

185637

Beschlüsse - 1. Teil - Jahr 2018

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG

vom 4. Dezember 2018, Nr. 1281

Chronic Care Masterplan 2018-2020

Fortsetzung >>>

Deliberazioni - Parte 1 - Anno 2018

Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

del 4 dicembre 2018, n. 1281

Masterplan Chronic Care 2018-2020

Continua >>>

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**Nr. 1281
Sitzung vom 04/12/2018

Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Christian Tommasini
Richard Theiner
Philipp Achammer
Waltraud Deeg
Florian Mussner
Martha Stocker

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Chronic Care Masterplan 2018-2020

Oggetto:

Masterplan Chronic Care 2018-2020

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.2

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

hat in folgende Rechtsvorschriften, Verwaltungsakte und Tatsachen Einsicht genommen:

Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Artikel 3 und folgende des Dekrets vom 12.01.2017, die die Tätigkeitsbereiche der Sprengelversorgung, insbesondere der territorialen medizinischen Grundversorgung und der stationären und teilstationären Sozial- und Gesundheitsdienste regeln;

das von der ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den autonomen Provinzen Trient und Bozen festgeschriebene Übereinkommen vom 10. Juli 2014, betreffend den neuen Gesundheitspakt 2014-2016, der die Ausarbeitung eines gesamtstaatlichen "Plans zu den chronischen Krankheiten vorsieht";

Programm "Guadagnare Salute" (Dekret des Ministerpräsidenten vom 4. Mai 2007), das die Durchführung von bereichsübergreifenden Strategien zur Vorbeugung von chronischen Krankheiten durch eine gesunde Lebensweise von Seiten der Allgemeinheit vorsieht;

der im September 2016 verabschiedeten Staatlichen Plan zu den chronischen Krankheiten, der Maßnahmen mit einem ganzheitlichen Ansatz vorsieht, die die Person in den Mittelpunkt stellen und auf eine Verbesserung der Organisation der Dienste und die volle Rechenschaftspflicht aller Akteure ausgerichtet sind;

der mit Beschluss der Landesregierung vom 16. Juni 2015 Nr. 736 genehmigte Landespräventionsplan 2016-2018, der als allgemeines Ziel die Bekämpfung der chronischen Krankheiten in der Gesundheitsplanung festlegt;

Artikel 29 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“, welcher

La Giunta provinciale

ha preso visione della seguente normativa, atti amministrativi e fatti:

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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";

l'articolo 3 e successivi del decreto del 12.01.2017 che disciplina le aree di attività dell'Assistenza distrettuale, in particolare l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale;

l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, che prevede la predisposizione del "Piano nazionale della cronicità";

il Programma "Guadagnare Salute" (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007), che prevede l'attuazione di strategie intersettoriali e di popolazione per favorire la prevenzione delle patologie croniche attraverso l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari da parte della popolazione generale;

il Piano nazionale della cronicità, approvato a settembre 2016, che intende promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza;

il Piano provinciale della prevenzione 2016-2018, approvato con delibera della Giunta provinciale del 16 giugno 2015, n.736, che riconosce il contrasto alle patologie croniche come obiettivo prioritario per la pianificazione provinciale;

l'articolo 29 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 "Riordinamento del servizio sanitario provinciale" che prevede

vorsieht, dass das Land für die Festlegung der Kriterien für die Organisation der Dienste und der Tätigkeiten zum Schutz der Gesundheit und für die Finanzierung der öffentlichen und der privaten Gesundheitseinrichtungen, für die fachliche Ausrichtung, die Förderung und die Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen sowie für die Überwachung des Betriebs zuständig ist;

Artikel 30 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“, welcher vorsieht, dass die Gesundheitsplanung des Landes, der Landesregierung zusteht; einer der Schwerpunkte der Planung ist neben den Interventionsplänen mit spezifischen Zielsetzungen zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger und den fachspezifischen Plänen, die für den Schutz der Gesundheit der Bürger bedeutsam sind, der Landesgesundheitsplan 2016-2020, der mit Beschluss der Landesregierung vom 29. November 2016, Nr. 1331 genehmigt wurde.

Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015, der das Konzept zur Gesundheitsreform „Gesundheitsversorgung 2020“ genehmigt, welches vier zentrale Handlungsfelder zur Neuorganisation der Südtiroler Gesundheitsversorgung vorsieht. Eines dieser Handlungsfelder ist „die Stärkung der Gesundheitsversorgung vor Ort“;

der Konzeptvorschlag sieht vor, dass die Neuorganisation der wohnortnahen Gesundheitsversorgung mit Pilotprojekten in verschiedenen Gesundheitsbezirken durchgeführt wird, wobei die unterschiedlichen geografischen Gegebenheiten und Einzugsgebiete berücksichtigt werden;

der Landesgesundheitsplan 2016-2020 stuft die chronischen Erkrankungen als zentrales Thema ein und sieht die Implementierung eines integrierten Netzwerkes an Diensten (Wohnort-Territorium-Krankenhaus) vor, das von den Bedürfnissen der Personen mit chronischen Erkrankungen und deren

che spettano alla Provincia la determinazione dei criteri per l'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute e per il finanziamento delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, per le attività di indirizzo tecnico, di promozione e di sostegno a favore delle istituzioni medesime, nonché per il controllo sulla gestione;

l'articolo 30 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 “Riordinamento del servizio sanitario provinciale” per il quale spetta alla Giunta la programmazione provinciale; oltre ai programmi di intervento con finalità specifiche a tutela della salute e i piani di settore aventi rilevanza per la salvaguardia della salute dei cittadini, costituisce uno strumento essenziale della programmazione anche il Piano sanitario provinciale 2016-2020, approvato con delibera della Giunta provinciale del 29 novembre 2016, n. 1331;

la delibera della Giunta provinciale del 10 febbraio 2015, n. 171, che approva il documento programmatico della riforma sanitaria in Alto Adige “Assistenza sanitaria Alto Adige 2020”, nel quale sono stabiliti i quattro punti cardine della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in Alto Adige; uno dei punti cardine è “Potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio”;

il documento programmatico stabilisce che la riforma dell'assistenza sanitaria sul territorio sarà promossa attraverso la realizzazione di progetti pilota, da implementare in ogni Comprensorio sanitario e tenendo conto dei diversi contesti territoriali, nonché dei diversi bacini di utenza;

il Piano sanitario provinciale 2016-2020 individua come centrale il tema della cronicità e promuove l'implementazione di una rete di servizi integrati (domicilio-territorio-ospedale), partendo dalle esigenze delle persone affette da patologie croniche e delle loro famiglie, riconoscendo il valore della collaborazione

Familien ausgeht und die Bedeutung der Zusammenarbeit aller Beteiligten, die aktiv an der Umsetzung der Betreuungspfade arbeiten, unterstreicht;

der Landesgesundheitsplan 2016-2020 verweist in Bezug auf die Betreuung von Personen mit chronischen Erkrankungen auf das Versorgungsmodell „Chronic Care Model“ (und nachfolgende Versionen), welches eines der bewährtesten Modelle darstellt;

der Beschluss der Landesregierung Nr. 704 vom 17. Juli 2018 bestätigt und regelt die einheitlichen Anlaufstellen für die Pflege und Betreuung und bestimmt sie als einheitliche Informations- und Beratungsstellen, in denen Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs, der Sozialdienste und der Alten- und Seniorenwohnheime zusammenarbeiten;

die Richtlinie der Seniorenheime ist derzeit im Beschluss der Landesregierung Nr. 145 vom 7. Februar 2017, „Seniorenwohnheime in Südtirol“ enthalten; die Hausbetreuung und die Seniorenheime sind die wichtigsten Antworten auf die Pflegebedürftigkeit;

der Beschluss der Landesregierung Nr. 4828 vom 15. Dezember 2008 betreffend die Genehmigung der „Mindestanforderungen an die vernetzte Überleitung“ stellt die „betreuten Entlassungen“ für alle Personen mit chronischen Erkrankungen unabhängig vom jeweiligen Betreuungsbedarf sicher;

die Landesabkommen vom August 2017 und Februar 2018 legen die Aufgaben bzw. Kompetenzen der Ärzte für Allgemeinmedizin und eine einheitliche Vorgehensweise für die Funktionsweise der Vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit chronischen Erkrankungen fest;

der vorliegende Plan wurde aufgrund seiner Anwendung auf Bezirksebene und um den sozio-sanitären Bedürfnissen der Wohnbevölkerung zu entsprechen, der Konferenz der Präsidenten der Bezirksgemeinschaften gemäß Art. 18

tra i soggetti che operano attivamente nell'ambito del percorso clinico ed assistenziale;

il Piano sanitario provinciale 2016-2020 richiama anche il modello organizzativo dell'assistenza per le persone con patologia cronica da adottare, ossia il “Chronic Care Model” (e le sue evoluzioni), che peraltro è tra i più accreditati;

la delibera della Giunta provinciale n.704 del 17 luglio 2018 riconferma e disciplina gli sportelli unici per l'assistenza e la cura, quali centri unici di informazione e consulenza nei quali collaborano operatori dell'azienda sanitaria, del sociale e delle strutture residenziali;

la regolamentazione delle strutture residenziali per anziani come definita nella delibera della Giunta provinciale del 7 febbraio 2017, n.145 “Residenze per anziani dell'Alto Adige”; le strutture residenziali, insieme all'assistenza domiciliare integrata (ADI) costituiscono le risposte più importanti alla non autosufficienza;

la delibera della Giunta provinciale del 15 dicembre 2008, n. 4828, relativa all'“Approvazione dei criteri minimi per la continuità assistenziale”; questa garantisce l'esistenza delle “dimissioni assistite”, attivate per tutti i pazienti cronici indipendentemente dal loro grado di non autosufficienza;

gli accordi provinciali di agosto 2017 e di febbraio 2018 che delineano i compiti dei medici di medicina generale e individuano un percorso per il funzionamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con particolare riferimento ai pazienti affetti da patologie croniche;

il presente Piano per la sua applicazione e al fine di rispondere alle esigenze socio-sanitarie della popolazione residente, è stato sottoposto alla Conferenza dei Presidenti delle Comunità comprensoriali, in data 5 novembre 2018, come previsto

des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21. April 2017 am 5. November 2018 zur Kenntnis gebracht;

dall'art. 18 della L.P n. 3 del 21 aprile 2017;

Dies vorausgeschickt,

Ciò premesso

beschließt

delibera

DIE LANDESREGIERUNG

LA GIUNTA PROVINCIALE

einstimmig und in gesetzmäßiger Weise

a voti unanimi legalmente espressi:

1. den Chronic-Care-Masterplan 2018-2020 als wesentlichen Bestandteil dieses Beschlusses zu genehmigen;
2. den Südtiroler Sanitätsbetrieb mit der Umsetzung der prioritären operativen Maßnahmen des Chronic-Care-Masterplans 2018-2020, die in die Zuständigkeit des Sanitätsbetriebes fallen und mit besonderem Augenmerk auf die Übernahme von Personen mit chronischen Erkrankungen, zu betrauen, und innerhalb von 90 Tagen nach Inkrafttreten dieses Beschlusses folgende Dokumente zu verfassen:
 - Umsetzungsplan für den Chronic-Care-Masterplan 2018-2020
 - Zeitplan und Aufstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen, die innerhalb der ordentlichen Finanzierung des Sanitätsbetriebes erfolgt;
3. eine zentrale Stelle mit Vertretern der nachstehenden Bereiche einzurichten, die die Umsetzung des Chronic-Care-Masterplans 2018-2020 überwacht:
 - Abteilung Gesundheit des Landes Südtirol
 - Abteilung Soziales des Landes Südtirol;
 - Südtiroler Sanitätsbetrieb
 - Delegierte Sozialdienste

1. di approvare il Masterplan Chronic Care 2018-2020, che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
2. di demandare all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige la realizzazione delle misure operative prioritarie del Masterplan Chronic Care 2018-2020 di sua competenza, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici e di predisporre entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente deliberazione i seguenti documenti:
 - il piano attuativo del Masterplan Chronic Care 2018-2020
 - il cronoprogramma degli interventi e l'individuazione delle necessarie risorse finanziarie, da individuarsi nell'ambito delle modalità di finanziamento previste per l'azienda sanitaria;
3. di istituire una Cabina di regia per il monitoraggio dell'implementazione del Masterplan Chronic Care 2018-2020, costituita da rappresentanti di:
 - Ripartizione salute della Provincia di Bolzano
 - Ripartizione delle politiche sociali della Provincia di Bolzano;
 - Azienda sanitaria dell'Alto Adige
 - Servizi sociali delegati

- Verband der Seniorenwohnheime

Die zentrale Stelle wird von der Abteilung Gesundheit des Landes Südtirol koordiniert;

4. den Chronic-Care-Masterplans 2018-2020 nach Ablauf des Dreijahreszeitraums einer Überprüfung zu unterziehen.

Dieser Beschluss wird im Amtsblatt der Region veröffentlicht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

- Residenze per anziani

Il coordinamento della Cabina di regia è affidato alla Ripartizione salute della Provincia Autonoma di Bolzano;

4. di rivedere alla fine del triennio il Masterplan Chronic Care 2018-2020.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.



MASTERPLAN CHRONIC CARE

Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza
alle persone affette da patologie croniche nella
Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020

Approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1281 del 4 dicembre 2018

Indice

Glossario	3
Executive Summary	4
Premessa	7
1. Il Piano della cronicità della PA di Bolzano: le ragioni di una scelta	10
2. Sintesi della normativa provinciale	13
2.1 Il Piano sanitario provinciale 2016-2020	13
2.2 Il Piano sociale provinciale 2007-2009	13
3. Definizione di cronicità, disabilità, fragilità e non autosufficienza	15
4. Evoluzione della cronicità e fragilità nella Provincia Autonoma di Bolzano	17
5. Punti di forza e debolezza del livello di assistenza distrettuale	20
5.1 Punti di forza	20
5.2 Punti di debolezza	21
6. L'integrazione socio-sanitaria nella PA di Bolzano	22
6.1 Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)	22
6.2 SUAC e Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP): sperimentazione	23
7. La nuova rete dell'offerta: ruoli e compiti	27
7.1 I comprensori sanitari	27
7.2 Il distretto sanitario ed il distretto sociale	28
7.3 Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale	28
7.4 L'infermiere di famiglia e di comunità	29
7.5 Farmacie dei servizi	30
7.6 Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117	30
8. Assistenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità	32
9. Gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio	33
10. Posti letto di cure intermedie e posti letto di sollievo	35
10.1 Posti letto gestiti in ambito sanitario	35
10.2 Posti letto di natura sociale	36
11. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone	37
12. Le risorse umane e finanziarie per il territorio	39
12.1 Formazione e aggiornamento del personale	39
13. Sistema informativo territoriale e monitoraggio delle reti integrate (set di indicatori)	41
14. La teleassistenza	43
15. Semplificazione e Umanizzazione dell'assistenza	45
16. Comunicazione interna ed esterna	46
Bibliografia e riferimenti normativi	48

Glossario

ACG	Adjusted Clinical Groups
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
ASDAA	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
CUP	Centro Unico di Prenotazione
FSSE	Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico
IT	Information Technology
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medici di Medicina Generale
PA	Provincia Autonoma
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto unico di accesso
SIAD	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SUAC	Sportello Unico di Assistenza e Cura
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UPCP	Unità per la predisposizione condivisa del PAI
WHO	World Health Organization

Executive Summary

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

Nel 2035, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di 151.000 a ca. 191.000, mentre il numero di soggetti non autosufficienti, pari al 2,3% secondo dati riferiti al 2005, è oggi vicino al 4% della popolazione, circa 20.000 soggetti.

La Provincia, negli ultimi anni, ha avviato una serie di iniziative in materia di politica sociale e sanitaria, con cui sono stati conseguiti obiettivi importanti, veri e propri punti di forza del sistema:

- una fitta rete di strutture per anziani;
- gruppi professionali, in particolare in ambito sociale, molto attivi sul territorio;
- una assistenza ospedaliera che garantisce buoni risultati assistenziali;
- una assistenza territoriale presente in tutta la Provincia

I punti deboli, comuni peraltro a tante realtà italiane e estere, sono:

- gli alti tassi di ospedalizzazione per alcune patologie croniche (diabete, malattie renali, demenze, etc.);
- un numero di accessi al Pronto Soccorso dei Comuni più grandi che si attesta di gran lunga sopra la media nazionale;
- l'insufficiente Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- le lunghe liste di attesa.

A queste problematiche, che indicano la necessità di intervenire per promuovere un maggiore sviluppo delle attività territoriali, si aggiungono i temi dell'integrazione con il sistema dei Servizi sociali e con le attività ospedaliere.

Un moderno sistema di tutela della salute, nella sua accezione più ampia, non può prescindere nel futuro da una maggiore partecipazione di tutte le Istituzioni ed Organizzazioni alla costruzione di reti di assistenza basate sul lavoro di gruppo e sulla condivisione di percorsi di cura nei quali siano garantite prestazioni sanitarie e sociali.

La riorganizzazione del territorio è un processo molto complesso che introduce un nuovo paradigma della sanità spostando l'asse della programmazione degli interventi dall'ospedale alla comunità. Cambiano le modalità di lavoro del personale, i rapporti tra le Istituzioni, il modo di comunicare, la formazione e l'aggiornamento del personale, la responsabilità dei cittadini e delle associazioni coinvolti, soprattutto quando al centro del sistema vi sono i cittadini più bisognosi ed in difficoltà: gli anziani, i pazienti con gravi patologie croniche, i non autosufficienti.

Il presente Masterplan "Chronic Care" descrive i principi per una implementazione di una rete di servizi integrati (domicilio-territorio-ospedale), che parte dalle esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche e delle loro famiglie, riconoscendo il valore della collaborazione tra i soggetti che operano attivamente nell'ambito del percorso clinico ed assistenziale.

I servizi sociali, garantiti dalle Comunità comprensoriali, dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e dalle Residenze per anziani, sono coinvolti nei processi assistenziali secondo linee di intervento condivise con i servizi sanitari con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche e da non autosufficienza.

A tale scopo i Servizi sociali contribuiranno alla definizione di percorsi assistenziali condivisi per la presa in carico di alcune tipologie di persone affette da cronicità, selezionate sulla base di criteri sanitari e sociali congiuntamente individuati.

Su questa premessa si fissano i seguenti obiettivi strategici:

- prevedere servizi sociali e sanitari che si occupino delle esigenze specifiche della persona, della famiglia e della società;
- migliorare l'offerta di servizi;
- utilizzare strumenti di coordinamento per implementare in modo ottimale sul territorio le risorse destinate al trattamento/l'assistenza di persone con cronicità e fragilità, nel rispetto della pianificazione socio-sanitaria.

Ciò comporta, di conseguenza:

- a) la riorganizzazione della rete dei diversi servizi, unitamente alla garanzia della continuità assistenziale e delle specifiche esigenze di persone, famiglie e società;
- b) il miglioramento dell'integrazione tra assistenza di base, medicina specialistica, struttura ospedaliera e politiche sociali, allo scopo di offrire un modello di assistenza proattiva alla popolazione;
- c) l'applicazione di percorsi clinici diagnostico-terapeutici per l'assistenza di soggetti affetti da patologie croniche;
- d) la redazione di un Piano assistenziale individuale per ogni paziente (PAI);
- e) l'empowerment del singolo e della popolazione;
- f) la prevenzione delle patologie croniche mediante programmi di prevenzione e sostegno alla salute;
- g) il tempestivo riconoscimento, mediante adeguati strumenti, delle persone con fragilità o patologie croniche;
- h) la divulgazione di informazioni in merito a servizi e percorsi clinici, al fine di migliorare la gestione autonoma delle persone interessate e dei loro familiari;
- i) il tempestivo accesso del soggetto e della sua famiglia alle strutture e ai servizi di assistenza più adeguati;
- j) la corretta distribuzione sul territorio e adeguato utilizzo di apparecchi, tecnologie e soluzioni IT per soggetti con disabilità fisiche e/o mentali;
- k) la riduzione degli accessi e degli inutili ricoveri a lungo termine nelle strutture ospedaliere di persone con patologie e fragilità croniche;
- l) il supporto alla formazione professionale continua del personale socio-sanitario, così come alla ricerca clinica e organizzativa.

Nel Piano sono descritti gli strumenti per arrivare alla creazione del nuovo assetto dell'assistenza ai pazienti cronici, adattando alla realtà provinciale modelli internazionali e nazionali consolidati basati su:

- il ruolo dei medici di medicina generale, chiamati, attraverso le forme di aggregazione previste dalla vigente normativa, a sviluppare con le altre figure professionali il lavoro di gruppo;
- la creazione di sportelli dove il cittadino possa ricevere informazioni sanitarie e sociali e da dove possa essere indirizzato lungo percorsi assistenziali integrati;
- la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, concentrando il lavoro multidisciplinare e multidimensionale di tutte le figure professionali coinvolte nei processi di assistenza;
- la partecipazione dei Servizi sociali delle Comunità comprensoriali, dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e delle residenze per anziani a comuni e condivisi progetti di cura;
- il potenziamento, soprattutto per i pazienti non autosufficienti, delle migliori forme di assistenza residenziale e domiciliare.

In questo scenario, cambia anche la Governance del territorio ed i distretti sanitari e sociali divengono la sede più vicina al paziente ed alla sua famiglia, dove operano tutte le figure professionali coinvolte, sanitarie e sociali, per realizzare quella presa in carico personalizzata, efficace ed efficiente, che caratterizza un Sistema di tutela della salute moderno.

Premessa

Per la World Health Organization (WHO 2002) la patologia cronica è *“una qualsiasi malattia di lunga durata e generalmente a lenta progressione”*. Si stima che le patologie croniche siano responsabili dell'86% dei decessi nei Paesi con alto reddito con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, malattie respiratorie, malattie muscolo-scheletriche, diabete mellito e demenze. Esse assorbono risorse sia dal settore sanitario che sociale, soprattutto le patologie gravate da un maggior grado di disabilità, con la tendenza ad un aumento maggiore della spesa sociale in relazione anche all'andamento del mercato del lavoro ed ai provvedimenti sul sistema pensionistico, potendosi generare nel tempo gravi squilibri generazionali.

Per queste ragioni è tendenza universale quella di stabilire una maggiore integrazione tra le istituzioni deputate alla programmazione delle attività sanitarie e sociali ed alla gestione dei rispettivi finanziamenti per garantire migliori servizi e razionale utilizzo delle risorse a disposizione.

Non tutte le malattie croniche esitano in uno stato di non autosufficienza o disabilità grave e quindi non sempre sono necessari interventi di tipo sociale se si investe nella prevenzione secondaria e terziaria delle malattie, se l'educazione alla salute è condotta con costanza, se i servizi che si fanno carico della persona funzionano in rete, se gli operatori lavorano insieme.

L'assistenza alle persone affette da patologie croniche è parte integrante dell'assistenza primaria il cui paradigma di azione sta profondamente cambiando passando da un approccio di attesa dell'evento acuto ad uno proattivo, caratterizzato da una maggiore integrazione tra i servizi, le attività e le prestazioni erogati sia sul territorio che in ospedale, lungo percorsi assistenziali condivisi che superino la profonda divaricazione che ancora oggi esiste tra i due livelli di assistenza.

Ed infatti, la Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un *“sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure”*. La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

I modelli internazionali

I modelli organizzativi di assistenza per i pazienti cronici adottati a livello internazionale sono tutti mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità assistenziale all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte. Tra i più accreditati vi è il Chronic Care Model (e le sue evoluzioni) che individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche, creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, attività e servizi resi lungo definiti percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte, dal paziente e dalla sua famiglia.

In realtà non esiste un unico modello di riferimento e comunque qualunque degli esistenti (a dire il vero molto simili tra loro) deve essere sperimentato sul campo ed adattato alla situazione locale, perché diverse sono le culture e l'approccio ai temi della cronicità e della non autosufficienza.

Tutti i modelli si basano sulla possibilità di stratificare la popolazione affetta da cronicità secondo gradi di complessità, in modo da fornire le informazioni necessarie per stabilire le tipologie di prestazioni da erogare e programmare gli interventi.

Particolarmente complessa è la classificazione dei gradi di non autosufficienza delle persone da cui dipende l'attivazione di servizi complessi residenziali e domiciliari: le schede di valutazione variano da Paese a Paese e tra aree dello stesso Paese.

Ciò rende difficile confronti e paragoni anche perché il Sistema Sociale risponde a criteri di erogazione delle prestazioni diversi da quelli adottati in Sanità: la compartecipazione alla spesa nel Sociale è legata spesso al reddito mentre, l'accesso alle cure sanitarie è, anche nei sistemi assicurativi obbligatori, universale.

La situazione in Italia e linee di tendenza

L'assistenza primaria è definita nei Livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) che riprendono le precedenti normative a riguardo: la Legge n. 158 del 13 settembre 2012, **decreto Balduzzi**, che introduce le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità di cure complesse primarie (UCCP), il **"Patto della salute 2014-2016"** del 10 luglio 2014, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e garantire l'appropriatezza delle prestazioni e l'unitarietà del sistema, ed il Piano nazionale della cronicità ratificato dalle regioni e province autonome il 15 settembre 2016 che definisce, per molte malattie croniche, le criticità dell'assistenza ed indica gli obiettivi generali di intervento.

In Italia, l'assistenza primaria rivolta ai pazienti cronici è più sviluppata rispetto ad altre realtà europee e vanta una percentuale minore di ricoveri inappropriati per patologie croniche come il diabete, l'asma, lo scompenso cardiaco. Negli anni si sono intensificate le iniziative regionali e provinciali per favorire la medicina proattiva spesso sviluppata all'interno di strutture polifunzionali (Case della salute, Presidi territoriali di assistenza, Ospedale di comunità, etc.), riconoscibili dalla popolazione come centri di riferimento extraospedalieri.

Tali strutture rappresentano la concreta realizzazione di quella che viene definita la „piattaforma delle cure intermedie“, dove professionisti del territorio e dell'ospedale, insieme ai professionisti del mondo sociale operano insieme secondo modelli organizzativi e gestionali condivisi.

Ciò non significa che questa sia l'unica strada percorribile: in alcune realtà regionali sono individuati *"soggetti gestori"* della cronicità ai quali sono affidati i compiti di rispondere ai bisogni dei cittadini costruendo reti di assistenza (modello CREG in Lombardia), in altre Regioni sono le forme associative dei medici di medicina generale che si fanno garanti dei percorsi assistenziali dei propri pazienti (Veneto), in altre (la maggioranza) sono prevalenti le *"Case della salute"* (Emilia-Romagna, Toscana, Marche), che secondo la recente indagine dell'Università Bocconi (Rapporto OASI 2017) sono oltre 300 in tutto il Paese.

I modelli adottati dalle Regioni e Province Autonome sono molto diversi tra loro e dipendenti da fattori complessi, non ultimo l'orografia del territorio, che, soprattutto nelle Province Autonome di Bolzano e Trento condiziona la distribuzione dei servizi e del personale.

La tendenza nazionale è orientata principalmente all'integrazione dei servizi ed alla creazione di piattaforme di integrazione ospedale-territorio.

La chiave di volta è il ruolo innovativo delle figure professionali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti, degli infermieri e delle altre figure professionali chiamati al lavoro di gruppo, che si concretizza nella costituzione delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) ed UCCP (Unità complesse di cure primarie)

L'integrazione socio-sanitaria è uno dei temi più sentiti in tutte le regioni, alcune delle quali hanno predisposto da tempo Piani socio-sanitari regionali, di fatto integrando gli interventi sanitari con quelli sociali con particolare riferimento allo stato di non autosufficienza.

I percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) rappresentano il fulcro intorno al quale ruotano i servizi sanitari e sociali, divenendo così il PDTA integrato un Piano di presa in carico globale del paziente che si concretizza in un Piano assistenziale individuale (PAI). È da questo momento che inizia la reale presa in carico dei pazienti ai quali devono essere garantiti percorsi programmati, senza attese che possano vanificare i risultati in termini di soddisfacimento dei bisogni, coordinando gli interventi di altre istituzioni e coinvolgendo nelle scelte gli stessi pazienti e le loro famiglie.

Il Piano assistenziale non si limita, però, solo al territorio ma si espande e coinvolge l'ospedale con il quale l'integrazione deve essere garantita secondo concordate linee di indirizzo basate su un concreto dialogo tra il personale che lavora sul territorio e quello che lavora in ospedale, da realizzare attraverso la costituzione di gruppi permanenti che condividono modalità di ammissione e dimissione dei pazienti.

Tutto ciò implica una nuova vision ed una nuova organizzazione del Distretto, che è chiamato a programmare proattivamente la salute della comunità di riferimento fungendo da "facilitatore" dell'integrazione tra i servizi e tra le professionalità dell'Azienda Sanitaria. Le aree fondamentali che dovranno essere sviluppate nel "nuovo Distretto socio-sanitario" (come definito nel Patto per la salute), necessarie a garantire l'adeguato funzionamento delle nuove formule organizzative saranno: l'area formativa, quella della valutazione (per il monitoraggio in itinere ed annuale delle performance e dei risultati), quella socio-sanitaria (di estrema importanza per il potenziale derivante dall'integrazione con le risorse sociali dei Comuni e più in generale della comunità), nonché quella di partecipazione dei cittadini.

Strategico elemento del sistema di integrazione sanitaria e sociale nel territorio è il PUA (Punto Unico di Accesso), o altro sistema comunque denominato, che deve fornire risposte integrate socio-sanitarie ai bisogni di salute dei cittadini con funzioni di front office (accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento) e di back office: prevalutazione casi segnalati, rapporto costante con i medici di medicina generale, aggiornamento della mappa dei servizi sul territorio. Il PUA è il principale attivatore poi delle Unità di valutazione multidimensionale, o comunque denominate e organizzate, per i casi più gravi, che dovranno, secondo schede di valutazione condivise, redigere piani personalizzati sanitari e sociali.

1. Il Piano della cronicità della PA di Bolzano: le ragioni di una scelta

La Provincia Autonoma di Bolzano, attraverso il presente Piano di durata triennale, si prefigge di potenziare l'attuale modello di assistenza alle persone affetti da cronicità con particolare riferimento alle persone non autosufficienti, promuovendo un maggiore dialogo tra i Servizi sanitari ed i Servizi sociali e tra i servizi extraospedalieri e quelli ospedalieri.

Le nuove forme di aggregazione dei medici di medicina generale (AFT) istituite a livello provinciale debbono operare in modo proattivo con le altre figure professionali del territorio per farsi carico dei pazienti affetti da patologie croniche dando seguito a condivisi percorsi assistenziali (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, etc.) integrati con l'ospedale e con le altre strutture territoriali, in particolare quelle residenziali.

Specifici protocolli operativi condivisi ospedale-territorio-ospedale di ammissione e di dimissione ospedaliera dei pazienti cronici debbono essere predisposti ed adottati a livello provinciale.

I recenti accordi provinciali sottoscritti dai medici di medicina generale consentiranno di avviare i primi percorsi e la sperimentazione di modelli di presa in carico che dovranno prevedere la programmazione di spazi dedicati all'interno delle liste di attesa per l'esecuzione di indagini e visite specialistiche dei pazienti con patologie croniche, per contribuire alla riduzione dei ricoveri inappropriati ospedalieri e degli accessi ai Pronto Soccorso nonché delle liste d'attesa.

Nei casi più gravi il percorso si deve arricchire di interventi sociali condivisi nell'ottica di una presa in carico globale che si trasforma in un congiunto "progetto di vita".

Particolare attenzione sarà riservata all'assistenza domiciliare che dovrà essere implementata in tutte le sue forme, anche con la partecipazione del privato ed all'assistenza residenziale che, seppure più efficiente che in altre parti del Paese, dovrà essere rafforzata.

Fondamentale il coinvolgimento nella formulazione dei percorsi assistenziali del paziente e dei suoi familiari e delle Associazioni dei pazienti e di volontariato.

Per la realizzazione degli obiettivi di Piano saranno definiti strumenti condivisi di valutazione dei bisogni sanitari e sociali dei pazienti e sarà definito congiuntamente con i Servizi sociali il numero e la tipologia dei pazienti da trattare in regime residenziale e domiciliare.

Su tali basi sono fissati i seguenti **obiettivi strategici**:

- a) favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche secondo i diversi gradi di complessità adottando gli strumenti della medicina di iniziativa messi a disposizione sia dai nuovi accordi con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sia dai nuovi modelli del lavoro di gruppo con tutte le professionalità necessarie (infermieri, fisioterapisti, operatori sociali, assistenti alla persona, nuove figure professionali), promuovendo l'integrazione con le strutture ospedaliere;
- b) prevedere servizi sanitari e sociali che si fanno carico congiuntamente dei bisogni specifici della persona, della famiglia e della società con riferimento ai pazienti affetti da non autosufficienza, nel rispetto degli attuali Piani sanitario e sociale;
- c) migliorare l'offerta dei servizi integrati sociali e sanitari;
- d) utilizzare strumenti di governance che migliorino sul territorio, nel rispetto della programmazione sociale e sanitaria provinciale, l'utilizzo delle risorse per la cronicità, la non autosufficienza e la fragilità.

Gli **obiettivi organizzativi** da perseguire sono:

- riqualificare la rete dei servizi garantendo contemporaneamente la continuità assistenziale e i bisogni specifici della persona, della famiglia e della società;

- migliorare l'integrazione tra cure primarie, medicina specialistica, ospedale e Servizi sociali per offrire un modello di assistenza proattiva alla popolazione;
- prevedere l'utilizzo di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) nella gestione delle patologie croniche per una reale presa in carico del paziente;
- redigere per la singola persona un Piano assistenziale individuale (PAI);
- rafforzare l'empowerment nel singolo e nella comunità.

I conseguenti **obiettivi operativi** sono:

- prevenire le malattie croniche attraverso programmi di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- rilevare precocemente, utilizzando strumenti adeguati, la presenza nella popolazione di persone fragili o con patologie croniche;
- diffondere conoscenze su servizi e percorsi per aumentare le competenze nell'assistenza e cura alle persone affette da malattie croniche e ai loro famigliari;
- facilitare un tempestivo accesso della persona e del famiglia al Servizio di assistenza e cura più appropriato;
- garantire sul territorio la corretta distribuzione e l'utilizzo di dispositivi, tecnologie e soluzioni informatiche ai disabili;
- evitare, o comunque ridurre, il numero degli accessi alle Strutture ospedaliere e dei ricoveri inutilmente prolungati di persone affette da patologie croniche o fragilità;
- promuovere l'aggiornamento professionale continuo del personale sanitario e sociale e la ricerca clinica e organizzativa.

Per ciascuno dei punti indicati sono descritti nel Piano le metodologie e gli strumenti per una corretta programmazione e pianificazione degli interventi che garantiscano:

- equità e omogeneità di accesso ai servizi in tutti i comprensori della Provincia;
- interoperabilità dei sistemi informativi;
- univocità del sistema di monitoraggio e di valutazione delle reti integrate e di valutazione del rischio;
- definiti meccanismi di supporto formativo e di aggiornamento professionale sia sanitario che sociale.

Nel raggiungimento degli obiettivi sarà posta particolare attenzione alle differenze epidemiologiche e orografiche della Provincia, tra le zone più periferiche ed i Comuni più grandi.

Specifiche risorse umane e finanziarie dovranno essere individuate in ambito sanitario e sociale per il potenziamento delle reti territoriali, anche dalla collegata riorganizzazione dell'area ospedaliera.

Per la redazione del presente Piano sono stati analizzati i principali e più noti modelli di gestione della cronicità a livello internazionale e nazionale che sono stati confrontati con la realtà provinciale al fine di individuare punti di forza e criticità dai quali partire per proporre i principali interventi da realizzare secondo un preciso cronoprogramma.

Il Piano, non calato dall'alto ma condiviso tra tutti gli Attori del sistema, tiene conto delle **normative** e iniziative **nazionali** in essere, nonché dei **provvedimenti provinciali** più importanti:

- il decreto sui nuovi LEA;
- la legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi);
- il Piano nazionale della cronicità 2016;
- il Patto per la salute 2014-2016;
- il Documento nazionale di „Linee di indirizzo per il potenziamento e l'armonizzazione dei modelli di assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento al tema della cronicità” richiesto all'AGENAS da parte della Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni;
- il Piano sanitario provinciale 2016-2020;

- il Piano provinciale sociale 2009.

La valutazione di quanto realizzato nel triennio costituirà la base per rimodulazioni e nuove implementazioni.

Il presente Piano è approvato dalla Giunta ai sensi della Legge provinciale 21 aprile 2017, n.3 e sottoposto alla Conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali, di cui all'articolo 18 della suddetta Legge provinciale, per la sua applicazione a livello comprensoriale secondo gli obiettivi organizzativi e operativi fissati dal Piano.

2. Sintesi della normativa provinciale

2.1 Il Piano sanitario provinciale 2016-2020

Il Piano sanitario provinciale ridisegna l'assetto del Servizio sanitario provinciale riorganizzando soprattutto il livello distrettuale dell'assistenza attraverso la multidisciplinarietà nell'erogazione delle prestazioni e la costruzione di reti di servizi in collegamento con l'ospedale.

Cresce il nuovo ruolo dei medici di medicina generale chiamati a lavorare in gruppo anche nel contesto di nuove strutture socio-sanitarie, nei quali concentrare i servizi sanitari e sociali per i pazienti più bisognosi.

In particolare, il Piano prevede l'attività di Sportelli Unici per l'assistenza e la cura, in applicazione dell'articolo 15-bis della legge provinciale 13/1991, oggi riconfermati dalla Delibera della GP del 7 luglio 2015, n. 817 e attualmente disciplinati dalla delibera della GP del 17 luglio 2018, n. 704, che sono centri unici multidisciplinari, nei quali collaborano operatori dell'Azienda Sanitaria, del sociale e delle strutture residenziali con i seguenti compiti:

- fornire informazioni sulle diverse prestazioni disponibili;
- compiere una prima valutazione dello stato di bisogno della persona da curare;
- definire interventi immediati necessari e seguirne l'applicazione;
- coordinare le prestazioni e gli interventi di assistenza tra i vari servizi coinvolti;
- nominare un responsabile dell'assistenza con il compito di farsi carico del caso e seguirlo nel tempo.

Gli obiettivi nel campo della cronicità sono quelli legati al miglioramento della presa in carico dei pazienti e dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

Il Piano prevede, inoltre l'istituzione di posti letto di transito e posti letto di cure intermedie.

2.2 Il Piano sociale provinciale 2007-2009

Il Piano sociale 2007-2009 rappresenta il principale strumento di programmazione dei Servizi sociali nella Provincia Autonoma di Bolzano ed è incentrato su due pilastri fondamentali: il rafforzamento della responsabilità dei cittadini in un'ottica di sussidiarietà (auto-aiuto) e il valore della solidarietà, alla base di una cultura sociale che metta al centro il diritto delle persone non autosufficienti all'assistenza, delle persone con disabilità al lavoro, delle famiglie a ricevere sostegni, delle persone in difficoltà di avere risposta ai loro bisogni.

Per raggiungere questi obiettivi il Piano punta sulla rete di rapporti con le Associazioni, le Cooperative, e le altre organizzazioni anche private, auspicando *"anche una crescente collaborazione con i servizi sanitari"*, lavorando *"a un continuo scambio di sapere ed esperienze tra pubblico e privato"* per sviluppare un Servizio sociale evoluto e di qualità.

Nel campo dell'assistenza, con particolare riferimento alla non autosufficienza, il Piano prevede di:

- a) sostenere coloro che si prendono cura dei propri cari,
- b) approvare la legge provinciale "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti" e istituire il Fondo per la non autosufficienza,
- c) introdurre un nuovo sistema di rilevamento del fabbisogno assistenziale,
- d) esaminare e valutare gli effetti della legge sugli interventi ai non autosufficienti.

Da un punto di vista gestionale la pianificazione dell'assistenza è improntata a:

- a) definire gli standard di cura e di prestazione,
- b) sviluppare il sistema informativo provinciale per i Servizi sociali, puntando a una maggiore integrazione nei sistemi di informazione dei Distretti sociali e sanitari.

Il piano punta sulla “*promozione della cooperazione tra tutti gli erogatori dei servizi sociali e sanitari*” anche privati e promuove il rafforzamento della residenzialità (ad oggi 4.356 posti letto).

3. Definizione di cronicità, disabilità, fragilità e non autosufficienza

La WHO definisce le malattie croniche come un insieme di condizioni patologiche eterogenee, ad eziologia multifattoriale, legata a fattori di rischio complessi derivanti dall'interazione tra fattori genetici ed ambientali, per le quali l'obiettivo principale non è la guarigione, bensì il mantenimento di una buona qualità di vita e la prevenzione di possibili complicanze. Le condizioni croniche sono accomunate da una lunga latenza patogenetica ed esordio graduale, lunga durata e lenta progressione che porta in genere verso un progressivo aggravamento e che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni.

Il termine “*malattia cronica*” o “*cronicità*” comprende: (WHO, 2002):

- condizioni non trasmissibili;
- condizioni trasmissibili persistenti;
- disturbi mentali persistenti;
- disabilità fisiche permanenti.

Lo stato di salute e il benessere della persona affetta da una o più malattie croniche non dipende però solamente da fattori biologici, specifici per la malattia, ma anche da determinanti sociali, p.es. dallo status socio-familiare, economico, ambientale, l'accessibilità delle cure, che interagiscono fra di loro in maniera dinamica. Il livello della risposta assistenziale è individuato dal carico di cronicità che comprende:

- **malattie croniche in fase iniziale, non complicate** (nelle quali l'autogestione svolge il ruolo principale);
- **malattie croniche complicate** (si tratta di persone con bisogni complessi che necessitano di una presa in carico sul territorio costante e programmata ed una gestione integrata attraverso il raccordo continuo tra professionisti sul territorio ed ospedalieri);
- **malattie croniche complesse** (si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso il ricovero ospedaliero seguito da lunghe fasi di riabilitazione, una maggiore integrazione con i Servizi sociali sia domiciliari che residenziali e semiresidenziali).

La malattia cronica di per sé non è una *disabilità*, ma lo diventa quando subentra un danno organico e/o funzionale, che comporta la perdita della capacità operativa della persona (WHO-ICF 2002).

La “*fragilità*”, infine, si riferisce alle persone che manifestano grande complessità medica e vulnerabilità, malattie con presentazioni atipiche o oscure, grossi problemi cognitivi, affettivi e funzionali e che sono particolarmente suscettibili alla iatrogenesi, spesso socialmente isolati, economicamente poveri e ad altro rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata (*National Institute of Health*, 1988).

La disabilità indica la perdita funzionale, mentre la fragilità indica uno stato di instabilità e di rischio di perdita della capacità funzionale della persona o di ulteriore perdita di funzione.

La gestione delle malattie croniche a livello di popolazione richiede sistemi di classificazione e stratificazione del rischio, strumenti per valutare qualità ed esiti e modelli organizzativi innovativi. La stratificazione della popolazione delle persone affette da malattie croniche deve portare alla integrazione tra i diversi livelli di cura e assistenza. La WHO stessa sottolinea la necessità di modelli assistenziali integrati e centrati sulla persona e sulla famiglia per la gestione e il finanziamento dei servizi individuando e adattando localmente il mix di interventi più appropriato al contesto specifico, in base agli assetti istituzionali e alle specificità organizzative, finanziarie e i valori di contesto.

Non tutte le persone affette da patologie croniche sono non autosufficienti, ma possono diventarlo. “*La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le normali*

azioni della vita quotidiana, ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva¹.

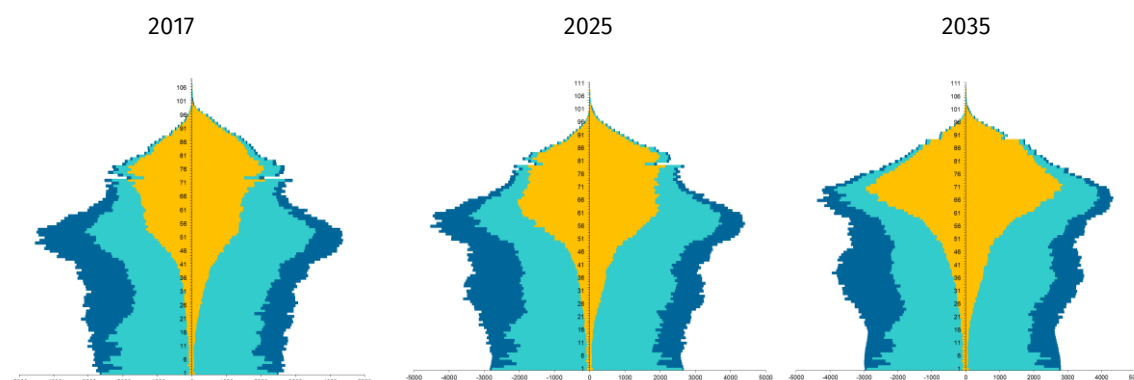
Nel presente Piano sono recepite ed adottate le definizioni internazionali sopra riportate.

¹ L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale*. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione del CNEL sulla riforma fiscale, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

4. Evoluzione della cronicità e fragilità nella Provincia Autonoma di Bolzano

I cambiamenti demografici nella popolazione altoatesina (527.750 abitanti nel 2017) stanno producendo un progressivo invecchiamento della popolazione: la **quota di anziani** (65 e più anni), attualmente pari al **19%** (circa 103.000 persone), era del 6% negli anni '30 del secolo scorso ed è destinata a diventare del 30% entro il 2045. Circa il **29%** della popolazione altoatesina è attualmente affetto da almeno una malattia cronica. Combinando gli effetti dei cambiamenti demografici e dell'evoluzione della cronicità si può stimare che **il numero dei malati cronici crescerà dai 155.000 attuali ai 191.000 del 2035.**

Previsioni popolazione residente, con base popolazione al 01.01.2017



Fonte: Demo Istat 2017, scenario mediano, Mappatura patologie croniche 2017, Osservatorio per la salute

L'Osservatorio per la salute della Provincia autonoma di Bolzano ha avviato dal 2004 il **progetto „Mappatura delle patologie croniche”** che, sfruttando i flussi di dati amministrativi già esistenti, come il ricorso ai ricoveri ospedalieri, le terapie farmacologiche o specialistiche, ha stimato il numero di pazienti affetti da cronicità, studiando 36 differenti patologie croniche.

Di seguito sono riportati i dati delle più diffuse patologie croniche e del relativo tasso di ospedalizzazione, che, per due situazioni in particolare, appare di gran lunga al di sopra dei valori nazionali, a dimostrazione di un insufficiente sviluppo dei servizi territoriali e di una particolare situazione della rete ospedaliera.

Principali patologie croniche - Provincia Autonoma di Bolzano Anno 2017

Patologia cronica	Prevalenza percentuale	N. Pazienti (valore assoluto)	Comprensorio sanitario di maggiore diffusione	Tasso di ospedalizzazione per 100.000 ab.
Insufficienza renale cronica	1,2 %	6.445	Bolzano	66,6
Diabete (Tipo II)	4,0 %	21.165	Merano	57,2 (32,8 media Regioni Network)
BPCO	3,2 %	17.088	Bolzano	61,4 (49,4 media Regioni Network)
Alzheimer e demenze	0,8 %	4.118	Bolzano	51,1
Tiroidite di Hashimoto	1,6 %	8.314	Bolzano	-

Fonte: Osservatorio per la salute - Mappatura delle patologie croniche

A seguito dell'impianto definito dallo Statuto di autonomia e delle competenze da questo derivanti, la Provincia Autonoma di Bolzano presenta, nel campo dell'assistenza alle persone non autosufficienti, diverse specificità rispetto alla situazione nazionale.

Sul piano organizzativo, diversi servizi ed interventi che a livello nazionale rientrano nelle attività e competenze del settore sanitario, fanno riferimento – politicamente e amministrativamente – al settore sociale. Ciò vale per esempio per diversi servizi di assistenza a favore delle persone non autosufficienti, nonché per la gestione di alcuni interventi di sostegno economico alle famiglie con persone non autosufficienti.

Un intervento particolarmente significativo nel settore della non autosufficienza è l'introduzione dell'assegno di cura, avvenuta con legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti".

Il principale obiettivo perseguito con tale legge, che ha sistematizzato e significativamente migliorato alcuni interventi già in precedenza esistenti, è il potenziamento del sostegno a favore delle famiglie con persone non autosufficienti, siano esse anziani o persone disabili.

Il sostegno è in prima linea finanziario, tramite l'erogazione di un assegno di cura articolato in 4 livelli e con importi mensili che vanno da 560 € a 1.800 €, ma indirettamente anche di prestazioni e servizi, dato che la maggiore capacità economica consente alle famiglie di fare meglio fronte alle spese legate all'assistenza e cura. L'approccio scelto è stato quello di dare ampia autonomia e responsabilità alle famiglie nell'utilizzo dell'assegno e nell'organizzazione delle soluzioni assistenziali.

Il diritto all'assegno di cura e la sua entità, articolata come detto in 4 livelli, sono legati unicamente all'accertamento di una condizione di non autosufficienza, oltre che a requisiti di residenza. Ai sensi della legge si intende per non autosufficiente *"una persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana negli ambiti costituiti da alimentazione, igiene personale, funzioni escretorie, mobilità, vita psico-sociale e conduzione dell'economia domestica, e che necessita pertanto dell'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno alla settimana"* (art. 2). Per accertare la condizione di non autosufficienza è stato definito un apposito strumento di valutazione ("VITA") ed istituiti dei team territoriali socio-sanitari che svolgono le valutazioni ai fini della concessione dell'assegno di cura.

L'assegno di cura viene erogato, con modalità diverse, sia a favore di persone assistite presso il proprio domicilio, sia a favore di persone accolte in strutture residenziali per anziani o persone disabili.

I beneficiari sono attualmente circa 18.000, suddivisi in circa 13.500 persone assistite a domicilio e 4.500 persone ospitate in strutture residenziali.

Una ulteriore importante innovazione è stata l'introduzione degli "Sportelli Unici di assistenza e cura", avvenuta nel 2013, meglio definiti recentemente con la DP 704/2018. Si tratta di servizi territoriali socio-sanitari che puntando ad offrire alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie un punto di accesso unico, con una offerta che è principalmente di informazione, orientamento ed indirizzamento verso la soluzione più adeguata. Gli sportelli territoriali, articolati su base distrettuale, vedono la presenza di operatori dell'Azienda Sanitaria, dei Servizi sociali e delle Residenze per anziani.

La Provincia Autonoma di Bolzano, nel 2017, ha erogato l'assegno di cura per almeno una mensilità a quasi 19.000 persone non autosufficienti, pari a circa il 3% della popolazione residente. Complessivamente sono stati destinati a questo scopo circa 119 milioni di Euro per le persone che vivono presso il proprio domicilio e circa 94 milioni di Euro per gli ospiti delle residenze per gli anziani e ai centri per lungodegenti (circa 4.300 beneficiari).

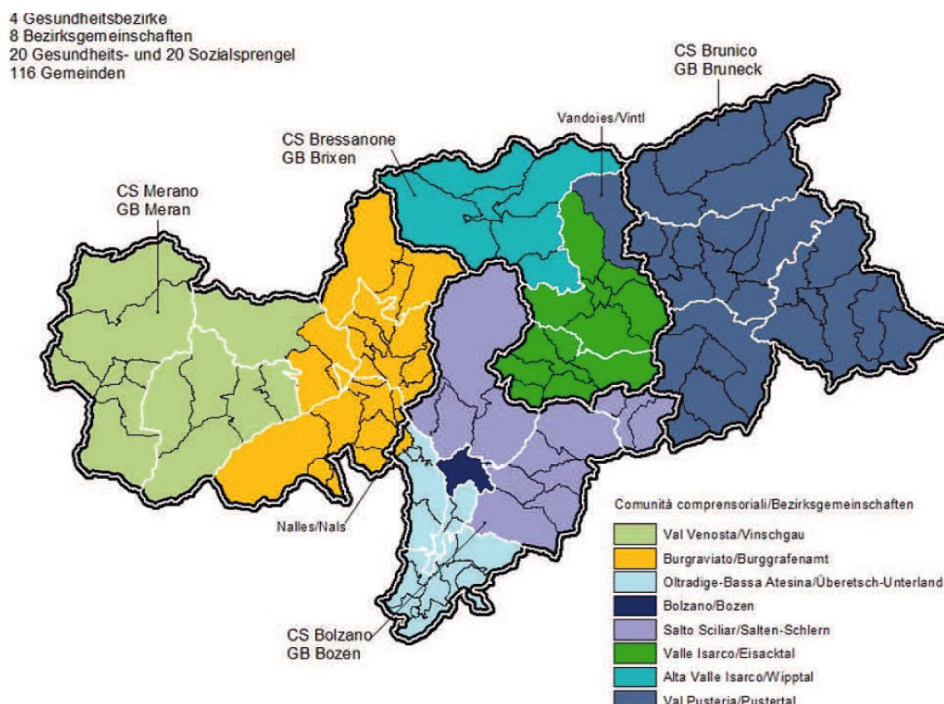
Complessivamente, nella Provincia Autonoma di Bolzano la spesa per il settore delle politiche sociali nel 2017 si è attestata a 474,3 milioni di Euro di cui, circa la metà è stata assorbita dalle prestazioni assistenziali e previdenziali (278 milioni di Euro), la gran parte delle quali è confluita nell'assegno di cura.

Nel campo dell'assistenza domiciliare, sono state erogate quasi 305.000 ore di assistenza a favore di 5.475 persone, di cui il 46,25% a favore di persone anziane ed il 25,97% a favore di persone con cronicità. I posti letto nelle residenze per anziani sono aumentati da 4.247 a 4.356 confermando il trend di crescita di circa 110 posti letto all'anno.

5. Punti di forza e debolezza del livello di assistenza distrettuale

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

La provincia è organizzata in 4 Comprensori Sanitari (Bolzano, Merano, Brunico e Bressanone) e 20 distretti sanitari. Accanto ai Comprensori sanitari operano 8 Comunità Comprensoriali con complessivamente 20 distretti sociali, come riportato nella figura seguente:



I bacini di utenza dei 20 distretti sanitari e dei 20 distretti sociali si sovrappongono territorialmente giustificando la definizione in termini programmatici di Distretto sociale e sanitario integrato.

Dall'analisi della situazione dei servizi territoriali, che è stata condotta in parallelo a quanto previsto nel Piano Sanitario provinciale, emergono i seguenti punti di forza e debolezza del sistema di presa in carico dei pazienti cronici.

5.1 Punti di forza

La Provincia Autonoma di Bolzano ha avviato negli anni una serie di iniziative sanitarie e sociali che hanno permesso il raggiungimento importanti obiettivi di salute. Ne sono una dimostrazione:

- la stratificazione della popolazione e conseguente classificazione dei pazienti cronici che, seppure in evoluzione e perfezionamento, consente di avere a disposizione sufficienti dati sulle principali patologie croniche;
- l'operatività di un sistema sociale all'avanguardia, fortemente sostenuto ed efficiente con una presenza capillare di strutture per anziani dotate di un numero di posti letto superiore alla media nazionale ma ancora al di sotto dei valori internazionali;
- la presenza di figure professionali dedicate all'assistenza territoriale;

- un buon grado di appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta testimoniata dal basso numero di ricette per paziente rispetto alla media italiana;
- la creazione di posti letto di transito e di cure intermedie.

5.2 Punti di debolezza

Le principali criticità registrate nel livello distrettuale sono:

- la non ottimale integrazione tra il settore sanitario e sociale che non consente una presa in carico condivisa dei pazienti più complessi, ma origina flussi assistenziali non coordinati e spesso autoreferenziali. Fanno eccezione quelle situazioni locali dove sulla scorta di iniziative personali sono predisposti piani di assistenza condivisi anche se su supporti informativi cartacei distinti;
- la carenza di alcune figure professionali:
 - a) medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
 - b) infermieri distrettuali;
 - c) personale riabilitativo (fisioterapisti, terapisti occupazionali);
 - d) personale sociale;
- l'assenza di una rilevazione strutturata e continua delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare (flusso Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD);
- l'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso;
- la mancanza delle Unità di Valutazione Multidimensionale e di strumenti validati utilizzabili per la rilevazione e la valutazione del bisogno assistenziale sanitario e sociale;
- l'eccessiva ospedalizzazione di persone con patologie croniche;
- le lunghe liste di attesa;
- la carenza di strumenti informativi/informatici condivisi tra sanitario e sociale.

6. L'integrazione socio-sanitaria nella PA di Bolzano

Un nodo cruciale per gli aspetti istituzionali è la presenza di un rapporto stabile tra Azienda Sanitaria, nelle sue declinazioni territoriali rappresentate dai Comprensori, Distretti e le Comunità comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, affinché gli atti di programmazione "locale", secondo la normativa vigente (Programma delle Attività Territoriali, Piani sociali di Zona, Ambito, ecc.) condividano gli obiettivi di salute per persone con non autosufficienza e cronicità, quindi attività di cura, riabilitazione, reinserimento nella vita sociale, orientate nel senso di una continuità assistenziale per le diverse fasi della vita.

La stretta connessione tra sanità e sociale è indispensabile per affrontare congiuntamente i problemi legati a:

- promuovere una epidemiologia locale delle fragilità/cronicità con percorsi assistenziali per le cronicità ricorrenti: PDTA e altre classificazioni, cui applicare anche budget di salute standardizzati;
- utilizzare per la valutazione/classificazione dei gradi di fragilità o non autosufficienza scale condivise;
- regolare i passaggi tra i "setting" per evitare intoppi, tempi morti e ostacoli ai progetti di cura e recupero;
- adottare modelli assistenziali tipo "reti", già sperimentati e consolidati (es. Chronic Care Model) in cui trovano spazio e confluenza le prestazioni sanitarie, di assistenza e aiuto personale, dove la continuità assistenziale è il metodo, anche per facilitare la riabilitazione e l'integrazione e la socializzazione per le disabilità che escludono la persona dai circuiti sociali abituali.

Lo Sportello unico di assistenza e cura (SUAC) previsto dalla legge provinciale 13/91 e confermata nel Piano sanitario provinciale, è il luogo dove il cittadino può trovare le risposte ai suoi bisogni, mentre le Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) definiscono i migliori percorsi di presa in carico per i pazienti più gravi e socialmente in maggiori difficoltà.

6.1 Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)

Nella Provincia Autonoma di Bolzano esistono Sportelli di assistenza e cura come appresso descritti, ma non è attiva alcuna unità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale per la predisposizione dei piani assistenziali individuali.

Con delibera provinciale GP del 17 luglio 2018, n. 704, essi sono stati nuovamente regolamentati. Gli Sportelli unici offrono, in un unico o più punti logistici, attraverso idoneo personale sociale e sanitario qualificato, le prestazioni relative a tutti i servizi che si trovano nel rispettivo ambito territoriale, che corrisponde di regola a quello di un distretto sociale e sanitario.

Gli Sportelli unici si rivolgono prioritariamente a tutte le persone che necessitano di assistenza e cura, alle loro famiglie e alle persone di riferimento, in tutte le fasi della non autosufficienza.

Gli Sportelli unici sono istituiti, organizzati e gestiti attraverso la partecipazione paritetica - in termini di risorse umane o finanziarie - di tutti i servizi coinvolti (enti gestori dei Servizi sociali, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, strutture residenziali per anziani accreditati).

La distribuzione degli attuali SUAC è riportata nella seguente tabella.

GB / CS	Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)		Gesundheits- und Sozialsprengel / Distretti sanitari e sociali		Anlaufstellen für Pflege und Betreuung / Sportelli unici per l'assistenza e cura	
	Nr	Gemeinden / Comuni	Name / Nome	Ort / Località	Name / Nome	Ort / Località
BOZEN	AFT 101_1	St. Ulrich - St. Christina - Wolkenstein	Gröden	St. Ulrich	Gröden	St. Ulrich
	AFT 101_2	Kastelruth	Eggenal - Schlern	Kardaun	Eggenal/Schlern	Kastelruth
		Deutschnofen - Welschnofen - Karneid - Seis - Tiers				Kardaun Deutschnofen
	AFT 101_3	Ritten	Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	Salten-Sarntal-Ritten	Ritten
		Sarntal				Sarntal
	AFT 101_4	Mölten + Jenesien	Überetsch	St. Michael	Überetsch	Mölten
		Eppean - Kaltern				St. Michael
	AFT 101_5	Andrian - Nals - Terlan	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	Leifers/Branzoll/Pfatten	Leifers
		Leifers - Branzoll - Pfatten				Leifers
	AFT 101_6	Aldein - Altrei - Auer - Truden	Unterland	Neumarkt	Unterland	Neumarkt
		Montan - Salurn				Neumarkt
MERAN	AFT 102_1	Kurtatsch - Kurtinig - Magreid - Tramin	Obervinschgau	Mals	Obervinschgau	Mals
		Bozen 1				Mals
	AFT 102_2	Bozen 2	Mittelvinschgau	Schlanders	Mittelvinschgau	Schlanders
		Bozen 3				Schlanders
	AFT 102_3	Bozen 4	Natura Umgebung	Natura Umgebung	Natura Umgebung	Natura Umgebung
		Obervinschgau				Natura Umgebung
	AFT 102_4	Lana - Tisens - Tschermers - Burgstall - Gargazon - St. Felix	Lana Umgebung	Lana	Lana	Lana
		St. Pankraz - Ulten - Laurein - Proveis				Lana
	AFT 102_5	Meran Umgebung 1	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran
		Meran Umgebung 2				Meran
BRIXEN	AFT 103_1	Passeier	Passeiertal	St. Leonhard	Passeier	Passeier
		Wipptal				Passeier
	AFT 103_2	Brixen Umgebung 1	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
		Brixen Umgebung 2				Brixen
	AFT 103_3	Klausen	Klausen Umgebung	Klausen	Klausen	Klausen
		Taufers - Ahrntal				Klausen
	AFT 104_1	Bruneck Umgebung 1	Bruneck Umgebung	Bruneck	Bruneck	Bruneck
		Bruneck Umgebung 2				Bruneck
	AFT 104_2	Hochpustertal	Hochpustertal	Innichen	Hochpustertal	Innichen
		Gadertal				Niederdorf
BRUNECK	AFT 104_3	Gadertal	Gadertal	St. Martin in Thurn	Gadertal	St. Martin in Thurn
		Gadertal				St. Martin in Thurn

6.2 SUAC e Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP): sperimentazione

Al fine di consentire una integrazione maggiore tra sanità e sociale anche attraverso l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione e decisionali è avviata una sperimentazione di una Unità per la predisposizione condivisa del Piano assistenziale individuale PAI (UPCP, mai avviata precedentemente) presso il Comprensorio di Bolzano, distretto socio-sanitario di Gries-San Quirino con sede in piazza Loew Cadonna come forma di sviluppo dell'attuale Sportello unico di assistenza e cura (SUAC).

Sarà avviata anche una sperimentazione presso il Distretto di Lana per l'ulteriore sviluppo del SUAC attivo.

Nei casi a elevata complessità (paziente con patologia cronica, dunque richiedente una specifica progettualità), il SUAC attiva l'Unità per la predisposizione del PAI (UPCP) e contestualmente le trasmette una scheda di segnalazione-accesso contenente le principali informazioni necessarie per avviare un Piano assistenziale individuale.

Le principali funzioni dello Sportello Unico sono quelle attuali di **front office**: accoglienza, ascolto, rilevazione bisogni, apertura fascicolo personalizzato, informazioni sui servizi della struttura e locali, primo orientamento; mentre nel **back office** della sperimentazione si svolgono i seguenti compiti: prelievazione casi segnalati, rapporto costante con i medici di medicina generale, aggiornamento della mappa dei servizi sul territorio.

Il personale infermieristico e del sociale che operano nel front office lavorano anche nel back office.

Lo sportello unico di assistenza coadiuvato da personale amministrativo registra e valuta tutte le richieste di presa in carico pervenute, operando da filtro in grado di facilitare i percorsi di cura e

assistenza immediatamente attivabili da parte dei servizi e rimandando alla valutazione dell'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) solo i casi più complessi.

Gli **obiettivi** sono:

- semplificare l'informazione e favorire l'accesso appropriato ai servizi;
- promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività sociale;
- realizzare la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto ed in modo condiviso alle Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del Piano assistenziale individuale;
- promuovere l'integrazione ospedale territorio.

La **valutazione multidimensionale** è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona coll'obiettivo di trovare assieme alla persona e famiglia una soluzione soddisfacente, sulla base dell'offerta al momento disponibile. In particolare, si tratta del momento valutativo che esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona nella sua globalità e multidimensionalità. Le dimensioni oggetto di valutazione riguardano: la dimensione clinica, la dimensione funzionale (delle abilità), la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. Altre dimensioni e/o funzioni possono essere esaminate in maniera più o meno approfondita a seconda dei momenti della presa in carico. Tre infatti possono essere i momenti valutativi: ex ante, intermedia, ex post. La valutazione multidimensionale si configura infatti come un'operazione dinamica e continua che segue l'anziano/disabile nel suo percorso dentro la rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.

Per effettuare il proprio giudizio valutativo l'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) si avvale di strumenti validati e concordati, che indagano i seguenti domini: la salute fisica, la salute psichica, l'autonomia funzionale e il fabbisogno sociale. La valutazione multidisciplinare così ottenuta ha come finalità:

- permettere di definire un progetto di intervento individualizzato capace di attivare le risorse più appropriate ed evitare la frammentazione delle risorse e degli obiettivi di intervento;
- pianificare l'erogazione dei Servizi per il cittadino secondo i criteri di necessità, priorità e risorse disponibili sul territorio;
- individuare in base alle esigenze specifiche della persona presa in carico la figura del Case Manager;
- attribuire compiti e responsabilità dei vari professionisti che prendono in carico la persona nel processo assistenziale;
- promuovere azioni concordate con tutti i soggetti interessati, compresa la persona e i suoi familiari, capaci di offrire soluzioni non solo personalizzate ma anche adeguate e appropriate;
- permettere la revisione periodica dei progetti individualizzati con lo scopo di assicurare nel tempo la migliore appropriatezza rispetto agli indicatori prescelti.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) viene attivata su specifica segnalazione del SUAC attraverso apposita scheda condivisa, per rispondere ad una condizione di elevata complessità che richiede una progettualità multiprofessionale e multidimensionale.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UCPC) è formata da:

- un nucleo fisso composto da un Medico di Distretto o da un Medico dell'Azienda Sanitaria incaricato, dall'infermiera domiciliare, dall'operatore sociale (dell'Azienda Sanitaria, Comunità Comprensoriali, Azienda Servizi Sociali di Bolzano), da un rappresentante delle residenze per anziani e da un funzionario amministrativo con la funzione di segretario della commissione. Il nucleo fisso è integrato dal medico di medicina generale della persona valutata. Alla seduta della Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) può essere

invitato anche il familiare che partecipa al progetto assistenziale oltre alla persona da sottoporre alla valutazione multidimensionale;

- un nucleo allargato composto da professionalità attivate per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze, che partecipano alla valutazione multidimensionale con i componenti del nucleo fisso e alla ricerca di una soluzione.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) predispone per l'equipe socio-sanitaria che prende in carico il paziente, un piano di intervento individualizzato in favore della persona verso cui dirige l'aiuto. La progettazione è un fondamentale strumento di lavoro per tutte le figure professionali coinvolte, poiché permette loro di orientarsi verso la meta prefissata stabilendo uno specifico piano (PAI).

Il piano assistenziale individuale di intervento individualizzato è caratterizzato da:

- analisi multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni del paziente e della famiglia;
- definizione degli obiettivi;
- rilevazione delle risorse disponibili;
- pianificazione dell'attività;
- durata della progettualità;
- valutazione degli outcome.

L'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) ha fra i compiti prioritari anche quello di individuare un Case Manager / responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del piano formulato.

Il Case Manager è un membro individuato all'interno del team multiprofessionale, che si avvale della collaborazione di professionalità differenti, al fine di valutare, pianificare, implementare, coordinare, monitorare e selezionare le opzioni ed i servizi che possono soddisfare i bisogni individuali della persona e della sua famiglia, in ambito sanitario e sociale.

Il Case Management è uno strumento di integrazione, teso ad ottimizzare l'appropriatezza ed il rapporto costo/efficacia. Ciò significa assicurare che la persona riceva le cure giuste, al momento giusto, superando ogni possibile frammentarietà delle risposte assistenziali.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario assegna il coordinamento della Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) ad una delle figure del team professionale con una specializzazione attinente alle problematiche della non autosufficienza. Il coordinatore dell'Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP) dovrà orientare e facilitare la valutazione multidimensionale e allo stesso tempo garantire l'inquadramento complessivo delle condizioni di bisogno attraverso la definizione delle reciproche relazioni di tutte le variabili.

Inizialmente l'UPCP del Comprensorio di Bolzano verrà istituita, come già il SUAC, presso la struttura sita in piazza Loew Cadonna, e sarà la sede dove viene raccolta e valutata in prima istanza la richiesta di una prestazione assistenziale multiprofessionale e multidimensionale. Essenziale sarà la partecipazione dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e dei rappresentanti delle residenze per anziani. Per la condivisione dei percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche che allo sportello si rivolgeranno o che adesso saranno segnalati attraverso l'adozione, sempre sperimentale, di condivisi strumenti di valutazione.

La sperimentazione si caratterizza come una evoluzione delle attuali attività dello Sportello esistente, una iniziativa non calata dall'alto ma che vede tutti gli attuali protagonisti partecipi di un condiviso Piano Assistenziale per i casi più gravi.

Secondo le raccomandazioni della WHO 2017 "Integrated care for older people - Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity", appare opportuno censire e valutare (e favorirne lo sviluppo) gli interventi volti a prevenire/ritardare il declino delle capacità cognitive degli anziani (e, quindi, le conseguenti disabilità e dipendenza) attraverso:

- piani integrati di controllo e mantenimento delle capacità individuali (mobilità, vista, udito, nutrizione, disturbi cognitivi, depressione);
- fornitura di adeguato supporto al paziente e ai caregivers;
- evitare l'eccessiva prescrizione di farmaci (politerapia) e i trattamenti non necessari.

7. La nuova rete dell'offerta: ruoli e compiti

La gestione della cronicità si articola nelle seguenti fasi:

- 1) stratificazione e targeting della popolazione;
- 2) promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- 3) presa in carico e gestione della persona e della famiglia anche attraverso il Piano assistenziale individuale (PAI) ed il relativo PDTA;
- 4) erogazione di interventi personalizzati;
- 5) valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza erogate.

Perché ciò si realizzi è fondamentale che i diversi Attori del sistema partecipino ciascuno con proprie competenze alla costruzione dei percorsi di cura condivisi affinché vengano anche superate le numerose criticità che possono rallentare il processo di presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti.

7.1 I comprensori sanitari

Il Comprensorio sanitario svolge funzioni di programmazione del bisogno secondo le indicazioni fornite dal presente Piano, ed in particolare:

- a) valorizza e rafforza l'assistenza sanitaria territoriale;
- b) rileva e valuta il fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e il soddisfacimento del fabbisogno rilevato nel rispetto dei tempi di attesa definiti a livello aziendale;
- c) coordina i servizi sanitari con i servizi del settore sociale, al fine dell'integrazione socio-sanitaria;
- d) favorisce l'integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri;
- e) garantisce la continuità assistenziale.

Per tali ragioni esso deve operare in sintonia con le Comunità Comprensoriali/Azienda Servizi Sociali di Bolzano, che insistono nella stessa area, secondo modalità da concordare localmente per condividere, nel rispetto delle rispettive autonomie, le azioni per l'integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie per la coorte di pazienti individuata (cronici e non autosufficienti). All'interno dei gruppi deve essere garantita la presenza di rappresentanti delle residenze per anziani.

Spetta al Comprensorio sanitario attivare le seguenti azioni:

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

7.2 Il distretto sanitario ed il distretto sociale

I **distretti sanitari e sociali** si integrano per l'assistenza di pazienti affetti da patologie croniche condividendo percorsi assistenziali sanitari e sociali.

I distretti:

- garantiscono la tutela della salute e del benessere dei cittadini residenti;
- garantiscono la continuità dell'assistenza anche attraverso il pieno utilizzo delle risorse offerte dalla rete dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta.

I distretti sanitari e sociali garantiscono l'assistenza socio-sanitaria territoriale attraverso incontri periodici formalizzati per la presa in carico condivisa di pazienti affetti da patologie croniche, in collaborazione con i medici di medicina generale delle AFT del territorio, secondo le indicazioni fornite dai rispettivi Comprensori sanitari, Comunità comprensoriali e per Bolzano l'Azienda per i servizi sanitari di Bolzano.

Gli Sportelli unici di assistenza e cura (SUAC) regolamentati dalla delibera provinciale n.704 del 17 luglio 2018 sono organizzati e gestiti attraverso la partecipazione paritetica di tutti i servizi coinvolti (enti gestori dei Servizi sociali, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, strutture residenziali per anziani). Per la presa in carico e gestione dei pazienti gli Sportelli adotteranno su tutto il territorio provinciale documentazione omogenea basata sulle migliori *best practice* attualmente esistenti.

I risultati della sperimentazione di cui al cap. 6 saranno utilizzati per l'eventuale evoluzione organizzativa degli attuali Sportelli (SUAC).

7.3 Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale

Nessun modello di presa in carico dei pazienti cronici potrà mai realizzarsi se i medici di medicina generale non saranno messi nella condizione di svolgere al meglio il loro lavoro, profondamente modificato dall'ingresso dei nuovi e più moderni metodi di organizzazione del lavoro prevalentemente in squadra.

I recenti Accordi provinciali dell'agosto 2017 e del febbraio 2018 hanno delineato i compiti dei medici di medicina generale e individuato un percorso per il funzionamento delle Aggregazioni dei medici con riferimento in particolare ai pazienti affetti da patologie croniche.

L'individuazione di percorsi per pazienti cronici spetta al Comitato provinciale di cui all'articolo 3 dell'Accordo del 1. agosto 2017 (composto da rappresentanti di Assessorato, Azienda e Organizzazioni sindacali) che si avvale del Comitato aziendale.

L'accordo del 1 agosto 2017 (integrazione al precedente del 2015) fissa agli articoli 9 e 9bis i requisiti e le modalità di funzionamento delle 26 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), riportate nell'Accordo siglato a febbraio 2018.

L'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, mono-professionale di Medici di Medicina Generale (MMG), incaricato di garantire per l'intera giornata la tutela della salute della popolazione di riferimento.

Nelle AFT sono presenti MMG titolari di scelte e/o incarichi a rapporto orario.

I medici dell'AFT mantengono il proprio studio e possono svolgere anche parte della loro attività, a rotazione o in modo coordinato, presso una sede di riferimento, che può essere luogo unificato di

erogazione di servizi della stessa AFT (necessario in questo caso accordo con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige).

I medici aggregati in AFT sono collegati in rete tra di loro, e hanno il compito di:

- condividere dal punto di vista informatico il servizio anagrafe persone, gestione, scelta e revoca MMG, prescrizione terapeutica e numero ricetta elettronica, esenzione per reddito e ticket, certificazione telematica e malattia INPS;
- operare in integrazione con altri medici e perseguire con i colleghi obiettivi di assistenza sanitaria per tutta la settimana.

L'AFT si coordina e si integra con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del Sistema Sanitario Provinciale, contribuendo alla governance e alla realizzazione della assistenza sanitaria programmata dalla Provincia Autonoma di Bolzano e dall'ASDAA.

Il territorio di riferimento dell'AFT è intradistrettuale, può ricomprendere uno o più ambiti territoriali o un ambito territoriale può essere coperto da più AFT a seconda del numero degli assistiti.

L'Azienda sanitaria affida il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il Distretto territorialmente competente e con l'Azienda Sanitaria, ad un referente scelto tra e da i medici convenzionati in essa operanti tra quelli disponibili a svolgere tale funzione.

Di particolare importanza il ruolo di segnalazione alla Direzione medica del proprio Comprensorio di eventi quali atti di violenza, cadute dei pazienti, suicidio, infezioni correlate all'assistenza, etc.

Sono state attivate 26 AFT nella Provincia (con un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti).

7.4 L'infermiere di famiglia e di comunità

L'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità si basa sull'approccio della Family Health Nurse dell'Organizzazione mondiale della Sanità WHO (2000) e del Family Systems Nursing di Wright e Leahey (2009).

Si tratta di un approccio sistemico che oltre ai bisogni assistenziali delle persone assistite coglie anche quelli dei familiari, avendo come obiettivi la promozione della salute, la prevenzione alle malattie, un miglioramento della gestione dei sintomi e una riduzione del carico assistenziale dei familiari o di chi contribuisce all'assistenza.

Sulla base di quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, l'approccio dell'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità sarà introdotto in tutti i team assistenziali attivi a livello distrettuale. Attualmente sta avvenendo una sperimentazione nel distretto della Bassa Atesina. In aggiunta, nel comune di Aldino, comune rientrante nel territorio distrettuale della Bassa Atesina, alle persone over 65, indipendentemente dal loro stato di salute, viene messa a disposizione un'infermiera di famiglia e di comunità. Secondo il modello dell'assistenza proattiva, infermieri specializzati si recano alla famiglia, effettuano una valutazione della qualità di vita e dei bisogni sanitari e supportano la popolazione nel soddisfacimento delle loro esigenze sanitarie in collaborazione con le figure locali dell'area sociale, sanitaria e del volontariato. Questo progetto di implementazione ha una durata di due anni ed è oggetto di valutazione. I rispettivi risultati saranno utilizzati per sviluppare un modello realizzabile che possa essere esteso agli altri 19 distretti.

7.5 Farmacie dei servizi

Le **farmacie** aperte al pubblico rappresentano un primo importante e capillare presidio del Servizio Sanitario sul territorio, e grazie alla professionalità di chi vi opera contribuiscono, attraverso le loro funzioni di sorveglianza e di raccordo, a svolgere un ruolo fondamentale nella promozione della salute anche attraverso iniziative formative e informative.

Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari.

Attualmente nella Provincia Autonoma di Bolzano ci sono 119 farmacie aperte al pubblico, di cui 30 sono farmacie rurali sussidiate. L'obiettivo deve essere di sostenere questo importante ruolo delle farmacie particolarmente fuori dai centri urbani e di rinforzare la capillarità territoriale delle farmacie.

Le farmacie del futuro, meglio integrate nel Servizio Sanitario Provinciale, sono impegnate in un processo di potenziamento dei servizi offerti ai cittadini e a garantire un servizio professionale e di qualità sull'intero territorio provinciale. Esse partecipano all'assistenza domiciliare integrata, alla gestione del paziente cronico e al monitoraggio delle terapie.

7.6 Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117

Nell'ambito del miglioramento dei servizi garantiti a livello territoriale sarà implementato anche nella Provincia Autonoma di Bolzano il **numero unico europeo 116117** per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti, continuità assistenziale e altri servizi sanitari. Il numero concorrerà alla gestione della domanda assistenziale di bassa intensità/priorità, mettendo in contatto l'utente con un operatore oppure un professionista sanitario competente per assicurare assistenza o consulenza sanitaria/sociale.

Il numero garantisce agli utenti:

- 1) per cure mediche non urgenti
 - prestazioni/consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale;
 - modalità di accesso ai MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio continuità assistenziale e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 112 se appropriato;
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza 112;
- 2) integrazione socio-sanitaria:
 - informazioni sull'assistenza non autosufficienti;
 - informazioni sull'assistenza per ausili/protesi/alimentari;
 - informazioni sull'assistenza disabili/agevolazione trasporto/contributi;
- 3) garanzia di risposta H24 per 7 giorni la settimana.

Con successivo atto programmatico saranno definiti i percorsi per:

- implementare il numero;
- individuare e formare il personale da dedicare alle attività di ascolto/risposta;
- attivare la piattaforma tecnologica;
- attivare la comunicazione interna ed esterna;

La programmazione potrà essere avviata solo dopo la definitiva approvazione dei nuovi percorsi e modelli organizzativi di assistenza territoriale omogenei a livello provinciale facendo esperienza dai primi progetti pilota di Bolzano e Lana.

8. Assistenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità

L'assistenza domiciliare e la residenzialità sono, unitamente ai sussidi in denaro, le risposte più importanti alla non autosufficienza.

A livello provinciale il sistema di garanzia sociale delle cure domiciliari viene offerto in tutto il territorio dai Servizi sociali mentre l'assistenza domiciliare sanitaria è erogata sotto forma di Assistenza domiciliare programmata (ADP) dal personale infermieristico.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano non è ancora attivo il flusso SIAD, che consente la rilevazione puntuale dei servizi e delle attività erogate dai MMG e dal personale infermieristico e dal quale dipende la programmazione corretta degli interventi. Il flusso deve essere implementato nel più breve tempo possibile.

Lo sviluppo della residenzialità è legato – allo stato attuale - a 78 strutture residenziali per anziani, con 4.356 posti letto. Tali strutture fanno riferimento al settore delle Politiche sociali, pur essendo presente personale sanitario. La regolamentazione di tali servizi è attualmente contenuta nella deliberazione della Giunta provinciale 7 febbraio 2017, n. 145, "Residenze per anziani dell'Alto Adige". L'unica struttura pubblica espressamente definita residenza sanitaria per anziani (RSA) di cui all'art 29, comma 3, dei nuovi LEA è la struttura di Firmian nel Comune di Bolzano.

Il sistema di offerta e di finanziamento prevede un'offerta "base" da offrire da parte di tutte le strutture residenziali per anziani, integrata dalla presenza di diversi nuclei che offrono cosiddette "forme di assistenza specifica", a maggiore intensità assistenziale e con parametri di personale e di finanziamento incrementati. Le "forme di assistenza specifica" al momento definite sono quella intensiva (maggiore fabbisogno infermieristico), quella estensiva (maggiore fabbisogno assistenziale), quella per demenze e i ricoveri di transito.

La pianificazione provinciale prevede un numero di posti letto in Residenze per anziani pari a 8,9 posti per 100 persone con più di 75 anni. Allo stato attuale i posti letto sono pari a 8,2 posti per 100 persone con più di 75 anni. Vi è quindi in previsione una prosecuzione del programma di investimenti che ha visto anche negli ultimi anni un progressivo incremento del numero di posti disponibili, in ragione di circa 100-150 posti aggiuntivi l'anno.

Tale incremento di posti è in ogni caso collegato ad un forte potenziamento di altre forme di assistenza residenziale, come le "Residenze assistite" o "l'Accompagnamento abitativo", che puntano ad offrire risposte ad una tipologia di utenza con un fabbisogno di assistenza e cura più ridotto rispetto a quello a cui fanno riferimento le Residenze per anziani, e che oggi in molti casi si trovano a dover ricorrere alle residenze stesse per l'assenza di alternative.

Prendendo a riferimento le persone con più di 65 anni, ad oggi la Provincia Autonoma di Bolzano si attesta, dunque, a circa 45 posti letto residenziali per 1.000 anziani over 65; il doppio del resto del Paese ma inferiore alla media europea (in Svezia sono 80 posti letto per mille abitanti over 65). I valori internazionali fissano ad almeno 50 posti letto per mille anziani il valore ideale della residenzialità.

L'applicazione in Provincia autonoma di Bolzano di tali indicatori internazionali porterebbe a 50 posti letto per mille abitanti over 65 la necessità di posti letto residenziali e quindi a 5.000 posti letto (600 in più rispetto agli attuali). Va comunque tenuto conto del fatto che la residenzialità si articola in diverse forme e in modelli leggermente differenti da paese a paese, per cui in una valutazione complessiva va tenuto conto anche della presenza di forme di assistenza alternative ed integrative rispetto alla residenzialità "classica".

9. Gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio

L'attuale sistema ospedaliero dimostra tutta la sua efficacia ed efficienza per il trattamento di situazioni in acuzie, cioè in pazienti privi di comorbidità e soprattutto in assenza di malattie croniche preesistenti capaci di condizionare l'evento o la malattia che causa il ricovero. Questa situazione non rappresenta però l'attuale popolazione ricoverata negli Ospedali della Provincia, dove il 70-75% dei degenti nelle medicine e geriatrie appartiene alla categoria dei "cronici acutizzati con polimorbidità".

Nei percorsi ricovero/dimissioni e viceversa, si deve porre particolare attenzione a quanto segue:

1. **ammissione ospedaliera:** la persona fragile ed in particolare l'anziano che entra in Pronto Soccorso deve essere valutato, sia nella logica "immediata" (motivo dell'accesso) che nel complesso del suo livello di autonomia, fragilità, polipatologia, etc.
2. il PS deve essere dotato un **sistema di pre-valutazione dell'accesso** per avviare fin dall'entrata un trattamento privilegiato (in termini di tempo e di contenuti di cura) per tutti i fragili e con compromissione cognitiva;
3. per **accedere alla struttura ospedaliera** l'anziano deve essere trattato in base a dei percorsi che riducano, ove possibile, il ricovero prolungato: OBI (osservazione breve intensiva) e degenza collegata alla patologia;
4. nella permanenza presso l'ospedale vanno assolutamente evitati i rischi di "nuove patologie" e della "sindrome da dipendenza ospedaliera" oltre ad un aumento del "carico di farmaci";
5. si deve anche operare per un'opera di **"riconciliazione farmacologica"** in modo da definire un punto di partenza da condividere alle dimissioni, anche con il MMG, affinché il programma clinico messo a punto dall'ospedale, sia rispettato *rigorosamente* anche nel futuro;
6. al **termine del ricovero** si dovrà prevedere la possibilità di una "post acute care" per i pazienti che non riuscirebbero a riprendersi in modo adeguato al loro domicilio, senza una sorveglianza clinica medico-infermieristica continuativa, sia pure di livello meno intensivo di quella ospedaliera (cfr. posti letto di cure intermedie);
7. le **dimissioni a domicilio** sono effettuate rispettando apposite procedure e protocolli in accordo con i Servizi territoriali (Distretto, altro...), senza problemi burocratici che rallentano le dimissioni e quindi riducono gli effetti della cura ospedaliera. È di fondamentale importanza che esista non solo il circuito delle "Dimissioni protette" dei pazienti non-autosufficienti, ma anche le "Dimissioni assistite" attivate per tutti i pazienti cronici, che, indipendentemente dal loro grado di autosufficienza, passino dall'Ospedale (Pronto Soccorso o Ricovero), in modo che essi vengano re-stadiati e "agganciati" a livello territoriale per ridurre il fenomeno della "fuga" (*drop out*), che è causa frequente dei re-ricoveri. A tale scopo dovrà essere garantita l'applicazione rigorosa della deliberazione di Giunta provinciale n. 4828 del 15 dicembre 2008 circa l'**"Approvazione dei criteri minimi per la continuità assistenziale"**;
8. per quanto indicato al punto 7, è possibile ricorrere anche a protocolli sperimentati, praticati e soprattutto condivisi, in modo che le dimissioni proseguano l'iter di cura e recupero entro **precisi binari**, senza improvvisare atti terapeutici e altre forme di assistenza. A tale scopo le unità operative maggiormente coinvolte nelle problematiche di dimissione (Medicina Interna, Geriatria, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia, ...) dovranno condividere con i Servizi territoriali ed in particolare con i MMG percorsi di dimissione e presa incarico condivisi;
9. il MMG è il referente ed il responsabile delle cure svolte a domicilio del paziente;
10. la Direzione Medica Ospedaliera e la Dirigenza Tecnico-Assistenziale devono collaborare con i Servizi territoriali per costruire ed affinare i percorsi di dimissione protetta e di "dimissione assistita" per i pazienti con patologie croniche attraverso gruppi di lavoro misti Ospedale/Territorio a cui partecipano anche i MMG.

Devono essere standardizzate le dimissioni utilizzando strumenti condivisi per garantire la continuità assistenziale, quali:

- a) l'adozione di un regolamento ospedaliero/territoriale per l'organizzazione delle procedure di dimissione e di trasferimento dei pazienti presso altri setting esterni all'ospedale;
- b) l'utilizzo di documentazione informatizzata: Cartella clinica e Scheda socio-sanitaria (da elaborare).

10. Posti letto di cure intermedie e posti letto di sollievo

In tutta Europa sono in aumento i posti letto per le persone più fragili, di età avanzata, con patologie croniche, per accompagnarle nel periodo post-ospedaliero, rendere la dimissione meno traumatica, oppure per accoglierli temporaneamente affinché non si rivolgano direttamente ai Pronto Soccorso e siano ospedalizzati.

A seconda dei bisogni prevalenti dei pazienti, tali posti letto, che non rientrano nell'indice posti letto per acuti o post-acuti, possono essere a gestione sanitaria oppure a gestione sociale.

10.1 Posti letto gestiti in ambito sanitario

I posti letto gestiti in ambito sanitario sono parte integrante delle cosiddette **cure intermedie** ovvero l'insieme delle prestazioni, servizi ed attività indicate per quei pazienti che sono **parzialmente stabilizzati** o richiedono un completamento della stabilizzazione dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma non possono essere trattati in regime ambulatoriale e che presentano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente tra 1-4 settimane).

L'effettiva attivazione ed il funzionamento dei posti letto di cure intermedie, unitamente al potenziamento delle reti territoriali, sono propedeutici al riequilibrio delle reti dei posti letto per acuti.

Le finalità dei posti letto di cure intermedie sono le seguenti:

- garantire la continuità assistenziale al paziente dopo la dimissione ospedaliera (da reparto per acuti o post-acuti) secondo criteri condivisi tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale;
- prevenire i ricoveri potenzialmente inappropriati in ospedale con criteri di ammissione condivisi tra i medici di medicina generale e i medici ospedalieri o delle strutture residenziali o dei Servizi sociali;
- garantire al paziente che si trova al domicilio, che necessita di cure a bassa intensità clinica, ma con carico assistenziale-infermieristico, un setting adeguato ai propri bisogni di salute, senza ricorrere ad un ricovero per acuti;
- favorire il rientro a domicilio del paziente.

I pazienti eleggibili per un ricovero nei posti letto di cure intermedie possono essere inviati:

- da reparto acuto o post-acuto ospedaliero;
- da Pronto Soccorso;
- da domicilio o da struttura territoriale.

La tempestività della decisione di ricoverare un paziente in una struttura con letti di cure intermedie, deve essere correlata alla programmabilità del ricovero e al luogo dove viene presa tale decisione. Entro 12 ore se si tratta del Pronto Soccorso, entro 24 ore se il paziente viene dal proprio domicilio, entro 72 ore se il paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero per acuti o postacuti.

La gestione clinica è affidata al medico di medicina generale (ovvero ad altra figura medica prevista) e la gestione organizzativa ed assistenziale agli infermieri.

I posti letto di cure intermedie, previsti nel Piano sanitario provinciale, possono essere istituiti all'interno degli ospedali provinciali, in altre strutture pubbliche e private accreditate e

contrattualizzate, comprese le Residenze per anziani, qualora abbiano interesse ad offrire letti intermedi.

Essi devono essere localizzati in un'area dedicata, in rispetto ai requisiti di accreditamento istituzionale sanitario.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, nonché la tariffa di riferimento per posti letto in strutture private accreditate e contrattualizzate saranno definiti con apposito atto.

10.2 Posti letto di natura sociale

I posti letto di natura sociale, previsti agli articoli 47 e 48 della delibera 145 del 07.02.2017, sono così descritti:

- **posti letto temporanei**, dedicati a coadiuvare ed alleggerire i familiari o gli addetti privati alla cura nei casi di ferie, assenza a causa di improvvisa malattia o altro motivo, sovraccarico fisico e/o psichico con la funzione di posti letto di sollievo (art.47)
- **posti letto temporanei di transito**, che accolgono pazienti non autosufficienti, con un quadro clinico stabilizzato, per i quali viene riscontrata un'insufficiente capacità di assistenza da parte dei familiari e dei servizi territoriali a carattere transitorio e non sia ancora possibile o non appropriata la sistemazione in una struttura residenziale (art.48)

Entrambe le tipologie sono sottoposte a compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, poiché si tratta di pazienti stabilizzati a differenza dei pazienti di posti letto di cure intermedie che richiedono ancora il completamento della stabilizzazione clinica.

La definizione complessiva del fabbisogno di letti di cure intermedie e di posti letto temporanei verrà nell'ambito dell'attuazione del presente piano, in accordo tra i servizi sanitari e sociali.

11. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone

Le Associazioni di pazienti e dei loro familiari costituiscono una risorsa indispensabile ed un'opportunità in più per il Pubblico di migliorare la cura dei pazienti.

Il D.Lgs 117 del 2017 (Codice del terzo settore) riconosce al pluralismo organizzato un ruolo fondamentale nella società. In particolare, nell'introdurre nuove norme fiscali e l'obbligo del Registro unico delle Organizzazioni, stabilisce che le Associazioni possono operare nel settore del sociale e del sanitario, nonché nel socio-sanitario, apportando il loro contributo nella promozione della tutela dei diritti sociali promuovendo anche le banche del tempo. Si arricchisce la figura del "volontario" definito come "una persona che per sua libera scelta svolge attività a favore della comunità e del bene comune, mettendo a disposizione il proprio tempo libero e le sue capacità in modo personale, spontaneo ed esclusivamente per fini di solidarietà".

Le Associazioni svolgono un ruolo cruciale nell'accompagnamento delle persone malate (in particolare se colpite da patologia cronica) o delle persone con disabilità, sia in termini di aiuto, sia come soggetti attivi sul territorio e a livello istituzionale.

Esse rivestono la funzione di asse portante nel rapporto tra famiglie, strutture sanitarie e socio-sanitarie, istituzioni e società civile e non si pongono come alternativa allo Stato o al privato, bensì come soggetti autonomi capaci di integrare l'offerta socio-sanitaria pubblica con attività e interventi di assistenza sociale e sanitaria, che nel pubblico sono carenti o non vengono offerti. In Germania le Associazioni dei Pazienti ed i Gruppi di Auto Aiuto rappresentano la 4^a colonna della Sanità (dopo la medicina generale, la specialistica e la riabilitazione) e, per Legge, vengono finanziate dalle Casse Malati.

Le attività principali che le Associazioni svolgono e che le portano ad essere interlocutrici privilegiate per le Istituzioni, sono molteplici. Le più significative sono:

- azioni volte alla difesa dei diritti dei propri soci, alla rappresentanza dei loro interessi ed alla sensibilizzazione di tematiche che costituiscono dei tabù. Sono inoltre membri di diversi Comitati consultivi nei quali portano la voce del paziente, contribuendo attivamente alle politiche socio-sanitarie;
- supporto e consulenza ai soci, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, fornendo informazioni sull'accesso alle strutture della rete dei servizi, facilitando, semplificando e, in taluni casi, accompagnando l'accesso del paziente, attraverso il disbrigo di pratiche e procedure, il contatto diretto con il servizio;
- creazione di sinergie con altre associazioni, istituzioni pubbliche e private per costruire una rete cui indirizzare i propri soci in caso di necessità e promuovere iniziative orientate alla cittadinanza e/o ai propri associati;
- offerta di spazi di confronto e dialogo tra chi vive le stesse esperienze, avviando percorsi di auto mutuo aiuto di fronte alle problematiche legate alla malattia. In alcuni casi e per alcune patologie, questi supporti si concretizzano anche nel favorire l'adattamento e il reinserimento sociale del paziente, considerando il vissuto della persona, la famiglia in cui vive e la comunità in cui è inserito. In Provincia Autonoma di Bolzano sono più di 200 i Gruppi di Auto Aiuto attivi sulle più diverse tematiche e la metà di questi sono costituiti da persone affette da patologie croniche. Il 78% dei Gruppi di Auto Aiuto è attivo all'interno delle Associazioni, il 17% si è costituito su iniziativa spontanea di singole persone e l'11% rientra nell'offerta pubblica;
- offerta di servizi socio-sanitari in collaborazione con le strutture territoriali per specifiche patologie. In questo modo si vengono ad innescare positive sinergie tra pazienti e professionisti impegnati nella loro cura, creando i presupposti per qualificate azioni (di riabilitazione, ricreative, informative, formative, di accompagnamento, ecc.) nei confronti dei pazienti, in un setting, quello dell'associazione, non sanitarizzato, ma aperto a tutti i bisogni degli assistiti;

- proposte formative, sostenendo eventi ed iniziative a favore dei propri soci, del personale sanitario e della cittadinanza, volte a migliorare la prevenzione e la cura delle specifiche patologie;
- impegno nel campo della ricerca. Alcune Associazioni svolgono un ruolo determinante nel campo della ricerca e possono essere determinanti, all'interno della loro attività, sia come soggetti erogatori di fondi necessari, sia in termini di coinvolgimento e condivisione del proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze maturate sul territorio nei diversi campi d'azione;
- presenza radicata su tutto il territorio, che garantisce la massima diffusione dei diversi messaggi in tutta la Provincia. Alle persone assistite viene garantita la possibilità di poter recepire messaggi, acquisire informazioni e di esprimersi nella propria madre lingua, grazie anche ad un lavoro di traduzione che le Associazioni svolgono a beneficio della cittadinanza (es. giornali informativi e/o siti internet bilingui).

Dare ascolto alle Associazioni, quindi, significa comprendere il punto di vista di chi è coinvolto in prima persona o implicato nella gestione della vita quotidiana della persona con malattia cronica, ma non solo.

È infatti dimostrato che il rafforzamento dei gruppi di sostegno porta ad una maggiore appropriatezza nell'uso dei servizi ed al miglioramento dell'efficienza di chi presta le cure.

Le Associazioni giocano quindi un ruolo sempre più strategico nella promozione dell'engagement e del selfmanagement e questo dovrà essere ulteriormente valorizzato, favorendo a livello territoriale reti che coinvolgano tutti gli attori presenti in un circolo virtuoso nel perseguimento del bene comune.

12. Le risorse umane e finanziarie per il territorio

Il calcolo del fabbisogno di personale è un processo assai complesso in sanità e nel sociale dove le innovazioni tecnologiche e organizzative, cambiano rapidamente gli scenari. Ne sono un esempio il potenziamento dei servizi del territorio ed il nuovo ruolo degli ospedali, che configurano sistemi più snelli e coordinati, nei quali prevalgono il lavoro di gruppo, la multidisciplinarietà, il dialogo più concreto tra ospedale e territorio lungo percorsi di cura condivisi.

Il Piano sanitario provinciale 2016-2020 ha ridisegnato l'assetto del territorio prevedendo l'introduzione di modelli organizzativi nuovi basati su tre aspetti fondamentali: l'integrazione tra sanità e sociale, la creazione di squadre multiprofessionali e multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti cronici, un nuovo rapporto ospedale-territorio sulla base di percorsi assistenziali condivisi.

Il Piano ha inoltre introdotto la possibilità di prevedere posti letto di cure intermedie distribuiti in modo equilibrato fra i diversi comprensori sanitari e la costituzione di Centri di assistenza sanitaria e sociale (di fatto strutture socioassistenziali) nella quali saranno adottati i complessi modelli organizzativi legati alla gestione della cronicità, i quali, inevitabilmente, assorbiranno risorse umane e finanziarie. Per questo emerge un eventuale fabbisogno supplementare di personale per il quale il Piano Sanitario Provinciale ha ipotizzato una spesa aggiuntiva pari a 8,8 milioni di euro l'anno, che si aggiungeranno a un tasso d'incremento medio dei costi del personale del 2-3 per cento.

Per quanto riguarda il fabbisogno del personale nell'ambito del sociale, valgono le stesse difficoltà che si riscontrano per il settore sanitario. Ad oggi sono operanti nel sociale circa 5.000 unità di personale ma la rivalutazione del numero di persone da assistere ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare come della residenzialità imporranno anche nel sociale un calcolo più preciso.

12.1 Formazione e aggiornamento del personale

La formazione e l'aggiornamento rappresentano contemporaneamente il presupposto e l'asse strategico fondamentale per far sì che la sanità di iniziativa, modello basato sulla proattività del sistema salute, possa essere sperimentata e applicata in modo omogeneo e duraturo sul territorio.

L'articolo 5 del Patto per la Salute sancisce che *“per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*.

La formazione deve essere rivolta a tutte le figure professionali che insistono nell'ambito di un approccio integrato all'assistenza socio-sanitaria, a partire dalla formazione di base universitaria e fino alla formazione continua per ciascuna figura professionale, per seguire un modello di integrazione multi/inter disciplinare, professionale e tra i livelli di assistenza sanitari e socio-sanitari.

Per ottimizzare l'attività risulta necessario supportare gli operatori attraverso interventi formativi specifici, di tipo integrato e multidisciplinare, per favorire la costruzione di gruppi di lavoro che garantiscano omogeneità nelle risposte assistenziali e appropriatezza negli interventi sugli utenti.

La formazione continua deve riguardare il personale che opera nel territorio e che garantisce il livello di assistenza distrettuale ma anche quello ospedaliero coinvolto nei PDTA, in modo integrato prevedendo eventi formativi congiunti per le diverse figure professionali.

La formazione deve coinvolgere anche i *policy makers*, l'alta e la media dirigenza dell'Azienda Sanitaria compresi la Direzione Aziendale e le Direzioni Distrettuali, l'alta dirigenza del sociale, i rappresentanti delle strutture residenziali.

La formazione e l'autoformazione rappresentano lo strumento fondamentale per l'implementazione ed il consolidamento delle nuove formule organizzative previste dalla L. 189/2012, AFT (forme di aggregazione monoprofessionale) e le UCCP (forme di aggregazione multiprofessionale).

Gli obiettivi generali e di apprendimento sono:

- garantire un approccio fondato sulla centralità del paziente e l'integrazione dell'assistenza;
- integrare in chiave multidisciplinare e multi-professionale il lavoro degli operatori coinvolti;
- facilitare la presa in carico dei pazienti fragili e con patologie croniche attraverso *l'empowerment* della persona assistita, il *family learning*, la continuità assistenziale tra i diversi setting operativi (ospedale, territorio, domicilio);
- operare per la condivisione di percorsi clinico-assistenziali tra Ospedale e Territorio rispetto ai pazienti con patologie croniche;
- favorire la conoscenza e l'uso periodico e costante del percorso di confronto tra pari attraverso gruppi di discussione e comunità di pratica;
- approfondire le conoscenze per l'utilizzo dell'ICT (*information communication technology*), e dei presidi/dispositivi "intelligenti".
- fornire strumenti e metodologie per la valutazione degli interventi ai diversi livelli (singolo professionista, equipe, struttura, sistema).

13. Sistema informativo territoriale e monitoraggio delle reti integrate (set di indicatori)

Gli attuali flussi riferiti al sistema territoriale sono insufficienti a fotografare la complessità dei servizi, delle attività e delle prestazioni che, peraltro, si stanno profondamente modificando a livello regionale e provinciale con l'introduzione di modelli organizzativi innovativi di presa in carico dei pazienti.

Difficile appare di conseguenza definire gli indicatori che consentano di monitorare i cambiamenti introdotti, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali e verificare l'efficacia, l'appropriatezza e la validità dei modelli adottati, da considerare tutti in un certo senso sperimentali.

Alcuni flussi, inoltre, come il SIAD per l'assistenza domiciliare o il flusso FAR per la residenzialità, non sono stati istituiti.

Eppure processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate, con particolare riferimento ai pazienti cronici, possono funzionare soltanto con il supporto di sistemi informativi che permettano una pianificazione ed il monitoraggio dei PDTA e delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nei percorsi, il monitoraggio dello svolgimento dei percorsi attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la struttura dal punto di vista dei risultati di efficienza e di salute.

La tendenza deve essere quella di istituire un sistema informativo interconnesso con le altre applicazioni, con l'Anagrafe sanitaria, i CUP, i sistemi dei MMG, dei medici specialisti territoriali e dei medici ospedalieri, i laboratori e le radiologie, per monitorare i piani di cura dei pazienti cronici. Dovrebbe essere possibile anche un collegamento con i dati sulle fragilità sociali per programmare anche interventi sotto il profilo socioassistenziale, con il coinvolgimento dei Servizi sociali.

L'implementazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale, ed in particolare l'assistenza ai pazienti cronici, consentirà di creare nuovi flussi informativi dai quali ricavare le informazioni per la costruzione di specifici indicatori per il monitoraggio delle attività erogate.

Un sistema informativo territoriale ben costruito è essenziale per condurre un monitoraggio altrettanto efficace che deve valutare:

- l'accessibilità ai servizi ed i tempi di attesa;
- l'assistenza erogata a livello globale ed in ciascun setting (e i relativi trend): volumi, esiti, umanizzazione;
- la qualità e l'appropriatezza;
- i "percorsi" dei pazienti nei diversi setting, con approfondimenti per specifiche patologie traccianti (diabete, scompenso, ipertensione, BPCO, ...) ed i relativi contributi specifici erogati da parte dei diversi attori assistenziali che interagiscono nei PDTA integrati;
- la customer satisfaction con l'utilizzo di strumenti appropriati;
- gli esiti;
- la spesa nei diversi setting;
- la corretta erogazione dei LEA;
- l'impatto delle variazioni di consumi/spesa anche in setting non direttamente coinvolti (es. ricoveri ospedalieri, Pronto Soccorso, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, protesica, ecc.).

Un sistema informativo ben costruito deve consentire, inoltre, di valutare e monitorare la presenza di procedure/istruzioni operative relative a:

- sistema di segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati (near-miss);

- prevenzione delle cadute, delle lesioni da pressione, degli atti di violenza a danno di operatori o pazienti, del suicidio/tentato suicidio del paziente o degli atti di autolesionismo, delle infezioni correlate all'assistenza;
- prevenzione degli errori in terapia e riconciliazione farmacologica;
- utilizzo dei mezzi di contenzione.

Le suddette informazioni devono integrare quelle rilevate dai flussi esistenti al fine di consentire la più ampia valutazione dei rischi.

Dall'insieme delle informazioni contenute nei flussi che il nuovo sistema informativo territoriale è in grado di generare nascono gli indicatori e da questi la possibilità di definire un "cruscotto" sintetico che consenta di valutare l'offerta di servizi, l'integrazione (trend e volumi nei diversi setting e percorsi), l'appropriatezza, la spesa, l'erogazione dei LEA, estendendo il monitoraggio ai setting territoriali tradizionali (riabilitazione, strutture di assistenza psichiatrica, hospice, ADI nelle diverse forme, ed ai Centri sociali e sanitari).

A livello provinciale è stato lanciato un importante progetto di informatizzazione che richiederà tempo e risorse umane e finanziarie per essere implementato e periodi di sperimentazione sul campo anche lunghi.

A tale scopo sarà istituito un **tavolo tecnico**, al quale partecipano referenti clinici (medici ed infermieri del territorio, medici ed infermieri ospedalieri e tutte le altre principali figure professionali), l'Osservatorio per la Salute ed informatici dell'Azienda Sanitaria e del Sistema Sociale, referenti dei Servizi sociali ed il partner tecnologico, scelto dall'Azienda Sanitaria per lo sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale, che deve trovare risposte ai bisogni reali della popolazione, sperimentando l'applicazione sul campo degli applicativi in uso e proposti. Il tavolo tecnico ha il compito di definire, in particolare con riferimento ai pazienti cronici che saranno presi in carico dalle AFT dei medici di medicina generale:

- a. i processi della gestione dei pazienti;
- b. i requisiti funzionali per il software;

Particolare attenzione nella definizione dei requisiti funzionali verrà posta alla gestione dei PDTA ed alla costruzione e mantenimento del fascicolo socio-sanitario elettronico (FSSE), in modo che tutti gli attori coinvolti nella gestione e nella cura delle persone possano condividere le informazioni.

Per quanto riguarda gli indicatori che possono essere nel frattempo utilizzati per monitorare il Piano della cronicità (Master Plan) ci si avvarrà dei flussi attualmente esistenti presso la Provincia, consapevoli che alcuni flussi sono mancanti, come quello per la rilevazione delle attività di assistenza domiciliare integrata (SIAD) e il flusso della residenzialità (FAR), rendendosi in questo secondo caso opportuna un maggiore dialogo con il Sistema sociale provinciale.

14. La teleassistenza

La Tele-assistenza rappresenta una modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari attraverso l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. In Europa sono ancora pochi gli esempi nonostante l'efficacia e l'appropriatezza di questi servizi siano state dimostrate in studi clinici randomizzati. La teleassistenza mette a disposizione del medico e del paziente una serie di strumenti utili alla gestione delle cronicità e continuità della cura, promuovendo una sanità di rete con approccio multidisciplinare portando il servizio nell'imminente prossimità del paziente.

In particolare, la Telemedicina e la Teleassistenza, secondo le linee guida nazionali, avranno un ruolo nella facilitazione dell'integrazione ospedale/territorio, consentendo l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico/assistenziali al suo domicilio, affrontando la complessità delle malattie croniche e coinvolgendo le competenze specialistiche multidisciplinari, territoriali e ospedaliere.

La telemedicina nell'ambito della cronicità viene introdotta con le seguenti finalità:

Prevenzione: Previsione del rischio di insorgenza di malattie con l'utilizzo di Big Data. Nell'ambito dell'auto-gestione (Empowerment), la tele-assistenza ha dimostrato un'efficienza negli studi clinici internazionali e nazionali; il suo punto di forza è quello di ridurre l'asimmetria dell'informazione tra paziente e medico, nonché rendere il paziente e la famiglia gestori autonomi della malattia cronica, padroni del proprio stato di salute e capaci di affrontare senza ansia le ricadute o le riacutizzazioni, considerandoli non come eventi inevitabili ma come eventi gestibili, attraverso l'utilizzo di una serie di azioni e atteggiamenti di cui il paziente viene informato e addestrato dal personale sanitario.

Diagnosi: prevede l'implementazione di sinergie prevenzione primaria e secondaria, un migliore scambio e circolazione delle informazioni ed esami diagnostici tra i diversi operatori sanitari coinvolti, necessari per una diagnosi appropriata e un trattamento migliore del paziente. Il tele-monitoraggio nella gestione delle malattie croniche permette di fare interventi più efficaci, in grado di ritardare l'insorgenza, anticipare la diagnosi e ridurre il rischio di complicanze, con l'esito finale di migliorare la qualità della vita dei pazienti; non trascurabile il contenimento della spesa associata alle ri-ospedalizzazioni ed ai trattamenti evitabili. La tele-assistenza può contribuire sia all'attuazione dei contenuti dei PDTA che all'educazione e alla formazione del paziente.

Cura e riabilitazione: la tele-riabilitazione viene impiegata, sia nella fase post-operativa che nella prevenzione terziaria, da una progressiva disabilità spesso associata alle malattie dell'apparato muscolare e scheletrico e alle malattie neuro-degenerative. Le malattie croniche sono fortemente progressivamente associate alla non autosufficienza ed alla progressiva perdita della capacità funzionale associata al cambiamento strutturale degli organi a causa dell'invecchiamento. Pertanto, richiedono l'applicazione di alte tecnologie come un ausilio, che migliora la qualità della vita dei pazienti non autosufficienti.

Come benefici della tele-assistenza ci si aspetta una migliore operatività sul territorio; la gestione del paziente cronico al suo domicilio dando, quindi, al cittadino l'opportunità di ricevere comodamente i servizi che lo aiutino e lo accompagnino nella gestione della propria salute. Si prevede anche una migliore comunicazione fra le diverse figure socio sanitarie, ovvero una modalità organizzativa che, utilizzando i sistemi informativi, porterà un efficiente e appropriato servizio al cittadino.

La tele-assistenza entra nelle linee di intervento dell'area di integrazione socio-sanitaria proposte dalle linee guida nazionali della cronicità con l'obiettivo di garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semi-residenziali e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali, attraverso l'integrazione delle istituzioni del sistema sanitario sul territorio. Il suo ruolo è inserito nelle linee di intervento proposte per le aree dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera

e deve garantire la continuità assistenziale ospedaliera sul territorio rimanendo in contatto con il sistema delle cure primarie.

L'utilizzo della tecnologia richiederà professionisti che dovranno avere capacità e competenze adeguate per gestire i nuovi sistemi informativi, pertanto sarebbe necessario programmare l'addestramento e la formazione specifica in questo settore.

Quindi è necessario incrementare il numero di iniziative formative del personale sanitario riguardanti l'impiego di tecnologie destinate alla gestione dei pazienti affetti da malattie croniche, particolarmente riguardo coloro che vivono una condizione di fragilità sociale.

Per avere una maggiore accettazione delle nuove tecnologie sarebbe opportuno condurre studi di fattibilità e di analisi per dimostrare l'appropriatezza della telemedicina validandoli come progetti pilota.

Considerate le potenzialità offerte dai nuovi scenari relativi alla teleassistenza dovrebbe essere presente almeno una struttura a livello provinciale che sperimenti forme di teleassistenza quali: teleconsulto, telediagnosi, teleconsulto specialistico (second opinion), telemonitoraggio, telesoccorso e telesorveglianza. Una analisi di eventuali progetti in corso appare importante per valutarne lo stato di raggiungimento degli obiettivi e l'eventuale spostamento verso iniziative in strutture come i Centri sociali e sanitari.

15. Semplificazione e Umanizzazione dell'assistenza

L'umanizzazione dell'assistenza promuove l'avvicinamento di assistiti, familiari ed operatori in una dimensione nella quale le istituzioni socio-sanitarie diventano un servizio che accoglie, orienta e promuove il benessere, stimolando il coinvolgimento e la partecipazione di tutti.

Le quattro aree principali in cui si articola il concetto di umanizzazione sono:

- Il processo assistenziale ed organizzativo orientato al rispetto e alla specificità della persona (*attenzione alla fragilità e ai bisogni della persona, rispetto della privacy, impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa, continuità delle cure*);
- L'accessibilità fisica, la vivibilità e il comfort dei luoghi di assistenza (*barriere architettoniche e sensoriali, logistica e segnaletica, servizi "a misura d'uomo", comfort generale delle strutture*);
- L'accesso alle informazioni, la semplificazione e la trasparenza (*semplificazione delle procedure, agevolazioni dell'accesso alle informazioni e trasparenza*);
- La cura della relazione con il paziente/cittadino e i suoi familiari (*relazione tra i professionisti del sociale e della sanità, tra professionista sanitario e paziente, relazione con il cittadino*).

La realizzazione di un autentico processo di umanizzazione dovrà comprendere interventi a livello strutturale, funzionale, organizzativo e relazionale. Ogni distretto dovrà nominare un gruppo ristretto di operatori dell'area medica, infermieristica, sociale e del volontariato che fungono da facilitatori e promotori dell'umanizzazione:

- avviando la raccolta sistematica della qualità dei servizi percepita dai pazienti;
- definendo dei piani di miglioramento finalizzati a:
 - a. migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari;
 - b. mettere in atto modalità di comunicazione più efficaci;
 - c. sviluppare il lavoro di equipe secondo un modo integrato tra le diverse figure professionali;
 - d. rafforzare il senso di appartenenza e migliorare il clima interno;
 - e. attivare sinergie tra operatori, pazienti, familiari ed associazioni di volontariato.

Il focus delle azioni di miglioramento dovrà essere posto su:

- la fase di accoglienza (p.es. istituendo service point per informazioni, orientamento, accompagnamento o trasporto all'interno della struttura coinvolgendo anche il volontariato, migliorando l'accessibilità delle strutture anche attraverso supporti come deambulatori, sedie a rotelle messi a disposizione);
- il comfort alberghiero (p.es. creando delle sale di attesa o ritiro accoglienti "a misura di uomo", per pazienti e familiari mettendo a disposizione acqua, giornali, ecc.);
- l'informazione e la comunicazione (p.es. una segnaletica chiara e visibile, cartelli indicanti i nomi e le qualifiche degli operatori e dei volontari, garantendo il coinvolgimento attivo dei familiari o di altre persone di riferimento);
- la gestione del dolore (p.es. avvio immediato del monitoraggio, del controllo e della gestione del dolore, in particolare per persone con deficit cognitivi);
- la partecipazione dei cittadini (p.es. valorizzando il volontariato nella struttura, coinvolgendo la cittadinanza delle attività di audit e della rilevazione della qualità percepita).

16. Comunicazione interna ed esterna

Il tema del Chronic Care, essendo scarsamente presente nei media, non ottiene sufficiente attenzione da parte della popolazione. È necessario contrastare questa situazione attraverso la comunicazione del presente Chronic Care Masterplan e delle misure ivi contenute.

Cosa si intende raggiungere?

L'obiettivo è di familiarizzare la popolazione altoatesina con il concetto/termine Chronic Care e il suo significato. In concreto, questo significa sensibilizzazione di ognuno/ognuna circa il suo impegno richiesto in quanto paziente e/o cittadino. A questo si aggiunge l'informazione circa i vantaggi del coinvolgimento diretto dell'assistito nel processo di cura e del conseguente rafforzamento dell'autogestione del paziente.

Comunicazione verso l'esterno

Sta nella natura dei fatti che l'interesse per il tema varia a seconda la fascia d'età. Il tema sarà meno rilevante per persone sotto i 20 o 30 anni e più rilevante per persone al di sopra dei 50 anni. Quest'ultimi spesso hanno già fatto esperienze con genitori affetti da malattie croniche o, vista la loro età, si sono già mentalmente confrontati con il pensiero di essere affetti da una malattia cronica. Per questi motivi, il gruppo di persone over 50 rappresenta il principale gruppo target per una campagna informativa e di comunicazione. In fondo, è indispensabile far passare l'idea che in futuro ciascun cittadino e paziente dovrà partecipare attivamente sia alla prevenzione sia all'assistenza stessa, essendo parte attiva del processo assistenziale.

Comunicazione verso l'interno

Anche i dipendenti rappresentano un importante gruppo target. Il messaggio principale per i collaboratori è che i pazienti all'interno del modello Chronic Care sono chiamati ad assumersi maggiore responsabilità individuale, ottenendo allo stesso tempo un ruolo più forte nella presa delle decisioni riguardanti l'assistenza. Pertanto, i ruoli sono destinati a cambiare per entrambe le parti, assistito e personale che eroga l'assistenza, il che implica la necessità di ripensare i relativi punti di vista. Un ulteriore gruppo target importante è costituito dai medici di medicina generale.

Il messaggio chiave

“Fare assistenza di base assieme” – questa la chiave per il rafforzamento del ruolo del paziente e dei suoi familiari nella salvaguardia della propria salute e, d'altro canto, per un maggiore coinvolgimento del paziente nell'assistenza. Così si instaura una relazione da pari a pari tra il paziente e il rappresentante dell'istituzione incaricata all'assistenza, ovvero l'Azienda sanitaria. Anche in questo caso si applica il principio della “provincia attiva”: richiedere e incentivare. L'Azienda sanitaria **richiede** al paziente più impegno e allo stesso tempo **incentiva** l'autonomia del paziente.

Wording

Sin dall'inizio della campagna di comunicazione è necessario definire in maniera accurata la terminologia che si intende utilizzare. Una chiara definizione del termine Chronic Care e dei suoi contenuti per l'Azienda sanitaria è indispensabile.

Canali di comunicazione

I gruppi target sono diversi, per cui è necessario attivare sia canali classici ovvero analogici sia mezzi moderni ovvero digitali.

Media classici:

- Presentazione del Masterplan Chronic Care approvato in una conferenza stampa e redazione di un comunicato stampa (avvio della campagna);
- Redazione mensile di un comunicato stampa su un tema legato al Chronic Care per un anno intero e trasmissione ai più importanti media altoatesini;
- Organizzazione di interviste con esperti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige su temi legati al Chronic Care da pubblicare su giornali locali nonché su riviste e giornali delle associazioni e federazioni portatori di interesse in campo;
- Organizzazione di interviste con rappresentanti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige su temi legati al Chronic Care da mandare in onda sui più importanti canali radio e canali televisivi locali;
- Lancio del tema Chronic Care per rubriche e servizi su stampa, radio e televisione;
- Lancio del tema Chronic Care per discussioni televisivi e su radio;
- Redazione di articoli e testi per il giornale aziendale "one";
- Produzione di un volantino con le informazioni base sul tema;
- Organizzazione, per un anno, di eventi informativi, centrali e in periferia.

Media digitali:

- Creazione di una sezione sul sito internet www.asdaa.it con il titolo "Chronic Care" contenente le informazioni base sul tema;
- Tutti i comunicati stampa sul tema appaiono nella sezione "News" di www.asdaa.it;
- Maggiore visibilità e reperibilità delle notizie su Twitter grazie l'utilizzo dell'hashtag (già esistente) #chroniccare;
- Post mensili sul tema Chronic Care sul sito facebook dell'Azienda sanitaria.

Media e comunicazione interna:

- Testi e notizie sul sito intranet mysabes;
- Articoli sul tema Chronic Care sul giornale aziendale "one";
- Sei corsi di formazione per dipendenti in collaborazione con il servizio di medicina di base;
- Organizzazione di convegni sul tema per medici di medicina generale a Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico;
- Convegno/conferenza sul tema Chronic Care nella sala congressi dell'Ospedale di Bolzano.

Tempistiche e valutazione degli impatti

La durata della campagna di comunicazione è un anno. Dopodiché attraverso un sondaggio saranno monitorati gli effetti della campagna. In base ai risultati può essere programmata un eventuale campagna successiva.

Bibliografia e riferimenti normativi

Agenas: „Linee di indirizzo per il potenziamento ed armonizzazione dell'assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento alla cronicità“. Documento nazionale predisposto per la Commissione salute ai sensi del Decreto 70.

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Autonome Provinz Bozen Südtirol (2016): *Landesgesundheitsplan 2016-2020. Gesundheit 2020. Sicher. Gut. Versorgt*. <https://www.asdaa.it/it/home>; 24.04.2017.

Autry, J. (2004): *The Servant Leader. How to build a creative team, develop great morale and improve bottom-line performance*. Three Rivers Press.

Bert, G.; Gardini, A.; Quadrino, S. (2013): *Slow Medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Sperling & Kupfer.

Koloroutis, M. (2011): *Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Huber.

Manthey, M. (2005): *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Huber.

Mastrobuono i., Sepede L.: *L'organizzazione, la pianificazione e la gestione della casa della salute. l'esperienza di Pontecorvo*. Organizzazione sanitaria trimestrale di studi e di informazione sui sistemi sanitari, *health organization quarterly studies and information on health systems*; anno XXXIX - n. 1-2 gennaio-giugno 2015

Ministero della Salute (2016): *Piano Nazionale della Cronicità*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf; 24.04.2017.

Nefiodow, L. u. S. (2014): *Der sechste Kondratieff. Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft*. Engelhardt.

Porter, M. E.; Olmsted Teisberg, E. (2006): *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*. Havard Business Press.

Regione Lombardia (2015): *Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018*. Delibera giunta regionale N. X/4662 del 23.12.2015. <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/01/DGR-4662-23.12.15-Piano-Cronicità.pdf>; 24.04.2017.

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2015): *IT- Masterplan 2016-2018. Strategischer Plan zur Entwicklung der Informationstechnologie im Südtiroler Sanitätsbetrieb*. <https://www.asdaa.it/it/home>; 24.04.2017.

Cousins, Michael S., Lisa M. Shickle, and John A. Bander (2002): *An introduction to predictive modelling for disease management risk stratification*. *Disease Management* 5.3 (2002): 157-167.

Bruce Fireman, Joan Bartlett and Joe Selby (2004): *Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality?* *Health Affairs* 23, no.6 (2004):63-75 doi: 10.1377/hlthaff.23.6.63

Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, et al. (2014): *Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients*. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1123-31.

Tamang S, Milstein A, Sørensen HT, et al. (2017): *Predicting patient 'cost blooms' in Denmark: a longitudinal population-based study*. *BMJ Open* 2017;7: e011580. doi:10.1136/bmjopen-2016-011580

Spoorenberg, S. L., Uittenbroek, R. J., Middel, B., Kremer, B. P., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2013). *Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care*. *BMC geriatrics*, 13(1), 62.

The Johns Hopkins ACG® System. Excerpt from Version 11.0. Technical Reference Guide. November 2014

O'Sullivan, C. (2011): *Investigating whether the Johns Hopkins ACG case-mix system explains variation in UK general practice*. Diss. UCL (University College London).

Meenan RT, Goodman MJ, Fishman PA, et al. (2003): *Using risk-adjustment models to identify high-cost risks*. *Med Care* 2003;41:1301-12.

Debbie Singh and Chris Ham (2006): *IMPROVING CARE FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS. A review of UK and international frameworks*. University of Birmingham. HSMC.

WHO (2016): *Integrated care models: an overview*.

Regione Veneto (2013): *Progetto ACG. Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anni di sperimentazione.*

Reid RJ, Roos NP, MacWilliam L, Frohlich N, Black C. (2002): *Assessing population health care need using a claims-based ACG morbidity measure: a validation analysis in the Province of Manitoba.* Health Serv Res 2002;37(5):1345-1364.

Reid R, MacWilliam L, Verhulst L, Roos NP, Atkinson M. (2001): *Performance of the ACG case mix system in two Canadian provinces.* Med Care 2001;39(1):86-99.

Judge, K., and N. Mays. (1994): *Allocating Resources for Health and Social Care in England.* British Medical Journal 308: 1363-6

Starfield B. (2006): *Chronic illness, comorbidity, and primary care quality.* In Rosen B, Saltman R, Shani M. *Health Systems: Are We in a Post Reform Era?* Jerusalem: Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research, 2006, pp. 81-84-

Weiner, J., A. M. Tucker, A. M. Collins, H. Fakhraei, R. Lieberman, C. Abrams, D. G. Trapnell, and J. G. Folkmer (1998): *The Development of a Risk-Adjusted Capitation Payment System for Medicaid*

Sven G Engström, Lennart Carlsson, Carl-Johan Östgren, Gunnar H Nilsson and Lars A Borgquist (2006): *The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care.* BMC Public Health2006:36

Orueta, J. F., J. Lopez-DeMunain, K. Baez, J. M. Airzaguena, J. L. Aranguren, and E. Pedrerae. (1999): *Application of Ambulatory Care Groups in the Primary Care of a European National Health Care System*

Wingefeld K. (2005): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus.* Huber Verlag

Cousins M. S., Shickle L. M., Bander J. A. (2004): *Disease Management.* July 2004, 5(3): 157-167. doi:10.1089/109350702760301448.



CHRONIC CARE MASTERPLAN

Plan zur Verstärkung und Harmonisierung
der Pflege und Betreuung
für Menschen mit chronischen Erkrankungen
in Südtirol 2018-2020

Genehmigt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1281 vom 4. Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Executive Summary	4
Vorwort.....	7
1. Warum ein Südtiroler Chronic Care Masterplan?	10
2. Zusammenfassung der Landesbestimmungen	13
2.1 Der Landesgesundheitsplan 2016-2020	13
2.2 Der Landessozialplan 2007-2009.....	13
3. Definition von von Chronizität, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit.....	15
4. Die Entwicklung der Chronizität und Gebrechlichkeit in Südtirol	17
5. Stärken und Schwachstellen der Sprengelversorgung	20
5.1 Stärken	20
5.2 Schwächen	21
6. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich in Südtirol	22
6.1 Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC).....	22
6.2 Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung und die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans: Das Pilotprojekt	23
7. Das neue Versorgungsnetzwerk: Rollen und Aufgaben	27
7.1 Die Gesundheitsbezirke.....	27
7.2 Der Gesundheits- und Sozialsprengel.....	28
7.3 Die vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	28
7.4 Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege	29
7.5 Die Dienstleistungen der Apotheken	30
7.6 Ruf- und Dienstzentrale 116117	30
8. Die Integrierte Hausbetreuung (IHB) und die Seniorenwohnheime	32
9. Integration zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung: Die Instrumente.....	33
10. Intermediärbetten und Übergangsbetten	35
10.1 Gesundheitlich indizierte Pflegebetten	35
10.2 Sozial indizierte Pflegebetten	36
11. Die Rolle der Patientenschutzvereinigungen.....	37
12. Die personellen und finanziellen Ressourcen der wohnortnahen Versorgung	39
12.1 Aus- und Weiterbildung des Personals.....	39
13. Das Informationssystem der wohnortnahen Dienste und die Überwachung des integrierten Netzwerks (Indikatoren)	41
14. Die telemedizinische Versorgung.....	43
15. Verschlankung und Humanisierung der Versorgung.....	45
16. Interne und externe Kommunikation	46
Literaturverzeichnis und rechtliche Bestimmungen.....	48

Abkürzungsverzeichnis

ÄAM	Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin
ACG	Adjusted Clinical Groups
FSSE (ital.)	Elektronische Gesundheits- und Sozialakte (Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico)
IHB	Integrierte Hausbetreuung
IT	Information Technology
PAI (ital.)	Individueller Betreuungspkan (Piano Assistenziale Individuale)
PDTA (ital.)	Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale)
PHB	Programmierte Hausbetreuung
SIAD (ital.)	Informationssystem für die Hausbetreuung (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)
SUAC (ital.)	Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (Sportello Unico di Assistenza e Cura)
UCCP (ital.)	Komplexe Einheiten für die Primäre Gesundheitsversorgung, „Gesundheitszentren“ (Unità Complessa di Cure Primarie)
UPCP (ital.)	Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Behandlungsplans (Unità per la predisposizione condivisa del PAI)
VGM	Vernetzte Gruppenmedizin
WBS	Wesentliche Betreuungsstandards (Livelli Essenziali di Assistenza)
WHO	World Health Organization

Executive Summary

Der soziodemografische und epidemiologische Wandel, der in den wichtigsten industrialisierten Ländern zu einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und zu einer Zunahme der chronischen Erkrankungen und der Multimorbidität mit erhöhtem Risiko für Behinderungen und vermehrtem Pflege- und Betreuungsbedarf führt, stellt für die sozio-sanitären Systeme aller Ländern, einschließlich der Entwicklungsländer, die wichtigste Herausforderung dar.

Im Südtirol wird die Anzahl der Personen mit chronischen Erkrankungen im Jahre 2035 von aktuell ca. 151.000 auf ca. 191.000 ansteigen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen, die im Jahr 2005 bei 2,3% lag, entspricht derzeit 4% der Bevölkerung, also ca. 20.000 Personen.

In den letzten Jahren wurde in Südtirol eine Reihe von sozial- und gesundheitspolitischen Projekten eingeleitet, bei denen wichtige Maßnahmen getroffen und Ziele erreicht werden konnten. Die Stärken des Systems sind:

- ein dichtes Netz an Einrichtungen für alte Menschen;
- Berufsgruppen, vor allem im sozialen Bereich, welche in der wohnortnahen Versorgung aktiv sind;
- eine Krankenhausbetreuung, die gute Versorgungsergebnisse gewährleistet;
- eine wohnortnahe Versorgung auf dem gesamten Landesgebiet.

Die Schwachstellen, die auch vielen italienischen und ausländischen Gesundheitssystemen gemeinsam sind, sind folgende:

- die hohen Prozentsätze an Hospitalisierung für einige chronische Erkrankungen (Diabetes, Nieren- und Demenzerkrankungen usw.);
- die Anzahl der Zugänge in den Notaufnahmen der größeren Krankenhäuser, die weit über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegt;
- die unzureichende integrierte Hausbetreuung;
- die langen Wartezeiten.

Zusätzlich zu diesen Schwachstellen, die auf die Notwendigkeit einer Verstärkung der wohnortnahen Betreuung hinweisen, kommen die Integrationsthemen zwischen den Sozialdiensten und den Krankenhausaktivitäten hinzu.

Ein modernes System zum Schutz der Gesundheit im weitesten Sinne kann in Zukunft von einer stärkeren Beteiligung aller Institutionen und Organisationen am Aufbau von teambasierten Betreuungsnetzen nicht absehen, die auf geteilte diagnostische therapeutische und pflegerische Betreuungspfade (im Folgenden kurz Betreuungspfade genannt) beruhen, welche die erforderlichen Gesundheits- und Sozialleistungen gewährleisten.

Die Neuorganisation der wohnortnahen Versorgung ist ein sehr komplexer Prozess und erfordert ein neues Paradigma in der Gesundheitsversorgung, wobei der Schwerpunkt für die Programmierung der Maßnahmen vom Krankenhaus auf die wohnortnahe Versorgung verlagert wird. Die Arbeitsbedingungen des Personals, die Beziehungen zwischen den Institutionen, die Art und Weise der Kommunikation, die Aus- und die Weiterbildung des Personals, die Verantwortung der betroffenen Bürger/innen und Vereinigungen müssen angepasst werden, vor allem wenn die Bedürftigsten im Mittelpunkt des Systems stehen. Dazu zählen alte Menschen, Personen mit schweren chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftige.

Der vorliegende Masterplan „Chronic Care“ beschreibt die Grundsätze zur Implementierung eines integrierten Netzwerkes (Wohnort-Territorium-Krankenhaus), das von den Bedürfnissen der Personen mit chronischen Erkrankungen und deren Familien ausgeht und den Wert der

Zusammenarbeit aller Beteiligten erkennt, die aktiv an der Umsetzung der Betreuungspfade mitarbeiten.

Die von den Bezirksgemeinschaften, vom Betrieb für Sozialdienste Bozen und von den Seniorenwohnheimen erbrachten Sozialleistungen werden in Folge gemeinsam erstellter Maßnahmenpläne, die mit den Gesundheitsdiensten insbesondere für chronisch kranke bzw. pflegebedürftige Personen vereinbart werden, in die Betreuungsprozesse eingebunden.

Zu diesem Zweck beteiligen sich die Sozialdienste an der Definition von gemeinsamen Betreuungspfaden zur Übernahme bestimmter Typologien von Personen mit chronischem Krankheitsverlauf, die aufgrund gemeinsam bestimmter sozio-sanitärer Kriterien ausgewählt werden.

All das vorausgesetzt werden folgende strategische Ziele festgelegt:

- Sozial und Gesundheitsdienste, die sich der spezifischen Bedürfnisse des Einzelnen, der Familie und der Gesellschaft annehmen;
- Verbesserung des Dienstleistungsangebotes;
- Einsatz von Koordinierungsinstrumenten, um die Ressourcen für die Behandlung/Betreuung von Personen mit chronischen Erkrankungen und gebrechlichen Personen in der wohnortnahen Versorgung unter Berücksichtigung der sozio-sanitären Planung optimal zu nutzen;

Daraus leiten sich folgende Maßnahmen ab:

- a) Neuorganisation des Netzwerkes der verschiedenen Dienste sowie die Gewährleistung der Betreuungskontinuität und der spezifischen Bedürfnisse des Einzelnen, der Familie und der Gesellschaft;
- b) Verbesserung der Integration zwischen Grundversorgung, Fachmedizin, Krankenhaus und Sozialpolitik, um der Bevölkerung ein proaktives Betreuungsmodell zu bieten;
- c) Umsetzung der Betreuungspfade zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen;
- d) Erstellung eines individuellen Betreuungsplans für jede Patientin/jeden Patienten;
- e) Empowerment des Einzelnen und der Bevölkerung;
- f) Prävention chronischer Erkrankungen durch Programme zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung;
- g) Früherkennung von Personen mit Gebrechlichkeit oder chronischen Erkrankungen durch den Einsatz angemessener Instrumente;
- h) Verbreitung von Informationen über Dienstleistungen und Betreuungspfade, um die Selbständigkeit der betroffenen Personen und ihrer Familien zu fördern und zu verbessern;
- i) rechtzeitiger Zugang der Patienten/innen und deren Familie zu den geeignetsten Betreuungseinrichtungen und -diensten;
- j) korrekte Verteilung von Geräten, Technologien und IT-Lösungen für Personen mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen auf dem gesamten Territorium;
- k) Verringerung der Zugänge und der unnötigen Langzeitaufenthalte im Krankenhaus von Personen mit chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit;
- l) Unterstützung der beruflichen Weiterbildung des Gesundheits- und Sozialpersonals und Gewährleistung von klinischer und organisatorischer Forschung.

Der Plan beschreibt die Instrumente, mit denen die neue Betreuungsstruktur für Personen mit chronischen Erkrankungen geschaffen wird und die auf internationale und gesamtstaatliche Modelle beruhen. Diese werden an die lokalen Gegebenheiten in Südtirol angepasst und berücksichtigen die folgenden Aspekte:

- die Rolle der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, welche in Form von vernetzten Gruppenmedizinen aufgrund der geltenden Gesetzgebung aufgerufen worden sind, mit anderen Berufsgruppen im Team zu arbeiten;

- die Einrichtungen von Anlaufstellen, wo die Bürgerinnen und Bürger Informationen zu Gesundheits- und Sozialdiensten erhalten und wo sie in integrierte Betreuungspfade aufgenommen werden können;
- die Neuorganisation der wohnortnahen Gesundheitsdienste, in denen die multidisziplinäre und multidimensionale Arbeit aller an den Betreuungsprozessen beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt wird;
- die Beteiligung der Sozialdienste der Bezirksgemeinschaften, des Betriebes für Sozialdienste Bozen und der Seniorenwohnheime an gemeinsamen Betreuungsprozessen;
- die Stärkung der stationären Langzeit- und häuslichen Versorgungsformen für pflegebedürftige Personen.

In diesem Rahmen ändert sich auch die Governance der wohnortnahen Versorgung. Die Gesundheits- und Sozialsprengel werden für die Patienten/innen und deren Familien zum nächstgelegenen Ort, wo alle beteiligten Berufsgruppen auf jene personenzentrierte effektive und effiziente Übernahme der Patientin/des Patienten hinarbeiten, die ein modernes Gesundheitssystem auszeichnet.

Vorwort

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002) definiert chronische Krankheit als *„jedwede Erkrankung von langer Dauer und generell langsamer Progression“*. Die chronischen Krankheiten sind schätzungsweise für 86 Prozent der Todesfälle in einkommensstarken Ländern verantwortlich. Dies gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Atemwegserkrankungen, Krankheiten der Muskeln und des Skeletts, Diabetes mellitus und Demenzerkrankungen. Diese Krankheiten, vor allem jene mit erhöhter Behinderung, beanspruchen sowohl Gesundheits- als auch Sozialressourcen, was mit der Tendenz zu einer weiteren Erhöhung der gesellschaftlichen Kosten auch im Verhältnis zur Entwicklung des Arbeitsmarktes und zu den Maßnahmen im Bereich des Pensionssystems einhergeht, die im Laufe der Zeit zu schwerwiegende Ungleichgewichte zwischen den Generationen führen können.

Aus diesen Gründen geht der allgemeine Trend in Richtung einer immer stärkeren Integration zwischen den Einrichtungen zur Planung der Gesundheits- und Sozialleistungen und der entsprechenden Finanzierungen, um die besten Dienste und eine möglichst rationelle Inanspruchnahme der verfügbaren Ressourcen sicherzustellen.

Nicht alle chronischen Krankheiten führen zu Pflegebedürftigkeit oder schwerer Beeinträchtigung. Wenn in die sekundäre und tertiäre Prävention investiert wird, wenn die Gesundheitserziehung beständig erfolgt, wenn die Dienste zur Patientenbetreuung im Netzwerk arbeiten und wenn das Personal zusammenarbeitet, sind demnach nicht immer Sozialleistungen erforderlich.

Die Versorgung von Personen mit chronischen Erkrankungen ist Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Das Aktionsparadigma der Grundversorgung durchläuft einen tiefgreifenden Wandel. Der Ansatz der abwartenden Akutmedizin weicht jenem der proaktiven Betreuung. Die verstärkte Integration zwischen den Diensten und den im Krankenhaus und in der wohnortnahen Versorgung erbrachten Leistungen, die auf gemeinsamen Betreuungspfaden beruhen, überwindet die heute bestehende tiefe Kluft zwischen den beiden Betreuungssettings.

Die primäre Gesundheitsversorgung wurde von der Europäischen Kommission im Februar 2014 als *„universell zugängliches, patientenzentriertes System aus integrierten Gesundheits- und Sozialdiensten, die von multiprofessionellen und multidisziplinären Teams gewährleistet werden, um den Gesundheitsbedürfnissen der Bürger/innen in einer Partnerschaft zwischen Patienten/innen und pflegenden Angehörigen im Umfeld der Familie oder der Gemeinschaft nachzukommen und um die Koordination und Betreuungskontinuität sicherzustellen“* bezeichnet. Dabei beschränkt sich diese Definition nicht nur auf die Gesundheitsversorgung aus biomedizinischer Sicht, sondern umfasst auch sozioökonomische Aspekte, welche starke Auswirkungen auf das Leben der Personen haben.

Die internationalen Modelle

Die auf internationaler Ebene eingeführten Versorgungsmodelle für Personen mit chronischen Erkrankungen zielen auf die Reduzierung der Fragmentierung der Versorgung ab. Dies geschieht durch Koordinierungsmaßnahmen und Modelle zur Betreuungskontinuität, die innerhalb und zwischen den auf unterschiedlichen Ebenen beteiligten Institutionen wirken. Zu den wichtigsten Modellen gehört das „Chronic Care Model“ (und nachfolgende Versionen). Es beschreibt die Grundvoraussetzungen für ein systematisches chronisches Krankheitsmanagement, in dem durch die Etablierung einer eigenen Kultur, von Organisationsmodellen und verschiedenen Mechanismen eine sichere und qualitative Versorgung sichergestellt wird. Das Modell sieht die punktuelle Definition der Leistungen, Tätigkeiten und Dienste vor, die im Verlauf von festgelegten Betreuungspfaden (PDTA) erbracht werden, wobei die Betreuungspfade von allen miteinbezogenen Fachkräften, Patienten/innen und Angehörigen geteilt werden.

Tatsächlich gibt es in der Gegenwart kein einheitliches Referenzmodell und jedes der existierenden (tatsächlich einander sehr ähnlichen) Modelle muss aufgrund der unterschiedlichen Kulturen und

Ansätze im Umgang mit den Themen der Chronizität und Pflegebedürftigkeit in der Praxis erprobt und an die lokale Situation angepasst werden.

Alle Modelle basieren auf der Möglichkeit, die von chronischen Erkrankungen betroffene Bevölkerung nach Komplexitätsgraden zu stratifizieren, um die notwendigen Informationen für die Festlegung der Art der zu erbringenden Leistungen und die Planung der Behandlungsmaßnahmen zu erhalten.

Besonders komplex ist die Bemessung der Pflegebedürftigkeit der Personen, von der die Aktivierung komplexer Dienste sowohl in stationären Einrichtungen als auch in der Hausbetreuung abhängt: Die Einschätzungsinstrumente variieren von Land zu Land und zwischen Gebieten desselben Landes.

Diesbezüglich ist es schwierig, Vergleiche zu ziehen, weil das Sozialsystem andere Kriterien für die Gewährung von Dienstleistungen berücksichtigt, und nicht jene, die im Gesundheitswesen gelten: Die Beteiligung an Sozialausgaben ist oft mit dem Einkommen verbunden, während der Zugang zur Gesundheitsversorgung auch in obligatorischen Krankenversicherungssystemen allgemeingültig ist.

Die Lage in Italien und die Entwicklungstrends

Die Primärversorgung ist in den neuen sogenannten Wesentlichen Betreuungsstandards WBS (DMP vom 12. Januar 2017) definiert, welche sich auf die vorhergehenden Regelungen beziehen: auf das Staatsgesetz Nr. 158 vom 13. September 2012 (**Balduzzi-Dekret**), das die Vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) und die sogenannten komplexen primären Versorgungseinheiten oder „Gesundheitszentren“ (UCCP) einführt; auf das **gesamtstaatliche Gesundheitsabkommen 2014-2016** („Patto della salute“) vom 10. Juli 2014, welches das Ziel verfolgt, die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern und die Angemessenheit der Dienste sowie die Einheitlichkeit des Systems zu gewährleisten; auf den gesamtstaatlichen Masterplan Chronic Care, der am 15. September 2016 von den autonomen Provinzen und Regionen angenommen wurde und der für viele chronische Krankheiten die Herausforderungen für die Behandlung definiert sowie die allgemeinen Ziele der Interventionsmaßnahmen festlegt.

In Italien ist die Primärversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen stärker entwickelt als in anderen europäischen Ländern und verzeichnet einen geringeren Prozentsatz an unangemessenen Krankenhausaufenthalten bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Asthma und Herzinsuffizienz. Im Laufe der Jahre sind Initiativen seitens verschiedener Regionen Italiens ergriffen worden, um eine proaktive Gesundheitsversorgung zu fördern, die oft in multifunktionalen Strukturen (Gesundheitshäusern, territorialen Zentren, Gemeinschaftskrankenhäuser, usw.) entwickelt wurden und von der Bevölkerung als Referenzzentren außerhalb des Krankenhauses angenommen werden.

Diese Strukturen stellen die konkrete Umsetzung der sogenannten „Intermediate care-Plattform“ dar, bei der sowohl Fachkräfte der wohnortnahen Versorgung als auch der Krankenhäuser mit den Fachkräften der Sozialdienste nach gemeinsam vereinbarten Organisationsmodellen zusammenarbeiten.

Das bedeutet nicht, dass dies der einzig gangbare Weg ist. In einigen Regionen werden „*Verwaltungssubjekte - soggetti gestori*“ identifiziert, die mit der Aufgabe betraut sind, den Bedürfnissen der Personen mit chronischen Erkrankungen durch den Aufbau von Hilfsnetzen gerecht zu werden (CREG-Modell in der Lombardei). In anderen Regionen sind es die Gemeinschaften der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, die die Versorgungspfade ihrer Patienten/innen garantieren (Venetien), während in wiederum anderen (die Mehrheit) „Gesundheitshäuser“ eingerichtet worden sind (Emilia-Romagna, Toskana, Marche). Laut der letzten Umfrage der Universität Bocconi (OASI 2017 Report) gibt es davon mehr als 300 in Italien.

Die von den Regionen und autonomen Provinzen angewandten Modelle unterscheiden sich sehr voneinander und sind von verschiedenen komplexen Aspekten abhängig, nicht zuletzt von der Beschaffenheit des Landesgebiets, das insbesondere in den Ländern Bozen und Trient die Verteilung von Dienstleistungen und Personal beeinflusst.

Der gesamtstaatliche Trend richtet sich hauptsächlich auf die Zusammenführung von Dienstleistungen und die Schaffung von Integrationsplattformen zwischen Krankenhaus und wohnortnahe Versorgung aus.

Eine Schlüsselfunktion bildet die innovative Rolle der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, der frei wählbaren Kinderärzte/innen, der Fachärzte/innen, des Krankenpflegepersonals und der anderen Berufsbilder, die zur Teamarbeit aufgerufen werden. Diese konkretisiert sich in der Gründung der vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) und der sogenannten Gesundheitszentren (UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie).

Die sozio-sanitäre Zusammenführung ist eines der wichtigsten Themen in allen Regionen. Einige davon haben schon langfristig regionale sozio-sanitäre Pläne dafür erarbeitet, in denen Gesundheits- und soziale Maßnahmen, insbesondere im Hinblick auf den Zustand der Pflegebedürftigkeit, zusammengeführt wurden.

Die diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (PDTA) bilden den Kern, um den sich die Gesundheits- und Sozialdienste drehen. Der integrierte Betreuungspfad wird also zu einem globalen Versorgungsplan, der sich in der Folge in einem individuellen Betreuungsplan (ital. PAI - Piano assistenziale individuale) konkretisiert. Dort beginnt die eigentliche Übernahme der Patientin/des Patienten, der mittels programmiertem Betreuungspfad ohne Wartezeiten versorgt wird. Dies gelingt durch die Koordinierung der Maßnahmen zwischen den Institutionen und die Miteinbeziehung der Patienten/innen und ihrer Familienangehörigen bei der Entscheidungsfindung.

Der Betreuungspfad beschränkt sich nicht nur auf die wohnortnahe Versorgung, sondern umfasst auch den Krankenhausbereich. Die Integration mit dem Krankenhaus erfolgt nach vereinbarten Richtlinien und im permanenten Austausch über Arbeitsgruppen zwischen dem Fachpersonal in der wohnortnahen Versorgung und im Krankenhaus, welche die gleichen Modalitäten bei Patientenaufnahme bzw. -entlassung anwenden.

All dies impliziert eine neue Vision und eine Neuorganisation der Sprengel. Den Sprengeln obliegt die Aufgabe, die Gesundheit der Bevölkerung proaktiv sicherzustellen und die Integration zwischen den Diensten und den Berufsbildern des Sanitätsbetriebs zu fördern. Die Grundbereiche, die im „neuen Gesundheits- und Sozialsprengel“ (so wie im Gesundheitsabkommen beschrieben) das gute Funktionieren der neuen Organisationseinheiten gewährleisten müssen, sind: die Weiterbildung, die Evaluation (für das laufende und jährliche Performance- und Ergebnis-Monitoring), der sozio-sanitäre Bereich (extrem wichtig für das sich aus der Integration mit den Sozialressourcen der Gemeinden und allgemein der Gemeinschaft ergebende Potenzial) und die Bürgerbeteiligung.

Strategisches Element im Zusammenwirken von Gesundheits- und Sozialdiensten im Territorium ist der sogenannte PUA („Punto Unico di Accesso“, „Einheitlicher Zugangspunkt“) oder analoge Systeme, die integrierte sozio-sanitäre Antworten auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger mit Frontoffice-Funktionen (Aufnahme, Anhörung, Ermittlung der Bedürfnisse, Anlegung einer persönlichen Akte, Informationen über die Dienste der Einrichtung, erste Orientierung) und Backoffice-Funktionen (Vorbewertung der Fallsituation und Übernahme, konstante Kommunikation mit den Ärztinnen/Ärzten der Allgemeinmedizin, Anpassung der wohnortnahen Versorgungslandschaft) anbieten. Der PUA ist der Hauptaktivator der Multidimensionalen Bewertungseinheiten, die für die komplexeren Fälle anhand von vereinbarten Bewertungsinstrumenten individuelle gesundheitliche und soziale Betreuungspfade erstellen.

1. Warum ein Südtiroler Chronic Care Masterplan?

Mit diesem Dreijahresplan will das Land das derzeitige Versorgungsmodell für Personen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der pflegebedürftigen Personen verstärken, indem es einen intensiveren Austausch von Informationen zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten sowie zwischen den Diensten der wohnortnahen und der Krankenhausbetreuung fördert.

Die neuen, auf Landesebene eingerichteten Formen der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM), müssen proaktiv mit den anderen Berufsgruppen der wohnortnahen Versorgung zusammenarbeiten, um Personen mit chronischen Erkrankungen zu versorgen, indem sie mit dem Krankenhaus und anderen wohnortnahen Strukturen, insbesondere mit den wohnortsnahe Versorgungsdiensten, gemeinsame Betreuungspfade (Diabetes, COPD, Herz-Dekompensation, usw.) ausarbeiten und umsetzen.

Spezifische, zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung vereinbarte Protokolle für die Krankenhausaufnahme und -entlassung von Personen mit chronischen Erkrankungen müssen ausgearbeitet und auf Landesebene umgesetzt werden.

Die kürzlich von den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin unterzeichneten Vereinbarungen bieten die Möglichkeit, erste Versorgungspfade einzuleiten und Ansätze für die Übernahme von Patienten/innen zu erproben. Diese sehen auch die Einführung spezieller Zeitfenster bei den Vormerkungen vor, die die Durchführung von Untersuchungen und Fachvisiten der Personen mit chronischen Erkrankungen möglichst ohne Wartezeiten möglich machen. Dadurch können unangemessene Krankenhausaufnahmen, der Zustrom zur Notaufnahme und die Wartelisten reduziert werden.

Bei besonders komplexen Fällen muss der Betreuungsprozess durch gemeinsame soziale Betreuungsmaßnahmen ergänzt werden, ausgerichtet auf eine ganzheitliche Übernahme und folglich auf ein mögliches zusammenhängendes „Lebensprojekt“.

Besonderes Augenmerk wird sowohl auf die Hausbetreuung gelegt, die in allen ihren Formen umgesetzt werden muss, auch unter Beteiligung von privaten Organisationen, als auch auf die Stärkung der wohnortnahen Betreuung in den Seniorenwohnheimen, selbst wenn diese effizienter als in anderen Teilen Italiens ist.

Die Beteiligung an der Erstellung von Betreuungspfaden für Personen und deren Angehörige, Patientenvereinigungen, sowie für den Freiwilligendienst, ist von grundlegender Bedeutung.

Um diese Ziele zu erreichen, werden gemeinsame Instrumente zur Bewertung der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Personen festgelegt. Die Anzahl und Art der in der wohnortnahen Betreuung zu Hause und in den Seniorenwohnheimen zu behandelnden Personen wird gemeinsam mit den Sozialdiensten abgesprochen.

Auf dieser Grundlage werden folgende **strategische Ziele** definiert:

- a) Förderung der Übernahme von Personen mit chronischen Erkrankungen, entsprechend der verschiedenen Komplexitätsgrade, durch die Anwendung der Instrumente der proaktiven Gesundheitsversorgung, die aufgrund der neuen Vereinbarungen mit den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und Kinderärzten/innen freier Wahl sowie der neuen Modelle der Teamarbeit mit allen beruflichen Fachkräften (Krankenpfleger/innen, Physiotherapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen, Caregiver, neue Berufsbilder) zur Verfügung stehen, um die Integration mit den Krankenhauseinrichtungen zu stärken;
- b) Einrichtung von sozio-sanitären Diensten, die gemeinsam, bezogen auf Personen mit Pflegebedürftigkeit, den individuellen Bedürfnissen des Betreuten sowie den Bedürfnissen der Familie und Gesellschaft unter Berücksichtigung des neuen Gesundheits- und Sozialplans Rechnung tragen;
- c) Verbesserung der Angebote der integrierten sozio-sanitären Dienste;
- d) Verwendung von Führungsinstrumenten, welche unter Berücksichtigung der Landesgesundheitsplanung die Inanspruchnahme der Ressourcen für das chronische

Krankheitsmanagement, die Pflegebedürftigkeit und die Gebrechlichkeit in Wohnortnähe verbessern.

Die **organisatorischen Ziele**, die es zu verfolgen gilt, sind:

- Neugestaltung des Netzwerks der Dienste bei gleichzeitiger Gewährleistung der Betreuungskontinuität und der individuellen Bedürfnisse der Person, der Familie und der Gesellschaft;
- Verbesserung der Integration zwischen der Grundversorgung, Fachmedizin, dem Krankenhaus und den Sozialdiensten, um der Südtiroler Bevölkerung ein proaktives Versorgungsmodell zu bieten;
- Anwendung von diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden (PDTA) beim chronischen Krankheitsmanagement für eine reelle Fallübernahme der Betreuten;
- Erstellung eines individuellen Betreuungsplans (PAI) für den Einzelnen;
- Förderung des Empowerments des Einzelnen und der Gemeinschaft.

Die sich daraus ergebenden **operativen Ziele** sind:

- Vorbeugung der chronischen Erkrankungen durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme;
- frühzeitige Erkennung von fragilen oder chronisch kranken Personen in der Bevölkerung anhand von angemessenen Instrumenten;
- Verbreitung der Informationen über die Dienste und Betreuungspfade zur Steigerung der Versorgungskompetenz für Personen mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörigen;
- Erleichterung eines niederschweligen Zugangs der Person und Familie zum angemessensten Versorgungs- bzw. Betreuungsdienst;
- Gewährleistung einer angemessenen Verteilung und Verwendung von Geräten, Technologien und IT-Lösungen für Menschen mit Behinderung;
- Vermeidung oder Reduzierung der Zugänge und unnötigen Langzeitaufenthalte in Krankenhäusern von Personen mit chronischen Erkrankungen oder fragilen Personen;
- Förderung der ständigen beruflichen Weiterbildung des Gesundheits- und Sozialpersonals sowie der klinischen und organisatorischen Forschung.

Für jeden dieser Punkte werden im Masterplan die Methoden und Instrumente für eine korrekte Maßnahmenplanung zur Gewährleistung folgender Ziele beschrieben:

- gerechter und homogener Zugang zu den Diensten in allen Bezirken des Landes;
- Interoperabilität der Informationssysteme;
- Eindeutigkeit des Monitoring- und Evaluationssystems der integrierten Vernetzung und der Risikobewertung;
- definierte Mechanismen zur Förderung und Unterstützung der Aus- und Weiterbildung.

Bei der Erreichung der Ziele wird besonderes Augenmerk auf die epidemiologischen und orografischen Unterschiede innerhalb des Landes, zwischen den peripheren Gebieten und den größeren Gemeinden gelegt.

Für den Aufbau der neuen wohnortnahen Netzwerke werden eigene personelle und finanzielle Ressourcen festgelegt, die sich auch aus der damit zusammenhängenden Neuorganisation des Krankenhausbereichs ergeben.

Für die Erstellung des vorliegenden Plans wurden die bekanntesten internationalen und gesamtstaatlichen Modelle für das chronische Krankheitsmanagement analysiert und mit den Gegebenheiten des Landes verglichen. So konnten die Stärken und Schwachstellen ermittelt werden, auf deren Grundlage die wichtigsten Maßnahmen in einem genauen Zeitprogramm vorgeschlagen werden.

Der Plan, der nicht von oben herab entstand, sondern von allen und mit allen Beteiligten gemeinsam vereinbart wurde, berücksichtigt die **einschlägigen gesamtstaatlichen und Landesbestimmungen**:

- Dekret über die neuen Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS);
- Staatsgesetz Nr. 189/2012 (Balduzzi-Gesetz);
- Gesamtstaatlicher Chronic Care Masterplan 2016;
- Gesundheitsabkommen 2014-2016 („Patto per la salute 2014-2016“);
- gesamtstaatliches Dokument „Leitlinien für den Ausbau und die Harmonisierung der Grundversorgungsmodelle in Italien mit besonderem Verweis auf die chronischen Erkrankungen“, das die Kommission für Gesundheitspolitik der Staat-Regionen-Konferenz bei der AGENAS beantragt hat;
- Landesgesundheitsplan 2016-2020;
- Landessozialplan 2009.

Die Bewertungsergebnisse der im Dreijahresraum umgesetzten Maßnahmen bilden die Basis für eventuelle Neuausrichtungen und Neuimplementierungen.

Der vorliegende Plan wurde von der Landesregierung im Sinne des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21. April 2017 genehmigt und der Konferenz der Präsidenten der Bezirksgemeinschaften gemäß Art. 18 des vorgenannten Landesgesetzes zwecks Anwendung auf Bezirksebene gemäß den organisatorischen und operativen Zielen des Plans vorgelegt.

2. Zusammenfassung der Landesbestimmungen

2.1 Der Landesgesundheitsplan 2016-2020

Der Landesgesundheitsplan gestaltet die Struktur des Landesgesundheitsdienstes neu, indem vor allem die wohnortnahe Versorgung durch die multidisziplinäre Erbringung von Dienstleistungen und den Aufbau von vernetzten Diensten in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus reorganisiert wird.

Hierbei erhalten die Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin eine in ihrer Wichtigkeit wachsende Rolle, indem sie zur Teamarbeit mit den neu vernetzten gesundheitlichen und sozialen Strukturen und Diensten vor Ort zum Wohle der Menschen mit dem höchsten Betreuungsbedarf aufgerufen werden.

Insbesondere sieht der Plan in Anwendung von Artikel 15-bis des Landesgesetz 13/1991 die Tätigkeit von Anlaufstellen für Pflege und Betreuung vor, welche mit dem Landesregierungsbeschluss Nr. 817 vom 7. Juli 2015 eingeführt wurden und aktuell durch den Landesregierungsbeschluss Nr. 704/2018 geregelt sind. Diese sind einheitliche Informations- und Beratungszentren, in denen Mitarbeiter/innen des Gesundheits- und Sozialbereiches sowie Vertreter der Seniorenwohnheime zusammenarbeiten und mit folgenden Aufgaben betraut sind:

- Informationen zu den verschiedenen verfügbaren Diensten bereitstellen;
- Eine erste Beurteilung des Zustandes der zu versorgenden Person vornehmen;
- Notwendige unmittelbare Maßnahmen erkennen und ergreifen;
- Leistungen und Betreuungsmaßnahmen zwischen den beteiligten Diensten koordinieren;
- Einen Verantwortlichen für die Betreuung ernennen, der die Patientin/den Patienten übernimmt und ihn für den entsprechenden Zeitraum versorgt.

Die Ziele auf dem Gebiet des chronischen Krankheitsmanagements beziehen sich auf die Verbesserung der Versorgung von Personen und der Betreuung von pflegebedürftigen Personen.

Der Plan sieht außerdem die Einrichtung von Übergangs- und Intermediärbetten vor.

2.2 Der Landessozialplan 2007-2009

Der Landessozialplan 2007-2009 ist das strategische Planungsinstrument für das Sozialwesen in Südtirol und enthält zwei grundlegende Maßnahmen: Stärkung der Eigenverantwortung der Bürger/innen im Hinblick auf die Subsidiarität (Selbsthilfe) und die Schaffung eines solidarischen Grundkonsenses als Grundlage einer Soziokultur, in der das Recht von pflegebedürftigen Menschen auf Betreuung, von Menschen mit Behinderung auf Arbeit, von Familien auf Beihilfen und von Menschen in Notlage auf die Beachtung ihrer Bedürfnisse eine zentrale Stellung einnimmt.

Um diese Ziele zu erreichen, basiert der Plan auf das Beziehungsgeflecht zu Vereinigungen, Genossenschaften und anderen auch privaten Organisationen sowie auf „eine zunehmende Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdiensten“, die „auf einen kontinuierlichen Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen der Öffentlichkeit und der Privaten“ abzielt, um qualitativ hochwertige soziale Dienstleistungen zu erbringen.

Im Bereich der Betreuung, unter besonderer Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit, sieht der Plan folgendes vor:

- a) Jene zu unterstützen, welche sich um die eigenen Angehörigen kümmern;
- b) Das Landesgesetz bezüglich „Maßnahmen für die Betreuung pflegebedürftiger Menschen“ zu genehmigen und den Fonds für Pflegebedürftigkeit einzurichten;
- c) Ein neues System zur Erhebung des Betreuungsbedarfs einzuführen;

- d) Die Auswirkungen des Landesgesetzes auf die angewandten Maßnahmen zugunsten pflegebedürftiger Menschen zu überprüfen und zu bewerten.

Aus Verwaltungssicht ist die Betreuungsplanung darauf bedacht:

- a) Behandlungs- und Leistungsstandards festzulegen,
- b) das Landesinformatiksystem für die Sozialdienste zu erweitern, um eine bessere Integration in den Informationssystemen der Sozial- und Gesundheitssprengel zu erzielen.

Der Plan konzentriert sich auf die *“Förderung der Zusammenarbeit zwischen allen Leistungserbringern von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen”*, in der auch Private einbezogen werden und die Stärkung der Seniorenwohnheimbetreuung gefördert wird (derzeit 4.356 Betten).

3. Definition von von Chronizität, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die chronischen Erkrankungen als eine Reihe von heterogenen pathologischen Zuständen mit einer multifaktoriellen Ätiologie, die mit komplexen Risikofaktoren verbunden ist, welche sich aus der Zusammenwirkung zwischen genetischen und Umweltfaktoren ergeben. In Bezug auf diese Erkrankungsformen ist das Hauptziel nicht die Heilung, sondern die Beibehaltung einer guten Lebensqualität und die Vorbeugung möglicher Komplikationen. Der chronische Zustand ist durch lange pathogenetische Latenzzeit und allmählichen Krankheitsbeginn, lange Dauer und langsame Progression gekennzeichnet, die normalerweise zu einer fortschreitenden Verschlechterung führen und eine andauernde Behandlung für einen Zeitraum von einigen Jahren bis zu Jahrzehnten erfordern.

Der Terminus "chronische Krankheit" oder "Chronizität" umfasst (WHO, 2002):

- nicht übertragbare Zustände;
- anhaltende übertragbare Zustände;
- anhaltende psychische Störungen;
- dauerhafte körperliche Behinderungen.

Der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des Menschen, der an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet, hängt jedoch nicht nur von biologischen Faktoren ab, die mit der Krankheit verbunden sind, sondern auch von sozialen Faktoren, wie z.B. dem sozialen Familienstand, der ökonomischen Situation, der Umwelt und der Erreichbarkeit der Betreuung, die untereinander dynamisch interagieren. Der Grad der Hilfestellung wird anhand von Chronifizierungsstadien bestimmt, welche wie folgt eingestuft sind:

- **chronische Krankheiten im Frühstadium, die unkompliziert sind** (das Selbstmanagement spielt hier die wichtigste Rolle);
- **chronische komplizierte Krankheiten** (es betrifft Personen mit komplexen Bedürfnissen, die eine andauernde und programmierte wohnortnahe Betreuung und eine integrierte Behandlung benötigen, die durch die kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten in der wohnortnahen Versorgung und in den Krankenhäusern erfolgt);
- **chronische komplexe Krankheiten** (dies sind Situationen mit hoher Komplexität, die oft einen Krankenhausaufenthalt erfordern, von langen Phasen der Rehabilitation gefolgt werden und eine intensivere Mitarbeit mit den Sozialdiensten, sowohl in der Hausbetreuung als auch in Seniorenwohnheimen oder Tagesstätten für Senioren benötigen).

Die chronische Krankheit an sich stellt keine *Behinderung* dar, aber sie kann dazu werden, wenn organische und/oder funktionale Schädigungen hinzukommen, welche zum Verlust der operativen Leistungsfähigkeiten der Person führen. (WHO- ICF 2002).

Die "Gebrechlichkeit" (oder Fragilität) bezieht sich auf Menschen, die hohe ärztliche Komplexität und Verletzlichkeit, Krankheiten mit atypischen und obskuren Symptomen, große kognitive, affektive und funktionale Probleme aufweisen und besonders anfällig für behandlungsbedingte Krankheiten sind, oft sozial isoliert, an der Armutsgrenze leben und ein hohes Risiko einer vorzeitigen und nicht angemessenen Institutionalisierung haben. (*National Institute of Health*, 1988).

Eine Behinderung zeigt einen Funktionsverlust auf, während die Gebrechlichkeit einen Zustand von Instabilität und das Risiko des Verlustes der funktionalen Fähigkeiten der Person bzw. eines zusätzlichen Funktionsverlustes aufzeigt.

Der Umgang mit chronischen Krankheiten auf Bevölkerungsebene erfordert die Nutzung von Systemen für die Klassifikation und Stratifizierung der Risiken, Instrumente zur Qualitäts- und Ergebnisbewertung sowie innovative Organisationsmodelle. Die Stratifizierung jenes Anteils von Menschen in der Bevölkerung, welche an chronischen Erkrankungen leiden, soll zur Integration

verschiedener Pflege- und Betreuungsebenen führen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont die Notwendigkeit integrierter und personen- bzw. familienzentrierter Gesundheitsversorgungsmodelle um die Organisation und die Finanzierung von Dienstleistungen zu ermitteln, indem vor Ort der für den jeweiligen Kontext am besten geeignete Maßnahmenmix, aufgrund der institutionellen Strukturen und der organisatorischen, finanziellen und kontextuellen Besonderheiten, beurteilt und angepasst werden kann.

Nicht alle Personen, die unter chronischen Erkrankungen leiden, sind als pflegebedürftig zu bezeichnen, aber sie können es werden.

“Die Pflegebedürftigkeit ist ein weitgefasster Begriff, der sich sowohl auf das Alter als auch auf den Gesundheitszustand des Einzelnen bezieht und sich nicht nur in der vollständigen oder teilweisen Unfähigkeit ausdrückt, die normalen Handlungen des täglichen Lebens auszuführen, sondern auch im Unvermögen die Bedürfnisse wirtschaftlicher und sozialer Art zu befriedigen, die die Gestalt eines angemessenen Einkommens, eines Zuhauses mit mikroklimatischen, strukturellen und Zugangsmerkmalen, die mit der Hygiene und Sicherheit der Umwelt und des Einzelnen vereinbar sind sowie einer schützenden und fördernden sozialen Gemeinschaft annehmen“.¹

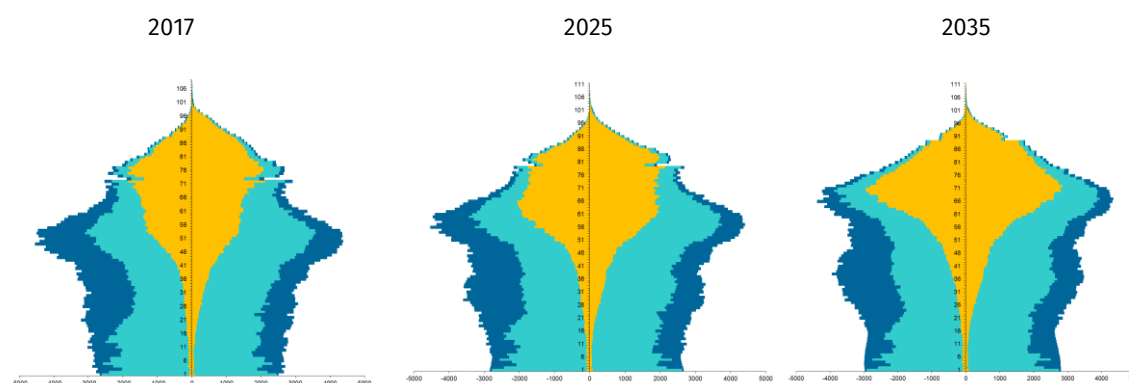
In diesem Plan werden die oben genannten internationalen Bestimmungen umgesetzt und übernommen.

¹ L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: “L’assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale.” Bericht für die Arbeitsgruppe des Nationalen Wirtschafts- und Arbeitskomitees CNEL zur Steuerreform im Jahr 2000. Diese Definition enthält ein umfassendes Bild von Pflegebedürftigkeit, das auch soziale und zwischenmenschliche Aspekte miteinbezieht und sich an den in den industrialisierten Ländern wie Niederlande oder Deutschland gängigen Definitionen orientiert.

4. Die Entwicklung der Chronizität und Gebrechlichkeit in Südtirol

Die Südtiroler Bevölkerung (527.750 Einwohner im Jahr 2017) wird progressiv älter: Der **Anteil der Senioren** (über 65 Jahre), der derzeit **19 Prozent** ausmacht (rund 103.000 Personen), betrug in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts 6 Prozent und wird bis zum Jahr 2045 30 Prozent erreichen. Rund **29 Prozent** der Südtiroler Bevölkerung leiden derzeit an mindestens einer chronischen Erkrankung. Kombiniert man die demografische Entwicklung mit jener der chronischen Erkrankungen, lässt sich ein **Anstieg der derzeit 155.000 Personen mit chronischen Erkrankungen auf 191.000 Personen mit chronischen Erkrankungen im Jahr 2035** abschätzen.

Bevölkerungsstrukturprognosen, Ausgangsstand zum 01.01.2017



Quelle: Demo Istat 2017, Referenzszenario, Mapping der chronischen Krankheiten 2016, Beobachtungsstelle für Gesundheit

Die Beobachtungsstelle für Gesundheit des Landes hat im Jahr 2004 das **Projekt „Mapping der chronischen Krankheiten“** begonnen. Dieses ermittelt auf der Grundlage der bereits bestehenden administrativen Datenflüsse (wie die Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte, die Pharmakotherapien oder die fachärztlichen Leistungen) die Anzahl der Personen mit chronischer Erkrankung unter Berücksichtigung von 36 verschiedenen chronischen Krankheiten.

In der Folge werden die Daten der meistverbreiteten chronischen Krankheiten mit den entsprechenden Hospitalisierungsraten angeführt. Diese liegen insbesondere für zwei Krankheiten stark über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, was auf einen unzureichenden Ausbau der wohnortnahen Dienste und der besonderen Situation des Krankenhausverbundes hinweist.

Meistverbreitete chronische Krankheiten - Südtirol - Jahr 2017

Chronische Krankheit	Prävalenz in Prozent	Patientenanzahl (absoluter Wert)	Gesundheitsbezirk mit größter Verbreitung	Hospitalisierungsrate pro 100.000 EW
Chronische Niereninsuffizienz	1,2 %	6.445	Bozen	66,6
Diabetes (Typ 2)	4,0 %	21.165	Meran	57,2 (32,8 Durchschnitt der Regionen)
COPD	3,2 %	17.088	Bozen	61,4 (49,4 Durchschnitt der Regionen)
Alzheimer und Demenzerkrankungen	0,8 %	4.118	Bozen	51,1
Hashimoto-Thyreoiditis	1,6 %	8.314	Bozen	-

Fonte: Osservatorio per la salute - Mappatura delle patologie croniche

Aufgrund der mit dem Autonomiestatut festgelegten Ansätze und die sich daraus ergebenden Zuständigkeiten, weist das Land Südtirol im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Personen unterschiedliche Handlungsfelder im Vergleich zur gesamtstaatlichen Situation auf.

Auf der organisatorischen Ebene beziehen sich verschiedene Dienste und Einsätze, die auf gesamtstaatlicher Ebene Teil der Tätigkeiten und Kompetenzen des Gesundheitswesens sind, sowohl politisch als auch verwaltungstechnisch auf den sozialen Bereich. Dies gilt beispielsweise für verschiedene Unterstützungsdienste für pflegebedürftige Personen sowie für die Vergabe von finanziellen Fördermitteln an Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen.

Eine besonders wichtige Maßnahme für Pflegebedürftige ist die Einführung des Pflegegeldes, die mit der Umsetzung des Landesgesetzes vom 12. Oktober 2007 Nr. 9 „Maßnahmen zur Sicherung der Pflege“ erfolgt ist.

Hauptziel dieses Gesetzes, das einige bereits bestehende Maßnahmen ergriffen und erheblich verbessert hat, ist eine verstärkte Unterstützung der Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen, seien es ältere oder behinderte Personen.

Die Unterstützung besteht primär in einer finanziellen Leistung, welche durch die Auszahlung von Pflegegeld, das in 4 Stufen gegliedert ist und monatliche Beträge zwischen 560 und 1.800 Euro vorsieht, erfolgt. Indirekt besteht sie auch in der Erbringung von Dienstleistungen, denn eine größere finanzielle Verfügbarkeit ermöglicht den Familien, anfallende Spesen für Pflege und Betreuung leichter zu bewältigen. Dabei wurde ein Ansatz bevorzugt, der den Familien größtmögliche Autonomie und Verantwortung bei der Verwendung des Pflegegeldes und der Organisation der Betreuungsmaßnahmen einräumt.

Der Anspruch auf das Pflegegeld und die Bestimmung seines Ausmaßes, das wie erwähnt in 4 Stufen gegliedert ist, hängen ausschließlich mit der Feststellung einer Bedingung der Pflegebedürftigkeit sowie mit den Anforderungen des Wohnsitzes zusammen. Laut der geltenden Gesetzgebung *„sind diejenigen Menschen pflegebedürftig, die aufgrund von Krankheiten oder körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderungen auf Dauer und in erheblichem Maße außerstande sind, die Tätigkeiten des täglichen Lebens in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Ausscheidung, Mobilität, psychosoziales Leben und Haushaltsführung zu verrichten und deshalb regelmäßig, für mehr als zwei Stunden täglich im Wochendurchschnitt, fremde Hilfe benötigen“* (Art. 2). Um den Zustand der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln, wurde ein spezifisches Bewertungsinstrument („VITA“) definiert. Für die Bewertungen und die Gewährung des Pflegegeldes wurden territoriale sozio-gesundheitliche Teams eingerichtet.

Das Pflegegeld wird auf unterschiedliche Weise sowohl an Hausbetreuten als auch an Personen ausbezahlt, die in Wohneinrichtungen für ältere oder behinderte Menschen aufgenommen werden.

Derzeit gibt es etwa 18.000 Leistungsempfänger, aufgeteilt in etwa 13.500 Menschen, die zu Hause betreut werden, und 4.500 Menschen, die in Wohneinrichtungen untergebracht sind.

Des Weiteren ist die Einführung im Jahr 2013 der „Anlaufstellen für Pflege und Betreuung“ mit LD Nr. 704/2018 neu definiert worden. Es handelt sich dabei um sozio-sanitäre Dienste, die darauf abzielen, pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen einen einzigen Zugangspunkt zu bieten, wobei es sich hauptsächlich um eine Informations- bzw. Orientierungsstelle handelt, um geeignete Lösungen zu finden. In diesen territorialen Anlaufstellen, deren Einzugsgebiete jenen der Sozial- und Gesundheitssprengel entsprechen, stehen Fachkräfte des Sanitätsbetriebs, der Sozialdienste und der Seniorenwohnheime zur Verfügung.

Das Land Südtirol hat im Jahr 2017 an fast 19.000 pflegebedürftige Personen, die ungefähr 3% der Wohnbevölkerung ausmachen, das Pflegegeld für mindestens eine Monatszahlung gewährt. Für Menschen, die zu Hause betreut werden, wurden insgesamt rund 119 Mio. Euro und für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen (rund 4.300 Leistungsempfänger) rund 94 Mio. Euro bereitgestellt.

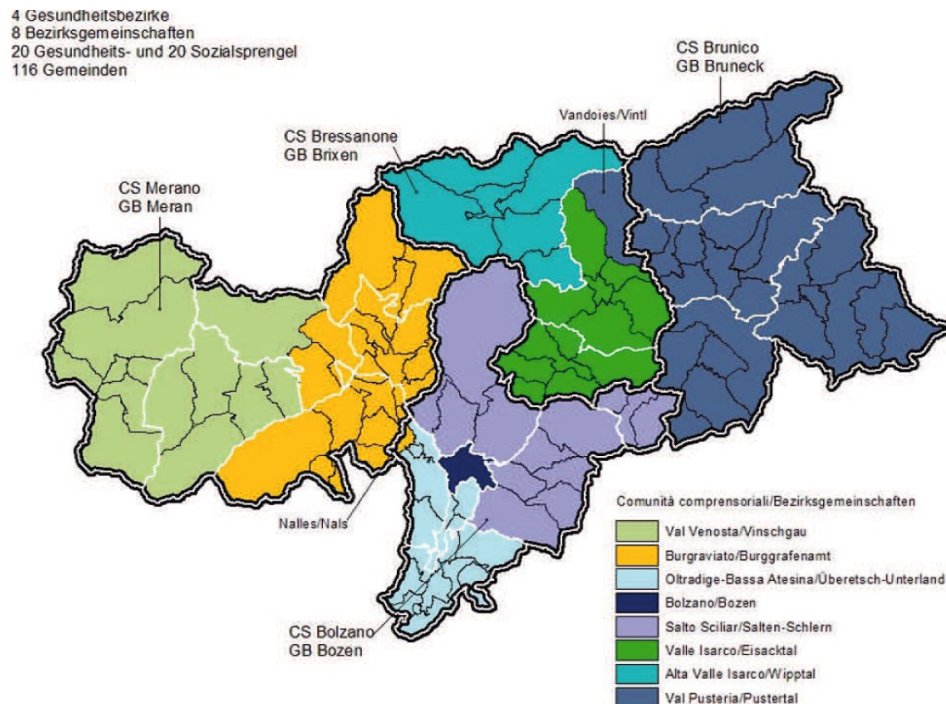
Insgesamt beliefen sich die Ausgaben für den sozialpolitischen Bereich in Südtirol im Jahr 2017 auf 474,3 Millionen Euro, von denen etwa die Hälfte von Sozial- und Sozialversicherungsleistungen in Höhe von 278 Millionen Euro beansprucht werden. Ein großer Teil davon ist in das Pflegegeld eingeflossen.

Im Bereich der Hausbetreuung wurden 5.475 Menschen mit fast 305.000 Stunden Betreuungshilfe versorgt, von denen 46,25% für ältere Menschen und 25,97% für Personen mit chronischen Erkrankungen. Die Betten in Seniorenwohnheimen stiegen von 4.247 auf 4.356, was den Wachstumstrend von etwa 110 Betten pro Jahr bestätigt.

5. Stärken und Schwachstellen der Sprengelversorgung

Die Versorgung durch die Gesundheitssprengel des Landes ist im Gesundheitsbericht, welcher jährlich erscheint, beschrieben: <http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/gesundheitsbericht.asp>.

Südtirol hat vier Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) und zwanzig Gesundheitssprengel. Neben den Gesundheitsbezirken gibt es acht Bezirksgemeinschaften mit insgesamt zwanzig Sozialsprengel, die in nachfolgender Abbildung dargestellt sind:



Die Einzugsgebiete der 20 Gesundheitssprengel und der 20 Sozialsprengel überschneiden sich gebietsmäßig. Dies erleichtert eine programmatische Definition als Integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel.

Aus der Analyse der wohnortnahen Dienste, die parallel zu dem durchgeführt wurde, was im Landesgesundheitsplan vorgesehen ist, gehen folgende Stärken und Schwächen der Versorgung der Personen mit chronischen Erkrankungen hervor.

5.1 Stärken

Das Land Südtirol hat in den letzten Jahren eine Reihe von Initiativen auf dem Gebiet der Gesundheit und des Sozialen eingeleitet, welche dazu geführt haben, wichtige Gesundheitsziele zu erreichen. Beweis dafür sind:

- Die Stratifizierung der Bevölkerung und die daraus resultierende Klassifikation der Personen mit chronischen Erkrankungen, die, obschon noch in der Entwicklungs- und Perfektionierungsphase, ausreichende Daten über die wichtigsten chronischen Erkrankungen zur Verfügung stellt;
- Die Funktionsfähigkeit eines starken und wirksamen Sozialsystems auf dem neuesten Stand, mit flächendeckend vorhandenen Strukturen für ältere Menschen, deren Bettenanzahl über

dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, aber immer noch unter den internationalen Vergleichswerten liegt;

- Die Anwesenheit von professionellen Berufsgruppen für die wohnortnahe Betreuung;
- Eine gute Verschreibungsangemessenheit von Seiten der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte/innen freier Wahl, wie die niedrige Anzahl der Rezepte pro Patient/in im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnittswert bezeugt;
- Die Schaffung von Übergangs- und Intermediärbetten.

5.2 Schwächen

Die größten auf Sprengenebene verzeichneten Schwachstellen sind:

- die noch ausbaufähige Integration zwischen Gesundheits- und Sozialbereich, die keine gemeinsame Übernahme von Patienten/innen mit hoher Komplexität ermöglicht, sondern unkoordinierte und oft selbstbezogene Versorgungsflüsse erzeugt. Eine Ausnahme bilden jene lokalen Gegebenheiten, in denen aufgrund persönlicher Initiativen gemeinsame Betreuungspläne, wenngleich auf getrennten papiergestützten Informationsträgern bereitgestellt werden;
- der Fachkräftemangel bei:
 - a) Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und frei wählbaren Kinderärzte/innen;
 - b) Krankenpflegepersonal in den Sprengeln;
 - c) Rehabilitationspersonal (Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten);
 - d) Personal der sozialen Dienste;
- das Fehlen einer strukturierten und kontinuierlichen Erhebung der erbrachten Dienstleistungen in der Hausbetreuung (Informationssystem für die Hausbetreuung - SIAD);
- die übermäßige Anzahl der Zugänge in die Notaufnahme;
- das Fehlen der Multidimensionalen Bewertungseinheiten sowie validierter Instrumente für die Erhebung und Bewertung des gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbedarfs;
- die zu hohe Hospitalisierung von Personen mit chronischen Erkrankungen;
- die langen Wartelisten;
- der Mangel an gemeinsamen Informations-/IT-Instrumenten zwischen Sanitätsbetrieb und Sozialwesen.

6. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich in Südtirol

Ein entscheidender Punkt für die institutionellen Belange ist eine stabile Beziehung zwischen dem Sanitätsbetrieb, einschließlich der Bezirke und der Sprengel, und der Bezirksgemeinschaften bzw. dem Betrieb für Sozialdienste Bozen. Dadurch kann sichergestellt werden, dass Gesundheitsziele für Pflegebedürftige und Personen mit chronischer Erkrankung in den von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen lokalen Planungsinstrumenten (Programm der territorialen Dienste, lokale Sozialplanung, usw.) Berücksichtigung finden. Dazu gehören alle Tätigkeiten der Pflege und Betreuung, der Rehabilitation, der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, die auf eine Betreuungskontinuität in den verschiedenen Phasen des Lebens ausgerichtet sind.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdienst ist unverzichtbar, um die nachfolgenden Anforderungen gemeinsam zu bewältigen:

- Förderung der wohnortnahen Betreuung bei Gebrechlichkeit und chronischen Erkrankungen mithilfe von Betreuungspfaden und weiteren Klassifikationssystemen, für die auch standardisierte Kostenberechnungsverfahren in Anwendung kommen;
- Gebrauch von gemeinsamen Einstufungskriterien bei der Bewertung/Klassifizierung des Grades der Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit;
- Regelung des Übergangs zwischen den verschiedenen Betreuungsebenen, um Verzögerungen, Leerzeiten und Hindernisse in der Betreuung zu vermeiden;
- Anwendung und Umsetzung von Betreuungsmodellen, welche bereits erprobt und umgesetzt wurden (z. B. das Chronic-Care-Modell) und in denen Gesundheitsleistungen, Pflege, Betreuung und persönliche Hilfestellungen zusammenfließen und im Vordergrund stehen. Diese verwenden die Methode der Betreuungskontinuität, um die Rehabilitation, Integration und Sozialisierung von Personen zu erleichtern, welche aufgrund ihrer Beeinträchtigungen aus dem gewohnten sozialen Umfeld ausgeschlossen sind.

Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung, welche vom Landesgesetz 13/1991 vorgesehen und vom Landesgesundheitsplan 2016-2020 bestätigt wurde, ist jene Stelle, an die sich die Bürger/innen wenden und ihren Betreuungsbedarf mitteilen können. Die Einheiten zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans (UPCP) hingegen definieren die bestmöglichen individuellen Betreuungspläne für besonders fragile Personen, welche häufig auch in sozial schwierigen Situationen sind.

6.1 Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC)

In Südtirol gibt es, wie schon beschrieben, die Anlaufstellen für Pflege und Betreuung, aber noch keine Einheit zur multidimensionalen und multiprofessionellen Einschätzung für die Erstellung eines individuellen Betreuungsplans.

Mit Beschluss der Landesregierung 704/2018 wurden die Anlaufstellen für Pflege und Betreuung erneut geregelt. Die Anlaufstellen für Pflege und Betreuung bieten an einem oder an mehreren Standorten und mithilfe qualifizierter Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich alle sozio-sanitären Dienstleistungen an, die von den Diensten im jeweiligen Einzugsgebiet erbracht werden. In der Regel entspricht das Einzugsgebiet jenem des Sozial- und Gesundheitssprengels.

Grundsätzlich können sich alle Personen mit Betreuungsbedarf, deren Familien, Bezugs- oder Vertrauenspersonen in allen Phasen der Pflegebedürftigkeit an die Anlaufstelle wenden.

Die Anlaufstelle ist durch eine gleichberechtigte Beteiligung der involvierten Dienste (Sozialdienste, Südtiroler Sanitätsbetrieb, akkreditierte Seniorenwohnheime) in Form von personellen und finanziellen Ressourcen gekennzeichnet und wird von diesen gemeinsam organisiert und geführt.

Folgende Tabelle enthält eine Übersicht über die bestehenden Anlaufstellen für Pflege und Betreuung.

GB / CS	Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)		Gesundheits- und Sozialsprengel / Distretti sanitari e sociali		Anlaufstellen für Pflege und Betreuung / Sportelli unici per l'assistenza e cura	
	Nr	Gemeinden / Comuni	Name / Nome	Ort / Località	Name / Nome	Ort / Località
BOZEN	AFT 101_1	St. Ulrich - St. Christina - Wolkenstein	Gröden	St. Ulrich	Gröden	St. Ulrich
	AFT 101_2	Kastelruth	Eggental - Schlern	Kardaun	Eggental/Schlern	Kastelruth
		Deutschnofen - Welschnofen - Karneid - Seis - Tiers				Kardaun
	AFT 101_3	Ritten	Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	Salten-Sarntal-Ritten	Deutschnofen
		Sarntal				Ritten
		Mölten + Jenesien				Sarntal
	AFT 101_4	Eppan - Kaltern	Überetsch	St. Michael	Überetsch	Mölten
		Andrian - Nals - Terlan				St. Michael
	AFT 101_5	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	Leifers/Branzoll/Pfatten	Leifers
		Aldein - Altrei - Auer - Truden				
	AFT 101_6	Montan - Salurn	Unterland	Neumarkt	Unterland	Neumarkt
		Kurtatsch - Kurtinig - Magreid - Tramin				
	AFT 101_7_1	Bozen 1	Bozen	Bozen	Bozen	Loew-Cadonna Platz
	AFT 101_7_2	Bozen 2				
	AFT 101_7_3	Bozen 3				
	AFT 101_7_4	Bozen 4				
MERAN	AFT 102_1	Obervinschgau	Obervinschgau	Mals	Obervinschgau	Mals
	AFT 102_2	Mittelvinschgau	Mittelvinschgau	Schlanders	Mittelvinschgau	Schlanders
	AFT 102_3	Naturns Umgebung	Naturns Umgebung	Naturns	Naturns	Naturns
	AFT 102_4	Lana - Tisens - Tschermers - Burgstall - Gargazon - St. Felix	Lana Umgebung	Lana	Lana	Lana
		St. Pankraz - Ulten - Laurein - Proveis				
	AFT 102_5_1	Meran Umgebung 1	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran
BRIXEN	AFT 102_5_2	Meran Umgebung 2	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran
	AFT 102_6	Passeier	Passeiertal	St. Leonhard	Passeier	Passeier
	AFT 103_1	Wipptal	Wipptal	Sterzing	Wipptal	Sterzing
	AFT 103_2_1	Brixen Umgebung 1	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
BRUNECK	AFT 103_2_2	Brixen Umgebung 2	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
	AFT 103_3	Klausen	Klausen Umgebung	Klausen	Klausen	Klausen
	AFT 104_1	Taufers - Ahrntal	Taufers - Ahrntal	Sand in Taufers	Taufers Ahrntal	Sand in Taufers
	AFT 104_2_1	Bruneck Umgebung 1	Bruneck Umgebung	Bruneck	Bruneck	Bruneck
		Bruneck Umgebung 2				
	AFT 104_3	Hochpustertal	Hochpustertal	Innichen	Hochpustertal	Innichen
	AFT 104_4	Gadertal	Gadertal	St. Martin in Thurn	Gadertal	St. Martin in Thurn

6.2 Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung und die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans: Das Pilotprojekt

Für eine stärkere Integration der Gesundheits- und Sozialdienste ist die Anwendung von gemeinsamen Bewertungs- und Entscheidungsinstrumenten von großer Bedeutung. Im Gesundheitsbezirk Bozen, Sprengel Gries-Quirein, mit Sitz am Loew-Cadonna-Platz wird demnach eine Anlaufstelle für Pflege und Betreuung mit integrierter Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans (in dieser Form noch nicht eingeführt) als Pilotprojekt eingerichtet. Das Pilotprojekt besteht in einer Entwicklung bzw. Erweiterung der bestehenden Anlaufstelle. Ein ähnliches, weiteres Pilotprojekt soll aus denselben Gründen in der Anlaufstelle für Pflege und Betreuung im Sprengel Lana erfolgen.

In Fällen mit hoher Komplexität (Personen mit chronischer Pathologie, die daher eine spezielle Planung erfordern) aktiviert die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans und übermittelt gleichzeitig das Zugangsformular und die notwendigen Hauptinformationen für die Erstellung eines individuellen Betreuungsplans.

Die wichtigsten Funktionen der Anlaufstelle für Pflege und Betreuung sind die aktuellen **Frontoffice**-Funktionen: die Kontaktaufnahme, das Zuhören, das Erkennen von Bedürfnissen, das Anlegen einer personalisierten Akte, gibt Informationen über die Strukturen und lokale Dienste und gibt erste

Orientierung. Das **Backoffice** hat im Rahmen des Pilotprojektes folgende Aufgaben: Vorbewertung der gemeldeten Fälle (Personen), Pflege der Beziehungen zu den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Anpassung des Dienstleistungsangebots vor Ort.

Die Mitarbeiter/innen des Pflege- und des Sozialbereiches des Frontoffice arbeiten auch im Backoffice.

Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung wird durch entsprechendes Verwaltungspersonal unterstützt und erfasst und bewertet alle eingegangenen Anträge auf Übernahme. Dabei wirkt die Anlaufstelle als Filter, der jene Behandlungspfade fördert, die unverzüglich von den Diensten aktiviert werden können, während nur die Fälle von hoher Komplexität an die Bewertung vonseiten der Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans verwiesen werden.

Die **Ziele** sind:

- Vereinfachung der Informationen und Förderung eines angemessenen Zugangs zu den Diensten;
- Förderung der Integration von Gesundheitsmaßnahmen und sozialen Maßnahmen;
- Übernahme des Betreuten, der den Einheiten zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans und den anderen Diensten, von denen die Definition und Umsetzung des individuellen Betreuungsplanes abhängt, direkt und auf gemeinsam abgestimmte Art und Weise anvertraut wird;
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung.

Die **multidimensionale Bewertung** ist für den Prozess der ganzheitlichen Übernahme der Person von größter Bedeutung. Gemeinsam mit der Person und deren Familie soll eine zufriedenstellende Lösung unter den bestehenden Angeboten ermittelt werden. Wesentlich ist dabei die Bewertung, bei der die verschiedenen Aspekte der Person in ihrer Ganzheitlichkeit und Multidimensionalität systematisch untersucht werden. Folgende Aspekte werden bewertet: klinische Aspekte, funktionale Aspekte (Fähigkeiten), kognitive Aspekte und soziale, beziehungs- und umweltbezogene Aspekte. Andere Aspekte können mehr oder weniger vertieft erhoben werden, dies kann abhängig vom Zeitpunkt der Übernahme der Person unterschiedlich sein. Die Momente der Bewertung sind grundsätzlich drei: Ex-ante-Bewertung, Halbzeitbewertung und Ex-post-Bewertung. Die multidimensionale Bewertung legt somit einen dynamischen und kontinuierlichen Prozess fest, in dem die beeinträchtigte Person in ihrem Verlauf im Netzwerk der sozio-sanitären Dienste begleitet und deren Entwicklung im Laufe der Zeit aufgezeigt wird.

Um eine genaue Beurteilung zu erstellen, bedient sich die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans validierter und gemeinsam vereinbarter Instrumente, welche folgende Faktoren berücksichtigt: die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit, die funktionale Selbstständigkeit und die sozialen Bedürfnisse. Die Zielsetzung dieser multidisziplinären Bewertung ist es:

- einen individuellen Maßnahmenplan zu definieren, welcher erlaubt, angemessenere Ressourcen zu aktivieren. Dabei wird die Fragmentierung der Ressourcen und der Ziele vermieden;
- die Dienste nach den notwendigen Bedürfnissen der Bürger/innen zu planen wobei die Ressourcen der wohnortnahen Dienste miteinbezogen werden;
- in bestimmten Fällen bei der Übernahme des Betreuten einen Case Manager einzusetzen;
- dass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Betreuungsprozess von den unterschiedlichen Fachleuten bei der Übernahme der/des Betreuten übernommen werden;
- gemeinsam vereinbarte Maßnahmen der beteiligten Dienste zu fördern. Dabei werden die betroffene Person und deren Familienangehörige miteinbezogen, um die bestmöglichen angemessenen Lösungen anzubieten;

- die Möglichkeit zu geben, eine periodische Anpassung der Betreuungspläne durchzuführen, um die vorgegebenen Indikatoren zu bewerten und die Angemessenheit nach einer vorgegebenen Zeit erneut zu bewerten.

Die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans wird von der Anlaufstelle für Pflege und Betreuung bei Fällen von besonders hoher Komplexität durch die Übermittlung eines gemeinsam erarbeiteten validierten Bewertungsbogens eigens aktiviert, sodass auf die Bedürfnisse in multiprofessioneller und multidimensionaler Form eingegangen werden kann.

Die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans besteht aus:

- einem Kernteam, zu welchem die Sprengelärztin/der Sprengelarzt oder die/der beauftragte Ärztin/Arzt des Sanitätsbetriebes, die/der Krankenpfleger/in des Sprengels, die/der Sozialassistent/in (des Sanitätsbetriebes, der Bezirksgemeinschaft, des Sozialbetriebs Bozen), eine/ein Vertreter/in der Seniorenwohnheime und eine/ein Verwaltungsbeamter/in, die/der die administrativen Aufgaben des Teams übernimmt, gehören. Die Ärztin/Der Arzt für Allgemeinmedizin der zu bewertenden Person wird im Kernteam integriert. Zur Besprechung der Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans kann neben der betreuten Person auch ein Familienmitglied eingeladen werden, das an der Erstellung des Betreuungsplans beteiligt wird;
- einem erweiterten Team, das sich aus Fachleuten mit spezifischen Kompetenzen zusammensetzt, die aufgrund spezifischer Problemstellungen hinzugezogen werden und sich zusammen mit den Mitgliedern des Kernteams an der multidimensionalen Bewertung und an der Lösungsfindung beteiligen.

Die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans erarbeitet einen individuellen Maßnahmenplan für das sozio-sanitäre Team, welches den Fall übernimmt. Dieser Planungsansatz ist das grundlegende Arbeitsinstrument für alle beteiligten Berufsgruppen, weil sie dadurch zielorientiert einen individuellen, auf die Person zugeschnittenen Plan erstellen können.

Der individuelle Betreuungsplan mit den personenbezogenen Maßnahmen ist gekennzeichnet durch:

- Multiprofessionelle und multidimensionale Einschätzung der Bedürfnisse der Person und der Familie;
- Definition der Ziele;
- Erhebung der verfügbaren Ressourcen;
- Planung der Tätigkeiten;
- Dauer des Plans;
- Bewertung der Outcomes.

Zu den Hauptaufgaben der Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans gehört die Ernennung einer/eines Case Managers/Verantwortlichen für den konkreten Fall.

Der Case Manager ist ein ernanntes Mitglied des multiprofessionellen Teams. Sie/Er bedient sich der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Dienste und Berufsgruppen, um zu bewerten, zu planen, umzusetzen, zu koordinieren, zu überwachen und mögliche sozio-sanitäre Dienste auszuwählen, welche auf die individuellen Bedürfnisse der Person und deren Familie eingehen können.

Das Case Management ist ein Instrument zur Integration, welches eingerichtet wird, um die Angemessenheit und das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis zu optimieren. Somit wird sichergestellt, dass die Person die richtige Betreuung im richtigen Moment erhält und eine Fragmentierung der gebotenen Betreuung vermieden wird.

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes beauftragt eine Person mit Spezialisierung auf dem Gebiet der Problematiken der Pflegebedürftigkeit der Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans mit der Koordination. Die Koordinatorin/Der Koordinator dieser Einheit hat die

Aufgabe, die multidimensionale Bewertung zu ermöglichen und anzustreben und gleichzeitig die Bedingungen für gute wechselseitige Beziehungen zu gewährleisten.

Zunächst wird im Gesundheitsbezirk Bozen Sprengel Quirein in Bozen – Loew Cadonna Platz die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans experimentell eingerichtet, in welcher der Antrag auf multiprofessionelle und multidimensionale Versorgung zuerst erhoben und bewertet wird. Wesentlich ist die Teilnahme des Sozialdienstes Bozen und der Vertreter der Seniorenwohnheime für die Zusammenführung der Betreuungspfade von Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, die sich an die Anlaufstelle wenden oder die ihnen durch die Annahme gemeldet werden, immer versuchsweise mit gemeinsamen Mitteln der Bewertung.

Das Pilotprojekt ist als Entwicklung und Erweiterung der bestehenden Anlaufstelle gekennzeichnet, wobei das Projekt nicht von oben herab angeordnete Initiative darstellt, sondern, im Gegenteil, alle derzeit bereits involvierten Akteure an der Erstellung eines gemeinsamen Betreuungsplans für die schwerwiegendsten Fälle teilhaben.

Der Empfehlungen der WHO 2017 „Integrierte Pflege für ältere Menschen“ entsprechend, ist es wichtig, Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Verzögerung der Abnahme von kognitiven Fähigkeiten bei älteren Menschen (und damit in der Folge Beeinträchtigungen und Verlust von Selbstständigkeit) zu unternehmen und zu fördern. Dies geschieht durch:

- integrierte Pläne zur Kontrolle und Aufrechterhaltung individueller Fähigkeiten (Mobilität, Sehen, Hören, Ernährung, kognitive Störungen, Depression);
- Bereitstellung einer angemessenen Unterstützung für die Betreute/den Betreuten und das Pflegepersonal;
- Vermeidung von übermäßigen Verschreibungen von Medikamenten und unnötigen Behandlungen.

7. Das neue Versorgungsnetzwerk: Rollen und Aufgaben

Das Management von chronischen Erkrankungen gliedert sich in folgende Phasen:

- 1) Stratifizierung und Einteilung der Bevölkerung in dementsprechenden Zielgruppen;
- 2) Gesundheitsförderung, Vorsorge und Früherkennung;
- 3) Übernahme und Behandlung der Person und deren Angehöriger auch durch den individuellen Betreuungsplan und durch diesbezügliche diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade (PDTA);
- 4) Erbringung personenorientierter Leistungen;
- 5) Bewertung der Qualität der durchgeführten Pflege und Betreuung.

Um dies zu erreichen, ist es notwendig, dass die verschiedenen Akteure des Systems, jeder entsprechend seiner Fähigkeiten, am Aufbau integrierter Betreuungspfade teilnehmen, um die zahlreichen kritischen Aspekte zu überwinden, die den Prozess der Versorgung chronischer und pflegebedürftiger Personen verlangsamen könnten.

7.1 Die Gesundheitsbezirke

Der **Gesundheitsbezirk** führt die Bedarfsplanung entsprechend der vorliegenden Plan enthaltenen Vorgaben durch. Insbesondere übt er folgende Funktionen aus:

- a) Aufwertung und Ausbau der wohnortnahen Gesundheitsversorgung;
- b) Erfassung und Einschätzung des Bedarfs an gesundheitlichen und sozio-sanitären Leistungen sowie Erfüllung des erfassten Bedarfs im auf Betriebsebene vorgegebenen Zeitrahmen;
- c) Koordinierung der Gesundheitsdienste mit den Sozialdiensten zur Förderung der sozio-sanitären Integration;
- d) Förderung der Integration zwischen wohnortnaher Versorgung und den Krankenhausdiensten;
- e) Gewährleistung der Betreuungskontinuität.

Daher hat der Gesundheitsbezirk in Übereinstimmung mit den Bezirksgemeinschaften/Betrieb für Sozialdienste Bozen, entsprechend den örtlich vereinbarten Bedingungen zu handeln, um die Maßnahmen zugunsten einer Integration der sozialen und gesundheitlichen Leistungen für die betroffene Personengruppe (Personen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftige) und unter Beachtung der jeweiligen Autonomien gemeinsam zu treffen. In die Erstellung der örtlichen Vereinbarungen sind auch die Vertreter der Seniorenwohnheime eingebunden.

Dem Gesundheitsbezirk obliegen folgende Maßnahmen:

- Definition der Erkrankungen, für welche es erforderlich ist, spezifische Betreuungspfade zu erstellen. Dies erfolgt anhand der von der epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes bereitgestellten Informationen, welche die Anzahl und die Art der Personen mit chronischen Erkrankungen ermittelt;
- Gemeinsame Erbringung mit den Bezirksgemeinschaften, bzw. für die Stadt Bozen mit dem Betrieb für Sozialdienste, der entsprechenden sozialen Leistungen, welche für die betroffenen Personen vor Ort garantiert werden können und die von den Sozialdiensten gemeinsam verfolgt werden;
- Integration der operativen Strukturen in das Netzwerk, indem die gemeinsame Nutzung von Informationen für die Betreuung unter besonderer Berücksichtigung der Anlaufstellen für Pflege und Betreuung, welche aktuell tätig sind, und der Einheiten zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans sichergestellt wird;

- Erstellung von Vorgaben für die Gesundheitssprengel zum Zwecke der Umsetzung der Planung in der Versorgung der Personen mit chronischen Erkrankungen.

7.2 Der Gesundheits- und Sozialsprengel

Die **Gesundheits- und Sozialsprengel** arbeiten zum Zwecke der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen eng zusammen. Dies geschieht vor allem durch die gemeinsame Anwendung von gesundheitlichen und sozialen Betreuungspfaden.

Die Sprengel:

- gewährleisten die Gesundheit und das Wohlbefinden der ansässigen Bürger/innen;
- gewährleisten die Betreuungskontinuität auch durch die volle Ausschöpfung der vom Netzwerk der Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin und frei wählbaren Kinderärzte/innen gebotenen Ressourcen.

Die Gesundheits- und Sozialsprengel gewährleisten die wohnortnahe sozio-sanitäre Versorgung in Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen für Allgemeinmedizin der vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) und durch regelmäßige Treffen mit den Betreuten, wobei sie die Leitlinien des betreffenden Gesundheitsbezirkes, der Bezirksgemeinschaft und für Bozen des Betriebes für Sozialdienste Bozen befolgen.

Die Tätigkeiten der einheitlichen sozio-sanitären Anlaufstellen für Pflege und Betreuung, die vom Landesregierungsbeschluss Nr. 704 vom 17. Juli 2018 geregelt sind, werden durch die gleichberechtigte Beteiligung der dazugehörenden Dienste organisiert und verwaltet (Trägerkörperschaften der Sozialdienste, Südtiroler Sanitätsbetrieb, Seniorenwohnheime). Bezüglich der Übernahme und Betreuung führen die Anlaufstellen eine landesweit einheitliche Dokumentation ein, welche auf derzeitige *best practice*-Beispiele basiert.

Die Ergebnisse des Pilotprojektes laut Kapitel 6 dienen eventuell zur organisatorischen Weiterentwicklung der derzeitigen Anlaufstellen für Pflege und Betreuung (SUAC).

7.3 Die vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin

Kein Versorgungsmodell für das chronische Krankheitsmanagement kann umgesetzt werden, wenn die Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin nicht in die Lage versetzt werden, ihre Arbeit optimal durch veränderte, neue und modernere Arbeitsorganisationsmethoden vorwiegend im Team zu verrichten.

Durch die jüngsten Landesabkommen vom August 2017 und Februar 2018 wurden die Aufgaben bzw. Kompetenzen der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und eine einheitliche Vorgehensweise der Vernetzten Gruppenmedizin unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit chronischen Erkrankungen festgelegt.

Der Landesbeirat laut Art. 3 des Abkommens vom 1. August 2017 (bestehend aus Vertretern des Gesundheitsressorts, des Sanitätsbetriebes sowie der Gewerkschaften) ist für die Erarbeitung von Betreuungspfaden für chronische Patienten/innen zuständig und stützt sich dabei auf den Betriebsbeirat.

Die Vereinbarung vom 1. August 2017 (Ergänzung des bestehenden Vertrages vom Jahr 2015) legt die Anforderungen und Betriebsverfahren der 26 Vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) fest, die in den Artikeln 9 und 9bis des im Februar 2018 unterzeichneten Abkommens erwähnt sind.

Die Vernetzte Gruppenmedizin (VGM) ist eine funktionale monoprofessionelle Gruppierung aus Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, die den Auftrag hat, den Gesundheitsschutz der Eingeschriebenen mittels einer 12-stündigen Betreuung sicherzustellen.

Die Vernetzte Gruppenmedizin kann sowohl aus Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin als auch aus Ärztinnen/Ärzten mit einem befristeten Arbeitsverhältnis bestehen, welche turnusweise zur Verfügung stehen.

Die Ärztinnen/Ärzte der Vernetzten Gruppenmedizin behalten ihre eigene Praxis und können einen Teil ihrer Tätigkeit auch in Rotation oder koordiniert in einer Praxis ausüben, die auch einheitlicher Bezugsstandort für die Erbringung der Leistungen der VGM sein kann. In diesem Fall ist eine Vereinbarung mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb notwendig.

Die in der Vernetzten Gruppenmedizin zusammengeschlossenen Ärztinnen/Ärzte bilden ein Netzwerk und haben die Aufgabe:

- Patientendaten sowie Informationen zu Verwaltung, Arztwahl und -widerruf, Rezeptverschreibungen und elektronische Rezepte, Ticketbefreiungen aus Einkommensgründen, telematische Befunde und Krankheitsbescheinigungen für das INPS gemeinsam digital zu nutzen;
- mit anderen Ärztinnen/Ärzten zusammenzuarbeiten und mit diesen gemeinsam die Ziele der Gesundheitsversorgung zu verfolgen.

Die Vernetzte Gruppenmedizin koordiniert und ergänzt die Tätigkeiten der anderen wohnortnahen und krankenhausinternen Akteure des Landesgesundheitsdienstes. Sie trägt zur Steuerung und zur Umsetzung der vom Land und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb geplanten Gesundheitsversorgung bei.

Das Einzugsgebiet einer Vernetzten Gruppenmedizin liegt innerhalb eines Sprengels und kann einen oder mehrere Einzugsgebiete umfassen. Ein Einzugsgebiet kann aber auch mehrere Vernetzte Gruppenmedizinen umfassen, je nach Anzahl der zu betreuenden Bevölkerung.

Der Sanitätsbetrieb beauftragt eine/einen der in der VGM tätigen konventionierten Ärztinnen/Ärzte mit der organisatorischen Koordinierung und der Sicherstellung der beruflichen Zusammenarbeit der Ärztinnen/Ärzte der VGM, besonders bezogen auf die klinische Führung und die Versorgungsprozesse im Einvernehmen mit dem zuständigen Sprengel und dem Sanitätsbetrieb.

Besondere Bedeutung kommt den Meldungen über Ereignisse wie Gewalttaten, Patientenstürze, Selbstmord, behandlungsassoziierte Infektionen, usw. an die Ärztliche Direktion des jeweiligen Bezirkes zu.

Auf Landesebene sind 26 Vernetzte Gruppenmedizinen mit einem jeweiligen Einzugsgebiet von nicht mehr als 30.000 Einwohnern aktiviert worden.

7.4 Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege

Die **Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege** beruht auf dem Ansatz der Family Health Nurse der WHO (2000) und des Family Systems Nursing nach Wright und Leahey (2009).

Sie fußt auf einem systemischen Ansatz der neben den Gesundheitsbedürfnissen der Betreuten auch jene der Familienangehörigen erfasst und dessen Zielsetzung die Gesundheitsvorsorge, die Prävention von Erkrankungen, ein verbessertes Symptomanagement und die Reduktion der Belastung von pflegenden Angehörigen ist.

Auf der Grundlage des Landesgesundheitsplanes 2016-2020 wird der Ansatz der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege in allen Pflgeteams der Sprengel eingeführt. Derzeit erfolgt die Pilotierung im Sprengel Unterland. Zusätzlich wird in der Gemeinde Aldein, einer Gemeinde des

Einzugsgebietes des Sprengels Unterland, den über 65-jährigen Einwohnern, unabhängig davon, ob gesund oder krank, eine/ein Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger/in zur Verfügung gestellt. Im Sinne der aufsuchenden Versorgung begeben sich dabei spezialisierte Krankenpfleger/innen in die Familie, nehmen eine Einschätzung der Lebensqualität und der Gesundheitsbedürfnisse vor und unterstützen die Bevölkerung in Zusammenarbeit mit allen lokalen Netzwerkpartnern des Sozial-, Gesundheits- und Freiwilligenbereiches in ihren Gesundheitsbelangen. Dieses Implementierungsprojekt mit einer Laufzeit von zwei Jahren wird durch eine Evaluationsstudie begleitet. Anhand der Ergebnisse wird ein praxistaugliches Konzept zur weiteren Implementierung der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege in den übrigen neunzehn Sprengel entwickelt.

7.5 Die Dienstleistungen der Apotheken

Die öffentlich zugänglichen **Apotheken** sind eine wichtige und engmaschig auf dem Territorium verbreitete Einrichtung des Gesundheitsdienstes. Sie nehmen durch die professionelle Arbeit aller Beteiligten, durch ihre Überwachungs- und Verbindungsfunktionen eine primäre Rolle in der Gesundheitsförderung ein, auch durch Schulungs- und Informationsinitiativen.

Diese Apotheken erbringen außerdem die neuen Dienstleistungen, die von den gesetzestretenden Dekreten, angenommen im Sinne des Art. 11, Absatz 1 des Gesetzes Nr. 69 vom 18. Juni 2009, unter Beachtung der Vorgaben der Landesgesundheits- und -sozialpläne, erlassen wurden.

Derzeit gibt es in Südtirol 119 öffentlich zugängliche Apotheken, 30 davon sind Landapotheken mit Arzneimittelausgabestellen. Das Ziel ist die Stärkung ihrer primären Rolle, besonders außerhalb der Stadtzentren, und die Förderung ihrer Engmaschigkeit auf dem Territorium.

Die Apotheken der Zukunft sind mit dem Landesgesundheitsdienst besser vernetzt und verstärken das Dienstleistungsangebot für die Bürger/innen, das auf professionelle Art und Weise auf dem gesamten Landesgebiet angeboten wird. Sie beteiligen sich auch an der Integrierten Hausbetreuung, am chronischen Krankheitsmanagement sowie an der Therapieüberwachung.

7.6 Ruf- und Dienstzentrale 116117

Um die Dienstleistungen der wohnortnahen Versorgung zusätzlich zu verbessern, wird auch im Land Südtirol die Rufnummer 116117 als einheitliche europäische Rufnummer für nicht dringende medizinische Behandlungen, für die Betreuungskontinuität und andere Gesundheitsdienste eingerichtet. Für nichtdringende bzw. nicht prioritäre Betreuungsangelegenheiten kann der Benutzer über diese Rufnummer eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter oder eine Gesundheitsfachkraft kontaktieren, um Versorgung oder sozio-sanitäre Beratung zu erhalten.

Die Rufnummer 116117 gewährleistet den Nutzern:

- 1) für nicht dringende medizinische Behandlungen:
 - ärztliche Leistungen/Ratschläge während der Öffnungszeiten des Dienstes für Betreuungskontinuität;
 - Zugang zu den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbaren Kinderärzten/innen auch bei schwieriger Erreichbarkeit;
 - gesundheitliche Ratschläge in nicht dringenden Fällen außerhalb der Öffnungszeiten des Dienstes für Betreuungskontinuität mit eventueller Rufweiterleitung an die Nummer 112, falls angemessen;
 - Annahme und Weiterleitung an den Notrufdienst 112, wenn es sich um Notrufe handelt;
- 2) im Rahmen der sozio-sanitären Integration:

- Informationen über die Betreuung von Pflegebedürftigen;
 - Informationen über die Versorgung mit Gehhilfen/Prothesen/Lebensmitteln;
 - Informationen über die Betreuung von Menschen mit Behinderung, mögliche Steuererleichterungen für den Transport, Beiträge;
- 3) Erreichbarkeit Rund um die Uhr (24 Stunden, 7 Tage pro Woche).

Mit einem späteren Planungsdokument werden weitere Maßnahmen festgelegt, um:

- die Nummer zu aktivieren;
- die Ausbildung und Einstellung des für die Entgegennahme der Anrufe verantwortlichen Personals durchzuführen;
- eine entsprechende digitale Plattform zu aktivieren;
- interne als auch externe Kommunikation zu betreiben.

Diese Planung kann erst nach der endgültigen Genehmigung von neuen landesweit einheitlichen Prozessen und Organisationsmodellen auf der Basis der Erfahrungen aus den Pilotprojekten von Bozen und Lana erfolgen.

8. Die Integrierte Hausbetreuung (IHB) und die Seniorenwohnheime

Zusammen mit den finanziellen Leistungen stellen die Hausbetreuung und die Betreuung in den Seniorenwohnheimen die wichtigsten Antworten auf die Pflegebedürftigkeit dar.

Auf Landesebene wird das System der sozialen Sicherung der häuslichen Betreuung durch soziale Dienste angeboten, während die häusliche Gesundheitsversorgung in Form von programmierter Hausbetreuung (PHB) durch Pflegepersonal angeboten wird.

In Südtirol ist der SIAD-Fluss (Informationssystem zur Überwachung der häuslichen Betreuung), welcher die Leistungen und Aktivitäten von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und Pflegepersonal erheben sollte, noch nicht umgesetzt. Dies ist jedoch die Voraussetzung für eine korrekte Planung der Maßnahmen. Aus diesem Grund sollte dieser Datenfluss so schnell wie möglich eingerichtet werden.

Derzeit gibt es 78 Seniorenwohnheime mit insgesamt 4.356 Betten. Diese Strukturen sind Teil des Sozialwesens, obwohl auch Gesundheitspersonal dort tätig ist. Die Betreuung in den Seniorenwohnheimen sind derzeit im Beschluss der Landesregierung Nr. 145 vom 7. Februar 2017, „Seniorenwohnheime in Südtirol“ geregelt. Die einzige öffentliche Einrichtung, die ausdrücklich als sanitäre Langzeitpflegeeinrichtung für ältere Menschen (RSA) im Sinne von Artikel 29 Absatz 3 der neuen WBS tätig ist, ist das Langzeitpflegeheim „Firmian“ in der Gemeinde Bozen.

Das Angebots- und Finanzierungssystem sieht ein „Grundangebot“ vor, das von allen Seniorenwohnheimen zu erbringen ist und durch das Vorhandensein verschiedener Einheiten ergänzt wird, die „besondere Betreuungsformen“ anbieten. Diese sind durch eine höhere Betreuungsintensität gekennzeichnet und mit höheren Personal- und Finanzierungsparametern ausgestattet. Die derzeitigen „besonderen Betreuungsformen“ sind jene der Intensivpflege (höherer krankenzufordernder Bedarf), der extensiven Pflege (höherer Pflegebedarf), jene für die Demenzerkrankungen und die Übergangspflege.

Die Landesplanung sieht in Bezug auf die Ausstattung der Seniorenwohnheime mit Betten 8,9 Plätze pro 100 Personen über 75 Jahre vor. Gegenwärtig beläuft sich diese Anzahl auf 8,2 Betten pro 100 Personen über 75 Jahre. Mittels Fortsetzung des Investitionsprogramms ist vorgesehen, die Anzahl der verfügbaren Plätze in den nächsten Jahren schrittweise um etwa 100-150 zusätzliche Plätze pro Jahr zu erhöhen.

Diese Zunahme der Plätze geht in jedem Fall mit einer Stärkung anderer stationärer Betreuungsformen einher: Betreuungsformen wie „Betreutes Wohnen“ oder „Begleitetes Wohnen“ zielen darauf ab, Menschen, die geringeren Betreuungs- und Pflegebedarf als jener in einem Seniorenwohnheim aufweisen, eine geeignete Antwort auf ihre Bedürfnisse zukommen zu lassen. Heute müssen solche Personen in Ermangelung dieser Alternative oft auf das Angebot der Seniorenwohnheime zurückgreifen.

In Südtirol stehen somit, bezogen auf die Personen über 65 Jahre, rund 45 Betten pro 1.000 Menschen in diesem Alter zur Verfügung. Dies sind doppelt so viele wie im Rest des Staatsgebietes, dennoch liegt der Wert unter dem europäischen Durchschnitt (in Schweden gibt es 80 Betten pro 1.000 Über-65-Jährige). Der international anerkannte Durchschnitt liegt bei mindestens 50 Betten pro 1.000 Menschen über 65 Jahre.

Die Anwendung dieses internationalen Indikators von 50 Betten pro 1.000 Einwohner über 65 Jahren würde in Südtirol die Notwendigkeit der Schaffung von bis zu 5.000 Betten (600 Betten mehr als derzeit) in den Seniorenwohnheimen bedeuten. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass sich das System der Seniorenwohnheime von Land zu Land in Formen und Modellen leicht unterscheidet, so dass bei einer Gesamtbewertung auch das Vorhandensein alternativer und ergänzender Formen der Betreuung zur herkömmlichen Unterbringung in einem Seniorenwohnheim berücksichtigt werden muss.

9. Integration zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung:

Die Instrumente

Das Krankenhaussystem erweist sich in der Behandlung von Akutsituationen als wirksam und effizient, das heißt in der Behandlung von Personen ohne Komorbidität und vor allem ohne vorbestehende chronische Erkrankungen, die das Ereignis oder die Krankheit, die den Aufenthalt verursacht haben, verursacht hätten. Diese Situation entspricht jedoch nicht der aktuellen Lage in den Krankenhausstrukturen des Landes: 70-75 Prozent der Betreuten in den Medizin- und Geriatrie-Abteilungen der Krankenhäuser zählen nämlich zur Kategorie der „akut chronisch kranken Menschen mit Polymorbidität“.

Bei Aufnahme bzw. Entlassung ist es daher nötig, insbesondere Folgendes zu beachten:

- 1) **Krankenhausaufnahme:** Nimmt eine gebrechliche und vor allem ältere Person den Dienst der Notaufnahme in Anspruch, muss der Betreute sowohl auf der Ebene der Gründe für seinen Zugang zum Krankenhaus als auch global aus der Sicht der Selbstständigkeit, der Gebrechlichkeit, der Polypathologie usw. bewertet werden;
- 2) Die Notaufnahme muss mit einem **Aufnahme-Vorbewertungssystem** ausgestattet werden, um bereits von Beginn an für alle fragilen Personen und für Personen mit kognitiver Beeinträchtigung eine zeitlich und fachlich angepasste Versorgung einzuleiten;
- 3) Für den **Zugang zur Krankenhauseinrichtung** muss die ältere Person mit Behandlungspfaden versorgt werden, die den Langzeitaufenthalt nach Möglichkeit reduzieren, etwa durch intensive Kurzbeobachtungseinrichtungen (OBI) oder durch einen pathologiebezogenen Krankenhausaufenthalt;
- 4) Während des Krankenhausaufenthaltes ist es nötig, die Risiken „neuer Pathologien“, das „Krankenhausabhängigkeitssyndrom“ sowie steigende Medikamentenverabreichung zu vermeiden;
- 5) Es muss auf eine **bessere Abstimmung bei der Verabreichung der Medikamente** hingearbeitet werden, um bei Entlassung eine bestmögliche Abstimmung mit der/dem behandelnden Hausärztin/Hausarzt herbeizuführen, damit das im Krankenhaus erarbeitete klinische Programm auch im Anschluss daran strengstens eingehalten wird;
- 6) Bei **Entlassung** muss die Möglichkeit einer postakuten Betreuung für die Personen vorgesehen werden, die sich zu Hause ohne eine kontinuierliche klinisch-ärztlich-krankenpflegerische Überwachung – wenn auch in einer weniger intensiven Form als im Krankenhaus – nicht angemessen erholen würden (vgl. Intermediärbetten);
- 7) Die **Entlassungen nach Hause** werden unter Einhaltung eigener Verfahren und Protokolle im Einvernehmen mit den wohnortnahen Diensten (Sprengel, andere, ...) vorgenommen. Damit sollen bürokratische Probleme vermieden werden, welche die Entlassungen verlangsamen und die Wirkung der Behandlung im Krankenhaus reduzieren. Von grundlegender Wichtigkeit sind nicht nur die „geschützten Entlassungen“ für pflegebedürftigen Patienten/innen, sondern auch die „betreuten Entlassungen“ für alle Personen mit chronischen Erkrankungen. Diese müssen – unabhängig von ihrem Pflegebedürftigkeitsgrad – bei der Entlassung aus dem Krankenhaus (Notaufnahme oder regulärer Krankenhausaufenthalt) in einen möglichst wohnortnahen Kontext entlassen werden, um das Drop-out-Phänomen zu vermeiden, das oft Ursache für Wiederaufnahmen ist. Aus diesem Grund ist die Anwendung des Landesregierungsbeschlusses Nr. 4828 vom 15. Dezember 2008 betreffend die Genehmigung der „**Mindestanforderungen an die vernetzte Überleitung**“ unerlässlich;
- 8) Bezugnehmend auf Punkt 7 besteht die Möglichkeit, auf erprobte, praktizierte und vor allem gemeinsam vereinbarte **Protokolle** zurückzugreifen, damit die entlassenen Patienten/innen ihren Behandlungsweg und ihre Nachbehandlung wie vorgesehen weiterführen und dabei „improvisierte“ Therapieformen und andere Formen der Betreuung vermieden werden. Daher müssen die an der Entlassung beteiligten Organisationseinheiten (Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Orthopädie/Traumatologie, ...) das Entlassungsmanagement und die Übernahme

der Betreuten mit den Diensten der wohnortnahen Versorgung und insbesondere mit den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin absprechen;

- 9) Die Ärztin/Der Arzt für Allgemeinmedizin ist die Ansprechperson und verantwortlich für die Betreuung zu Hause;
- 10) Die Ärztliche Direktion des Krankenhauses und die Pflegedienstleitung arbeiten mit den Diensten der wohnortnahen Versorgung in gemischte Arbeitsgruppen zusammen, um bereichsübergreifende Entlassungsprozeduren und Protokolle zur geschützten und betreuten Entlassung für Personen mit chronischen Erkrankungen zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung zu vereinbaren. An den Arbeitsgruppen beteiligen sich auch die Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin.

Die Entlassungen sind mit gemeinsam vereinbarten Instrumenten zu standardisieren, um damit die Betreuungskontinuität zu gewährleisten:

- a) Einführung eines Regelwerks zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung zur Organisation der Entlassungs- und Verlegungsverfahren der Patienten/innen in andere krankenhausexterne Einrichtungen;
- b) Verwendung der digitalen Dokumentation: Patientenakte und Gesundheits- und Sozialakte (in Ausarbeitung).

10. Intermediärbetten und Übergangsbetten

In ganz Europa steigt die Anzahl der Betten für fragile Personen im höheren Alter und mit chronischen Erkrankungen, um diese nach einem Krankenhausaufenthalt besser zu begleiten, die Entlassung weniger traumatisch zu gestalten oder sie aber auch zeitweilig aufzunehmen, um zu vermeiden, dass sich diese Personen an die Notaufnahme wenden, um anschließend wiederaufgenommen zu werden.

Abhängig von den spezifischen Bedürfnissen der Personen können diese Betten, die nicht in den Index der akuten und post-akuten Betten fallen, vom Gesundheits- oder Sozialwesen verwaltet werden.

10.1 Gesundheitlich indizierte Pflegebetten

Betten, welche durch den Sanitätsbetrieb geführt werden, sind integrierender Bestandteil der sogenannten **intermediären Pflege**. Diese bildet die Gesamtheit der Leistungen, Dienste und Tätigkeiten, die auf jene Personen ausgerichtet sind, die **zum Teil stabilisiert** sind oder vom ärztlichen Gesichtspunkt aus noch einer Komplettierung der Stabilisierung bedürfen, jedoch keine Krankenhausbetreuung (mehr) benötigen, dennoch aber nicht nur ambulant versorgt werden können und Gesundheitsprobleme aufweisen, die in einem begrenzten Zeitraum (rund 1-4 Wochen) gelöst werden können.

Die Schaffung und Einrichtung von Intermediärbetten dient gemeinsam mit dem Aufbau bzw. der Stärkung des Netzwerks in der wohnortnahen Versorgung vorbereitend zur Wiederherstellung des Gleichgewichts im Bereich der Akutbetten.

Intermediärbetten werden zu folgenden Zwecken eingeführt:

- Gewährleistung der Betreuungskontinuität von Personen nach ihrer Krankenhausentlassung (aus Akut- oder Postakutabteilungen), entsprechend der zwischen den Ärzten/innen für Allgemeinmedizin und den Krankenhausärzten/innen vereinbarten Kriterien;
- Vorbeugung von potenziell unangemessenen Krankenhausaufenthalten durch gemeinsam zwischen den Ärzten/innen für Allgemeinmedizin, Krankenhausärzten/innen, Sozialdiensten und/oder Seniorenwohnheimen definierte Aufnahmekriterien;
- Gewährleistung eines angemessenen Betreuungssettings – unter Vermeidung eines Akutaufenthalts – für Personen, die zu Hause betreut werden und einen geringen medizinischen, jedoch hohen krankenzpflegerischen und pflegerischen Betreuungsbedarf aufweisen;
- Förderung der Rückkehr des Betreuten nach Hause.

Betreute, die für die Aufnahme in den Intermediärbetten in Frage kommen, können überwiesen werden von:

- den Akut- oder Postakut-Abteilungen;
- der Notaufnahme;
- zu Hause oder aus anderen Strukturen der wohnortnahen Versorgung.

Der Zeitraum, in dem über die Aufnahme eines Betreuten in eine Struktur mit Intermediärbetten entschieden wird, muss mit der Planung der Aufnahme und dem Ort in Bezug stehen, an dem diese Entscheidung getroffen wird: 12 Stunden, falls es sich um eine Notaufnahme handelt, 24 Stunden, falls die Patientin/der Patient von zu Hause kommt und 72 Stunden, falls die Patientin/der Patient von einer Akut- oder Postakut-Krankenhausabteilung entlassen wird.

Die ärztliche Betreuung übernimmt die Ärztin/der Arzt für Allgemeinmedizin (oder ein anderer dafür vorgesehener Mediziner), während die Leitung der organisatorischen Planung und die pflegerische Betreuung den Krankenpflegern/innen obliegt.

Die Intermediärbetten, die vom Landesgesundheitsplan vorgesehen sind, können in den Krankenhäusern des Landes, in anderen öffentlicher und privaten akkreditierten oder vertragsgebundenen Einrichtungen, einschließlich der Seniorenwohnheime – sofern diese Interesse zeigen, Intermediärbetten anzubieten – errichtet werden.

Die Intermediärbetten müssen in einem eigenen Bereich verortet sein und in jedem Fall die Kriterien zur institutionellen Akkreditierung erfüllen.

Die strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen, sowie der Tarif für die Intermediärbetten in privaten, akkreditierten und vertragsgebundenen Strukturen, werden mit einem eigenen Akt definiert.

10.2 Sozial indizierte Pflegebetten

Die Kurzzeitpflegebetten, die vom Art. 47 und vom Art. 48 des Landesregierungsbeschlusses Nr. 145 vom 07.02.2017 vorgesehen sind, sind wie folgt definiert:

- **Kurzzeitpflegebetten**, die zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder privaten Pflegekräfte im Falle von Urlaub, Ausfall aufgrund plötzlicher Erkrankung oder aus anderem Grund, körperlicher und/oder psychischer Überlastung bestimmt sind und somit eine Funktion als „Entlastungspflegebetten“ erfüllen (Art. 47);
- **Kurzzeitübergangspflegebetten**, in denen pflegebedürftige Personen mit klinisch stabilisiertem Krankheitsbild aufgenommen werden, für welche vorübergehend eine Betreuung vonseiten der Familienangehörigen und der wohnortnahen Dienste nicht möglich ist und für welche eine endgültige Unterbringung in einer Einrichtung noch nicht möglich oder angebracht ist (Art. 48).

Beide Bettenarten unterliegen einer Kostenbeteiligung von Seiten der Bürgerin/des Bürgers, da es sich hierbei um Patienten/innen in klinisch stabilisiertem Zustand handelt, im Gegensatz zu Patienten/innen von Intermediärbetten, die noch einer klinischen Stabilisierung bedürfen.

Eine gesamthafte Definition und Bedarfsberechnung sowohl der Intermediär- als auch der Übergangsbetten erfolgt in nachgeordneten Planungsdokumenten und Maßnahmen, in Abstimmung zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales.

11. Die Rolle der Patientenschutzvereinigungen

Die **Patientenschutzvereinigungen** stellen für das öffentliche Gesundheitswesen eine unerlässliche Ressource und eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung der Betreuten dar.

Das GvD Nr. 117 von 2017 (Kodex des dritten Sektors) erkennt der Vielfalt der Organisationsformen eine entscheidende Rolle in der Gesellschaft an. Insbesondere wird mit der Einführung neuer Steuervorschriften und der Verpflichtung zu einem einheitlichen Register der Organisationen festgelegt, dass die Vereinigungen im sozialen, gesundheitlichen oder sozio-sanitären Bereich tätig sein können, indem sie ihren Beitrag zur Förderung des Schutzes der sozialen Rechte leisten und zudem die Zeitbanken fördern. Die Figur des „Freiwilligen“ wird aufgewertet und als eine Person definiert, die aus eigener freier Wahl Tätigkeiten für die Gemeinschaft und das Allgemeinwohl erbringt, seine freie Zeit und seine persönlichen Fähigkeiten spontan und ausschließlich zum Zwecke der Solidarität zur Verfügung stellt.

Die Vereinigungen spielen eine ausschlaggebende Rolle bei der Begleitung der Kranken (vor allem bei chronisch Kranken) oder der Personen mit Behinderung und deren Familienangehörigen, sowohl in Bezug auf die geleistete Unterstützung als auch durch ihre territorial und institutionell aktive Rolle.

Sie bilden das Rückgrat in der Beziehung zwischen Familien, gesundheitlichen und sozio-sanitären Einrichtungen, Institutionen und der Zivilgesellschaft. Sie stellen keine Alternative zum Staat oder zum Privatsektor dar, sondern sind autonome Rechtsträger, die das öffentliche sozio-sanitäre Angebot mit sozialen und gesundheitlichen Versorgungstätigkeiten und -maßnahmen ergänzen, an denen es im öffentlichen Sektor mangelt oder die gar nicht angeboten werden. In Deutschland bilden die Patientenschutzvereinigungen und Selbsthilfegruppen die 4. Säule des Gesundheitswesens (nach der Allgemeinmedizin, der Fachmedizin und der Rehabilitation) und werden gesetzesmäßig von der Krankenkasse finanziert.

Die Vereinigungen üben zahlreiche Tätigkeiten aus, aufgrund derer sie zu privilegierten Gesprächspartnern der Institutionen werden. Ihre wichtigsten Aufgaben sind:

- Maßnahmen zum Schutz der Rechte der Vereinsmitglieder, zur Interessensvertretung und zur Sensibilisierung für Tabu-Themenbereiche. Außerdem sind sie Mitglieder bei verschiedenen beratenden Ausschüssen, in denen sie für die Patienten sprechen und aktiv zur Gesundheits- und Sozialpolitik beitragen;
- Unterstützung und Beratung der Mitglieder für eine horizontale Subsidiarität und Bereitstellung von Informationen über den Zugang zu den vernetzten Diensten sowie Vereinfachung des Zuganges und in einigen Fällen Unterstützung der Patientin/des Patienten beim direkten Kontakt mit dem Dienst durch die Abwicklung von Verfahren und Vorgängen;
- Schaffung von Synergien mit anderen Vereinigungen, öffentlichen und privaten Institutionen zur Einrichtung eines Netzwerks, an welches sich die Mitglieder im Bedarfsfall wenden können, und zur Förderung von bürger- und/oder mitgliederorientierten Initiativen;
- Angebot von Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches und des Dialogs zwischen den Personen, die dieselben Erfahrungen durchleben, Einleitung von Selbsthilfepfaden in Bezug auf krankheitsbedingte Probleme. In einigen Fällen und für einige Krankheiten konkretisiert sich die Unterstützung in der Förderung der Anpassung und in der sozialen Wiedereingliederung der Patientin/des Patienten unter Berücksichtigung der Erfahrung der Person, ihrer Familie und der Gemeinschaft, in der sie eingegliedert ist;
- In Südtirol sind über 200 Selbsthilfegruppen in den verschiedensten Tätigkeitsbereichen aktiv; die Hälfte davon besteht aus Personen, die an chronischen Erkrankungen leiden. 78 Prozent der Selbsthilfegruppen sind im Rahmen der Vereinigungen aktiv, 17 Prozent haben sich aus Spontaninitiativen von Einzelpersonen gebildet und 11 Prozent gehören zum öffentlichen Angebot;
- Angebot von sozio-sanitären Dienstleistungen in Zusammenarbeit mit den wohnortnahen Einrichtungen für spezifische Pathologien. Auf diese Weise können positive Synergien

zwischen Patienten/innen und Betreuungspersonal entstehen und werden die Voraussetzungen für qualifizierte Maßnahmen (Rehabilitation, Freizeit, Information, Schulung, Begleitung etc.) für die Patienten/innen in einem Setting (innerhalb des Vereins) geschaffen, das nicht rein gesundheitlich ausgerichtet ist, sondern für alle Bedürfnisse der Betreuten offen ist;

- Bildungsvorschläge unter Förderung/Unterstützung von Veranstaltungen und Initiativen zugunsten der eigenen Mitglieder, des Gesundheitspersonals und der Bürger/innen zur Verbesserung der Prävention und der Behandlung der spezifischen Pathologien;
- Engagement in der Forschung. Einige Vereinigungen spielen eine wichtige Rolle in der Forschung und können im Rahmen ihrer Tätigkeit sowohl als Bereitsteller der erforderlichen Fonds als auch durch die Miteinbeziehung und Teilung ihres Know-hows und ihrer vor Ort in den einzelnen Maßnahmenbereichen erworbenen Erfahrungen maßgebend sein;
- Engmaschige und verwurzelte Präsenz auf dem gesamten Landesgebiet, wodurch die maximale Verbreitung der verschiedenen Botschaften im ganzen Lande gewährleistet wird. Den betreuten Personen wird die Möglichkeit geboten, Informationen zu erhalten, sich in der eigenen Muttersprache auszudrücken, auch durch die Übersetzungsarbeit, welche die Vereinigungen zugunsten der Bürger/innen leisten (z. B. Infoblätter und/oder zweisprachige Internetseiten).

Den Vereinigungen Gehör schenken bedeutet also auch, den Blickwinkel jener zu verstehen, die persönlich am täglichen Leben der chronisch kranken Person teilhaben oder an dessen Ablauf beteiligt sind.

Es ist erwiesen, dass die Stärkung der Unterstützungsteams zu mehr Angemessenheit in der Inanspruchnahme der Dienste und zur Effizienzsteigerung beim Betreuungspersonal führt.

Die Vereinigungen spielen eine zunehmend strategische Rolle bei der Förderung des Engagements und des Selfmanagements. Diese Rolle muss weiter aufgewertet werden, indem auf wohnortnaher Ebene Netzwerke gefördert werden, die alle Akteure für die Erlangung eines verstärkten Gemeinwohls miteinbeziehen.

12. Die personellen und finanziellen Ressourcen der wohnortnahen Versorgung

Die Berechnung des Personalbedarfs ist im Gesundheits- und Sozialwesen ein sehr komplexer Prozess, in dem technologische und organisatorische Innovationen die bestehenden Szenarien schnell verändern. Beispielhaft hierfür ist die Stärkung der wohnortnahen Dienste und die neue Rolle der Krankenhäuser, die schlanke und koordinierte Systeme bilden, in denen Teamarbeit, Multiprofessionalität und ein konkreter Austausch zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung entlang von gemeinsam definierten Versorgungsabläufen vorherrschen.

Der Landesgesundheitsplan 2016-2020 hat die Dienstleistungslandschaft der wohnortnahen Versorgung umgestaltet und die Einführung neuer Organisationsmodelle vorgesehen, die auf drei grundlegenden Aspekten aufbauen: der Integration von Gesundheits- und Sozialwesen, der Schaffung von multiprofessionellen und multidisziplinären Teams für die Versorgung von Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, eine neue Beziehung zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung auf der Grundlage von gemeinsam erarbeiteten Versorgungsabläufen.

Der Plan sieht neben der Einrichtung von intermediären Versorgungsbetten, die zwischen den verschiedenen Gesundheitsbezirken ausgewogen verteilt sind, auch die Möglichkeit zur Schaffung von Gesundheits- und Sozialzentren (de facto sozio-sanitäre Einrichtungen) vor, in denen die komplexen Organisationsmodelle umgesetzt werden, die mit dem Management der Chronizität verbunden sind und zwangsläufig personelle und finanzielle Ressourcen beanspruchen. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an Personal, für das der Landesgesundheitsplan einen zusätzlichen Aufwand von 8,8 Millionen Euro pro Jahr vorsieht, der zu einer durchschnittlichen Erhöhung der Personalkosten von 2-3 Prozent hinzukommt.

Im Hinblick auf den Personalbedarf im Sozialbereich sind die gleichen Schwierigkeiten zu verzeichnen, wie im Gesundheitssektor. Bis heute sind im Sozialbereich rund 5.000 Mitarbeiter/innen tätig, aber die Neubewertung der Anzahl der zu betreuenden Patienten/innen und der Ausbau der häuslichen Versorgung sowie der stationären Langzeitpflege werden eine genauere Berechnung auch im sozialen Bereich erfordern.

12.1 Aus- und Weiterbildung des Personals

Die Aus- und Weiterbildung ist gleichzeitig Voraussetzung und strategische Grundachse, damit die Initiativmedizin, ein Versorgungsmodell, das auf der Proaktivität des Gesundheitssystems beruht, auf dem gesamten Landesgebiet auf homogene und nachhaltige Art erprobt und umgesetzt werden kann.

Laut Artikel 5 des gesamtstaatlichen Gesundheitsabkommens („Patto per la Salute“) „müssen für eine effizientere primäre Gesundheitsversorgung die Rollen, Kompetenzen und Interaktionen der Berufsbilder neu definiert werden. Jeder Fachkraft müssen individuelle wie auch teambasierte Zuständigkeiten bei Aufgaben, Funktionen und Zielen übertragen werden. Die hierarchische Logik soll zugunsten einer Logik der verantwortungsbewussten Zusammenarbeit der miteinbezogenen Fachkräfte ersetzt werden und gesetzlich-vertragliche Maßnahmen sowie Bildungspfade zur Untermauerung dieses Ziels vorsehen“.

Die Aus- und Weiterbildung muss im Rahmen eines integrierten sozio-sanitären Versorgungsansatzes alle Berufsbilder miteinbeziehen, angefangen von der universitären Grundausbildung bis hin zur kontinuierlichen fachspezifischen Weiterbildung für jedes Berufsbild, um Modellen zur interdisziplinären und multiprofessionellen Integration und zwischen den gesundheitlichen und sozio-sanitären Versorgungsstandards nachzukommen.

Die kontinuierliche Weiterbildung muss das Personal betreffen, das in der wohnortnahen Versorgung tätig ist und die Versorgungsstandards in den Sprengeln sicherstellt, sie muss aber auch auf integrierte Art jenes der Krankenhäuser betreffen, welches in die Umsetzung der Betreuungspfade involviert ist. Es sind Weiterbildungsveranstaltungen gemeinsam für die verschiedenen Berufsgruppen vorzusehen.

Zur Optimierung der Tätigkeit ist es notwendig, das Personal durch spezifische, integrierte und multidisziplinäre Weiterbildungsveranstaltungen zu unterstützen, um die Bildung von Arbeitsgruppen zu fördern, die eine homogene Antworten auf die Betreuungsbedürfnisse und die Angemessenheit der Maßnahmen zugunsten der Patienten/innen sicherstellen.

Die Weiterbildung muss die Entscheidungsträger (*policy makers*) ebenso miteinbeziehen, wie das obere und mittlere Management des Sanitätsbetriebes einschließlich der Betriebsdirektion und der territorialen Direktion, das obere Management der Sozialdienste sowie die Vertreter der Seniorenwohnheime.

Die Ausbildung und Selbstbildung sind das Grundinstrument für die Implementierung und Konsolidierung der vom Gesetz Nr. 189/2012 vorgesehenen neuen Organisationformen der Vernetzten Gruppenmedizin (monoprofessionelle Zusammenschlüsse) und der komplexen Einheiten für die Primäre Gesundheitsversorgung (*ital. Unità complesse di Cure Primarie – UCCP*) (multiprofessionelle Zusammenschlüsse).

Die allgemeinen Ziele und Lernziele sind:

- die Gewährleistung eines patientenzentrierten Ansatzes und der Integration der Versorgung;
- die multidisziplinäre und multiprofessionelle Integration der Arbeit des involvierten Fachpersonals;
- die Erleichterung der Versorgung von fragilen und chronisch kranken Patienten/innen durch Empowerment der betreuten Person, durch familiäres Lernen (*family learning*) und durch die Versorgungskontinuität zwischen den verschiedenen operativen Einrichtungen (Krankenhaus, Gebiet, Heim);
- der Einsatz für die gemeinsame Nutzung von klinischen Betreuungspfaden für die stationäre und wohnortnahe Versorgung von Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen;
- die Förderung des Wissens und eines regelmäßigen und kontinuierlichen Austausches unter Gleichen (*Peers*) in Diskussionsgruppen und Praxisgemeinschaften;
- die Vertiefung des informationstechnologischen Know-hows (*information communication technology*) und der Nutzung „intelligenter“ Instrumente/Geräte;
- die Bereitstellung von Instrumenten und Methoden für die Maßnahmenevaluation auf jeder einzelnen Ebene (einzelne Fachperson, Praxisteam, Einrichtung, System).

13. Das Informationssystem der wohnortnahen Dienste und die Überwachung des integrierten Netzwerks (Indikatoren)

Die derzeit bestehenden Datenflüsse, die sich auf das wohnortnahe Versorgungssystem beziehen, reichen nicht aus, um die Komplexität von Diensten, Aktivitäten und Dienstleistungen zu erfassen, die sich auf Landes- und Bezirksebene durch die Einführung innovativer Organisationsmodelle zur Patientenversorgung grundlegend verändern.

Daher ist es schwierig, die Indikatoren zu definieren, die es ermöglichen, die vorgenommenen Änderungen insbesondere im Hinblick auf die Betreuungspfade zu überwachen, und die Wirksamkeit, Angemessenheit und Validität der im Einsatz befindlichen Modelle, die alle in gewissem Sinne als experimentell zu betrachten sind, zu überprüfen.

Darüber hinaus wurden einige Datenflüsse, wie der Ministerielle Datenfluss zur Häuslichen Versorgung (ital. SIAD) oder der FAR-Datenfluss für die stationären Langzeitaufenthalte, nicht eingerichtet.

Dennoch können die Planungs- und Umsetzungsprozesse der integrierten Versorgung, insbesondere in Bezug auf chronisch kranke Patienten/innen, nur mit Unterstützung von Informationssystemen funktionieren, die die Planung und Überwachung der Betreuungspfade sowie der Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich und die Synchronisierung der an den Pfaden beteiligten Akteure ebenso ermöglichen, wie die Überwachung der Entwicklung der Versorgungspfade durch geeignete Messinstrumente und den Austausch wesentlicher Informationen, um die Einrichtungen auch unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisse in Bezug auf Effizienz und Gesundheit beurteilen zu können.

Der Trend muss dahin gehen ein Informationssystem zu schaffen, das mit anderen Anwendungen verbunden ist, so z. B. mit dem Meldeamtsregister, den Zentralen Vormerkstellen, den Systemen der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, den in der wohnortnahen Versorgung tätigen Fachärzten/innen und den Krankenhausärzten/innen, den Labors und den Radiologie, um die Versorgungspläne für chronisch kranke Patienten/innen überwachen zu können. Unter Einbindung der Sozialdienste sollte zur Planung sozio-sanitärer Maßnahmen auch eine Verbindung mit den Daten der sozialen Fragilität ermöglicht werden.

Die Umsetzung neuer wohnortnaher Versorgungsmodelle, insbesondere zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, ermöglicht die Schaffung neuer Informationsflüsse, aus denen Informationen für die Definition spezifischer Indikatoren zur Überwachung der erbrachten Aktivitäten abgeleitet werden können.

Ein gut aufgebautes Informationssystem der wohnortnahen Versorgung ist unerlässlich, um eine ebenso wirksame Überwachung vorzunehmen, welche Folgendes bewertet:

- den Zugang zu den Diensten und die Wartezeiten;
- die erbrachte Versorgung auf globaler Ebene und in den einzelnen Settings (und die damit verbundenen Trends): Leistungsvolumen, Ergebnisse, Humanisierung;
- die Qualität und Angemessenheit;
- die Betreuungspfade in den verschiedenen Settings, mit Vertiefungen für spezifische Leitpathologien (wie Diabetes, chronische Herzinsuffizienz, Hypertonie, COPD, usw.) und den damit verbundenen spezifischen Beiträgen, die von den verschiedenen Versorgungsakteuren erbracht werden, die in der Umsetzung der integrierten Versorgungspfade interagieren;
- die mit angemessenen Instrumenten erhobene Kundenzufriedenheit;
- die Ergebnisse;
- die Ausgaben in den verschiedenen Settings;
- die korrekte Erbringung der Wesentlichen Betreuungsstandards (ital. LEA);

- die Auswirkungen der Nutzungs-/Kostenveränderungen auch auf nicht direkt betroffene Bereiche (z. B. stationäre Krankenhausausschnitte, Notaufnahmen, ambulante Fachvisiten, Arzneimittel, Prothetik usw.).

Ein gut aufgebautes Informationssystem muss außerdem die Bewertung und Überwachung des Vorliegens von Prozeduren/Handlungsanweisungen in Bezug auf Folgendes ermöglichen:

- System zur Meldung unerwünschter Ereignisse und vermiedener Ereignisse (Near-Miss);
- Verhinderung von Stürzen, Dekubiti, Gewalttaten zu Lasten von Mitarbeitern/innen oder Patienten/innen, Selbstmord/Selbstmordversuchen von Patienten/innen oder Selbstverletzungen und Infektionen, die mit der Behandlung verbunden sind;
- Prävention von Therapiefehlern und pharmakologischer Rekonkiliation;
- Einsatz von Fixierungsmaßnahmen.

Die oben genannten Informationen müssen sich mit jenen der bereits bestehenden Datenflüsse ergänzen, um eine möglichst umfassende Risikoeinschätzung zu ermöglichen.

Aus der Gesamtheit der Informationen, die in den Flüssen enthalten sind, die das neue Informationssystem der wohnortnahen Versorgung erzeugen kann, ergeben sich die Indikatoren und die daraus resultierende Möglichkeit zur Schaffung einer synthetischen Steuerungsplattform, die es erlaubt das Dienstleistungsangebot, die Integration (Trends und Leistungsvolumen der verschiedenen Settings und Betreuungspfade), die Angemessenheit, die Kosten und die Erbringung der Wesentlichen Betreuungsstandards einzuschätzen und die Überwachung auf andere traditionelle Settings in der wohnortnahen Versorgung (Rehabilitation, psychiatrische Versorgungseinrichtungen, Hospiz, Integrierte Hausbetreuung in ihren verschiedenen Formen und die Sozial- und Gesundheitszentren) auszudehnen.

Auf Landesebene wurde ein wichtiges Informatisierungsprojekt angestoßen, welches zur Implementierung sowohl Zeit als auch personelle und finanzielle Ressourcen erfordert, ebenso wie lange Erprobungsphasen in der Praxis.

Zu diesem Zweck wird ein **technischer Arbeitstisch** eingerichtet, an dem klinische Vertreter (Ärztinnen/Ärzte und Krankenpfleger/innen der wohnortnahen Versorgung, Ärztinnen/Ärzte und Krankenpfleger/innen der Krankenhäuser und alle anderen wichtigen Berufsgruppen), die Beobachtungsstelle für Gesundheit, die Informatiker des Südtiroler Sanitätsbetriebes und des Sozialwesens, Vertreter der Sozialdienste und des Technologiepartners, der vom Südtiroler Sanitätsbetrieb für die Entwicklung eines Informationssystems der wohnortnahen Versorgung ausgewählt wurde, vertreten sind, um Antworten auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu finden und die Anwendung der im Einsatz befindlichen bzw. vorgeschlagenen Anwendungen in der täglichen Praxis zu erproben. Der technische Tisch hat, insbesondere in Bezug auf jene chronisch kranken Patienten/innen, die im Rahmen der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM) von den Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin betreut werden, den Auftrag Folgendes festzulegen:

- a) die Prozesse des Patientenmanagements;
- b) die funktionalen Anforderungen für die Software.

Bei der Definition der funktionalen Anforderungen wird besonderes Augenmerk auf den Umgang mit den Betreuungspfaden sowie auf die Erstellung und Pflege der elektronischen Gesundheitsakte gelegt, damit alle an der Versorgung der Patienten/innen beteiligten Akteure Informationen austauschen können.

In Bezug auf die Indikatoren, die in der Zwischenzeit zur Überwachung des Planes zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen (Masterplan) genutzt werden, werden in der Provinz die derzeit vorhandenen Flüsse im Bewusstsein genutzt, dass einige Datenflüsse fehlen, wie beispielsweise jener zur Erhebung der Aktivitäten in der häuslichen Versorgung (ital. SIAD) und jener für die stationäre Langzeitversorgung (ital. FAR). Zum Aufbau des Letzteren empfiehlt sich ein stärkerer Dialog mit dem Sozialwesen.

14. Die telemedizinische Versorgung

Die telemedizinische Versorgung ist eine Möglichkeit, Sozial- und Gesundheitsdienste durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien bereitzustellen. In Europa gibt es immer noch sehr wenige Beispiele, obwohl die Wirksamkeit und Angemessenheit dieser Dienstleistungen in randomisierten klinischen Studien nachgewiesen sind. Die telemedizinische Versorgung stellt der Ärztin/dem Arzt und Betreuten eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung, die für den Umgang mit Chronizität und für die Kontinuität der Versorgung nützlich sind, die ein Netz in der Gesundheitsversorgung mit einem multiprofessionellen Ansatz fördern und die die Dienste in die unmittelbare Nähe der Patientin/des Patienten bringen.

Die telemedizinische Versorgung wird gemäß den gesamtstaatlichen Leitlinien eine wichtige Rolle bei der Erleichterung der Integration von Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung spielen, indem sie die Versorgung der Person und die Durchführung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu Hause ermöglicht, der Komplexität von chronischen Erkrankungen aktiv begegnet und die bestehenden Kompetenzen im Sinne von Multiprofessionalität, Wohnortnähe und Krankenhaus einbindet.

Die Telemedizin wird im Kontext von Chronizität mit folgenden Zielen eingeführt:

Prävention: Vorhersage des Erkrankungsrisikos durch den Einsatz von Big Data. Im Bereich des Selbstmanagements (Empowerment) hat die telemedizinische Versorgung in internationalen und gesamtstaatlichen klinischen Studien Effizienz gezeigt; ihre Stärke besteht darin, die Informationsasymmetrie zwischen Patient/in und Ärztin/Arzt zu verringern und die Patientin/den Patienten und die Familie zu selbständigen Managern von chronischer Krankheit und aktiven Betreibern ihres Gesundheitszustandes zu machen. Somit sind sie fähig, Rückfällen oder Exazerbationen ohne Angst zu begegnen und sie nicht als unvermeidliche, sondern als überschaubare Ereignisse zu betrachten, die durch eine Reihe von Maßnahmen und Verhaltensweisen beherrscht werden können, über die der Patient vom Gesundheitspersonal informiert und geschult wird.

Diagnose: sieht die Umsetzung von Synergien in der Primär- und Sekundärprävention, einen besseren Austausch und die Verbreitung von Informationen und Diagnosetests unter den verschiedenen beteiligten Gesundheitsfachkräften vor, die für eine angemessene Diagnose und eine bessere Behandlung der Patientin/des Patienten erforderlich sind. Die Fernüberwachung ermöglicht bei der Behandlung chronischer Krankheiten wirksamere Maßnahmen, die den Ausbruch der Krankheit verzögern, die Diagnose antizipieren und das Risiko von Komplikationen verringern, was letztendlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten/innen führt. Die Eindämmung von Kosten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt und vermeidbaren Behandlungen ist auch nicht zu vernachlässigen. Die telemedizinische Versorgung kann sowohl zur Umsetzung der Inhalte von Betreuungspfaden als auch zur Schulung und Bildung der Patientin/des Patienten beitragen.

Therapie und Rehabilitation: die Tele-Rehabilitation wird sowohl in der postoperativen Phase als auch in der Tertiärprävention bei einer fortschreitenden Behinderung eingesetzt, die oft mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und neurodegenerativen Erkrankungen in Verbindung gebracht wird. Chronische Erkrankungen stehen in starkem Maße in Zusammenhang mit mangelnder Selbständigkeit und dem fortschreitenden Verlust der funktionalen Fähigkeiten infolge altersbedingter struktureller Veränderung von Organen. Sie erfordern die Anwendung von hochentwickelten Technologien als Hilfsmittel, die die Lebensqualität von pflegebedürftigen Patienten/innen verbessern.

Als ein Vorteil der telemedizinischen Versorgung wird eine bessere Operabilität im wohnortnahen Bereich erwartet; die Versorgung des chronisch kranken Patienten an seinem Wohnort ist ein weiterer Vorteil, so dass die Bürgerin/der Bürger die Möglichkeit hat, bequem die Dienste zu erhalten, die ihn

unterstützen und im Umgang mit seiner Gesundheit begleiten. Sie ermöglicht zudem eine bessere Kommunikation zwischen den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsfachkräften bzw. einen organisatorischen Rahmen, der den Bürgern/innen mithilfe von Informationssystemen einen effizienten und angemessenen Dienst bietet.

Die telemedizinische Versorgung fällt in die von den gesamtstaatlichen Leitlinien zur Chronizität vorgeschlagenen Maßnahmen zur sozio-sanitären Integration, mit denen eine angemessene Versorgung in den stationären und teilstationären Einrichtungen gewährleistet und horizontale und vertikale Formen der Subsidiarität durch die Einbindung wohnortnaher Gesundheitseinrichtungen verstärkt wird. Ihre Rolle ist in den vorgeschlagenen Maßnahmen für die Organisation der Krankenhausversorgung enthalten und muss die Kontinuität in der Krankenhausversorgung sicherstellen, indem sie auch mit dem Primärversorgungssystem in Verbindung bleibt.

Der Einsatz von Technologie erfordert Fachkräfte, die über die entsprechenden Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen, um die neuen Informationssysteme zu verwalten. Daher müssen Schulungen und spezifische Ausbildungen in diesem Sektor geplant werden.

Es ist notwendig, die Zahl der Ausbildungsinitiativen für das Gesundheitspersonal im Hinblick auf den Einsatz von Technologien zur Behandlung von Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere aber von Menschen, die in einem Zustand sozialer Fragilität leben, zu steigern.

Zur Steigerung der Akzeptanz von neuen Technologien ist es ratsam, Machbarkeits- und Analysestudien durchzuführen, um die Angemessenheit der Telemedizin nachzuweisen und im Rahmen von Pilotprojekten zu validieren.

In Anbetracht des Potenzials, das die neuen Szenarien zur telemedizinischen Versorgung bieten, sollte mindestens eine Einrichtung auf Landesebene vorhanden sein, die mit Formen der Teleunterstützung, wie Telekonsultation, Telediagnose, spezialisierte Telekonsultation (Zweitmeinung), Telemonitoring, Fernunterstützung und Fernüberwachung experimentiert. Eine Analyse laufender Projekte ist wichtig, um den Stand der Zielerreichung und die mögliche Verlagerung auf Initiativen in Einrichtungen, wie den Sozial- und Gesundheitszentren, zu bewerten.

15. Verschlankung und Humanisierung der Versorgung

Die Verschlankung und Humanisierung der Versorgung unterstützt die Annäherung von Betreuten, Familienmitgliedern und Fachkräften auf eine Art, mit der die sozio-sanitären Einrichtungen zu Diensten werden, die aufnehmen, Orientierung geben und das Wohlbefinden mittels der Einbindung und Mitarbeit aller fördern.

Die vier Hauptbereiche, in die sich das Konzept der Humanisierung untergliedert, sind:

- der Pflege- und Organisationsprozess, der auf die Achtung und die Besonderheit jeder Person ausgerichtet ist (*Augenmerk auf die Fragilität und die Bedürfnisse der Person, Wahrung der Privatsphäre, Engagement für kulturelle, ethnische und religiöse Nichtdiskriminierung, Kontinuität der Versorgung*);
- die physische Zugänglichkeit, das menschengerechte Umfeld und der Komfort der Versorgungsbereiche (*architektonische und sensorische Barrieren, Logistik und Beschilderung, menschenfreundliche Dienste, allgemeiner Komfort der Einrichtungen*);
- Zugang zu Informationen, Vereinfachung und Transparenz (*Vereinfachung der Verfahren, Erleichterung des Zugangs zu Informationen und Transparenz*);
- Pflege der Beziehung zum Patienten/Bürger und seiner/ihrer Familien (*Beziehung zwischen Sozial- und Gesundheitsfachkräften, zwischen Gesundheitsfachkräften und Patienten/innen, Beziehung zur Bürgerin/zum Bürger*).

Die Umsetzung eines authentischen Humanisierungsprozesses umfasst Maßnahmen auf struktureller, funktionaler, organisatorischer und relationaler Ebene. Jeder Sprengel ernennt eine kleine Gruppe von Fachkräften aus dem ärztlichen, krankenzuversichtlichen und sozialen Bereich ebenso wie Freiwillige, die als Vermittler und Förderer der Humanisierung fungieren, indem:

- die Qualität der Dienste, wie sie von den Patienten/innen wahrgenommen wird, systematisch erhoben wird;
- Maßnahmenpläne definiert werden, um:
 - a. das Zuhören und die Anerkennung der Bedürfnisse der Patienten/innen und der Familienangehörigen zu verbessern;
 - b. wirksame Kommunikationsarten einzuführen;
 - c. die Teamarbeit in integrierter Form zwischen den verschiedenen Berufsgruppen weiterzuentwickeln;
 - d. das Zugehörigkeitsgefühl zu stärken und das Betriebsklima zu verbessern;
 - e. Synergien zwischen den Fachkräften, Patienten/innen, Familienangehörigen und Freiwilligenvereinigungen zu aktivieren.

Der Schwerpunkt der Verbesserungsmaßnahmen wird auf folgende Aspekte gelegt:

- die Empfangsphase (z.B. durch die Einrichtung von Servicestellen für Information, Beratung, Begleitung oder Transport innerhalb der Einrichtung, auch unter Einbindung von Freiwilligen, um die Zugänglichkeit der Einrichtungen etwa durch die zur Verfügung Stellung von Hilfsmitteln wie Rollatoren, Rollstühle zu verbessern);
- den Unterbringungskomfort (z.B. durch das Einrichten von menschenfreundlichen Warte- und Rückzugsräumen für Patienten/innen und Familienangehörige, in denen Wasser, Zeitungen, usw. bereitgestellt werden);
- die Information und Kommunikation (z.B. eine klare und sichtbare Beschilderung, Schilder mit den Namen und der Qualifikation der Fachkräfte und anderer Bezugspersonen);
- das Schmerzmanagement (z.B. sofortige Einleitung der Schmerzerhebung, der Überwachung und der Behandlung von Schmerzen, insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen);
- die Beteiligung der Bürger/innen (z.B. durch die Stärkung der Freiwilligentätigkeit in der Einrichtung, durch deren die Einbindung in die Audit- Aktivitäten und in die Erhebung der wahrgenommenen Qualität).

16. Interne und externe Kommunikation

Das Thema Chronic care wird zurzeit von den Medien kaum aufgegriffen und folglich von der Bevölkerung kaum wahrgenommen. Dies soll durch Kommunikation über den Chronic-care-Masterplan und die darin enthaltenen Maßnahmen geändert werden.

Was soll erreicht werden?

Ziel ist es, der Bevölkerung Südtirols den Begriff Chronic care näher zu bringen und darüber zu informieren, was dieser bedeutet und beinhaltet. Das heißt: Aufklärung über das geforderte Engagement jedes Einzelnen und jeder Einzelnen als Patient und Patientin sowie als Bürgerin und Bürger. Aber auch Information über die Vorteile der direkten Einbeziehung der Betroffenen in die Versorgung und in den Behandlungsprozess und der damit einhergehenden Stärkung der Selbstbestimmung für Patient und Patientin.

Kommunikation nach außen

Es liegt in der Natur des Themas, dass das Interesse je nach Altersgruppe unterschiedlich sein wird. Für Zwanzig- bis Dreißigjährigen wird es weniger relevant sein als für Menschen über 50. Letztere haben bereits aufgrund erkrankter Eltern Erfahrungen mit chronisch Kranken gemacht oder haben sich aufgrund der Anzahl der Lebensjahrzehnte bereits gedanklich mit der Wahrscheinlichkeit auseinandergesetzt, chronisch zu erkranken. Die Südtiroler Generationen über 50 stellen somit die primäre Zielgruppe für eine Informations- und Kommunikationskampagne dar. Grundsätzlich muss der Gedanke vermittelt werden, dass in Zukunft jeder Bürger und jede Bürgerin, jeder Patient und jede Patientin sowohl bei der Vorsorge als auch bei der Versorgung aktiv gefordert ist und Teil des Prozesses sein wird.

Kommunikation nach innen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen eine weitere wichtige Zielgruppe dar. Kernbotschaft für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist, dass Patientin und Patient in Chronic-Care-Modell einen größeren Anteil an Selbstverantwortung und gleichzeitig mehr Mitbestimmungsrecht erhalten. Die Rollen werden sich also auf beiden Seiten verändern, was ein Nachjustieren des Rollenverständnisses bei Betreuern und Betreuten erforderlich macht. Eine weitere wichtige interne Zielgruppe stellen die Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin dar.

Die Kernbotschaft

Gemeinsam gesundversorgen – der Patient oder Patientin sowie dessen oder deren Umfeld müssen sich in Zukunft verstärkt für ihre Gesundheit engagieren, werden dafür aber enger in die Versorgung eingebunden. Patient oder Patientin begegnen den Vertretern des Versorgers, sprich Südtiroler Sanitätsbetrieb, auf Augenhöhe. Auch in diesem Fall gilt das Motto des „aktivierenden Staates“: fordern und fördern. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb fordert mehr Engagement und fördert gleichzeitig die Autonomie der Betreuten. Motto: „Mehr Eigenverantwortung, mehr Mitspracherecht“.

Wording

Die Definition der zu verwendenden Begriffe und Sprachbilder muss vor Beginn der Kommunikationskampagne festgelegt werden. Eine klare Definition des Begriffs Chronic Care und dessen Inhalte für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist notwendig.

Kommunikationskanäle

Die Zielgruppen sind heterogen, deshalb sollte sowohl klassisch analog als auch neu und digital kommuniziert werden.

Klassische Medien:

- Präsentation des fertiggestellten Chronic-Care-Masterplans im Rahmen einer Pressekonferenz und Verfassen einer dazugehörigen Pressemitteilung (Startschuss);
- monatliche Pressemitteilung über den Zeitraum eines Jahres mit Thema Chronic Care an alle relevanten Südtiroler Medien;
- Anbahnung von Interviews mit Fachleuten des Südtiroler Sanitätsbetriebes zum Thema Chronic Care in der lokalen Presse sowie in Zeitschriften von Vereinigungen und Verbänden, die dieses Thema betrifft;
- Anbahnung von Interviews mit Vertretern des Südtiroler Sanitätsbetriebes zum Thema Chronic Care in den lokalen elektronischen Medien (Radio, Fernsehen);
- Lancierung des Themas Chronic Care für Gesundheitsrubriken und Sendungen in Presse und Rundfunk;
- Lancierung des Themas Chronic Care für Diskussions-Sendungen im Fernsehen und im Radio;
- Beiträge im Magazin des Südtiroler Sanitätsbetriebes „one“;
- Produktion eines Flyers mit den Basisinformationen zum Thema;
- Organisation mehrerer Informationsveranstaltungen über den Zeitraum eines Jahres verteilt in Zentrum und Peripherie.

Digitale Medien:

- Erstellung einer Unterseite auf www.sabes.it mit dem Titel „Chronic Care“ mit den Basisinformationen zum Thema;
- alle Pressemitteilungen erscheinen auf www.sabes.it unter der Rubrik „News“;
- Verlinkung der veröffentlichten Meldungen auf Twitter unter der Nutzung des (bereits bestehenden) Hashtags [chroniccare](https://twitter.com/chroniccare) (= bessere Auffindbarkeit);
- wöchentliche Posts zum Thema Chronic Care auf der SABES-Facebookseite.

Medien und Kommunikation intern:

- Texte und Meldungen auf der Intranet Seite [mysabes](http://mysabes.it);
- Artikel mit Thema Chronic Care im Magazin des Südtiroler Sanitätsbetriebes „one“;
- sechs Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Einbeziehung des Dienstes für Basismedizin;
- Tagung jeweils in Bozen, Meran, Brixen und Bruneck für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin;
- Tagung/Konferenz mit Thema Chronic Care im Kongresssaal des Krankenhauses Bozen.

Kommunikationszeitraum und Zielüberprüfung

Der Kommunikationszeitraum beträgt ein Jahr. Anschließend wird durch eine Umfrage die Wirkung der Informationskampagne überprüft. Eventuell kann anschließend eine Nachfolgekampagne geplant werden.

Literaturverzeichnis und rechtliche Bestimmungen

Agenas: „Linee di indirizzo per il potenziamento ed armonizzazione dell'assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento alla cronicità“. Documento nazionale predisposto per la Commissione salute ai sensi del Decreto 70.

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Autonome Provinz Bozen Südtirol (2016): *Landesgesundheitsplan 2016-2020. Gesundheit 2020. Sicher. Gut. Versorgt*. http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ_action=300&publ_image_id=425306; 24.04.2017.

Autry, J. (2004): *The Servant Leader. How to build a creative team, develop great morale and improve bottom-line performance*. Three Rivers Press.

Bert, G.; Gardini, A.; Quadrino, S. (2013): *Slow Medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Sperling & Kupfer.

Koloroutis, M. (2011): *Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Huber.

Manthey, M. (2005): *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Huber.

Mastrobuono i., Sepede L.: *L'organizzazione, la pianificazione e la gestione della casa della salute. l'esperienza di Pontecorvo*. Organizzazione sanitaria trimestrale di studi e di informazione sui sistemi sanitari, *health organization quarterly studies and information on health systems*; anno XXXIX - n. 1-2 gennaio-giugno 2015

Ministero della Salute (2016): *Piano Nazionale della Cronicità*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf; 24.04.2017.

Nefiodow, L. u. S. (2014): *Der sechste Kondratieff. Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft*. Engelhardt.

Porter, M. E.; Olmsted Teisberg, E. (2006): *Redefining Health Care. Creating value-based competition on results*. Havard Business Press.

Regione Lombardia (2015): *Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018*. Delibera giunta regionale N. X/4662 del 23.12.2015. <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/01/DGR-4662-23.12.15-Piano-Cronicità.pdf>; 24.04.2017.

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2015): *IT- Masterplan 2016-2018. Strategischer Plan zur Entwicklung der Informationstechnologie im Südtiroler Sanitätsbetrieb*. http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ_action=300&publ_image_id=403348; 24.04.2017.

Cousins, Michael S., Lisa M. Shickle, and John A. Bander (2002): *An introduction to predictive modelling for disease management risk stratification*. *Disease Management* 5.3 (2002): 157-167.

Bruce Fireman, Joan Bartlett and Joe Selby (2004): *Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality?* *Health Affairs* 23, no.6 (2004):63-75 doi: 10.1377/hlthaff.23.6.63

Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, et al. (2014): *Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients*. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1123-31.

Tamang S, Milstein A, Sørensen HT, et al. (2017): *Predicting patient 'cost blooms' in Denmark: a longitudinal population-based study*. *BMJ Open* 2017;7: e011580. doi:10.1136/bmjopen-2016-011580

Spoorenberg, S. L., Uittenbroek, R. J., Middel, B., Kremer, B. P., Reijneveld, S. A., & Wynia, K. (2013). *Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care*. *BMC geriatrics*, 13(1), 62.

The Johns Hopkins ACG® System. Excerpt from Version 11.0. Technical Reference Guide. November 2014

O'Sullivan, C. (2011): *Investigating whether the Johns Hopkins ACG case-mix system explains variation in UK general practice*. Diss. UCL (University College London).

Meenan RT, Goodman MJ, Fishman PA, et al. (2003): *Using risk-adjustment models to identify high-cost risks*. *Med Care* 2003;41:1301-12.

Debbie Singh and Chris Ham (2006): *IMPROVING CARE FOR PEOPLE WITH LONG-TERM CONDITIONS. A review of UK and international frameworks*. University of Birmingham. HSMC.

WHO (2016): *Integrated care models: an overview*.

Regione Veneto (2013): *Progetto ACG. Il sistema Adjusted Clinical Groups. Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anni di sperimentazione.*

Reid RJ, Roos NP, MacWilliam L, Frohlich N, Black C. (2002): *Assessing population health care need using a claims-based ACG morbidity measure: a validation analysis in the Province of Manitoba.* Health Serv Res 2002;37(5):1345-1364.

Reid R, MacWilliam L, Verhulst L, Roos NP, Atkinson M. (2001): *Performance of the ACG case mix system in two Canadian provinces.* Med Care 2001;39(1):86-99.

Judge, K., and N. Mays. (1994): *Allocating Resources for Health and Social Care in England.* British Medical Journal 308: 1363-6

Starfield B. (2006): *Chronic illness, comorbidity, and primary care quality.* In Rosen B, Saltman R, Shani M. *Health Systems: Are We in a Post Reform Era?* Jerusalem: Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research, 2006, pp. 81-84-

Weiner, J., A. M. Tucker, A. M. Collins, H. Fakhraei, R. Lieberman, C. Abrams, D. G. Trapnell, and J. G. Folkmer (1998): *The Development of a Risk-Adjusted Capitation Payment System for Medicaid*

Sven G Engström, Lennart Carlsson, Carl-Johan Östgren, Gunnar H Nilsson and Lars A Borgquist (2006): *The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care.* BMC Public Health2006:36

Orueta, J. F., J. Lopez-DeMunain, K. Baez, J. M. Airzaguena, J. L. Aranguren, and E. Pedrerae. (1999): *Application of Ambulatory Care Groups in the Primary Care of a European National Health Care System*

Wingefeld K. (2005): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus.* Huber Verlag

Cousins M. S., Shickle L. M., Bander J. A. (2004): *Disease Management.* July 2004, 5(3): 157-167. doi:10.1089/109350702760301448.

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

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

Der Amtsdirektor 07/12/2018 17:52:40 Il Direttore d'ufficio
GHEDINA CRISTINA

Der Abteilungsdirektor 07/12/2018 17:54:31 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

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 10/12/2018 17:09:31 Il direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

Der Direktor des Amtes für Einnahmen Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

11/12/2018

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

12/12/2018

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 108 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
codice fiscale: IT:KMPRNA71C19D571S
certification authority: InfoCert Firma Qualificata 2
numeri di serie: 315333
data scadenza certificato: 04/01/2020

Am 17/12/2018 erstellte Ausfertigung

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 108 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago
codice fiscale: IT:MGNRSE66H24H612Y
certification authority: InfoCert Firma Qualificata 2
numeri di serie: 2F2B1D
data scadenza certificato: 14/12/2019

Copia prodotta in data 17/12/2018

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

Ausstellungsdatum

04/12/2018

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