

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 477
Sitzung vom 01/07/2025
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Arno Kompatscher
Rosmarie Pamer
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Magdalena Amhof
Christian Bianchi
Peter Brunner
Ulli Mair
Hubert Messner
Luis Walcher

Vizegeneralsekretärin

Marion Markart

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Vicesegretaria generale

Betreff:

Aktualisierung des BLR Nr. 858 vom
05.10.2021 i.g.F., Sozialgesundheitliche
stationäre und teilstationäre Betreuung im
Rahmen der Essstörungen in Südtirol

Oggetto:

Aggiornamento della D.G.P. n. 858 del
05/10/2021 s.m.i., Assistenza sociosanitaria
residenziale e semiresidenziale nell'ambito
dei disturbi del comportamento alimentare
in Provincia di Bolzano

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung
nimmt folgendes zur Kenntnis.

Gemäß dem DPMR vom 12. Januar 2017 „Festlegung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Artikel 1, Absatz 7 des Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992“ wird Personen mit Essstörungen eine Krankenhausbetreuung gewährleistet, die in einen normalen Akutkrankenhausaufenthalt, eine postakute Rehabilitation und eine Langzeitbetreuung gegliedert ist, sowie eine Sprengelbetreuung, die in Gesundheitseinrichtungen auf dem Territorium erbracht wird.

Art. 33 des DPMR 2017 „Teilstationäre und stationäre sozial-gesundheitliche Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen“, umgesetzt durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 457 vom 18.04.2017, regelt die Voraussetzungen für die Erbringung von intensiver, extensiver und sozialrehabitativer therapeutischer Behandlung.

Essstörungen sind weit verbreitete psychosomatische Erkrankungen, insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen. Die Zahl der Fälle nimmt stetig zu, da der Stress im Zusammenhang mit der Covid 19-Pandemie nicht nur zu zahlreichen Rückfällen bei Personen geführt hat, die bereits in der Vergangenheit an Essstörungen litten, sondern auch zu einer deutlichen Zunahme junger Patienten, die erstmals an solchen Störungen erkranken.

Das landesweite auf dem Territorium angesiedelte Netzwerk für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die an Essstörungen erkrankt sind, kann nur in unzureichendem Maße ihren Bedürfnissen entsprechen. Aus diesem Grund hat die Verfügbarkeit von wohnortnahen stationären und teilstationären Einrichtungen, die wesentlich zur Betreuungskontinuität und zur Verringerung des Risikos einer Chronifizierung der Krankheit beitragen, größte Bedeutung für die Landesverwaltung.

Mit B.L.R. Nr. 858 vom 05 Oktober 2021 über

La Giunta Provinciale
prende atto di quanto segue.

Ai sensi del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, alle persone con disturbi del comportamento alimentare è assicurata l'assistenza ospedaliera, articolata nel ricovero ordinario per acuti e nella riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, nonché l'assistenza distrettuale, erogata in strutture sanitarie operanti sul territorio.

L'art. 33 del D.P.C.M. 2017, “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali”, recepito con delibera della Giunta Provinciale n. 457 del 18.04.2017, disciplina i requisiti per l'erogazione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e socioriabilitativo.

I disturbi del comportamento alimentare (d'ora innanzi anche detti DCA) sono malattie psicosomatiche diffuse, soprattutto tra le ragazze e le giovani donne.

I casi sono in continuo aumento, in quanto lo stress legato alla pandemia da Covid 19, ha determinato non solo numerose ricadute in soggetti che già in passato hanno sofferto di disturbi del comportamento alimentare, ma ha portato a un significativo aumento dei giovani pazienti che per la prima volta hanno sviluppato tali disturbi.

Considerato che per le persone affette da DCA, bambini o adolescenti o persone adulte, la rete provinciale territoriale dei servizi risultava insufficiente, la possibilità di disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, che svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituiva per la Provincia di Bolzano una priorità da perseguire.

Con D.G.P. n. 858 del 05 ottobre 2021,

die „Sozial-gesundheitliche Betreuung im Rahmen der Essstörungen in Südtirol" wurde in der Anlage A das Dokument „Netzwerk für die Behandlung von Essstörungen in Südtirol" genehmigt. Es wurde unter Berücksichtigung der nationalen Richtlinien und Empfehlungen zu Essstörungen erstellt und definiert bzw. beschreibt das integrierte Netzwerk der Betreuungsdienste für die Behandlung von Menschen mit Essstörungen in Südtirol.

Daher wurden in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der nationalen und internationalen Leitlinien über Essstörungen und im Einklang mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungen in Anlage B des oben genannten Beschlusses die Kriterien für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen für Menschen mit Essstörungen durch akkreditierte und vertragsgebundene private Einrichtungen festgelegt, die insbesondere umfassende therapeutische Rehabilitationsbehandlungen gemäß Art. 33 Abs. 2 Buchst. b) des DPMR vom 12. Januar 2017 regeln.

In der Anlage C1 sind die Bestimmungen über die Finanzierung der Essstörungen aufgeführt, die, wie im Beschluss ausdrücklich vorgesehen, ein Jahr nach dessen Genehmigung in Bezug auf die tatsächliche Produktionsentwicklung und die Entwicklung der der Tätigkeit zuzuschreibenden Kosten zu überprüfen sind.

Angesichts der Pandemie und ihrer Folgen für den Landesgesundheitsdienst, insbesondere der Verschärfung des Problems der langen Wartelisten, die sogar über zwei Jahre hinausgehen, und des Mangels an Gesundheitspersonal, wurde mit dem BLR Nr. 244 vom 20. März 2023 der Anhang B des BLR 858/2021 geändert, um die Anzahl der Personen zu erweitern, die befugt sind, Patienten in das Tageszentrum (TZ) und in die therapeutische Rehabilitationsgemeinschaft (TRG) für die stationäre Betreuung von Essstörungen zu überweisen.

recante "Assistenza sociosanitaria nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare in Provincia di Bolzano", veniva approvato nell'allegato A il documento "La rete dei servizi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Provincia di Bolzano", elaborato secondo le linee guida e le raccomandazioni nazionali in materia di disturbi dell'alimentazione ed in cui veniva definita e descritta la rete di offerta assistenziale integrata per la presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare in Provincia di Bolzano.

Conformemente a quanto previsto dalle linee guida nazionali e internazionali in materia di DCA e sulla base delle più recenti evidenze e ricerche scientifiche, venivano stabiliti nell'Allegato B della summenzionata deliberazione i criteri per l'erogazione delle prestazioni semiresidenziali e residenziali a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare da parte di strutture private accreditate e convenzionate, disciplinandosi in particolare i trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. b), del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Nell'Allegato C1 venivano invece definite le disposizioni relative al finanziamento dei DCA da rivedersi, come espressamente previsto in delibera, decorso un anno dall'approvazione della stessa, in relazione all'effettivo andamento della produzione e all'evoluzione dei costi imputabili all'attività.

Considerata la pandemia e le sue conseguenze sul Servizio sanitario provinciale, in particolare l'acuirsi della problematica delle lunghe liste d'attesa, anche oltre i due anni, nonché la carenza di personale sanitario, con D.G.P. n. 244 del 20 marzo 2023 è stato modificato l'Allegato B della D.G.P. 858/2021, ampliando il novero dei soggetti deputati ad inviare i pazienti al Centro Diurno (CD) per l'assistenza semiresidenziale ed alla Comunità terapeutico riabilitativa (CTR) per l'assistenza residenziale dei DCA.

In Anbetracht der erheblichen Zunahme der Zahl der sehr jungen Menschen, die an Essstörungen leiden, und somit der sich abzeichnenden Bedürfnisse und Anliegen der Bürgerinnen und Bürger, wurde mit oben genanntem Beschluss, auf Anfrage der Ärzte des Südtiroler Sanitätsbetriebes hin, sowohl das Alter für den Zugang zum Tageszentrum und zur Therapeutischen Rehabilitationsgemeinschaft als auch - nur für Minderjährige unter 18 Jahren - die Anforderung an den BMI geändert, der durch das Kriterium des dritten Perzentils ersetzt wurde, welches in der wissenschaftlichen Literatur als der geeignetste Indikator für die Messung des Wachstums von Minderjährigen angesehen wird, wie im Einzelnen ausdrücklich in Anhang B der vorliegenden Maßnahme angeführt.

Angesichts verschiedener kritischer Punkte, die in der Anfangsphase der Tätigkeit festgestellt wurden, insbesondere die uneinheitliche Anzahl von stationären und teilstationären Tagen, die Notwendigkeit einer größeren Flexibilität in Bezug auf die tägliche und wöchentliche Anwesenheit, die kurzfristigen Absagen und ungerechtfertigten Abwesenheiten und die Notwendigkeit, den Personalstandard zu ändern, wurde es, um eine angemessene finanzielle Deckung zu gewährleisten, als angemessen erachtet, von einem tarifbasierten Finanzierungssystem auf ein neues funktionsbasiertes Finanzierungssystem überzugehen, wie in Anhang C1 des BLR Nr. 244/2023 angeführt.

Da die im Jahr 2023 vorgesehene Personalausstattung und das funktionsbasierte Finanzierungssystem von vorübergehender Dauer war, da es seinerzeit in der Provinz Bozen keine Bezugsstandards für die neuen Betreuungsaktivitäten im Bereich der Essstörungen gab, ist es angesichts der bisherigen Erfahrungen notwendig:

1) die Personalparameter des Tageszentrums (TZ) und der therapeutischen Rehabilitationsgemeinschaft (TRG) zu ändern, indem der Personalstandard im Einvernehmen mit dem Sanitätsbetrieb neugestaltet und an die Zielgruppe der Patienten sowie an den

Inoltre, alla luce del significativo aumento di giovanissimi affetti da DCA e quindi delle esigenze emergenti e delle richieste della cittadinanza-utenza, su richiesta dei clinici dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, sono stati modificati con la succitata deliberazione sia l'età anagrafica di accesso al Centro Diurno e alla Comunità terapeutico riabilitativa, sia, con riferimento ai soli minori di anni 18, il requisito del BMI, il quale è stato sostituito dal criterio del terzo percentile, ritenuto dalla letteratura scientifica l'indicatore più idoneo a misurare la crescita dei minorenni, come espressamente riepilogato in dettaglio nell'Allegato B del presente provvedimento.

Infine, in considerazione di diverse criticità rilevate in fase di avviamento dell'attività, in particolare i volumi di giornate residenziali e semi-residenziali non costanti, la necessità di una maggiore flessibilizzazione rispetto alle presenze diurne e settimanali, le disdette improvvisate e le assenze non giustificate, nonché la necessità di modificare lo standard di personale, al fine di assicurare una congrua copertura finanziaria si è ritenuto appropriato passare da un sistema di finanziamento a tariffa ad un nuovo sistema di finanziamento a funzione, come indicato nell'Allegato C1 della D.G.P. n. 244/2023.

Poiché la dotazione organica e il sistema di finanziamento a funzione delineati nel 2023 avevano una durata temporanea, non sussistendo all'epoca in Provincia di Bolzano standard di riferimento per la nuova attività assistenziale in materia di disturbi del comportamento alimentare, in virtù dell'esperienza sino ad oggi maturata, è allo stato necessario:

1) modificare i parametri del personale del Centro Diurno (CD) e della Comunità terapeutico riabilitativa (CTR), rimodulando in accordo con l'Azienda sanitaria lo standard di personale, che viene in concreto adattato sia al target di pazienti che ai reali fabbisogni

tatsächlichen Betreuungsbedarf, der sich in den ersten Jahren der Tätigkeit herausgestellt hat, angepasst wird, wobei auch die Schwierigkeiten bei der Suche nach bestimmten Fachkräften auf dem Markt berücksichtigt werden;

2) das Finanzierungssystem der therapeutischen Rehabilitationsgemeinschaft (TRG) zu ändern, für welche angesichts des bisher ermittelten Case-Mix des Personalbestands und der Zielnutzer ein pauschales tarifbasiertes (der Dienstleistungen) System angemessener ist; für das Tageszentrums (TZ) bleibt das funktionsbasierte Finanzierungssystem angesichts der Fragilität der Nutzer sowie der Notwendigkeit, eine maximale Flexibilität bei der Tagesbetreuung zu gewährleisten, bestehen.

Für die Erbringung der teilstationären und stationären Leistungen zugunsten von Personen mit Essstörungen seitens privater vertragsgebundener Einrichtungen werden, für deren Finanzierung, die in Anlage C1 des vorliegenden Beschlusses enthaltenen Bestimmungen festgelegt, welche folgendermaßen zusammengefasst werden können:

- Mindestparameter der Personalausstattung für die Verwaltung von territorialen Einrichtungen, die sei es teilstationäre, sei es stationäre Tätigkeiten durchführen und über eine maximale Kapazität von 12 Plätzen bzw. 8 Betten verfügen;
- allumfassende Tagesstarife für die Vergütung der stationären Leistungen und der therapeutischen Abwesenheiten sowie damit verbundene Anwendungsregeln;
- funktionsbezogene Finanzierung für teilstationäre Leistungen, die im Tageszentrum (TZ) erbracht werden.

Darüber hinaus werden die Tarife für die Abrechnung bei der Betreuung von Patienten mit Wohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen festgelegt.

Schließlich werden in Anlage C2 die neuen Verzeichnisse der zulässigen und nicht zulässigen Kosten festgelegt.

Die Aktualisierung des Finanzierungssystems

assistenzialen emersi nel corso dei primi anni di attività, tenuto anche conto delle difficoltà di reperire sul mercato determinate figure professionali;

2) modificare il sistema di finanziamento della Comunità terapeutico riabilitativa, per la quale risulta più adeguato il finanziamento a tariffa giornaliera omnicomprensiva (delle prestazioni), alla luce del case mix della dotazione organica e dell'utenza target, ad oggi associati; per il Centro Diurno (CD) permane invece il sistema di finanziamento a funzione, considerata la fragilità dell'utenza, nonché la necessità di garantire la massima flessibilità delle presenze diurne.

Per l'erogazione da parte del privato convenzionato delle prestazioni semiresidenziali e residenziali a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare, si individuano, ai fini del relativo finanziamento, le disposizioni contenute nell'Allegato C1 della presente deliberazione, che di seguito si riassumono:

- parametri minimi del personale per la gestione di strutture territoriali che accolgono al contempo attività semiresidenziali e residenziali, rispettivamente con una capienza massima di 12 posti e 8 posti letto;
- tariffe giornaliere omnicomprensive di remunerazione delle prestazioni residenziali e delle assenze terapeutiche, nonché relative regole applicative;
- finanziamento a funzione per le prestazioni semiresidenziali erogate nel Centro Diurno (CD).

Inoltre, si stabiliscono le tariffe per la fatturazione degli addebiti, nel caso di assistenza a pazienti residenti fuori dalla Provincia autonoma di Bolzano.

Infine, nell'Allegato C2 si definiscono i nuovi elenchi dei costi riconoscibili e non riconoscibili.

L'aggiornamento del sistema di finanziamento

berücksichtigt auch den Betrag von 5.000.000,00 Euro pro Jahr für den Dreijahreszeitraum 2025-2027, der mittels Landesgesetz Nr. 3 vom 15. April 2025 - betreffend die Abänderung des Haushaltsvoranschlags der Autonomen Provinz Bozen 2025-2027 - zugunsten der privaten vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen des dritten Sektors bereitgestellt wurde, angesichts der Notwendigkeit, deren Finanzierung an die gestiegenen Standardkosten des sozial-gesundheitlichen Personals anzugleichen.

Die geschätzten Ausgaben belaufen sich auf 1.486.000,00 Euro für das Jahr 2025, davon 720.468,00 Euro für die stationäre Pflege und 765.532,00 Euro für die teilstationäre Pflege. Die Mehrausgaben 2025 im Vergleich zu 2024 werden für den Sanitätsbetrieb auf insgesamt 265.000,00 Euro geschätzt.

Diese Maßnahme führt für das zweite Halbjahr 2025 zu Mehrkosten für den Landeshaushalt in Höhe von insgesamt 132.500,00.- Euro.

Da das Finanzierungssystem gemischt ist, d.h. tarif- und funktionsbasiert, wobei auch die budgetfinanzierten Kosten (wie Personalkosten, Güter und Dienstleistungen und der Anteil an den allgemeinen Kosten) berücksichtigt werden, werden die tatsächlichen Ausgaben für 2025, sofern sie höher sind, vom Sanitätsbetrieb innerhalb ihrer verfügbaren Ressourcen moduliert.

Für die Jahre 2026 und 2027 werden jährliche Mehrkosten in Höhe von jeweils 265.000,00.- Euro geschätzt.

Die Deckung der Mehrausgaben ist in den jeweiligen Haushaltsjahren durch die Verfügbarkeiten auf dem Kapitel U13011.0000 des Verwaltungshaushaltes des Landes gewährleistet, die im Rahmen der zukünftigen Beschlüsse für ungebundene Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zweckgebunden werden.

Gemäß Art. 34 des Gesetzes vom 23. Dezember 1994, Nr. 724, finanziert die Autonome Provinz Bozen den Landesgesundheitsdienst eigenständig, „ohne jeglichen Beitrag des gesamtstaatlichen Haushalts, indem vorrangig die Einkünfte der Gesundheitsabgaben [...] und ergänzend die eigenen Haushaltsressourcen benutzt werden“.

tiene inoltre conto dell'importo pari a 5.000.000,00 euro annui nel triennio 2025-2027, che, mediante legge provinciale n. 3 del 15 aprile 2025 di variazione al bilancio di previsione della Provincia autonoma di Bolzano 2025-2027, è stato messo a disposizione delle strutture sanitarie private del Terzo settore convenzionate con il Servizio Sanitario provinciale, vista la necessità di aumentarne i finanziamenti alla luce dell'aggiornamento del costo standard del personale socio-sanitario.

La spesa stimata è pari a 1.486.000,00 euro per l'anno 2025, di cui 720.468,00 per l'assistenza residenziale e 765.532,00 per l'assistenza semiresidenziale. La maggiore spesa totale 2025 rispetto al 2024 per l'Azienda sanitaria è stimata in 265.000,00.- euro.

Il presente provvedimento comporta maggiori oneri a carico del bilancio provinciale per il secondo semestre 2025 stimabili in complessivi 132.500,00 euro.

Poiché il sistema di finanziamento è misto, ovvero a tariffa e a funzione, tenendo conto anche dei costi finanziati a budget (quali costi del personale, beni e servizi e quota di costi generali), la spesa effettiva per il 2025, qualora superiore, sarà modulata dall'Azienda sanitaria nel limite delle proprie disponibilità.

Per gli anni 2026 e 2027 si stimano maggiori oneri pari a 265.000,00.- euro per ciascun anno.

La copertura delle maggiori spese è garantita nei rispettivi esercizi finanziari dagli stanziamenti sul capitolo U13011.0000 del Bilancio finanziario gestionale della Provincia autonoma di Bolzano che saranno impegnati nell'ambito delle future deliberazioni di assegnazione a destinazione indistinta all'Azienda sanitaria.

Ai sensi dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1994 n. 724 la Provincia autonoma di Bolzano provvede autonomamente al finanziamento del SSP “senza alcun apporto del bilancio dello Stato, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti [...] e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci”.

Alles dies vorausgeschickt,

Tutto ciò premesso,

beschließt

la Giunta provinciale

die Landesregierung

delibera

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

a voti unanimi legalmente espressi:

1. Die Anlage B „Kriterien für die Erbringung von stationären und teilstationären Leistungen für Personen mit Essstörungen vonseiten privater vertragsgebundener Einrichtungen“, welche die Anlage B des BLR Nr. 858 vom 05. Oktober 2021 i.g.F. zur Gänze ersetzt, wird als wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses genehmigt.
2. Die Anlage C1 „Finanzierung der von akkreditierten privaten Einrichtungen erbrachten stationären und teilstationären Tätigkeit zugunsten von Personen mit Essstörungen“, welche die Anlage C1 des BLR Nr. 858 vom 05. Oktober 2021 i.g.F. zur Gänze ersetzt, wird als wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses genehmigt.
3. Die Anlage C2 „Zulässige und nicht zulässige Kosten“, welche die Anlage C2 des BLR Nr. 858 vom 05. Oktober 2021 i.g.F. zur Gänze ersetzt, wird als wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses genehmigt.
4. Der BLR Nr. 244 vom 20. März 2023 wird widerrufen.
5. Die Deckung der durch diese Maßnahme entstehenden zusätzlichen Ausgaben zu Lasten des Landeshaushalts, die für das Jahr 2025 (6 Monate) auf 132.500,00.- Euro und für die Jahre 2026 und 2027 jeweils auf

1. viene approvato, quale parte integrante e sostanziale della presente delibera, l'Allegato B, “Criteri per l'erogazione da parte di strutture private accreditate e convenzionate delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con disturbi del comportamento alimentare”, che sostituisce integralmente l'Allegato B della D.G.P. n. 858 del 05 ottobre 2021 e ss.mm.ii;
2. viene approvato, quale parte integrante e sostanziale della presente delibera, l'Allegato C1, “Finanziamento dell'attività in regime semiresidenziale e residenziale erogata da strutture private accreditate convenzionate a favore di persone affette da disturbi del comportamento alimentare”, che sostituisce integralmente l'Allegato C1 della D.G.P. n. 858 del 05 ottobre 2021 e s.m.i.;
3. viene approvato, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, l'Allegato C2, “Costi riconoscibili e non riconoscibili”, che sostituisce integralmente l'Allegato C2 della D.G.P. n. 858 del 05 ottobre 2021 e s.m.i.;
4. viene revocata la D.G.P. n. 244 del 20 marzo 2023;
5. la copertura della spesa aggiuntiva a carico del bilancio provinciale derivante dal presente provvedimento, stimata in 132.500,00.- euro per l'anno 2025 (6 mesi) e in 265.000,00.- euro per ciascun anno 2026 e 2027, è garantita nei

265.000,00.- Euro geschätzt werden, ist in den jeweiligen Haushaltsjahren durch die Mittelbereitstellungen auf dem Kapitel U13011.0000 des Verwaltungshaushaltes der Autonomen Provinz Bozen 2025–2027, welche im Rahmen der zukünftigen Beschlüsse für ungebundene Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zweckgebunden werden, gewährleistet.

6. Die gegenständliche Maßnahme gilt ab dem 01.07.2025.
7. Die gegenständliche Maßnahme wird dem Sanitätsbetrieb elektronisch übermittelt, damit dieser für deren Implementierung und Übermittlung an alle betroffenen internen und externen Dienste sorgt.
8. Dieser Beschluss wird gemäß Artikel 28, Absatz 1, des Regionalgesetzes vom 22. Oktober 1993, Nr. 17, in geltender Fassung im Amtsblatt der Region veröffentlicht, da die entsprechende Maßnahme die Allgemeinheit betrifft.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

rispettivi esercizi finanziari dagli stanziamenti sul capitolo U13011.0000 del bilancio finanziario gestionale 2025-2027 della Provincia autonoma di Bolzano, che saranno impegnati nell'ambito delle future deliberazioni di assegnazione a destinazione indistinta all'Azienda sanitaria

6. il presente provvedimento trova applicazione a decorrere dal 01.07.2025;
7. è prevista la trasmissione digitale del presente provvedimento all'Azienda sanitaria, affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni interessati;
8. la presente delibera verrà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige ai sensi dell'art. 28, comma 1, della legge provinciale n. 17 del 22 ottobre 1993 e ss.mm.ii., in quanto trattasi di un atto che interessa la generalità.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ANLAGE B

KRITERIEN FÜR DIE ERBRINGUNG VON STATIONÄREN UND TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT ESSSTÖRUNGEN VONSEITEN PRIVATER VERTRAGSGEBUNDENER EINRICHTUNGEN

INHALT

1. PRÄMISSEN
2. BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT/ZIELE
3. ORT DER TÄTIGKEIT
4. ZUGANGS- UND ZUSENDUNGSMODALITÄTEN
5. TAGESZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN
 - 5.1. ZIELGRUPPE
 - 5.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUM TAGESZENTRUM
 - 5.3. ZIELE
6. THERAPEUTISCH-REHABILITATIVE GEMEINSCHAFT
 - 6.1. ZIELGRUPPE
 - 6.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUR TRG
 - 6.3. ZIELE
7. THERAPIEPLAN
 - 7.1. INDIVIDUALISIERTES THERAPEUTISCHES REHABILITATIONSPROJEKT (I.T.R.P.)
 - 7.2. MULTIMODALE VORGEHENSWEISE
 - 7.3. MEHRPHASIGE VORGEHENSWEISE

1. PRÄMISSEN

Das vorliegende Dokument beschreibt die Mindestkriterien für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen für Personen mit Essstörungen und regelt insbesondere die Voraussetzungen für die Erbringung von therapeutisch-rehabilitativen Behandlungen umfassenden Charakters gemäß den wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Art. 33, Abs. 2, Buchstabe b), des DPMR 12. Januar 2017.

Diese Kriterien sind in Übereinstimmung mit den unten aufgeführten nationalen und internationalen Richtlinien bestimmt:

- NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);
- Eating Disorders APA guidelines (2006),
- Guideline Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014);
- Nationale Richtlinien für die Ernährungsrehabilitation bei Essstörungen, „Quaderni della Salute“ (ISSN 29/09/2017);
- Consensus Conference Essstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ISSN 2013)

Das Schlüsselkonzept der sozial-gesundheitlichen Patientenübernahme ist die multidimensionale Bewertung der Bedürfnisse unter klinischen, funktionalen und sozialen Gesichtspunkten. Außerdem ist es unerlässlich, Betreuungspfade zu schaffen, die eine Kombination der verschiedenen Betreuungsformen (Krankenhaus, stationäre und teilstationäre, ambulante, territoriale und häusliche Pflege) ermöglichen, um eine Betreuungskontinuität zu gewährleisten.

2. BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT/ZIELE

Im Bereich der Behandlung von Essstörungen besteht das Hauptziel der therapeutisch- rehabilitativen Leistungen, die in stationären und teilstationären Einrichtungen angeboten werden, darin, den Patienten in einem Lebenskontext unterzubringen, der Sicherheit und eine einladende familiäre Atmosphäre bietet. Diese Faktoren wirken sich mittel- und langfristig positiv auf Veränderung und Genesung aus.

Der Betreuungspfad in der therapeutisch-rehabilitativen Gemeinschaft (TRG) und im Tageszentrum (TZ) führt die Person durch die Rehabilitationsphasen, um schrittweise eine Selbständigkeit der Person im eigenen Lebenskontext zu erreichen.

Zu den Hauptzielen gehören Folgende:

- die Gewährleistung einer proaktiven Gesundheitsbetreuung, die auf einer sorgfältigen Beurteilung der Bedürfnisse des Patienten basiert;
- Erleichterung von Entscheidungsprozessen der Teams hinsichtlich der einzuschlagenden therapeutischen Pfade;
- Minimierung des Risikos einer Chronifizierung;
- stärkere Einbeziehung der Herkunftsfamilien, insbesondere bei minderjährigen Patienten;
- therapeutische Kontinuität mit den eigenen sozialen und medizinischen Fachkräften;
- die Betreuung des Patienten aus diätologischer und diätetischer, internistischer, emotionaler und psychosozialer Sicht.

3. ORT DER TÄTIGKEIT

Die Tätigkeit findet in einem territorialen Kontext statt, der leicht zugänglich ist und sich in der Nähe größerer Schulen und wichtiger Dienste befindet.

4. ZUGANGS- UND ZUSENDUNGSMODALITÄTEN

Die Indikation zur Zuweisung kommt von öffentlichen Stellen und Diensten wie z. B. Fachambulanzen,

Allgemeinärzten, Kinderärzten freier Wahl oder anderen Fachärzten. Diese überweisen sie vorab an die territorialen Fachambulanzen für Essstörungen, die in den vier Gesundheitsbezirken tätig sind.

Die Zuweisung in das TZ und die TRG erfolgt durch wohnortnahe Fachambulanzen für Essstörungen (für die privat-öffentlichen Ambulanzen, z.B. Bozen, muss die Zuweisung durch das darin angestellte Personal des öffentlichen Dienstes erfolgen).

Die Bewertung bei der Aufnahme in die TZ und TRG erfolgt durch ein multidisziplinäres Team, das nach dem Erhalt der für die Bewertung des Gesundheitszustands des Patienten erforderlichen Unterlagen das individuelle therapeutisch-rehabilitative Projekt (ITRP) vorbereitet/bearbeitet.

5. TAGESZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN

Das TZ ist mindestens 6 Stunden pro Tag und mindestens 5 Tage pro Woche geöffnet.

Der tägliche Aufenthalt im Tageszentrum wird individuell festgelegt, je nach den Merkmalen und Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten und umfasst eine tägliche Mahlzeit, die Vorbereitung und die Behandlung nach der Mahlzeit (für eine Dauer von etwa drei Stunden).

5.1. ZIELGRUPPE

Das TZ nimmt Patienten beiderlei Geschlechts auf, die mindestens 12 Jahre alt sind und einen BMI von 14 oder mehr haben.

Die Dauer des teilstationären Therapieprogramms beträgt ca. 4/6 Monate und ist nach einem mehrphasigen Therapiemodell gegliedert, das eine erste intensive Behandlungsphase (1/2 Monate), eine zweite Stabilisierungsphase (ca. 3-4 Monate) und eine Abschlussphase des Programms, die die Rückkehr des Patienten in sein tägliches Leben beinhaltet, vorsieht.

Im TZ werden folgende Patienten behandelt:

- Postakute Patienten, die aus einem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern und/oder speziellen Einrichtungen kommen;
- Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung allein nicht ausreichend wirksam war, die aber gleichzeitig keine psychoklinische Situation aufweisen, die eine stationäre Aufnahme erfordert.

5.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUM TAGESZENTRUM

Die Zugangsvoraussetzungen für das Tageszentrum sind:

- Eine Essstörung als Primärdiagnose auch mit bestehender psychopathologischer Komorbidität;
- BMI gleich oder größer als 14 und mit ausreichender psycho-physischer Stabilität;
- Keine Selbstmordgedanken und selbstverletzendes Verhalten;
- Keine Substanzabhängigkeiten;
- Persönliche Motivation;
- Teilnahme der Familienmitglieder an den ihnen zugeteilten therapeutischen Projekten, zwingend erforderlich für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

5.3. ZIELE

Die Ziele, die das Tageszentrum (TZ) verfolgt, sind:

- Gewichtsrückgewinnung und Gewichtsstabilisierung;
- Beseitigung von Kompensationsverhalten;

- Autonomisierung des Essverhaltens in Bezug auf die Wahl der Nahrungsmengen/-qualität und die Einhaltung einer konstanten Mindestanzahl von Mahlzeiten pro Tag;
- Beseitigung der Dysmorphophobie durch die Verstärkung der Körperwahrnehmung;
- Erhöhtes Selbstwertgefühl, erhöhte Selbstsicherheit und Umsetzung von Problemlösungsfähigkeiten;
- Aufbau und Stärkung von sozialen Fähigkeiten;
- Unterstützung und Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess.

Der Schwerpunkt der teilstationären Behandlung richtet sich daher auf:

- Intensiveres Herangehen an spezifische Schwierigkeiten bei der ambulanten Standardbehandlung (z. B. Unfähigkeit, die Gewichtszunahme zu bewältigen oder die Häufigkeit bulimischer Episoden zu reduzieren, selbst verursachtes Erbrechen und übermäßige sportliche Betätigung);
- Fortführung und Stabilisierung des stationären psychologischen und ernährungsmedizinischen Rehabilitationsprogramms als vorbereitende Behandlungsstufe für die normale ambulante Behandlung;
- Schaffung eines Übergangs zur Autonomie für die Person, sowohl im Umgang mit der eigenen Ernährung als auch in allen lebensbezogenen Fähigkeiten.

6. THERAPEUTISCH-REHABILITATIVE GEMEINSCHAFT

Die therapeutisch-rehabilitative Gemeinschaft ist 365 Tage im Jahr geöffnet und bietet eine 24-Stunden-Betreuung.

6.1. ZIELGRUPPE

Die TRG nimmt Patienten beiderlei Geschlechts auf, die mindestens 14 Jahre alt sind und einen BMI von 15 oder größer sowie einen Perzentilindikator von 3 oder darunter haben, außer in Ausnahmefällen, die vom multidisziplinären Team bewertet werden.

Die Dauer des stationären Therapieprogramms beträgt ca. 4/8 Monate und ist nach einem mehrphasigen Therapiemodell gegliedert, das eine erste intensive Behandlungsphase (1/2 Monate), eine zweite Stabilisierungsphase (ca. 2 Monate) und eine Abschlussphase des Programms, die die Rückkehr des Patienten in sein tägliches Leben beinhaltet, vorsieht.

Folgende Personen haben Zugang zur TRG:

- Postakute Patienten, die aus einem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern und/oder speziellen Einrichtungen kommen;
- Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung allein nicht ausreichend wirksam war, die aber gleichzeitig keine psychoklinische Situation aufweisen, die eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erforderlich macht.
- Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen eine vorübergehende Entfernung aus dem familiären Umfeld als notwendig erachtet wird, um den therapeutischen Prozess zu erleichtern und die Prozesse der Autonomie zu ermöglichen.

6.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUR TRG

Die Zugangsvoraussetzungen für die therapeutisch-rehabilitativen Wohngemeinschaften sind:

- Eine Essstörung als Primärdiagnose auch bei bestehender psychopathologischer Komorbidität;
- BMI gleich oder größer als 15 mit einem Perzentilindikator von 3 oder darunter und mit

ausreichender psycho-physischen Stabilität;

- Keine Selbstmordgedanken und selbstverletzendes Verhalten;
- Keine Substanzabhängigkeiten;
- Persönliche Motivation;
- Teilnahme der Familienmitglieder an den ihnen zugeteilten therapeutischen Projekten, zwingend erforderlich für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

6.3. ZIELE

Die Ziele, welche die therapeutisch-rehabilitative Wohngemeinschaft verfolgt, sind:

- Gewichtsrückgewinnung und Gewichtsstabilisierung;
- Beseitigung von Kompensationsverhalten;
- Autonomisierung des Essverhaltens in Bezug auf die Wahl der Nahrungsmengen/-qualität und die Einhaltung einer konstanten Mindestanzahl von Mahlzeiten pro Tag;
- Beseitigung der Dymorphophobie durch die Verstärkung der Körperwahrnehmung;
- Erhöhtes Selbstwertgefühl, erhöhte Selbstsicherheit und Umsetzung von Problemlösungsfähigkeiten;
- Aufbau und Stärkung von sozialen Fähigkeiten;
- Unterstützung und Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess.
- Unterstützung bei der Umsetzung der zukünftigen persönlichen Orientierung (Studium, Beruf, Familie, etc.).

7. THERAPIEPLAN

7.1. INDIVIDUALISIERTES THERAPEUTISCHES REHABILITATIONSPROJEKT (I.T.R.P.)

Das ITRP ist ein im multidisziplinären Team festgelegtes und mit dem Patienten vereinbartes Arbeitsinstrument, aus dem Folgendes deutlich hervorgeht:

- Entsendender Dienst/vorheriger Betreuungspfad (ambulant, Krankenhausaufenthalt, etc.);
- Ausgangssituation des Patienten zum Zeitpunkt des Zugangs zur TRG oder TZ, mit Angabe der erforderlichen Betreuungsintensität (Intensiv- oder zur Stabilisierung) sowie Klärung der persönlichen Mittel des Patienten und möglicher kritischer Umstände;
- Festlegung des Betreuungspfades;
- allgemeine Ziele;
- spezifische Ziele;
- ungefähre Schätzung der Dauer des Pfades;
- Festlegung des *case managers*;
- Unterzeichnung des Therapievertrages mit dem Patienten bzw. bei einem minderjährigen Patienten mit dem Patienten selbst und seinen Eltern/gesetzlichen Vertretern.

Die Behandlungspläne werden durch **multimodale** und **mehrphasige** Maßnahmen umgesetzt.

7.2. MULTIMODALE VORGEHENSWEISE

Die therapeutisch-rehabilitative Vorgehensweise bedient sich der folgenden Maßnahmen, die vom Team in integrierter Weise durchgeführt werden:

PSYCHOTHERAPIE

Die psychotherapeutischen Bezugsmodelle beziehen sich hauptsächlich auf den Bereich der kognitiven, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und systemisch-beziehungsorientierten Therapie.

Die **Einzelgespräche** zielen darauf ab, dem Patienten zu helfen, die intrapsychische und familiäre Dynamik des durch das Symptom ausgedrückten Unbehagens zu erkunden und Unterstützung bei der Suche nach Veränderung anzubieten. Die Gespräche zielen darauf ab, das Identitätssystem in Bezug auf die eigene Person und das Selbstwahrnehmungssystem in Bezug auf das eigene Körperbild wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Es ist auch wichtig, an dem Kontext zu arbeiten, dem der Patient angehört (Familie, Schule, Arbeit, Freundschaftsnetzwerke usw.).

Die **Gruppentherapie** bildet die Grundlage des gesamten therapeutischen Prozesses, da sie einen bedeutenden sozialen Wert hat und die Verfolgung der Regeln des Teilens und der Gegenseitigkeit ermöglicht, nämlich:

- Gruppenteilnehmer als Experten für ihren eigenen Zustand;
- Gemeinsamer Kampf gegen die Krankheit;
- Gegenseitiger Respekt für Werte;
- Offenheit und Vertrauen ineinander;
- Gegenseitige Hilfe und Unterstützung;
- Verstärkung der inneren und zwischenmenschlichen Werte;
- Lernen aus den Erfahrungen anderer;
- Umsetzung von sozialen Fähigkeiten.

Die **Familientherapie**, die möglichst allen Patienten angeboten wird, ist bei minderjährigen Patienten obligatorisch und ermöglicht die Einbeziehung der Familie in den Therapiepfad.

Der Pfad für die Eltern ist in psycho-pädagogische und unterstützende Sitzungen mit einer festgelegten Regelmäßigkeit gegliedert, wobei die Rolle der Emotionen im Familienleben, die Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation, die Vertiefung der Kenntnisse über Essstörungen, die Beziehung zum Körper und zum eigenen Körperbild, die Förderung der Elternschaft und die Analyse der Bedürfnisse der eigenen Kinder im Mittelpunkt stehen.

Es ist notwendig, die Beteiligung, Information und Eigenverantwortung der Familie am Behandlungsplan und die Einbeziehung von Personen, die eine wichtige Beziehung zum Patienten haben, zu gewährleisten und gleichzeitig die Betreuungskontinuität in der heiklen Phase nach der Entlassung zu erhalten.

Die Maßnahmen werden folgendermaßen umgesetzt:

- Familientherapiesitzungen, die darauf abzielen, die Dynamik und den Beziehungs- und Kommunikationsstil innerhalb der Familie in Bezug auf die Krankheit der Kinder zu unterstützen und zu verändern;
- Thematische und psycho-pädagogische Gruppen nur für Eltern;
- Eingriffe zu Hause.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Sie wird mit dem Ziel vorgeschlagen und durchgeführt, die Person bei der Suche nach ihrer eigenen Ernährungsautonomie zu unterstützen.

Durch die Einzelgespräche, die Gruppentreffen mit dem Ernährungstherapeuten und die betreuten Mahlzeiten lernt jeder Patient, seine Ernährung selbst zu planen und dabei sowohl die Menge, die Qualität und die Möglichkeit der Auswahl der einzelnen Mahlzeiten zu bewerten als auch die Art und Weise zu verbessern, wie er im Allgemeinen damit umgeht (Zeitaufwand, Häufigkeit der Mahlzeiten, Organisation des Raums, Beseitigung von externen Ablenkungen oder Stressquellen).

Dies ermöglicht den Patienten, seine Ängste zu konfrontieren und neu zu besprechen und sich schrittweise phobischen Situationen und Nahrungsmitteln auszusetzen, in einem schützenden Kontext, der ihm die Schwierigkeiten bewusst macht und es ihm ermöglicht, sich für seinen eigenen Behandlungsverlauf verantwortlich zu fühlen.

Haupttätigkeiten der Ernährungstherapie:

- individuelle Beratungen mit dem Bezugs-Ernährungstherapeut;
- psychoedukative Gruppen und Gewöhnung an Lebensmittel;
- Zubereitung von Mahlzeiten;
- Betreute Mahlzeiten: Der eigentliche Zweck der Betreuten Mahlzeiten ist nicht die Kontrolle oder Überwachung der Kalorien im Essen, sondern die emotionale Unterstützung in den schwierigsten Momenten der Rehabilitation der Gäste.

DIÄTOLOGIE

Diätologische Visiten/Diätbewertungen zur Überwachung der Gewichtsentwicklung und aller anderen physiologischen Werte werden für jeden Patienten wöchentlich oder zweimal pro Woche angesetzt.

PSYCHIATRISCHE-NEUROPSYCHIATRISCHE KINDERBERATUNG

Psychiatrische-Neuropsychiatrische Kinderberatung zur sorgfältigen Beurteilung eventueller psycho-emotionaler Ungleichgewichte und entsprechender Vorschlag für eine pharmakologische Behandlung, die bei Bedarf eingeleitet werden kann.

KUNSTTHERAPIE

Das Ziel ist es, den künstlerischen Weg, basierend auf der nonverbalen Sprache, zu nutzen, um der Person eine weitere Möglichkeit zu bieten, ihre innere und emotionale Welt zu erforschen, auszudrücken und zu widerspiegeln. Jedes Treffen beinhaltet die Entwicklung eines Themas durch den Einsatz verschiedener künstlerischer Techniken und ausgewählter Materialien, die den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden; es gibt also einen anfänglichen Input, der vom Therapeuten vorgeschlagen wird, dem ein praktischer Teil der Bearbeitung eines grafischen Produkts folgt und ein zweiter Teil mit einem verbalen Austausch über die Arbeit und Erfahrung.

KÖRPER- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

In den USA als Dance/Movement Therapy (DMT) definiert, stellt sie die psychotherapeutische Anwendung von Bewegung und Tanz zur Unterstützung der intellektuellen, emotionalen und motorischen Funktionen des Körpers dar.

Handlungen, Geschmeidigkeit und Bewegung werden genauso interpretiert wie die Sprache. Durch diese Darstellung wird der Therapeut die Bewegung nutzen, um den Teilnehmern zu helfen, die richtige emotionale, kognitive, physische und soziale Einbindung zu erreichen.

Zu den allgemeinen Vorteilen gehören auch Stressabbau und eine positive Kontrolle der Stimmung.

7.3. MEHRPHASIGE VORGEHENSWEISE

Je nach den allgemeinen psychophysischen Bedingungen und nach der Gesamtbeurteilung durch das multidisziplinäre Team kann der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung an verschiedenen Anfangsphasen des Pfads teilnehmen, unabhängig davon, ob er für das TRG oder TZ geplant ist.

INTENSIVE PHASE

Die Intensivphase dauert im Durchschnitt ein/zwei Monate. Sie ist den Patienten gewidmet, die infolge früherer Behandlungen einer anderen Versorgungsstufe z.B. Krankenhausaufenthalt, ambulante Behandlung usw., noch nicht eine Situation ausreichender klinischer Ausgeglichenheit sowohl der biometrischen Parameter (BMI, Blutwerte usw.) als auch des psychologischen und emotionalen Bereichs erreicht haben.

Dabei handelt es sich um Fälle, in denen es noch wünschenswert ist, das Gewicht so zu steigern, um die Werte des Normalgewichts (BMI > 18,5) zu erreichen, z.B. bei Patienten, die von Magersucht betroffen sind, oder wie bei Bulimia nervosa das Kompensationsverhalten des Erbrechens noch sehr präsent ist, oder wie anders bei Binge-Eatern das zwanghafte Essverhalten noch durchaus vorhanden ist. Bei all diesen Patienten sind die Wahrnehmungsfähigkeiten oft noch verschwommen und die dysmorphophobischen Züge sind noch sehr stark ausgeprägt.

Die Fähigkeit, mit Gefühlen umzugehen, ist noch nicht gefestigt und es gibt oft zwischenmenschliche und innere Schwierigkeiten, sowohl auf mikrosozialer Ebene (Familie) als auch auf der Makroebene (Freundschaften, Studien-/Arbeitskontext etc.).

Grundlegend für die Einhaltung des Therapieplans ist, dass der Patient, auch durch die Bewertungsarbeit mit dem Team, das Erreichen wünschenswerter Ziele der Veränderung und Heilung als Priorität festgelegt hat. Das bedeutet, dass sie während dieser Zeit von ihren täglichen Verpflichtungen, sei es Studium oder Arbeit, freigestellt werden, um allen vom Programm vorgeschlagenen Tätigkeiten nachgehen zu können (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation, Familientherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie...), sie widmen sich dem Einkaufen und der Zubereitung der Mahlzeiten zusammen mit Ernährungstherapeuten, die ihnen auch bei den Mahlzeiten zur Seite stehen.

In dieser Phase werden die Familien (vor allem, wenn die Patienten minderjährig sind) einbezogen: Treffen mit den Bezugstherapeuten finden häufiger statt als in den folgenden Phasen, die Teilnahme an Gruppensitzungen und Psychoedukation ist vorgesehen, die sowohl auf eine umfassendere Kenntnis der Rahmenbedingungen der Erkrankung des Angehörigen abzielt, als auch auf die Organisation/Gestaltung der Mahlzeiten zu Hause, in den Gelegenheiten, in denen ihnen ein Heimbesuch erlaubt wird (z. B. Probewochenenden usw.). Wenn die oben genannten Ziele erreicht sind, können die Patienten in die Stabilisierungsphase übergehen.

STABILISIERUNGSPHASE

Die Stabilisierungsphase dauert im Durchschnitt drei bis sechs Monate. Sie dient der Vertiefung der Ergebnisse, die in der Intensivphase oder in therapeutischen Kursen im Zusammenhang mit einer anderen Pflegestufe, z. B. während eines Krankenhausaufenthalts, erzielt wurden.

In dieser Phase kann der Patient zu seinen täglichen Lebensverpflichtungen (Studium/Arbeit) zurückkehren, wobei die Anwesenheit im Tageszentrum zu den Mahlzeiten und einigen der Nachmittagstätigkeiten beibehalten wird. Nach und nach wird auch die Häufigkeit der betreuten Mahlzeiten reduziert und der Patient wird motiviert und unterstützt, sich selbst um seine Ernährung zu kümmern. Die Patienten werden auf ihrem Weg zur Autonomie unterstützt, um nicht in alte krankhafte Muster zurückzufallen.

Auch in dieser Phase wird es wichtig sein, den Familien der jungen Patienten Unterstützung und Hilfe zu widmen, um Therapieerfolge und eine erneute Harmonisierung der Familiendynamik zu ermöglichen.

REHABILITATIONSPHASE

Die Rehabilitationsphase ist von unterschiedlicher Dauer, abhängig vom individuellen Krankheitsbild des Patienten.

In dieser Phase werden den Patienten immer seltener Psychotherapie und Ernährungstherapie angeboten.

Wenn nötig, wird die Arbeit mit den Familien fortgesetzt, wobei gegebenenfalls gezielte Eingriffe zu Hause vorgenommen werden.

In der Endphase wird der Patient ermutigt, mehr und mehr Mahlzeiten außerhalb der Einrichtung

einzunehmen, und die Behandlung sollte sich allmählich zu einer normalen ambulanten Therapie entwickeln.

ALLEGATO B

CRITERI PER L'EROGAZIONE DA PARTE DI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

INDICE

1. PREMESSE
2. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ/TARGET
3. SEDE DELL'ATTIVITÀ
4. MODALITA' DI INVIO/ACCESSO
5. CENTRO DIURNO PER DCA
 - 5.1. DESTINATARI
 - 5.2. REQUISITI DI ACCESSO AL CENTRO DIURNO
 - 5.3. OBIETTIVI
6. COMUNITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA
 - 6.1. DESTINATARI
 - 6.2. REQUISITI DI ACCESSO ALLA COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA
 - 6.3. OBIETTIVI
7. PROGRAMMA TERAPEUTICO
 - 7.1. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.)
 - 7.2. L'APPROCCIO MULTIMODALE
 - 7.3. L'APPROCCIO MULTIFASICO

1. PREMESSA

Il presente documento descrive i criteri minimi per l'erogazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare, disciplinando in particolare i requisiti per l'erogazione dei trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, di cui ai Livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. b), del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

I presenti criteri sono definiti nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali di seguito elencate:

- NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);
- Eating Disorders APA guidelines (2006);
- Guideline Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014);
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, Quaderni della Salute (ISSN 29/09/2017);
- Consensus Conference DCA negli adolescenti e nei giovani adulti (ISSN 2013).

Concetto cardine della presa in carico sociosanitaria è la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Fondamentale è, altresì, la creazione di percorsi di cura che permettano l'integrazione tra i diversi setting assistenziali (ospedaliero, residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale territoriale, domiciliare) nell'ottica di garantire la continuità assistenziale.

2. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ/TARGET

Nell'ambito del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare le prestazioni terapeutico riabilitative, offerte in regime residenziale e semiresidenziale, si pongono l'obiettivo principale di inserire il paziente in un contesto di vita che doni sicurezza e che fornisca un clima di accoglienza familiare; tali fattori favoriscono il cambiamento e la guarigione nel medio e lungo termine.

Il percorso presso la Comunità terapeutico riabilitativa (di seguito CTR) e presso il Centro Diurno (di seguito CD), infatti, guida la persona attraverso fasi riabilitative fino a giungere ad una progressiva acquisizione di autonomia nel proprio contesto di vita.

Fra gli obiettivi principali si pongono nella fattispecie:

- garanzia di un'assistenza saluto-genetica propositiva basata sull'attenta valutazione dei fabbisogni del paziente;
- agevolazione dei processi decisionali da parte delle équipe rispetto ai percorsi terapeutici da intraprendere;
- riduzione al minimo del rischio di cronicizzazione;
- maggior coinvolgimento delle famiglie di provenienza soprattutto per i pazienti minorenni;
- continuità terapeutica con le proprie figure sociosanitarie di riferimento;
- presa in carico del paziente sotto il profilo dietologico e dietistico, internistico, emotivo e psico-sociale.

3. SEDE DELL'ATTIVITÀ

L'attività ha luogo in un contesto territoriale facilmente accessibile, vicino ai maggiori poli scolastici e ai servizi essenziali.

4. MODALITÀ DI INVIO/ACCESSO

L'indicazione all'invio dei pazienti proviene da soggetti e servizi pubblici quali, ad esempio, gli ambulatori specialistici territoriali, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, ovvero altri medici specialisti dei reparti ospedalieri in grado di effettuare un'appropriata diagnosi in materia di disturbi del comportamento alimentare. Tali professionisti hanno il compito di indirizzare

previamente agli ambulatori specialistici territoriali per DCA operanti nei quattro comprensori sanitari.

L'invio al CD e alla CTR è operato da parte degli ambulatori specialistici territoriali per DCA (per gli ambulatori integrati pubblico-privato, es. a Bolzano, l'invio deve essere effettuato da personale del servizio pubblico che opera al loro interno).

La valutazione all'ingresso al CD e alla CTR avviene a cura di un'equipe multidisciplinare che, previa acquisizione della documentazione necessaria a valutare le condizioni sanitarie del paziente, predispone/redige il progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI).

5. CENTRO DIURNO PER DCA

L'unità CD è aperta per un minimo di sei ore al giorno, per un minimo di cinque giorni a settimana.

L'accesso giornaliero al Centro Diurno viene definito in modo personalizzato in base alle caratteristiche ed alle esigenze del paziente e include un pasto giornaliero, la preparazione e la terapia post-pasto (per una durata di circa tre ore).

5.1. DESTINATARI

Il CD accoglie pazienti di entrambi i sessi, a partire dai 12 anni, con un BMI pari o superiore a 14 con l'indicatore del percentile pari o al di sotto del 3°, salvo eccezioni valutate dal team multidisciplinare.

La durata del percorso terapeutico semiresidenziale è di circa 4/6 mesi ed è articolato secondo un modello terapeutico multifasico, il quale prevede una prima fase intensiva di trattamento (1/2 mesi), una seconda fase di stabilizzazione (ca. 3-4 mesi) e una fase conclusiva del programma che include il ritorno del paziente alla propria quotidianità.

Al CD vengono trattati:

- pazienti in fase post acuta provenienti da un periodo di degenza presso ospedali e/o strutture dedicate;
- pazienti per i quali il solo trattamento ambulatoriale non si sia dimostrato efficace, ma che al contempo non presentano una situazione psico-clinica tale da richiedere un ricovero ospedaliero.

5.2. REQUISITI DI ACCESSO AL CD

I requisiti di accesso al Centro Diurno sono:

- diagnosi primaria di DCA anche in presenza di comorbidità psicopatologica;
- BMI pari o superiore a 14 e con quadro di sufficiente stabilità psico-fisica;
- assenza di pensieri suicidari e comportamenti autolesivi;
- assenza di dipendenze da sostanze;
- motivazione personale;
- adesione da parte di familiari ai progetti terapeutici a loro dedicati, obbligatorio per pazienti fino a 18 anni (non compiuti).

5.3. OBIETTIVI

Gli obiettivi che il CD si pone sono:

- recupero ponderale e stabilizzazione del peso;
- estinzione di comportamenti compensatori;

- autonomizzazione dei comportamenti alimentari, rispetto alla scelta di quantità/qualità nutrizionali e al mantenimento di una frequenza minima costante dei pasti giornalieri;
- estinzione della dismorfofobia attraverso il rinforzo della propriocezione corporea;
- aumento dell'autostima, dell'auto-efficacia e implementazione di abilità di problem solving;
- costruzione e rinforzo delle abilità sociali;
- sostegno e coinvolgimento familiare all'interno del percorso terapeutico.

Il focus del trattamento semi-residenziale è quindi diretto a:

- affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo);
- proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psico-nutrizionale residenziale, come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale standard;
- elaborare un percorso di autonomia della persona sia nella gestione della propria alimentazione sia per quel che riguarda tutte le abilità life oriented.

6. COMUNITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA

L'unità CTR è aperta 365 giorni l'anno con copertura assistenziale sulle 24 ore.

6.1. DESTINATARI

La CTR è destinata ad ospitare pazienti ambosessi, a partire dai 14 anni, con un BMI pari o superiore a 15 con l'indicatore del percentile pari o al di sotto del 3°, salvo eccezioni valutate dal team multidisciplinare.

La durata del percorso terapeutico residenziale è di circa 4/8 mesi e articolato secondo un modello terapeutico multifasico, che prevede una prima fase intensiva di trattamento (1/2 mesi), una seconda fase di stabilizzazione (ca. due mesi) e una fase conclusiva del programma che include il ritorno del paziente alla propria quotidianità.

Alla CTR possono accedere:

- pazienti in fase post acuta provenienti da periodo di degenza presso ospedali e/o strutture dedicate;
- pazienti per i quali il solo trattamento ambulatoriale non si sia dimostrato efficace, ma che al contempo non presentano una situazione psico-clinica tale da richiedere un ricovero ospedaliero;
- adolescenti e giovani adulti, per i quali si valuti necessario un allontanamento temporaneo dall'ambiente familiare, al fine di agevolare il percorso terapeutico e per rendere possibile i processi di autonomizzazione.

6.2. REQUISITI DI ACCESSO ALLA CTR

I requisiti di accesso alle Comunità terapeutiche residenziali sono:

- diagnosi primaria di DCA anche in concomitanza di comorbidità psicopatologica;
- BMI pari o superiore a 15 con l'indicatore del percentile pari o al di sotto del 3° e con quadro di discreta stabilità psico-fisica;
- assenza di pensieri suicidari e comportamenti autolesivi;

- assenza di dipendenze da sostanze;
- motivazione personale;
- adesione da parte di familiari ai progetti terapeutici a loro dedicati, obbligatorio per pazienti fino a 18 anni (non compiuti).

6.3. OBIETTIVI

Gli obiettivi che la CTR si pone sono:

- Recupero ponderale e stabilizzazione del peso;
- estinzione di comportamenti compensatori;
- autonomizzazione dei comportamenti alimentari, rispetto alla scelta di quantità/qualità nutrizionali e al mantenimento di una frequenza minima costante dei pasti giornalieri;
- estinzione della dismorfofobia attraverso il rinforzo della propriocezione corporea;
- aumento dell'autostima, dell'auto-efficacia, e implementazione di abilità di problem solving;
- costruzione e rinforzo delle abilità sociali;
- sostegno e coinvolgimento familiare all'interno del percorso terapeutico;
- sostegno nell'implementazione del futuro orientamento personale (studio, lavoro, famiglia, ecc.).

7. PROGRAMMA TERAPEUTICO

7.1. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.)

Il PTRI è uno strumento operativo definito in seno all'equipe multidisciplinare e concordato con il paziente, dal quale si evincono in maniera chiara:

- servizio inviante/percorso di provenienza (ambulatoriale, degenza ospedaliera, ecc.);
- situazione iniziale del paziente in fase di accesso alla CTR o al CD, con specificazione dell'intensità di cura necessaria (intensiva o di stabilizzazione), nonché esplicitazione delle risorse personali del paziente e delle possibili criticità;
- definizione del percorso di cura;
- obiettivi generali;
- obiettivi specifici;
- stima approssimativa della durata del percorso;
- individuazione *case manager*;
- firma del contratto terapeutico con il paziente o, in caso di paziente minorenne, con il paziente stesso e i genitori/rappresentanti legali.

I programmi terapeutici vengono attuati tramite interventi di carattere **multimodale** e **multifasico**.

7.2. L'APPROCCIO MULTIMODALE

L'approccio terapeutico riabilitativo si avvale dei seguenti interventi erogati dall'equipe in maniera integrata:

PSICOTERAPIA

I modelli psicoterapeutici di riferimento afferiscono principalmente alla sfera della terapia cognitiva,

cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale.

I **colloqui individuali** hanno lo scopo di aiutare il paziente a esplorare le dinamiche intrapsichiche e familiari del disagio espresso dal sintomo e di offrire un sostegno alla ricerca del cambiamento. I colloqui sono mirati a riequilibrare il sistema identitario rispetto alla propria persona e il sistema auto percettivo rispetto alla propria immagine corporea. È inoltre indispensabile lavorare sul contesto di appartenenza del paziente (famiglia, scuola, lavoro, reti amicali ecc.).

La **terapia di gruppo** fonda l'intero percorso terapeutico, data la sua significativa valenza sociale, e consente il perseguimento dei principi di condivisione e mutualità, ovvero:

- i partecipanti ai gruppi come esperti della propria condizione;
- impegno congiunto nella lotta alla malattia;
- rispetto reciproco dei valori;
- apertura e fiducia nell'altro;
- aiuto e sostegno reciproco;
- rinforzo dei valori intra- e interpersonali;
- apprendimento dalle esperienze altrui;
- implementazione delle abilità sociali.

La **terapia della famiglia**, offerta possibilmente a tutti i pazienti, e obbligatoriamente per pazienti minorenni, consente il coinvolgimento della famiglia all'interno del percorso terapeutico.

Il percorso per i genitori è strutturato in sedute psico-educative e di supporto a frequenza definita, focalizzate sul ruolo delle emozioni nella vita familiare, il miglioramento della comunicazione interpersonale, la conoscenza approfondita dei DCA, il legame col corpo e con la propria immagine corporea, la promozione della genitorialità e l'analisi dei bisogni dei propri figli.

È necessario garantire la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente, mantenendo, al tempo stesso, la continuità assistenziale nella delicata fase di post-dimissione dalla struttura.

Gli interventi si sviluppano attraverso:

- sedute di terapia familiare volte al sostegno e modificazione delle dinamiche e degli stili relazionali e comunicativi interni al nucleo relativamente alla malattia dei figli;
- gruppi tematici e psico-educazionali rivolti ai soli genitori;
- interventi domiciliari.

TERAPIA NUTRIZIONALE

Questo tipo di terapia è proposta e realizzata con l'obiettivo di sostenere la persona nella ricerca della propria autonomia nutrizionale.

Attraverso i colloqui individuali, gli incontri di gruppo con il/la dietista e i pasti assistiti, ogni paziente apprende come pianificare il proprio percorso alimentare, imparando sia a valutare quantità, qualità e opportunità delle scelte effettuate per ogni pasto, sia a migliorare il modo di rapportarsi in generale ad esso (tempo dedicato, frequenza dei pasti, organizzazione degli spazi, eliminazione di distrazioni esterne o fonti di stress).

Tutto ciò consente al paziente di affrontare e ridiscutere i propri timori e di esporsi gradualmente a situazioni e cibi fobici, in un contesto protettivo che lo renda consapevole delle difficoltà incontrate e gli consenta di sentirsi responsabile nel proprio percorso di cura.

Principali attività della terapia nutrizionale:

- consulenze individuali con il dietista di riferimento;
- gruppi psico-educazionali e di familiarizzazione col cibo;
- preparazione dei pasti;
- pasti assistiti: il vero scopo dell'assistenza al pasto non è il controllo o il monitoraggio calorico del piatto, bensì quello di offrire sostegno emotivo durante i momenti più difficili della riabilitazione degli ospiti.

DIETOLOGIA

Visite dietologiche/valutazioni dietistiche, atte al monitoraggio dell'andamento del peso e di tutti gli altri parametri fisiologici, sono programmate settimanalmente o bisettimanalmente per ogni paziente.

CONSULENZA PSICHIATRICA/NEUROPSICHIATRICA INFANTILE

La consulenza psichiatrica/neuropsichiatrica infantile ha l'obiettivo di fornire un'attenta valutazione di eventuali scompensi psico-emotivi e conseguente proposta di trattamento farmacologico, da attivarsi al bisogno.

ARTETERAPIA

Ha l'obiettivo di utilizzare il canale artistico, basato sul linguaggio non verbale, per offrire alla persona un'ulteriore possibilità di esplorare, esprimere e riflettere sul proprio mondo interiore ed emotivo.

Ogni incontro prevede lo sviluppo di una tematica mediante l'utilizzo di tecniche artistiche diverse e di materiali selezionati, messi a disposizione dei partecipanti; vi è dunque un input iniziale, proposto dal terapeuta, al quale segue una parte pratica di elaborazione di un prodotto grafico e una seconda parte di condivisione verbale del lavoro e dell'esperienza fatta.

TERAPIA CORPOREA E DEL MOVIMENTO

Definita come terapia del ballo o del movimento (Dance/Movement Therapy, DMT), negli Stati Uniti, rappresenta l'uso psicoterapeutico del movimento e della danza al fine di supportare le funzioni intellettuali, emotive e motorie del corpo.

Le azioni, la fluidità e il movimento sono interpretate al pari del linguaggio. Attraverso questa esposizione, il terapeuta utilizzerà il movimento, per aiutare i partecipanti a raggiungere una corretta integrazione emotiva, cognitiva, fisica e sociale.

I benefici generali, inoltre, comportano una riduzione dello stress e una positiva gestione dell'umore.

7.3. L'APPROCCIO MULTIFASICO

A seconda delle condizioni psicofisiche generali e a seguito della valutazione complessiva da parte dell'equipe multidisciplinare, il paziente può prendere parte a differenti fasi iniziali del percorso al momento dell'ingresso in struttura, sia esso previsto per la CTR sia per il CD.

LA FASE INTENSIVA

La fase intensiva dura mediamente uno/due mesi. È dedicata ai pazienti che a seguito di pregressi percorsi appartenenti a qualsiasi altro livello di cura, ad es. ricovero ordinario, trattamento ambulatoriale ecc., non hanno ancora raggiunto una situazione di compensazione clinica sufficiente sia dei parametri biometrici (BMI, valori ematici ecc.), sia della sfera psicologica ed emotiva.

Si tratta, nella fattispecie, dei casi in cui sia ancora auspicabile un incremento ponderale tale da raggiungere i parametri del normopeso (BMI > 18,5). Questo può essere il caso delle pazienti affette da anoressia, o, come nel caso delle bulimie nervose, in cui sia ancora molto presente il comportamento compensatorio del vomito.

In modo diverso, per i binge-eater, possono essere ancora piuttosto presenti comportamenti di alimentazione compulsiva. In tutti questi pazienti, le abilità propriocettive sono spesso ancora sfumate e i tratti dismorfofobici sono ancora molto forti: non è ancora consolidata l'abilità di gestione delle emozioni e spesso permangono difficoltà intra- e interpersonali sia a livello microsociale (familiare) sia a livello macro (amicizie, contesti di studio/lavoro ecc.).

Fondamentale per l'adesione al programma terapeutico è che il paziente abbia stabilito, anche attraverso il lavoro di assessment con l'equipe, il raggiungimento di obiettivi desiderabili di cambiamento e guarigione come prioritari. Questo significa che in questo periodo si allontanerà dai propri impegni quotidiani siano essi di studio o di lavoro, per poter seguire tutte le attività proposte dal programma (psicoterapia individuale e di gruppo, psicoeducazione, terapia familiare, arteterapia, terapia del movimento, terapia nutrizionale...), si dedicherà alla spesa e alla preparazione dei pasti insieme ad un dietista, la quale presterà la sua assistenza anche durante i pasti.

In questa fase, le famiglie (soprattutto se i pazienti sono minorenni) vengono coinvolte: gli incontri con i terapeuti di riferimento avvengono con più frequenza rispetto alle fasi successive, è prevista la partecipazione ad incontri di gruppo e alla psico-educazione, mirata sia ad una conoscenza più completa del quadro inerente al disturbo del proprio congiunto, sia all'organizzazione/gestione dei pasti a casa, nei momenti di permesso di rientro a casa (es. fine settimana di prova, ecc.).

Al raggiungimento degli obiettivi sopra elencati i pazienti possono passare alla fase di stabilizzazione.

FASE DI STABILIZZAZIONE

La fase di stabilizzazione dura mediamente tre/sei mesi. È destinata al consolidamento dei risultati raggiunti attraverso la fase intensiva o in percorsi terapeutici afferenti ad un differente livello di cura, ad esempio durante il ricovero ospedaliero.

In questa fase il paziente può tornare ai propri impegni di vita quotidiani (studio/lavoro), mantenendo la frequenza del Centro Diurno per i pasti e alcune delle attività pomeridiane.

Gradualmente anche la frequenza dei pasti assistiti viene ridotta e il paziente viene motivato e aiutato ad occuparsi autonomamente della propria alimentazione.

I pazienti vengono sostenuti nel loro percorso verso l'autonomia con l'obiettivo di sostenerli a non ricadere più nei vecchi schemi disfunzionali.

Anche in questa fase sarà importante dedicare supporto e assistenza alle famiglie dei giovani pazienti, per facilitare il successo terapeutico e una rinnovata armonizzazione delle dinamiche familiari.

FASE RIABILITATIVA

La fase riabilitativa ha una durata variabile, a seconda del quadro clinico individuale del paziente.

In questa fase vengono proposti ai pazienti colloqui di psicoterapia e di terapia nutrizionale in forma sempre meno frequente.

Grazie ad interventi mirati a domicilio è possibile, inoltre, garantire sostegno alle famiglie.

Nelle fasi finali del percorso, il paziente viene incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura e il trattamento dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard.

ANLAGE C1

FINANZIERUNG DER VON AKKREDITIERTEN PRIVATEN EINRICHTUNGEN ERBRACHTEN STATIONÄREN UND TEILSTATIONÄREN TÄTIGKEIT ZUGUNSTEN VON PERSONEN MIT ESSSTÖRUNGEN

1. PERSONALPARAMETER

Für eine Einrichtung mit maximal 12 teilstationären Plätzen (Tageszentrum) und 8 stationären Betten (Therapeutische Rehabilitationsgemeinschaft), im Rahmen der **extensiven therapeutisch-rehabilitativen Behandlung** für Personen mit Essstörungen (DCA), werden die folgenden neuen Personalparameter festgelegt:

BERUFSBILDER ZU LASTEN DER EINRICHTUNG		
Anmerkung	Berufsbild	FTE (full time equivalent)
	Sanitätsdirektor	0,08
	Klinischer Koordinator	0,50
	Psychologe / Psychotherapeut	1,50
*	Krankenpfleger	2,50
	Koordinator der Techniker für die psychiatrische Rehabilitation	1,00
***	Techniker für die psychiatrische Rehabilitation	2,50
	Ernährungsberater	2,00
*	Pflegehelfer	5,00
	Sozial- und Gesundheitshelfer	0,75
	Weiteres Sozial- und Gesundheitspersonal	0,50

BERUFSBILDER ZU LASTEN DES SANITÄTSBETRIEBES		
**	Psychiater (Arzt) / Neuropsychiater	0,30
**	Arzt für innere Medizin / Facharzt für Ernährungsmedizin	0,50
**	Sozialassistent	0,16

Tabelle 1 - Personalparameter

* Der Nachtdienst wird durch die Anwesenheit einer Pflegehilfskraft (OSS) und die Rufbereitschaft einer Pflegefachkraft gewährleistet. Im Notfall ist die telefonische Erreichbarkeit der ärztlichen Fachkräfte der Krankenhausabteilungen sichergestellt.

** Das Personal wird direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb der akkreditierten privaten vertragsgebundenen Einrichtung zur Verfügung gestellt.

*** Falls kein Personal mit diesem Berufsbild zur Verfügung steht, können auch Ergotherapeuten eingesetzt werden.

Mit Genehmigung des Sanitätsbetriebes können auch sozialpädagogische Fachkräfte (z. B. Erzieher oder Pädagogen) von Seiten der Einrichtungen einbezogen werden, deren Vergütungen sich nach den Standardkosten richten müssen.

Falls erforderlich, können Beratungen mit Fachärzten (der folgenden Fachrichtungen z.B. Innere Medizin, Endokrinologie, Gynäkologie, etc.) eingeleitet werden.

Der in Tabelle 1 aufgeführte Personalbedarf wurde in Abstimmung mit den klinischen Vertretern des Betriebes unter Berücksichtigung der organisatorischen und betrieblichen Aspekte einer Einrichtung, die gleichzeitig Behandlungen für teilstationäre und stationäre Patientinnen und Patienten anbietet, unter Einhaltung der maximalen Kapazitätsanforderungen und der Mindestöffnungstage/-zeiten der Dienste festgelegt. Dieser Bedarf stellt einen Standard dar, der das Ziel verfolgt, die eingesetzten Ressourcen in beiden Versorgungsformen zu optimieren und die positiven Synergien im therapeutisch-rehabilitativen Ansatz für die betreuten Patientinnen und Patienten zu nutzen – unter Berücksichtigung der zunehmenden Schwierigkeit, bestimmte Berufsprofile auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Die vorliegende Personalstruktur ist daher nicht auf Kontexte anwendbar, in denen die Notwendigkeit besteht, die eine oder andere Tätigkeit einzeln zu akkreditieren und zu vertraglich zu binden; ein solcher Bedarf wird von der Landesverwaltung im Falle eines entsprechend geäußerten und anerkannten Bedarfs gesondert analysiert und übernommen.

2. FINANZIERUNGSKRITERIEN

a) Kostenbestandteile für die Zusammensetzung des Tarifs und der funktions-bezogenen Finanzierung.

Der Höchstbetrag des allumfassenden Tagessatzes gemäß Tabelle 2 und der Funktionsfinanzierung gemäß Tabelle 3 ergibt sich aus der Bewertung der Produktionsfaktoren zu Standardkosten, verstanden als Betriebskosten, die für die Erbringung der Leistung - wie nachfolgend aufgeführt - eingesetzt werden:

- Personalkosten im Sozial- und Gesundheitsbereich, die der Tätigkeit direkt zuzuschreiben sind, entsprechend der in Absatz 1 "Personalparameter" genannten Mindestanwendung. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die allumfassenden Tagesvergütungen der privaten vertragsgebundenen Einrichtung nicht die Kosten für die direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellten sozial-gesundheitliche Berufsbilder beinhalten;
- Sonstige spezifische Kosten im Zusammenhang mit den Produktionsfaktoren, die der Tätigkeit direkt zugeordnet werden können: Güter, Dienstleistungen und Güter Dritter;
- Allgemeine Gemeinkosten, einschließlich eines Standardanteils der Abschreibungen auf Investitionsgüter, die in der Bilanz der Einrichtung enthalten sind und der Tätigkeit gemäß einem für den Sektor standardisierten Prozentsatz zugewiesen werden.

Hinweis: Für die Definition der „spezifischen“ und „gemeinsamen“ Betriebskosten wird auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 1153 vom 17.12.2019 in geltender Fassung verwiesen, Anhang A, Teil 3, Abschnitte 3.2 und 3.3.

b) Vergütungstarife für stationäre Leistungen

Nach sorgfältiger Auswertung der Erfahrungen aus fünf Jahren Tätigkeit sowie der Aktualisierung der Personalparameter, der Standardkosten der Produktionsfaktoren und der prognostizierten Tätigkeitsvolumen, wird es im Hinblick auf stationäre Leistungen als angemessen erachtet, eine Finanzierung über einen allumfassenden Tagessatz einzuführen. Nachfolgend die Tagessätze zur Vergütung der stationären Leistungen, die von akkreditierten und vertraglich gebundenen privaten Einrichtungen (im Folgenden „vertragsgebundene Private“) im Bereich der Essstörungen (DCA) erbracht werden (Tabelle 2):

Tätigkeit	Betreuungs- system	Allumfassender Tagestarif *
a) Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 315,00.- (dreihundertfünzehn/00)
b) Leistungen im Falle einer therapeutischen Abwesenheit aus der Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 235,90.- (zweihundertfünfunddreißig/90)

(*) Die Beträge sind ohne Mehrwertsteuer

Tabelle 2 – Vergütungstarife für stationäre Leistungen im Bereich der Essstörungen

Die in Tabelle 2 aufgeführten Tagessätze stellen die maximale Vergütung pro Tag stationären Aufenthalts sowie pro Tag therapeutischer Abwesenheit des betreuten Patienten dar.

Die Voraussetzungen und Kriterien für die Anerkennung des Tagessatzes bei therapeutischen Abwesenheiten gemäß Buchstabe b) der Tabelle 2 werden vom Sanitätsbetrieb im Vertrag mit der akkreditierten privaten Einrichtung geregelt. Solche Abwesenheiten müssen vorübergehender Natur sein und werden ausschließlich aus therapeutischen Gründen anerkannt (z. B. Krankenhausaufenthalte, therapeutisch sinnvolle Aufenthalte oder andere durch die psychische Erkrankung bedingte Abwesenheiten).

Die Tarifbeträge richten sich nach der durch die institutionelle Akkreditierung festgelegten maximalen Aufnahmekapazität, den Öffnungstagen des Dienstes sowie einer geschätzten durchschnittlichen Belegung von 72 %, berechnet auf Basis der letzten drei Jahre der Tätigkeit. Alle Maßnahmen sind zu verstärken, um sicherzustellen, dass die Auslastungsquote bei der aktuellen Kapazität steigt – unter Berücksichtigung der Fallkonstellationen der betreuten Patientinnen/ten.

c) Funktionsbezogene Finanzierung für teilstationäre Leistungen, die im Tageszentrum erbracht werden

Nur für die teilstationären Leistungen des Tageszentrums wird die derzeit geltende funktionsbezogene Finanzierung (Budgetfinanzierung) bestätigt, in Anbetracht der Notwendigkeit, maximale Flexibilität bei den Ressourcen zu gewährleisten, da die Tätigkeitsvolumen noch wenig konstant und schwer vorhersehbar sind.

Es wird daher ein jährlicher Höchstbetrag für die Funktionsfinanzierung des Tageszentrums festgelegt, im Einklang mit Art. 8-sexies des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 502 vom 30.12.1992, Absatz 1. Dieser Betrag wird unter Berücksichtigung der Standardkosten der Produktionsfaktoren und des entsprechenden organisatorischen Standards bestimmt, verstanden als Gesamtheit von Personal, Gütern, Dienstleistungen, Gütern Dritter sowie einem Anteil an allgemeinen Gemeinkosten.

Organisatorischer Standard der Ressourcen	Betrag der jährlichen Finanzierung
A) Fachpersonal (zu Lasten der Einrichtung)	557.233
B) Güter	22.204
C) Dienstleistungen	39.304
D) Güter Dritter	55.700
E) Anteil Gemeinkosten	91.091
GESAMT – Jährliche Ausgabenobergrenze	765.532

Tabelle 3 – Jährliche maximale Ausgabenobergrenze für die funktionsbezogene Finanzierung des Tageszentrums

Der Gesamtbetrag von Euro 765.532 stellt die jährliche maximale Finanzierungsgrenze für das Tageszentrum dar, wobei dieser Betrag gegebenenfalls anteilig an die tatsächlich geleisteten Monate der Tätigkeit angepasst wird.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten im teilstationären Rahmen basiert auf einem individuellen Betreuungsplan, der auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Person abgestimmt sein muss. Der tägliche Aufenthalt im Tageszentrum wird individuell festgelegt, je nach den Merkmalen und Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten und umfasst in der Regel mindestens eine tägliche Mahlzeit, deren Vorbereitung und die Behandlung nach der Mahlzeit (für eine Dauer von etwa drei Stunden).

Auf jedem Fall fördert der Sanitätsbetrieb die Zuweisung mehrerer Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Zugangsmodalitäten auf einen akkreditierten Platz, um eine optimale Nutzung der eingesetzten Ressourcen sowie eine angemessene Auslastung der teilstationären Einrichtung zu gewährleisten.

d) Gemeinsame Regeln für teilstationäre und stationäre Behandlungen

Die Leistungen im Rahmen der unter Punkt 2b (stationäre Leistungen) und 2c (teilstationäre Leistungen) genannten Aktivitäten sind als alternativ zueinander zu betrachten. Eine gleichzeitige Vergütung beider Leistungsarten am selben Tag für denselben Nutzer ist daher ausgeschlossen.

e) Ausgabenobergrenze

Die private Einrichtung verfügt über ein jährliches Budget zur voraussichtlichen Produktion von stationären und teilstationären Leistungen. Auf Grundlage des Leistungsproduktionsplans, der auf dem Betreuungsbedarf basiert, legt der Sanitätsbetrieb eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze fest.

Tätigkeit	Betreuungs- system	Allumfassender Tagestarif	Berechnungskriterium
a) Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 315,00 (dreihundert-fünfzehn/00)	Anzahl Tage Aufenthalt x allumfassender Tarif
b) Leistungen im Falle einer therapeutischen Abwesenheit aus der Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 235,90.- (zweihundertfünf- unddreißig/90)	Anzahl Tage therapeutischen Abwesenheit x allumfassender Tarif
c) Tageszentrum für Essstörungen	Teilstationär		Funktionsbezogene Finanzierung im Rahmen der jährlichen Gesamtausgabenobergrenze gemäß Tabelle 3
GESAMTAUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR STATIONÄRE UND TEILSTATIONÄRE TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER ESSSTÖRUNGEN (DCA)			

Tabelle 4 – Jährliche Ausgabenhöchstgrenze

Die Vergütung der therapeutischen Abwesenheiten gemäß Aktivität b) der *Tabelle 2* erfolgt im Rahmen der in *Tabelle 4* vorgesehenen maximalen Ausgabenobergrenze.

Die Finanzierung nach Bilanzabschluss der tariflich vergüteten Leistungen (Tabelle 4, Punkte a und b) sowie der funktionsbezogenen Finanzierung der Betriebskosten (Tabelle 4, Punkt c) erfolgt stets innerhalb der zuvor berechneten maximalen Ausgabenhöchstgrenze (Tabelle 4).

Die Gesamtfinanzierung erfolgt unter Abzug etwaiger Einnahmen, die von anderen öffentlichen Stellen für dieselben, gemäß diesem Anhang, finanzierten Leistungen gewährt wurden.

f) Tarife für die Vergütung der Leistungen an nicht in Südtirol ansässigen Patienten

Im Rahmen der Abrechnung von Leistungen, die an Patienten mit Wohnsitz in anderen italienischen Regionen oder im Ausland erbracht werden, gelten die in der nachstehenden Tabelle 4 aufgeführten Tarife, erhöht um 25 % (aufgerundet auf den nächsten vollen Eurobetrag). Dieser Prozentsatz, der zusätzlich zu den für vertragsgebundene Private geltenden Tarifen anfällt, deckt die Kosten der von der Sanitätseinheit direkt eingesetzten Produktionsfaktoren ab (Kosten für Sozial- und Gesundheitspersonal, spezifische sonstige Kosten und Gemeinkosten).

Tätigkeit	Versorgungsform	Allumfassender Tagesstarif	Zuschlag zur Vergütung der Gemeinkosten des Sanitätsbetriebs
a) Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 315,00.- (dreihundertfünfzehn/00)	+ 25%
b) Leistungen im Falle einer therapeutischen Abwesenheit aus der Einrichtung für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 235,90. – (zweihundertfünfund-dreißig/90)	+ 25%
c) Tageszentrum für Essstörungen	Teilstationär	Euro 254,20.- (zweihundertvierund-fünfzig/20)	+ 25%

Tabelle 5 – Anwendbare Tarife für Leistungen an nicht in der Provinz Bozen ansässige Patienten

3. ÜBERWACHUNG DER TÄTIGKEIT

Für jeden übernommenen Patienten, der in der stationären und teilstationären Einrichtung betreut wird, erhebt der Sanitätsbetrieb in Absprache mit den Fachkräften folgende geplante und tatsächliche Daten:

- Dauer des therapeutisch-rehabilitativen Projekts (Datum der Aufnahme und Entlassung);
- für die teilstationäre Tätigkeit: Tage pro Woche und Stunden pro Tag der Anwesenheit des Patienten;
- für die stationäre Tätigkeit: Tage mit therapeutischer Abwesenheit und Tage mit unentschuldigter Abwesenheit.

Der Sanitätsbetrieb kann weitere als nützlich erachtete Informationen erheben.

4. MODALITÄTEN DER FINANZIERUNG

In Bezug auf die Methoden und Fristen der Bezahlung legt der Sanitätsbetrieb mit den privaten Einrichtungen die geeignetsten Methoden und Zeitabstände fest. Das jährliche Ergebnis im Verhältnis zur Nettofinanzierung der Tätigkeiten wird im folgenden Jahr ausgezahlt, nachdem ein endgültiger Abschlussbericht vorgelegt und vom Sanitätsbetrieb genehmigt wurde.

Die Kündigung der Vertragsvereinbarung oder die Aussetzung/Einstellung/Unterbrechung der Tätigkeit, aus welchem Grund auch immer, hat die sofortige Beendigung der Finanzierung der Tätigkeit und der Investitionen zur Folge.

5. DOKUMENTATION UND KONTROLLE

Die private Einrichtung stellt dem Sanitätsbetrieb einen jährlichen Abschlussbericht zur Verfügung:

- Endgültiger Tätigkeitsbericht;
- Offizieller Haushalt der Einrichtung;
- Produktionsvolumen für jede Tätigkeit;
- Vom Gesundheitspersonal geleistete Stunden;
- Stunden für die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal;
- Auflistung der öffentlichen Beiträge und Einnahmen, die im Bezugsjahr erhalten wurden, mit Angabe des Gegenstandes der Finanzierung und der finanzierenden Stelle;
- Alle anderen Unterlagen, die der Sanitätsbetrieb und die Landesverwaltung für die Kontrolle und Überprüfung für notwendig erachten.

ALLEGATO C1

FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN REGIME SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE EROGATA DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE CONVENZIONATE A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1. PARAMETRI DEL PERSONALE

Per una struttura dotata al massimo di 12 posti semiresidenziali (Centro Diurno) e di 8 posti letto residenziali (Comunità terapeutica riabilitativa), nell'ambito del **trattamento terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo**, erogato a favore di persone affette da disturbi del comportamento alimentare (DCA), si individuano i seguenti nuovi parametri del personale:

RISORSE PROFESSIONALI A CARICO DELLA STRUTTURA		
NOTA	Figura professionale	FTE (full time equivalent)
	Direttore sanitario	0,08
	Coordinatore clinico	0,50
	Psicologo - Psicoterapeuta	1,50
*	Infermiere	2,50
	Coordinatore TERP	1,00
***	TERP	2,50
	Dietista	2,00
*	OSS	5,00
	Ausiliario socio-sanitario	0,75
	Altro personale socio-sanitario	0,50

RISORSE PROFESSIONALI A CARICO DELL' AZIENDA SANITARIA		
**	Medico psichiatra / Neuropsichiatra	0,30
**	Medico internista / Dietologo	0,50
**	Assistente sociale	0,16

Tabella 1 - Parametri del personale

* Il ciclo notturno è garantito tramite la presenza di un OSS e la reperibilità della figura dell'infermiere. In caso di urgenza si garantisce la reperibilità telefonica delle figure mediche appartenenti ai reparti ospedalieri.

** Personale direttamente fornito dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige alla struttura privata accreditata convenzionata.

**** In caso di mancanza di personale appartenente a tale profilo professionale, è possibile dotarsi anche di terapisti occupazionali.*

Possono essere inserite nelle strutture anche figure socio-educative (ad esempio educatori professionali o pedagogisti), previa autorizzazione da parte dell'Azienda sanitaria, la cui remunerazione andrà effettuata a costo standard.

All'occorrenza possono essere attivate richieste di consulenza a medici specialistici (ad es. appartenenti all'area della medicina interna, endocrinologia, ginecologia, ecc.).

Il fabbisogno di personale di cui alla *Tabella 1* è stato definito, d'accordo con i referenti clinici aziendali, tenendo conto degli aspetti organizzativi e di funzionamento di una struttura che offre al contempo trattamenti per pazienti semiresidenziali e residenziali, nel rispetto dei requisiti di capienza massima e delle giornate/ore di apertura minime dei servizi. Esso costituisce uno standard che rappresenta la volontà di ottimizzare le risorse impiegate nei due regimi assistenziali, le sinergie positive sull'approccio terapeutico-riabilitativo offerto ai pazienti in carico, tenendo conto anche della crescente difficoltà di reperire sul mercato determinate figure professionali.

Il presente assetto del personale non è, pertanto, applicabile a contesti in cui vi è la necessità di accreditare e convenzionare singolarmente l'una o l'altra attività; tale necessità sarà oggetto di specifica analisi e presa in carico da parte dell'amministrazione provinciale, qualora vi fosse un fabbisogno espresso e riconosciuto in questo senso.

2. CRITERI DI FINANZIAMENTO

a) Elementi di costo per la composizione della tariffa e del finanziamento a funzione

L'ammontare massimo della tariffa giornaliera omnicomprensiva di cui alla *Tabella 2* e del finanziamento a funzione di cui alla *Tabella 3*, scaturisce dalla valorizzazione a costo standard dei fattori produttivi, intesi come costi di esercizio, impiegati per l'erogazione dell'attività, come di seguito enucleato:

- costi del personale sociosanitario direttamente imputabili all'attività, secondo l'impiego minimo di cui al paragrafo 1 "Parametri del personale". A tal proposito, si specifica che le tariffe giornaliere omnicomprensive di remunerazione del privato convenzionato non comprendono i costi delle figure professionali sociosanitarie fornite direttamente dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige;
- altri costi specifici relativi ai fattori produttivi direttamente imputabili all'attività: beni, servizi e beni di terzi;
- costi generali comuni, che includono anche una quota standard degli ammortamenti dei beni di investimento presenti nel bilancio della struttura, attribuiti all'attività secondo una percentuale standard per il settore.

Nota: per la definizione di costi di esercizio "specifici" e "comuni", si rimanda alla deliberazione della G.P. n. 1153 dd. 17/12/2019 e ss.mm. ii., Allegato A, Parte 3, Paragrafo 3.2, 3.3.

b) Tariffe di remunerazione delle prestazioni residenziali

Dopo opportuna valutazione dell'esperienza di questi cinque anni di attività e aggiornamento dei parametri del personale, dei costi standard dei fattori produttivi e dei volumi di attività previsionali, si ritiene adeguato, con riferimento alle prestazioni residenziali, adottare un finanziamento a tariffa giornaliera omnicomprensiva. Di seguito le tariffe giornaliere per la remunerazione delle prestazioni residenziali erogate dalle strutture private accreditate e convenzionate (di seguito "privato convenzionato") nell'ambito dei DCA (*Tabella 2*):

Attività	Regime assistenziale	Tariffa giornaliera omnicomprensiva (*)
a) Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 315,00.- (trecentoquindici/00)
b) Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 235,90. - (duecentotrentacinque/90)

(*) Gli importi s'intendono Iva di legge esclusa.

Tabella 2 - Tariffe di remunerazione per le prestazioni residenziali nell'ambito dei DCA

Le tariffe giornaliere di cui alla *Tabella 2* costituiscono la remunerazione massima per giornata di degenza residenziale e per giornata di assenza terapeutica del paziente in carico.

L'Azienda sanitaria disciplina, nel contratto con la struttura privata accreditata, i presupposti ed i criteri per il riconoscimento della tariffa giornaliera per le assenze terapeutiche di cui alla lettera b) della *Tabella 2*. Tali assenze dovranno avere carattere temporaneo e verranno riconosciute per motivi esclusivamente terapeutici (ricoveri ospedalieri, soggiorni utili a scopo terapeutico o altra assenza dovuta alla psicotologia).

Gli importi tariffari sono commisurati alla capienza massima definita dall'accreditamento istituzionale, alle giornate di apertura del servizio, nonché ad una occupazione media stimata del 72%, calcolata sugli ultimi tre anni di attività. Vanno potenziati tutti gli interventi per fare in modo che il tasso di occupazione, con l'attuale capienza, aumenti, pur tenendo conto della casistica delle/dei pazienti assistite/i.

c) Finanziamento a funzione per le prestazioni semiresidenziali erogate nel Centro Diurno

Per le sole prestazioni semiresidenziali riguardanti il Centro Diurno si conferma il finanziamento a funzione (a budget) attualmente in vigore, in considerazione della necessità di garantire la massima flessibilità delle risorse in presenza di volumi di prestazioni ancora poco costanti e prevedibili.

Si determina quindi un ammontare massimo annuo per il finanziamento a funzione assistenziale del Centro Diurno in coerenza con l'art. 8-sexies del D. Lgs. 502 del 30/12/1992, comma 1, determinato tenendo conto dei costi standard dei fattori produttivi e del relativo standard organizzativo, intesi come insieme di personale, beni, servizi, beni di terzi e quota costi comuni-generalì.

STANDARD ORGANIZZATIVO DELLE RISORSE	Finanziamento annuo
A) Risorse professionali (a carico struttura)	557.233
B) Beni	22.204
C) Servizi	39.304
D) Beni di terzi	55.700
E) Quota costi comuni	91.091
TOTALE TETTO DI SPESA ANNUO	765.532

Tabella 3 – Tetto di spesa annuale massimo per il finanziamento a funzione del Centro Diurno

Il totale di euro 765.532 costituisce il limite annuale massimo del finanziamento erogabile per il Centro Diurno, eventualmente proporzionato ai mesi effettivi di attività.

Il trattamento dei pazienti in regime semiresidenziale si fonda su un progetto assistenziale individuale, che deve essere calibrato in base alle specifiche esigenze del paziente. L'accesso giornaliero minimo al Centro Diurno viene definito in modo personalizzato in base alle caratteristiche ed alle esigenze della paziente o del paziente e include solitamente almeno un pasto giornaliero, la sua preparazione e la terapia post-pasto (per una durata di circa tre ore).

In ogni caso, l'Azienda sanitaria favorisce l'invio, su un posto accreditato, di più pazienti aventi modalità di accesso differenti, così da garantire un utilizzo ottimale delle risorse impiegate nonché il raggiungimento di un adeguato tasso d'occupazione della struttura semiresidenziale.

d) Regole comuni ai trattamenti semiresidenziali e residenziali

Le prestazioni corrispondenti alle attività di cui ai punti 2b (prestazioni residenziali) e 2c (prestazioni semiresidenziali) sono da considerarsi alternative tra loro. La loro remunerazione non può pertanto avvenire in maniera cumulativa nell'arco della medesima giornata, per un medesimo utente.

e) Tetto di spesa

La struttura privata presenta un budget annuo preventivo di produzione di attività residenziale e semi-residenziale. In base al piano di produzione di prestazioni, calcolato sul fabbisogno assistenziale, l'Azienda sanitaria determina un tetto di spesa annuo.

Attività	Regime assistenziale	Tariffa giornaliera omnicomprendiva	Criterio di calcolo

a)	Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 315,00.- (trecentoquindici/00)	q.tà gg. degenza x tariffa giornaliera omnicomprensiva
b)	Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 235,90. - (duecentotrentacinque/90)	q.tà gg. assenze terapeutiche x tariffa giornaliera omnicomprensiva
c)	Centro diurno per DCA	Semi-residenziale		Finanziamento a funzione nel limite annuale del totale di cui alla Tabella 3
TOTALE TETTO DI SPESA ANNUALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI NELL'AMBITO DEI DCA				

Tabella 4 – Tetto di spesa annuale

La remunerazione delle assenze per motivi terapeutici di cui all'attività b) della *Tabella 2* avviene nell'ambito del tetto di spesa massimo preventivato con i criteri di cui alla *Tabella 4*.

Il finanziamento a consuntivo del tariffato (tabella 4 punti a e b) e del finanziamento a funzione dei costi di esercizio (tabella 4 punto c) avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa preventivamente calcolato (tabella 4).

Il finanziamento totale avviene al netto degli eventuali ricavi provenienti da altri enti pubblici per le stesse attività finanziate ai sensi del presente allegato.

f) Tariffe per l'addebito di prestazioni a pazienti non residenti

Nell'ambito della fatturazione delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre Regioni italiane o residenti all'estero, si applicano le tariffe di cui alla *Tabella 4* sottostante, aumentate del 25% (arrotondamento all'unità di euro sull'importo risultante). Tale percentuale, aggiuntiva rispetto alle tariffe applicabili al privato convenzionato, remunera il costo dei fattori produttivi direttamente impiegati dall'Azienda sanitaria nell'erogazione dell'attività (costo del personale sociale e sanitario, altri costi specifici e costi comuni):

Attività	Regime assistenziale	Tariffa giornaliera omnicomprensiva	Maggiorazione per remunerazione costi generali dell'ASL
a) Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 315,00.- (trecentoquindici/00)	+ 25%
b) Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 235,90. – (duecentotrentacinque/90)	+ 25%
c) Centro diurno per DCA	Semi-residenziale	Euro 254,20.- (duecentocinquantaquattro/20)	+ 25%

Tabella 5 - Tariffe applicabili a pazienti non residenti in Provincia di Bolzano

3. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Per ogni paziente in carico alla struttura residenziale e semiresidenziale, l'Azienda sanitaria rileva, in accordo con i professionisti, i seguenti dati, programmati (preventivi) ed effettivi:

- durata del progetto terapeutico riabilitativo (data di ammissione e dimissione);
- per l'attività semiresidenziale, giornate di frequenza settimanale e monte ore giornaliero di presenza del paziente;
- per l'attività residenziale, le giornate di assenza terapeutica e quelle di assenza ingiustificata.

L'Azienda sanitaria può rilevare ulteriori informazioni ritenute utili.

4. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Con riferimento alle modalità e ai tempi di pagamento, l'Azienda sanitaria stabilisce con le strutture private la modalità e le periodicità più adeguate. Il saldo annuo relativo al finanziamento netto delle attività viene erogato nell'anno seguente, in seguito a presentazione ed approvazione da parte dell'Azienda sanitaria di una rendicontazione definitiva a consuntivo.

La revoca dell'accordo contrattuale o la sospensione/chiusura/interruzione dell'attività, per qualsiasi motivo, comporta di diritto l'immediata cessazione del finanziamento relativo all'attività.

5. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLO

La struttura privata fornisce annualmente a consuntivo all'Azienda sanitaria:

- rendiconto consuntivo dell'attività;
- bilancio d'esercizio ufficiale della struttura;
- volumi di produzione erogati per ogni attività;
- ore erogate dalle figure professionali sanitarie;
- ore di formazione delle figure professionali sanitarie;
- elenco dei contributi ed entrate di natura pubblica percepiti nell'esercizio di riferimento, con la specifica dell'oggetto del finanziamento e dell'ente pubblico erogatore;
- ogni altra documentazione che l'azienda sanitaria e l'amministrazione provinciale ritengano necessaria per l'attività di controllo e verifica.

ANLAGE C2

ZULÄSSIGE UND NICHT ZULÄSSIGE KOSTEN

Nachfolgend werden die aktualisierten Aufstellungen der zulässigen und nicht zulässigen Kostenkategorien aufgeführt, die jene ersetzen, die durch den Beschluss der L.R. Nr. 1153/2019, Teil 3, Abschnitte 3.4 und 3.5 genehmigt wurden:

3.4 Spezifische und allgemeine zulässige Betriebskosten

Die folgenden beispielshalber genannten Kostenkategorien sind als "spezifisch" oder "allgemein" zu betrachten, je nach ihrer Klassifizierung, welche im Beschluss des G.P. Nr. 1153 vom 17.12.2019 in geltender Fassung, Anlage A, Teil 3, Absatz 3.2 und 3.3 definiert ist. Es handelt sich in jedem Fall um Kosten, die mit der durchgeführten Tätigkeit verbunden sind.

a) Betriebskosten für den Ankauf von Gütern

- Putzmaterial, Büro-/Verbrauchsmaterial...
- Lehrmaterial
- Fix- und Mobiltelefon
- Software und Hardware
- Treibstoff
- Andere tätigkeitsbezogene Kosten

b) Betriebskosten für den Ankauf von Dienstleistungen

- Nebenkosten (Heizung, Energie, Wasser, ...)
- Reinigungsservice
- Gebühren und Abonnements für Telefon (Festnetz und Mobiltelefon), Internet, etc.
- Buchhaltung, Rechts- und Arbeitsberatung
- Ordentliche Wartung von Telefonie (Festnetz und mobil), Hardware und Software der unter Punkt a) berechneten Geräte
- Versicherung und Brandschutz
- Reparaturen und Wartungen Auto
- Andere tätigkeitsbezogene Kosten

c) Nutzung von Gütern Dritter

- Miete und Betriebskosten
- Andere tätigkeitsbezogene Kosten

d) Verwaltungs- und Allgemeinekosten

- Verwaltungstätigkeiten und Verwaltungspersonal

- Führungskräfte
- Abschreibungsanteil der in der Bilanz erfassten Vermögenswerte
- Weitere allgemeine Kosten

3.5 Nicht zulässige spezifische und allgemeine Kosten

Nicht zulässig und deshalb auch nicht finanzierbar sind:

- Anschaffungskosten und Abschreibungen im Zusammenhang mit Investitionsgütern für einen Einheitsbetrag von mehr als 516,46 €;
- Außerordentliche Instandhaltung;
- Kosten für Garagen und Stellplätze;
- Finanzaufwendungen (Passiv und Verzugszinsen usw.)
- Verwaltungsstrafen;
- Außerordentliche Kosten, Risiken, Passivschwund;
- Repräsentationskosten (Essen, Geschenke);
- Angebote, Geschenke im Allgemeinen, Spenden, Mitgliedsbeiträge
- Material für Ausstattungen, Dekorationen, Blumen, fotografische Dienste und Ähnliches;
- In Abzug gebrachte MwSt.;
- Steuerliche Abgaben (Steuern, Gebühren usw.);
- Verlust der Vorjahre;
- Mittag- und Abendessen für das ehrenamtliches Personal;
- Kosten für nicht-gesundheitliches, bedienstetes Personal, die jene aus den Gehaltstabellen des Bereichsübergreifenden Kollektivvertrages für Landesangestellte in der entsprechenden Funktionsebene übersteigen;
- Honorar-, Reise-, Unterkunft- und Verpflegungskosten, welche die Außendienstvergütung gemäß bereichsübergreifendem geltendem Kollektivvertrag übersteigen.
- Kosten, die der Sanitätsbetrieb nach einer Bewertung der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit der Tätigkeit von der Finanzierung ausschließt.

ALLEGATO C2

COSTI RICONOSCIBILI E NON RICONOSCIBILI

Di seguito si riportano gli elenchi aggiornati delle categorie di costo riconoscibili e non riconoscibili applicabili al finanziamento che sostituiscono quelli approvati con deliberazione della G.P. n. 858/2021, Allegato C2, Paragrafi 3.4 e 3.5 e ss. mm. ii.

3.4 Costi di esercizio specifici e comuni riconoscibili

Le seguenti tipologie di costi, indicati a titolo esemplificativo, sono da considerarsi “specifici” o “comuni” a seconda della loro classificazione definita nella deliberazione della G.P. n. 1153 dd. 17/12/2019 e ss.mm.ii., Allegato A, Parte 3, Paragrafo 3.2 e 3.3. Trattasi in ogni caso di costi inerenti all'attività erogata.

a) Costi di esercizio per acquisto di beni

- Materiale di pulizia, materiale d'ufficio / di consumo, ...
- Materiale didattico
- Telefonia (fissa e mobile)
- Software e Hardware
- Carburante
- Altri costi inerenti l'attività

b) Costi di esercizio per acquisto di servizi

- Utenze (riscaldamento, energia, acqua, ...)
- Servizio di pulizia
- Canoni e abbonamenti su telefonia (fissa e mobile), internet, ecc.
- Consulenza contabile, legale e del lavoro
- Manutenzioni ordinarie di telefonia (fissa e mobile), hardware e software di beni imputati ai sensi della lettera a)
- Assicurazioni e antincendio
- Riparazioni e manutenzioni auto
- Altri costi inerenti l'attività

c) Godimento beni di terzi

- Canoni d'affitto e spese condominiali di beni immobili
- Altri costi inerenti l'attività

d) Costi amministrativi e generali

- Attività amministrative e personale amministrativo
- Personale dirigenziale
- Quota di ammortamento dei beni iscritti in bilancio
- Altri costi generali

3.5 Costi specifici e comuni non riconoscibili

Non sono riconoscibili, quindi non finanziabili:

- costi d'acquisto di beni d'investimento di importo unitario superiore a 516,46 euro;
- manutenzioni straordinarie;
- costi inerenti a garage e posti auto;
- oneri finanziari (interessi passivi, di mora, etc.);
- sanzioni amministrative;
- oneri straordinari, sopravvenienze, insussistenze passive;
- spese di rappresentanza (pranzi, omaggi);
- offerte, omaggi in generale, liberalità, contributi associativi;
- materiale per addobbi, decorazioni, fiori, servizi fotografici e simili;
- IVA che viene portata in detrazione;
- oneri tributari (imposte, tasse, etc.);
- deficit anno precedente;
- pranzi e cene a volontari;
- costi di personale dipendente non sanitario eccedenti i costi rilevati sulle tabelle stipendiali previste dal contratto intercompartimentale applicabile al personale dell'Amministrazione provinciale per i livelli corrispondenti alle mansioni eseguite;
- spese per onorari, viaggio, vitto e alloggio eccedenti il trattamento economico e di missione di cui Contratto collettivo intercompartimentale vigente "disciplina di missione".
- costi che l'Azienda sanitaria esclude dal finanziamento a seguito di valutazione circa appropriatezza e attinenza all'attività.

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
Stellv. Abteilungsdirektor / Direttore ripartizione sost.
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

MAYR MICHAEL
ORTLER JOHANNES
CAPODAGLIO SILVIA

24/06/2025 19:11:42
24/06/2025 16:50:53
23/06/2025 17:16:33

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a
impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

26/06/2025 10:18:25
TACCHINARDI MARTA

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



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

01/07/2025

Die Vizeregernalsekretärin
La Vice Segretaria Generale

MARKART MARION

01/07/2025

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 48 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 48 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: Marion Markart

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

Ausstellungsdatum

01/07/2025

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