibt verantwortlich, insbesondere für alle Tätigkeiten, die in den eigenen institutionellen Zuständigkeitsbereich fallen, darunter die Weisungsbefugnis, die Planung und die Überwachung.

Das angehängte Dokument, welches wesentlichen Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses darstellt, besteht aus zwei Teilen: der erste Teil (Anlage A) enthält die Richtlinien des organisatorischen Modells der erneuerten wohnortnahen Betreuung enthält, der zweite Teil (Anlage B) enthält die strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen, die von der Reform vorgesehen sind, und zwar, Gemeinschaftshäuser, Gemeinschaftskrankenhäuser und Organisationszentralen der wohnortnahen Betreuung.

In Hinblick auf die Umsetzung der innerhalb Juni 2026 zu realisierenden Ziele wird die Landesabteilung Gesundheit mit nachfolgenden Maßnahmen die Umsetzungs-

finanzierung aggiuntivo da parte del PAB). Infine, sono stati nominati i "RUP – Responsabili unici del procedimento" dell'Azienda sanitaria per le misure previste dal PNRR, Componenti 1 e 2 della Missione 6 "Salute".

Accanto alla Riforma dell'Assistenza Territoriale, con decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano n. 9682/2022 è avvenuto il "Recepimento a livello provinciale delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, ai fini del raggiungimento della milestone UE M6C1-4 (PNRR)", come da allegato 1 al decreto del Ministro della Salute del 29.04.2022 e alle rispettive linee guida in esso contenute (G.U. – Serie generale n. 120 del 24 maggio 2022). Le suddette Linee Guida, che affideranno un ruolo centrale alla Telemedicina, saranno anch'esse un punto di riferimento imprescindibile per l'organizzazione delle cure domiciliari a livello provinciale.

Da ultimo con DGP n. 600 del 30.08.2022 si è dato attuazione al comma 2 dell'art. 5 del CIS che ha previsto la possibilità di delegare a soggetti attuatori esteri (*in primis*, l'Azienda sanitaria dell'Alto-Adige) la realizzazione degli interventi di cui alle schede-intervento contenute nel POR. La Provincia autonoma di Bolzano in quanto soggetto attuatore rimane responsabile, in particolare per tutte le attività rientranti nell'ambito delle proprie competenze istituzionali di indirizzo, programmazione e controllo.

Il documento allegato, quale parte integrante di questa deliberazione, consta di due parti: la prima (Allegato A) relativa alla Linee di Indirizzo del Modello organizzativo della rinnovata assistenza territoriale; la seconda (Allegato B) contiene i Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture previste dalla Riforma, ovvero Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC) e Centrali operative territoriali (COT).

In vista della realizzazione degli obiettivi da raggiungere entro giugno del 2026, la Giunta Provinciale provvederà inoltre, con propri atti successivi, alla fase attuativa della

phase des Organisationsmodells gemäß den in diesem Beschluss enthaltenen Vorgaben in Angriff nehmen. Insbesondere werden die Funktionen und die Verantwortlichkeiten in der erneuerten Organisation des Territoriums und der Führung der neuen Einrichtungen, mit besonderem Augenmerk auf die Rolle der Gesundheitsbezirke, deren gebietsmäßige Ausdehnung und entsprechende Funktionen mit der zentralen Rolle des „Sprengels“ gemäß M.D. Nr. 77/2022 vergleichbar sind. Grundlegend ist dabei die Erhebung des Personalbedarfs, welcher für ein Funktionieren der obengenannten Einrichtungen sorgt, sowie der Aktivierung eines Systems für die Überwachung und Kontrolle, bis hin zur Bewertung ob Änderungen an den geltenden Bestimmungen notwendig sind.

Gegenständlicher Beschluss bringt keine Mehrausgabe zu Lasten des Verwaltungshaushalts der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol mit sich. Die notwendigen Geldmittel für die Finanzierungen der Einrichtungen gemäß PNRR wurden mit eigenem Beschluss Nr. 285/2022 zur Verfügung gestellt und zweckgebunden.

Für gegenständlichen Beschluss muss kein formelles Gutachten der Task Force PNRR im Sinne des Rundschreibens der Generaldirektion Nr. 11 vom 10.06.2022 eingeholt werden, da er keine direkte Auswirkung auf den Landeshaushalt hat.

Aus den genannten Gründen

beschließt

die Landesregierung
einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Die Regelung, die im Ministerialdekret Nr. 77 vom 23. März 2022 wird auf Landesebene übernommen, so wie im Art. 1 Absatz 2 desselben Dekrets vorgesehen ist.
2. Es ist notwendig die wohnortnahe Gesundheitsbetreuung und deren Beziehung mit der Organisation des Krankenhausnetzes umzuorganisieren. Mit gegenständlicher Maßnahme soll das Krankenhaus Bozen als Sitz eines DEA (Notfall- und Aufnahmeabteilung) der II. Stufe bestätigt werden. Die Festsetzung und Individualisierung etwaiger weiterer DEA der ersten Stufe erfolgt mit nachfolgender Maßnahme

realizzazione del modello organizzativo secondo le indicazioni contenute in questa deliberazione, definendo in particolare i ruoli e le responsabilità nella rinnovata organizzazione territoriale e nella gestione delle nuove strutture con particolare riferimento al ruolo dei Comprensori sanitari, la cui area territoriale e le rispettive funzioni sono assimilabili al ruolo centrale del “Distretto” secondo il D.M. n. 77/2022. Passaggio fondamentale sarà la rilevazione del fabbisogno di personale per il funzionamento delle suddette strutture, oltre all'avvio di un sistema di monitoraggio e controllo, fino alla valutazione di necessarie modifiche della normativa vigente.

Il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio provinciale; le risorse necessarie per finanziare le strutture previste dal PNRR fino al 2026 sono state stanziare e impegnate con propria deliberazione n. 285/2022.

Per la presente deliberazione non è necessario un parere formale da parte della Task force PNRR ai sensi della Circolare della Direzione generale della Provincia n. 11 del 10.06.2022, perché essa non ha un impatto sul bilancio provinciale.

Tutto ciò premesso, la Giunta Provinciale

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si recepisce a livello provinciale il Regolamento contenuto nel D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, come prescritto dall'art. 1, comma 2 del Decreto stesso;
2. si riconosce la necessità di rimodulare in Provincia Autonoma di Bolzano l'assistenza territoriale e il rapporto tra essa e l'organizzazione della rete ospedaliera, confermando con il presente provvedimento come sede di DEA di II livello l'ospedale di Bolzano, demandando la definizione e individuazione di eventuali ulteriori DEA di I livello a successivo provvedimento, secondo le indicazioni contenute nella Riforma

- gemäß den in der Reform der wohnortnahen Gesundheitsbetreuung enthaltenen Angaben, welche eine integrierte, proaktive und wohnortnahe Gesundheits-versorgung verfolgt.
3. Im Hinblick auf die Implementierung der Einrichtungen gemäß PNRR, welche in koordinierter Weise in die anderen wohnortnahen Dienste eingegliedert werden müssen, wird das Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz betreffend die Akkreditierung der Netze der Palliativbetreuung (Rep. Atti n. 118/CSR vom 27. Juli 2020), des Abkommens der Staat-Regionen-Konferenz betreffend die Akkreditierung der Netze der Schmerztherapie (Rep. Atti n. 119/CSR vom 4. August 2021) übernommen. Die Übernahme der Kriterien, welche in den obengenannten Dokumenten vorgesehen sind, in die Landesbestimmungen erfolgt im Einklang mit den geltenden allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen. Davon unbeschadet bleibt die Möglichkeit, die Inhalte der obengenannten Dokumente in der Umsetzungsphase an die Besonderheiten des Landes mit nachfolgenden Maßnahmen anzupassen.
4. Der Anhang A "*Leitlinien zur wohnortnahen Betreuung*", wird als wesentlicher Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.
5. Der Anhang B "*Strukturelle, technologische und organisatorische Richtlinien für die PNRR-Einrichtungen*" wird als wesentlicher Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.
6. Die Abteilung Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen erhält den Auftrag, mit eigenen nachfolgenden Maßnahmen für die Umsetzungsphase des Organisationsmodells gemäß den Angaben dieses Beschlusses zu sorgen.
7. Diese Maßnahme wird digital an den Sanitätsbetrieb übermittelt, sodass diese umgesetzt und an alle beteiligten internen und externen Dienste verbreitet werden kann.
8. Für alle anderen Inhalte, die nicht in den Anhängen A und B enthalten sind, wird auf die Bestimmungen der Reform im Dekret des Gesundheitsministeriums Nr. 77/2022 verwiesen, als verbindliche
- sull'assistenza territoriale verso una sanità integrata, proattiva e di prossimità;
3. si procede, in vista dell'implementazione delle strutture PNRR che dovranno coordinarsi con gli altri servizi territoriali già esistenti, al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni sull'accREDITAMENTO delle reti di cure palliative (Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020), dell'Accordo Stato-Regioni sull'accREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020) e dell'Intesa Stato-Regioni sull'accREDITAMENTO delle cure domiciliari (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021). Il recepimento dei criteri contenuti nei documenti succitati all'interno della normativa provinciale avviene compatibilmente con i requisiti generali o speciali già vigenti. Resta comunque ferma la possibilità di adattare in fase attuativa i contenuti dei documenti citati alle specificità provinciali con successivi provvedimenti;
4. si approva l'Allegato A "*Linee di indirizzo dell'assistenza territoriale*", quale parte integrante di questa deliberazione;
5. si approva l'Allegato B "*Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture PNRR*", quale parte integrante di questa deliberazione;
6. si dà mandato alla Ripartizione Salute della Provincia autonoma di Bolzano di provvedere, con propri atti successivi, alla fase attuativa della realizzazione del modello organizzativo, secondo le indicazioni della presente deliberazione;
7. il presente provvedimento è trasmesso digitalmente all'Azienda sanitaria, affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni;
8. si rinvia, per ogni altro contenuto non presente negli Allegati A e B, alle prescrizioni della Riforma contenuta nel D.M. n. 77/2022, quale indicazione vincolante anche a livello provinciale,

Vorgabe auch auf Landesebene, im Einklang mit dem Autonomiestatut und den territorialen Merkmalen der Provinz (Art. 3 des Ministerialdekretes Nr. 77/2022).

compatibilmente con lo Statuto speciale e le peculiarità territoriali (art. 3 del D.M. n. 77/2022);

9. Gegenständlicher Beschluss bringt keine Mehrausgabe zu Lasten des Verwaltungshaushalts der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol mit sich.
10. Dieser Beschluss wird gemäß Artikel 4, Absatz 1, Buchstabe d) des Regionalgesetzes vom 19. Juni 2009, Nr. 2, in geltender Fassung im Amtsblatt der Region veröffentlicht, da die entsprechende Maßnahme an die Allgemeinheit gerichtet ist. Außerdem wird er auf dem eigens dafür ausgewiesenen Bereich der institutionellen Homepage des Landes veröffentlicht.

9. si dà atto che il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio provinciale;
10. la presente deliberazione è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) della legge regionale 19 giugno 2009, n. 2 in quanto trattasi di un atto destinato alla generalità dei cittadini. Inoltre, è pubblicata sulla sezione appositamente istituita del sito istituzionale della Provincia.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALESEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Richtlinien der wohnortnahen Betreuung in Anwendung des Ministerialdekrets vom 23. Mai 2022, Nr. 77 und des staatlichen Wiederaufbauplans (PNRR)

Richtlinien für die Akkreditierung der neuen Einrichtungen

Dezember 2022

Ausgearbeitet vom Amt für Gesundheitsbetreuung der Landesabteilung Gesundheit in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Isabella Mastrobuono (einzige Bezugsperson der Partei für den PNRR der Autonomen Provinz Bozen- Südtirol)

gesundheitsbetreuung@provinz.bz.it – Tel. 0471-418070

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Abkürzungen	6
ANLAGE A – DAS ORGANISATIONSMODELL DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG	7
Einleitung	7
SOZIO-DEMOGRAFISCHE UND EPIDEMIOLOGISCHE ANALYSE DES UMFELDES	12
VISION UND MISSION	15
DERZEITIGES MODELL DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG	19
DIE ERNEUERTE GOVERNANCE DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG	20
Die Gesundheitsbezirke	21
Die Landesverwaltung	24
Das Ressort	25
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb	25
ORGANISATIONSFORMEN DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG (GEMÄß ART. 8 DES GESAMTSTAATLICHEN KOLLEKTIVVERTRAGS DER ÄAM UND DER KfW)	26
DIE NEUEN WOHNORTNAHEN EINRICHTUNGEN	27
Gemeinschaftshäuser (GSH)	27
Gemeinschaftskrankenhäuser.....	28
Wohnortnahe Einsatzzentralen (WONE)	29
INDIKATOREN FÜR JEDE EINRICHTUNG	30
ANDERE DIENSTE	32
Die integrierte Hausbetreuung.....	32
Die Palliativbetreuung	34
Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger.....	34
Die Dienste für psychische Gesundheit und Abhängigkeitserkrankungen	35
Das Informationssystem und die telemedizinische Versorgung.....	36
Die Dienstleistungs-Apotheken	37
METHODE ZUR BESTIMMUNG DES PERSONALBEDARFS FÜR DIE FUNKTIONSWEISE DER DIENSTE UND DIE AUSBILDUNG	38
Anhang	42
Eine erste Bewertung des Personalbedarfs	42
Verzeichnis der derzeit bestehenden Vernetzten Gruppenmedizinen in Südtirol.....	42
ANLAGE B – STRUKTURELLE, TECHNOLOGISCHE UND ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINRICHTUNGEN DES PNRR	44
Das Gemeinschaftshaus (GSH)	44
Das Gemeinschaftskrankenhaus	53
Die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE).....	60

Vorwort

Der staatliche Wiederaufbauplan¹, in der Folge PNRR genannt, stellt für Südtirol eine große Herausforderung dar. Er ist die Antwort auf die großen Problematiken, insbesondere der wohnortnahen Betreuung, die sich während der Covid-19-Pandemie auf der ganzen Welt gezeigt haben.

Die Notwendigkeit die wohnortnahen Dienste, und zwar jene Dienste, die außerhalb des Krankenhauses angesiedelt sind, neu zu organisieren ist eine nunmehr nicht mehr aufschiebbare Erfordernis für das Auftreten von Notständen aufgrund des Infektionsgeschehens. Dies wurde auch auf europäischer Ebene öfters beteuert.

Die andere Herausforderung, welcher der PNRR standhalten will, ist die Alterung der Bevölkerung, die in allen europäischen Ländern zu verzeichnen ist. Man will versuchen Hospitalisierungen von gebrechlichen Patienten, die auch außerhalb des Krankenhauses versorgt und behandelt werden können, zu vermeiden.

Wie die Daten auf Staatsebene zeigen, verfügt Südtirol über ein fortschrittliches Gesundheitssystem. Das Land Südtirol wird als eine der tugendhaftesten Gemeinschaften, bezogen auf den Gesundheitszustand seiner Bevölkerung, bezeichnet. Auch hier werden die kapillaren wohnortnahen Dienste mit der Eröffnung von zehn Gemeinschaftshäusern (aufgrund der Bevölkerungszahl können bis zu 27 eröffnet werden), drei Gemeinschaftskrankenhäusern und fünf wohnortnahen Einsatzzentralen (in der Folge *WONE* genannt) verstärkt. Zu diesen kommen noch umfassendere Maßnahmen für die Digitalisierung und den Umbau im Krankenhausbereich mit dem Ankauf von neuen und hochmodernen Gerätschaften für einen zweckgebundenen Gesamtbetrag von 96 Millionen Euro (BLR Nr. 285/2022).

Die grundlegende Rolle der Planung der Tätigkeiten in der wohnortnahen Betreuung steht den Gesundheitsbezirken (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) zu, welche auch die Aufgabe haben, die Beziehungen mit dem System an Sozialdiensten zu verstärken, um eine Übernahme der gebrechlichsten Patienten gemeinsam zu tragen. Dabei sollen alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, nicht zuletzt auch die elektronische Gesundheitsakte, die auch von den Ärzten für Allgemeinmedizin, gespeist werden wird, genutzt werden.

Die Gemeinschaften der Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl, die vernetzten Gruppenmedizinen (VGM), die komplexen Versorgungseinheiten (UCCP) und die integrierten Gruppenmedizinen können ihren physischen Sitz innerhalb der Gemeinschaftshäuser haben oder mit diesen funktionell, als *spoke*-Strukturen in den benachteiligten Gebieten und jenen mit einer geringeren Bevölkerungsdichte, verbunden sein. Zum heutigen Tag gibt es auf dem Landesgebiet 26 VGM der Allgemeinmedizin und, in Anwendung des neuen Gesamtstaatlichen Kollektivvertrag 2016/2018 i.g.F., werden fünf komplexe Versorgungseinheiten, welche in den zukünftigen Gemeinschaftshäusern angesiedelt werden können, dazukommen.

Auf 3.000 Ansässige ist eine/ein Gemeinschaftskrankenpfleger/in vorgesehen, die im Einzugsgebiet der Gemeinschaftshäuser tätig sein werden. Auf 100.000 Ansässige ist eine Einheit an Betreuungskontinuität (ein Arzt und ein Pfleger) vorgesehen.

Die größte Neuigkeit, vielleicht auch die bedeutendste, sind die wohnortnahen Einsatzzentralen (*WONE*), welche von spezialisiertem Pflegepersonal geführt werden und

¹ Piano nazionale di ripresa e resilienza- PNRR, genehmigt mit Gesetz Nr. 101/2021

die Aufgabe haben, alle Dienste der Übernahme des Patienten in Wohnortnähe zu koordinieren und hierbei auch mit dem Krankenhaus in Verbindung zu bleiben.

Derzeit, nach der Unterschrift des institutionellen Entwicklungsvertrags mit dem Staat seitens des Landeshauptmanns sind die Arbeiten gestartet, welche eine Eröffnung der ersten zehn Gemeinschaftshäuser innerhalb des Jahres 2026 sicherstellen sollen.

Für die Umsetzung der Mission 6 „Gesundheit“ des PNRR und des MD Nr. 77/2022 wurde ein Lenkungsausschuss (sog. „*Steering Committee*“) für die Koordinierung der Bezugspersonen der Landesverwaltung, des Südtiroler Sanitätsbetriebs und des Sozialbereiches sowie der Betriebsgruppe zur Reorganisation der wohnortnahen Versorgung eingesetzt. Dazu kommen noch die vier Arbeitsgruppen auf Bezirksebene, die die Einrichtungen nach räumlichem Bedarf geplant und die notwendigen Gerätschaften vorgesehen haben. In einigen von den zu errichtenden Einrichtungen sollen auch die Gemeinschaftskrankenhäuser Platz finden, welche Abteilungen sind, in denen eine durchgehende Betreuung von gebrechlichen Patienten sichergestellt wird, ohne sie ins Krankenhaus einweisen zu müssen.

In Kürze startet in Bozen ein Pilotprojekt einer WONE, die die Phase der Entlassung von gebrechlichen Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus begleitet und deren Management sichert. Dies geschieht in Synergie mit den Sozialdiensten, damit die Kontinuität der Betreuung (integrierte Hausbetreuung, Aufnahme in Einrichtungen mit bestimmten Schwerpunkten, Aufnahme in das Gemeinschaftskrankenhaus, Zulassung zu Betten der Intermediärpflege usw. gesichert ist.

Die Gesundheitsbezirke werden weiterhin die Hausbetreuung, die Dienste für die psychische Gesundheit, für die Abhängigkeiten und jene der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Dienste für Frauen und Kinder, sowie jene für die Förderung und die Prävention im Bereich Gesundheit sicherstellen. Dies alles wird durch einen erweiterten Einsatz der Telemedizin unterstützt und integriert, wobei es vor allem unter dem Gesichtspunkt einer höheren Effizienz betrachtet werden soll. Für die verschiedenen betrieblichen Dienste, die in mehreren oder allen Bezirken angeboten werden, muss eine bessere Koordinierung gesichert werden.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, werden Plattformen der zweiten Ebene benötigt, die auf Algorithmen der "künstlichen Intelligenz" beruhen und die die bestehende IT-Ausstattung im Sanitätsbetrieb nicht ersetzen, sondern nur "ergänzen". Ohne "Informationsaustausch" ist keine "Übernahme des Patienten/der Patientin" und keine "Kontinuität der Betreuung" möglich.

Aus diesem Grund ist es notwendig echte Prozesse der Integration und des Informationsaustauschs zwischen allen Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und soziosanitären Bereichs zu gewährleisten. Die Prozesse sollen dabei in den Betreuungsketten nach Krankheitsbildern und Einzugsgebiet betrachtet werden. Informationen sollen nicht jeweils separat neu eingeholt werden müssen, sondern es soll mit den bereits bestehenden Datenbanken gearbeitet werden. Man denke an die obligatorischen Datenflüsse an das Gesundheitsministerium und/oder an die Referenzregionen, den Repositorien für klinische Aufzeichnungen von Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl und Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern oder Ambulatoriumsfachärztinnen und Ambulatoriumsfachärzten, Aufzeichnungen von

Krankenpflegepersonal oder Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen, DTBP²-Indikatoren und alles, was sonst noch nützlich sein könnte, um den "Informationsaustausch" im Rahmen eines multiprofessionellen und multidisziplinären "integrierten" Ansatzes für die Pflegeaktivitäten zu gewährleisten.

Die Management-Herausforderung ist groß und von grundlegender Bedeutung für die Neugestaltung des Landesgesundheitsdienstes. Das Land setzt die besten verfügbaren Manager für diese Aufgabe ein. Die Herausforderung des PNRR, und ganz allgemein der Tragbarkeit des Gesundheitsdienstes, spielt sich auf diesem Terrain ab.

Die Krankenhäuser müssen ihr Hauptaugenmerk auf die Betreuung der zweiten Ebene mit den zeitabhängigen Netzen, welche im Department für die Notaufnahme und die Aufnahme³ der zweiten Stufe im Krankenhaus von Bozen zusammenfließen, unter dem Gesichtspunkt der Sicherung der Betreuung der Akutfälle, richten.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und um den aktuellen Herausforderungen im Bereich Gesundheitswesen und Gesundheit gewachsen zu sein, **muss die wohnortnahe Betreuung gestärkt und neu organisiert werden!**

² DTBP = diagnostisch therapeutische Betreuungspfade (*PDTA- percorsi diagnostico-terapeutici*)

³ *Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione*- DEA

Abkürzungen

ÄAM	Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
BLR	Beschluss der Landesregierung
CIS	institutioneller Entwicklungsvertrag (<i>Contratto istituzionale di sviluppo</i>)
DTBP	diagnostisch- therapeutischer Betreuungspfad (<i>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</i>)
GSH	Gemeinschaftshaus (<i>Casa della Comunità</i>)
GvD	gesetzesvertretendes Dekret
HUB	(Hauptsitz eines Gemeinschaftshauses)
KfW	Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl
LG	Landesgesetz
LGP	Landesgesundheitsplan
MD	Ministerialdekret
OCBP	obstruktive chronische Broncho-Pneumopathie
PAI	individueller Betreuungsplan (<i>Piano assistenziale individualizzato</i>)
PNRR	staatlicher Wiederaufbauplan (<i>Piano nazionale di ripresa e resilienza</i>)
SPOKE	Nebensitz (eines Gemeinschaftshauses)
SSN	Staatlicher Gesundheitsdienst (<i>Servizio sanitario nazionale</i>)
UCA	Einheit für die Betreuungskontinuität (<i>Unità di continuità assistenziale</i>)
UCCP	komplexe Versorgungseinheit (<i>Unità complessa delle cure primarie</i>)
UOC	komplexe operative Einheit (<i>Unità operativa complessa</i>)
UOS	einfache operative Einheit (<i>Unità operativa semplice</i>)
UVM	Einheit für die multidimensionale Bewertung (<i>Unità di valutazione multidimensionale</i>)
VGM	Vernetzte Gruppenmedizin
WHO	Weltgesundheitsorganisation (<i>world health organisation</i>)
WONE	wohnnortnahe Einsatzzentrale (<i>Centrale operativa territoriale</i>)

ANLAGE A – DAS ORGANISATIONSMODELL DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG

Einleitung

Der soziodemografische und epidemiologische Wandel, der in den wichtigsten Industrieländern zu einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und zu einer Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität mit einem hohen Behinderungsrisiko sowie zu einem Anstieg des Pflegebedarfs geführt hat, stellt die wichtigste Herausforderung für alle nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme dar.

Im Jahr 2035 wird im Land Südtirol mit seinen 535.774 Einwohnern (ASTAT-Daten zum 31.12.2021) die Zahl der Personen, die an chronischen Krankheiten leiden, von derzeit 151.000 auf ca. 191.000 ansteigen. Dabei könnte auch die Zahl jener Personen, die sich nicht selbst versorgen können und die heute 4% der Bevölkerung ausmacht, d.h. ca. 20.000 Personen, zunehmen.

Im Jahr 2019 lag der Anteil der Südtiroler Bevölkerung mit mindestens einer chronischen Krankheit bei 30,5 Prozent (fast jede dritte Person).

Das Land hat seit langem eine Reihe von Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich ins Leben gerufen, die eine echte Stärke des Systems darstellen:

- ein dichtes Netz von Seniorenwohnheimen (78 Seniorenwohnheime mit insgesamt rund 4.600 Bettenplätzen),
- Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die außerhalb des Krankenhauses sehr aktiv sind (VGM, Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger, Sozialdienste, die auf dem Landesgebiet kapillar verbreitet sind),
- eine Krankenhausversorgung, die gute Betreuungsergebnisse garantiert.

Es gibt jedoch einige kritische Punkte im Zusammenhang mit dem unzureichenden Ausbau der wohnortnahen Dienste, die sich aus der unzureichenden Einbindung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Krankenpflegepersonal und anderen Fachpersonen in die **Versorgung** der Patientinnen und Patienten, insbesondere jener mit chronischen Krankheiten, **außerhalb des Krankenhauses** ergeben haben. Die Konzentration der ambulanten fachärztlichen Tätigkeit innerhalb der Krankenhausmauern verstärkt die Vorstellung, dass nur das Krankenhaus eine angemessene Betreuungsform bieten kann. Dies ist auch eine der Ursachen für die langen Wartelisten in einigen Landesgebieten und der Anzahl der Zugänge zu den Notaufnahmen in den Krankenhäusern.

Die Integration zwischen dem Krankenhaus und den wohnortnahen Diensten kommt nur schwer in Gang.

Mit der Genehmigung des „**Masterplan Chronic Care**“⁴ hat sich das Land zum Ziel gesetzt die wohnortnahe Versorgung, die Betreuung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und frei wählbare Kinderärztinnen und Kinderärzte, des Krankenpflegepersonals und anderer Fachkräfte außerhalb des Krankenhauses, einschließlich der in den sozialen Bereichen tätigen Personen, sowie jene durch die Fachärztinnen und Fachärzte in den Krankenhäusern zu verbessern. Dabei wird der Schwerpunkt auf ein Pflegemodell vor Ort gelegt, das den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, insbesondere der chronischen Patienten, gerecht wird. Der Masterplan legt die Grundprinzipien für die Versorgung der gebrechlichsten Patienten sowie die Grundlage

⁴ Genehmigt mit BLR Nr. 1281/2018.

für eine bessere Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten, für welche das Land primäre Gesetzgebungsbefugnis hat, fest.

Eine angemessene Handhabung der Grundversorgung (Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation in der wohnortnahen Betreuung) mit besonderem Augenmerk auf die chronischen Krankheiten, bedarf eines durchgehenden, multidimensionalen, multidisziplinären und auf mehrere Ebenen aufgeteilten Systems, welches die Umsetzung von individuellen Behandlungsprojekten, die Rationalisierung des Bedarfs an Ressourcen und die Verbesserung der Lebensqualität ermöglicht und Behinderungen und der Pflegebedürftigkeit zuvorkommt.

Um dies vorzubereiten, braucht es die **Festsetzung des Bedarfes, den die Bevölkerung hat, mit einhergehender Stratifizierung der Klassen von Personen**, um im Besonderen die kritischen Fälle ermitteln zu können.

Grundlegend für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung ist auch die Programmierung der Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und der anderen an der Übernahme des Patienten, sei es von gesundheitlicher als auch von sozialer Seite, beteiligten Berufsgruppen. **Die Integration der gesundheitlichen und sozialen Tätigkeiten stellt daher einen grundlegenden Knotenpunkt dar**⁵.

Das „Herzstück“ der Neuordnung der Dienste der wohnortnahen Betreuung stellt die Teamarbeit, und damit der Miteinbezug der anderen im Betreuungsprozess beteiligten Berufsgruppen (hauptsächlich Krankenpflegepersonal und Personal der Sozialdienste) sowie die Aktivierung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (gemeinsam getragene und festgesetzte **DTBP** für die verschiedenen Krankheitsstadien) dar. Letztere sind nützlich für die Verbesserung der Betreuung, für die Vorbeugung einer Verschlechterung und für die Lieferung von Informationen sowie von klinischen und organisatorischen Daten.

Spezielle Indikatoren für den Prozess und das Ergebnis (unabdingbar um einen Kreislauf im Zeichen der Qualität in Gang zu bringen) und die Indikatoren für Zwischen- und Endergebnisse (welche die Wirksamkeit und die Effizienz der Maßnahmen messen) begleiten die Erfassung und Nachvollziehbarkeit der DTBP.

Das MD Nr. 77 vom 23. Mai 2022 „Standardmodelle für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst“, als grundlegender Zwischenschritt der in der Mission 6 „Gesundheit“ des PNRR vorgesehenen Reform, gibt ein Bild vor, innerhalb dem die Tätigkeiten der Grundversorgung sich mit besonderem Augenmerk auf den „Sprenkel“ (welcher in Südtirol als Gesundheitsbezirk anzusehen ist⁶) und die Einrichtungen, in denen sie stattzufinden hat (Gemeinschaftshäuser, Gemeinschaftskrankenhäuser und wohnortnahe Einsatzzentralen) zu entwickeln haben.

⁵ Man verweist an dieser Stelle auf das schon im Masterplan Chronic Care Beschriebene, insbesondere auf die Rolle des Einheitsschalters für Betreuung und Pflege (**SUAC**), welcher die **Funktion des front-office** für die Bevölkerung ausübt. Er bietet Beratung betreffend die Dienste an, informiert über die Möglichkeiten der Unterstützung und der zeitweiligen und endgültigen Aufnahme in den Seniorenwohnheimen oder den teilstationären Einrichtungen der Sozialdienste, zu bestehenden Beiträgen und dem Angebot des Gesundheits- und Sozialsprengels und der anderen Dienste, über Rechte und Verpflichtungen, über die finanzielle Unterstützung usw.

⁶ Der „**Sprenkel**“, der in der Reform des **PNRR** als Grundeinheit für die Planung im Gesundheitswesen und die Gesundheitsplanung, angesehen wird, **fällt funktionell mit dem in Südtirol bestehenden „Gesundheitsbezirk“ zusammen**. Davon zu unterscheiden sind unsere 20 Gesundheits- und Sozial-„Sprenkel“, welche kapillar verteilt auf dem Landesgebiet verteilt sind und welche ausschließlich der Ort der Erbringung der Leistungen und nicht mit dem „Sprenkel“, wie er im MD Nr. 77/2022 bezeichnet und beschrieben wird, zu verwechseln sind.

Im staatlichen Dekret wird nämlich ein Bezugs-Szenario gezeichnet, in dem die Funktionen und die organisatorischen Aspekte des „Sprengels“ (in Südtirol lese man Gesundheitsbezirk) beschrieben werden, aber auch die Merkmale der Gemeinschaftshäuser, der Gemeinschaftskrankenhäuser und der wohnortnahen Einsatzzentralen, welche den konkreten Ort darstellen, an dem man die Grundversorgung am besten organisieren kann. Der Wirkungsradius, innerhalb dem die Neuordnung, welche mit MD Nr. 77/2022 in die Wege geleitet worden ist, bleibt auf jeden Fall die Ebene des Makro-Bereichs „Betreuung in den Gesundheitssprengeln“, so wie im DPMR vom 12. Jänner 2017 (sog. „neue WBS“) vorgesehen ist. In diesen Bereich fallen alle Tätigkeiten, Leistungen und Dienste hinein, die der staatliche Gesundheitsdienst den Bürgerinnen und Bürgern kostenlos oder nach Zuzahlung zur Gesundheitsausgabe (Ticket), im Rahmen der wohnortnahen Betreuung innerhalb der Sprengel (in Südtirol lese man „Gesundheitsbezirke“) erbringen muss. Die Bezeichnungen wohnortnahe Betreuung und Betreuung auf Sprengel-Ebene sind demnach als Synonyme zu verwenden⁷.

Der PNRR, welcher im staatlichen Gesetz Nr. 101/2021 enthalten, von der Europäischen Kommission genehmigt worden und innerhalb dem Jahr 2026 umzusetzen ist, schreibt in der Komponente 1 der Mission 6 „Gesundheit“ das Verhältnis von Krankenhaus und wohnortnaher Betreuung neu, indem er, zusätzlich zur Stärkung der Hausbetreuung noch die obengenannten strukturellen Vorhaben festsetzt.

Mit **BLR Nr. 285 vom 26. April 2022** hat Südtirol den Institutionellen Entwicklungsvertrag (CIS) mit dem Staat übernommen und den dazugehörigen operativen Landesplan (POR) übernommen. Beide sind vom PNRR vorgesehen. In der Folge wurden auch die „EVV- einheitlichen Verfahrensverantwortlichen“ des Sanitätsbetriebs für die 78 vom PNRR, Komponenten 1 und 2 der Mission 6 „Gesundheit“ vorgesehenen Projekte und die einzige Referentin für die Partei, welche die Aufgabe hat, die korrekte Ausführung aller vorgesehenen Projekte zu überwachen, ernannt.

Es wird hervorgehoben, dass in Südtirol **bis jetzt noch keine Gemeinschaftshäuser und auch keine wohnortnahen Einsatzzentralen und Gemeinschaftskrankenhäuser aktiviert worden sind**, auch wenn für letztere beide die strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen bereits mit Dekret des Landesrates Nr. 22555 vom 28.11.2018 und letztthin der BLR Nr. 438/2022 „*Landesplan zur Intermediärbetreuung 2022-2026*“ genehmigt worden sind. Letzterer sieht eine Höchstzahl von 214 Bettenplätzen der Intermediärbetreuung vor, welche auf dem Landesgebiet innerhalb 2026 aktiviert werden sollen. Die Bettenplätze sollen gleichmäßig auf die Gesundheitsbezirke aufgeteilt sein und 80 von ihnen sollen in den künftigen drei Gemeinschaftskrankenhäusern unterkommen⁸. Nachfolgend werden zusammenfassend in

⁷ Gemäß DPMR vom 12. Jänner 2017 (sog. „neue WBS“) soll die Betreuung in den Sprengeln, oder besser, die Tätigkeiten und Gesundheits- und soziosanitären Dienste, die außerhalb des Krankenhauses erbracht werden, folgendermaßen aufgeteilt sein: medizinische Grundversorgung, Notfalldienst außerhalb des Krankenhauses, pharmazeutische Versorgung, integrative Betreuung, fachärztliche ambulante Betreuung, prothetische Betreuung, Thermalbetreuung, soziosanitarie Haus- und wohnortnahe Betreuung; soziosanitäre Betreuung in Seniorenwohnheimen und teilstationären Einrichtungen.

⁸ Bereits der LGP 2016-2020 hat vorgesehen, dass einige Akut- und Postakut-Bettenplätze durch Ersatz-Bettenplätze ersetzt werden, und zwar steht darin geschrieben: „Der Sanitätsbetrieb hat die Möglichkeit Bettenplätze vorzusehen, für die die Betreuungsintensität geringer ist (z.B. ohne Notwendigkeit der Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes rund um die Uhr). *Zu dieser Kategorie von Bettenplätzen gehören jene für die sog. **Intermediärbetreuung** oder die Kategorie gemäß Art. 26 (man denke z.B. an die Kardiologie-Rehabilitation).* Der Sanitätsbetrieb wird daher, je nach Bedarf

Tabellen die einzelnen Vorhaben und die entsprechenden Finanzierungen der Mission 6 angeführt.

Tabelle 1: Gemeinschaftshäuser, WONE und Gemeinschaftskrankenhäuser nach Gemeinde in Südtirol

Comune Gemeinde	10 Case della Comunità Gemein- schaftshäuser	Sede Sitz	5 COT WONE	Sede Sitz	3 Ospedali di Comunità Gemeinschafts- krankenhäuser
Neumarkt Egna	x	Marienstr. - via della Madonna	x	Marienstr. - via della Madonna	20 pl- BP Marienstr. - via della Madonna
Leifers Laives	x	Unterbergstr. - via Sottomonte			
Bozen Bolzano	x	Lorenz-Böhlerstr. -via L. Böhler 5	x endgültig		40 pl- BP L. Böhlerstr. - via L. Böhler 5
Bozen Bolzano			x vorläufig	Löw Cadonna Platz 12 - Piazza Löw Cadonna 12	
Eppan Appiano	x	J.G.Platzerstr. - via J. G Platzer			
Naturns Naturno	x	Gustav Flora 8 - via Gustav Flora 8			
Meran Merano	x	Rossinstr. 6 - via Rossini 6	x	Rossinstr. 6 - via Rossini 6	20 pl- BP Rossinstr. 6 - via Rossini 6
Brixen Bressanone	x	Romstr. 5 - via Roma 5	x	Romstr. 5 - Via Roma 5	
Klausen Chiusa	x	Seebeggstr. 17 - via Seebegg 17			
Innichen San Candido	x	In der Au 6 - via Prato 6			
Bruneck Brunico	x	Spitalstr. 11 - via Ospedale 11	x	Spitalstr. 11 - via Ospedale 11	

Tabelle 2: Mit BLR Nr. 285/2022 festgesetzte Finanzierungen

und auf der Grundlage der Angemessenheit, **im Rahmen der gesamten 2.044 Einheiten auch Bettenplätze der Intermediärbetreuung schaffen**, wobei er die gleichmäßige Verteilung dieser Bettenplätze unter den verschiedenen Gesundheitsbezirken sicherstellt. Die verschiedenen Kategorien an Bettenplätzen werden demnach als Gesamtheit angesehen und ermöglichen dem Sanitätsbetrieb über einen gewissen Spielraum zu verfügen, auch den Kriterien der wirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit entsprechend." (Absatz 7.3 des LGP).

Interventi Componente 1 Vorhaben Komponente1	TOTALE COMPLESSIVO GESAMTKOSTEN	Finanziamento PNRR Finanzierung PNRR	Finanziamento restante Notwendige Restfinanzierung	Über Investitionsprogram me finanziert Giá finanziato tramite programmi d'investimento	Mehrbedarf 2022-2026 Fabbisogno aggiuntivo 2022-2026
Intervento 1.1.1 - Casa della Comunità (10) Vorhaben 1.1.1 Gemeinschaftshaus	46.336.875,77	14.376.609,77	31.960.266,00	10.767.462,00	21.192.804,00
Intervento 1.2.1 - Assistenza domiciliare Vorhaben 1.2.1 - Hausbetreuung	Noch zu ermitteln	Non comunicato	0,00	0,00	0,00
Intervento 1.2.2 COT (5) Vorhaben 1.2.2 COT (5)	2.651.193,00	865.375,00	1.785.818,00	375.525,00	1.410.293,00
Intervento 1.2.2 COT interconnessione aziendale Investition 1.2.2 – COT Digitale Vernetzung des SB	1.418.187,17	355.357,29	1.062.829,88	1.062.829,88	0,00
Intervento 1.2.2 COT Device Vorhaben 1.2.2 COT Device	483.580,94	483.580,94	0,00	0,00	0,00
Intervento 1.3.1 – Ospedali di Comunità (3) Vorhaben 1.3.1 - Gemeinschaftskrankenhäuser (3)	16.407.986,15	7.841.787,15	8.566.199,00	2.712.013,00	5.854.186,00
TOTALE	67.297.823,03	23.922.710,15	43.375.112,88	14.917.829,88	28.457.283,00

ANMERKUNG: COT = wohnortnahe Einsatzzentrale WONE

Interventi Componente 2 Vorhaben Komponente 2	TOTALE COMPLESSIVO GESAMTKOSTEN	Finanziamento PNRR Finanzierung PNRR	Finanziamento restante Notwendige Restfinanzierung	Über Investitionsprogram me finanziert/finanzierbar Giá finanziato/finanziabil e tramite programmi	Mehrbedarf 2022-2026 Fabbisogno aggiuntivo 2022-2026
Intervento 1.1.1 Ospedale digitale DEA I e II Vorhaben 1.1.1 Digitalisierung KH DEA I e II	17.929.234,40	11.371.454,40	6.557.780,00	6.557.780,00	0,00
Intervento 1.1.2 Ammodern. appar. elettrom. Vorhaben 1.1.2 Modernisier. Medizintechnik	9.865.700,39	9.325.100,39	540.600,00	540.600,00	0,00
Intervento 1.2 Verso un Ospedale sicuro e sostenibile "l'antismica" Vorhaben 1.2 Sicures und nachhaltiges Krankenhaus "Erdbebensicherheit"	134.300.000 *	16.380.326,00	117.919.674,00	51.339.228,31 12.500.000,00	54.080.445,69
Intervento 1.3.2 "Infrastruttura tecn. strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione" 4 flussi Vorhaben 1.3.2 „Infrastruktur und Geräte zur Sammlung, Verarbeitung, Analyse und Simulation der Daten" 4 Datenflüsse	237.606,15	237.606,15	0,00	0,00	0,00
Intervento 2.2 "Sviluppo competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale sanitario – sub-corso di formazione infezioni ospedaliere" Vorhaben 2.2 "Entwicklung der technischen, beruflichen, digitalen Kompetenzen Gesundheitspersonals – Kurs Krankenhausinfektionen"	937.878,09	937.878,09	0,00	0,00	0,00
TOTALE	28.970.419,03	38.252.365,03	125.018.054,00	70.937.608,31	54.080.445,69
TOTALE GENERALE C1+C2	96.268.242,06	62.175.075,18	168.393.166,88	85.855.438,19	82.537.728,69

ANMERKUNG:

* Auf explizite Anfrage des Gesundheitsministerium hin wurde das erste Gewerk des Vorhabens 1.2 "Sicheres und nachhaltiges Krankenhaus" in der entsprechenden Kartei dieses Vorhabens mit Gesamtbetrag von 57.749.000€ (Gewerk West) geändert. Für dieses Gewerk werden die PNRR- und die PNC- Finanzierungen buchhalterisch belegt. Das Gewerk Ost mit Gesamtbetrag 76.551.000 € wird zu einem späteren Zeitpunkt, außerhalb der Beiträge im Rahmen von PNRR oder PNC, ausschließlich über Finanzierung seitens des Landes ausgeführt.

Das MD Nr. 77/2022 zeichnet das Bild eines erneuerten Weges der wohnortnahen Betreuung, welches auch andere wichtige Bereiche betrifft, wie z.B. die Betreuungskontinuität und die Errichtung der Einheiten für die Betreuungskontinuität (UCA). Der Ablauf der integrierten Hauspflege (ADI) wird neu geregelt und sieht die verpflichtende Schaffung eines effizienten Netzes der Palliativbetreuung vor, auch mit dem Einsatz von innovativen digitalen Hilfsmitteln der Telebetreuung, wobei der Dienst von geeigneten Daten- und informatischen Systemen unterstützt wird.

Das MD übernimmt auch die Definition von Grundversorgung, die auf EU-Ebene verwendet wird. Diese sieht ein System vor, das imstande ist, alle Tätigkeiten, Dienste und Leistungen, welche auf Ebene der wohnortnahen Betreuung in den Gesundheitsbezirken nach den Organisationsmodellen, welche auf den Bedarf des Bürgers in seinem Familien- und Gemeinschaftsumfeld ausgerichtet sind, zu sichern. Von einem derartigen Modell leiten sich die Begriffe der wohnortnahen Betreuung, der wohnortnahen Medizin und der gemeinschaftlichen Betreuung ab.

Weiters wird die Rolle der **Beratungsstellen für Familien, Mütter und Kinder** stark aufgewertet. Das Gesundheitsministerium hat deren Erfassung in die Wege geleitet und das Land muss nunmehr regelmäßig die Daten über deren Tätigkeiten an das NSIS weiterleiten.

Das **Department für Prävention (DP)** muss gemäß MD Nr. 77/2022 auch die *„Unterstützung der Planungs-, Programmierungs-, Organisations- und Überwachungstätigkeiten, welche die Gesundheit fördern und die Risiken in den verschiedenen Lebensbereichen der einzelnen und in der Gemeinschaft (z.B. verschiedene soziale Umfelder, bäuerliche und industrielle Gebiete, Stadt- und Berggebiete) mindern und einschränken.“*

Im Rahmen der Bekämpfung der nicht übertragbaren chronischen Krankheiten arbeitet das DP in enger Zusammenarbeit mit dem Sprengel (in Südtirol lese man Gesundheitsbezirk) für die Programmierung, Umsetzung, Validierung und Koordination von Tätigkeiten, welche auf die Bestimmung der individuellen Risikobedingungen und die darauffolgende Weiterleitung zu gezielten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und/oder der Übernahme der Person gerichtet sind.

In dieses Umfeld reiht sich die Zusammenarbeit mit den Gemeinschaftshäusern, dem Department für Psychische Gesundheit und den Departments für Abhängigkeiten oder den anderen Diensten des sozio-sanitären Netzes der wohnortnahen Betreuung für die Hinführung an strukturierte Maßnahmen und für die Änderung der risikobehafteten Verhaltensweisen ein.“

SOZIO-DEMOGRAFISCHE UND EPIDEMIOLOGISCHE ANALYSE DES UMFELDES

Das Land Südtirol erstreckt sich über eine Oberfläche von 7.400 m², die überwiegend gebirgig ist. 55% des Landesgebiets weist einen schwachen Grad an Urbanisierung auf. Zum 31.12.2021 hatten 535.774 Bewohner ihren amtlichen Wohnsitz in Südtirol, dies entspricht einer mittleren Bevölkerungsdichte von 72,4 Einwohner pro km².

Die Bevölkerung ist im Vergleich zum staatlichen Durchschnitt relativ jung, mit einem Alterungsindex von 129,9% im Jahr 2021 (der Wert auf dem gesamten Staatsgebiet entsprach 182,6%). Er beträgt 111,6% bei den Männern und 149,4% bei den Frauen.

Im Laufe der letzten 15 Jahre (2007-2021) ist der Alterungsindex von 109,8% auf 129,9% gestiegen, wobei das Durchschnittsalter der Ansässigen von 40,6 auf 42,8 Jahre gestiegen ist.

Zu der im Verhältnis lokalen, etwas besseren Lage, was das Altern der Bevölkerung angeht, gesellt sich die etwas höhere Geburtenanzahl. In Südtirol liegt die auf den Dreijahreszeitraum 2019-2021 berechnete Gesamtgeburtenrate bei 1,7 Geburten je Frau. Dies stellt den höchsten Wert unter den italienischen Regionen dar, liegt aber dennoch unter der Ersatz—Fruchtbarkeitsrate (ca. 2,1 Kinder je Frau), welche den Generationenwechsel sicherstellen würde (der staatliche Wert von 2020 liegt bei 1,2 Kinder je Frau).

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie um 1,2 Jahre für die Frauen und 1,1 Jahr für die Männer gesunken. Sie lag bei 80,7 Jahren bei den Männern und bei 85 bei den Frauen, wobei beide Werte höher sind als die staatlichen (Männer 79,8 Jahre und Frauen 84,5 Jahre).

Die Sterberate im Jahr 2019, vor der Pandemie, betrug 8,4 Sterbefälle auf 1.000 Bewohner (auf staatlicher Ebene liegt sie bei 10,6). Sie ist im Jahr 2020 auf 10,2 gestiegen und im Jahr 2021 auf 9,1 gesunken. Als standardisierter Wert, und auf den Zeitraum 2010-2019 berechnet, verzeichnet man eine Verringerung des Wertes von 6,6 auf 6,2 je 1.000 bei den Frauen und von 10,6 auf 9,8 je 1.000 bei den Männern.

Im Laufe des Jahres 2019 litt fast eine Person auf drei (dies entspricht einer Prävalenz von 30,5%) in Südtirol an einer chronischen Krankheit. Betrachtet man nur die ältere Bevölkerung Südtirols (jene „65 Jahre und älter“), steigt der Prozentanteil auf 78% (fast 8 Personen auf 10, die älter als 65 Jahre sind; dies entspricht ca. 85.000 Personen im ganzen Land). Im Vergleich zu den Männern verzeichnen die Frauen ein leicht erhöhtes Risiko mindestens eine chronische Krankheit zu bekommen: erhöhte Werte für das weibliche Geschlecht werden v.a. bei den Autoimmun- und endokrinologischen Pathologien verzeichnet.

Die bedeutendsten zu verzeichnenden chronischen Krankheiten in Südtirol sind:

- **Typ-2 -Diabetes**, für den man eine Prävalenz von 4,0% der Gesamtbevölkerung des Landes (ca. 21.400 Personen) verzeichnet. Die Verteilung des Krankheitsbildes auf dem Landesgebiet ist ziemlich gleichmäßig, einzig für das Einzugsgebiet des Gesundheitsbezirks Bruneck wird ein niedrigerer Wert verzeichnet.
- **Herzinsuffizienz**, für die man eine Prävalenz von 1,2% der Gesamtbevölkerung des Landes (ca. 6.900 Personen) verzeichnet. Ein leicht höheres Vorkommen wird im Einzugsgebiet des Gesundheitsbezirks Meran verzeichnet.
- **Atemwegserkrankungen wie die obstruktive chronische Bronchopneumopathie (OCBP)**, für die man eine Prävalenz von 3,1% der Gesamtbevölkerung des Landes (ca. 17.000 Personen) verzeichnet. Während die Verteilung in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen und Meran ähnlich erscheint, ist sie in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck etwas niedriger.
- **Rheumatische Erkrankungen wie Rheumatoide Arthritis**, für die man eine Prävalenz von 0,6% der Gesamtbevölkerung des Landes (ca. 3.000 Personen) verzeichnet. Die Verteilung der Krankheit auf dem gesamten Landesgebiet erfährt ihre bedeutendsten Werte im Gesundheitsbezirk Brixen.

Das Durchschnittsalter einer oder eines chronisch Kranken liegt bei 63,2 Jahren. Die chronischen Krankheiten treten, klinisch gesehen, hauptsächlich im Alter auf, daher besteht ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken. Wie bereits weiter oben beschrieben, ist Südtirols

Bevölkerung im Verhältnis zur staatlichen Bevölkerung jünger. Dies wirkt sich auf die Prävalenzwerte einiger chronischen Krankheiten aus, welche demnach auch niedrigere Werte als jene auf staatlicher Seite aufweisen: z.B. Diabetes, 4,0 % in Südtirol im Gegensatz zu den 5,9% in Italien (Wert ISTAT 2020), oder OCPD, welche in Südtirol einen Wert von 3,1 % erreicht, während er in Italien einen Durchschnittswert von 5,6 % erreicht (Wert ISTAT 2019).

Um über die Daten betreffend die beschriebenen chronischen Krankheiten zu verfügen, führt Südtirol seit einigen Jahren ein System der Erfassung der chronischen Krankheiten der Bevölkerung. Durch das Integrieren der Daten über das Vorhandensein von chronischen Krankheiten mit der Intensität des Gebrauchs der Gesundheitsdienste seitens der Bevölkerung wurde in der Folge ein System für die Profilierung der Bevölkerung ausgearbeitet, welches für die Überwachung der Gesundheitsausgabe und der Verwaltung der Ressourcen Landesgesundheitsdienstes nützlich ist.

Dieses System sieht ein jährliches Mapping der Bevölkerung unter 7 Gesichtspunkten vor:

- a. Personen, die im Laufe des Jahres das Gesundheitssystem **nicht beanspruchen**;
- b. Personen, welche für fachärztliche Visiten oder pharmazeutische Leistungen **gelegentliche Zugänge zum staatlichen Gesundheitsdienst** machen;
- c. Personen, die an mindestens einer chronischen Krankheit leiden und nur über die wohnortnahen Dienste versorgt werden;
- d. Personen, die Zugänge zu den **Fachdiensten der Mutter-Kind-Gesundheit** machen;
- e. Personen, die eine **Krankenhausaufnahme** benötigen, **aber an keiner chronischen Krankheit leiden**;
- f. Personen, die eine **Krankenhausaufnahme** benötigen **und** an einer **chronischen Krankheit leiden**;
- g. **Personen mit chronischen Krankheiten in ihrem letzten Lebensjahr.**

Für jede Kategorie wurde eine Gewichtung ermittelt sowie ein Betreuungsbedarf und ein Index der Gesundheitsausgabe für die Leistungen an die Person mit dieser Profilierung festgelegt.

Die Anwendung dieser Profilierung war bei der Analyse auf Gebietsebene der Verteilung auf dem Landesgebiet und bei jener des Betreuungsauftrags unter den Allgemeinmedizinerinnen und -innen nützlich.

Auch im MD Nr. 77/2022 steht „ [...] Die Kenntnis über den epidemiologischen Kontext und der mit dem Bedarf und den Ergebnissen auf der Gesundheit der betreuten Bevölkerung verbundenen Indikatoren stellen einen grundlegenden Pfeiler im Bereich der Steuerung auf Ebene des Sprengels (in Südtirol lese man Gesundheitsbezirks)... Die Anwendung eines Stratifizierungs-Modells, das auf der gesamten staatlichen Ebene dasselbe ist, erlaubt die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, welche einen homogenen Zugang und eine homogenere Übernahme der Person sichern soll.“

Jedoch um zu einer vollständigen Umsetzung dieser Zielvorhaben zu gelangen, ist eine normative Basis zur Datenverarbeitung notwendig, die die derzeit bestehenden Hürden aus den Bestimmungen im Bereich Datenschutz vereinfachen.

VISION UND MISSION

Die gegenständlichen Leitlinien wollen, unter Beachtung der orographischen, strukturellen und organisatorischen Besonderheiten des Landesgebietes und den Autonomiebestimmungen, ein **neues und effizienteres Gebilde der governance** der wohnortnahen Betreuung Südtirols zeichnen, welche der Neuerungen, die mit MD Nr. 77/2022 und dem PNRR eingeführt worden sind, Rechnung trägt.

Die erneuerte *governance* wird in einen Kontext lokaler Bestimmungen eingebettet, der sich über die Jahre entwickelt hat, vom LGP 2000-2002 bis zum LG Nr. 3/2017, vom Masterplan Chronic Care aus dem Jahr 2018 (der faktisch einen Umbruch in der Behandlung der Patienten mit chronischen Krankheiten in Südtirol aufgezeigt hat), bis zum LGP 2016-2020.

Die Inhalte des gegenständlichen Dokuments übernehmen die Grundsätze und die staatlichen Zielvorgaben aus dem MD Nr. 77/2022 und dem PNRR und passen diese an lokale Begebenheiten an. Dies hat den Hauptzweck, den Patienten im Rahmen der wohnortnahen Betreuung einen besseren Zugang zu sichern, dabei den Zugang zu den Krankenhaustätigkeiten zu verringern und die Betreuungskontinuität zu sichern. Die Neuordnung der wohnortnahen Betreuung, so wie vom MD Nr. 77/2022 vorgesehen, wird für ihre Umsetzung längere Zeit in Anspruch nehmen, auch über das Jahr 2026 hinaus, wenn die Gemeinschaftshäuser errichtet worden, die wohnortnahen Einsatzzentralen in Betrieb genommen und die Gemeinschaftskrankenhäuser operativ sind. Die Übernahme der Bestimmungen aus dem MD muss daher nach klaren Prioritäten stufenweise erfolgen. Auf ihrer Grundlage wird der Bedarf an Finanz- und Personalressourcen, welche über die Jahre gehalten werden müssen, neu festgelegt.

In dieses Gesamtbild fügen sich dann die aktuellen **GSKV** der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl ein, die wahrscheinlich in den nächsten Monaten auf staatlicher Ebene noch ergänzt werden.

Die Einführung der **Digitalisierung** (nicht nur der Telemedizin) und der **neuen Datenflüsse**, die vom PNRR vorgesehen sind, erlauben es über die Jahre organisatorische Entscheidungen neu zu treffen, in einem Gesamtbild, das sich unter einem epidemiologischen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Gesichtspunkt ständig weiterentwickelt.

Aus diesen Gründen werden die gegenständlichen Leitlinien ihr Hauptaugenmerk auf **drei große Bereiche** legen:

1. Betreuung der Patienten mit chronischen Krankheiten
2. Hausbetreuung
3. Sozio-sanitäre Integration.

1) bei der Betreuung der Patienten mit chronischen Krankheiten werden anfangs ca. 30.0000 chronische Patienten in den Mittelpunkt gestellt, die den vier auf Landesebene genehmigten DTBP zuordenbar sind oder getestet oder in der Testphase sind (Diabetes, Herzinsuffizienz, OCBP und rheumatoide Arthritis), gemäß ihrer Verteilung in den vier Gesundheitsbezirken des Landes, so wie in den nachfolgenden Tabellen dargestellt. Der Wert entsteht aus der Summe der Typ 2- Diabetes-Fälle, jener der Patienten, welche an OCBP leiden, jener mit Herzinsuffizienz und jener mit rheumatoider Arthritis.

Tabelle 3: Verteilung der chronischen Patientinnen und Patienten nach Gesundheitsbezirk- Jahr 2019
 Abkürzungen: CRT=chronische Patienten und Patientinnen; DM= Diabetes mellitus; OCBP= obstruktive chronische Bronchio-Pneumopathie

GESUNDHEITSBEZIRK Bozen											
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021	CRT 2019	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2019	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2019)			
								Diabetes	Broncho-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
01 Gröden	3	1	6	9.402	2.396	25%	1.368	179 (davon 2 DM 1)	112 (davon 108 OCBP)	1.077 (davon 77 mit Herzinsuffizienz und 930 mit Bluthochdruck)	22
St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein											
02 Eggental, Schlerngebiet	6	1	10	21.061	5.676	27%	2.953	461 (davon 6 DM 1)	358 (davon 329 OCBP)	2.345 (davon 203 mit Herzinsuffizienz und 2.015 mit Bluthochdruck)	66
Kastelruth											
Völs, Tiers, Karneid											
Deutschnofen, Welschnofen											
03 Salten, Sarnthein, Ritten	4	1	12	20.120	5.138	26%	2.628	423 (davon 7 DM 1)	302 (davon 277 OCBP)	2.074 (davon 192 mit Herzinsuffizienz und 1.735 mit Bluthochdruck)	52
Ritten											
Sarnthein											
Jenesien, Mölten											
04 Überetsch	5	1	15	30.864	8.633	28%	4.550	768 (davon 7 DM 1)	472 (davon 451 OCBP)	3.573 (davon 349 mit Herzinsuffizienz und 3.104 mit Bluthochdruck)	65
Eppan, Kaltern											
Terlan, Andrian, Nals											
05 Leifers Branzoll Platten	3	1	12	22.168	7.287	33%	3.606	751 (davon 5 DM 1)	455 (davon 418 OCBP)	2.881 (davon 241 mit Herzinsuffizienz und 2.573 mit Bluthochdruck)	68
Leifers, Branzoll, Platten											
06 Unterland	11	1	15	25.481	7.859	31%	3.878	755 (davon 8 DM 1)	411 (davon 381 OCBP)	3.098 (davon 254 mit Herzinsuffizienz und 2.662 mit Bluthochdruck)	57
Nova Ponente, Nova Levante											
Auer, Aldain, Altrei, Truden											
Tramin, Margreid, Kurtinig, Kurtatsch											
07 Bozen	1	4	62	107.731	38.036	35%	21.269	4.228 (davon 50 DM 1)	3.024 (davon 2.745 OCBP)	16.767 (davon 1.513 mit Herzinsuffizienz und 14.638 mit Bluthochdruck)	347
Bozen											
GESUNDHEITSBEZIRK Bozen	33	10	132	236.827	75.025	32%	40.252	7.565 (davon 85 DM 1)	5.134 (davon 4.709 OCBP)	31.815 (davon 2.829 mit Herzinsuffizienz und 27.657 mit Bluthochdruck)	677

GESUNDHEITSBEZIRK Meran											
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021	CRT 2019	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2019	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2019)			
								Diabetes	Bronco-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
08 Obervinschgau	7	1	7	16.303	4.688	29%	2.323	357 (davon 3 DM 1)	290 (davon 270 OCBP)	1.871 (davon 239 mit Herzinsuffizienz und 1.570 mit Bluthochdruck)	40
Graun, Glums, Mals, Prad a.Stj., Schluderns, Stiifs, Taufers											
09 Mittelvinschgau	5	1	9	18.827	5.433	29%	2.775	470 (davon 3 DM 1)	289 (davon 262 OCBP)	2.210 (davon 257 mit Herzinsuffizienz und 1.828 mit Bluthochdruck)	47
Kastelbell, Latsch, Laas, Martell, Schlanders											
10 Naturns	4	1	6	11.947	3.485	29%	1.722	326 (davon 6 DM 1)	175 (davon 160 OCBP)	1.367 (davon 132 mit Herzinsuffizienz und 1.176 mit Bluthochdruck)	28
Naturns, Partschins, Plaus, Schnals											
11 Lana	10	1	14	25.708	7.884	31%	3.929	703 (davon 5 DM 1)	533 (davon 507 OCBP)	3.214 (davon 301 mit Herzinsuffizienz und 2.697 mit Bluthochdruck)	59
Lana, Tschermers, Garqazon, Burgstall, Unsere Liebe Frau - St. Felix, Tisens, Ulten, Laurein, Proveis, St. Pankraz											
12 Meran	9	2	32	58.316	19.144	33%	10.353	2.217 (davon 25 DM 1)	1.400 (davon 1.277 OCBP)	8.094 (di cui 797 con scompenso cardiaco e 6.807 con ipertensione)	131
Hafling, Krens, Alkund, Meran, Marling, Riffian, Schenna, Tirol, Vöran											
13 Passeier	3	1	4	8.930	2.581	29%	1.278	225 (davon 3 DM 1)	169 (davon 152 OCBP)	1.097 (davon 137 mit Herzinsuffizienz und 947 mit Bluthochdruck)	23
Mooo, St. Leonhard, St. Martin											
GESUNDHEITSSPRENGEL Meran	38	7	72	140.031	43.215	31%	22.380	4.298 (davon 45 DM 1)	2.856 (davon 2.628 OCBP)	17.853 (davon 1.863 mit Herzinsuffizienz und 15.025 mit Bluthochdruck)	328

GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN											
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021	CRT 2019	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2019	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2019)			
								Diabetes	Bronco-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
14 Wipptal	6	1	10	20.865	6.215	30%	3.006	620 (davon 3 DM 1)	380 (davon 372 OCBP)	2.483 (di cui 224 con scompenso cardiaco e 2.198 con ipertensione)	68
Brenner, Freienfeld, Franzensfeste, Ratschings, Pfitschertal, Sterzing											
15 Brixen	7	2	20	40.503	11.504	28%	5.681	1.046 (davon 20 DM 1)	625 (davon 602 OCBP)	4.612 (davon 359 mit Herzinsuffizienz und 4.033 mit Bluthochdruck)	95
Brixen, Lüson, Natz Schabs, Mühlbach, Rodeneck, Vintl, Vahrn											
16 Klausen	7	1	9	17.459	4.499	26%	2.255	355 (davon 7 DM 1)	243 (davon 236 OCBP)	1.799 (davon 143 mit Herzinsuffizienz und 1.557 mit Bluthochdruck)	39
Barbian, Klausen, Villnöss, Lajen, Waidbruck, Felthurns, Villanders											
GESUNDHEITSBEZIRK Brixen	20	4	39	78.827	22.218	28%	10.942	2.021 (davon 30 DM 1)	1.248 (davon 1.210 OCBP)	8.894 (davon 726 mit Herzinsuffizienz und 7.788 mit Bluthochdruck)	202

GESUNDHEITSBEZIRK Bruneck												
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021	CRT 2019	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2019	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2019)				
								Diabetes	Bronco-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis	
17 Tauferer Ahrmtal	4	1	7	13.658	3.859	28%	1.997	302 (davon 1 DM 1)	213 (davon 204 OCBP)	1.638 (davon 150 mit Herzinsuffizienz und 1.422 mit Bluthochdruck)	28	
Sand in Taufers, Prettau, Mühlen in Taufers, Ahrmtal												
18 Brunico	9	1	23	39.720	11.214	28%	5.624	887 (davon 8 DM 1)	562 (davon 532 OCBP)	4.485 (davon 411 mit Herzinsuffizienz und 3.723 mit Bluthochdruck)	91	
Bruneck, Kiens, Pfalzen, Gais, Percha, St. Lorenzen, Terentzen, Olang, Basen Antholz												
19 Hochpustertal	7	1	9	16.141	4.602	29%	2.391	454 (davon 1 DM 1)	265 (davon 260 OCBP)	1.980 (davon 283 mit Herzinsuffizienz und 1.767 mit Bluthochdruck)	48	
Prags, Toblach, Welsberg, Innichen, Sexten, Gsiesertal, Niederdorf												
20 Gadertal	5	1	6	11.178	2.994	27%	1.545	262 (davon 4 DM 1)	166 (davon 155 OCBP)	1.222 (davon 127 mit Herzinsuffizienz und 1.027 mit Bluthochdruck)	26	
Abtei, Corvara, Wengen, Enneberg, St. Martin i. Thurn												
GESUNDHEITSSPRENGEL Bruneck	25	4	45	80.697	22.669	28%	11.557	1.905 (davon 14 DM 1)	1.206 (davon 1.151 OCBP)	9.325 (davon 971 mit Herzinsuffizienz und 7.939 mit Bluthochdruck)	193	

2) Die **programmierte und integrierte Hauspflege** ermöglicht es derzeit ca. 6% der Bevölkerung über 65 Jahren im Land zu erreichen. **Ziel ist es, 10% zu erreichen** und dabei eine Verbesserung der Übernahme der Patienten gemäß Inhalten der Mission 6 des PNRR (Vorhaben M6C1 I1.2 Zuhause als erster Ort der Betreuung und Telemedizin) zu erlangen. In diesem Sinne sind gezielte Maßnahmen notwendig, darunter auch die Genehmigung von neuen Leitlinien für die Hausbetreuung und eine Ausdünnung der rigiden verwaltungstechnischen Vorgaben für die buchhalterische Abrechnung.

3) Die Integration von Gesundheits- und Sozialleistungen für bestimmte Patientengruppen ist eine Notwendigkeit, die man nicht mehr aufschieben kann. Unabdingbar hierfür ist, dass gemeinsame Richtlinien für die Übernahme angewandt werden; in der Anfangsphase liegt das Augenmerk auf Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und für die es oft komplex ist, die zeitnahe Übernahme in der wohnortnahen Betreuung zu sichern. In diesem Sinne wird die **Task force für die sozio-sanitäre Zusammenarbeit**, die im neuen Landessozialplan, der im Wege der Genehmigung ist, vorgesehen ist, im nächsten Fünfjahreszeitraum genaue und verpflichtende Anweisungen ausarbeiten.

Die Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und der Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl wird ein zentraler Punkt für das Erreichen der prioritären Ziele. Der nächste Landeszusatzvertrag (LZV), der dem Planungsdokument, welches auf dem Wege der Ausarbeitung ist, folgt, muss die tatkräftige Miteinbeziehung der Ärztinnen und Ärzte vorsehen, die auf einer konkreten Erhebungsweise der den Bürgerinnen und Bürgern zugesicherten Leistungen (sprich: Indikatoren) und einem gemeinsam getragenen Prozess der Erleichterung des bürokratischen Aufwands aufbauen muss.

Auch die Familien- oder Gemeinschaftspflegerinnen und -pfleger als professionelle Bezugsperson, welche die pflegerische Betreuung auf den verschiedenen komplexen Ebenen, in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal, die in dieser Gemeinschaft, wo sie arbeitet, zusammenspielen, sichert, ist zentral. Hierbei wird das Hauptaugenmerk auf die interdisziplinäre gesundheitliche und soziale Integration der Dienste und des Fachpersonals gelegt und die betreute Person in den Mittelpunkt gestellt. Der Familien- oder Gemeinschaftspfleger ist eine Fachperson, die sich auf die proaktive Handhabung der individuellen Prozesse der Gesundheit der oder des einzelnen, der Familie oder der

Gemeinschaft, im Rahmen des Systems der verschiedenen Betreuungssettings in der wohnortnahen Betreuung orientiert.

Strategisch ebenso wichtig für die Koordination der Betreuung ist die Tätigkeit der WONE. Sie sind der echte Motor der sozio-sanitären Integration und jener mit dem Krankenhaus, mit einer strategischen Rolle des Verbundnetzes zwischen den Diensten und insbesondere zwischen den Personen.

Die Rolle der medizinischen Grundversorgung (derzeit gibt es vier operative Einheiten in den vier Gesundheitsbezirken) wird sich ändern, indem Aufgaben und Funktionen dazu kommen. Der medizinischen Grundversorgung obliegt die Aufgabe eines direkteren und konstanteren Verhältnisses mit den Vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner.

DERZEITIGES MODELL DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG

Das Landesgebiet ist in vier Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) aufgeteilt: Etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung (44,3 %) hat ihren Wohnsitz im Gesundheitsbezirk Bozen, ca. ein Viertel in jenem von Meran (26,0%), und jeweils ca. ein Sechstel in den Gesundheitsbezirken von Brixen (14,7 %) und Bruneck (15,1%).

Einheiten der Gesundheitsbezirke sind die **derzeit 20 Gesundheitssprengel** (die zusammen noch 14 Sprengelstützpunkte haben), welche in der Mehrheit der Fälle ihren Sitz mit jenen der Sozialsprengel teilen ⁹.

Auf der funktionalen Ebene fallen die Rolle und die Aufgaben, die das MD Nr. 77/2022 dem "Sprengel" zuweist, in Südtirol dem "Gesundheitsbezirk" zu.

Die 20 Gesundheitssprengel sind in Südtirol hingegen die kleinsten Organisationseinheiten des Gesundheitsbezirks im Rahmen der wohnortnahen Betreuung. Unter den 20 Gesundheitssprengeln als Sitz von Gesundheits- und sozialen Diensten und Leistungen gibt es allerdings viele Unterschiede, sei es wegen ihrer Größe, sei es wegen dem Angebot: einige sind richtige, entwickelte Poliambulatorien mit fachärztlicher Tätigkeit, andere Sitze hingegen widmen sich hauptsächlich der Verwaltungstätigkeit. Sie bedienen verschieden großen Einzugsgebiete, auch aufgrund ihrer orographischen Beschaffenheiten (lange und enge Täler, die nicht mit städtischen Zonen verbunden sind, bergige Gebiete, usw.). In jedem Sprengel gibt es eine sog. „einzige Anlaufstelle“¹⁰, in Südtirol werden sie SUAC¹¹ genannt, die Einheitsschalter für Betreuung und Pflege), der Bürger betreffend den Zugang zu den Diensten berät und diesen sicherstellt. Außer diesen sichtbaren Einrichtungen, die über das gesamte Landesgebiet verteilt sind, gibt es derzeit in den Gesundheitsbezirken kein koordiniertes Netz von Akteuren, das von einer Stelle koordiniert wird¹².

⁹ Bereits der LGP 2000-2002 (3.1 Territorialer Bereich) hat im Gesundheitssprengel den "Einheitspunkt aller Gesundheitsdienste, integriert mit den Sozialdiensten, auf territorialer Ebene" gesehen. Auf derselben Linie sieht das LG Nr. 13/1991 "Neuordnung der Sozialdienste in der Provinz Bozen", unter Art. 17 Absatz 2 vor: "Um das bestmögliche Zusammenwirken der Sozialdienste und der Gesundheitsdienste zu gewährleisten, haben diese einen gemeinsamen Sitz."

¹⁰ PUA= Punto unico di accesso- einzige Anlaufstelle

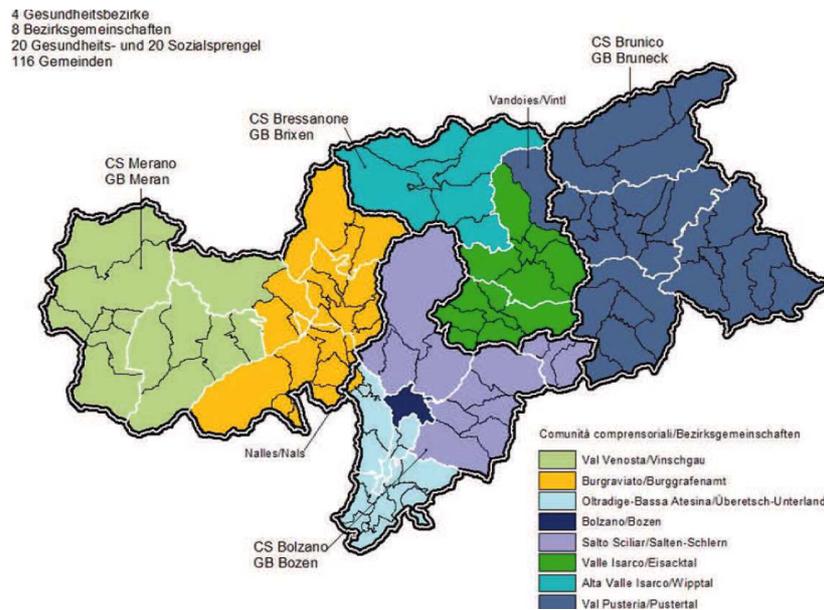
¹¹ SUAC= Sportello unico di assistenza e cura

¹² Zu den auftretenden organisatorischen Erfordernissen, kommen auch noch die notwendigen Änderungen der Erhebung dieser Einrichtungen vor, die derzeit nur von den 20 Gesundheitssprengeln kodifiziert sind, nicht aber von den 4 Gesundheitsbezirken. In Hinblick auf die Informationspflicht, welche vom PNRR bedingt ist und in das neue Gesundheitsinformationspflicht (NSIS) einfließen wird,

Neben den Gesundheitsbezirken arbeiten acht Bezirksgemeinschaften mit ebenso 20 Sozialsprengeln, wie in untenstehender Grafik dargestellt.

Das Krankenhausnetz des Landes ist aus sieben Krankenhäusern zusammengesetzt und verfügt über eine durchschnittliche Gesamtanzahl von 1620 Bettenplätzen für Akutpatienten (davon sind 88,4% öffentliche Bettenplätze), das entspricht 3,0 Bettenplätze je 1000 Einwohner.

Grafik 1: Einzugsgebiete der Gesundheits- und Sozialsprengel in Südtirol



Die Einzugsgebiete der 20 Gesundheitssprengel und der 20 Sozialsprengel überlagern sich in ihrer gebietsmäßigen Ausdehnung größtenteils (Art. 15 Absatz 2 LG Nr. 13/1991). Dies erklärt die Festsetzung auf Planungsebene des integrierten Gesundheits- und Sozialsprengels. Von einer Analyse der derzeitigen Situation der wohnortnahen Dienste, welche im Masterplan Chronic Care parallel zu dem, was im LGP 2016-2020 vorgesehen war, durchgeführt worden ist, kommen sei es Stärken als auch Schwächen des Systems der Übernahme der Patienten, insbesondere der chronischen, zutage¹³.

DIE ERNEUERTE GOVERNANCE DER WOHNORTNAHEN BETREUUNG

Durch das MD Nr. 77/2022 und dessen Übernahme mit gegenständlichem Dokument hat das Land die Möglichkeiten die Organisation der wohnortnahen Betreuung zu modernisieren, wobei die Maßnahmen des Masterplan Chronic Care bestätigt und gestärkt werden.

muss den vier Gesundheitsbezirken direkt ein spezifischer Kodex zugeordnet werden, mit allen Änderungen, die dieser Wechsel mit sich bringt, in deren Verwaltung.

¹³ Die Gesundheitsbetreuung in den Bezirken in Südtirol wird im jährlichen Gesundheitsbericht beschrieben (<https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/relazione-sanitaria.asp>).

Daher wird der Grundgedanke des MD Nr. 77/2022 übernommen:

- Die Grundversorgung, wie sie im Masterplan festgesetzt worden ist, wird bestätigt¹⁴.
- Die derzeit bestehenden wohnortnahen Dienste werden aufgewertet, auch durch die Entwicklung der Gemeinschaftshäuser, der wohnortnahen Einsatzzentralen und der Gemeinschaftskrankenhäuser.
- Die integrierte Hauspflege und die Hauspflege der Palliativbetreuung werden gestärkt.
- Die proaktive Gesundheitsversorgung wird gefördert, auch durch eine erweiterte Teilnahme der Nutzer, der Vereinigungen und des Dritten Sektors¹⁵.
- Die Maßnahmen, die unternommen werden müssen, werden definiert. Dabei werden das Aufgabengebiet und die Verantwortlichkeiten der verschiedenen Hauptakteure der erneuerten governance, unter Einhaltung der Zeitpläne und der Modalitäten, die im POR festgesetzt worden sind, beschrieben.
- Stärkung der Digitalisierung der Dienste.

Um das, was festgesetzt worden ist, einhalten zu können, bekommen die **Gesundheitsbezirke** eine **tragende Rolle**. Für sie sind, außer den in den bereits geltenden Bestimmungen vorgesehenen Funktionen, einige neue Organisationsmodelle vorgesehen.

Die Gesundheitsbezirke

Um die Umsetzung der Tätigkeiten, der Dienste und der vorgesehenen Leistungen sichern zu können, sind die Gesundheitsbezirke als organisatorisch-funktionelle Artikulation des Südtiroler Sanitätsbetriebes anerkannt. Sie sind in der wohnortnahen Betreuung der bevorzugte Ort der funktionellen und organisatorischen Koordination der soziosanitären Dienste sowie jener des Gesundheitswesens.

Dem Gesundheitsbezirk kommen folgende Funktionen zu:

¹⁴ Die Grundversorgung ist ein "System mit universalistischem Zugang, welches auf die Person bedacht ist, in dem Gesundheits- und Sozialdienste zusammenspielen, die von einem Team aus mehreren Berufsgruppen und mehreren Disziplinen gesichert werden, damit dem Gesundheitsbedarf der Bürgerinnen und Bürger, in Partnerschaft zwischen Patienten und deren caregiver in einem familiären oder gemeinschaftlichen Umfeld, wobei die Koordinierung und die Betreuungskontinuität gesichert sein muss." Die Festsetzung beschränkt sich nicht auf den Schutz der Gesundheit aus einem biomedizinischen Gesichtspunkt, sondern beinhaltet auch sozio-ökonomische Aspekte, da diese starke Auswirkungen auf das Leben der Personen haben. Die Grundversorgung ist außerdem in den Wesentlichen Betreuungsstandards festgesetzt (DPMR vom 12. Januar 2017), welche die vorherigen Bestimmungen im Bereich in aktualisierter Form enthalten.

¹⁵ Der Dritte Sektor kann im PNRR "Gesundheit" eine wichtige Rolle spielen. Wir haben es gezwungenermaßen während der Pandemie gesehen: Der Gesundheitsdienst kann nicht nur von den großen Krankenhäusern getragen werden, sondern muss dezentralisiert werden und sich der Patientin/dem Patienten nähern. In diesem Sinne können z.B. die Vereinigungen und die sozialen Betreuungs-Genossenschaften ein Schutzwall der Dienste der wohnortnahen Betreuung sein, indem sie Betreuung und Gesundheitsleistungen für älteren Personen und die Bewohnerinnen und Bewohner von kleinen Gemeinden anbieten. Unter diesem Gesichtspunkt könnte auch deren direkte Miteinbeziehung bei der Planung im Inneren der Gesundheitshäuser ins Auge gefasst werden.

1. **Auftraggeber sein** (*commitment*), oder anders gesagt: die Programmierung der Dienste, die zu erbringen sind, machen. Darunter fallen auch die Dienste der Einrichtungen, die vom MD Nr. 77/2022 vorgesehen sind. *Commitment* ist die Fähigkeit, den Bedarf zu bewerten und demzufolge die Tätigkeiten im Verhältnis zu den verfügbaren Ressourcen, sei es finanzieller als auch personeller Natur, dementsprechend einzuplanen.

2. **Produktion**, oder anders gesagt, die direkte Erbringung der vorgesehenen und geplanten Tätigkeiten. Daher sind die **Gemeinschaftshäuser, die Gemeinschaftskrankenhäuser und die wohnortnahen Einsatzzentralen als funktionale Artikulationen des Gesundheitsbezirks anzusehen, die unter der direkten Verantwortlichkeit des Bezirksdirektors stehen**¹⁶.

Die Gesundheitssprengel, die zu den einzelnen Gesundheitsbezirken gehören, als Orte der Erbringung der Leistungen, stehen in Verbindung mit den Sitzen der Gemeinschaftshäuser, in dessen Inneren sie angesiedelt oder an die sie funktionell gebunden sein können. Sie müssen die bestehenden Dienste mit jenen, die direkt von den Gemeinschaftshäusern und den Gemeinschaftskrankenhäusern erbracht werden, integrieren.

Grundsätzlich wird dies die Verbindung mit den betrieblichen Diensten sein, die sich transversal an die Gesundheitsbezirke anschließen und mit denen es unumgänglich ist, eine homogene Vorgangsweise festzusetzen.

3. **Garantie**, oder die Sicherung des Zugangs zu den Diensten unter einem Gesichtspunkt der Gleichheit und der Überwachung der Tätigkeiten mittels spezifischer Indikatoren.

Der Gesundheitsbezirk arbeitet in Abstimmung mit den Bezirksgemeinschaften/dem Dienst für Sozialdienste Bozen, welche im selben Einzugsgebiet angesiedelt sind und nach Modalitäten, die auf lokaler Ebene, unter Beachtung der jeweiligen Autonomien,

¹⁶ Der Art. 10 Absatz 12 des LG Nr. 3/2017 "Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes" setzt die Zuständigkeiten der Direktoren der Gesundheitsbezirke fest:

(12) Die Direktorinnen/Direktoren der Gesundheitsbezirke sind auf Grundlage der Subsidiarität im Rahmen der mit den Maßnahmen zur Jahresplanung zugewiesenen Ressourcen und der mit der Generaldirektorin/dem Generaldirektor vereinbarten Ziele insbesondere für Folgendes zuständig:

- a) Aufwertung und Stärkung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung,
- b) Abstimmung der Gesundheitsdienste des Gesundheitsbezirks mit den Diensten im Sozialbereich zum Zwecke der gegenseitigen Ergänzung,
- c) Erhebung und Bewertung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen und an Leistungen im sozialgesundheitlichen Bereich und Deckung des festgestellten Bedarfs durch Umsetzung der auf Betriebsebene festgelegten Gesundheitsziele, einschließlich des garantierten Zugangs zu den Gesundheitsdiensten des jeweiligen Bezirks sowie Einhaltung der auf Landes- und Betriebsebene festgelegten Wartezeiten,
- d) Umsetzung der Strategien und der Vorschriften der Betriebsdirektion, die für die Gewährleistung einer effizienten und wirksamen Arbeitsweise der Gesundheitseinrichtungen im Bezirk sowie der Betreuungskontinuität notwendig sind,
- e) Wahrnehmung der Aufgaben, die von der Betriebsordnung vorgesehen sind oder gegebenenfalls von der Betriebsdirektion zugewiesen werden,
- f) Budgetzuteilungen an die Abteilungen und Dienste des Gesundheitsbezirkes im Rahmen der betrieblichen Planungen und Rahmenbedingungen,
- g) Förderung von Innovationen und Entwicklungen in den Bereichen Mitarbeiter, Gerätschaften, Infrastrukturen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich in Abstimmung mit den betrieblichen Strategie- und Umsetzungsplänen.

abgesprochen werden sollen. Nur so können **die Aktionen für die Integration der sozialen Leistungen mit den Gesundheitsleistung für die gewählte Patientengruppe (chronisch Kranke, fragile und pflegebedürftige Personen).**

Zum Beispiel aktiviert das Team der WONE eine multidimensionale Bewertung mit spezifischen Instrumenten, mit der darauffolgenden Abfassung des individuellen Betreuungsprojektes der Patientin/des Patienten¹⁷. Die ständige Miteinbeziehung eines dieser Aufgabe gewidmeten Sozialassistentinnen und -assistenten in diese Bewertung ist grundlegend als Bindeglied zwischen Gesundheit und Sozialwesen anzusehen¹⁸.

Insbesondere, die Übernahme von chronischen Patienten betreffend, wird auf den Masterplan verwiesen, welcher wie folgt vorsieht:

- auf der Grundlage der von der Landesbeobachtungsstelle für Gesundheit gelieferten Informationen, die Anzahl und die Typologie von Patienten, welche an chronischen Krankheiten leiden, für welche spezifische DTBP gestartet werden müssen.
- Gemeinsam mit den Bezirksgemeinschaften, und im Falle von Bozen mit dem Betrieb der Sozialdienste, jene Leistungen festlegen, welche für die ausgewählten Patientengruppen auf lokaler Ebene gesichert werden können, die in abgestimmter Weise von den Sozialdiensten betreut werden.
- Die tätigen Einrichtungen werden in ein Netz der Dienste eingebaut, damit der Informationsfluss untereinander je nach Bedarf der Betreuung sichergestellt ist.
- Es müssen Anweisungen an die Gesundheitssprengel für die konkrete Umsetzung des Plans der Übernahme der chronischen Patienten gegeben werden.

¹⁷ Die multidimensionale Bewertung ist ein dynamischer und interdisziplinärer Prozess, welcher die Natur und das Volumen der Gesundheitsprobleme physischer, psychischer und funktioneller Nature in pflegebedürftigen Person feststellen und außerdem seine Ressourcen und sein Potential bestimmen. Diese Herangehensweise erlaubt es, einen Plan der soziosanitären Maßnahmen (PAI), welcher koordiniert und zielgerichtet ist, aufzustellen. Dies geschieht aufgrund der Verwendung von Bewertungsbögen, welche inzwischen seit Jahren angewandt und verbessert worden sind, darunter z.B. die S.Va.M.A. für den Erwachsenen und die ältere Person oder die S.Va. M.Di für Personen mit Behinderungen.

¹⁸ Gleich wie bei der Hausbetreuung, muss für komplexe chronische Fälle eine *integrierte* Hausbetreuung (ADI) aufgebaut werden, welche den gebrechlichen Patienten in einer Weise, dass Gesundheits- und Sozialdienste koordiniert sind, übernimmt. Auch die Präsenz der Sozialassistentinnen und -assistenten in den Gemeinschaftshäusern wird die Rolle der Sozialdienste in der wohnortnahen Betreuung sowie deren bessere Integration mit der gesundheitlichen Komponente der Betreuung stärken. Dies liegt auf einer Linie mit der **Reform der Betreuung der pflegebedürftigen älteren Personen, wie vom PNRR vorgesehen (M5C2-R 1.2)**: derzeit ist ein Gesetz in Ausarbeitung, welches der Regierung spezifische Vollmachten im Bereich der Betreuung und Pflege der älteren Personen überträgt. Dieses begründet das staatliche System für die ältere pflegebedürftige Bevölkerung (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente - SNAA) und richtet die interministeriale Gruppe für die Politiken betreffend die ältere Bevölkerung (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana -CIPA). Außerdem wird die Einrichtung der sozialen und soziosanitären Hausbetreuung (Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria e Sociale ADISS), der Aufbau/Anwendung eines Überwachungs- und Bewertungssystems (Überprüfung der Angemessenheit der Wesentlichen Betreuungsstandards im Gesundheitsbereich- LEA und der wesentlichen Betreuungsstandards der Sozialleistungen LEPS), die Einführung einer vereinheitlichten multidimensionalen Bewertung, die Vorgabe von spezifischen Maßnahmen für die caregiver aus dem Familienumfeld und zudem eine Öffnung für die Reform des Pflegegeldes (Option zwischen Geldbetrag oder Diensten an der Person).

Für die Abwicklung dieser Tätigkeiten arbeitet **jeder Gesundheitsbezirk einen Dreijahresplan der Tätigkeiten der wohnortnahen Betreuung aus, welcher auch das entsprechende Budget (personelle und finanzielle Ressourcen, die es für seine Umsetzung braucht), festsetzt und welcher der Generaldirektion des Sanitätsbetriebs vorzulegen ist.**

Um dieses Modell der *governance* sicherzustellen, werden **folgende Aufgaben** vorgeschrieben:

- Es wird ein **Bezirksbeirat**¹⁹ eingerichtet. Dieser unterstützt die Bezirksdirektorin oder den Bezirksdirektor bei der Erstellung des Dreijahresplans für die Gesundheits- und Sozialdienste.
- Alle Aufgaben der Organisation und der Überwachung der Tätigkeiten aller neuen Einrichtungen werden einer einzigen Bezugsärztin oder einem einzigen Bezugsarzt der wohnortnahen Betreuung übertragen.
- Namhaftmachung der Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren für Gemeinschaftshäuser, WONE und Gemeinschaftskrankenhäuser, damit, wo möglich, den interdisziplinären Charakter der Funktionen gesichert werden soll.

Die erneuerte *governance* ist daraufhin ausgerichtet durch das Ergreifen von kohärenten und sich ergänzenden Entscheidungen auf den verschiedenen Entscheidungsebenen, mittels der Stärkung der Instrumente, welche einen Vergleich, die Koordination und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Entscheidungsebenen auf der Grundlage der loyalen Zusammenarbeit und der Subsidiarität, ein integriertes System der Gesundheits-, sozialen und soziosanitären Dienste zu schaffen.

Die Landesverwaltung

Unbeschadet der Zuständigkeiten gemäß Art. 3 des LG Nr. 3/2017 "organisatorische Struktur des Landesgesundheitsdienstes", findet auf dieser Ebene die Ausarbeitung aller

¹⁹ Die **Zusammensetzung** des Bezirksbeirats sieht die Teilnahme von folgenden Personen vor:

- a) Direktor des Gesundheitsbezirks, welche/r den Vorsitz innehat,
- b) Lokale Bezugsperson der Bezirksgemeinschaft (für Bozen: des Betriebs für Sozialdienste),
- c) Bezugsperson der ÄAM, ausgewählt aus den Bezugspersonen der VGM des Einzugebietes und Bezugsperson der Kinderärzte freier Wahl der wohnortnahen Betreuung,
- d) Ärztliche Direktorin/Ärztlicher Direktor der Grundversorgung,
- e) Bezugsperson der Krankenhausärztinnen und -ärzte,
- f) Apothekerin/Apotheker,
- g) Pflegedienstleiterin/leiter der wohnortnahen Betreuung,
- h) Vertreterin/Vertreter des Departements für Prävention,
- i) Verwaltungsdirektorin/-direktor des Gesundheitsbezirks,
- j) Bezugspersonen des Netzes der Psychischen Gesundheit (welche alle psychiatrischen und psychologischen Dienste, die Dienste für die Abhängigkeiten, das Therapiezentrum Bad Bachgart und die Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie enthält).

Die Aufgaben des Beirats sind jene, den Bezirksdirektor bei der Planung der Tätigkeiten, welche konkret in der Dreijahresplanung, in welcher der Betreuungsbedarf der Bevölkerung sowie die Art der Erbringung der Leistungen angeführt wird, zu unterstützen. Dabei soll die Integration mit dem Krankenhaus gefördert werden. Weiters trägt er zur Herausgabe von Anweisungen für die Produktion und die Überwachung der Leistungen bei, indem die Indikatoren, welche auf allgemeiner Ebene festgesetzt worden sind, bewertet werden.

Vorhaben, welche aus der Umsetzung des BLR Nr. 285/2022, i.g.F., betreffend die Mission 6 „Gesundheit“ des PNRR, notwendig sind, statt.

Das Ressort

Das Ressort verfügt mit nachfolgenden Dokumenten die Umsetzung der gegenständlichen Leitlinien mit besonderem Augenmerk auf folgende Punkte:

- a. Bewertung des Bedarfs an Leistungen, Tätigkeiten und Dienste der wohnortnahen Betreuung, vor allem von chronischen Patientinnen und Patienten, aufgeteilt auf einzelne Gemeinden, nach den vorgegebenen Prioritäten.
- b. Erstellung der neuen Leitlinien für die Ausübung der Hausbetreuung.
- c. Vorschlag für eine etwaige Umverteilung/Neueinrichtung der komplexen operativen Einheiten auf der Ebene der Gesundheitsbezirke.
- d. Vorgabe der Mindestinhalte des Dreijahresplans der Tätigkeiten der wohnortnahen Versorgung der Gesundheitsbezirke.
- e. Leitlinien zum Funktionieren der Gemeinschaftshäuser, der WONE und der Gemeinschaftskrankenhäuser und jeweilige Vorschläge für Organigramm und Funktionigramm.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb nimmt folgende Aufgaben wahr:

1. Erfassung der Dienste und Tätigkeiten, die stufenweise aus dem Krankenhaus auf die Ebene der wohnortnahen Betreuung/der Sprengel gebracht werden kann.
2. Erstellt die Durchführungsbestimmung betreffend die Führungspositionen der wohnortnahen Betreuung gemäß LG Nr. 3/2017 und das Reglement der Funktionsweise der Gesundheitsbezirke.
3. Erstellt den Dreijahresplan der Tätigkeiten der wohnortnahen Betreuung, welche den Bezirken zugestellt wird, damit sie in abgestimmter Weise arbeiten.
4. Genehmigt das Reglement der Funktionsweise des Bezirksbeirat.
5. Ermittelt den Personalbedarf für die Inbetriebnahme der Einrichtungen.
6. Setzt die Indikatoren für die Überwachung der Tätigkeiten der Gesundheitsbezirke fest.
7. Genehmigt das Dokument, welches den Bedarf an Personal- und Finanzressourcen festlegt (budget).
8. Erarbeitet einen Vorschlag für die etwaige Umverteilung/Einrichtung von einfachen Strukturen auf der Ebene der Gesundheitsbezirke.
9. Auswahl und Implementierung der Indikatoren für die Performance der Gesundheitsbezirke.

ORGANISATIONSFORMEN DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG (GEMÄß ART. 8 DES GESAMTSTAATLICHEN KOLLEKTIVVERTRAGS DER ÄAM UND DER KfW)

Im gesamtstaatlichen Kollektivvertrag vom 28. April 2022 unter Art. 8 Absatz 2 des gesamtstaatlichen Kollektivvertrags 2016/2018 der Allgemeinmedizin sowie auch in jenem der Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl ist vorgesehen, dass die Regionen und die Autonomen Provinzen innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Abkommens das Planungsdokument zur Schaffung monoprofessioneller Zusammenschlüsse (Vernetzte Gruppenmedizin) und die Modalitäten für die Beteiligung von Ärzten an den multiprofessionellen Zusammenschlüssen festlegen, wobei die folgenden allgemeinen Kriterien zu beachten sind:

- a) Einrichtung von Vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) im gesamten Gebiet der Region/Provinz;
- b) Schaffung multiprofessioneller Zusammenschlüsse unter Berücksichtigung territorialer und demografischer Merkmale, ...;
- c) Einführung der funktionellen Verknüpfung zwischen den Vernetzten Gruppenmedizinen und multiprofessionellen Zusammenschlüssen durch geeignete Computer- und Informationssysteme

Zu diesem Zweck hat das Land die Betreuungsziele festgelegt, wobei sie sich insbesondere auf die Beteiligung aller Ärzte für Allgemeinmedizin an den als vorrangig eingestuften DTBP bezieht. Bereits im Februar 2018 hat die Autonome Provinz 26 Vernetzte Gruppenmedizinen eingerichtet, für die die wichtigsten Makrobereiche im Planungsdokument definiert wurden:

- Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung
- Governance und Innovation
- Planung und Integration mit den verschiedenen Betreuungsbereichen (Krankenhäuser, territoriale Einrichtungen) und mit anderen Dienstleistungserbringern (Apotheken) und den dort vorhandenen Fachkräften.

Mit einem Planungsdokument werden fünf der zehn geplanten Komplexen Einheiten für die medizinische Grundversorgung (ital. *Unità complesse di Cure Primarie - UCCP*) eingerichtet, die in den bestehenden Gesundheitssprengeln der vier Gesundheitsbezirke vorläufig aktiviert werden. Besondere Bedeutung wird der Unterstützung in benachteiligten und besonders benachteiligten Gebieten beigemessen (diese wurden bereits durch das Dekret des Direktors der Abteilung Gesundheit vom 10. August 2015, Nr. 11036 ermittelt). Schließlich ist eine verpflichtende Beteiligung aller Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner am Informationssystem des Landes vorgesehen. Es werden spezifische Performanceindikatoren für die Vernetzte Gruppenmedizin eingeführt, die ein systematisches Benchmarking zwischen den verschiedenen Zusammenschlüssen ermöglichen, um einen kontinuierlichen Lernprozess zu gewährleisten und die Selbstbezogenheit zu überwinden. Die Indikatoren werden in den folgenden Bereichen eingesetzt:

- Landesstrategien für die medizinische Grundversorgung
- Gesundheitsbetreuung
- Effizienz und Angemessenheit von Arzneimitteln.

DIE NEUEN WOHNORTNAHEN EINRICHTUNGEN

Gemeinschaftshäuser (GSH)

Der Landesgesundheitsplan 2016-2020, der mit BLR vom 29. November 2016, Nr. 1331, genehmigt worden ist, sieht die Schaffung sogenannter Gesundheits- und Sozialzentren auf dem Landesgebiet vor (geplant waren 11, eines je 50.000 Einwohner), in denen *"interdisziplinäre Praxisteams aus Allgemeinmedizinern oder frei wählbaren Kinderärzten, Fachärzten, Krankenpflegefachkräften, (einschließlich Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger) und in der Pflege und Betreuung tätigem Personal, Hebammen, Reha-Personal und Ernährungstherapeuten, Sozialassistenten und Sozialpädagogen, Psychologen und Verwaltungspersonal"* tätig sein müssen. Je nach lokalen Erfordernissen können die Zentren 8, 12, oder 24 Stunden am Tag geöffnet bleiben.

Die Provinz hat diese Gesundheits- und Sozialzentren nur teilweise aktiviert, die nun durch die im PNRR vorgesehenen 10 Gemeinschaftshäuser ersetzt werden (siehe Tabelle auf Seite 10).

Sie garantieren:

- den Zugang zu den Diensten, d. h. die Erleichterung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Möglichkeit jene Betreuung zu erhalten, wann und wo sie benötigt wird;
- die Betreuungskontinuität, wobei die verschiedenen Maßnahmen auf die gesundheitlichen Bedürfnisse des Betreuten und seiner Familie abgestimmt sein müssen;
- die Koordinierung und Organisation der Dienste durch die Bildung multiprofessioneller und multidisziplinärer Teams, die auf einer proaktiven Gesundheitsversorgung, den evidenzbasierten bewährten Praktiken und der Bewertung der Ergebnisse ausgerichtet sind;
- die Deckung der Patientenbedürfnisse an therapeutischer Behandlung, Rehabilitation, Unterstützung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, insbesondere durch die Anwendung von DTBP, die anhand von Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht werden, für die wichtigsten Zielgruppen chronischer Patienten;
- die verpflichtende Übernahme chronischer Patientinnen und Patienten, insbesondere für die gebrechlichsten und komplexesten Zielgruppen, die auf der Grundlage eines Pflegebedürftigkeitsgrades ermittelt werden, der nicht nur den Entwicklungsgrad der Erkrankung, sondern auch die Komplexität der Pflege und das mögliche Vorhandensein sozialer Bedürfnisse berücksichtigt, die sich negativ auf die Behandlung und die Evolution der Erkrankung auswirken können.

Es ist vorgesehen, dass die Gemeinschaftshäuser in das Netz aus Gesundheitssprengeln und Einzugsgebieten integriert werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass das Land weitere Standorte von Gemeinschaftshäusern *hub* und *spoke* festlegen kann, und zwar mit Bezug auf die Organisation, die sich in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Diese Einrichtungen stellen die maximale Weiterentwicklung der Aggregationsformen der Allgemeinmediziner dar, da in ihnen die wichtigsten gesundheitlichen und sozialen Tätigkeiten konzentriert sind, die eine **ganzheitliche Betreuung der Person** ermöglichen, indem sie die Beziehungen zum Bezugskrankenhaus organisieren und die Betreuungskontinuität gewährleisten, insbesondere bei den schwerwiegendsten Fällen bei denen die integrierte Hausbetreuung und die Betreuung in den Seniorenwohnheimen

gewährleistet werden muss.

Im Bereich der medizinischen Grundversorgung in den Gemeinschaftshäusern gibt es folgende Akteure, die entweder direkt in den Gemeinschaftshäusern vertreten oder mit ihnen vernetzt sind, um die medizinische Grundversorgung zu gewährleisten: Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und frei wählbare Kinderärztinnen und -ärzte), Ärzte für die Betreuungskontinuität und Einheiten für die Betreuungskontinuität, Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger/innen, Verwaltungspersonal zur Unterstützung.

Insbesondere für die Ärztin oder den Arzt für Allgemeinmedizin, und den frei wählbaren Kinderarzt/die frei wählbare Kinderärztin sind die Gemeinschaftshäuser wichtige Bezugspunkte, auch wenn diese Berufsgruppen in einer oder mehreren Vernetzten Gruppenmedizinen zusammengeschlossen sind. Letztere gelten in Südtirol (26 Vernetzte Gruppenmedizinen) als wichtigstes organisatorisches Instrument zur Gewährleistung der Entwicklung der wohnortnahen Versorgung.

Die Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und die frei wählbaren Kinderärztinnen und -ärzte, die Teil der Vernetzten Gruppenmedizin eines Gemeinschaftshauses sind, tragen zur Gewährung von Dienstleistungen und zum Management der (physischen oder digitalen) Betreuungsprozesse im jeweiligen Gesundheitssprengel bei, wie sie in den Verträgen auf staatlicher, Landes- und Betriebsebene festgelegt sind, um eine optimale Beziehung zwischen den Bedürfnissen der Bürger und den von der medizinischen Grundversorgung angebotenen Dienstleistungen zu ermöglichen.

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und frei wählbaren Kinderärztinnen und -ärzte, die an ein Gemeinschaftshaus angeschlossen sind, können daher

- ihre Hauptpraxis im Gemeinschaftshaus haben
oder
- funktionell mit dem Gemeinschaftshaus verbunden sein.

Alle Ärztinnen und Ärzte der Vernetzten Gruppenmedizin, einschließlich derjenigen mit einer Hauptpraxis im Gemeinschaftshaus, führen neben ihren üblichen klinischen Betreuungstätigkeiten Tätigkeiten der Versorgung im Sprengel durch, die im Landeszusatzvertrag festgelegt werden.

Um einen flächendeckenden Dienst zu fördern können diese Tätigkeiten, die für die Vereinfachung der Logistik und der Erbringung der Leistungen im Gemeinschaftshaus ihren Hauptsitz haben, auch in den Räumlichkeiten der Gruppenmedizin durchgeführt werden.

Die fünf Gemeinschaftshäuser *hub*, die auch Sitz der 3 Gemeinschaftskrankenhäuser sind, sichern eine Erreichbarkeit „rund um die Uhr“ (24 Stunden auf 7 Tage pro Woche), während die Gemeinschaftshäuser *spoke* ihren Dienst auf 8 bis 12 Stunden garantieren werden.

Für jedes Gemeinschaftshaus wird eine Betriebsordnung erlassen.

Gemeinschaftskrankenhäuser

Das MD Nr. 77/2022 definiert das Gemeinschaftskrankenhaus als eine Gesundheitseinrichtung, die Teil des Versorgungsnetzes der wohnortnahen Betreuung ist und eine Mittelfunktion zwischen wohnortnaher Versorgung und Krankenhaus wahrnimmt. Dies mit dem Ziel potenzielle unangemessene Krankenhausaufenthalte vorzubeugen oder

geschützte Entlassungen an Orten zu fördern, die besser dazu geeignet sind, den sozio-sanitären Bedarf zu decken, die klinische Stabilisierung, die Nachbehandlung und Autonomie zu fördern sowie näher am Wohnort liegen.

In Südtirol sind 3 Gemeinschaftskrankenhäuser mit insgesamt 80 Betten vorgesehen, die in den *hub*-Gemeinschaftshäusern untergebracht sind.

Es ist anzumerken, dass es sich hierbei um Betten der wohnortnahen Versorgung handelt, die sich nicht auf den Bettenindex von 3,7 je tausend Einwohner auswirken und in die allgemeine Verteilung der Intermediärbetten gemäß BLR Nr. 438 vom 21.06.2022 "Plan für die Intermediärbetreuung 2022-2026" fallen, d.h. insgesamt 214 Betten, die über das gesamte Landesgebiet verteilt werden sollen. Die im Beschluss vorgesehene erstmalige Aktivierung von 45 Intermediärbetten im Raum Bozen wird für die Erprobung der Tätigkeiten der wohnortnahen Einsatzzentrale von Bozen genutzt. Das MD Nr. 77/2022 wird eine Aktualisierung dieses Beschlusses erforderlich machen.

Wohnortnahe Einsatzzentralen (WONE)

Gemäß MD Nr. 77/2022 werden in der Autonomen Provinz Bozen fünf wohnortnahe Einsatzzentralen (WONE) eingerichtet, die nach dem Zeitplan des PNRR innerhalb des zweiten Trimesters 2024 einsatzbereit sein sollen.

In der nachstehenden Tabelle sind die **vorläufigen und endgültigen Sitze** der künftigen wohnortnahen Einsatzzentralen aufgeführt.

Gesundheitsbezirk	Sitz WONE vorläufig	Sitz WONE endgültig
Bozen	-	Gemeinschaftshaus, Loew-Cadonna-Platz 12, 39100 Bozen
	Gesundheitssprengel Unterland, 39044 Neumarkt	Gemeinschaftshaus, 39044 Neumarkt
Meran	Gesundheitssprengel Meran Romstraße 3, 39012 Meran	Gemeinschaftshaus, Rossinistraße 6, 39012 Meran
Brixen	-	Gesundheitssprengel Brixen, Romstraße 5, 39042 Brixen
Bruneck	Gesundheitssprengel Bruneck Paternsteig 3, 39031 Bruneck	Gemeinschaftshaus, 39031 Bruneck

Die in der Tabelle angeführten wohnortnahen Einsatzzentralen werden bis Ende 2023 aktiviert. Für die Einrichtung der einzelnen WONE ist jeweils eine Vorbereitungsphase und eine operative Phase vorgesehen. Um eine einheitliche Umsetzung zu gewährleisten, wurde eine betriebliche Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein erstes Dokument erarbeitet und die Aufgabe hat, die Aktivierung der einzelnen WONE zu überwachen.

Die WONE hat im Wesentlichen die Aufgabe, Patienten beim Übergang von einem Pflege- und Betreuungssetting in ein anderes zu unterstützen, was umso effektiver sein kann, je mehr Hebel sie sowohl auf der Seite der Nachfrage als auch auf jener des Angebots steuern kann. Da es sich hierbei um den innovativsten Aspekt des Wiederaufbauplans (des Gesundheitswesens und der territorialen *welfare*) handelt, wurde die *governance* der WONE

ursprünglich im "Planungsdokument der wohnortnahen Einsatzzentrale (WONE) im Südtiroler Sanitätsbetrieb" festgelegt, kann jedoch im Zuge der fortschreitenden Entwicklung Ihrer Funktionen Änderungen und Ergänzungen unterliegen.

Die Aktivierung der WONE wird schrittweise erfolgen, beginnend mit der Bearbeitung von Meldungen über geschützte Krankenhausentlassungen nach Hause. In jedem Gesundheitsbezirk werden Arbeitsgruppen eingerichtet, die von den territorialen Pflegedienstleiterinnen und -leitern koordiniert werden, die den Umsetzungsweg der jeweiligen WONE verfolgen. Es wurde eine betriebliche Arbeitsgruppe gebildet, die für die Konfiguration der WONE-Software zuständig sein wird. Vom informatischen Gesichtspunkt her werden die WONE durch eine digitale Verwaltungsplattform unterstützt (siehe Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 2022-A-000377 vom 19.04.2022)

Außerdem wurde eine einzige betriebliche Pflegedienstkoordination für die fünf WONE ernannt. Im Gesundheitsbezirk Bozen, wo die erste WONE geplant ist, ist die Phase der Personalrekrutierung abgeschlossen (1 Krankenpflegerin 100%, 2 Krankenpfleger 75%, 1 Sozialassistent 75% und 1 Verwaltungsangestellte 75%). Ende August 2022 begannen die Arbeiten zur Renovierung und Anpassung der Räumlichkeiten der WONE, die bereits Mitte September abgeschlossen wurden. Der Beginn des Pilotprojektes ist für Dezember vorgesehen.

Im Gesundheitsbezirk Meran, in dem die zweite WONE eingerichtet werden soll, wurde bereits ein Teil des Personals ermittelt, das dort eingesetzt werden soll.

INDIKATOREN FÜR JEDE EINRICHTUNG

Nachfolgend wird beispielhaft das System zur Erfassung und Überwachung der folgenden Daten beschrieben, die für die Messung der Dienstqualität als wesentlich erachtet werden, um die Einheitlichkeit des Dienstes zu gewährleisten und ein Höchstmass an Effizienz sicherzustellen. In einer ersten Anlaufphase der Einrichtungen werden Indikatoren aus der nachstehenden Liste ausgewählt.

Um die von den Gemeinschaftshäusern durchgeführten Tätigkeiten zu bewerten, beabsichtigt das Land diese anhand einer Reihe von Indikatoren zu überwachen:

- Zugänge zur Notaufnahme für weiße Kodexe, die bei der Entlassung aus der Notaufnahme als nicht dringlich bestätigt wurden. Es handelt sich nur um Zugänge an Wochentagen von 8 bis 20 Uhr, seitens Patientinnen und Patienten, die nicht von einer Ärztin oder einem Arzt überwiesen wurden, aus eigener Kraft anreisen und nicht bei der Entlassung aus der Notaufnahme stationär aufgenommen werden;
- Aufnahmen, die auf eine ambulante Behandlung folgen? (ACSC - ambulatory care sensitive conditions). Dazu gehören Einweisungen wegen Komplikationen bei Diabetes, obstruktive chronische Lungenerkrankung (OCBP), Herzinsuffizienz, bakterieller Lungenentzündung;
- Vorfälle in der häuslichen Betreuung. Darunter fallen Vorfälle sowohl aus der Grundversorgung als auch aus der Krankenpflege.
- Wiederholte Krankenhausaufenthalte bei Patientinnen und Patienten im Alter von ≥ 65 Jahren zum 31. Dezember des Referenzjahres. Es gelten wiederholte Einweisungen zwischen 31 und 180 Tagen nach der Entlassung mit denselben Major Diagnostic Categories (MDC)

- Krankenhausaufenthalte über dem Schwellenwert bei Patientinnen und Patienten, die am 31. Dezember des Referenzjahres ≥ 65 Jahre alt waren, mit ordentlichem Aufenthalt mit medizinischer DRG
- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der vier aktivierten DTBP behandelt werden.

Um die von den Gemeinschaftskrankenhäusern durchgeführten Tätigkeiten zu bewerten, beabsichtigt das Land, diese anhand einer Reihe von Indikatoren zu überwachen:

- Hospitalisierungsrate der Bevölkerung über 75 Jahre in den Gemeinschaftskrankenhäusern
- Hospitalisierungsrate der Akutaufenthalte während des Aufenthalts im Gemeinschaftskrankenhaus
- Rehospitalisierungsrate nach 30 Tagen
- Durchschnittlicher Aufenthalt im Gemeinschaftskrankenhaus
- Aufenthalt über 6 Wochen (oder Anzahl von *outlier*)
- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die infolge einer Makrodiagnose von zu Hause kommen
- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die infolge einer Makrodiagnose aus Krankenhäusern kommen.

Um die von den WONE durchgeführten Tätigkeiten zu bewerten, beabsichtigt das Land, diese **wöchentlich** anhand einer Reihe von Indikatoren zu überwachen:

Organisatorische Ebene

- Geplante telemedizinische Stationen
- Aktive telemedizinische Stationen
- Geplante Stunden telemedizinischer Tätigkeiten
- Tatsächliche Stunden der telemedizinischen Tätigkeit

Operative Ebene

- Anzahl der eingehenden Anrufe
- Anzahl der ausgehenden unbeantworteten Anrufe
- Anzahl der ausgehenden Anrufe, auf die geantwortet wurde
- Anzahl der wiederholten Anrufe pro Person
- Verteilung der Anrufe innerhalb von 8 Stunden (8.00-17.00 Uhr);
- Verteilung der Anrufe an Wochenenden und Feiertagen
- Anzahl der Interventionsanfragen nach Art des Antragstellers (Krankenhausabteilungen, Seniorenwohnheime, intermediäre Einrichtungen, Hospiz, Hausbetreuung, ÄSM/KfW, Einheitsschalter für die Betreuung und die Pflege SUAC, Sozialdienste, Dienste der Betreuungskontinuität (Bereitschaftsdienst) ...) und Art der Intervention
- Anzahl der Anträge auf Intervention nach diagnostischer Makrokategorie, Altersklassen, Geschlecht und Schweregradkodex
- Anzahl der von den Krankenpflegern/innen erstellten Übergangspläne im Verhältnis zur Anzahl der eingegangenen Anträge
- Zeitraum zwischen Antrag und Abschluss der Verlegung in das endgültige *setting* nach Art der Intervention

- Anzahl der Meldungen über die Notwendigkeit einer multidimensionalen Bewertung pro Anzahl der Anträge
- Anzahl der aktivierten Einheiten für die Betreuungskontinuität
- Anzahl der zugewiesenen Patienten pro Bezirk, pro Sprengel und pro Schweregradkodex
- Durchschnittliche Anzahl der täglich überwachten Patienten insgesamt, pro Bezirk, pro Sprengel
- Anzahl der Überwachungsanrufe mit dem Ergebnis "Aktivierung des territorialen Notrufdienstes 112" je 100.000 Einwohner
- Anzahl der Überwachungsanrufe mit dem Ergebnis "Aktivierung eines anderen Gesundheitsdienstes" je 100.000 Einwohner
- Anzahl der Überwachungsanrufe mit dem Ergebnis "Aktivierung der Sozialdienste" je 100.000 Einwohner
- Gesamtanzahl der ausgehenden Anrufe im Rahmen des telemedizinischen Telemonitoring insgesamt pro Gesundheitsbezirk, pro Sprengel
- Anzahl der ausgehenden Anrufe im Rahmen des telemedizinischen Telemonitoring je 100.000 Einwohner
- Anzahl der DTBP nach Pathologie, die durch die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin pro Vernetzte Gruppenmedizin aktiviert wurden
- Anzahl der Zugänge zu den Krankenpflegeambulatorien pro DTBP.

ANDERE DIENSTE

Neben den mit dem MD Nr. 77/2022 neu eingeführten Einrichtungen bleiben die in Südtirol bereits bestehenden anderen Einrichtungen, die im Chronic Care Masterplan von 2018 ausführlich beschrieben wurden, weiterhin aufrecht und arbeiten eng mit den neuen Einrichtungen zusammen. Nachstehend finden Sie eine aktualisierte Fassung dieser Informationen.

Die integrierte Hausbetreuung

In Südtirol liegt der Anteil der häuslich gepflegten Patientinnen und Patienten über 65 Jahre bei etwa 6 %. Dieser Prozentsatz muss, wie bereits erwähnt, auf 10 % angehoben werden. Das Dokument des Sanitätsbetriebes "Operative Richtlinien für die Hausbetreuung" (in Vorbereitung) enthält die folgende Tabelle mit Erläuterungen zu den verschiedenen Arten der Hausbetreuung in der Provinz und den beteiligten Personen, die von den Akteuren identifiziert wurden:

Tabelle 9: Übersicht über die Formen der Hausbetreuung

Kategorie	Art der Intervention	Akteure
Häusliche Grundversorgung Sie ist gekennzeichnet durch gelegentliche monoprofessionelle oder programmierte Gesundheitsleistungen. Sie stellt eine leistungsfähige,	Programmierte Hausbetreuung	Nur ÄAM/KfW
	Familienkrankenpflege zu Hause - GELEGENTLICH	Nur Krankenpfleger/ Kinderkrankenpfleger (Blutabnahmen usw.)
	Familienkrankenpflege zu Hause - mit Pflegeplanung und Betreuung	Nur Krankenpfleger

<p>fachlich qualifizierte Antwort auf einen punktuellen medizinischen, pflegerischen und/oder rehabilitativen Bedarf dar, der, selbst wenn er sich im Laufe der Zeit wiederholt, für die Betreuung der Patientin und des Patienten weder eine multidimensionale Bewertung noch die Aufstellung eines multidisziplinären Betreuungsplans erfordert.</p>	<p>Rehabilitative Hauspflege</p>	<p>Nur Rehabilitationsfachkräfte</p>
<p>Integrierte Hausbetreuung</p> <p>Die Intervention sieht die Integration verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Fachärzte, Pflegepersonal, Sozialassistenten) nach einem vereinbarten Plan vor, der die Steuerung des individuellen Interventionsplanes sicherstellt. Bei hoher Komplexität stützt sich die Integrierte Hausbetreuung auf eine multidimensionale Bewertung durch die Unit Care Management (UCM), in den übrigen Fällen erfolgt die Bewertung durch die Einheit für das Management der wohnortnahen Betreuung.</p>	<p>Integrierte Hausbetreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung der Hausbetreuung ohne die Einschaltung der Einheit für multidimensionale Bewertung (UVM) • Einfache multidimensionale Bewertung • Planung der Krankenpflege • Generierung des SIAD-Flusses • Aktivierung durch den Dienst für Basismedizin auch ohne ÄAM • Eingabe der Diagnose durch die ÄAM • Aktivierung durch die Palliativmedizin 	<p>Aktivierung von mindestens zwei Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÄAM • KfW • Krankenpfleger • Sozialassistent • Reha-Personal • Hausbetreuungsdienst (sozial) • Palliativmedizin • Fachärzte
<p>Palliative Hausbetreuung</p>	<p>Palliative Grundversorgung zu Hause</p>	
	<p>Fachärztliche häusliche Palliativbetreuung (zweite Versorgungsebene)</p>	
	<p>Pädiatrische häusliche Palliativbetreuung</p>	
<p>Proaktive Gesundheitsversorgung</p>	<p>Familienkrankenschwester</p>	

Diese Richtlinien werden neue Wege – auch Verwaltungswege – zur Stärkung der Hausbetreuung aufzeigen, die eines der Koordinierungsziele der WONE sein wird.

Die Palliativbetreuung

Ausgehend von der Einwohnerzahl Südtirols sind schätzungsweise über 5.000 Personen pro Jahr auf palliative Betreuung angewiesen, von denen etwa 1.800 eine fachärztliche Palliativbetreuung benötigen. Im Jahr 2021 betreute der Dienst über 1700 Menschen und garantierte rund 600 Bürgerinnen und Bürgern, dass sie ihr Leben zu Hause oder im Hospice beenden konnten, ohne dass sie weitere Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalte benötigten. Der BLR Nr. 1214/2015 hat die Inhalte des Gesetzes Nr. 38/2010 umgesetzt und den Aufbau des Landesnetzes zur Palliativbetreuung für Erwachsene und Kinder eingeleitet. Das jüngste MD Nr. 77/2022 gab weitere Anweisungen für den Ausbau und die Reorganisation der Palliativbetreuung, auch im Hinblick auf die geltende Gesetzgebung.

Im Jahr 2019 wurde die komplexe Struktur "Palliative Care" eingerichtet, die Hospize im Krankenhaus Bozen (11 Betten) und im Pflegeheim Martinsbrunn in Meran (12 Betten) wurden weitergeführt und die Hausbetreuung wurde in den Gesundheitsbezirken Bozen (542 Patienten im Jahr 2021) und Meran (138 Patienten im Jahr 2021) ausgebaut. In allen Gesundheitsbezirken sind Ambulanzen und Beratungsdienste für Krankenhäuser aktiv, und es gibt eine aktive Zusammenarbeit mit Seniorenwohnheimen, um den Bewohnern eine Palliativbetreuung zu gewähren. Entscheidend für die Zukunft der Betreuung ist die kürzlich (Mai 2022) erfolgte Genehmigung von Seiten der Sanitätsdirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes des Dokuments „Betriebsweites Netzwerk der Palliativbetreuung von Erwachsenen“, das unter Berücksichtigung der jüngsten staatlichen Rechtsvorschriften die Organisationsmodalitäten des Netzwerkes auf Landesebene festlegt.

Das Ministerialdekret Nr. 43 vom 22. Februar 2007 sieht 1 Hospizbett für 56 tumorbedingte Todesfälle vor, was nach der Mortalität im Land etwa 25 Betten entspricht. Das Ministerialdekret Nr. 77/2022 sieht 8/10 Hospizbetten pro 100.000 Einwohner vor, was den Bedarf in der Provinz auf 40-50 Betten erhöht. Derzeit stehen 11 Betten in Bozen und 12 Betten in Meran zur Verfügung. Fünf davon wurden im Krankenhaus Bruneck aktiviert, weitere fünf sind im Krankenhaus Brixen geplant.

Darüber hinaus muss es eine Palliativeinheit für die Hausbetreuung pro 100.000 Einwohner geben, während derzeit eine für jeden Gesundheitsbezirk aktiv ist. Die im Gesundheitssprengel Bozen tätige Einheit ist derzeit in der Lage, alle Patienten zu versorgen, die Hilfe benötigen, aber in Zukunft wird die Einrichtung einer zweiten Einheit für den südlichen Landesteil (Gesundheitssprengel Überetsch und Unterland) notwendig sein. Diese Einheiten betreuen Patienten mit hoher klinischer Komplexität in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und dem Pflegepersonal der Sprengel. Ihre Tätigkeiten werden aufgezeichnet und fließen in den Informationsfluss an das Ministerium ein (SIAD-Flow und Hospiz-Fluss), wozu alle Regionen und autonomen Provinzen verpflichtet sind.

Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger

Bereits mit der Münchner Erklärung vom 27. Januar 2000 erkannte die WHO an, wie wichtig es ist, die Rolle der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung auszubauen und zu stärken. In jüngerer Zeit wurde die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger in Italien anerkannt, und zwar im Rahmen des gesamtstaatlichen Gesundheitsabkommens 2019-2021 (*Patto*

della salute 2019-2021) und zuletzt in Artikel 1 Absatz 5 des Gesetzesdekrets vom 19. Mai 2020, Nr. 34, umgewandelt durch das Gesetz Nr. 77 vom 17. Juli 2020, "Dringende Maßnahmen im Bereich der Gesundheit, der Unterstützung von Arbeit und Wirtschaft sowie der Sozialpolitik im Zusammenhang mit der durch COVID-19 verursachten epidemiologischen Notlage" (so genanntes "*Decreto Rilancio*", das zur Bewältigung der Pandemie erlassen wurde). In diesem Zusammenhang hat die Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und autonomen Provinzen auf Vorschlag des Nationalen Verbandes der Kammer der Krankenpflegeberufe (FNOPI) am 10. September 2020 das Dokument mit dem Titel "Leitlinien zur Einführung der Figur der/des Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerin und -pflegers gemäß Gesetz vom 17. Juli 2020, Nr. 77" verabschiedet, um diese Berufsgruppe auf dem gesamten Staatsgebiet zu vereinheitlichen.

Aber es ist der PNRR in der Reform über "Modelle und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Versorgung im nationalen Gesundheitsdienst" der Mission 6 (enthalten im Ministerialdekret Nr. 77/2022), der eine schematische und klare Skizze der Funktionen und der Rolle dieser entscheidenden Figur für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung liefert. Auf Landesebene wird ein Beschluss das Dokument der Operativen Richtlinien der Hausbetreuung genehmigen, in dem diese zusätzlichen operativen Tätigkeiten der Krankenpfleger/innen beschrieben werden.

Um die von den **Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pflegern** durchgeführten Tätigkeiten zu bewerten, beabsichtigt das Land, diese anhand einer Reihe von Indikatoren zu überwachen; im Folgenden werden die für diesen Zweck potenziell nützlichen Indikatoren aufgeführt:

- Anzahl der im Gebiet tätigen Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger
- Anzahl der Sprengel, in denen die Familienkrankenpflege eingeführt wurde
- Anzahl der Patientinnen und Patienten/Familien, die nach dem Konzept der Familienkrankenpflege zu Hause betreut werden
- % der Nutzerinnen und Nutzer, die geplante Termine wahrnehmen, bezogen auf die Gesamtzahl der in DTBP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
- % der Betreuten, die programmierte Termine wahrnehmen, an der Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten, die einen DTBP zugeteilt sind
- % der Nutzerinnen und Nutzer, die sich an Aufforderungen zu Screening-Programmen beteiligen
- % der Nutzerinnen und Nutzer, die sich nicht an die verordnete Therapie/Behandlung halten
- % der Nutzerinnen und Nutzer mit einem oder mehr vermeidbaren Krankenhausaufenthalten
- % der Nutzerinnen und Nutzer, deren blutchemische Werte in Bezug auf die Krankheit(en), an denen sie leiden, verändert sind
- % der Nutzerinnen und Nutzer, die Fähigkeiten zur Selbstüberwachung erwerben.

Die Dienste für psychische Gesundheit und Abhängigkeitserkrankungen

In der endgültigen Fassung des Ministerialdekretes Nr. 77/2022 wurden die Bereiche psychische Gesundheit von Erwachsenen und Jugendlichen, Suchterkrankungen und Gesundheit in den Justizvollzugsanstalten nicht in das Modell aufgenommen, obwohl sie sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht wichtige Bereiche der wohnortnahen Versorgung darstellen. Da man auch auf nationaler Ebene zu dem Schluss

gekommen ist, dass ihre Einbeziehung in die Planung der wohnortnahen Versorgung nicht außer Acht gelassen werden kann, soll demnächst ein zusätzliches Ministerialdekret erlassen werden, das sich ausdrücklich mit den Standards für diese Bereiche befasst. Neben den Personalstandards werden diese Dienste, aber auch die sie unterstützenden Verbände, insbesondere für die ersten beiden klinisch-sozialen Ebenen (einerseits Prävention, Beratung und Grundversorgung; andererseits die Übernahme des Betreuten nach Anzahl der Pflegeeinheiten oder langfristigen individualisierten therapeutischen Rehabilitationsprojekten durch multidisziplinäre Teams, auch durch das Instrument des Gesundheitsbudget²⁰) als mögliche Beteiligung an der Planung der Tätigkeiten innerhalb der Gemeinschaftshäuser anerkannt.

Auch diese Möglichkeit muss bei der Umsetzung und der konkreten Planung berücksichtigt werden.

Das Informationssystem und die telemedizinische Versorgung

Der Erfolg des neuen Organisationsmodells der Gesundheitsversorgung, das derzeit in Südtirol eingeführt wird, erfordert die ordnungsgemäße Umsetzung der DTBP und die Aktivierung eines Prozesses zur kontinuierlichen Überprüfung des Stands der umgesetzten Maßnahmen im Vergleich zu den geplanten Maßnahmen, wobei bei Abweichungen die notwendigen Korrekturmaßnahmen ergriffen werden müssen.

In Anbetracht der großen Anzahl von Akteuren (Patientinnen und Patienten, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzte, Krankenpflegepersonal, Gesundheits- und Sozialassistentinnen und -assistenten, Labore) und der klinischen und gesundheitlichen Informationen, die von den Akteuren gemeinsam genutzt werden müssen, bedarf es dringend einer angemessenen informationstechnischen Unterstützung, ohne die es sehr schwierig ist, die Überwachung der DTBP zu gewährleisten. Die Prozesse des Behandlungsplanes und der Erbringung der integrierten Gesundheitsversorgung können nur mit Hilfe von EDV-Lösungen funktionieren, die eine Planung von Sozial- und Gesundheitsleistungen, die Synchronisierung der am Versorgungspfad beteiligten Akteure, die Überwachung des Verlaufs des Betreuungspfades mittels geeigneter Messinstrumente und den Austausch von Informationen ermöglichen, die für die Bewertung der Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt der klinischen Ergebnisse unerlässlich sind.

²⁰ Das "Gesundheitsbudget" wurde als integriertes sozio-sanitäres Instrument ursprünglich zur Unterstützung des "Individualisierten therapeutischen Rehabilitationsprojekts" (PTRI) für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Störungen ab dem Vorschulalter entwickelt (DPMR vom 12 Jänner 2017) und besteht aus individuellen, familiären, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheit im Hinblick auf eine mögliche Genesung (sogenannte *recovery*). Darüber hinaus wurde auf nationaler Ebene im Rahmen der Vereinten Konferenz (Rep. Akt Nr. 104/CU vom 6. Juli 2022) eine Vereinbarung über "Programmatische Richtlinien: „Planung des Gesundheitsbudgets mit der Person - Vorschlag der qualifizierenden Elemente" unterzeichnet. Allgemeiner ausgedrückt geht es darum, das organisatorische Verwaltungsmodell des Gesundheitsbudgets auf nationaler Ebene durch flexible und integrierte sozio-sanitäre Interventionen umzusetzen. Diese Interventionen sollen darauf abzielen, effiziente Kooperationen mit dem Dritten Sektor zu entwickeln, um Ausbildungs- und Arbeitsziele im Zusammenhang mit Wohnen und sozialer Eingliederung zu fördern. Sie richten sich an Personen mit schweren psychischen Störungen, die auf dem Arbeitsmarkt, dem Wohnmarkt und im soziokulturellen Umfeld stärker diskriminiert werden.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, die Anschaffung des **"Computersystems für die Verwaltung und Überwachung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (DTBP)"**, das angewandt werden muss, voranzutreiben.

Der PNRR sieht unter Mission 6 Komponente 1 ("Netze der Nahversorgung, Einrichtungen und Telemedizin für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung") die Investition 1.2.3 "Telemedizin für eine bessere Unterstützung chronischer Patienten" (Unterpunkt 1.2.3.2 "Telemedizinische Dienste") vor. Das allgemeine Ziel besteht darin, regionale Unterschiede zu verringern und dabei das europäische Ziel für Italien einzuhalten, nämlich mindestens 200.000 chronische Patienten (ca. 1.800 Patienten in der Provinz Bozen) mit Hilfe der Telemedizin zu versorgen. Dabei sollen bis Ende 2023 Projekte ausgearbeitet werden, um die Durchführung des telematischen Dienstes bis 2025 zu ermöglichen.

Ein in Ausarbeitung stehendes interministerielles Dekret wird die Modalitäten für die Umsetzung dieser Investitionen definieren, und zwar wird es einerseits die technischen Richtlinien festlegen und andererseits das Format eines Regionalen Umsetzungsplans enthalten, um die Regionen/Autonomen Provinzen bei der Planung der Telemedizin zu unterstützen und um den aktuellen Bedarf zu definieren.

Bereits zuvor erfolgte mit dem Dekret des Landeshauptmannes der Provinz Bozen Nr. 9682/2022 die "Übernahme der Leitlinien auf Landesebene des „Digitalen Modells für die Umsetzung der Hausbetreuung“ zum Zwecke des Erreichens des Milestones EU M6C1-4 (PNRR)" gemäß Anhang 1 des Dekrets des Gesundheitsministers vom 29.04.2022 und der darin enthaltenen entsprechenden Richtlinien (Amtsblatt der Italienischen Republik - Allgemeine Reihe Nr. 120 vom 24. Mai 2022)²¹.

Die Dienstleistungs-Apotheken

Gemäß der auf der Staat-Regionen-Konferenz vom 17. Oktober 2019 unterzeichneten Vereinbarung wurde grünes Licht für die Dienstleistungsapotheken gegeben, indem die Richtlinien für die Erprobung neuer Dienstleistungen in der Gemeinschaftsapotheke ausgearbeitet wurden. Die Aufwertung der ländlichen Apotheken wurde bekräftigt, indem in Mission 5 des PNRR die Finanzierung ihrer Entwicklung über eine öffentliche Ausschreibung zur Mittelzuweisung vorgesehen wurde.²²

²¹ Das von der Staat-Regionen-Konferenz (Repertorium Akt 73/CSR) verabschiedete Dokument definiert das Organisationsmodell für die Umsetzung der telemedizinischen Dienste und ist Teil der Maßnahmen zur Verstärkung der wohnortnahen Versorgung. Insbesondere ist die Umsetzung der verschiedenen telemedizinischen Dienste im häuslichen Umfeld vorgesehen, und zwar durch die Rationalisierung der Verfahren zur Patientenübernahme und die Definition der damit verbundenen operativen Aspekte, so dass die Erbringung von Dienstleistungen durch multiprofessionelle Teams, wie sie in den geltenden Rechtsvorschriften vorgesehen sind, auch aus der Ferne möglich wird.

²² Aus Mission 5, "Inklusion und Kohäsion" - Komponente 3: "Sondermaßnahmen für die territoriale Kohäsion" - Investition 1: Nationale Strategie für ländliche Gebiete - Sub-Subinvestition 1.2 "Wohnortnahe Gesundheitseinrichtungen": Im Rahmen der Stärkung der ländlichen Gebiete ist es von grundlegender Bedeutung die wohnortnahe Versorgung zu stärken, und zwar durch die Konsolidierung der vertragsgebundenen Apotheken auf dem Land mit weniger als 3.000 Einwohnern und die Modernisierung derselben, **die Gesundheitsdienste, Hauspflege, Betreuung der zweiten Stufe, Bereitstellung von Medikamenten, die derzeit nur in Krankenhäusern erhältlich sind, und die Überwachung der Patienten mit elektronischen Krankenakten bieten wird.** Das Gesamtbudget der Bekanntmachung beläuft sich auf 100 Millionen Euro an öffentlichen Mitteln, die sich zu gleichen Teilen auf den Süden, Mittel- und Norditalien verteilen und

Bereits im Chronic Care Masterplan (2018) der Autonomen Provinz wurde die strategische Bedeutung dieser potenziellen lokalen „Versorgungseinrichtung“ erkannt.²³ Die strategische Bedeutung der Apotheke, nicht nur als Einrichtung des Gesundheitsdienstes, sondern auch als Leistungserbringer, wurde auf Landesebene anerkannt, und es ist vorgesehen, die im ländlichen Bereich angesiedelten Apotheken in die Planung der wohnortnahen Betreuung einzubeziehen.

METHODE ZUR BESTIMMUNG DES PERSONALBEDARFS FÜR DIE FUNKTIONSWEISE DER DIENSTE UND DIE AUSBILDUNG

Auf nationaler Ebene gibt es keine bestimmte Methode zur Ermittlung des Personalbedarfs, um die wohnortnahen Gesundheitsleistungen, Tätigkeiten und Dienste sicherzustellen, während die Zuweisung der verfügbaren Mittel für die höheren Kosten für einzustellende Mitarbeiter genehmigt wird, selbst in Abweichung von den Einschränkungen der Personalausgaben für insgesamt 90,9 Millionen Euro für das Jahr 2023; 328,3 Millionen für das Jahr 2024; 591,5 Millionen für das Jahr 2025 und schließlich 1.015,3 Millionen für das Jahr 2026 aus dem nationalen Gesundheitsfonds.

Es gibt Ermittlungsmodelle für den Krankenhausbedarf, aber für das Personal in den wohnortnahen Diensten gibt es kaum Literaturnachweise zur Definition des Bedarfs, selbst nicht auf internationaler Ebene: WHO 2016 (*Workload indicators of staffing need WISN*), OCSE im Jahr 2013 (*Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals human resources for health observer*), Europäische Union im Jahr 2014 (*User guidelines on qualitative methods in health workforce planning and forecasting*); hierbei handelt es sich um objektiv komplexe Dokumente, welche die Organisationsmodelle der Länder, die mit den unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten der jeweiligen Systeme zusammenhängen, möglicherweise nicht berücksichtigen.

Die Ermittlung von Mindestdienststandards bezieht sich fast immer auf Ärztinnen/Ärzte und Krankenpflegerinnen/-pfleger. Der Wert wird in *full-time equivalent* (FTE) oder

im Einklang mit dem Ansatz des PNRR – der Ziele festlegt, um das Voranschreiten der Investitionen darzustellen – bis Dezember 2023 mindestens 500 ländliche Apotheken und bis Juni 2026 mindestens 2.000 Apotheken zu finanzieren.

²³ Im entsprechenden Absatz steht: *"Die öffentlich zugänglichen Apotheken stellen eine erste wichtige und umfassende Gesundheitseinrichtung in der wohnortnahen Versorgung dar und dank der Professionalität ihrer Mitarbeiter tragen sie durch ihre Überwachungs- und Verbindungsfunktionen dazu bei, eine grundlegende Rolle bei der Gesundheitsförderung zu spielen, auch durch Ausbildungs- und Informationsinitiativen. Über diese Apotheken werden auch die neuen Dienstleistungen erbracht, die in Artikel 11, Absatz 1 des Gesetzesdekretes Nr. 69 vom 18. Juni 2009 festgelegt sind, in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der regionalen Sozial- und Gesundheitspläne und im Rahmen der Mittel, die zur Umsetzung des genannten Artikels 11, Absatz 1, Buchstabe e) bereitgestellt werden. Rechtsvorschriften festgelegt sind, und zwar unter Einhaltung der Bestimmungen der regionalen Sozial- und Gesundheitspläne und im Rahmen der Mittel, die zur Umsetzung des genannten Artikels 11, Absatz 1, Buchstabe e) bereitgestellt werden. In der Autonomen Provinz Bozen gibt es derzeit 119 öffentlich zugängliche Apotheken, von denen 30 subventionierte Landapotheken sind. Ziel muss es sein, diese wichtige Rolle der Apotheken insbesondere außerhalb der Stadtzentren zu unterstützen und die territoriale Kapillarität der Apotheken zu stärken. Die Apotheken der Zukunft, die besser im Landesgesundheitsdienst integriert sind, arbeiten daran, die Dienstleistungen für die Bürger zu verbessern und eine professionelle und qualitativ hochwertige Dienstleistung in der gesamten Provinz zu gewährleisten.*

Vollzeitäquivalenten ausgedrückt, einem Index, der die geplante Arbeitszeit für jeden Vollzeitbeschäftigten pro Arbeitswoche misst.

In unserem Land hat das Gesundheitsministerium im Rahmen der Umsetzung verschiedener einschlägiger Rechtsvorschriften (Gesetzesdekret Nr. 66/2003, Richtlinien 93/104/EU und 2000/34/EU, Stabilitätsgesetz (ital. *legge di stabilità*) für das Jahr 2016, MD Nr. 70/2015) zusammen mit der Staat-Regionen-Konferenz und dem Wirtschafts- und Finanzministerium eine technische Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer Methode zur Ermittlung der Planung des Personalbedarfs, anwendbar auf alle Regionen, eingerichtet. Diese Methode wurde von der Gesundheitskommission der Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und autonomen Provinzen am 20.12.2017 genehmigt.

Der Personalbedarf wurde auf der Grundlage von drei Faktoren geschätzt:

- 1) Organisation des Versorgungsnetzwerks,**
- 2) Produktion**
- 3) Arbeitszeit.**

In der Folge wurde im Gesundheitsabkommen 2019-2021 („Patto per la Salute 2019-2021“) festgelegt, dass "Zur Umsetzung der Bestimmungen des letzten Teils von Artikel 11 Absatz 1 des Gesetzesdekrets Nr. 35/2019 schlägt das Gesundheitsministerium nach Unterrichtung der Gewerkschaften die bereits genehmigte und mit den Regionen erprobte Methode zur Ermittlung des Personalbedarfs in den **Krankenhäusern** vor und beginnt auch mit Ausarbeitung der Methode zur Ermittlung des Personalbedarfs der Dienste der wohnortnahen Versorgung".

In diesem Zusammenhang führte AGENAS das Forschungsprojekt "Definition einer Methode zur Ermittlung des Personalbedarfs" im Rahmen der aktuellen Forschungslinie 2020-2021 „Forschungslinie Nr. 1: Analyse und Messung von Gesundheitsergebnissen durch, um integrierte Versorgungspfade innerhalb klinischer Netzwerke und von Faktoren der Gesundheitsmobilität zu bewerten und wertbasierte Versorgungsmodelle zu identifizieren (Value-based health care)". Das Projekt startete im März 2021 und war in drei Tätigkeitsbereiche unterteilt, die die drei Makrobereiche des Gesundheitswesens abdecken: Krankenhaus, Territorium und Departement für Prävention.

In der Zwischenzeit hat AGENAS mit der Überwachung des Modells des Ministerialdekretes Nr. 77/2022 begonnen, und die Regionen und autonomen Provinzen wurden nach den Methoden zur Ermittlung des Personalbedarfs für die wohnortnahen Dienste gefragt.

Es sei darauf hingewiesen, dass bereits im Modell des MD Nr. 77/2022 Personalstandards vorangetrieben wurden, die in der Provinz Bozen zu den Ergebnissen gemäß weiter unten stehender Tabelle²⁴ geführt haben, die offensichtlich nicht die tatsächlichen Bedürfnisse widerspiegeln, da nicht alle Dienste berücksichtigt werden, die für ein effizientes Funktionieren der Einrichtungen erforderlich sind.

Die Ermittlung des Personalbedarfs, der für die Verstärkung der wohnortnahen Versorgung benötigt wird (vor allem unter Berücksichtigung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen), **ist die Voraussetzung für die Feststellung eines Personalmangels.**

²⁴ Für eine erste Zählung der erforderlichen Einheiten siehe Tabelle im Anhang am Ende des Dokuments.

Aus diesen Gründen wird in der Provinz Bozen eine Methode entwickelt, die folgende Schritte berücksichtigt:

- Punktuelle Erfassung aller Dienste, Tätigkeiten und Leistungen, die von den wohnortnahen Einrichtungen mit dem derzeit beschäftigten Personal erbracht werden (Sitze, Öffnungszeiten, orografische Lage, Verbindungen zwischen den Einrichtungen, Anzahl der Patienten und Art der erbrachten Leistungen). Diese Erfassung, welche kurz vor dem Abschluss steht, ermöglicht es, die aktuelle Aufteilung des in der wohnortnahen Betreuung beschäftigten Personals zu kennen, die Personen zu identifizieren, die in die Gemeinschaftshäuser kommen werden, und die derzeit vorhandenen Dienste effizient zu reorganisieren, um Ineffizienzen zu vermeiden und die Dienste und Leistungsangebote angemessen zu bündeln;
- Analyse der in den wohnortnahen Diensten vorhandenen Berufsprofile (Rolle und Funktionen) und der hierarchischen Zuordnung;
- Berechnung der Patienten, die in jene vier diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade fallen, die vom Land als vorrangig eingestuft wurden (Diabetes Typ-2, OCPD, Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis) mit der Anzahl und Art der zu erbringenden Leistungen, aufgeteilt nach Wohnsitzgemeinde. Die DTBP (von denen der DTBP „Diabetes“ im Territorium bereits mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern getestet wurde und die die Rekrutierung von 14.000 Patientinnen und Patienten ermöglicht hat), sind nach einem klaren und pragmatischen Schema aufgebaut (wer macht was und wann) und ermöglicht es, die zu erbringenden Gesundheitsleistungen zu berechnen, wann und von welchen Fachärzten;
- Mapping der Leistungen, Dienste und Leistungen der Grundversorgung, die in Krankenhäusern durchgeführt werden. Eine bereits durchgeführte Analyse hat gezeigt, dass viele Leistungen der Grundversorgung vom Krankenhaus in das Territorium verlagert werden können;
- Mapping des Krankenhauspersonals, das für die Erbringung der Grundversorgungsleistungen zuständig ist, sowie Umfang und Zeiten der Erbringung der Leistungen;
- Mapping der Verteilung der Praxen für Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern (es gibt 285 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Südtirol, die in 6 Vernetzten Gruppenmedizinen organisiert sind) mit der entsprechenden Anzahl der Patientinnen und Patienten, aufgeschlüsselt nach den wichtigsten chronischen Krankheiten, die in einer ersten Phase als vorrangig angesehen wurden²⁵.

So wurde die Methode bereits für den Sprengel Neumarkt erprobt (wo das neue Gemeinschaftshaus entstehen wird) und hat dazu geführt, dass für die ausgewählten DTBP (Diabetes Typ-2, Herzinsuffizienz und COPD) ein Bedarf von 12 Krankenpflegekräften besteht.²⁶

Es ist nicht möglich, sofort einen Personalbedarf für alle Gesundheitsleistungen, Tätigkeiten und Dienste zu ermitteln, die der Sprengel im Rahmen der Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) zu erbringen hat, wenn er voll funktionsfähig ist, aber es ist möglich, von mittelfristigen Zielen (Juni 2026) mit den vier DTBP auszugehen, von denen wir die Leistungen und Tätigkeiten kennen, damit:

²⁵ Eine Tabelle zur Verteilung der VGM in den vier Gesundheitsbezirken ist im Anhang zu finden

²⁶ *Gesundheitsorganisation 4/2021*

- eine bessere Verteilung des Personals, das derzeit an den verschiedenen Standorten tätig ist, gemacht werden kann, wobei einige von ihnen in den künftigen Gemeinschaftshäusern untergebracht werden sollen;
- Überlegt werden kann, ob es eine Verlagerung von Grundversorgungsleistungen, die in den Krankenhäusern unangemessen durchgeführt werden, in das Territorium und des Krankenhauspersonals in das Territorium geben soll (man denke an das Personal, das für die Erbringung der Grundversorgungsleistungen eingesetzt wird, und auch an jenes, das aufgrund funktioneller Einschränkungen nicht mehr im Schichtdienst oder im Notfalldienst tätig sein kann). Das Krankenhaus ist somit auf komplexere Leistungen der zweiten Stufe ausgerichtet.

Anhang

Eine erste Bewertung des Personalbedarfs

BEI GLEICHBLEIBENDEN AUSGABEN:

aktueller Stand zum September 2022 (anwesendes Personal FTE) Krankenpfleger, Hausbetreuung und ambulante Betreuung		Berechnung Familien- oder Gemeinschaftskrankenpfleger	
		Einrichtung	Bevölkerung FTE
GB Bozen	100,39	GB Bozen	236.827 78,94
GB Meran	66,25	GB Meran	140.031 46,68
GB Brixen	26,85	GB Brixen	78.827 26,28
GB Bruneck	40,2	GB Bruneck	80.697 26,90
Gesamt	233,69	Gesamt	536.382 178,79

Neue notwendige Stellen

Einrichtung	Bevölkerung	Bettenplätze	Kranken- pfleger	Koordinator	Arzt	unterstützende s Personal für die Verwaltung	Sozialassisten t	Reha- Personal	Fachkräfte Pflegehelfer	Personal Gesamt (FTE)
WONE										
WONE Bozen Stadt	107.731		5,39	1,00		2,15				
WONE Bozen Umgebung	129.096		6,45			2,58				
WONE Meran	140.031		7,00			2,80				
WONE Brixen	78.827		3,94			1,58				
WONE Bruneck	80.697		4,03			1,61				
Gesamt WONE	536.382		26,82	1,00	0,00	10,73	0,00	0,00	0,00	38,55
Gemeinschaftshäuser										
*										
HUB Sprengel Bozen (Neubau)			10	1		4	1		4	
HUB Sprengel Unterland (Neubau)			10	1		4	1		4	
SPOKE Sprengel Leifers- Branzoll- Pfatten			7			3			2	
SPOKE Sprengel Überetsch			7			3			2	
HUB Sprengel Meran			10	1		4	1		4	
SPOKE Sprengel Naturns			7			3			2	
HUB Sprengel Brixen			10	1		4	1		4	
SPOKE Sprengel Klausen			7			3			2	
HUB Sprengel Bruneck			10	1		4	1		4	
SPOKE Sprengel Hochpustertal			7			3			2	
Gemeinschaftshaus GESAMT			85,00	5,00	0,00	35,00	5,00	0,00	30,00	160,00
Einheit für die Betreuungskontinuität (UCA)										
**										
UCA	536.382		5,36	-	5,36					10,73
Gemeinschaftskrankenhäuser										

Unterland		20	8	1	0,75			2	6	
Bozen		40	17	1	1,5			4	12	
Meran		20	8	1	0,75			2	6	
Gemeinschaftskrankenhäuser GESAMT		80	33,00	3,00	3,00	0,00	0,00	8,00	24,00	71,00
INSGESAMT		80,00	150,18	9,00	8,36	45,73	5,00	8,00	54,00	280,27

In den **Gemeinschaftshäusern hub und spoke, wird außerdem die ärztliche Betreuung über 12 Stunden an 6 Tagen die Woche, über die Anwesenheit der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, welche der Vernetzten Gruppenmedizin des entsprechenden Gesundheitssprengel angehören, gesichert. Diese ambulante Tätigkeit erfolgt zusätzlich zur jener als
****Einheit für die Betreuungskontinuität (UCA)**: eine Einheit für die Betreuungskontinuität (eine Ärztin/ein Arzt und eine Krankenpflegerin/ein Krankenpfleger pro 100.000 Einwohner);
*****Gemeinschaftskrankenhäuser**: die ärztliche Betreuung wird über beauftragte Ärztinnen und Ärzte gesichert. Während des Tagdienstes (8 Uhr bis 20 Uhr) muss sie an 4,5 Stunden pro Tag für sechs Tage die Woche gesichert werden, während sie bei Nachtdiensten (20 Uhr bis 8 Uhr) und an Feiertagen und Vorfeiertagen in Form der Rufbereitschaft, welche für mehrere Einrichtungen desselben Einzugsgebiets, gesichert wird, wobei die Zeiten, bis die Ärztin/der Arzt am Ort sein muss, die im Bereich geltenden Bestimmungen einhalten muss. Die Betreuung während der Nacht wird auch von den

Verzeichnis der derzeit bestehenden Vernetzten Gruppenmedizinen in Südtirol

26 Vernetzte Gruppenmedizinen (VGM)	
Gesundheitsbezirk Bozen	St. Ulrich – St. Christina – Wolkenstein Kastelruth + Welschnofen – Deutschnofen + Karneid – Völs – Tiers Ritten + Sarntal + Mölten – Jenesien Eppan – Kaltern + Andrian – Nals – Terlan Leifers – Branzoll – Pfatten Aldein – Altrei – Auer – Truden + Auer – Montan – Salurn – Kurtatsch – Kurtinig – Margreid – Tramin Bolzano 1, 2, 3, 4
Gesundheitsbezirk Meran	Obervinschgau Mittelvinschgau Naturns und Umgebung Lana – Tisens – Tschermers – Burgstall – Gargazon – St. Felix – Unsere Liebe Frau im Walde – St. Pankraz – Ulten – Laurein – Proveys

	Merano Umgebung 1 Merano Umgebung 2 Passeier
Gesundheitsbezirk Brixen	Eisacktal Brixen – Umgebung 1 Brixen – Umgebung 2 Klausen – Umgebung
Gesundheitsbezirk Bruneck	Tauferer Ahrntal Bruneck-Umgebung 1 Bruneck- Umgebung 2 Hochpustertal Gadertal

ANLAGE B – STRUKTURELLE, TECHNOLOGISCHE UND ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINRICHTUNGEN DES PNRR

Das Gemeinschaftshaus (GSH)

Neben dieser Einteilung, die die Vorgaben aus dem spezifischen Abschnitt des MD Nr. 77/2022, soweit auf den lokalen Kontext anwendbar, enthält, sind auch die allgemeinen Anforderungen, die zusätzlichen allgemeinen Anforderungen an Qualität und Sicherheit, die spezifischen Anforderungen an die ambulante Versorgung, die in der Autonomen Provinz Bozen genehmigt wurden (genehmigt ab dem Jahr 2003, unter Bezugnahme auf die Bestimmungen des Dekrets des Präsidenten der Republik vom 14.01.1997), zu berücksichtigen.

BESONDERE ANFORDERUNGEN AN GEMEINSCHAFTSHÄUSER (bezugnehmend auf das MD Nr. 77/2022)

KATEGORIE	ID LAND	TEXT MD Nr. 77/2022
Organisation	99_05_01	Das Gemeinschaftshaus (CdC) ist der physische und leicht identifizierbare Ort, zu dem die Bürger für folgende Bedürfnisse Zugang haben: <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfürsorge • Sozio-sanitäre Betreuung mit größerem Gewicht an Betreuung gesundheitlicher Natur • und das Organisationsmodell der wohnortnahen Versorgung der Bezugsbevölkerung.
Organisation	99_05_02	Im Gemeinschaftshaus arbeiten alle Fachleute in integrierter und multidisziplinärer Weise für die Gestaltung und Durchführung von gesundheitlichen Maßnahmen und jener mit sozialer Integration gemäß: <ul style="list-style-type: none"> • Artikel 1, Absatz 163 des Gesetzes Nr. 234 vom 31. Dezember 2021, • vorbehaltlich der Unterzeichnung des darin vorgesehenen Abkommens • und der Unterzeichnung des Abkommens gemäß Artikel 21, Absatz 1 des Dekrets des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017, auch um die Zuständigkeitsbereiche des Nationalen Gesundheitsdienstes einerseits und der Gemeinden andererseits zu definieren, indem die personellen und instrumentellen Ressourcen der jeweiligen Gesetzgebung, die nach geltendem Recht zur Verfügung stehen, genutzt werden.
Organisation	99_05_03	Standard:
Organisation	99_05_04	1 Gemeinschaftshaus <i>hub</i> pro 40.000-50.000 Einwohner;
Organisation	99_05_05	Gemeinschaftshäuser und Ambulatorien von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (ÄAM) und Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl (KfW) unter Berücksichtigung der orographischen und demographischen Merkmale des Territoriums, um die Kapillarität der Dienstleistungen und eine größere Zugangsgerechtigkeit, insbesondere im Landesinneren und in ländlichen Gebieten, in voller Übereinstimmung mit dem Grundsatz der Wohnortnähe zu fördern.

		<p>Alle Zusammenschlüsse von ÄAM und KfW (VGM und UCCP) sind in den Gemeinschaftshäusern enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indem sie in deren Inneren den physischen Sitz haben • oder funktional mit ihnen verbunden sind. <p>Auch ambulante Fachärztinnen und Fachärzte haben Zugang zu den Gemeinschaftshäusern.</p>
Personal	99_05_06	Personalstandards für ein hub-Gemeinschaftshaus:
Personal	99_05_07	<ul style="list-style-type: none"> • 7-11 Krankenpfleger • 1 Sozialassistent • 5-8 Einheiten von Unterstützungspersonal (Sozio-sanitäres oder Verwaltungspersonal)
Organisation	99_05_08	<p>Das so definierte Gemeinschaftshaus stellt das Organisationsmodell dar, das die wohnortnahe Versorgung für die Bezugsbevölkerung konkretisiert. Es ist in der Tat der physische Ort, in Wohnortnähe und leicht zu identifizieren, zu dem die Patientin/der Patient Zugang hat, um mit dem System der Gesundheitsfürsorge in Kontakt zu treten.</p>
Organisation	99_05_09	<p>Das Gemeinschaftshaus ist: Eine Einrichtung, die für die Bezugsbevölkerung leicht erkennbar und zugänglich ist, für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Zugang • die Aufnahme • die Orientierung des Betreuten. <p>Das Gemeinschaftshaus ist eine grundlegende öffentliche Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes.</p>
Organisation	99_05_10	<p>Es stellt den Ort dar, an dem der Nationale Gesundheitsdienst koordiniert und sich in das System der sozialen Dienste integriert, indem er Folgendes anbietet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine bereichsübergreifende Verbindung von Leistungen • in Bezug auf Wege und Lösungen, die auf eine Integration der verschiedenen Dimensionen der Maßnahmen und der verschiedenen Fachgebiete basieren • einen horizontalen und transversalen Ansatz für die Bedürfnisse, auch unter Berücksichtigung der persönlichen Dimension des Patienten • ein Innovationsprojekt, bei dem die Gemeinschaft der Betreuten nicht nur Empfänger von Leistungen ist, sondern auch aktiv an der Verbesserung der in der Gemeinschaft selbst vorhandenen Fähigkeiten beteiligt ist.
Organisation	99_05_11	<p>Das Gemeinschaftshaus fördert ein integriertes und multidisziplinäres Interventionsmodell als bevorzugten Ort für die Gestaltung und Durchführung von gesundheitlichen Eingriffen. Die Tätigkeit muss nämlich so organisiert werden, dass eine Teamarbeit mit folgenden beteiligten Personen möglich ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÄAM • KfW

		<ul style="list-style-type: none"> • Interne Ambulatoriumsfachärztinnen und -ärzten, auch in ihren Organisationsformen • Familien- oder Gemeinschaftspflegerinnen und -pfleger • Andere Angehörige der Gesundheitsberufe, die nach geltender Gesetzgebung dem Sanitätsbetrieb zur Verfügung stehen, wie Psychologinnen und Psychologen, Hebammen, Fachleute im Bereich Prävention, Rehabilitation und Technik sowie Sozialassistentinnen und -assistenten, um die Koordinierung mit den Sozialdiensten der lokalen Körperschaften zu ermöglichen. <p>Die Verwaltungstätigkeit wird, auch durch betriebliche Umstrukturierungsmaßnahmen, durch engagiertes Personal sichergestellt, das bereits gemäß geltenden Bestimmungen innerhalb des Sanitätsbetriebs zur Verfügung steht, und das sich auch mit der Öffentlichkeitsarbeit und der Unterstützung der Betreuten befasst.</p>
Organisation	99_05_12	<p>Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegepersonal und andere Angehörige der Gesundheitsberufe arbeiten ebenfalls in den Gemeinschaftshäusern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • auf diese Weise stellen sie die Grundversorgung sicher; • proaktiver Ansatz der Gesundheitsbetreuung; • Übernahme der Bezugsbevölkerung; • mit den Diensten über zwölf Stunden pro Tag, • die sich mit dem Dienst für Betreuungskontinuität integrieren, um die 24 Stunden abzudecken.
Organisation	99_05_13	Ziel der Entwicklung des Gemeinschaftshauses ist es, auf koordinierte Weise Folgendes sicherzustellen:
Organisation	99_05_14	<p>Einen einheitlichen und integrierten Zugang zur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversorgung • soziosanitäre Versorgung mit sanitärem Schwerpunkt Gesundheit, in Wohnortsnähe, an einem gut erkennbaren und leicht erreichbaren Ort für die betreute Bevölkerung
Organisation	99_05_15	- die Antwort und Gewährleistung eines einheitlichen Zuganges zu Gesundheitsdiensten durch die Funktionen der Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer und administrativ-organisatorischen Unterstützung der Patienten, welche durch die einzige Zugangsstelle gesichert werden.
Organisation	99_05_16	- Prävention und Gesundheitsförderung auch durch Maßnahmen, die vom Gesundheitsteam unter Koordination des betrieblichen Departements für Prävention und öffentliche Gesundheit durchgeführt werden;
Organisation	99_05_16_01	- Förderung und Schutz der Gesundheit von Minderjährigen und Frauen im sexuellen und reproduktiven Bereich sowie des Entwicklungsalters, in Bezug auf alle physiologischen Naturereignisse, die für die Phasen des Lebenszyklus typisch sind;
Organisation	99_05_17	- das Management von Chronizität und Gebrechlichkeit nach dem Modell der proaktiven Gesundheitsversorgung

Organisation	99_05_18	- die Bewertung der Bedürfnisse der Person und die Begleitung zur am besten geeigneten Antwort;
Organisation	99_05_19	- die Deckung des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung und die Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung, auch durch Koordinierung mit den wohnortnahen Gesundheitsdiensten (z. B. Dienst für psychische Gesundheit, Beratungsstellen usw.);
Organisation	99_05_20	- die Aktivierung multidisziplinärer Betreuungspfade, die die Integration zwischen Gesundheits-, Krankenhaus- und territorialen Diensten sowie zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten ermöglichen;
Organisation	99_05_21	- die Beteiligung der lokalen Gemeinschaft, Bürgervereinigungen, Patientinnen und Patienten, und der Pflegenden (<i>caregiver</i>).
Organisation	99_05_22	Die Leitprinzipien der Entwicklung der Gemeinschaftshäuser sind: <ul style="list-style-type: none"> • Chancengleichheit bei Zugang und Versorgung nach dem Modell der Initiative Gesundheit, • Der Grundsatz der Qualität der Betreuung, der in seinen verschiedenen Dimensionen zurückgegangen ist (z. B. Angemessenheit, Sicherheit, Koordination / Kontinuität, Effizienz, Aktualität).
Organisation	99_05_23	Um den unterschiedlichen territorialen Bedürfnissen gerecht zu werden, einen gerechten Zugang, die Kapillarität und die Wohnortnähe des Dienstes zu gewährleisten, ist Folgendes vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtung eines territorialen Betreuungsnetzwerkes nach den Modellen <i>hub</i> und <i>spoke</i>.
Organisation	99_05_24	Sowohl in der Ausführung als <i>hub</i> - als auch als <i>spoke</i> - stellt das Gemeinschaftshaus den einheitlichen physischen Zugang für die Bezugsgemeinschaft zu primären Gesundheitsleistungen dar. Beide bieten daher ein Leistungsangebot, die erbracht werden von: <ul style="list-style-type: none"> • ÄAM • KfW • Ambulatoriums-Fachärztinnen und -Fachärzten • Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pflegern • Krankenpfleger, die in der häuslichen Pflege arbeiten.
Personal	99_05_25	Das <i>hub</i>-Gemeinschaftshaus sichert die Anwesenheit des folgenden Fachpersonals, das nach geltenden Bestimmungen, auch durch Umstrukturierungsmaßnahmen des Betriebes, zur Verfügung steht, und die Bereitstellung der folgenden Leistungen, auch über die Art der Telemedizin und -betreuung und den damit verbundenen beruflichen Zuständigkeiten:
Personal	99_05_26	- Multiprofessionelle Teams aus ÄAM, KfW, Ärztinnen und Ärzte der Betreuungskontinuität, interne Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte und Mitarbeiterinnen

		/Mitarbeiter, Krankenpflegerinnen und -pfleger und Angehöriger anderer Gesundheits- und Sozialberufe);
Personal	99_05_27	- Präsenz einer Ärztin/eines Arztes an 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche , auch durch die Integration mit dem Dienst der Betreuungskontinuität
Personal	99_05_28	- Präsenz von Pflegekräften über 12 Stunden an allen Tagen der Woche;
Organisation	99_05_29	- Einheitliche Zugangsstelle zum Gesundheitsdienst;
Organisation	99_05_30	- Entnahmestelle;
Technologien	99_05_31	- Diagnoseleistungen zur Überwachung der Chronizität mit grundlegenden diagnostischen Instrumenten (Ultraschall, Elektrokardiograph, Retinograph, Okt, Spirometer usw.), auch durch telemedizinische Instrumente (z. B. Telereporting usw.);
Personal	99_05_32	- Spezialisierte ambulante Dienste für Krankheiten mit hoher Prävalenz (Kardiologie, Pneumologie, Diabetologie usw.);
Personal	99_05_33	- Leistungen der kollektiven Prävention und Förderung der öffentlichen Gesundheit, einschließlich der Tätigkeit der Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegeheime für das integrierte Management der Chronizität und für die Antwort auf gelegentliche Bedürfnisse;
Organisation	99_05_34	- Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Gemeinschaftsebene, auch durch Familienberatungszentren und Aktivitäten, die an Minderjährige gerichtet sind – sofern vorhanden –, die mit der Bildungs- und Schulwelt für spezifische Maßnahmen in Bezug auf die Bevölkerung von 0 bis 18 Jahren (fakultativ) abgestimmt sind;
Organisation	99_05_34_01	- Maßnahmen der Impfprophylaxe, insbesondere für bestimmte Altersgruppen oder Risiko- und Fragilitätsbedingungen. Alle Impfprophylaxe- und Überwachungsaktivitäten von Infektionskrankheiten entsprechen den Indikationen des Departments für Prävention.
Organisation	99_05_35	- Integriertes System der Vormerkungen, das mit der betrieblichen landesweiten Vormerkungsstelle verbunden ist;
Organisation	99_05_36	- Dienst der häuslichen Grundversorgung;
Organisation	99_05_37	- Beteiligung der Gemeinschaft und Förderung der Co-Produktion durch Vereine und Freiwillige;
Organisation	99_05_38	- Integration mit den Sozialdiensten
Personal	99_05_39	Das spoke -Gemeinschaftshaus garantiert im Rahmen der verfügbaren Fachpersonen nach geltenden Bestimmungen, auch durch betriebliche Umstrukturierungsmaßnahmen, die Erbringung der folgenden Leistungen, auch durch telemedizinische Methoden:
Personal	99_05_40	- Multiprofessionelle Teams (ÄAM, KfW, interne Ambulatoriumsfachärztinnen und Fachärzte und Angestellte, Krankenpflegepersonal und andere Angehöriger der Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen;

Personal	99_05_41	- Ärztliche und pflegerische Präsenz mindestens für 12 Stunden am Tag und an 6 Tagen die Woche (Montag-Samstag);
Organisation	99_05_42	- Einziger Zugangspunkt (PUA) im Gesundheitsbereich;
Personal	99_05_43	- Einige ambulante Dienste für Pathologien mit hoher Prävalenz (Kardiologe, Pneumologe, Diabetologe usw.);
Personal	99_05_44	- pflegerische Dienste sowohl im Hinblick auf die Prävention der Gemeinschaft und auf die Förderung der öffentlichen Gesundheit, einschließlich der Tätigkeit der/des Familienkrankenpflegerin/-pflegers, als auch auf die Kontinuität der Gesundheitsversorgung für die integrierte Behandlung chronischer Krankheiten;
Organisation	99_05_45	- Screening-Programme
Organisation	99_05_46	- Verbindung mit zuständigen <i>hub</i> -Gemeinschaftshaus;
Organisation	99_05_47	- Integriertes System der Vormerkungen, das mit der betrieblichen landesweiten Vormerkungsstelle verbunden ist
Organisation	99_05_48	- Beteiligung der Gemeinschaft und Verbesserung der Co-Produktion durch Vereine und Freiwilligenarbeit
Titel	99_05_49	Standardleistungen der Gemeinschaftshäuser (Übersicht 1, welche der gegenständlichen Tabelle direkt folgt)
Organisation	99_05_50	Alle physisch bereits bestehenden Einrichtungen der wohnortnahen Versorgung müssen sinnvollerweise in die Gestaltung des neuen Systems der wohnortnahen Dienste und Einrichtungen und damit der GSH und der mit diesen verbundenen Diensten im Netz einbezogen werden. Der Entwicklungsplan der wohnortnahen Dienste jedes einzelnen regionalen Kontexts muss daher auf eine Gestaltung von vernetzten Diensten mit einer genauen Auswahl bestehender physischer Infrastrukturen abzielen, die verbessert, mit anderen Berufen und Diensten neu ausgerichtet oder aus dem Netz genommen werden sollen.
Personal	99_05_51	Damit die <i>hub</i> - Gemeinschaftshäuser die beschriebenen Dienste sicherstellen können, sind diese mit 7-11 Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerinnen/-pflegern, die indikativ nach dem nachstehend beschriebenen Modell organisiert sind, ausgestattet: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Pflegekoordinatorin/-koordinator • 2-3 Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerin/-pfleger für ambulante Tätigkeiten • 1-2 Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerin/-pfleger für Triage und Gesundheitsbedarfsanalyse und • 4-6 Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegerin/-pfleger für die häusliche Pflege, Prävention und Teleassistenz
Personal	99_05_52	In den <i>hub</i> und <i>spoke</i> - Gemeinschaftshäusern wird außerdem die medizinische Versorgung für 12 Stunden an 6 Tagen die Woche durch die Anwesenheit der ÄAM garantiert, die zu den VGM des Bezugssprengels gehören. Diese ambulante Tätigkeit wird zusätzlich zu den Aktivitäten der Ärztin/des Arztes für Allgemeinmedizin

		gegenüber seinen Patienten durchgeführt und muss im <i>hub-</i> und <i>spoke-</i> GSH durchgeführt werden.
Titel	99_05_53	Die Koordinierung des Gemeinschaftshauses mit den Diensten der wohnortnahen Betreuung
Organisation	99_05_54	Die Gemeinschaftshäuser stellen einen Knotenpunkt des Netzes der Dienste der wohnortnahen Betreuung unter der Leitung des Bezirkes dar. Auf der Seite der <i>governance</i> der Nachfrage ist ihre zentrale Bedeutung gegeben durch: <ul style="list-style-type: none"> • aus den Funktionen der proaktiven Gesundheitsversorgung • die Übernahme der Verantwortung • des einheitlichen Zuganges • als Filter des Zugangs und für die Weiterleitung der Patienten im System auf der Seite der <i>governance</i> des Angebots: <ul style="list-style-type: none"> • durch die multiprofessionelle Arbeit • durch die Integration zwischen Angebotseinheiten unterschiedlicher Fachbereiche und Disziplinen • durch die Koordination zwischen Sozialem und Gesundheit auf der <i>governance</i> -Seite: <ul style="list-style-type: none"> • durch die aktive Beteiligung der Gemeinschaft und der Patientinnen und Patienten.
Organisation	99_05_55	Gerade aufgrund seiner zentralen Rolle im Netz der Dienstleistungen wendet das Gemeinschaftshaus strukturelle Koordinierungsmechanismen an, die in vier Richtungen gehen:
Organisation	99_05_56	1. Netzwerk im Inneren des Gemeinschaftshauses bestehend aus der Vernetzung von Fachpersonen, die ihre Tätigkeit auch in den assoziativen Formen ausüben, die einen physischen Sitz innerhalb des Gemeinschaftshauses haben, und solchen, die funktional mit ihm verbunden sind;
Organisation	99_05_57	2. Netzwerk zwischen den Gemeinschaftshäusern bestehend aus der Vernetzung zwischen <i>hub-</i> und <i>spoke -</i> Gemeinschaftshäusern, sei es um die Bedürfnisse der Kapillarität der Bereitstellung der Leistungen und der Wohnortnähe ihrer Erbringung mit der Notwendigkeit in Einklang zu bringen, eine kritische Masse für einige Leistungen mit größerer fachlicher und technologischer Intensität zu erreichen, als auch um flexibel auf die unterschiedlichen geografischen Kontexte reagieren zu können, die durch unterschiedliche Bevölkerungsdichte und den Grad der aktiven Präsenz von ÄAM in ambulanten Einrichtungen des Gemeinschaftshauses gekennzeichnet sind;
Organisation	99_05_58	3. Netzwerk der wohnortnahen Betreuung: Das Gemeinschaftshaus ist mit den anderen Bereichen der wohnortnahen Betreuung vernetzt, wie zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> • Hauspflege • Ambulante fachärztliche Betreuung in der wohnortnahen Betreuung

		<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser • Gemeinschaftskrankenhäuser • Seniorenwohnheime, Hospiz- und Palliativnetzwerk, • Familienberatungsstellen und Aktivitäten für Minderjährige, wo es sie bereits gibt • Psychiatrische Dienste • Sucht und Behinderungen und andere Formen von intermediären Einrichtungen und Diensten;
Organisation	99_05_59	<p>4. Integriertes Netzwerk der wohnortnahen Betreuung: Das Gemeinschaftshaus ist mit den Aktivitäten des Krankenhauses vernetzt, auch dank der Hilfe von IT-Plattformen, insbesondere jener zu den Tätigkeiten der ambulanten fachärztlichen Betreuung und des <i>day-service</i>. Dieses kann in beidseitiger Richtung erfolgen, auch für Patientinnen und Patienten, für die das Team des Gemeinschaftshauses befunden hat, sie für gewisse Phasen von Pflegeprozessen und Stadien der Pathologie, welche spezialisierte Krankenhaus- und / oder ambulante Dienste erfordern, zu entsenden.</p> <p>Diese Form der Integration und Koordination hat eine noch höhere Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf die gemeinsame Behandlung der komplexesten chronischen Patienten mit einem hohen Grad an Instabilität, die häufigen Krankenhausaufenthalten ausgesetzt sind.</p> <p>Auf diese Weise werden zudem Mechanismen für den Wissensaustausch zwischen dem Gemeinschaftshaus- und Krankenhaus-Fachpersonal geschaffen. Dies trägt auch zu einer stärkeren Ausprägung professioneller Fähigkeiten innerhalb des Gemeinschaftshauses bei.</p>
Organisation	99_05_60	Das Instrument, mit dem die Netzwerkkoordination in die vier Richtungen erfolgt, ist die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE), die als Vektor der Koordinierung und Verbindung zwischen den Knoten und dem Fachpersonal der verschiedenen Netzwerke fungiert.
Organisation	99_05_61	Zusammenfassend erfüllt das Gemeinschaftshaus als Ort der Planung mit und für die Bezugsgemeinschaft vier Hauptfunktionen:
Organisation	99_05_62	-1. Es ist der Ort, an dem die Gemeinschaft in all ihren Ausdrucksformen und mit Hilfe von Fachpersonal den Rahmen der Bedürfnisse interpretiert und ihr Gesundheitsprojekt, die Aktionsprioritäten und Prioritäten der notwendigen Handlungen und die damit verbundenen Leistungen definiert;
Organisation	99_05_63	-2. Es ist der Ort, an dem Angehörige von Berufsgruppen, die sich untereinander integrieren, mit der Gemeinschaft und den Nutzerinnen und Nutzern in Dialog treten, um die Leistungen durch interprofessionelle und multidisziplinäre Arbeit entsprechend den Bedürfnissen der Gemeinschaft neu zu gestalten;
Organisation	99_05_64	-3. Es ist der Ort, an dem die öffentlichen Mittel gebündelt und entsprechend den Bedürfnissen der Gemeinschaft

		durch das Instrument des Gemeinschaftshaushaltes neu zusammengesetzt werden;
Organisation	99_05_65	- 4. Es ist der Ort, an dem die Gemeinschaft den Rahmen der lokalen Bedürfnisse neu zusammensetzt, indem sie die Informationen aus den institutionellen Informationssystemen mit jenen aus Informationsnetzen des Sozialbereichs kombiniert.

Übersicht 1 –

Dienste, die standardmäßig in den Gemeinschaftshäusern vorgesehen sind

Dienste	Organisationsmodell	
	<i>hub-</i> Gemeinschaftshaus	<i>spoke-</i> Gemeinschaftshaus
Dienste der Grundversorgung, welche von einem multiprofessionellen Team erbracht werden (Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte, Gemeinschafts- und Familienkrankenschwestern und -pfleger usw.	VERPFLICHTEND	
Einzige Stelle für den Zugang	VERPFLICHTEND	
Dienst der Hausbetreuung	VERPFLICHTEND	
Fachärztliche Dienste für die Krankheiten mit erhöhter Prävalenz	VERPFLICHTEND	
Pflegerische Dienste	VERPFLICHTEND	
Integriertes System der Vormerkung, das direkt mit der Landesvormerkstelle verbunden ist	VERPFLICHTEND	
Integration mit den Sozialdiensten	VERPFLICHTEND	
Miteinbeziehung der Gemeinschaft und Aufwertung der Koproduktion	VERPFLICHTEND	
Verbindung mit dem Bezugs- <i>hub-</i> Gemeinschaftshaus	/	VERPFLICHTEND
Anwesenheit von ärztlichem Personal	VERPFLICHTEND rund um die Uhr an allen Tagen der Woche	VERPFLICHTEND 12 Stunden H12 an 6 Tagen die Woche

Dienste	Organisationsmodell	
	<i>hub-</i> Gemeinschaftshaus	<i>spoke-</i> Gemeinschaftshaus
Anwesenheit von Pflegepersonal	VERPFLICHTEND 12 Stunden an allen Tagen der Woche	VERPFLICHTEND 12 Stunden H12 an 6 Tagen die Woche
	STARK EMPFOHLEN rund um die Uhr an allen Tagen der Woche	
Dienst für grundlegende diagnostische Leistungen	VERPFLICHTEND	FAKULTATIV
Betreuungskontinuität	VERPFLICHTEND	FAKULTATIV
Entnahmestelle	VERPFLICHTEND	FAKULTATIV
Beratungsstellen und Tätigkeiten, die an Minderjährige gerichtet sind	FAKULTATIV	FAKULTATIV
Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit (inklusive der Impfungen für die 0-18 Jährigen)	FAKULTATIV	FAKULTATIV
Screening- Programme	FAKULTATIV	FAKULTATIV
Dienste für die psychische Gesundheit, die pathologischen Abhängigkeiten und die Kinder- und Jugend-Psychiatrie	FAKULTATIV	
Sportmedizin	FAKULTATIV	

Das Gemeinschaftskrankenhaus

Neben dem Inhalt dieser Tabelle, der die Vorgaben aus dem spezifischen Abschnitt des MD Nr. 77/2022 enthält, sind die allgemeinen Anforderungen, die zusätzlichen allgemeinen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen, die spezifischen Anforderungen für Krankenhausbereiche, die Anforderungen an die Intermediärbetreuung sowie die spezifischen Anforderungen an die ambulante Betreuung zu berücksichtigen, soweit dies auf den Kontext anwendbar ist, gemäß den in der Autonomen Provinz Bozen geltenden Bestimmungen (ab 2003 unter Bezugnahme auf die Bestimmungen aus dem Dekret des Präsidenten der Republik vom 14.01.1997 genehmigt).

BESONDERE ANFORDERUNGEN AN GEMEINSCHAFTSKRANKENHÄUSER (unter Bezugnahme auf das MD Nr. 77/2022)

KATEGORIE	ID LAND	TEXT MD Nr. 77/2022
Titel	99_11_01	Das Gemeinschaftskrankenhaus ist eine hospitalisierte Gesundheitseinrichtung für die stationäre Aufnahme, die zum Angebot des Netzwerks der wohnortnahen Betreuung gehört

Titel	99_11_02	Standard:
Strukturell	99_11_03	- 1 Gemeinschaftskrankenhaus mit 20 Betten je 100.000 Einwohner;
Strukturell	99_11_04	- 0,2 Bettenplätze je 1000 Einwohner, die schrittweise gemäß der Landesplanung eingeführt werden, wobei 0,2 als Mindestwert anzusehen ist.
Personal	99_11_05	Personalstandards für 1 Gemeinschaftskrankenhaus mit 20 Betten:
Personal	99_11_06	<ul style="list-style-type: none"> - 7-9 Einheiten Krankenpflegepersonal (davon 1 Pflegekoordinatorin/-koordinator) - 4-6 Fachkräfte- Pflegehelferinnen und -helfer - 1-2 Einheiten von sonstigem Gesundheitspersonal des Rehabilitationsbereichs - 1 Ärztin/Arzt für 4,5 Stunden am Tag an 6 Tagen in der Woche.
Organisation	99_11_07	<p>Wie es die geltenden Bestimmungen und die Abkommen in diesem Bereich (MD Nr. 70/2015, gesamtstaatliches Gesundheitsabkommen 2014-2016, Nationaler Plan für Chronizität, Vereinbarung Staat - Regionen vom 20.02.2020) vorschreiben, erfüllt das Gemeinschaftskrankenhaus eine Zwischenfunktion zwischen Krankenhausaufenthalt und Aufenthalt zu Hause, mit dem Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unsachgemäße Krankenhauseinweisungen zu vermeiden; - der Förderung geschützter Entlassungen an Orten, die für die Prävalenz des Pflegebedarfs besser geeignet sind; - der klinischen Stabilisierung; - der funktionellen Wiederherstellung und Autonomie nahe dem Domizil.
Zielgruppe	99_11_08	<p>Das Gemeinschaftskrankenhaus ist eine Gesundheitseinrichtung der wohnortnahen Betreuung, welche sich an Patienten richtet, die nach einer Episode einer Schwächephase oder nach der Verschlimmerung einer chronischen Krankheit Gesundheitsmaßnahmen von geringer klinischer Intensität benötigen.</p> <p>Das Gemeinschaftskrankenhaus ist, wie in der Staat - Regionen Vereinbarung vom 20.02.2020 klargestellt worden ist, nicht in Wohneinrichtungen enthalten (Artt. 29-35 des Dekretes des Präsidenten des Ministerrates vom 12.01.2017 "Definition und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Artikel 1, Absatz 7 des GvD vom 30. Dezember 1992, Nr. 502").</p>
Strukturell	99_11_09	<p>Das Gemeinschaftskrankenhaus kann</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen eigenen Sitz haben, - in einem Gemeinschaftshaus, - einer multifunktionalen Gesundheitseinrichtung, - in sozio-sanitären Einrichtungen oder - in einem Krankenhaus (in diesem Fall ist es aber auf die Dienste der wohnortnahen Betreuung im Sprengel zurückzuführen) angesiedelt sein.

Strukturell	99_11_09_01	<p>Bei der Umsetzung des Gemeinschaftskrankenhauses müssen die auf staatlicher und Landesebene geltenden Bestimmungen für den Bau von Einrichtungen des Gesundheitswesens eingehalten werden.</p> <p>Es muss mit allgemeinen Diensten sowie allen eventuell zweckmäßigen Räumen ausgestattet sein, die so organisiert und gegliedert sind, dass Sie die Abwicklung der folgenden Funktionen sicherstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Räume für die Verwaltungstätigkeiten - Küche und Nebenräume - Wäscherei und Raum für Bügelarbeiten - Notwendige Dienste für den Todesfall. <p>Diese Dienste können gemeinsam genutzt und/oder mit anderen Einrichtungen und/oder Angebotseinheiten geteilt werden.</p>
Strukturell	99_11_10	<p>Das Gemeinschaftskrankenhaus hat in der Regel eine Anzahl von Bettenplätzen, die zwischen 15 und 20 liegt. Um die Kohärenz in Bezug auf den Zweck, die Nutzerinnen/Nutzer und die Art der Führung sicherzustellen, besteht die Möglichkeit jedes Gemeinschaftskrankenhauses bis auf höchstens zwei Module, mit einer Anzahl von je 15-20 Betten, zu erweitern.</p>
Zielgruppe	99_11_11	<p>Zum Gemeinschaftskrankenhaus haben Zugang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen und Patienten mit einer leichten akuten Erkrankung, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordert, - mit chronischen Krankheiten, die nach einer Akutisierung des Krankheitsbildes einen klinischen Stabilisierungsprozess abschließen müssen, mit einer prognostischen Beurteilung, die sich innerhalb von 30 Tagen auflöst. <p>Diese Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • kommen von zu Hause oder einer anderen Wohneinrichtung, • kommen aus der Notaufnahme, • sind aus einem Akutkrankenhaus entlassen worden. <p>Zu den Hauptzielen des Ausaufenthalts im Gemeinschaftskrankenhaus gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - auch eine aktive Beteiligung und eine Erhöhung des Bewusstseins sowie die Fähigkeit zur Selbstversorgung von Patienten und deren Familienmitgliedern / <i>caregivers</i> - durch Aus- und Weiterbildung zur bestmöglichen Behandlung neuer klinischer und therapeutischer Bedingungen und zur Früherkennung von Symptomen, welche auf Instabilität hinweisen.
Zielgruppe	99_11_12	<p>Die Hauptkategorien der in Frage kommenden Patientinnen und Patienten sind folgende:</p>
Zielgruppe	99_11_13	<p>a) gebrechliche und / oder chronische Patientinnen und Patienten, die von zu Hause kommen, aufgrund einer Exazerbation eines bereits vorher bestehenden klinischen Zustandes, Beginn eines unerwarteten Zustandes, bei dem ein Krankenhausaufenthalt unangemessen ist;</p>

Zielgruppe	99_11_14	b) Patientinnen und Patienten, die hauptsächlich an Multimorbiditäten leiden, die aus Krankenhaus-, Akut- oder Rehabilitationseinrichtungen kommen und die aus klinischer Sicht entlassen werden könnten, um den diagnostisch-therapeutischen Pfad im Krankenhaus abzuschließen, jedoch unter der Bedingung einer kontinuierlichen Präsenz von Pflegepersonal;
Zielgruppe	99_11_15	c) Patientinnen und Patienten, die Unterstützung bei der Verabreichung von Arzneimitteln oder bei der Handhabung der Hilfsmittel und Geräte benötigen, die Beistand, Ausbildung und Schulung der Patientin/des Patienten und des <i>caregivers</i> benötigen, bevor sie nach Hause zurückkehren;
Zielgruppe	99_11_16	d) Patientinnen und Patienten, die Unterstützung bei der Rehabilitation und Umerziehung benötigen, was sich ausdrücken kann in: - Evaluierungen, die darauf abzielen, nützliche Strategien zur Erhaltung der noch verbliebenen Funktionen und Kapazitäten vorzuschlagen (z. B. Vorschläge für die Bereitstellung von Hilfsmitteln); - Unterstützung und therapeutische Ausbildung für Patienten mit motorischen, kognitiven und funktionellen Behinderungen; - Physiotherapeutische Maßnahmen im Rahmen von Pfaden / DTBP / Protokollen, die bereits in der Herkunftsabteilung aktiviert worden sind und auf die Rückkehr nach Hause abzielen.
Personal	99_11_17	Die dort aufgenommen Patientinnen und Patienten benötigen eine kontinuierliche Pflege und ärztliche Betreuung, die programmiert oder auf spezifische Bedürfnisse zugeschnitten ist.
Zielgruppe	99_11_18	Die Gemeinschaftskrankenhäuser können geschützte Umgebungen mit Orten für Patientinnen und Patienten mit Demenz oder Verhaltensstörungen bereitstellen, die an chronischen Krankheiten leiden, die sich zu Hause oder im Krankenhaus verschlechtern haben.
Zielgruppe	99_11_19	In der Nähe von Kinderkrankenhäusern ist es möglich, die Schaffung eines Gemeinschaftskrankenhauses für pädiatrische Patientinnen und Patienten vorzusehen. Hier tragen die Kinderärztin/der Kinderarzt und das eigens ausgebildete und für diese Zielgruppe zuständige Pflegepersonal die klinische Verantwortung
Organisation	99_11_20	Die Aufnahme im Gemeinschaftskrankenhaus erfolgt nach Vorschlag seitens:
Organisation	99_11_21	- Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin,
Organisation	99_11_22	- Ärztin oder Arzt der Betreuungskontinuität;
Organisation	99_11_23	- interner Ambulatoriumsfachärztin/-facharzt oder Krankenhausfachärztin/-facharzt,
Organisation	99_11_24	- Ärztin oder Arzt der Notaufnahme,
Organisation	99_11_25	- Kinderärztin/Kinderarzt freier Wahl.
Organisation	99_11_27	Die stationäre Aufnahme im Gemeinschaftskrankenhaus muss eine Dauer von nicht mehr als 30 Tagen haben. Nur in Ausnahmefällen, die auf alle Fälle von Fortbestehen von klinischen Situationen, die durch die Aufnahme nicht gelöst werden konnten, bedingt sein müssen, kann die Aufnahmedauer verlängert werden

Organisation	99_11_28	Für alles nicht ausdrücklich in gegenständlichem Absatz Vorgesehene sei auf das Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz vom 20 Februar 2020 verwiesen.
Titel	99_11_29	Haftung und Personal
Personal	99_11_30	<p>Die Führung und die Tätigkeit im Gemeinschaftskrankenhaus haben als Grundlage eine multidisziplinäre, multiprofessionelle und interprofessionelle Vorgehensweise, wobei Zusammenarbeit und Integration der verschiedenen Aufgabenbereiche gesichert werden.</p> <p>Die hygienisch-sanitäre und klinische Haftung des Gemeinschaftskrankenhaus obliegt einer Ärztin/einem Arzt und kann:</p> <p>einer oder einem vom Sanitätsbetreiber lohnabhängigen oder mit diesem vertragsgebundene/ vertragsgebundenem Ärztin/Arzt oder auch einer Allgemeinmedizinerin/einem -mediziner, einer Kinderärztin/einem -arzt freier Wahl oder einer/einem internen Ambulatoriumsfachärztin/ -arzt zuerkannt werden</p> <p>Die organisatorische Haftung wird einer verantwortlichen Pflegerin oder einem verantwortlichen Pfleger (siehe auch MD Nr. 70/2015) übertragen, wie vom Staat-Regionen-Abkommen vom 20. Februar 2020 vorgesehen ist.</p>
Personal	99_11_31	<p>Die krankenflegerische Versorgung wird gesichert: - rund um die Uhr an allen Tagen der Woche</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Unterstützung der Fachkräfte Pflegehelferinnen/-helfer - im Einklang mit den Zielen des integrierten individuellen Betreuungsprojekts (PAI) - in enger Synergie mit dem klinischen Verantwortlichen und den anderen Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens, die mit dem Fall betreut sind.
Organisation	99_11_32	<ul style="list-style-type: none"> - Teil des Pflgeteams sind: - Die Krankenpflegerin/der Krankenpfleger, die/der sich im Besonderen um die Übergänge der Pflege der Patienten kümmert, wobei die Übernahme und die Kontinuität der Pflege gesichert werden. - Diese Krankenpflegerin/dieser Krankenpfleger ist Schnittstelle: - mit den WONE - und in einer Art und Weise, dass die Organisation der Betreuung erleichtert wird. - organisiert die notwendigen Hilfsmittel - Wenn die Heimkehr der Patientin/des Patienten ansteht.
Personal	99_11_33	<ul style="list-style-type: none"> - Die ärztliche Betreuung ist von den beauftragten Ärztinnen und Ärzten sichergestellt. - Beim Tagdienst (8 Uhr bis 20 Uhr) muss eine Anwesenheit von 4,5 Stunden am Tag an 6 Tagen die Woche sichergestellt sein. - Beim Nachtdienst (20 Uhr -8 Uhr) und beim Tagdienst an Vorfeiertagen und Feiertagen in Form der Rufbereitschaft, die auch für mehrere

		<p>Einrichtungen desselben Gebiets organisiert werden kann. Die Einsatzzeiten entsprechen den Vorgaben aus der im Bereich geltenden Gesetzgebung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Betreuung während der Nachtstunden ist gesichert durch: - Auch von Ärztinnen und Ärzten der Betreuungskontinuität, je nach lokalen Abmachungen, - Oder von Ärztinnen und Ärzten, die in der Einrichtung tätig sind.
Organisation	99_11_34	<ul style="list-style-type: none"> - Die Organisation der Gemeinschaftskrankenhäuser muss die Verbindung/Schnittstelle sein zu: - den verschiedenen Beteiligten, die die Betreuungskontinuität im Rahmen der DTBP und der individuellen Betreuungsprojekte für jeden einzelnen Patienten umsetzen - Dazu gehören auch Fachkräfte, die die notwendigen Hilfsmittel verschreiben und liefern. - Eventuell sind auch die Sozialdienste der Gemeinden beteiligt.
Organisation	99_11_35	<ul style="list-style-type: none"> - Die Verantwortlichen der klinischen und pflegerischen Tätigkeiten kümmern sich um: - Die Sammlung der Gesundheitsinformationen für die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche - Dabei verwenden sie eine integrierte klinisch-pflegerische Kartei, - welche in einen Digitalisierungsprozess mit der Elektronischen Gesundheitsakte EGA integriert wird.
Organisation	99_11_36	<ul style="list-style-type: none"> - Für den Notfall müssen die auf Landesebene vorgesehenen Prozeduren aktiviert werden: - Im System der Notfalldienste auf dem Territorium. - Im Falle, dass das Gemeinschaftskrankenhaus im Inneren eines Krankenhauses angesiedelt ist, können die Notfall-Prozeduren des Krankenhauses aktiviert werden.
Technologie	99_11_37	<ul style="list-style-type: none"> - Im Inneren der Gemeinschaftskrankenhäuser müssen außerdem einige Tätigkeiten der Überwachung von Patientinnen und Patienten, vor Ort oder in funktioneller Verbindung, auch mittels der Dienste der Telemedizin, gesichert werden.
Strukturell	99_11_38	<ul style="list-style-type: none"> - Um auch Tätigkeiten der motorischen Rehabilitation in allen Gemeinschaftskrankenhäusern umzusetzen, muss der Zugang zu geeigneten ausgestatteten Räumlichkeiten, welche für die wichtigsten motorischen und Rehabilitations-Tätigkeiten bestimmt sind, gesichert werden.
Titel	99_11_39	Das Gemeinschaftskrankenhaus als Knotenpunkt des wohnortnahen Netzes
Organisation	99_11_40	<ul style="list-style-type: none"> - Auch wenn das Gemeinschaftskrankenhaus eine funktionale Autonomie besitzt, arbeitet es in

		<p>engem Zusammenschluss mit den anderen Gesundheitsdiensten, wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dem Netz der Intermediärbetreuung - den Diensten der ambulanten fachärztlichen Betreuung - der Hausbetreuung und den Diensten der Notfallbetreuung auf dem Territorium. <p>Hierfür müssen die spezifischen operativen Prozeduren vorgegeben werden, welche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Betreuungskontinuität sichern - die Rechtzeitigkeit der notwendigen Maßnahmen, - die Funktion der Koordinierung und Schnittstellen, welche von der WONE gesichert werden, aufwerten.
Organisation	99_11_41	<ul style="list-style-type: none"> - Es müssen eigene funktionelle Verbindungen mit den Diensten der spezialistischen Diagnostik festgesetzt werden.
Titel	99_11_46	Datenflüsse
Organisation	99_11_47	Im Rahmen des Neuen Informationssystems des Gesundheitswesens (NSIS) des Gesundheitsministeriums wird der Datenfluss, welcher es erlaubt, die von den Gemeinschaftskrankenhäusern erbrachten Leistungen zu erheben, aufzubauen.
Organisation	99_11_48	<p>Das Gemeinschaftskrankenhaus muss sich ein informatisches System zulegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für die Sammlung - Für die regelmäßige Aktualisierung und die Verwaltung der integrierten informatischen Inhalte, welche für die Überwachung der klinisch und der betreuungstechnisch erbrachten Tätigkeiten notwendig sind - Dabei muss die zeitgerechte Übermittlung der Daten auf Landesebene für die Erfüllung der Informationspflichten auf staatlicher Ebene gesichert werden.
Titel	99_11_49	Indikatoren für die Überwachung der Gemeinschaftskrankenhäuser
Organisation	99_11_50	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der stationären Aufenthalte der Personen >75 Jahre
Organisation	99_11_51	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Aufnahmen im Krankenhaus für Akutpatienten während des Aufenthaltes im Gemeinschaftskrankenhaus
Organisation	99_11_52	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl an Wiederaufnahmen im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen
Organisation	99_11_53	<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittsdauer der Aufnahme im Gemeinschaftskrankenhaus
Organisation	99_11_54	<ul style="list-style-type: none"> • stationäre Aufnahme von mehr als 6 Wochen (oder Anzahl an di outlier)
Organisation	99_11_55	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der von zu Hause kommenden Patienten
Organisation	99_11_56	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der vom Krankenhaus kommenden Patienten

Die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)

Außer dem Inhalt dieser Tabelle, die die Vorgaben aus dem spezifischen Bereich des MD Nr. 77/2022 wiedergibt, muss man, soweit im Kontext anwendbar, die allgemeinen Voraussetzungen und die zusätzlichen Voraussetzungen betreffend Qualität und Sicherheit, die in Südtirol zur Anwendung kommen, einhalten. Diese wurden ab dem Jahr 2003, unter Bezugnahme auf die Vorschriften gemäß DPR 14/01/1997, genehmigt.

SPEZIFISCHE VORAUSSETZUNGEN DER WOHNORTNAHEN EINSATZZENTRALE (WONE) (MIT BEZUGNAHME AUF DAS MD NR. 77/2022)

KATEGORIE	ID Land	Text aus dem MD Nr. 77/2022
Organisation	99_08_01	Die wohnortnahe Einsatzzentrale ist ein Organisationsmodell, das die Funktion der Koordinierung der Übernahme der Person ausübt und als Knotenpunkt der Dienste und des Fachpersonals, welches in den verschiedenen Betreuungssettings eingesetzt ist, gilt: wohnortnahe Tätigkeiten im Gesundheits- im soziosanitären, im Krankenhaus und als Schnittstelle mit dem Netz der Notfallbetreuung.
Organisation	99_08_02	Standard:
Organisation	99_08_03	- eine WONE auf 100.000 Einwohner oder zumindest auf Bezirksebene, wenn der Gesundheitsbezirk ein größeres Einzugsgebiet hat.
Personal	99_08_04	-Personalstandard von einer WONE je 100.000 Einwohner: - 1 Pflegekoordinatorin/-koordinator - 3-5 Krankenpflegerinnen/ -pfleger - 1-2 Einheiten unterstützendes Personal (man verweist auf den technischen Bericht zum Artikel 1 Absatz 274 des Gesetzes vom 30. Dezember 2021, Nr. 234).
Organisation	99_08_05	Das Ziel der WONE ist jenes, die Kontinuität, den Zugang und die Integration der Betreuung im Gesundheits- und soziosanitären Bereich zu sichern.
Organisation	99_08_06	Die WONE fungiert mit verschiedenen und spezifischen Aufgaben, die auch voneinander abhängen können, als Knotenpunkt zwischen den verschiedenen Diensten:
Organisation	99_08_07	- Koordinierung der Übernahme der Person zwischen Diensten und Fachpersonal im Gesundheitsbereich, welche in den verschiedenen Betreuungssettings einbezogen sind: - Übergang zwischen den verschiedenen Settings: Aufnahme - Entlassung aus den Krankenhäusern - Aufnahme/Entlassung vorübergehender oder endgültiger Aufenthalt in Wohnheimen - Aufnahme/Entlassung in den Einrichtungen der Intermediärpflege oder Entlassung nach Hause;
Organisation	99_08_08	- Koordinierung/Optimisierung der Maßnahmen, wobei Subjekte und Ressourcen aus dem Betreuungsnetz aktiviert werden

Organisation	99_08_09	- Aufzeichnung und Überwachung der Übergänge von einem Betreuungssetting in ein anderes oder von einer klinischen Betreuungsebene in die andere;
Organisation	99_08_10	- Informatische und logistische Unterstützung des Gesundheitspersonals des Betreuungsnetzes (ÄAM, KfW, Ärztin/Arzt der Betreuungskontinuität, Familien- oder Gemeinschaftspflegepersonal usw.) betreffend die Tätigkeiten und die Dienste des Sprengels
Organisation	99_08_11	- Sammlung, Verwaltung und Überwachung der Gesundheitsdaten <ul style="list-style-type: none"> - der integrierten Pfade der chronischen Krankheiten (PIC) - der Patienten in Hausbetreuung - Verwaltung der technologischen Plattform zur Unterstützung der Übernahme der Person - Telemedizin, Telebetreuung, e-health-Instrumente, welche im operativen Bereich von den Gemeinschaftshäusern und den anderen Diensten, die zum Sprengel gehören, verwendet werden, um den Bedarf zu sammeln, decodieren und zu klassifizieren.
Personal	99_08_12	Alle Akteure des Systems, Personal auf Bezirksebene und auf Ebene des Krankenhauses, können die WONE anrufen. Dies sind: <ul style="list-style-type: none"> - Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin - Kinderärztinnen und -ärzte freier Wahl und Ärztinnen und Ärzte der Betreuungskontinuität - Interne Ambulatoriumsfachärztinnen und -ärzte, anderes Gesundheitspersonal in den Diensten des Betriebes und den Sprengeln - Personal der Einrichtungen für die Intermediärpflege, der Wohnheime und der teilstationären Einrichtungen.
Technologie	99_08_13	Die WONE muss: <ul style="list-style-type: none"> - an sieben Tagen die Woche geöffnet sein - über technologische und informatische Infrastrukturen verfügen, wie z.B. eine gemeinsame Plattform, welche über eine Schnittstelle zu den Hauptanwendungen für die Verwaltung des Sanitätsbetriebs verfügt, - eine Software haben, welche Zugang zur elektronischen Gesundheitsakte (EGA) und den wichtigsten betrieblichen Datenbanken hat. - Über eine software verfügen, welche Anrufe aufzeichnet. <p>Um einen Zugang zu allen Diensten zu sichern, die im Landesgebiet verfügbar sind sowie komplexen oder Notfallsituationen zu begegnen, ist es unabdingbar, dass die WONE auf Landesebene über ein Informationssystem verfügt, welches mit der Einheitlichen Einsatzzentrale 116117 kommuniziert und verbunden ist.</p>
Organisation	99_08_14	Die WONE ist ein Dienst mit Wirkungsgrad auf Ebene des Gesundheitssprengels (<i>in Südtirol lese man Gesundheitsbezirks</i>).

Personal	99_08_15	<p>Die Personaldotation mit Krankenpflegepersonal für jede WONE:</p> <ul style="list-style-type: none">- sollte 3-5 Krankenpfleger/innen für einen Standard-Bezirk mit ca. 100.000 Einwohnern sein- ein Pfleger/eine Pflegerin, der die Koordination auf Betriebsebene ausübt, hat:- Die Verantwortung, dass die die WONE funktioniert- Die Führung und die Koordination des Personals.
----------	----------	--

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Linee di indirizzo dell'assistenza territoriale in applicazione del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Criteri di autorizzazione e accreditamento delle nuove strutture.

Dicembre 2022

A cura dell'Ufficio Assistenza Sanitaria (Ripartizione Salute – Provincia Autonoma di Bolzano) e della Referente unica di parte per il PNRR della Provincia autonoma di Bolzano, dottoressa Isabella Mastrobuono.

assistenzasanitaria@provincia.bz.it – tel. 0471-418070

Sommario

Prefazione	3
Abbreviazioni	5
ALLEGATO A - IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	6
Introduzione	6
ANALISI DEL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	11
VISIONE E MISSIONE	13
ATTUALE ASSETTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	17
LA RINNOVATA GOVERNANCE TERRITORIALE	18
I Comprensori	19
La Provincia	21
L'Assessorato	21
L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.....	22
FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA (ex art.8 ACN MMG e PLS)	22
LE NUOVE STRUTTURE TERRITORIALI	23
Case della comunità (CdC)	23
Ospedali di comunità (OdC)	24
Centrali operative territoriali (COT)	25
INDICATORI PER CIASCUNA STRUTTURA	26
ALTRI SERVIZI	28
Assistenza domiciliare integrata	28
Le Cure Palliative	29
L'infermiere di famiglia o di comunità	30
Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche	31
Sistema informatico e teleassistenza	31
Farmacie dei Servizi	32
METODOLOGIA PER LA RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PER IL	
FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E FORMAZIONE	33
Appendice	36
Prima valutazione del fabbisogno di personale	36
Elenco delle attuali AFT in PA di Bolzano	36
ALLEGATO B - I REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI DELLE	
STRUTTURE PNRR	38
La casa della comunità (CdC)	38
L'ospedale di comunità (OdC)	46
La centrale operativa territoriale (COT).....	51

Prefazione

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)¹ rappresenta una grande sfida per la PA di Bolzano. È nato come risposta alle grandi criticità registrate durante la pandemia da Covid-19 soprattutto sul territorio e ciò è avvenuto in tutto il mondo.

La necessità di riorganizzare i servizi territoriali e cioè i servizi che sono fuori dall'ospedale è un'esigenza divenuta improrogabile, come più volte è stato affermato anche a livello europeo, soprattutto per fronteggiare le emergenze infettivologiche.

L'invecchiamento della popolazione che investe tutti i Paesi europei è poi l'altra sfida che il PNRR si pone di affrontare cercando di evitare le ospedalizzazioni di pazienti fragili che possono essere curati e seguiti fuori dall'ospedale.

La PA di Bolzano possiede un servizio sanitario all'avanguardia, come dimostrano i dati nazionali che la collocano tra le realtà più virtuose in termini di salute della sua popolazione, ma anche qui i capillari servizi territoriali saranno migliorati con l'apertura di 10 Case della Comunità (ma se ne possono costruire fino a 27), 3 Ospedali di Comunità e 5 Centrali operative territoriali, ai quali si aggiungono importanti interventi di digitalizzazione e di ristrutturazione ospedaliera con l'acquisto di nuove e modernissime apparecchiature per un valore totale impegnato di 96 milioni di euro (DGP n. 285/2022).

Il ruolo fondamentale nel programmare le attività territoriali è affidata ai Comprensori sanitari (Bolzano, Merano Bressanone e Brunico) che avranno anche il compito di intensificare le relazioni con il mondo del Sociale per condividere la presa in carico dei pazienti più fragili, utilizzando tutti gli strumenti a disposizione, non ultimo il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) che sarà alimentato anche dai medici di medicina generale.

Il ruolo del Sociale, che in Provincia ha competenza primaria, è strategico per la presa in carico dei pazienti fragili per quanto concerne l'assistenza sociosanitaria e socioassistenziale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili e l'integrazione dei servizi per una risposta mirata al fabbisogno assistenziale ed orientata alle esigenze della persona e della famiglia. Per questo, già al primo avvio sperimentale delle Centrali operative territoriali (COT), dovrà essere garantita una piena condivisione degli obiettivi.

Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie) e le medicine di gruppo integrate, potranno avere sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa essere collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa. Ad oggi sono presenti 26 AFT dei medici di medicina generale e sono previste, in applicazione del nuovo ACN 2016/18 rivisitato, 5 UCCP che potranno essere allocate nelle future Case della comunità.

Saranno previsti 1 Infermiere di Comunità ogni 3.000 abitanti, afferenti alle Case della Comunità e 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti.

Ma la novità forse più significativa sono le Centrali operative territoriali (COT), gestite da personale infermieristico specializzato con il compito di coordinare tutti i servizi di presa in carico del paziente sul territorio collegandosi anche con l'ospedale.

¹ Approvato con legge n. 101/2021.

Allo stato attuale, dopo la firma del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con lo Stato da parte del Presidente della PA, sono iniziati i lavori per garantire l'apertura entro il 2026 delle prime 10 Case della comunità. Per l'attuazione del PNRR Missione 6 "Salute" e del DM n. 77/2022 è stato istituito il Comitato direttivo (c.d. Steering Committee) per il coordinamento dei Referenti della Provincia, dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e del Sociale, oltre al Gruppo territoriale aziendale dedicato alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Ad essi si aggiungono i 4 Gruppi di lavoro comprensoriali che hanno dimensionato in termini di spazi le strutture rispetto al fabbisogno e previsto le attrezzature necessarie per ospitare, in alcune, anche gli Ospedali di comunità, che sono dei reparti nei quali viene garantita un'assistenza continuativa di pazienti fragili senza inviarli in ospedale. A breve partirà la prima sperimentazione di Centrale operativa a Bolzano che funzionerà per garantire le dimissioni dall'ospedale e la gestione dei pazienti fragili, in sinergia con i servizi sociali, per garantire secondo percorsi assistenziali condivisi, la continuità delle cure (assistenza domiciliare integrata, ricovero in residenze dedicate, ricovero presso l'Ospedale di Comunità, ammissione ai posti letto di cure intermedie etc.).

I Comprensori continueranno a garantire Assistenza Domiciliare, Servizi per la Salute Mentale, le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile, Servizi per la Salute della Donna e del Bambino, Servizi per le Attività di Promozione e Prevenzione della Salute, il tutto supportato e integrato da un uso diffuso della Telemedicina, ma in un'ottica di maggiore efficienza. Maggiore coordinamento dovrà essere garantito tra i diversi Servizi aziendali che sono trasversali ai Comprensori.

Per essere al livello di queste sfide servono piattaforme di secondo livello basate su algoritmi di "intelligenza artificiale" che non sono in sostituzione delle dotazioni informatiche esistenti nell'ASDAA, ma solo "integrative". Senza "condivisione informativa" non si realizzano "presa in carico" e "continuità assistenziale".

Per questo occorre garantire processi reali di integrazione, di condivisione informativa tra tutti gli operatori sanitari e sociosanitari e sociali presenti nelle filiere assistenziali per profili patologici e per territorio senza richiedere un nuovo debito informativo e lavorando solo sulle basi di dati già esistenti, quali flussi obbligatori verso il Ministero della Salute e/o le Regioni di riferimento, quali repository di Cartelle Cliniche di PLS e MMG o specialisti territoriali, Cartelle Infermieristiche o di altri professionisti sanitari, indicatori di PDTA e quanto altro sia utile per garantire la "condivisione informativa" in un approccio di attività assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare "integrata".

La sfida manageriale è grande e fondamentale per ridisegnare il servizio sanitario provinciale e la Provincia sta collocando in questo ruolo i migliori manager a disposizione. Su questo terreno si gioca la sfida del PNRR e più in generale della sostenibilità del servizio sanitario. Gli ospedali devono potere svolgere la loro funzione di secondo livello, con reti tempo-dipendenti convergenti verso il Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione (DEA) di II livello dell'ospedale di Bolzano, in un'ottica di rete per garantire l'acuzie; per questo **il territorio deve crescere e innovarsi per essere all'altezza delle sfide attuali sul tema sanità e salute!**

Abbreviazioni

ACN	Accordo collettivo nazionale
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIP	Accordo integrativo provinciale
ASDAA	Azienda sanitaria dell'Alto Adige
CA	Continuità assistenziale
CdC	Case della Comunità
CIS	Contratto istituzionale di sviluppo
COT	Centrale operativa territoriale
Dlgs	Decreto legislativo
DGP	Deliberazione della Giunta provinciale
DM	Decreto ministeriale
DPR	Decreto Presidente della Repubblica
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
hub	Sede principale
IF/C	Infermiere di famiglia o di comunità
LP	Legge provinciale
MdS	Ministero della Salute
MMG	Medico di medicina generale
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
OMS	Organizzazione mondiale della Sanità
PA	Provincia Autonoma
PAI	Piano assistenziale individualizzato
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PLS	Pediatra di libera scelta
PNRR	Piano nazionale di ripresa e resilienza
POR	Piano operativo regionale
PUA	Punto unico di accesso
PS	Pronto soccorso
PSP	Piano sanitario provinciale
RUP	Responsabile unico del procedimento
spoke	Sede secondaria
SSN	Servizio sanitario nazionale
SUAC	Sportello unico di assistenza e cura
UCA	Unità di continuità assistenziale
UCCP	Unità complessa delle cure primarie
UOC	Unità operativa complessa
UOS	Unità operativa semplice
UVM	Unità di valutazione multidimensionale

ALLEGATO A - IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Introduzione

Il cambiamento socio-demografico ed epidemiologico, che nei principali Paesi industrializzati ha determinato un progressivo invecchiamento della popolazione ed un aumento delle patologie croniche e della multimorbilità accompagnate da un elevato rischio di disabilità, nonché l'incremento del fabbisogno assistenziale, rappresentano la sfida più importante per tutti i sistemi sanitari e sociali nazionali.

Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano che conta 535.774 abitanti (dati ASTAT al 31.12.2021), il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di 151.000 a circa 191.000, con un aumento potenziale anche del numero di soggetti non autosufficienti, pari oggi al 4% della popolazione e cioè circa 20.000 persone.

Nel corso del 2019 la popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica è risultata essere pari al 30,5% (quasi 1 persona su 3).

La Provincia ha avviato da tempo una serie di iniziative sanitarie e sociali, veri e propri punti di forza del sistema:

- una fitta rete di residenze per anziani (78 residenze per anziani per un totale di circa 4.600 p.l.);
- gruppi professionali, in ambito sociale e sanitario, molto attivi sul territorio (AFT, infermiere di famiglia o di comunità, servizi sociali capillarmente diffusi sul territorio);
- un'assistenza ospedaliera che garantisce buoni risultati assistenziali.

Vi sono però criticità legate ad un insufficiente sviluppo dei servizi territoriali, conseguenza di uno scarso coinvolgimento dei medici di medicina generale ed altre figure professionali nella **gestione extra-ospedaliera dei pazienti**, con particolare riferimento a quelli affetti da patologie croniche. La concentrazione delle attività specialistiche ambulatoriali presso gli ospedali rafforza l'idea che solo l'ospedale possa fornire le risposte più appropriate e ciò è anche causa delle lunghe liste di attesa che si registrano in alcune aree della Provincia e degli accessi ai pronto soccorso ospedalieri.

L'integrazione tra l'ospedale ed i servizi territoriali fatica ad affermarsi, determinando difficoltà alla dimissione dei pazienti dai reparti ed alla loro presa in carico, sanitaria e sociale.

Con l'adozione del **Masterplan Chronic Care**² la Provincia si è prefissa di migliorare l'assistenza territoriale affidata ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, agli infermieri ed alle altre figure professionali del territorio comprese quelle che operano nel Sociale, ed agli specialisti medici ospedalieri, puntando su un modello locale di assistenza per il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti, in particolare dei pazienti cronici. Nel Masterplan sono stati fissati i principi ispiratori dell'assistenza ai pazienti più fragili e le basi per una migliore cooperazione con i servizi sociali che in Provincia di Bolzano hanno competenza primaria.

Un'adeguata gestione dell'assistenza primaria (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sul territorio) con particolare riferimento alla cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che permetta la realizzazione di progetti di cura personalizzati, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza.

² Approvato con DGP n. 1281/2018.

Propedeutica a ciò è un'azione di **definizione del fabbisogno della popolazione con conseguente stratificazione delle classi di persone** per consentire in particolare la individuazione delle criticità.

Fondamentale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale è, poi, la programmazione delle attività dei medici di medicina generale e delle altre figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente, sia da un punto di vista sanitario che sociale. **L'integrazione tra le attività sanitarie e sociali rappresenta quindi un punto di snodo fondamentale**³.

Il "cuore" della riorganizzazione dei servizi sul territorio è rappresentato dal lavoro di gruppo (e quindi dalla partecipazione delle altre figure professionali coinvolte nei processi di cura, personale infermieristico e sociale *in primis*) e dalla attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (**PDTA** condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) utili a migliorare l'assistenza, prevenire gli aggravamenti e fornire informazioni e dati clinici ed organizzativi. Specifici indicatori di processo e di esito (indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità) e di indicatori di risultato intermedi e finali (finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi) sono a corredo per mappare e seguire i PDTA.

Il DM n. 77/2022 del 23 maggio 2022 "**Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale**", quale passaggio fondamentale prospettato nella Riforma contenuta nella Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rappresenta lo scenario all'interno del quale si debbono sviluppare le attività di assistenza primaria con particolare riferimento al ruolo del "Distretto" (che va assimilato al "Comprensorio" in PA di Bolzano⁴) e alle strutture nelle quali ciò deve avvenire (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali).

Nel Decreto nazionale viene delineato infatti uno scenario di riferimento nel quale sono descritte le funzioni e gli aspetti organizzativi del "Distretto" ("Comprensorio" in PA di Bolzano) ma anche le caratteristiche delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali operative territoriali che rappresentano la tangibile sede dove organizzare al meglio l'assistenza primaria. Il raggio d'azione entro cui agisce la Riforma introdotta dal DM n. 77/2022 rimane comunque il livello della macro-area "assistenza distrettuale", così come contenuta nel DPCM 12 gennaio 2017 (c.d. "Nuovi LEA"). In quest'area sono inserite tutte le attività, le prestazioni ed i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket) erogati sul territorio nell'ambito dei distretti ("Comprensori" in PA Bolzano). I termini assistenza territoriale e assistenza distrettuale sono da considerarsi quindi come sinonimi⁵.

³ Si rinvia a quanto già descritto all'interno del Masterplan Chronic Care, in particolare al ruolo degli Sportelli unici di Assistenza e cura (**SUAC**), che svolgono **la funzione di front-office** per la cittadinanza, offrendo consulenza sui servizi, informando sulle possibilità di sostegno e ammissione temporanea o definitiva nelle strutture residenziali o semiresidenziali dei servizi sociali, sugli aiuti esistenti e sulle offerte del Distretto socio-sanitario e degli altri servizi, sui diritti e doveri, sul sostegno finanziario, ecc.

⁴ Il "Distretto", identificato nella Riforma del PNRR come l'unità di base della programmazione sanitaria e di salute, **coincide funzionalmente con il "Comprensorio" già esistente in PAB**. Altra cosa sono i nostri 20 "distretti" sociosanitari presenti capillarmente sul territorio provinciale, che hanno solo funzione di erogazione delle prestazioni e non vanno confusi con il "Distretto" come inteso e delineato nel DM n. 77/2022.

⁵ Secondo il DPCM 12 gennaio 2017, l'Assistenza distrettuale vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, sono così articolati: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica

II PNRR, contenuto nella Legge nazionale n. 101/2021, approvato dalla Commissione Europea e da attuare entro l'anno 2026, riscrive nella Componente 1 della Missione 6 "Salute" il rapporto tra ospedale e territorio, fissando gli interventi strutturali sopra citati, oltre a prevedere il rafforzamento delle cure domiciliari.

Con DGP n. 285 del 26.04.2022, la Provincia di Bolzano ha recepito ed approvato il contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con lo Stato e il relativo piano operativo (POR) previsti dal PNRR e conseguentemente sono stati nominati i "RUP – Responsabili unici del procedimento" dell'Azienda sanitaria per i 78 progetti previsti dal PNRR, Componenti 1 e 2 della Missione 6 "Salute" ed il Referente unico di parte che ha il compito di monitorare la corretta esecuzione di tutti i progetti previsti.

Va sottolineato che in Provincia autonoma di Bolzano **non sono mai state attivate Case della comunità né sono attive Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità**, anche se per questi ultimi erano stati emanati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi (Decreto Assessorile n. 22555 del 28.11.2018) ed è stata recentemente emanata la deliberazione di Giunta n. 438/2022 "*Piano delle cure intermedie 2022-2026*" con la programmazione di un massimo di 214 posti di letto di cure intermedie da istituire entro il 2026 sul territorio provinciale, distribuiti in maniera equilibrata nei Comprensori sanitari, di cui 80 afferenti ai 3 futuri Ospedali di comunità⁶. Di seguito sono riportate in sintesi nelle tabelle i singoli interventi ed i relativi finanziamenti della Missione 6.

ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale, assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

⁶ Già il Piano sanitario provinciale (PSP) 2016-2020 aveva previsto posti in sostituzione di posti letto per acuzie e post-acuzie, esprimendosi in questa maniera: "*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...).* L'Azienda sanitaria creerà dunque **posti letto intermedi all'interno del totale di 2.044 unità [...]**, 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" (paragrafo 7.3 del PSP).

Tabella 1: Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità per comune della Provincia di Bolzano

Comune	10 Casa di Comunità	Sede	5 COT	Sede	3 Ospedale di Comunità
Neumarkt Egna	x	Marienstr. - via della Madonna	x	Marienstr. - via della Madonna	20 pl Marienstr. -via della Madonna
Leifers Laives	x	Unterbergstr. via Sottomonte			
Bozen Bolzano	x	Lorenz-Böhlerstr. - via L. Böhler 5	x definitivo		40 pl L. Böhlerstr. - via L. Böhler 5
Bozen Bolzano			x provvisorio	LöwCadonna platz 12 - Piazza Löw Cadonna 12	
Eppan Appiano	x	J.G.Platzer str. via J. G Platzer			
Naturns Naturno	x	Gustav Flora 8 - via Gustav Flora 8			
Meran Merano	x	Rossini str. 6 - via Rossini 6	x	Rossini str. 6 - via Rossini 6	20 pl Rossini str. 6 - via Rossini 6
Brixen Bressanone	x	Romstr. 5 - via Roma 5	x	Romstr. 5 - Via Roma 5	
Klausen Chiusa	x	Seebeggstr. 17 - via Seebegg 17			
Innichen San Candido	x	In der Au 6 - via Prato 6			
Bruneck Brunico	x	Spitalstr. 11 - via Ospedale 11	x	Spitalstr. 11 - via Ospedale 11	

Tabella 2: Finanziamenti definiti nella DGP n. 285/2022

Interventi Componente 1 Vorhaben Komponente1	TOTALE COMPLESSIVO GESAMTKOSTEN	Finanziamento PNRR Finanzierung PNRR	Finanziamento restante Notwendige Restfinanzierung	Über Investitionsprogram me finanziert Già finanziato tramite programmi d'investimento	Mehrbedarf 2022-2026 Fabbisogno aggiuntivo 2022-2026
Intervento 1.1.1 - Casa della Comunità (10) Vorhaben 1.1.1 Gemeinschaftshaus	46.336.875,77	14.376.609,77	31.960.266,00	10.767.462,00	21.192.804,00
Intervento 1.2.1 - Assistenza domiciliare Vorhaben 1.2.1 - Hausbetreuung	Noch zu ermitteln	Non comunicato	0,00	0,00	0,00
Intervento 1.2.2 COT (5) Vorhaben 1.2.2 COT (5)	2.651.193,00	865.375,00	1.785.818,00	375.525,00	1.410.293,00
Intervento 1.2.2 COT interconnessione aziendale Investition 1.2.2 – COT Digitale Vernetzung des SB	1.418.187,17	355.357,29	1.062.829,88	1.062.829,88	0,00
Intervento 1.2.2 COT Device Vorhaben 1.2.2 COT Device	483.580,94	483.580,94	0,00	0,00	0,00
Intervento 1.3.1 – Ospedali di Comunità (3) Vorhaben 1.3.1 - Gemeinschaftskrankenhäuser (3)	16.407.986,15	7.841.787,15	8.566.199,00	2.712.013,00	5.854.186,00
TOTALE	67.297.823,03	23.922.710,15	43.375.112,88	14.917.829,88	28.457.283,00
Interventi Componente 2 Vorhaben Komponente 2	TOTALE COMPLESSIVO GESAMTKOSTEN	Finanziamento PNRR Finanzierung PNRR	Finanziamento restante Notwendige Restfinanzierung	Über Investitionsprogram me finanziert/finanzierba r Già finanziato/finanzierbar e tramite programmi	Mehrbedarf 2022-2026 Fabbisogno aggiuntivo 2022-2026
Intervento 1.1.1 Ospedale digitale DEA I e II Vorhaben 1.1.1 Digitalisierung KH DEA I e II	17.929.234,40	11.371.454,40	6.557.780,00	6.557.780,00	0,00
Intervento 1.1.2 Ammodern. appar. elettrom. Vorhaben 1.1.2 Modernisier. Medizintechnik	9.865.700,39	9.325.100,39	540.600,00	540.600,00	0,00
Intervento 1.2 Verso un Ospedale sicuro e sostenibile "l'antismica" Vorhaben 1.2 Sicherer und nachhaltiges Krankenhaus "Erdbebensicherheit"	134.300.000 *	16.380.326,00	117.919.674,00	51.339.228,31	54.080.445,69
				12.500.000,00	
Intervento 1.3.2 "Infrastruttura tecn. strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione" 4 flussi Vorhaben 1.3.2 „Infrastruktur und Geräte zur Sammlung, Verarbeitung, Analyse und Simulation der Daten" 4 Datenflüsse	237.606,15	237.606,15	0,00	0,00	0,00
Intervento 2.2 "Sviluppo competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale sanitario – sub-corso di formazione infezioni ospedaliere" Vorhaben 2.2 "Entwicklung der technischen, beruflichen, digitalen Kompetenzen Gesundheitspersonals – Kurs Krankenhausinfektionen"	937.878,09	937.878,09	0,00	0,00	0,00
TOTALE	28.970.419,03	38.252.365,03	125.018.054,00	70.937.608,31	54.080.445,69
TOTALE GENERALE C1+C2	96.268.242,06	62.175.075,18	168.393.166,88	85.855.438,19	82.537.728,69

Nota bene:

*Su esplicita richiesta del Ministero della Salute è stato modificato il primo lotto dell'intervento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" nella relativa scheda-intervento per un importo totale di 57.749.000€ (lotto Ovest). Su questo lotto saranno rendicontati i finanziamenti PNRR e PNC. Il lotto Est per 76.551.000€ verrà eseguito in un secondo momento senza contributo PNRR o PNC ma solamente con finanziamenti provinciali.

Il DM n. 77/2022 traccia un rinnovato percorso dell'assistenza territoriale che investe anche altri settori prioritari come la continuità assistenziale e la istituzione delle Unità di continuità assistenziale (UCA), prevede un nuovo corso per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e rende obbligatoria la creazione di una rete efficiente di cure palliative, anche attraverso strumenti innovativi digitali di teleassistenza, il tutto supportato da sistemi informativi ed informatici adeguati.

Il DM introduce anche la definizione europea di **assistenza primaria** che si riferisce al sistema in grado di garantire che tutte le attività, servizi e prestazioni ricomprese nel livello di assistenza territoriale/distrettuale siano erogati secondo modelli organizzativi incentrati sul bisogno del cittadino in un contesto familiare o di comunità. Da qui i termini di assistenza di prossimità, medicina di prossimità e assistenza di comunità.

Torna inoltre ad essere prioritario il ruolo dei **consultori familiari materno-infantili**, per i quali il Ministero della Salute ha avviato un intervento di censimento in base al quale la PAB dovrà fornire regolarmente i dati di attività a NSIS.

Il **dipartimento di prevenzione** (DP) secondo il DM n. 77/2022 è chiamato a garantire anche *"il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriali, aree urbane e montane, ecc.)."*

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto (in Alto Adige si legga "Comprensorio sanitario") per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio".

ANALISI DEL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400 Km² di superficie prevalentemente montuosa ed il 55% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione. Al 31.12.2021 risultavano residenti 535.774 abitanti, per una densità media 72,4 abitanti per Km².

La popolazione è relativamente giovane rispetto alla media nazionale, con un indice di vecchiaia pari a 129,9% nel 2021 (182,6% il valore nazionale), che varia da 111,6% per gli uomini ed a 149,4% per le donne. Nel corso degli ultimi 15 anni (2007-21) l'indice di vecchiaia è cresciuto da 109,8% a 129,9%, con un aumento dell'età media dei residenti da 40,6 a 42,8 anni.

Alla relativa migliore situazione locale, in termini di anzianità della popolazione, concorre una più elevata fecondità. Nella Provincia Autonoma di Bolzano il tasso di fecondità totale calcolato sul triennio 2019-21 è pari a 1,7 figli per donna, che rappresenta il valore più elevato tra le regioni italiane, ma comunque inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale (1,2 figli per donna il dato nazionale del 2020).

La speranza di vita alla nascita è calata nel 2020 a causa della pandemia di Covid-19 di 1,2 anni per le donne e 1,1 per gli uomini, ed è pari a 80,7 anni per gli uomini ed a 85,0 anni per le donne, superiore in entrambi al valore nazionale (uomini 79,8 anni, donne 84,5 anni).

Il tasso di mortalità nel 2019, prima della pandemia, era pari a 8,4 decessi per 1.000 abitanti (10,6 a livello nazionale), aumentato a 10,2 nel 2020 e poi diminuito a 9,1 nel

2021. In termini di tasso standardizzato e considerando l'intervallo temporale 2010-2019, si registra una diminuzione del tasso da 6,6 a 6,2 per 1.000 tra le donne e da 10,4 a 9,1 tra gli uomini. Nel 2020 e 2021 i valori sono pari rispettivamente a 7,7 e 6,8 per 1.000 tra le donne ed a 10,6 e 9,8 per 1.000 tra gli uomini.

Nel corso del 2019, quasi una persona su 3 (pari ad una prevalenza del 30,5%) era affetta, in Provincia Autonoma di Bolzano, da almeno una malattia cronica; considerando solo la popolazione altoatesina anziana (con 65 anni e più), la stessa percentuale sale al 78,0% (quasi 8 persone ogni 10 con più di 65 anni; ca. 85.000 persone nell'intera provincia). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni ed endocrinopatiche.

Tra le malattie croniche più significative registrate in Provincia Autonoma di Bolzano:

- **Diabete di Tipo 2**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione del 4,0% in provincia (ca. 21.400 persone). La diffusione sul territorio provinciale della patologia è abbastanza omogenea, si registrano valori solo leggermente inferiori nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Brunico.
- **Scompenso cardiaco**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione del 1,2% (ca. 6.900 persone). Valori leggermente più elevati della patologia si registrano nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Merano.
- **Malattie respiratorie come la BPCO**, con una prevalenza sull'intera popolazione del 3,1% (ca. 17.000 persone). La diffusione sul territorio vede i Comprensori sanitari di Bolzano e Merano con una diffusione tra loro omogenea, più elevata di quella registrate nei Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico.
- **Malattie reumatiche come l'Artrite Reumatoide**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione dello 0,6% (ca. 3.000 persone). La diffusione sul territorio della patologia registra valori più significativi nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Bressanone.

L'età media di un malato cronico è di 63,2 anni. Le malattie croniche si manifestano clinicamente soprattutto in età anziana, quindi esiste una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici; come già descritto in precedenza, la popolazione altoatesina è relativamente più giovane rispetto alla media nazionale e questo si rispecchia anche nei tassi di prevalenza di alcune malattie croniche, che registrano valori più bassi rispetto a quelli conosciuti a livello nazionale: ad es. il Diabete, 4,0% registrato in Provincia Autonoma di Bolzano vs il 5,9% dell'Italia (valore ISTAT 2020) oppure la BPCO che registra il 3,1% in Provincia Autonoma di Bolzano vs il 5,6% del valore medio registrato in Italia (ISTAT 2019).

Per conoscere i dati relativi alle patologie croniche descritti, la Provincia di Bolzano ha attivo da anni un sistema per la mappatura delle patologie croniche nella popolazione. Integrando i dati sulla presenza di patologie croniche con il grado di utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini è stato successivamente elaborato un sistema di profilazione della popolazione utile per il controllo della spesa sanitaria e la gestione delle risorse del sistema sanitario provinciale.

Tale sistema prevede la classificazione su base annuale della popolazione in sette profili:

- a. persone che nel corso dell'anno **non utilizzano il sistema sanitario**;
- b. persone che effettuano **accessi occasionali al SSN** per visite specialistiche o prestazioni farmacologiche;
- c. persone **affette da almeno una patologia cronica** assistiti solo a livello di servizi territoriali;
- d. persone che afferiscono ai **servizi dedicati alla salute materno infantile**;
- e. persone che hanno bisogno **di un ricovero ospedaliero ma non sono in condizioni di cronicità**;
- f. persone che **hanno bisogno di un ricovero ospedaliero e sono in condizioni di cronicità**;
- g. **persone con cronicità nell'ultimo anno di vita.**

Per ogni categoria è stato assegnato un peso, definito carico assistenziale, indice della spesa sanitaria per prestazioni erogate alle persone di quel profilo.

L'applicazione di questa profilazione è risultata utile nelle analisi territoriali della distribuzione sul territorio e tra i medici di medicina generale dei carichi assistenziali.

Come riportato anche dal DM n. 77/2022 " [...] *La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita, costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito di governo distrettuale... L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso e omogeneità di presa in carico...*" ma per arrivare ad una realizzazione completa di questo obiettivo occorrono degli scenari normativi più favorevoli rispetto all'elaborazione dei dati, che semplifichino gli attuali ostacoli nella normativa sulla privacy.

VISIONE E MISSIONE

Le presenti linee di indirizzo si prefiggono di definire **un rinnovato e più efficiente quadro di governance** dell'assistenza territoriale della PA di Bolzano che tenga conto delle innovazioni introdotte dal DM n. 77/2022 e dal PNRR, nel rispetto delle peculiarità orografiche, strutturali ed organizzative del territorio e del quadro normativo di autonomia. La rinnovata governance si inserisce in un contesto normativo locale che si è evoluto nel tempo, dal Piano sanitario provinciale 2000/2002 alla Legge provinciale n. 3/2017, dal Masterplan Chronic Care del 2018 (che di fatto ha segnato la svolta nel trattamento dei pazienti affetti da cronicità della Provincia), al Piano sanitario provinciale 2016/2020.

I contenuti del presente documento recepiscono e adattano alla realtà locale i principi e gli obiettivi nazionali rappresentati nel DM n. 77/2022 e nel PNRR, allo scopo fondamentale di garantire un migliore accesso alle cure dei pazienti sul territorio, riducendo il ricorso alle attività ospedaliere e garantendo la continuità delle cure. La riorganizzazione del territorio così come prevista nel DM n. 77/2022 richiede tempi lunghi di attuazione che superano abbondantemente gli anni che vanno al 2026, quando le Case della comunità saranno istituite, le Centrali operative attive, gli Ospedali di comunità funzionanti. Il recepimento delle indicazioni del DM, pertanto, deve avvenire per gradi secondo priorità chiare sulle quali ridisegnare il fabbisogno di risorse finanziarie ed umane che dovranno essere mantenute nel tempo.

In questo scenario si inseriscono, poi, gli attuali **ACN** dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che saranno probabilmente integrato nei prossimi mesi a livello nazionale. L'introduzione, infine, della **digitalizzazione** (non solo la teleassistenza) e dei **nuovi flussi informativi** previsti dal PNRR consentiranno nel tempo di rimodulare scelte organizzative in uno scenario in continua evoluzione da un punto di vista epidemiologico, sociale, economico e politico.

Per queste ragioni le presenti linee di indirizzo saranno focalizzate su **tre grandi aree** di intervento:

1. l'assistenza ai pazienti cronici
2. l'assistenza domiciliare
3. l'integrazione tra sanità e sociale.

1) L'assistenza alla cronicità **sarà incentrata inizialmente sui circa 30.000 pazienti cronici** afferenti ai quattro PDTA adottati a livello provinciale e sperimentati o in corso di sperimentazione (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, artrite reumatoide), secondo la distribuzione nei 4 Comprensori provinciali così come rappresentata nelle tabelle

successive. Il valore nasce dalla somma dei casi diabete tipo 2, dei pazienti affetti da BPCO, da quelli affetti da scompenso cardiaco e artrite reumatoide.

Tabella 3: distribuzione dei cronici per distretto - Anno 2019

Abbreviazioni: CRT=pazienti cronici; DM= diabete mellito; BPCO= broncopneumopatia cronica ostruttiva

COMPENSORIO SANITARIO DI BOLZANO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021	CRT 2019	% su pop totale	CRT over 65 2019	Cronici > 65 anni (Anno 2019)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
01 Val Gardena	3	1	6	9.402	2.396	25%	1.368	179 (di cui 2 DM 1)	112 (di cui 108 BPCO)	1.077 (di cui 77 con scompenso cardiaco e 930 con ipertensione)	22
Ortisei, S.Cristina, Selva Valgardena											
02 Val d'Ega Sciliar	6	1	10	21.061	5.676	27%	2.953	461 (di cui 6 DM 1)	358 (di cui 329 BPCO)	2.345 (di cui 203 con scompenso cardiaco e 2.015 con ipertensione)	66
Castelrotto											
Fiè, Tires, Comedo											
Nova Ponente, Nova Levante											
03 Salto Sarentino Renon	4	1	12	20.120	5.138	26%	2.628	423 (di cui 7 DM 1)	302 (di cui 277 BPCO)	2.074 (di cui 192 con scompenso cardiaco e 1.735 con ipertensione)	52
Renon											
Sarentino											
S. Genesio, Meltina											
04 Oltredige	5	1	15	30.864	8.633	28%	4.550	768 (di cui 7 DM 1)	472 (di cui 451 BPCO)	3.573 (di cui 349 con scompenso cardiaco e 3.104 con ipertensione)	65
Appiano, Caldaro											
Terlano, Andriano, Nalles											
05 Laives Bronzolo Vadena	3	1	12	22.168	7.287	33%	3.606	751 (di cui 5 DM 1)	455 (di cui 418 BPCO)	2.881 (di cui 241 con scompenso cardiaco e 2.573 con ipertensione)	68
Laives, Bronzolo, Vadena											
06 Bassa Atesina	11	1	15	25.481	7.859	31%	3.878	755 (di cui 8 DM 1)	411 (di cui 381 BPCO)	3.098 (di cui 254 con scompenso cardiaco e 2.662 con ipertensione)	57
Egna, Montagna, Salorno,											
Ora, Aldino, Anterivo, Tredena											
Termeno, Magrè Cortina all'Adige, Cortaccia											
07 Bolzano	1	4	62	107.731	38.036	35%	21.269	4.228 (di cui 50 DM 1)	3.024 (di cui 2.745 BPCO)	16.767 (di cui 1.513 con scompenso cardiaco e 14.638 con ipertensione)	347
Bolzano											
COMPENSORIO SANITARIO di Bolzano	33	10	132	236.827	75.025	32%	40.252	7.565 (di cui 85 DM 1)	5.134 (di cui 4.709 BPCO)	31.815 (di cui 2.829 con scompenso cardiaco e 27.657 con ipertensione)	677

COMPENSORIO SANITARIO DI MERANO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021	CRT 2019	% su pop totale	CRT over 65 2019	Cronici > 65 anni (Anno 2019)			
								Diabete	Malattie broncopneumiche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
08 Alta Val Venosta	7	1	7	16.303	4.688	29%	2.323	357 (di cui 3 DM 1)	290 (di cui 270 BPCO)	1.871 (di cui 239 con scompenso cardiaco e 1.570 con ipertensione)	40
Curon, Glorenza, Malles, Prato allo Stelvio, Sludemo, Stelvio, Tubre											
09 Media Val Venosta	5	1	9	18.827	5.433	29%	2.775	470 (di cui 3 DM 1)	289 (di cui 262 BPCO)	2.210 (di cui 257 con scompenso cardiaco e 1.828 con ipertensione)	47
Castelbello, Laces, Lasa, Martello, Silandro											
10 Naturno	4	1	6	11.947	3.485	29%	1.722	326 (di cui 6 DM 1)	175 (di cui 160 BPCO)	1.367 (di cui 132 con scompenso cardiaco e 1.176 con ipertensione)	28
Naturno, Parcines, Plaus, Senales											
11 Lana	10	1	14	25.708	7.884	31%	3.929	703 (di cui 5 DM 1)	533 (di cui 507 BPCO)	3.214 (di cui 301 con scompenso cardiaco e 2.697 con ipertensione)	59
Lana, Cermes, Gargazzone, Postal, Senales San Felice, Tesimo, Val d'Ultimo, Lauregno, Proves, S. Pancrazio											
12 Merano	9	2	32	58.316	19.144	33%	10.353	2.217 (di cui 25 DM 1)	1.400 (di cui 1.277 BPCO)	8.094 (di cui 797 con scompenso cardiaco e 6.807 con ipertensione)	131
Avelengo, Caines, Laquondo, Merano, Marleno, Rifiano, Scena, Tirolo, Verano											
13 Val Passiria	3	1	4	8.930	2.581	29%	1.278	225 (di cui 3 DM 1)	169 (di cui 152 BPCO)	1.097 (di cui 137 con scompenso cardiaco e 947 con ipertensione)	23
Moso, San Leonardo, San Martino											
COMPENSORIO SANITARIO di Merano	38	7	72	140.031	43.215	31%	22.380	4.298 (di cui 45 DM 1)	2.856 (di cui 2.628 BPCO)	17.853 (di cui 1.863 con scompenso cardiaco e 15.025 con ipertensione)	328

COMPENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021	CRT 2019	% su pop totale	CRT over 65 2019	Cronici > 65 anni (Anno 2019)			
								Diabete	Malattie broncopneumiche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
14 Alta Valle Isarco	6	1	10	20.865	6.215	30%	3.006	620 (di cui 3 DM 1)	380 (di cui 372 BPCO)	2.483 (di cui 224 con scompenso cardiaco e 2.198 con ipertensione)	68
Brennero, Campo di Trens, Fortezza, Racines, Val di Vizze, Vipiteno											
15 Bressanone	7	2	20	40.503	11.504	28%	5.681	1.046 (di cui 20 DM 1)	625 (di cui 602 BPCO)	4.612 (di cui 359 con scompenso cardiaco e 4.033 con ipertensione)	95
Bressanone, Luson, Naz Sclaves, Rio Pusteria, Rodegno, Vandoies, Varna											
16 Chiusa	7	1	9	17.459	4.499	26%	2.255	355 (di cui 7 DM 1)	243 (di cui 236 BPCO)	1.799 (di cui 143 con scompenso cardiaco e 1.557 con ipertensione)	39
Barbiano, Chiusa, Funes, Laion, Ponte Gardena, Velturo, Villandro											
COMPENSORIO SANITARIO di Bressanone	20	4	39	78.827	22.218	28%	10.942	2.021 (di cui 30 DM 1)	1.248 (di cui 1.210 BPCO)	8.894 (di cui 726 con scompenso cardiaco e 7.788 con ipertensione)	202

COMPENSORIO SANITARIO DI BRUNICO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021	CRT 2019	% su pop totale	CRT over 65 2019	Cronici > 65 anni (Anno 2019)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
17 Tures Aurina	4	1	7	13.658	3.859	28%	1.997	302 (di cui 1 DM 1)	213 (di cui 204 BPCO)	1.638 (di cui 150 con scompenso cardiaco e 1.422 con ipertensione)	28
Campo Tures, Predoi, Selva dei Molini, Valle Aurina											
18 Brunico	9	1	23	39.720	11.214	28%	5.624	887 (di cui 8 DM 1)	562 (di cui 532 BPCO)	4.485 (di cui 411 con scompenso cardiaco e 3.723 con ipertensione)	91
Brunico, Chienes, Falzes, Gais, Perca, San Lorenzo in Sebato, Terento, Valdaora, Rasun Anterselva											
19 Alta Val Pusteria	7	1	9	16.141	4.602	29%	2.391	454 (di cui 1 DM 1)	265 (di cui 260 BPCO)	1.980 (di cui 283 con scompenso cardiaco e 1.767 con ipertensione)	48
Braies, Dobbiaco, Monguelfo, San Candido, Sesto, Valle di Casies, Villabassa											
20 Val Badia	5	1	6	11.178	2.994	27%	1.545	262 (di cui 4 DM 1)	166 (di cui 155 BPCO)	1.222 (di cui 127 con scompenso cardiaco e 1.027 con ipertensione)	26
Badia, Corvara, La Valle, Marebbe, San Martino in Badia											
COMPENSORIO SANITARIO di Brunico	25	4	45	80.697	22.669	28%	11.557	1.905 (di cui 14 DM 1)	1.206 (di cui 1.151 BPCO)	9.325 (di cui 971 con scompenso cardiaco e 7.939 con ipertensione)	193

2) L'assistenza domiciliare programmata ed integrata consente oggi di raggiungere in Provincia circa il 6% della popolazione over 65 e l'obiettivo è di **raggiungere il 10%** con un miglioramento della presa in carico dei pazienti in linea con quanto previsto e disposto dalla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR - Investimento: M6C1 I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina). A tale scopo si renderanno necessarie iniziative mirate, compresa l'emanazione di nuove linee guida per il trattamento domiciliare ed una opera di sfolgimento delle rigide modalità amministrative di rendicontazione.

3) L'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali su determinate categorie di pazienti è una necessità non più procrastinabile e richiederà la condivisione di criteri di presa in carico comuni, in una prima fase per pazienti dimessi dagli ospedali e per i quali è spesso complesso garantire la tempestiva presa in carico territoriale. A tale scopo **la Task force Cooperazione sociale e sanità** prevista nell'emanando Piano sociale per il prossimo quinquennio dovrà elaborare precise e stringenti indicazioni a riguardo.

Il ruolo dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sarà centrale per il raggiungimento delle priorità individuate ed il prossimo accordo integrativo provinciale (AIP), successivo all'Atto di programmazione in corso di definizione. L'AIP dovrà prevedere un fattivo coinvolgimento dei medici basato su modalità concrete di rilevazione delle prestazioni garantite ai cittadini (vedi: indicatori) ed un processo condiviso di riduzione significativa del carico amministrativo.

Centrale è anche il ruolo dell'infermiere di famiglia o di comunità come figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona assistita. L'infermiere di famiglia o di comunità è un professionista con forte orientamento alla gestione proattiva dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

Altrettanto strategica è l'operatività delle COT per il coordinamento dell'assistenza. Esse sono il vero motore dell'integrazione socio-sanitaria e con l'ospedale, con un ruolo strategico di interconnessione tra i servizi e soprattutto tra le persone.

Cambierà, arricchendosi di compiti e funzioni, il ruolo dell'assistenza sanitaria di base (attualmente quattro unità operative nei quattro Comprensori) alla quale spetterà il compito di un più diretto e costante rapporto con le aggregazioni dei medici di medicina generale.

ATTUALE ASSETTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

La Provincia è suddivisa in 4 Comprensori (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico): poco meno della metà della popolazione risiede nel Comprensorio sanitario di Bolzano (44,3%), circa un quarto in quello di Merano (26,0%), circa un sesto rispettivamente nei Comprensori di Bressanone (14,7%) e Brunico (15,1%).

Sono articolazioni dei Comprensori **gli attuali 20 distretti sanitari** (oltre ai 14 punti di riferimento di distretto), che nella grande maggioranza dei casi condividono le sedi con i distretti sociali⁷.

A livello funzionale, il ruolo ed i compiti affidati al "Distretto" dal DM n. 77/2022 sono attribuiti, in Provincia Autonoma di Bolzano, al "Comprensorio".

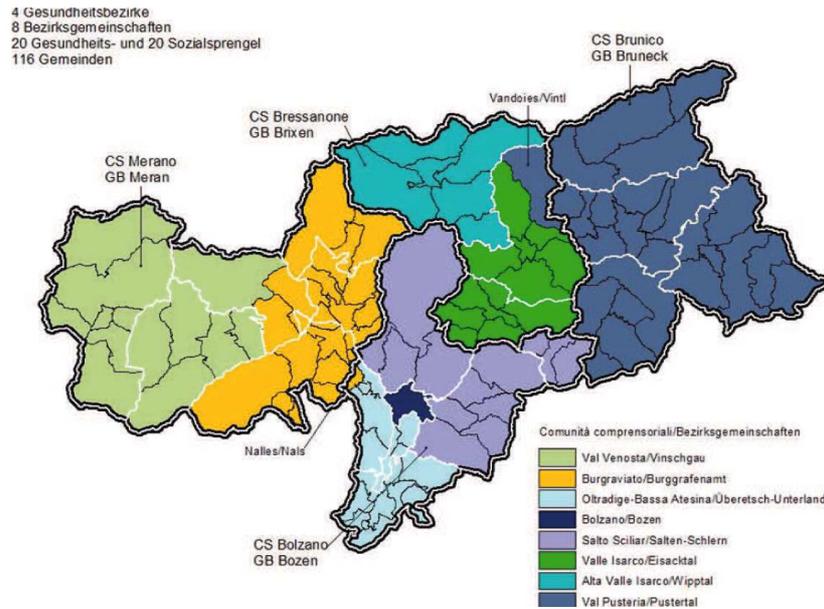
I 20 distretti sanitari per la PA di Bolzano sono invece le unità organizzative più piccole del Comprensorio nell'ambito dell'assistenza territoriale. Tra i 20 distretti, quali sedi di servizi e prestazioni sanitari e sociali, esistono tuttavia molte differenze per dimensione e offerta: alcuni sono veri e propri poliambulatori sviluppati con attività specialistiche, altri invece sono sede dedicata maggiormente all'attività amministrativa e si riferiscono a bacini di utenza ampiamente diversi, in relazione anche al quadro orografico (valli lunghe e strette non comunicanti con aree cittadine, aree montuose, etc.). In tutti è presente il PUA (punto unico di accesso, in PA di Bolzano identificato nei **SUAC** - gli Sportelli unici di assistenza e cura) per orientare e garantire l'accesso del cittadino ai servizi. A parte la presenza di queste strutture visibili e distribuite sul territorio, non esiste attualmente nei diversi Comprensori una rete coordinata degli attori sotto una regia comune⁸.

Accanto ai Comprensori sanitari operano 8 Comunità Comprensoriali con altrettanti 20 distretti sociali, come riportato nella figura sottostante.

La rete ospedaliera provinciale è costituita da sette ospedali con una dotazione complessiva media di 1.620 posti letto per acuti (di cui l'88,4% pubblici), pari a 3,0 p.l. per 1.000 abitanti.

⁷ Già il PSP 2000-2002 (3.1 Area Territoriale) vedeva nel distretto sanitario il "polo unificante di tutti i servizi sanitari, integrati con quelli sociali, a livello territoriale". Parimenti, la LP n. 13/1991 "Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano", all'art. 17, c. 2 dice: "Per assicurare la massima integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, la sede di distretto è unica".

⁸ Alle esigenze organizzative emergenti, si aggiungono anche le necessarie modifiche di rilevazione di queste strutture, attualmente codificate solo dai 20 distretti sanitari e non dai 4 Comprensori. In vista dell'obbligo informativo collegato al PNRR e da tradurre nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), dovrà essere assegnato un codice specifico direttamente ai 4 Comprensori, con tutte le modifiche gestionali che questo cambio comporta.



Grafica 1: Ambiti territoriali dei Distretti sanitari e sociali in PAB.

I bacini di utenza dei 20 distretti sanitari e dei 20 distretti sociali si sovrappongono territorialmente per la gran parte (art. 15, c. 2 LP n. 13/1991), giustificando la definizione in termini programmatici di Distretto sociale e sanitario integrato. Dall'analisi della situazione dei servizi territoriali, che è stata condotta nel Masterplan Chronic Care in parallelo a quanto previsto nel Piano Sanitario provinciale 2016/2020, emergono sia punti di forza che di debolezza del sistema di presa in carico dei pazienti, in particolare quelli cronici⁹.

LA RINNOVATA GOVERNANCE TERRITORIALE

Il DM n. 77/2022 e il presente documento che lo recepisce offrono l'opportunità alla Provincia di rivisitare l'organizzazione dell'assistenza territoriale riconfermando e potenziando le iniziative di cui al Masterplan Chronic Care.

Si aderisce pertanto allo spirito del DM n. 77/2022:

- confermando la definizione di assistenza primaria così come riportata nel Masterplan¹⁰;
- valorizzando i servizi territoriali esistenti anche attraverso lo sviluppo di Case della comunità, COT, Ospedali di comunità;
- potenziando l'ADI e l'ADI cure palliative;

⁹ L'assistenza sanitaria distrettuale nella Provincia Autonoma di Bolzano è descritta nella Relazione Sanitaria annuale (<https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/relazione-sanitaria.asp>).

¹⁰ L'assistenza primaria è un "sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure". La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone. L'assistenza primaria è inoltre definita nei Livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) che riprendono le precedenti normative a riguardo.

- favorendo la medicina di iniziativa anche con una maggiore partecipazione degli utenti, delle Associazioni e del Terzo Settore¹¹;
- definendo le azioni da intraprendere, riconoscendone la spettanza e responsabilità ai diversi attori protagonisti della rinnovata governance, nel rispetto dei tempi e delle modalità descritte nel POR;
- potenziando la digitalizzazione dei servizi.

Per dare seguito a quanto definito diviene **cruciale il ruolo dei Comprensori** per i quali, ferme restando le funzioni previste nell'attuale normativa, si aggiungono alcuni nuovi elementi organizzativi.

I Comprensori

Per garantire l'esecuzione delle attività, servizi e prestazioni previste, i Comprensori sono riconosciuti quale articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. Sono il luogo privilegiato del coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari del territorio.

Al Comprensorio sono ricondotte le seguenti funzioni:

1. **Committenza**, ovvero la programmazione dei servizi da erogare, compresi quelli delle strutture previste dal DM n. 77/2022. La committenza è la capacità di valutare il bisogno e conseguentemente di programmare le attività in relazione alle risorse disponibili sia finanziarie che professionali.
2. **Produzione**, ovvero erogazione diretta delle attività previste e programmate. Pertanto, **le CdC, gli OdC e le COT sono da considerare come articolazioni funzionali del Comprensorio, sotto la diretta responsabilità del Direttore di Comprensorio**¹².

I distretti sanitari afferenti ai singoli Comprensori, quali luoghi di erogazione delle prestazioni, si collegano con le sedi delle Case della comunità presso le quali

¹¹ Il Terzo Settore potrà giocare un ruolo importante nel PNRR Sanità. Lo abbiamo visto con forza durante la pandemia: la salute non può reggersi solo sulle grandi strutture ospedaliere, ma deve al contrario decentrarsi avvicinandosi al paziente. In questo senso le associazioni e le cooperative socio-assistenziali, ad esempio, potranno essere un baluardo della sanità territoriale fornendo assistenza e prestazioni sanitarie agli anziani e ai cittadini dei piccoli comuni. E in quest'ottica che potrà essere valutato anche un coinvolgimento diretto con la programmazione all'interno delle Case della Comunità.

¹² L'art. 10, c. 12 LP n. 3/2017 "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale" fissa le funzioni dei Direttori dei Comprensori sanitari:

a) valorizzazione e rafforzamento dell'**assistenza sanitaria territoriale**; b) coordinamento dei servizi sanitari del rispettivo Comprensorio sanitario con i servizi del settore sociale, al fine dell'**integrazione socio-sanitaria**; c) rilevazione e valutazione del **fabbisogno** di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e del soddisfacimento del fabbisogno rilevato, in attuazione degli obiettivi di salute definiti a livello aziendale, compresa la garanzia dell'accesso ai servizi sanitari nel rispettivo Comprensorio sanitario, nonché del rispetto dei tempi di attesa definiti a livello provinciale e aziendale; d) attuazione delle strategie e delle disposizioni della direzione aziendale necessarie a garantire un'efficiente ed efficace funzionamento delle strutture sanitarie nel Comprensorio sanitario nonché la continuità assistenziale; e) svolgimento dei compiti previsti nell'atto aziendale o eventualmente assegnati dalla direzione aziendale; f) assegnazione delle dotazioni di bilancio ai reparti e servizi dei Comprensori sanitari nell'ambito delle programmazioni aziendali e condizioni generali; g) promozione di innovazioni e sviluppi nei settori collaboratori, apparecchiature, infrastrutture, limitatamente al rispettivo ambito di competenza e in conformità con i piani aziendali strategici e di attuazione.

possono essere dislocati o collegati funzionalmente. Essi dovranno integrare i servizi esistenti con quelli offerti direttamente dalle CdC e OdC.

Fondamentale sarà il collegamento con i Servizi aziendali che si collocano trasversalmente ai Comprensori e con i quali sarà fondamentale definire una omogenea operatività.

3. **Garanzia**, ovvero assicurare l'accesso ai servizi nell'ottica dell'equità e monitoraggio delle attività attraverso indicatori specifici.

Il Comprensorio opera in sintonia con le Comunità Comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, che insistono nella stessa area, secondo modalità da concordare localmente per condividere, nel rispetto delle rispettive autonomie, **le azioni per l'integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie per la coorte di pazienti individuata (cronici, fragili e non autosufficienti).**

Ad esempio, l'équipe della COT procede all'attivazione della valutazione multidimensionale attraverso strumenti specifici, con la conseguente predisposizione del PAI del paziente¹³. Il coinvolgimento stabile in questa valutazione di un Assistente Sociale dedicato risulta fondamentale quale *trait d'union* tra sanità e politiche sociali¹⁴.

In particolare, per quanto riguarda la presa in carico di pazienti cronici si rimanda al Masterplan che così cita:

- individuare, sulla base delle informazioni dell'Osservatorio per la salute provinciale, il numero e la tipologia di pazienti affetti da cronicità per i quali debbono essere avviati specifici PDTA;
- condividere con le Comunità Comprensoriali, e nel caso di Bolzano con l'Azienda per i Servizi Sociali, le prestazioni sociali che localmente possono essere garantite alle coorti di pazienti individuate che saranno seguite dai Servizi sociali in maniera concordata;
- integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza;
- fornire le indicazioni ai distretti sanitari per la realizzazione sul campo del piano di presa in carico dei pazienti cronici.

Per lo svolgimento di tali attività ogni Comprensorio elabora un **Piano triennale delle attività territoriali che definisce anche il relativo budget (risorse umane e**

¹³ La valutazione multidimensionale è un processo dinamico e interdisciplinare, volto a identificare la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, oltre a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Tale approccio consente di individuare un Piano di intervento sociosanitario (PAI) coordinato e mirato, attraverso l'uso di schede di valutazione ormai utilizzate e affinate da anni, quali ad esempio la S.Va.M.A. per l'adulto e l'aziano, o la S.Va.M.Di. per le persone con disabilità.

¹⁴ Parimenti nell'assistenza domiciliare, per i casi di cronicità complessa, deve strutturarsi una vera e propria ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) che prenda in carico il paziente fragile in modo coordinato e integrato tra servizi sociali e sanitari. E anche la presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. Ciò è in linea con la **Riforma dell'Assistenza agli anziani non autosufficienti, come prevista dal PNRR (M5C2-R 1.2)**: è in via di emanazione una legge contenente specifiche deleghe al Governo per l'assistenza e la cura delle persone anziane che fa nascere il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) e istituisce il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA). Vi è inoltre l'introduzione dell'ADISS (Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria e Sociale), l'adozione di un sistema di monitoraggio e valutazione (verifica adeguatezza LEA e LEPS), la semplificazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione (in vista del PAI), la collocazione dei PUA presso le CdC, l'introduzione di una valutazione multidimensionale unificata, la previsione di specifici interventi a favore dei caregiver familiari, oltre ad aprire anche alla riforma dell'indennità di accompagnamento (opzione tra denaro o servizi alla persona).

finanziarie necessarie per la sua realizzazione), da sottoporre alla Direzione generale dell'azienda sanitaria.

Al fine di garantire tale modello di governance, si prevedono **le seguenti azioni**:

- Istituzione di un **Comitato di Comprensorio**¹⁵ che supporta il Direttore di Comprensorio nella predisposizione del piano triennale dei servizi sanitari e sociali;
- Assegnazione ad **un unico medico referente** del territorio, le funzioni di organizzazione e controllo delle attività di tutte le nuove strutture;
- Individuazione dei **coordinatori infermieristici** per COT, OdC, CdC garantendo l'interdisciplinarietà delle funzioni, ove possibile.

La rinnovata governance è tesa alla realizzazione di un sistema integrato di servizi sanitari, sociali e sociosanitari attraverso l'adozione di decisioni coerenti e complementari dei diversi livelli decisionali attraverso il rafforzamento degli strumenti di confronto, coordinamento e collaborazione tra i livelli decisionali sulla base dei principi della leale collaborazione e della sussidiarietà.

La Provincia

Ferme restando le competenze di cui all'articolo 3 della Legge provinciale n. 3/2017 "Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale" spettano a tale livello la produzione di tutti gli atti conseguenti l'adozione della DGP n. 285/2022 e s.m.i. relativi alla Missione 6 "Salute" del PNRR.

L'Assessorato

Predisporre con documenti successivi l'attuazione delle presenti linee di indirizzo con particolare riferimento ai seguenti punti:

- a. Valutazione del fabbisogno di prestazioni, attività e servizi territoriali, soprattutto dei pazienti cronici per singoli comuni secondo le priorità indicate;

¹⁵ La **composizione** del Comitato di Comprensorio prevede la partecipazione di:

- a. Direttore di Comprensorio, che lo presiede;
- b. Referente locale del Sociale (Azienda dei servizi sociali per Bolzano);
- c. Referente MMG scelto tra i referenti delle AFT del territorio e referente pediatri territoriali;
- d. Direttore medico dell'assistenza primaria;
- e. Referente medico ospedaliero;
- f. Farmacista;
- g. Dirigente tecnico-assistenziale territoriale;
- h. Rappresentante del Dipartimento di Prevenzione;
- i. Dirigente amministrativo del Comprensorio;
- j. Referenti della Rete per la Salute psichica (che include tutti i Servizi psichiatrici e psicologici, i Servizi per le dipendenze, il Centro terapeutico Bad Bachgart e i Servizi di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva).

Le funzioni del Comitato sono quelle di supportare il Direttore del Comprensorio nella programmazione delle attività che si deve concretizzare in una programmazione triennale nella quale sia espresso il fabbisogno di assistenza della popolazione e le modalità di erogazione delle prestazioni favorendo anche l'integrazione con l'ospedale. Ed ancora, concorrere alla emanazione di indicazioni per la produzione e per il monitoraggio delle prestazioni valutando gli indicatori individuati a livello generale.

- b. Emanazione delle nuove linee guida per lo svolgimento dell'assistenza domiciliare;
- c. Proposta per la eventuale redistribuzione/istituzione delle unità operative complesse nell'ambito dei Comprensori;
- d. Emanazione dei contenuti minimi del Piano triennale delle attività territoriali dei Comprensori;
- e. Linee di indirizzo del funzionamento delle Case della comunità, COT e Ospedali di comunità e relativa proposta di organigramma e funzionigramma.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

All'Azienda Sanitaria spettano le seguenti funzioni:

1. Procede alla mappatura dei servizi ed attività che dall'ospedale possono essere gradualmente trasferite nel livello di assistenza territoriale/distrettuale;
2. Predisporre il regolamento di esecuzione per le figure dirigenziali del territorio di cui alla LP n. 3/2017 ed il regolamento di funzionamento dei Comprensori;
3. Predisporre il Piano triennale delle attività territoriali da inviare ai Comprensori affinché operino in modo omogeneo;
4. Emanare il regolamento di funzionamento del Comitato di Comprensorio;
5. Individua il fabbisogno di personale per l'avvio delle strutture;
6. Individua gli indicatori per il monitoraggio delle attività dei Comprensori;
7. Approva il documento che definisce il bisogno di risorse umane e finanziarie (budget);
8. Proposta per la eventuale redistribuzione/istituzione delle unità operative semplici nell'ambito dei Comprensori;
9. Scelta e implementazione di indicatori di performance dei Comprensori.

FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA (ex art.8 ACN MMG e PLS)

All'art. 8, c. 2 dell'ACN 2016/18 della Medicina generale e dei pediatri di libera scelta del 28 aprile 2022 è previsto che le Regioni e PA, entro 6 mesi dall'entrata in vigore dell'accordo, definiscano gli atti di programmazione volti ad istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:

- a) Istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale/provinciale;
- b) Istituzione di forme organizzative multiprofessionali, tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, ...;
- c) Realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e Forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici ed informativi.

A tale scopo la PA ha definito gli obiettivi assistenziali con particolare riferimento alla partecipazione di tutti i MMG ai PDTA individuati tra le priorità. Già nel febbraio del 2018 la PA ha istituito 26 AFT per le quali sono state definite nell'Atto di programmazione le principali macro-aree di lavoro:

- Assistenza e promozione della salute
- Governance ed innovazione

- Programmazione ed integrazione con le diverse aree di assistenza (ospedali, strutture territoriali) e con altre sedi di erogazione dei servizi (farmacie) e le professionalità ivi presenti.

Saranno istituite con l'Atto programmatico 5 UCCP rispetto alle 10 previste, che saranno provvisoriamente attivate negli attuali distretti sanitari afferenti ai 4 Comprensori. Particolare rilievo viene dato all'assistenza nelle zone disagiate e disagiatissime (già individuate con Decreto del Direttore di Ripartizione del 10 agosto 2015, n. 11036). Per tutti i MMG, infine, è prevista l'adesione obbligatoria al sistema informativo provinciale. Specifici indicatori di performance delle AFT saranno introdotti allo scopo di consentire il benchmark sistematico tra le diverse aggregazioni, al fine di garantire un processo di apprendimento continuo e di superamento dell'autoreferenzialità. Gli indicatori saranno collocati nelle seguenti aree:

- Strategie provinciali di assistenza primaria
- Assistenza sanitaria
- Efficienza ed appropriatezza farmaceutica.

LE NUOVE STRUTTURE TERRITORIALI

Case della comunità (CdC)

Il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016, prevedeva la creazione sul territorio provinciale di c.d. Centri d'assistenza sanitaria e sociale (ne erano previsti 11, 1 ogni 50.000 abitanti) dove devono *"operare équipe interdisciplinari che comprendono 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, i Centri potevano restare aperti per 8, 12 o 24 ore al giorno. La Provincia non ha di fatto attivato se non parzialmente tali Centri sanitari e sociali che sono sostituiti adesso dalle 10 Case della comunità previste dal PNRR (vedi tabella nella premessa).

Esse garantiscono:

- l'accessibilità ai servizi, ossia la facilità con cui si può fruire di assistenza sanitaria e la possibilità della persona di ricevere assistenza nel momento e nel luogo in cui è necessaria;
- la continuità delle cure, per la quale i vari interventi devono essere commisurati ai bisogni di salute delle persone e dei loro familiari;
- il coordinamento e l'organizzazione dei servizi attraverso la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari orientati alla sanità di iniziativa, alle buone pratiche "evidence-based", alla valutazione dei risultati;
- la copertura dei bisogni dei pazienti in termini di trattamenti terapeutici, riabilitazione, supporto, promozione della salute e prevenzione delle malattie, soprattutto applicando PDTA, monitorati attraverso indicatori di processo e di esito, per i principali target di pazienti cronici;
- l'obbligatorietà di presa in carico per i pazienti affetti da patologie croniche, in particolare i soggetti più fragili e appartenenti ai target più complessi, individuati sulla base di una stadiazione che tenga in considerazione non solo il livello evolutivo della patologia, ma anche la complessità assistenziale e l'eventuale presenza di

fabbisogni sociali che possono incidere negativamente nella gestione e nell'evoluzione della patologia.

Le Case della comunità saranno integrate con le sedi dei distretti e con gli ambiti territoriali, tenendo conto che la Provincia può individuare altre sedi di Case della comunità *hub* e *spoke* in rapporto all'organizzazione che si svilupperà nei prossimi anni.

Tali strutture sono l'evoluzione massima delle forme aggregative dei medici di medicina generale poiché in esse sono concentrate le principali attività sanitarie e sociali che consentono una **presa in carico globale della persona**, organizzando i rapporti con l'ospedale di riferimento e garantendo la continuità assistenziale, soprattutto per i casi più gravi ai quali garantire assistenza domiciliare e residenzialità.

All'interno dell'area dell'assistenza primaria delle Case della comunità, si identificano i **seguenti attori**, presenti direttamente all'interno delle CdC o agenti in rete con esse per garantire l'erogazione delle cure primarie: i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS); i Medici di Continuità Assistenziale (CA) e Unità di Continuità Assistenziale (UCA); gli Infermieri di famiglia o di comunità (IF/C); il Personale amministrativo a supporto.

In particolare, per il MMG e il PLS, le CdC sono punto di riferimento cruciale, anche nel caso in cui queste figure professionali siano riunite in una o più Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), queste ultime identificate in Provincia autonoma di Bolzano (26 AFT) come lo strumento organizzativo principale per garantire lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

MMG e PLS facenti capo alle AFT di una CdC contribuiscono all'erogazione delle prestazioni e alla gestione dei processi assistenziali (fisici o digitali) afferenti al Comprensorio di riferimento, come definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Provinciali ed Aziendali, allo scopo di consentire un'ottimizzazione della relazione tra fabbisogno dei cittadini e prestazioni offerte dal sistema di assistenza primaria.

I MMG e PLS collegati ad una Casa della comunità possono dunque:

- avere il proprio studio primario nella CdC oppure
- essere collegati funzionalmente alla CdC.

Tutti i medici delle AFT, compresi quelli con studio primario nella CdC, accanto alla prevalente attività clinico-assistenziale, svolgono attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Provinciale.

Tali attività, che trovano nella CdC la sede centrale per semplificazione logistica ed erogativa, potranno svolgersi anche nelle sedi delle medicine di gruppo, ciò per favorire la capillarità del servizio.

Le 5 Case della comunità HUB, sede dei 3 Ospedali di comunità, garantiscono le attività h24, sette giorni su sette, mentre le Case della comunità *spoke* articoleranno il loro servizio sulle 8/12 ore.

Per ogni Casa della comunità sarà emanato un **regolamento di funzionamento**.

Ospedali di comunità (OdC)

Il DM n. 77/2022 definisce l'Ospedale di Comunità (OdC) come una struttura sanitaria che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri

o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

In Provincia sono previsti 3 Ospedali di comunità per un totale di 80 posti letto allocati in Case della comunità *hub*.

Si precisa che si tratta di posti letto territoriali che non incidono sull'indice posti letto del 3,7 per mille e che rientrano nella più generale distribuzione dei posti letto di cure intermedie di cui alla DGP n. 438 del 21.06.2022 "*Piano delle cure intermedie 2022-2026*" per un totale di 214 posti letto da distribuire su tutto il territorio provinciale. La prima attivazione sul territorio di Bolzano di 45 posti letto di cure intermedie previsto nella delibera sarà utilizzata per la sperimentazione delle attività della COT di Bolzano. Il DM n. 77/2022 renderà necessario aggiornare la delibera in oggetto.

Centrali operative territoriali (COT)

Ai sensi del DM n. 77/2022 è prevista la realizzazione di 5 Centrali Operative Territoriali (COT) in PA di Bolzano, che da cronoprogramma PNRR dovranno essere rese funzionanti entro il secondo trimestre del 2024.

La tabella sottostante rappresenta **le sedi provvisorie e definitive** delle future COT.

Comprensorio Sanitario	Sede COT provvisoria	Sede COT definitiva
Bolzano	-	Casa della Comunità, P.zza L. Cadonna 12, 39100 Bolzano
	Distretto Sanitario di Bassa Atesina, 39044 Egna	Casa della Comunità, 39044 Egna
Merano	Distretto Sanitario di Merano via Roma 3, 39012 Merano	Casa della Comunità, via Rossini 6, 39012 Merano
Bressanone	-	Distretto Sanitario di Bressanone, via Roma 5, 39042 Bressanone
Brunico	Distretto Sanitario di Brunico, Paternsteig 3, 39031 Brunico	Casa della Comunità, 39031 Brunico

Le COT sopraelencate saranno attivate entro la fine del 2023. Per la realizzazione di ogni singola COT è prevista una fase preparatoria ed una fase operativa. Al fine di garantire un'implementazione uniforme è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale che ha elaborato un primo documento e che ha il compito di monitorare l'attivazione delle singole COT.

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. Trattandosi dell'aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale, il governo della progettualità della COT è stato inizialmente definito nel "*Documento di progettazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*" ma potrà essere soggetto a modifiche ed integrazioni, secondo uno sviluppo progressivo delle sue funzioni.

L'attivazione delle COT avverrà gradualmente, iniziando con la gestione delle segnalazioni delle dimissioni ospedaliere assistite/protette verso il domicilio. In ogni Comprensorio

sanitario verranno definiti dei gruppi di lavoro coordinati da parte dei Dirigenti tecnico assistenziali territoriali che seguiranno il percorso di implementazione della rispettiva COT. È stato istituito un gruppo di lavoro aziendale che si occuperà della configurazione del software per la COT. Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale (si rimanda alla Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria n. 2022-A-000377 del 19.04.2022).

È avvenuta anche la nomina di un unico coordinamento infermieristico aziendale per le 5 COT. Nel Comprensorio sanitario di Bolzano, dove è prevista la prima COT, si è conclusa la fase di reclutamento del personale (1 infermiera 100%, 2 infermieri al 75%, 1 assistente sociale 75% e 1 amministrativa 75%). A fine agosto 2022 sono iniziati i lavori di ristrutturazione e adeguamento dei locali destinati alla COT, che si sono conclusi a già a metà settembre. Nel mese di dicembre è previsto l'avvio della sperimentazione.

Nel Comprensorio sanitario di Merano, dove verrà realizzata la seconda COT è già stato identificato una parte del personale da inserirvi.

INDICATORI PER CIASCUNA STRUTTURA

Di seguito si indica a titolo esemplificativo il sistema di rilevazione e monitoraggio dei seguenti dati, ritenuti fondamentali per la misurazione della qualità del Servizio, al fine di garantire l'uniformità del servizio e assicurare ottimi livelli di efficienza. Dall'elenco presentato di seguito saranno scelti gli indicatori in una prima fase di avvio delle strutture.

Per valutare le attività svolte dalle CdC, la Provincia autonoma di Bolzano intende monitorare sulla base di una serie di indicatori:

- Accessi in Pronto soccorso (PS) per codici bianchi confermati come non urgenti alla dimissione dal Pronto Soccorso. Solo gli accessi nei giorni feriali dalle 8.00 alle 20.00, in pazienti non inviati da un medico e arrivati con mezzo proprio, non ricoverati alla dimissione dal PS
- Ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC - ambulatory care sensitive conditions). Sono inclusi i ricoveri per Complicanze del diabete, Broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO), Scompenso cardiaco congestizio, Polmonite batterica
- Episodi di cura di assistenza domiciliare. Sono inclusi gli episodi sia per assistenza di medicina generale che di assistenza infermieristica
- Ricoveri ripetuti nei pazienti di età ≥ 65 anni al 31 dicembre dell'anno di misurazione. Sono considerati i ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stesso Major Diagnostic Categories (MDC)
- Ricoveri oltre valori soglia nei pazienti di età ≥ 65 anni al 31 dicembre dell'anno di misurazione con ricovero ordinario con DRG medico
- Numero di pazienti presi in carico dai 4 PDTA attivati

Per valutare le attività svolte dagli OdC, la Provincia autonoma di Bolzano intende monitorare sulla base di una serie di indicatori:

- Tasso di ricovero negli OdC della popolazione > 75 anni
- Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;
- Degenza media in OdC

- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- Numero pazienti provenienti dal domicilio per macrodiagnosi
- Numero pazienti provenienti da ospedali per macrodiagnosi

Per valutare le attività svolte dalle COT, la Provincia autonoma di Bolzano intende monitorare **settimanalmente** sulla base di una serie di indicatori:

Livello organizzativo

- Postazioni di telemedicina previste
- Postazioni di telemedicina attive
- Ore di attività di telemedicina previste
- Ore di attività di telemedicina effettive

Livello operativo

- Numero delle chiamate in arrivo
- Numero di chiamate uscenti senza risposta
- Numero di chiamate uscenti con risposta
- Numero di chiamate ripetute per stessa persona
- Distribuzione per fasce orarie delle chiamate nell'arco delle 8 ore (8,00-17,00);
- Distribuzione delle chiamate nel fine settimana e nei festivi
- Numero di richieste di intervento per tipologia di richiedente (reparti ospedalieri, strutture residenziali, strutture intermedie, hospice, assistenza domiciliare, MMG/PLS, SUAC, servizi sociali, servizi di continuità assistenziali (guardia medica) ...) e tipo di intervento
- Numero di richieste di intervento per macrocategoria diagnostica, classi di età e sesso e codice di gravità
- Numero di piani di transizione predisposti da parte degli infermieri sul numero di richieste pervenute
- Tempo trascorso tra la richiesta e la conclusione di trasferimento al setting definitivo per tipo di intervento
- Numero di segnalazioni della necessità di una valutazione multidimensionale sul numero di richieste
- Numero di Unità di Continuità assistenziali attivate
- Numero di pazienti assegnati per Comprensorio, per distretto e per codice di gravità
- Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per Comprensorio, per distretto
- Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 112" su 100.000 abitanti
- Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione di altro servizio sanitario" su 100.000 abitanti
- Numero di chiamate di monitoraggio con esito "attivazione di servizi sociali" su 100.000 abitanti
- Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina totali per ASL, per distretto
- Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti
- Numero di PDTA attivati per patologia dagli MMG per AFT
- Numero di accessi agli ambulatori infermieristici per singolo PDTA.

ALTRI SERVIZI

Accanto alle nuove strutture introdotte dal DM n. 77/2022, rimangono e collaborano strettamente con esse altre realtà già presenti sul territorio provinciale e già descritte ampiamente anche nel Masterplan Chronic Care del 2018. Qui di seguito si riporta un aggiornamento delle informazioni a riguardo.

Assistenza domiciliare integrata

In Provincia la percentuale di pazienti over 65 presi in carico in assistenza domiciliare è circa del 6%, percentuale che, come detto in precedenza, deve essere portata al 10%. Nel documento aziendale "Linee Guida operative per le cure domiciliari" (in corso di emanazione) è contenuta la seguente tabella esplicativa delle varie tipologie di cure domiciliari presenti sul territorio provinciale con le relative figure coinvolte, come identificate dagli operatori:

Categoria	Tipo di assistenza	Figure coinvolte
Cure Domiciliari di Base (CDB) Caratterizzate da prestazioni sanitarie monoprofessionali occasional o a ciclo programmato . Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multi-dimensionale né l'individuazione di un piano di cura multi-disciplinare.	Cure Domiciliari Programmate (ADP)	Solo MMG /PLS
	Assistenza infermieristica domiciliare (AID) - OCCASIONALE	Solo infermieri / infermiere pediatrico (prelievi ecc.)
	Assistenza infermieristica domiciliare (AID) - con pianificazione infermieristica e presa in carico	Solo infermieri
	Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)	Solo operatori della riabilitazione
Cure Domiciliari Integrate (CDI) L'intervento prevede l'integrazione di diverse figure professionali (medico, infermiere, fisioterapista, specialisti, personale di	Assistenza domiciliare integrata <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione ADI senza passare per UVM • Valutazione multidimensionale semplice • Pianificazione infermieristica • Generazione flusso SIAD 	Attivazione almeno di due figure professionali: <ul style="list-style-type: none"> • MMG • PLS • Infermiere • Assistente sociale

assistenza, assistente sociale) secondo un piano concordato, che garantisce il governo del progetto di intervento individualizzato. La CDI in caso di elevata complessità si avvale di una valutazione multidimensionale da parte dell'unità di care management (UCM), nei restanti casi la valutazione viene effettuata dall'unità di management delle cure territoriali (UCT).	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione da parte della medicina di base anche senza MMG • Inserimento diagnosi da parte del medico medicina di base • Attivazione da parte palliativista 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale riabilitativo • Servizio domiciliare (sociale) • Palliativista • Specialista
Cure domiciliari Palliative (CDPA)	Cure palliative domiciliari di base	
	Cure palliative domiciliari specialistiche (cure di secondo livello)	
	Cure palliative domiciliari pediatriche	
Sanità di iniziativa	Infermiere di famiglia	

Tali linee guida fisseranno nuovi percorsi, anche amministrativi, per rafforzare l'assistenza domiciliare, che sarà tra gli obiettivi di coordinamento delle COT.

Le Cure Palliative

In base alla popolazione residente in provincia di Bolzano, si può stimare che ogni anno oltre 5000 persone abbiano necessità di cure palliative e di queste circa 1800 abbiano bisogno di cure palliative specialistiche. Nel 2021 il Servizio ha preso in carico oltre 1700 persone ed ha garantito a circa 600 cittadini di poter concludere la propria vita a casa o in Hospice senza che effettuassero ulteriori accessi in Pronto Soccorso e ricoveri in ospedale. La DGP n. 1214/2015 ha recepito i contenuti della legge n. 38/2010 ed ha dato il via allo sviluppo anche a livello locale della Rete per le cure palliative per l'adulto ed il bambino. Il recente DM n. 77/2022 ha dato ulteriori indicazioni per l'ampliamento e la riorganizzazione anche delle cure palliative rispetto alla normativa vigente.

Nel 2019 è stata istituita la Struttura Complessa Aziendale "Palliative Care", hanno continuato la loro attività gli Hospice presso l'ospedale di Bolzano (11 posti letto) e presso la casa di cura Martinsbrunn a Merano (12 posti letto) ed è stata sviluppata l'assistenza domiciliare nei Comprensori Sanitari di Bolzano (542 pazienti nel 2021) e di Merano (138 pazienti nel 2021).

Sono attivi ambulatori e servizi di consulenza per gli ospedali in tutti i Comprensori sanitari, è attiva una collaborazione con le Case di Riposo per erogare cure palliative ai residenti. Fondamentale per il futuro dell'assistenza è la recente approvazione (maggio 2022) da parte della Direzione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige del Documento "La rete Aziendale delle Cure Palliative per l'adulto" che definisce, alla luce delle normative nazionali più recenti, le modalità organizzative della rete a livello provinciale.

Il Decreto interministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007 prevedeva 1 posto letto hospice ogni 56 deceduti a causa di tumore corrispondenti a circa 25 letti in base alla mortalità in Provincia di Bolzano. Il DM n. 77/2022 prevede 8/10 letti Hospice per 100.000 abitanti, portando il fabbisogno per la Provincia a 40-50 letti. Attualmente i letti disponibili sono 11 a Bolzano e 12 a Merano. Ne sono stati attivati 5 presso l'ospedale di Brunico e ne sono previsti altri 5 presso l'ospedale di Bressanone.

Deve essere inoltre presente una Unità di Cure Palliative Domiciliari ogni 100.000 abitanti mentre attualmente ne sono attive una per ogni Comprensorio Sanitario. Quella attiva nel Comprensorio di Bolzano riesce, al momento, a garantire assistenza a tutti i pazienti che ne hanno necessità, ma per il futuro sarà necessaria l'istituzione di una seconda unità per la parte sud del territorio (Distretti Oltradige e Bassa Atesina). Queste unità assistono pazienti con elevata complessità clinica in collaborazione con i medici di medicina generale ed il personale infermieristico dei Distretti. La loro attività verrà registrata ed andrà ad alimentare i flussi informativi verso il Ministero (flusso SIAD e flusso Hospice) che rappresentano un adempimento a cui sono tenute tutte le regioni e le province autonome.

L'infermiere di famiglia o di comunità

Già con la Dichiarazione di Monaco di Baviera del 27 gennaio 2000, l'OMS ha riconosciuto l'importanza di sviluppare e rafforzare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IF/C) nell'assistenza sanitaria territoriale. Più recentemente, in Italia l'IF/C è stato riconosciuto all'interno del Patto per la salute 2019-2021 e da ultimo all'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (c.d. "Decreto Rilancio", emanato per fare fronte alla pandemia). In relazione a ciò, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, su proposta della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) ha approvato il 10 settembre 2020 il documento recante "Linee di indirizzo relative all'introduzione della figura dell'IF/C ex L. 17 luglio 2020, n. 77" al fine di rendere omogenea tale figura su tutto il territorio nazionale.

Ma è il PNRR nella Riforma sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" della Missione 6 (contenuta nel DM n. 77/2022), che provvede a delineare in modo schematico e chiaro le funzioni ed il ruolo di questa figura cruciale per la nuova sanità territoriale.

Anche a livello provinciale è in corso di emanazione la deliberazione sul documento delle Linee Guida operative per le cure domiciliari, che descrive operativamente anche queste attività aggiuntive dell'infermiere.

Per valutare le attività svolte dagli IF/C, la Provincia autonoma di Bolzano intende monitorare sulla base di una serie di indicatori, a titolo esemplificativo qui di seguito si riporta una lista di quelli potenzialmente utili a tal fine:

- Numero di infermieri di famiglia e di comunità attivi sul territorio
- Numero di distretti nei quali è stato implementato l'infermieristica centrata sulla famiglia

- Numero di pazienti/famiglie in assistenza domiciliare prese in carico seguendo l'approccio dell'infermieristica di famiglia
- % di utenti che si recano agli appuntamenti programmati sul totale pazienti arruolati nei PDTA
- % di utenti che aderiscono agli inviti dei programmi di screening
- % di utenti non aderenti alla terapia/terapie prescritte
- % di utenti con 1 o più episodi di ricovero evitabili
- % di utenti i cui valori ematochimici risultano alterati rispetto alla patologia/e di cui sono affetti
- % di utenti che acquisiscono competenze di automonitoraggio.

Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche

Nella versione finale del DM n. 77/2022 le aree della salute mentale adulti e minori, dipendenze e sanità penitenziaria, pur costituendo ambiti di rilievo nell'ambito dell'assistenza territoriale sia in termini qualitativi che quantitativi, non sono state inserite nel modello. Poiché anche a livello nazionale si è arrivati alla conclusione che non sia possibile prescindere dalla loro inclusione nella programmazione della riforma dell'assistenza territoriale, è in prossima uscita un decreto ministeriale aggiuntivo, dedicato espressamente agli standard di queste aree. Oltre agli standard del personale, si riconosce a questi servizi, ma anche alle Associazioni che li sostengono, in particolare per i primi due livelli clinico-assistenziali (da un lato la prevenzione, consultazione e assistenza primaria; dall'altro la presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine per mezzo di équipes multidisciplinari, anche tramite lo strumento del Budget di Salute¹⁶) un loro possibile coinvolgimento nella programmazione delle attività all'interno delle Case della Comunità.

In fase attuativa e di programmazione concreta dovrà essere considerata anche questa opportunità.

Sistema informatico e teleassistenza

Il successo del rinnovato modello organizzativo di erogazione delle cure che si sta avviando nella Provincia, richiede la buona esecuzione dei PDTA e l'attivazione di un processo di verifica continua dello stato di avanzamento delle attività rispetto a quanto pianificato, apportando in caso di scostamenti le necessarie azioni correttive.

La buona esecuzione dei percorsi, stante la numerosità degli attori (pazienti, MMG, specialisti, infermieri, assistenti socio-sanitari, laboratori) e delle informazioni cliniche e sanitarie che devono essere condivise dagli attori, ha urgente bisogno di un supporto informatico adeguato. Senza strumenti informatici è molto difficile garantire il monitoraggio dei PDTA.

¹⁶ Il "Budget di Salute" è stato sviluppato come uno strumento integrato sociosanitario inizialmente a sostegno del "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato" (PTRI) di persone con disturbi mentali gravi e complessi a partire dalla pre-adolescenza (DPCM 12/1/2017), ed è costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie volte a migliorare la salute nell'ottica del possibile recupero (c.d. recovery). Inoltre, a livello nazionale è stata firmata l'Intesa in Conferenza Unificata (Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022) recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti". In termini più generali, si tratta di implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute sull'intero territorio nazionale, attraverso interventi socio-sanitari flessibili e integrati, capaci anche di sviluppare efficienti collaborazioni con il Terzo settore, per promuovere obiettivi formativi e lavorativi, legati all'abitare e all'inclusione sociale, rivolti a persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, dal mercato immobiliare e dai contesti socioculturali.

I processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate possono funzionare soltanto con il supporto di soluzioni informatizzate che permettano una pianificazione delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nel percorso, il monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare le strutture dal punto di vista dell'outcome clinico.

Alla luce di quanto sopra esposto è urgente procedere con la programmazione/acquisizione del **"Sistema informatico per la gestione e monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)"**, che deve essere adottato.

Il PNRR alla Missione 6 Componente 1 ("Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale") prevede l'Investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" (Sub-Int. 1.2.3.2 "Servizi di Telemedicina"). L'obiettivo generale è ridurre le disomogeneità a livello regionale, nel rispetto del target europeo per l'Italia, e cioè quello di assistere un minimo di 200.000 pazienti cronici con la Telemedicina (ca. 1.800 pazienti nella Provincia autonoma di Bolzano), con progetti che dovranno essere predisposti entro la fine dell'anno 2023 per consentirne la presa in carico entro il 2025.

È in arrivo un Decreto interministeriale che spiegherà le modalità di implementazione di questi investimenti, da una parte definendo delle Linee Guida tecniche, dall'altro conterrà il format di un Piano operativo Regionale che serve a supportare le Regioni/PA nella progettazione della Telemedicina, arrivando a definire gli attuali fabbisogni.

Già in precedenza, con decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano n. 9682/2022, è avvenuto il "Recepimento a livello provinciale delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, ai fini del raggiungimento della milestone EU M6C1-4 (PNRR)", come da Allegato 1 al Decreto del Ministro della Salute del 29.04.2022 e alle rispettive linee guida in esso contenute (G.U. - Serie generale n. 120 del 24 maggio 2022)¹⁷.

Farmacie dei Servizi

Ai sensi dell'Accordo siglato in Conferenza Stato-Regioni del 17 ottobre 2019 si è dato il via libera alla farmacia dei servizi fornendo le Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità. La valorizzazione delle farmacie rurali è stata riconfermata, prevedendo nella Missione 5 del PNRR un finanziamento per il loro sviluppo attraverso un avviso pubblico per la concessione delle risorse¹⁸.

¹⁷ Il documento, approvato in Conferenza Stato-Regioni (Repertorio Atti 73/CSR), definisce il modello organizzativo per realizzare i servizi di telemedicina e si inserisce nel contesto degli interventi volti al potenziamento dell'assistenza territoriale. In particolare, è prevista l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi mediante team multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente anche a distanza.

¹⁸ Dalla Missione 5, "Inclusione e Coesione" - Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" - Investimento 1: Strategia nazionale per le aree interne - sub investimento 1.2 "Strutture sanitarie di prossimità territoriale": nell'ambito del potenziamento delle Aree interne, diventa fondamentale garantire i servizi sanitari di prossimità tramite consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti e modernizzazione delle stesse che erogheranno **servizi sanitari, assistenza domiciliare, assistenza di secondo livello, fornitura farmaci attualmente reperibili solo in ospedale, monitoraggio di pazienti con la cartella clinica elettronica**. La dotazione complessiva dell'Avviso è di 100 milioni di euro di contributo pubblico, equamente ripartita tra Mezzogiorno e Centro-Nord e coerentemente con l'impostazione del PNRR - che fissa dei target per rappresentare l'avanzamento degli investimenti - mira a finanziare almeno 500 farmacie rurali entro dicembre 2023 e almeno 2000 farmacie entro giugno 2026.

Già nel Masterplan Chronic Care della PA (2018) si era colta l'importanza strategica di questi potenziali presidi di zona¹⁹. Il valore strategico della farmacia, non solo come presidio sanitario, ma anche come erogatore di servizi è stato così riconosciuto a livello provinciale e si prevede quindi il coinvolgimento delle farmacie rurali nella programmazione territoriale.

METODOLOGIA PER LA RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E FORMAZIONE

Non esiste a livello nazionale una metodologia certa per il calcolo del fabbisogno di personale per garantire le prestazioni, attività e servizi territoriali mentre è approvato il riparto dei finanziamenti disponibili per i maggiori oneri per la spesa del personale dipendente da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa per il personale, per un totale di 90,9 milioni per il 2023; 328,3 per il 2024; 591,5 per il 2025; infine 1.015,3 per il 2026 a valere sul fondo sanitario nazionale.

Esistono modelli di calcolo per il fabbisogno ospedaliero, ma per quanto riguarda il personale dedicato ai servizi territoriali sono quasi assenti evidenze di letteratura sulla definizione dei fabbisogni, anche a livello internazionale: OMS 2016 (*Workload indicators of staffing need WISN*), OCSE nel 2013 (*Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals human resources for health observer*), Unione Europea nel 2014 (*User guidelines on qualitative methods in health workforce planning and forecasting*), che sono oggettivamente documenti complessi e forse non tengono conto dei modelli organizzativi dei Paesi legati alle differenti modalità di finanziamento dei rispettivi sistemi.

Il calcolo degli standard minimi di servizio è quasi sempre legato a medici ed infermieri e il valore è espresso in *full-time equivalent* (FTE) o equivalente a tempo pieno, un indice di misurazione delle ore di lavoro programmate, per ogni dipendente a tempo pieno, per settimana lavorativa.

Nel nostro Paese, in attuazione di diverse normative emanate in materia (D. Lgs. n. 66/2003, Direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, Legge di Stabilità per l'anno 2016, DM n. 70/2015), il Ministero della Salute ha istituito un gruppo di lavoro tecnico, unitamente alla Conferenza Stato-Regioni ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per

¹⁹ Si riporta il paragrafo dedicato: "Le farmacie aperte al pubblico rappresentano un primo importante e capillare presidio del Servizio Sanitario sul territorio, e grazie alla professionalità di chi vi opera contribuiscono, attraverso le loro funzioni di sorveglianza e di raccordo, a svolgere un ruolo fondamentale nella promozione della salute anche attraverso iniziative formative e informative. Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato art. 11, comma 1, lettera e). Attualmente nella Provincia Autonoma di Bolzano ci sono 119 farmacie aperte al pubblico, di cui 30 sono farmacie rurali sussidiate. L'obiettivo deve essere di sostenere questo importante ruolo delle farmacie particolarmente fuori dai centri urbani e di rinforzare la capillarità territoriale delle farmacie. Le farmacie del futuro, meglio integrate nel Servizio Sanitario Provinciale, sono impegnate in un processo di potenziamento dei servizi offerti ai cittadini e a garantire un servizio professionale e di qualità sull'intero territorio provinciale. Esse partecipano all'assistenza domiciliare integrata, alla gestione del paziente cronico e al monitoraggio delle terapie".

l'elaborazione di una metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale, applicabile a tutte le Regioni. La stessa è stata approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017 e il fabbisogno di personale è stato stimato sulla base di tre fattori:

- 1) organizzazione della rete di offerta,**
- 2) produzione**
- 3) tempo lavoro.**

In seguito, il Patto per la salute 2019-2021 ha stabilito che "al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute, previa informativa sindacale, propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale **ospedaliero** già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali".

In tale contesto, AGENAS ha condotto il progetto di ricerca "*Definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale*", nell'ambito della ricerca corrente 2020-2021 "linea di ricerca n. 1: analisi e misurazione degli esiti di salute per valutare percorsi di cure integrate all'interno di reti cliniche e i fattori di mobilità sanitaria e per identificare modelli sanitari basati sul valore (*Value-based health care*)". Il progetto è partito nel mese di marzo 2021 ed è stato articolato in 3 linee di attività che hanno riguardato i tre macro ambiti sanitari: ospedale, territorio e dipartimento di prevenzione.

Nel frattempo, è stato avviato il monitoraggio da parte di AGENAS del Modello del DM n. 77/2022 e sono state richieste alle regioni e province autonome le metodologie di calcolo del fabbisogno di personale per il territorio.

Si fa presente che già nel modello del DM n. 77/2022 sono avanzati degli standard di personale che applicati in Provincia di Bolzano hanno portato ai risultati della tabella sotto rappresentata²⁰, che ovviamente non rispecchiano le reali necessità non tenendo in considerazione tutti i servizi necessari per fare funzionare in modo efficiente le strutture.

Calcolare il fabbisogno di personale che il potenziamento dell'assistenza primaria richiede (con riferimento soprattutto alla tipologia delle diverse figure professionali coinvolte) è **propedeutico a qualsiasi dichiarazione di carenza di personale e per queste ragioni in Provincia di Bolzano si sta mettendo a punto una metodologia che tiene conto dei seguenti passaggi:**

- Ricognizione puntuale di tutti i servizi, le attività e le prestazioni erogate dalle strutture sul territorio con il personale attualmente impegnato (sedi, orari di apertura, collocazione orografica, collegamenti tra le strutture, numero di pazienti afferenti e tipologia di prestazioni garantite). Tale operazione (in fase di ultimazione) consente di conoscere la dislocazione attuale del personale sul territorio, individuare quello che entrerà nelle case della comunità, riorganizzare in modo efficiente i servizi attualmente presenti evitando inefficienze e concentrando in modo appropriato le prestazioni ed i servizi offerti;
- Analisi dei profili professionali presenti nei servizi territoriali (ruolo e funzioni) e afferenza gerarchica;
- Calcolo dei pazienti afferenti ai 4 PDTA individuati come prioritari dalla Provincia (Diabete tipo 2, BPCO, Scopenso cardiaco, artrite reumatoide) con il numero e la

²⁰ Per un primo conteggio delle unità necessarie, vedasi la Tabella nell'Appendice, a fine documento.

tipologia di prestazioni da erogare, distribuiti per comune di residenza. I PDTA (di cui quello del diabete già sperimentato sul territorio con i medici di medicina generale e che ha permesso il reclutamento di 14.000 pazienti), sono costruiti secondo uno schema chiaro e pragmatico (chi fa che cosa e quando) e consente di calcolare le prestazioni da erogare, quando e da quali specialisti;

- Mappa delle prestazioni, servizi ed attività di primo livello svolte all'interno degli ospedali. Dall'analisi già condotta risulta che molte prestazioni di primo livello si possono spostare dall'ospedale verso il territorio;
- Mappa del personale ospedaliero dedicato all'esecuzione di prestazioni di primo livello, volumi e tempi di erogazione delle prestazioni;
- Mappa della distribuzione degli studi dei medici di medicina generale (i medici di medicina generale in PA sono 285 organizzati in 26 AFT) con il relativo numero di assistiti, distinti per le principali patologie croniche considerate prioritarie in una prima fase²¹.

A titolo puramente esemplificativo la metodologia è stata sperimentata già per il distretto di Egna (dove sorgerà la nuova casa della comunità) ed ha fatto rilevare un fabbisogno di personale prevalentemente infermieristico dedicato di 12 unità per i PDTA prescelti (diabete tipo 2, scompenso cardiaco e BPCO²²).

Non è possibile da subito disegnare un fabbisogno di personale per tutte le prestazioni, attività e servizi che il livello LEA distrettuale prevede a regime ma è possibile partire con obiettivi di medio termine (giugno 2026) con i 4 PDTA dei quali conosciamo le prestazioni ed attività per:

- meglio distribuire il personale attualmente operante nelle varie sedi, prevedendo l'accorpamento di alcune di esse nelle future case della comunità;
- valutare lo spostamento di attività di primo livello impropriamente svolte negli ospedali sul territorio e del personale dall'ospedale verso il territorio (si pensi al personale destinato alle visite di primo livello a quello che per limitazioni funzionali non è più impegnato in turni o nelle attività di emergenza). L'ospedale è così orientato alle prestazioni di secondo livello più complesse.

²¹ Per una tabella sulla distribuzione delle AFT nei 4 Comprensori, si veda nell'Appendice.

²² *Organizzazione sanitaria 4/2021*.

Appendice

Prima valutazione del fabbisogno di personale

ISO RISORSE:

SITUAZIONE ATTUALE AL 09.2022 (personale presente FTE) Infermieri assistenza domiciliare / ambulatoriale		Calcolo Infermiere di Famiglia o Comunità		
		Struttura	Popolazione	FTE
CS Bolzano	100,39	CS Bolzano	236.827	78,94
CS Merano	66,25	CS Merano	140.031	46,68
CS Bressanone	26,85	CS	78.827	26,28
CS Brunico	40,2	CS Brunico	80.697	26,90
TOTALE	233,69	TOTALE	536.382	178,79

Nuovi posti richiesti:

Struttura	Popolazione	Posti letto	Infermiere	Coordinatore	Medico	Personale di supporto amministrativo	Assistente sociale	Personale riabilitativo	OSS	TOTALE PERSONALE (FTE)
COT										
COT Bolzano città	107.731		5,39	1,00		2,15				
COT Bolzano dintorni	129.096		6,45			2,58				
COT Merano	140.031		7,00			2,80				
COT Bressanone	78.827		3,94			1,58				
COT Brunico	80.697		4,03			1,61				
TOTALE COT	536.382		26,82	1,00	0,00	10,73	0,00	0,00	0,00	38,55
Case della Comunità										
										*
HUB Distretto Bolzano (nuova costruzione)			10	1		4	1		4	
HUB Distretto Bassa Atesina (nuova costruzione)			10	1		4	1		4	
SPOKE Distretto Laives - Bronzolo - Vadena			7			3			2	
SPOKE Distretto Oltradige			7			3			2	
HUB Distretto Merano			10	1		4	1		4	
SPOKE Distretto Naturno			7			3			2	
HUB Distretto Bressanone			10	1		4	1		4	
SPOKE Distretto Chiusa			7			3			2	
HUB Distretto Brunico			10	1		4	1		4	
SPOKE Distretto Alta Val Pusteria			7			3			2	
TOTALE Case della Comunità			85,00	5,00	0,00	35,00	5,00	0,00	30,00	160,00
Unità di Continuità Assistenziale (UCA)										**
UCA	536.382		5,36	-	5,36					10,73
Ospedali di comunità										***
Bassa Atesina	20	20	8	1	0,75			2	6	
Bolzano	40	40	17	1	1,5			4	12	
Merano	20	20	8	1	0,75			2	6	
TOTALE Ospedali di comunità	80	80	33,00	3,00	3,00	0,00	0,00	8,00	24,00	71,00
TOTALE COMPLESSIVO		80,00	150,18	9,00	8,36	45,73	5,00	8,00	54,00	280,27

* Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

**Unità di Continuità Assistenziale (UCA): 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

***Ospedale di Comunità: L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) ed in festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Elenco delle attuali AFT in PA di Bolzano

26 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)	
Comprensorio Bolzano	Val Gardena – Ortisei – Santa Cristina – Selva di Valgardena Castelrotto – Nova Ponente – Nova Levante – Fiè – Tires Renon – Sarentino – Meltina – San Genesio Appiano – Caldaro – Andriano – Nalles – Terlano Laives, Bronzolo – Vadena Aldino – Anterivo – Ora – Trodena – Egna – Montagna – Salorno – Cortaccia – Cortina s.s.d.v. – Magrè – Termeno Bolzano 1, 2, 3, 4
Comprensorio Merano	Alta Val Venosta Media Val Venosta Naturno e circondario Lana – Tesimo – Cermes – Postal – Gargazzone – San Felice – Senale – San Pancrazio – Ultimo – Lauregno – Proves Merano e circondario 1

	Merano e circondario 2 Val Passiria
Comprensorio Bressanone	Valle Isarco Bressanone e circondario 1 Bressanone e circondario 2 Chiusa e circondario
Comprensorio Brunico	Campo Tures Brunico e circondario 1 Brunico e circondario 2 Alta Val Pusteria Val Badia

ALLEGATO B - I REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE PNRR

La casa della comunità (CdC)

Oltre al contenuto della presente scheda, che riporta la sezione specifica del DM n. 77/2022, sono da tenere in considerazione, per quanto applicabile al contesto, i requisiti generali, i requisiti generali ulteriori di qualità e sicurezza, i requisiti specifici per l'assistenza in regime ambulatoriale, vigenti in Provincia Autonoma di Bolzano (approvati a partire dall'anno 2003, con riferimento alle previsioni del DPR 14/01/1997).

REQUISITI SPECIFICI DELLE CASE DI COMUNITÀ (rif. DM n. 77/2022)

CATEGORIA	ID PAB	TESTO DM 77
Organizzazione	99_05_01	La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza sanitaria • socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.
Organizzazione	99_05_02	Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi: <ul style="list-style-type: none"> • dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, • subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista • e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.
Organizzazione	99_05_03	Standard:
Organizzazione	99_05_04	- 1 Casa della Comunità <i>hub</i> ogni 40.000-50.000 abitanti;
Organizzazione	99_05_05	- Case della Comunità <i>spoke</i> e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità: <ul style="list-style-type: none"> • avendone in esse la sede fisica • oppure a queste collegate funzionalmente alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.
Personale	99_05_06	Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

Personale	99_05_07	<ul style="list-style-type: none"> • 7-11 Infermieri • 1 assistente sociale • 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo)
Organizzazione	99_05_08	<p>La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.</p>
Organizzazione	99_05_09	<p>La CdC è: una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accesso • l'accoglienza • l'orientamento dell'assistito. <p>La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.</p>
Organizzazione	99_05_10	<p>Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un raccordo intrasettoriale dei servizi • in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza • un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. • un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa
Organizzazione	99_05_11	<p>La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari.</p> <p>L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici di Medicina Generale • Pediatri di Libera Scelta • Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità • Altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. <p>L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche</p>

		delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.
Organizzazione	99_05_12	I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. <ul style="list-style-type: none"> • In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria • un approccio di sanità di iniziativa • una presa in carico della comunità di riferimento • con i servizi h 12 • integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.
Organizzazione	99_05_13	L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:
Organizzazione	99_05_14	- l'accesso unitario e integrato all' <ul style="list-style-type: none"> • assistenza sanitaria • sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento
Organizzazione	99_05_15	- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
Organizzazione	99_05_16	- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
Organizzazione	99_05_16_01	- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
Organizzazione	99_05_17	- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
Organizzazione	99_05_18	- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
Organizzazione	99_05_19	- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
Organizzazione	99_05_20	- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
Organizzazione	99_05_21	- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.
Organizzazione	99_05_22	I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono: <ul style="list-style-type: none"> • l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, • il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).
Organizzazione	99_05_23	Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede:

		<ul style="list-style-type: none"> la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke.
Organizzazione	99_05_24	<p>Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce: l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita:</p> <ul style="list-style-type: none"> da MMG PLS specialisti ambulatoriali interni infermieri di famiglia o comunità infermieri che operano nell'assistenza domiciliare
Personale	99_05_25	<p>La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali:</p>
Personale	99_05_26	- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
Personale	99_05_27	- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
Personale	99_05_28	- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
Organizzazione	99_05_29	- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
Organizzazione	99_05_30	- Punto prelievi;
Tecnologie	99_05_31	- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
Personale	99_05_32	- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
Personale	99_05_33	- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
Organizzazione	99_05_34	- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
Organizzazione	99_05_34_01	- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
Organizzazione	99_05_35	- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;

Organizzazione	99_05_36	- Servizio di assistenza domiciliare di base;
Organizzazione	99_05_37	- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
Organizzazione	99_05_38	- Integrazione con i servizi sociali
Personale	99_05_39	La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:
Personale	99_05_40	- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
Personale	99_05_41	- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
Organizzazione	99_05_42	- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
Personale	99_05_43	- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
Personale	99_05_44	- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
Organizzazione	99_05_45	- Programmi di screening
Organizzazione	99_05_46	- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
Organizzazione	99_05_47	- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
Organizzazione	99_05_48	- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.
Titolo	99_05_49	Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (vedasi Schema 1 in calce alla presente)
Organizzazione	99_05_50	Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.
Personale	99_05_51	Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Coordinatore Infermieristico • 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali • 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e • 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Personale	99_05_52	Nelle CdC hub e spoke , inoltre, sono garantiti l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.
Titolo	99_05_53	Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali
Organizzazione	99_05_54	Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda: <ul style="list-style-type: none"> • dalle funzioni di sanità di iniziativa • di presa in carico • di accesso unitario • di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti sul lato dell'offerta: <ul style="list-style-type: none"> • dal lavoro multiprofessionale • dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse • dal coordinamento tra sociale e sanitario sul lato della governance: <ul style="list-style-type: none"> • dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.
Organizzazione	99_05_55	La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:
Organizzazione	99_05_56	1. Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
Organizzazione	99_05_57	2. Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
Organizzazione	99_05_58	3. Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza domiciliare • specialistica ambulatoriale territoriale • ospedaliera ospedali di comunità • RSA, hospice e rete delle cure palliative, • Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti • servizi per la salute mentale • dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

Organizzazione	99_05_59	<p>4. Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto.</p> <p>Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche.</p> <p>Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.</p> <p>In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.</p>
Organizzazione	99_05_60	Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.
Organizzazione	99_05_61	In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:
Organizzazione	99_05_62	-1. è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
Organizzazione	99_05_63	-2. è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
Organizzazione	99_05_64	-3. è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
Organizzazione	99_05_65	-4. è il luogo dove la comunità ricompile il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Schema 1 –
Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	/	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO

Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	FACOLTATIVO	
Medicina dello sport	FACOLTATIVO	

L'ospedale di comunità (OdC)

Oltre al contenuto della presente scheda, che riporta la sezione specifica del DM 77, sono da tenere in considerazione, per quanto applicabile al contesto, i requisiti generali, i requisiti generali ulteriori di qualità e sicurezza, i requisiti specifici per le aree di degenza, i requisiti per le cure intermedie, i requisiti specifici per l'assistenza in regime ambulatoriale, vigenti in Provincia Autonoma di Bolzano (approvati a partire dall'anno 2003, con riferimento alle previsioni del DPR 14/01/1997).

REQUISITI SPECIFICI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (rif. DM n. 77/2022)

CATEGORIA	ID PAB	TESTO DM 77
Titolo	99_11_01	L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale
Titolo	99_11_02	Standard:
Strutturale	99_11_03	- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
Strutturale	99_11_04	- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione provinciale (il 0,2 è da intendersi come valore minimo).
Personale	99_11_05	Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:
Personale	99_11_06	<ul style="list-style-type: none"> - 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico) - 4-6 Operatori Sociosanitari - 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative - 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.
Organizzazione	99_11_07	L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità: <ul style="list-style-type: none"> - di evitare ricoveri ospedalieri impropri - di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali - di stabilizzazione clinica - di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

Target/Utenza	99_11_08	<p>L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.</p> <p>L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").</p>
Strutturale	99_11_09	<p>L'OdC può avere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una sede propria - essere collocato in una Casa della Comunità - in strutture sanitarie polifunzionali - presso strutture residenziali sociosanitarie - essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.
Strutturale	99_11_09_01	<p>L'OdC deve essere realizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e provinciale in materia di edilizia sanitaria. <p>deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - locali ad uso amministrativo - cucina e locali accessori - lavanderia e stireria - servizio mortuario. - tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.
Strutturale	99_11_10	<p>L'OdC di norma ha un numero di posti letto tra 15 e 20.</p> <p>È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.</p>
Target/Utenza	99_11_11	<p>Possono accedere all'OdC pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale - con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni) provenienti dal: <ul style="list-style-type: none"> - domicilio o da altre strutture residenziali - dal Pronto soccorso - dimessi da presidi ospedalieri per acuti. <p>Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver - attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.
Target/Utenza	99_11_12	Le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:
Target/Utenza	99_11_13	a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
Target/Utenza	99_11_14	b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
Target/Utenza	99_11_15	c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
Target/Utenza	99_11_16	d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.
Personale	99_11_17	I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.
Target/Utenza	99_11_18	Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.
Target/Utenza	99_11_19	In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.
Organizzazione	99_11_20	L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:
Organizzazione	99_11_21	- medico di medicina generale;
Organizzazione	99_11_22	- medico di continuità assistenziale;
Organizzazione	99_11_23	- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
Organizzazione	99_11_24	- medico del pronto soccorso;
Organizzazione	99_11_25	- pediatra di libera scelta.

Organizzazione	99_11_26	Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.
Organizzazione	99_11_27	Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.
Titolo	99_11_28	Responsabilità e personale
Personale	99_11_29	La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può: <ul style="list-style-type: none"> - essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, - può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata: <ul style="list-style-type: none"> - ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.
Personale	99_11_30	L'assistenza infermieristica è garantita: <ul style="list-style-type: none"> - nelle 24 ore 7 giorni su 7 - con il supporto degli Operatori Sociosanitari - in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) - in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.
Organizzazione	99_11_31	<ul style="list-style-type: none"> - All'interno dell'equipe di cura è presente: - l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: - tale infermiere si interfaccia: - con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza - e gli ausili eventualmente necessari - una volta che il paziente tornerà al domicilio.
Personale	99_11_32	<ul style="list-style-type: none"> - L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati: - nel turno diurno (ore 8-ore 20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 - nel turno notturno (ore 20-ore 8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. - L'assistenza notturna è garantita: - anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, - oppure da medici operanti nella struttura.
Organizzazione	99_11_33	<ul style="list-style-type: none"> - L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con: - le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza

		<p>nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili - eventualmente con i servizi sociali dei comuni.
Organizzazione	99_11_34	<ul style="list-style-type: none"> - I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono: - alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza - utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata - inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.
Organizzazione	99_11_35	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello provinciale tramite: - il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. - Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.
Tecnologie	99_11_36	<ul style="list-style-type: none"> - All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.
Strutturale	99_11_37	<ul style="list-style-type: none"> - Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.
Titolo	99_11_38	L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale
Organizzazione	99_11_39	<ul style="list-style-type: none"> - L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: - la rete delle cure intermedie - i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale - le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. - A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a : - garantire la continuità assistenziale - la tempestività degli interventi necessari, - valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.
Organizzazione	99_11_40	<ul style="list-style-type: none"> - Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.
Titolo	99_11_41	Flussi informativi
Organizzazione	99_11_42	Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà da onorare il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Organizzazione	99_11_43	L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo: <ul style="list-style-type: none"> - per la raccolta - il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, - assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale /PA per l'alimentazione del debito informativo nazionale.
Titolo	99_11_44	Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità
Organizzazione	99_11_45	- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
Organizzazione	99_11_46	- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
Organizzazione	99_11_47	- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
Organizzazione	99_11_48	- Degenza media in OdC
Organizzazione	99_11_49	- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
Organizzazione	99_11_50	- N. pazienti provenienti dal domicilio
Organizzazione	99_11_51	- N. pazienti provenienti da ospedali

La centrale operativa territoriale (COT)

Oltre al contenuto della presente scheda, che riporta la sezione specifica del DM 77, sono da tenere in considerazione, per quanto applicabile al contesto, i requisiti generali, i requisiti generali ulteriori di qualità e sicurezza, vigenti in Provincia Autonoma di Bolzano (approvati a partire dall'anno 2003, con riferimento alle previsioni del DPR 14/01/1997).

REQUISITI SPECIFICI DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) (rif. DM n. 77/2022)

CATEGORIA	ID PAB	TESTO DM 77
Organizzazione	99_08_01	La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
Organizzazione	99_08_02	Standard:
Organizzazione	99_08_03	- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
Personale	99_08_04	- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).
Organizzazione	99_08_05	L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.
Organizzazione	99_08_06	La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

Organizzazione	99_08_07	- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> - transizione tra i diversi setting: ammissione - dimissione nelle strutture ospedaliere - ammissione /dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale - ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
Organizzazione	99_08_08	- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
Organizzazione	99_08_09	- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
Organizzazione	99_08_10	- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
Organizzazione	99_08_11	- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute <ul style="list-style-type: none"> - dei percorsi integrati di cronicità (PIC) - dei pazienti in assistenza domiciliare - gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona - telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
Personale	99_08_12	Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: <ul style="list-style-type: none"> - MMG - PLS e medici di continuità assistenziale - medici specialisti ambulatoriali interni, - altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali - nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.
Tecnologie	99_08_13	La COT deve essere: <ul style="list-style-type: none"> - operativa 7 giorni su 7 e deve essere - dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, - software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali - software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello provinciale, usufruisca di un sistema informativo: <ul style="list-style-type: none"> - condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Provinciale 116117.
Organizzazione	99_08_14	La COT è un servizio a valenza distrettuale.



Personale	99_08_15	La dotazione di personale infermieristico per ogni COT: <ul style="list-style-type: none">- dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti Un coordinatore aziendale infermieristico ha: <ul style="list-style-type: none">- La responsabilità del funzionamento della COT- La gestione e del coordinamento del personale.
-----------	----------	--

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 über die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio	BURGER GUENTHER SCHROTT LAURA MELANI CARLA	07/12/2022 15:42:24 07/12/2022 15:34:57 07/12/2022 15:33:21																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%; text-align: center;">Laufendes Haushaltsjahr</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 45%; text-align: center;">Esercizio corrente</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-top: 10px;"> La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">zweckgebunden</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">impegnato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">als Einnahmen ermittelt</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">accertato in entrata</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">auf Kapitel</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">sul capitolo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Vorgang</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">operazione</td> </tr> </table>			Laufendes Haushaltsjahr		Esercizio corrente	La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung			zweckgebunden	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	impegnato	als Einnahmen ermittelt	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	accertato in entrata	auf Kapitel	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	sul capitolo	Vorgang	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	operazione
Laufendes Haushaltsjahr		Esercizio corrente																		
La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung																				
zweckgebunden	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	impegnato																		
als Einnahmen ermittelt	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	accertato in entrata																		
auf Kapitel	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	sul capitolo																		
Vorgang	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	operazione																		
Der Direktor des Amtes für Ausgaben	12/12/2022 17:35:04 NATALE STEFANO	Il Direttore dell'Ufficio spese																		
Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht		Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria																		
Der Direktor des Amtes für Einnahmen		Il Direttore dell'Ufficio entrate																		

Diese Abschrift entspricht dem Original	Per copia conforme all'originale
Datum / Unterschrift	data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

13/12/2022

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

13/12/2022

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 128 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 128 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

06/12/2022

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma