

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

Nr. 413
Sitzung vom 10/06/2025
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

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

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Richtlinien zur Arbeitsweise der neuen
PNRR-Einrichtungen und Anweisungen zur
Umsetzung des Organisationsmodells der
neuen wohnortnahen
Gesundheitsversorgung gemäß BLR Nr.
907/2022

Oggetto:

Linee di indirizzo sul funzionamento delle
nuove strutture PNRR e istruzioni per
l'implementazione del modello
organizzativo della nuova assistenza
territoriale ai sensi della DGP n. 907/2022

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Mit Beschluss der Landesregierung (in der Folge "BLR") Nr. 285 vom 26.04.2022 wurde die Übernahme und die Genehmigung des staatlichen CIS-Vertrages (Vertrag über die institutionelle Entwicklung) und POR-Planes (regionaler operativer Plan) inklusive der beiliegenden Anlagen, als erster Schritt zur Umsetzung der Mission 6 des PNRR (staatlicher Plan für den Aufschwung und die Resilienz/Wiederaufbauplan) beschlossen. Weiters wurde der Landeshauptmann zur Unterzeichnung des CIS-Vertrages inkl. POR-Planes ermächtigt. Außerdem wurden mit BLR Nr. 285/2022 die Anlagen genehmigt, die zur Durchführung der Vorhaben des PNRR notwendig sind (siehe insbesondere die Tabellen über die zugewiesenen Beträge von Seiten des Staates und die zusätzlich notwendigen Finanzierungen durch das Land). Abschließend wurden die EVV- die einzigen Verfahrensverantwortlichen" des Südtiroler Sanitätsbetriebes (in der Folge "Sanitätsbetrieb") für die im PNRR, Mission 6 "Gesundheit" - Komponente 1 und 2 vorgesehenen Maßnahmen ernannt.

Mit BLR vom 30.08.2022, Nr. 600, wurde Absatz 2 des Artikels 5 des CIS, der die Möglichkeit der Übertragung der Befugnisse für die Umsetzung der Maßnahmen aus den im POR enthaltenen Maßnahmenblättern an externe Umsetzungssubjekte (vor allem an den Sanitätsbetrieb) vorsieht, umgesetzt. Die Autonome Provinz Bozen, in ihrer Funktion als ausführendes Subjekt, bleibt verantwortlich, insbesondere für alle Tätigkeiten, die in den eigenen institutionellen Zuständigkeitsbereich fallen, darunter die Weisungsbefugnis, die Planung und die Überwachung.

Mit BLR Nr. 855 vom 22.11.2022 wurde das Raumprogramm für die vom PNRR vorgesehenen Neubauten (Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser) genehmigt. Der Sanitätsbetrieb sowie die Abteilung 11 (Hochbau und technischer Dienst) des Landes und die Gemeinde Eppan wurden beauftragt, die jeweils in seinen oder ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Bauten zu planen und durchzuführen.

Der BLR Nr. 907 vom 06.12.2022 mit dem Titel „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022“ hat die auf staatlicher Ebene genehmigte Reform an die lokalen Besonderheiten des Landes angepasst. Das MD Nr. 77/2022 setzt einheitlich im gesamten Staatsgebiet die Tätigkeiten der erneuerten wohnortnahen Gesundheitsversorgung fest, wobei das

La Giunta Provinciale

Con deliberazione della Giunta provinciale (di seguito "DGP") n. 285 del 26.04.2022, è stato deciso il recepimento e l'approvazione del contratto statale CIS (contratto istituzionale di sviluppo) e del piano POR (piano operativo regionale) inclusi di allegati, come primo passo verso l'implementazione del PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) Missione 6 "Salute". In secondo luogo, il Presidente della Provincia è stato autorizzato a firmare il contratto CIS compreso il piano POR. In terzo luogo, con la DGP n. 285/2022 sono stati approvati gli allegati necessari per l'attuazione del PNRR (cfr. in particolare le tabelle sugli importi stanziati dallo Stato e il necessario finanziamento aggiuntivo da parte della Provincia autonoma di Bolzano, di seguito "PAB"). Infine, sono stati nominati i "RUP – Responsabili unici del procedimento" dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (di seguito "Azienda sanitaria") per le misure previste dal PNRR, Componenti 1 e 2 della Missione 6 "Salute".

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

Con DGP n. 855 del 22.11.2022 si è approvato il programma planivolumetrico per le nuove strutture previste dal PNRR (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) e si è incaricata l'Azienda sanitaria, assieme alla Ripartizione 11 (Edilizia e servizio tecnico) della PAB e al Comune di Appiano, a progettare ed eseguire le opere ognuno per la sua parte.

Con DGP n. 907 del 06.12.2022 dal titolo "Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento a livello provinciale del DM n. 77/2022" si adatta la riforma introdotta a livello nazionale alle peculiarità della realtà provinciale. Il DM n. 77/2022 definisce in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale le attività della rinnovata assistenza territoriale, con particolare riferimento al ruolo

Augenmerk besonders auf die Rolle der Gesundheitssprengel (die in Südtirol als „Gesundheitsbezirke“ zu verstehen sind) und die Einrichtungen, in denen die Versorgung zu erfolgen hat (Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser), gelegt wird. Das Ministerialdekret beschreibt ein Bezugsszenario, in dem die Funktionen und organisatorischen Aspekte der Sprengel (letztere sind, wie bereits erwähnt, unseren „Bezirken“ funktional gleichwertig) aber auch die Merkmale der Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser, die den konkreten Ort darstellen, an dem die erneuerte wohnortnahe Gesundheitsversorgung am besten organisiert werden kann, beschrieben werden.

Diese Übernahme bedeutet die Anwendung der auf staatlicher Ebene vorgegebenen Standards, aber auch die Möglichkeit, das Organisationsmodell gemäß Ministerialdekret Nr. 77/2022 an die lokalen Gegebenheiten unseres Landes anzupassen. Dazu wurde mit einer Analyse der aktuellen Situation begonnen und zunächst Richtlinien erarbeitet, die einen erneuerten und effizienteren Governance-Rahmen festsetzt, der den Gesundheitsbezirk (im MD Nr. 77/2022 „Sprengel“) in den Mittelpunkt des neuen wohnortnahen Gesundheitssystems stellt. Daraus folgt, dass die Gemeinschaftshäuser, die Gemeinschaftskrankenhäuser und die wohnortnahe Koordinierungszentrale (WONE) als funktionelle Artikulationen des Bezirkes unter der direkten Verantwortung des Bezirksdirektors oder der Bezirksdirektorin anzusehen sind. Ziel ist es, einen besseren Zugang zur Versorgung für Patientinnen und Patienten im Land zu gewährleisten, die Inanspruchnahme des Krankenhauses zu reduzieren und die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten. Die erneuerte Governance zielt insbesondere auf die Schaffung eines integrierten Systems von Gesundheits-, Sozial- und sozio-sanitären Diensten ab.

Im Umsetzungsdokument ist auch ein großer Teil den Aufgaben gewidmet, die festgesetzt und unter den Gesundheitsbezirken, der Landesverwaltung, dem Gesundheitsressort, dem Südtiroler Sanitätsbetrieb aufgeteilt werden. Diese erste Aufteilung der Verantwortlichkeiten betreffend den Erlass von Richtlinien oder von Durchführungsbestimmungen sowie bei der Einrichtung von Gremien und Verfahren ist ein notwendiger Schritt, um die zur Unterstützung der Reform erforderliche erneuerte Governance zu gestalten.

Unter den dem Gesundheitsressort

dei distretti sanitari (da intendersi come comprensori sanitari in PAB) e alle strutture nelle quali l'assistenza deve avvenire (Case della comunità e Ospedali di comunità). Nel decreto ministeriale viene delineato uno scenario di riferimento nel quale sono descritte le funzioni e gli aspetti organizzativi dei distretti (come già accennato, questi ultimi equiparati funzionalmente ai nostri „comprensori“) ma anche le caratteristiche delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità che rappresentano la tangibile sede dove organizzare al meglio la rinnovata assistenza territoriale.

Il recepimento implica l'adozione degli standard indicati a livello nazionale, ma anche la possibilità di adattare il modello organizzativo proposto nel DM n. 77/2022 alla realtà della nostra Provincia. Per fare ciò si è partiti dall'analisi della situazione attuale, individuando per prima cosa Linee di indirizzo che possano definire un rinnovato e più efficiente quadro della Governance, il quale ponga il Comprensorio sanitario („Distretto“ nel DM n. 77/2022) al centro della nuova Sanità territoriale. Ne consegue che le Case della comunità, gli Ospedali di comunità e le Centrali operative territoriali (COT) saranno da considerarsi come articolazioni funzionali del Comprensorio, sotto la diretta responsabilità del Direttore di Comprensorio. Lo scopo è quello di garantire un migliore accesso alle cure dei pazienti sul territorio, riducendo il ricorso all'ospedale e garantendo la continuità delle cure. La rinnovata Governance è tesa in particolare alla realizzazione di un sistema integrato di servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Nel documento di recepimento è anche dedicata un'ampia parte che definisce e distribuisce i compiti tra i Comprensori sanitari, l'amministrazione provinciale, l'Assessorato Salute e l'Azienda sanitaria. Questa prima distribuzione di responsabilità nell'emanare atti di indirizzo o esecutivi, come pure costituendo organi e procedure è un passaggio necessario per disegnare la rinnovata Governance necessaria per sostenere la riforma.

Tra le attività destinate all'Assessorato alla

zugeschriebenen Tätigkeiten finden wir die Festsetzung von Richtlinien zur Arbeitsweise der Gemeinschaftshäuser, der Gemeinschafts-krankenhäuser und der wohnortnahen Einsatzzentralen.

Im April 2024 veröffentlichte die Staatliche Agentur für regionale Gesundheitsdienste (AGENAS) das Dokument mit den „Richtlinien für die Umsetzung des Organisationsmodells der *Hub* Gemeinschaftshäuser“. Der Inhalt des dem gegenständlichen Beschluss als Anlage beigefügten Dokuments wird daher bei Bedarf mit den von AGENAS erteilten Anweisungen ergänzt.

Dieser Beschluss enthält daher als wesentlichen Bestandteil den Anhang 1, der die Richtlinien für die Gemeinschaftshäuser, die Gemeinschaftskrankenhäuser und die wohnortnahen Einsatzzentralen genehmigt.

Die zuständige Organisationseinheit bescheinigt, dass mit dieser Maßnahme kein öffentliches Investitionsprojekt genehmigt oder finanziert wird. Hier handelt es sich um ein programmatisches Dokument, dessen Realisierung nicht mit einer Finanzierung verbunden ist. Daher ist keine Identifizierung über den CUP (einheitlicher Projektkodex) erforderlich.

Gemäß Rundschreiben der Generaldirektion des Landes vom 10.06.2022, Nr. 11, wurde die Stellungnahme der Task-Force PNRR eingeholt, welche positives Gutachten zu diesem Beschluss gegeben hat (Stellungnahme der Task-Force Nr. 84, Prot. 442624 von 21. Mai 2025).

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Der Anhang 1 „Richtlinien zur Arbeitsweise der neuen PNRR-Einrichtungen und Anweisungen zur Umsetzung des Organisationsmodells der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 907/2022“ wird als wesentlicher und integrierender Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.
2. Es wird festgelegt, dass jeder Direktor/jede Direktorin eines Gesundheitsbezirks mit Unterstützung des jeweiligen

Salute si ritrova la definizione di linee di indirizzo per il funzionamento delle Case della Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC) e delle Centrali operative territoriali (COT).

Nell'aprile 2024, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha pubblicato il documento recante le “Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità *hub*”. I contenuti del documento allegato alla presente andranno quindi integrati, ove necessario, con le indicazioni fornite da AGENAS.

La presente deliberazione contiene quindi l'Allegato 1 quale parte integrante che contiene le linee guida per gli Ospedali di Comunità, le Case della Comunità e le Centrali operative territoriali.

La competente struttura organizzativa attesta che con il presente provvedimento non si autorizza né finanzia un progetto d'investimento pubblico, perché si tratta di un atto programmatico, per la cui realizzazione non è previsto un finanziamento. Pertanto, non occorre alcuna identificazione tramite CUP (codice unico di progetto).

Per la presente deliberazione è stato richiesto il parere della Task-Force PNRR ai sensi della Circolare della Direzione generale della Provincia n. 11 del 10.06.2022 (parere della Task-Force n. 84, prot. 442624 del 21 maggio 2025) che si è pronunciata positivamente.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si approva l'Allegato 1 “Linee di indirizzo sul funzionamento delle nuove strutture PNRR e istruzioni per l'implementazione del modello organizzativo della nuova assistenza territoriale ai sensi della DGP n. 907/2022”, quale parte essenziale ed integrante di questa delibera;
2. si stabilisce che ogni Direttore/Direttrice di Compensorio, affiancato dal rispettivo Comitato comprensoriale, proceda alla

Bezirksbeirates die Verordnung der betreffenden *Hub*-Gemeinschaftshäuser auf der Grundlage einer für alle Gemeinschaftshäuser vom Südtiroler Sanitätsbetrieb veröffentlichten Musterverordnung verfasst.

3. Das Reglement betreffend die *Hub*-Gemeinschaftshäuser, das auch jene der zugehörigen *Spoke*-Einrichtungen enthält, muss von jedem Gesundheitsbezirk innerhalb von 6 Monaten nach Eröffnung der jeweiligen *Hub*-Einrichtung und auf jedem Fall rechtzeitig zur Erreichung des PNRR-Targets M6C1-3 im Zusammenhang mit der Investition M6C1I1.1 genehmigt werden.
4. Gegenständlicher Beschluss bringt keine Mehrausgabe zu Lasten des Verwaltungshaushalts der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol mit sich.
5. Gegenständlicher Beschluss wird auf der eigens für den PNRR eingerichteten institutionellen Homepage des Landes veröffentlicht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

scrittura del Regolamento di funzionamento delle Case della Comunità *Hub* di riferimento, sulla base di un Regolamento-tipo pubblicato dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige per tutte le Case della Comunità;

3. il Regolamento di funzionamento della Casa della Comunità *Hub*, includente le strutture *Spoke* afferenti, dovrà essere adottato da ogni Comprensorio sanitario entro 6 mesi dall'apertura della relativa struttura *Hub* e in ogni caso in tempo utile al conseguimento del target PNRR M6C1-3 relativo all'investimento M6C1I1.1;
4. si dà atto che il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio provinciale;
5. la presente deliberazione è pubblicata sulla sezione appositamente istituita per il PNRR sul sito istituzionale della Provincia.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.



ALLEGATO 1

**LINEE DI INDIRIZZO SUL FUNZIONAMENTO
DELLE NUOVE STRUTTURE DEL PIANO
NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)**

**ISTRUZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO
ORGANIZZATIVO DELLA
NUOVA ASSISTENZA TERRITORIALE
AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE
DEL 06.12.2022, N. 907**

Sommario

Abbreviazioni	4
Premessa	5
Ruoli e responsabilità della Direzione strategica per le nuove strutture PNRR	8
A) Dirigente tecnico-assistenziale del territorio	8
B) Direttrice o Direttore medico del territorio	8
C) Coordinatrice o Coordinatore della forma organizzativa multidisciplinare (UCCP)	9
D) Direttrice o Direttore dell'Ufficio gestione amministrativa distrettuale	10
PARTE 1 – Linee di indirizzo sul funzionamento degli Ospedali di Comunità e dei posti letto di Cure intermedie	12
1. Introduzione	12
2. Obiettivi dell'Ospedale di Comunità e dei posti letto di cure intermedie	13
3. La situazione dei posti letto di cure intermedie e ospedali di comunità della Provincia Autonoma di Bolzano	13
3.1 Piano di distribuzione dei posti letti di cure intermedie	14
4. Organizzazione, rapporti con le altre strutture e responsabilità	14
4.1 Premessa	14
4.2 Afferenze all'Ospedale di Comunità ed ai posti letto di cure intermedie	15
4.3 Ruolo e funzionamento della Centrale Operativa Territoriale per le cure intermedie	15
4.4 Organizzazione interna degli Ospedali di Comunità e dei nuclei di posti letto di cure intermedie sia pubblici che privati accreditati	16
4.4.1 La Coordinatrice tecnico assistenziale o il Coordinatore tecnico assistenziale degli Ospedali di Comunità	16
4.4.2 L'Infermiera o l'Infermiere di riferimento	16
4.4.3 Il Medico dell'Ospedale di Comunità	17
5. Il profilo clinico delle e dei pazienti	18
5.1 Le principali patologie trattabili	18
5.2 I criteri di accettazione	19
5.3 I criteri di esclusione	19
5.4 Procedure di ammissione	19
5.5 Criteri di gestione delle liste d'attesa	19
5.6 La degenza	20
5.7 Procedure di dimissione	20
5.8 Visite specialistiche	21
5.9 Gestione delle emergenze	21
5.10 Farmaci, dispositivi, presidi e telemedicina	21
6. Standard di personale e tariffe	22
7. Requisiti strutturali	22
8. Flusso informativo e indicatori	22
PARTE 2 – Indicazioni provinciali per il funzionamento delle Case della Comunità, lo sviluppo delle forme aggregative dei professionisti e della medicina d'iniziativa	23
Introduzione	23
1. Il modello organizzativo delle Case della Comunità <i>hub</i> e <i>spoke</i>	23

2.	Obiettivi e funzioni	25
	Schema dei servizi obbligatori e facoltativi nelle Case della Comunità hub e spoke	26
3.	Le Case della Comunità in Provincia di Bolzano	27
3.1	Premessa	27
3.2	I rapporti con gli ospedali di riferimento	29
4.	Organizzazione, pianificazione e gestione della CdC	30
4.1	Équipe multiprofessionale (UCCP)	31
4.2	Modalità di accesso	31
4.3	Modalità operativa: i PDTA	32
4.4	Modalità di funzionamento interno	32
4.4.1	Coordinatrice o Coordinatore dell'UCCP	32
4.4.2	Coordinatrice infermieristica o Coordinatore tecnico assistenziale della Casa della Comunità (Hub e Spoke)	33
4.4.3	Referente sociale di comunità	33
4.5	Modalità di relazione con gli altri nodi della Rete	34
5.	UVM e Regolamento di funzionamento della singola struttura	34
5.1	Analisi di contesto geo-sanitario	35
5.2	Analisi della popolazione provinciale	35
5.3	Analisi sulla prevalenza e incidenza di alcune patologie di particolare interesse	36
5.4	Indicazioni per l'organizzazione e funzionamento delle Case della Comunità	38
6.	Descrizione della Casa della Comunità	38
6.1	Servizi e attività da attivare	38
6.2	Attività specialistica erogata	39
6.3	Ambulatorio infermieristico	39
6.4	Consultorio familiare	39
6.5	Ambulatorio medico per le piccole urgenze (APU)	40
6.6	Area del Volontariato	40
7.	Monitoraggio ed indicatori di struttura, di processo e di risultato	41
PARTE 3 – Documento di progettazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige		42
1.	Definizione di Centrale Operativa Territoriale (COT)	42
1.2.	Obiettivi	42
1.3.	Funzioni	42
2.	La Centrale Operativa nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	42
2.1.	Operatività	42
2.2.	Personale	42
2.3.	Infrastrutture tecnologiche e informatiche	43
3	Attività delle Centrali Operative Territoriali nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	43
4	Indicatori di processo	45
5	Sviluppi futuri	45

Abbreviazioni

ACN	Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024 (triennio 2019-2021)
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADL	Attività della vita quotidiana (<i>Activities of Daily Living</i>)
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIP	Accordo integrativo provinciale
ASDAA	Azienda sanitaria dell'Alto Adige
ATS	Ambiti territoriali sociali
CA	Continuità assistenziale
CdC	Casa della Comunità
COT	Centrale operativa territoriale
CUP	Centro unico di prenotazione
DM	Decreto ministeriale
DSM	Dipartimento salute mentale
FKT	Fisiokinesiterapia
Hub	Sede principale
IFeC	Infermiere di famiglia e di comunità
MCA	Medici di Continuità assistenziale
MMG	Medico di medicina generale, compreso esplicitamente anche il medico di medicina generale di assistenza primaria del ruolo unico di cui agli ACN 28 aprile 2022 e 4 aprile 2024
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore sociosanitario
PAB	Provincia Autonoma di Bolzano
PAI	Progetto assistenziale integrato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PL	Posti letto
PLS	Pediatra di libera scelta
PNRR	Piano nazionale di ripresa e resilienza
PUA	Punto unico di accesso
PS	Pronto soccorso
RpA	Residenza per Anziani
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
SAD	Servizio assistenza domiciliare
Spoke	Sede secondaria
SSN	Servizio sanitario nazionale
SUAC	Sportello unico di assistenza e cura
UCA	Unità di continuità assistenziale
UCCP	Unità complessa delle cure primarie
UOC	Unità operativa complessa
UVM	Unità di valutazione multidimensionale

Premessa

Il DM n. 77/2022 sulla nuova Sanità territoriale, e la Deliberazione della Giunta provinciale (DGP) n. 907/2022 che la recepisce a livello provinciale, hanno offerto l'opportunità di rivisitare l'organizzazione dell'assistenza territoriale, riconfermando e potenziando le iniziative di cui in parte già contenute nel Masterplan Chronic Care (DGP n. 1281/2018).

Questo lavoro di riorganizzazione dei servizi, incentrati attualmente sulle prestazioni ospedaliere e molto meno su quelle offerte direttamente dal territorio, ha avuto come necessità imprescindibile quella di partire da una rinnovata *Governance* territoriale, seppure in un'ottica che richiede uno sforzo programmatico che va ben oltre la data ultima del 2026 come fissata dal PNRR.

La DGP n. 907/2022 procede così a definire i ruoli degli attori coinvolti in questo cambiamento.

Ruolo centrale viene affidato alle Direttrici ed ai Direttori di Comprensorio, sotto la cui diretta responsabilità gestionale ricade tutto il nuovo modello organizzativo che si traduce nello strumento della Centrale Operativa Territoriale (COT), oltre alle nuove strutture territoriali ovvero le Case della Comunità (*hub* e *spoke*) e gli Ospedali di Comunità, quali sedi tangibili del cambiamento.

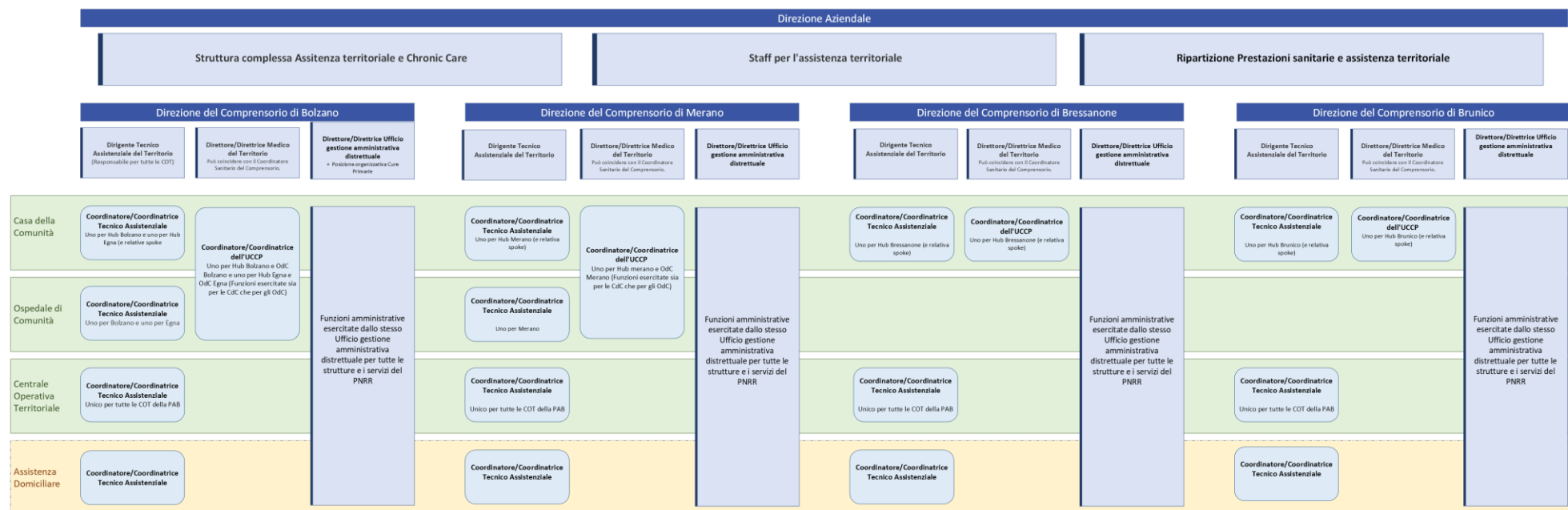
La Direzione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (di seguito denominata Azienda sanitaria oppure ASDAA) nelle sue funzioni di governance affianca le Direttrici e i Direttori di Comprensorio con le rinnovate Direzioni territoriali. Alle Direttrici e i Direttori di Comprensorio sono inoltre affidate, con il sostegno dei rispettivi Comitati comprensoriali, la gestione operativa e alcune funzioni come quella di procedere alla mappatura dei servizi, predisporre regolamenti, individuare fabbisogni e monitorare il corretto funzionamento e la rispettiva performance secondo indicatori predefiniti (si veda DGP n. 712/2024).

Ma anche per il Dipartimento Prevenzione sanitaria e Salute della Provincia di Bolzano è stata prevista l'assunzione di alcuni impegni a livello programmatico e d'indirizzo, atti e documenti per buona parte propedeutici a quelli previsti come compito dell'Azienda sanitaria.

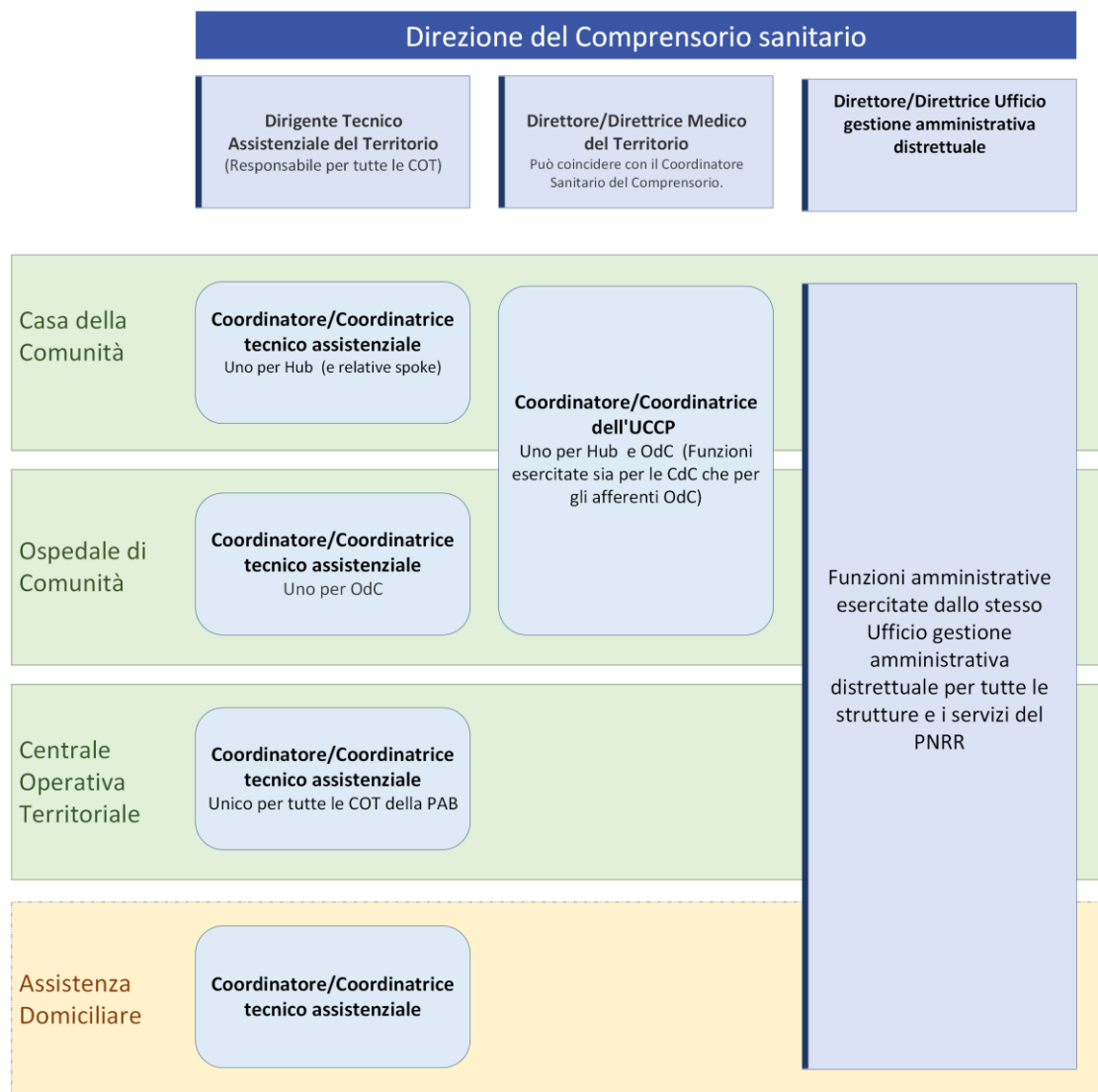
Tra questi atti sono previste le Linee di indirizzo sul funzionamento delle Case della Comunità (CdC), Centrale Operativa Territoriale (COT) e Ospedali di Comunità (OdC), con relativa proposta di organigramma e funzionigramma.

L'obiettivo è permettere all'Azienda sanitaria e alle collaboratrici e collaboratori che contribuiranno in prima linea all'implementazione del nuovo modello, di avere una prima base orientativa sulle regole di funzionamento e sugli strumenti a sostegno di una rinnovata assistenza territoriale.

Organigramma per la nuova assistenza territoriale



Dettaglio organigramma per singolo Comprensorio sanitario



Ruoli e responsabilità della Direzione strategica per le nuove strutture PNRR

A) Dirigente tecnico-assistenziale del territorio

Svolge le seguenti funzioni:

- è responsabile delle strutture per gli aspetti organizzativi e gestionali di competenza;
- collabora allo sviluppo di strategie a breve, medio e lungo termine della Direzione tecnico-assistenziale e della Direzione Aziendale e, in sintonia con il Comprensorio Sanitario, alla programmazione delle attività assistenziali da garantire;
- cura in collaborazione con la coordinatrice tecnico assistenziale o il coordinatore tecnico assistenziale e la Direttrice o il Direttore medico del territorio (v. sotto) l'applicazione dei regolamenti interni sull'ordinamento e sul funzionamento delle strutture;
- riceve dalla coordinatrice tecnico assistenziale o dal coordinatore tecnico assistenziale delle case di Comunità e dalla coordinatrice tecnico assistenziale o dal coordinatore tecnico assistenziale dell'Ospedale di Comunità i turni del personale assegnato;
- verifica, sulla base delle relazioni della coordinatrice tecnico assistenziale o del coordinatore tecnico assistenziale, che la presa in carico delle e dei pazienti cronici avvenga secondo i PDTA elaborati;
- assicura e verifica, in collaborazione con la Direttrice medica o il Direttore medico del territorio, l'effettiva integrazione tra Case della Comunità e Ospedali di Comunità e i presidi ospedalieri, i servizi di assistenza domiciliare, i servizi aziendali, le strutture residenziali ed enti locali;
- è responsabile del debito informativo dei flussi ministeriali relativi alla assistenza, per quanto di competenza;
- in accordo con la Direttrice o il Direttore di Comprensorio assegna alle coordinatrici ed ai coordinatori delle Case di Comunità e dell'Ospedale di Comunità, gli obiettivi individuali e di équipe e provvede alla successiva valutazione;
- promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale;
- sviluppa ed implementa forme assistenziali che garantiscano la continuità assistenziale della o del paziente nelle diverse strutture e tra le strutture e l'assistenza domiciliare;
- elabora, progetta e sviluppa proposte per aumentare la sicurezza delle collaboratrici e dei collaboratori e delle o dei pazienti.

La o il Dirigente tecnico assistenziale del Territorio è il riferimento della o del Direttore di Comprensorio e prende parte alle riunioni del comitato di comprensorio per le tematiche delle strutture che dirige.

B) Direttrice o Direttore medico del territorio

Può coincidere con la Coordinatrice o il Coordinatore sanitario del Comprensorio e svolge le seguenti funzioni:

- è responsabile delle strutture per gli aspetti igienico-sanitari e per quelli organizzativi e gestionali di competenza;
- cura in collaborazione con la Coordinatrice o il Coordinatore della forma organizzativa multidisciplinare (UCCP) o il/la rappresentante dei medici di medicina generale, nelle

more della nomina di tale referente, con la/il rappresentante dei medici di medicina generale ex art. 30 comma 8 dell'ACN (2024), e la/il Dirigente tecnico assistenziale del territorio l'applicazione dei regolamenti interni sull'ordinamento e sul funzionamento delle strutture;

- riceve dalla Coordinatrice o dal Coordinatore dell'UCCP/rappresentante dei medici di medicina generale i turni di presenza dei medici all'intero delle Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC), come concordati con i referenti delle AFT funzionalmente collegate, e i turni degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato;
- verifica, sulla base delle relazioni della Coordinatrice o del Coordinatore dell'UCCP e del rappresentante dei medici di medicina generale ex art. 30 comma 8 ACN (2024), che la presa in carico dei pazienti cronici avvenga secondo i PDTA elaborati;
- assicura e verifica l'effettiva integrazione tra Case della Comunità e Ospedali di Comunità e i presidi ospedalieri, i Servizi di assistenza domiciliare, i servizi aziendali, le strutture residenziali ed enti locali;
- è responsabile del debito informativo dei flussi ministeriali, per quanto di competenza;
- in accordo con la Direttrice o il Direttore di comprensorio e con la Coordinatrice o il Coordinatore dell'UCCP o della/del rappresentante dei medici di medicina generale assegna ai medici operanti in tali strutture gli obiettivi individuali e di équipe e provvede alla successiva valutazione;
- promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale medico;
- vigila sul rispetto delle norme igienico-sanitarie;
- organizza di concerto con la/il dirigente tecnico assistenziale incontri periodici dei teams multiprofessionali per incentivare il lavoro di gruppo e l'implementazione dei percorsi assistenziali integrati.

Il medico con tali responsabilità è il riferimento della Direttrice o del Direttore di comprensorio e prende parte alle riunioni del comitato di comprensorio per le tematiche delle strutture che dirige.

C) Coordinatrice o Coordinatore della forma organizzativa multidisciplinare (UCCP)

La Coordinatrice o il Coordinatore della forma organizzativa multidisciplinare (UCCP) all'interno dell'ospedale di comunità, **coincide con la figura del coordinatore dell'UCCP all'interno delle case della comunità**. Egli è designato dall'Azienda Sanitaria secondo le disposizioni dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali del personale convenzionato.

La coordinatrice o il coordinatore UCCP cura e coordina, di concerto con la/il rappresentante dei medici di medicina generale e i referenti delle AFT afferenti alla struttura, le attività svolte dai MMG nell'ospedale di comunità e nelle case di comunità.

In particolare:

- contribuisce all'implementazione dei programmi e dei percorsi clinico-assistenziali con la Direttrice o il Direttore medico del territorio, la/il dirigente tecnico assistenziale e il coordinatore/la coordinatrice tecnico assistenziale;
- applica i protocolli per la continuità assistenziale così come definiti dalla programmazione provinciale (v. la Centrale del numero unico 116117);
- contribuisce al miglioramento della pratica clinica delle colleghe e dei colleghi promuovendo incontri e favorendo il dialogo con delle e dei colleghi delle AFT afferenti

- all'ospedale e alle case di comunità;
- partecipa alle attività di case-management in collaborazione con i MMG ed il resto dell'équipe multiprofessionale;
- organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- attiva al bisogno il servizio di emergenza-urgenza (tramite la centrale operativa 112) delegando in sua assenza il personale infermieristico;
- predispone i turni di presenza dei medici all'intero delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità e i turni delle specialiste e degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato;
- monitora la qualità dell'assistenza clinica, promuovendo l'appropriatezza delle prescrizioni e delle cure secondo le linee guida cliniche più aggiornate.

Gli MMG presenti nella struttura sono di riferimento per le proprie assistite e i propri assistiti e svolgono anche attività di medicina generale per le assistite e gli assistiti di altri medici afferenti alle AFT di riferimento in particolare per la gestione centralizzata dei PDTA.

D) Direttrice o Direttore dell'Ufficio gestione amministrativa distrettuale

L'Ufficio Gestione Amministrativa Territoriale rappresenta un elemento strategico per il funzionamento delle nuove strutture previste dal PNRR e per il coordinamento dell'intera rete di assistenza territoriale.

Operando sia a livello di Direzione del Comprensorio sia direttamente nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità, il ruolo della Direttrice o del Direttore dell'Ufficio è quello di garantire una gestione amministrativa efficiente, orientata ai bisogni della popolazione e in grado di supportare l'integrazione dei servizi.

Le principali funzioni attribuite a questa figura includono:

1. Coordinamento amministrativo a livello territoriale

- Garantire la gestione amministrativa e il monitoraggio dei servizi amministrativi connessi all'assistenza sanitaria al cittadino (esenzioni, mobilità sanitaria, richieste di assistenza sanitaria fuori provincia o estero, ecc.).
- Garantire la gestione amministrativa del personale medico convenzionato e le relative attività collegate.
- Coordinare e supervisionare gli sportelli multifunzionali, assicurando la qualità del servizio e l'efficienza nelle prenotazioni e nelle procedure operative.
- Supportare i professionisti sanitari e sociali con informazioni e strumenti utili per l'erogazione dei servizi territoriali.
- Pianificare e ottimizzare l'uso delle risorse amministrative, attivando ove necessario le unità organizzative competenti.
- Monitorare e analizzare i dati relativi alle prestazioni territoriali, elaborando report a supporto della programmazione strategica del Comprensorio.
- Collaborare con la Direzione Comprensoriale per definire e raggiungere gli obiettivi annuali in ambito territoriale.
- Partecipare attivamente alle riunioni di coordinamento tra ambito clinico, assistenziale e sociale, contribuendo alla pianificazione di iniziative che favoriscano la continuità assistenziale tra i diversi livelli di cura.

- Promuovere operativamente lo sviluppo e l'accompagnamento verso strumenti e processi digitali per semplificare le attività amministrative e migliorare l'efficienza.
- Organizzare percorsi di formazione continua per il personale amministrativo, al fine di adeguarne le competenze alle esigenze delle nuove strutture e ai processi territoriali.

2. Supporto alle nuove strutture PNRR

- Organizzare e gestire le prenotazioni e il supporto informativo per i cittadini, promuovendo una comunicazione chiara e accessibile sui servizi disponibili.
- Garantire il supporto amministrativo per la gestione delle risorse umane e materiali, inclusi budget.
- Garantire la correttezza delle procedure di ammissione, dimissione e gestione documentale, assicurando il rispetto delle linee guida aziendali.

PARTE 1 – Linee di indirizzo sul funzionamento degli Ospedali di Comunità e dei posti letto di Cure intermedie

1. Introduzione

Nel gennaio 2020 è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato- Regioni sull'Ospedale di Comunità (di seguito, *OdC*) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e con il DM n. 70 del 2 aprile 2015.

I posti letto degli ospedali di comunità rientrano nel più generale contesto dei posti letto di cure intermedie che hanno sicuramente rappresentato una modalità di risposta valida ed appropriata ai bisogni di cura e assistenza durante la fase COVID, rafforzando le sinergie nel governo dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio e tra territorio ed ospedale. Per queste ragioni si è inteso potenziarli nel PNRR.

La Missione 6 "Salute", Componente 1 (di seguito, *M6C1*) del PNRR ha previsto l'investimento 1.3 per il "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)*" che mira, con una dotazione di 1 miliardo di euro all'attivazione di 381 ospedali di comunità¹ sul territorio nazionale per un totale di 10.738 posti letto.

I posti letto degli ospedali di comunità e più in generale i posti letto di cure intermedie sono territoriali e non rientrano nel valore dei posti letto per acuti e post-acuti (3,7 per mille)².

Per la Provincia autonoma di Bolzano sono previsti 214 posti letto di cure intermedie di cui 80 posti letto destinati a 3 nuovi Ospedali di Comunità da costruire *ex novo* entro il 2026 in altrettante case della comunità *hub*. Il numero di 3 Ospedali di Comunità è da considerare il valore minimo, dal momento che la Provincia può decidere di istituirne altri con finanziamenti propri.

Il DM n. 77 del 23 maggio 2022 "**Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale**" (pubblicato in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022) definisce così l'ospedale di comunità: "*E' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete dell'offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio*".

¹ Successivamente, con DM Salute 20/01/2022 di riparto alle Regioni/PA dei fondi del PNRR, il numero degli interventi negli ospedali di comunità è stato elevato a 400.

² L'Ospedale di Comunità non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari. Gli Ospedali di Comunità, fra i diversi setting assistenziali, vanno a collocarsi fra la lungodegenza post-acuzie ospedaliera e le Residenze per Anziani (RpA), esponendosi, per alcuni aspetti, a rischi di sovrapposizione all'una e all'altra tipologia di struttura. A ben guardare l'essenza delle differenze fra la lungodegenza post-acuzie e gli Ospedali di Comunità sta in una minore presenza medica in quest'ultima struttura; mentre la differenza principale fra gli Ospedali di Comunità e le RpA sta in un diverso mix del personale assistenziale: le RpA erogano una minore assistenza infermieristica ed una maggiore assistenza degli OSS/OSA.

Infine, gli Ospedali di Comunità non sono ricompresi nelle strutture residenziali facenti parte dei livelli essenziali di assistenza approvati con DPCM 12/01/2017.

L'ospedale di comunità è un presidio di **cure intermedie** con attività di ricovero, sotto la responsabilità dell'assistenza sanitaria territoriale. Eroga interventi a bassa intensità clinico-assistenziale ed i tempi di degenza sono brevi.

L'ospedale di comunità, così come in generale tutti i posti letto di cure intermedie, fanno parte della **rete territoriale** e sono quindi collegati funzionalmente con le altre strutture territoriali del DM n. 77/2022 (case della comunità, distretti sanitari e sociali, aggregazioni dei medici di medicina generale, centrali operative territoriali), con l'obiettivo di facilitare la transizione delle e dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti e post-acuti (pubbliche e private accreditate) al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di adeguare l'ambiente domestico ed organizzarsi per la cura dei propri cari, ovvero per consentire il ricovero da pazienti provenienti dal territorio, che non abbisognano di ricovero per acuti in ospedale, in particolare segnalati dai medici di medicina generale. **La gestione dei posti letto è prevalentemente infermieristica.** Le strutture per cure intermedie sono strutture territoriali a bassa intensità di cura, e si differenziano dai posti letti per ricovero temporaneo e di transito, i quali afferiscono all'area sociale.

2. Obiettivi dell'Ospedale di Comunità e dei posti letto di cure intermedie

Gli **obiettivi principali** di un Ospedale di Comunità sono i seguenti:

- garantire un appropriato percorso di cura della o del paziente in fase post-acuta o cronica riacutizzata, con bassa instabilità clinica;
- prevenire ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- organizzare e favorire il rientro a domicilio della o del paziente, sia che la o il paziente provenga dall'ospedale per acuti e post-acuti (dimissione protetta, pronto soccorso) che da altre strutture territoriali (residenze per anziani, RSA, case di cura private accreditate di riabilitazione e non) o su indicazione dei medici di medicina generale (per riacutizzazioni);
- prevedere e attivare l'eventuale inserimento in struttura protetta (residenze o strutture semiresidenziali) in sintonia con i servizi sociali locali;
- condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale (di seguito, MMG) curante e con i familiari o *caregiver*, al fine di garantire una continuità assistenziale dopo la dimissione;
- alimentare flussi informativi specifici previsti dal DM n. 77/2022.

Il funzionamento degli Ospedali di Comunità all'interno o meno di case della comunità è strettamente collegato al funzionamento delle centrali operative territoriali (COT).

Questo documento propone un modello organizzativo e gestionale di Ospedale di Comunità nella PA di Bolzano.

Di seguito, si premette la situazione attuale dei posti letto di cure intermedie della Provincia ai quali gli ospedali di comunità afferiscono.

3. La situazione dei posti letto di cure intermedie e ospedali di comunità della Provincia Autonoma di Bolzano

Gli Ospedali di Comunità possono avere una sede propria o essere collocati all'interno delle case della comunità, ovvero essere dislocati all'interno di strutture sanitarie autonome ovvero di case di cura private accreditate. Essi fanno parte della rete dei posti letto di cure intermedie

che, in Provincia di Bolzano, ammonteranno a 214 posti letto.³

Sono 3 gli Ospedali di Comunità previsti in Provincia di Bolzano nell'ambito del PNRR, per un totale di 80 posti letto: 40 posti letto nella casa della comunità di nuova costruzione di Bolzano, 20 posti letto nella casa della comunità di nuova costruzione di Egna e 20 posti letto nella casa della comunità di Merano.

È opportuno chiarire per la Provincia di Bolzano:

- i posti letto degli Ospedali di Comunità sono posti letto di cure intermedie, inseriti nella più generale DGP n. 438 del 21.06.2022 con la quale sono stati individuati 214 posti letto di cure intermedie sul territorio provinciale sulla base del valore di 0,4 posti letto per 1000 abitanti;
- nella DGP n. 907 del 6 dicembre 2022 di recepimento del DM n. 77/2022 sono stati individuati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che si intendono rispettati anche per gli ospedali di comunità che saranno costruiti entro il 2026⁴;
- gli Ospedali di Comunità di nuova costruzione sono collocati all'interno di tre delle cinque case della comunità *hub* della Provincia (Bolzano, Egna e Merano). Ciò non significa che non possano essere individuate altre sedi, ad es. strutture private accreditate che rispettano i requisiti di legge, ospedali per acuti, strutture residenziali, purché siano sempre gerarchicamente dipendenti dalla rete territoriale/comprenditoriale.

3.1 Piano di distribuzione dei posti letti di cure intermedie

Nelle more della costruzione dei nuovi Ospedali di Comunità nelle sedi definitive, con determinazioni dell'Azienda sanitaria saranno distribuiti i posti letto di cure intermedie, al fine di garantire una distribuzione equa dei posti letto di cure intermedie a tutti i pazienti e contemporaneamente dare ai MMG la possibilità di ricoverare e agli ospedali la possibilità di dimettere pazienti in tempi congrui alla risoluzione dei problemi di salute.

Gli attuali e futuri posti letto di cure intermedie, distribuiti su tutto il territorio provinciale, fanno riferimento alle 5 Centrali Operative Territoriali.

4. Organizzazione, rapporti con le altre strutture e responsabilità

4.1 Premessa

Gli Ospedali di Comunità e i posti letto di cure intermedie sono collegati in rete e direttamente gestiti dalle Centrali Operative Territoriali secondo precisi percorsi assistenziali ed amministrativi. Le Centrali Operative Territoriali sono il fulcro alle quali giungono le richieste ed alle quali sono inviati i dati relativi alla gestione delle liste di attesa delle e dei pazienti provenienti dalle diverse strutture o segnalati dal medico di medicina generale.

Il collegamento funzionale tra l'Ospedale di Comunità, l'ospedale per acuti (o altre strutture

³ Si veda a tal proposito la DGP n. 438/2022 dal titolo "Piano delle cure intermedie 2022-2026" che prevede la programmazione di un massimo di 214 posti letto di cure intermedie da istituire entro il 2026 sul territorio provinciale, distribuiti in maniera equilibrata nei Comprensori sanitari, di cui 80 afferenti ai 3 futuri ospedali di comunità.

⁴ Con Decreto assessorile del 28 novembre 2018, n. 22555 sono stati approvati già nel 2018 i requisiti specifici per l'autorizzazione e l'accreditamento delle c.d. Strutture/unità operative di ricovero pubbliche e private per cure intermedie a livello provinciale. Tali requisiti sono contenuti nell'allegato A, che costituisce parte integrante del decreto in questione. I requisiti per il presidio sanitario sono pienamente riconducibili alla funzione ed al ruolo che i futuri "Ospedali di Comunità" previsti dal PNRR sono destinati a svolgere nell'assistenza primaria.

territoriali) e il domicilio è mediato dalla Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale provvede alla gestione dei trasferimenti da un setting ad un altro e all'evasione delle richieste di ingresso in struttura, in sinergia con la Coordinatrice tecnico assistenziale o il Coordinatore tecnico assistenziale dell'Ospedale di Comunità che coordina l'accoglimento della/del paziente in struttura e il successivo percorso alla dimissione. L'organizzazione dell'Ospedale di Comunità deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi le professioniste e i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i Servizi Sociali dei comuni⁵.

Il Comprensorio sanitario, in collaborazione con la struttura, garantisce al medico di medicina generale della/del paziente di avere accesso alla struttura per favorire il colloquio con il personale che assiste la o il paziente.

4.2 Afferenze all'Ospedale di Comunità ed ai posti letto di cure intermedie

Le e i pazienti possono giungere agli Ospedali di Comunità e ai posti letto di cure intermedie dalle seguenti strutture sulla base di una **“Scheda unica di invio e valutazione per ricovero in unità di cure intermedie”**⁶:

- dai reparti degli ospedali per pazienti acuti e post-acuti e pronto soccorso;
- dal domicilio attraverso i medici di medicina generale;
- dalle residenze per anziani (RpA);
- da strutture private accreditate.

4.3 Ruolo e funzionamento della Centrale Operativa Territoriale per le cure intermedie

La scheda di cui sopra viene compilata in tutte le sue parti viene inoltrata alla Centrale Operativa Territoriale di competenza.

La Centrale Operativa Territoriale, che riceve la richiesta di ammissione alle cure intermedie, verifica la segnalazione ricevuta, fermo restando che in questa fase, in attesa della costituzione delle unità di valutazione multidimensionale provinciali, la valutazione clinica dell'appropriato accesso è delegata alle strutture invianti.

In seguito alla valutazione con esito positivo al setting di cure intermedie, la Centrale Operativa Territoriale verifica la disponibilità del posto letto e conferma via e-mail la data del possibile trasferimento. La Centrale Operativa Territoriale informa sulla data di ammissione alla struttura per cure intermedie i richiedenti, i quali provvederanno all'organizzazione del trasferimento nella data concordata. Inoltre, la Centrale Operativa Territoriale monitora il transito della o del paziente dal setting di origine verso la struttura per cure intermedie e il domicilio, o verso altra destinazione definitiva.

⁵ L'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la comunità locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

⁶ Si veda a tal proposito l'Allegato 1 alla procedura aziendale contenuta nella Circolare del 23/12/2022, assieme agli altri allegati presenti.

4.4 Organizzazione interna degli Ospedali di Comunità e dei nuclei di posti letto di cure intermedie sia pubblici che privati accreditati

La gestione e l'attività nell'Ospedale di Comunità sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle **diverse competenze**, garantendo ammissioni/dimissioni nei 7 gg/set.

Per un nucleo di 20 posti letto⁷, si garantisce la presenza del seguente personale:

- 7-9 infermiere o infermieri per garantire la presenza infermieristica h24/ 7 giorni su 7, di cui 1 coordinatrice/coordinatore tecnico assistenziale;
- 4-6 operatrici o operatori sociosanitari (OSS) per garantire la presenza h24/ 7 giorni su 7;
- 1-2 personale riabilitativo (fisioterapisti e/o terapisti occupazionali e/o logopedisti);
- 1 medico per h 4,5 al giorno 6 giorni su 7.

L'assistenza medica alle e ai pazienti ricoverati è prestata da medici di medicina generale presenti nella Casa della comunità se i posti letto di cure intermedie sono **all'interno di strutture pubbliche** (case della comunità o ospedali o altre strutture pubbliche), ovvero da medici specialisti di area geriatrica-internistica aziendali, ovvero da medici specialisti di strutture private che garantiscono l'assistenza medica routinaria ed una reperibilità diretta telefonica h12.

4.4.1 La Coordinatrice tecnico assistenziale o il Coordinatore tecnico assistenziale degli Ospedali di Comunità

La Coordinatrice o il Coordinatore tecnico assistenziale è responsabile tra l'altro delle seguenti attività:

- pianificazione e gestione del personale tecnico-assistenziale e della relativa attività professionale;
- sviluppo e formazione del personale⁸;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- gestione della sicurezza e della qualità;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- individuazione dell'infermiere di riferimento per i singoli pazienti;
- coordinamento dell'accoglienza dei singoli pazienti.

4.4.2 L'Infermiera o l'Infermiere di riferimento

È l'infermiera o l'infermiere che si occupa di gestire la relazione tra la o il paziente e famiglia e tra le varie figure assistenziali che ne gestiscono la presa in carico.

Svolge inoltre le seguenti attività:

⁷ Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (standard organizzativo con valore prescrittivo). È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti. Lo standard del personale andrà proporzionalmente ridotto nel caso siano presenti due moduli.

⁸ Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

- coordina il percorso della o del paziente dall'ingresso alla destinazione definitiva;
- si interfaccia con la Centrale Operativa Territoriale, in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza;
- mantiene i rapporti con il medico di medicina generale e con la famiglia della o del paziente, con i servizi domiciliari e con l'ospedale nel caso in cui il ricovero sia proposto da un reparto;
- predispone e condivide con l'équipe terapeutica il piano di assistenza ed educazione sanitaria della o del paziente e/o sua/suo caregiver.

4.4.3 Il Medico dell'Ospedale di Comunità

È garante dell'assistenza clinica della o del paziente che afferisce ai posti letto di cure intermedie.

Inoltre:

- contatta le Unità Operative dell'Ospedale per acuti di riferimento, in relazione ad eventuali ricoveri (riacutizzazioni improvvise), e a consulenze specialistiche (specialisti ospedalieri richiesti);
- contatta il medico di medicina di medicina generale del paziente prima della dimissione, che avviene con le modalità della cosiddetta "dimissione protetta", favorendo l'accesso del medico curante nella struttura per concordare le modalità di dimissione;
- compila, per la parte di propria competenza, la cartella clinica fino alla chiusura della stessa e redige la lettera di dimissione;
- mantiene i rapporti con il sistema dell'emergenza per eventuali trasferimenti urgenti;
- organizza in sinergia con la coordinatrice o il coordinatore tecnico assistenziale del reparto i colloqui con i familiari, discussioni caso, audit clinico-assistenziali con tutto il personale coinvolto nell'assistenza alle e ai pazienti, almeno una volta al mese per affrontare criticità e per informare il medico responsabile sulla gestione di provvedimenti presi o criticità da risolvere.

La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto. La cartella dovrà essere informatizzata, a cura dei Servizi informatici, per permettere di alimentare i flussi informativi provinciali⁹.

Il medico è altresì responsabile della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato e le modalità operative stabilite a livello assessorile)¹⁰.

⁹ Le e i responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE (standard organizzativo con valore prescrittivo).

¹⁰ In riferimento agli interventi introdotti dal PNRR (si veda in particolare il sub-intervento 1.3.2.2.1), è prevista la reingegnerizzazione di NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) a livello locale, che prevede l'implementazione di **nuovi flussi informativi sanitari**, al fine di completare il monitoraggio dei LEA e di potenziare la qualità dei dati clinici e amministrativi dei dati esistenti. Sulla base dei target stabiliti nel PNRR, le Regioni e Province autonome adottano i flussi per i Servizi di Riabilitazione Territoriale e quelli per i Consultori di Famiglia. È prevista anche l'adozione dei flussi per gli Ospedali di Comunità e per i Servizi di Cure Primarie. Nel dettaglio, il nuovo flusso informativo dell'Ospedale di comunità è riferibile a dati individuali di attività sanitaria per prestazioni erogate dagli Ospedali di Comunità ex D.M. del 2 aprile 2015, n. 70.

5. Il profilo clinico delle e dei pazienti

Le strutture per cure intermedie sono rivolte a pazienti che necessitano di:

- interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili a domicilio;
- assistenza/vigilanza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna;
- interventi di tipo riabilitativo (fisioterapia/ergoterapia/logopedia) al bisogno.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato, con conseguente aumento del carico assistenziale;
2. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente stabili ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa fino al completamento della loro stabilizzazione;
3. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del rientro al domicilio;
4. pazienti caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, con scarso supporto socioassistenziale.

5.1 Le principali patologie trattabili

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità ovvero nei posti letto di cure intermedie sono:

- patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigenoterapia a basso flusso senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
- malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitino di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
- cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- osteoporosi complicata;
- patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
- necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;
- ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- malattie croniche del fegato, malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
- malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;
- pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento.

5.2 I criteri di accettazione

I criteri di accettazione presso l'Ospedale di Comunità e nei posti letto di cure intermedie sono i seguenti:

1. assenza di problematiche acute in atto;
2. condizione clinica stabile (scala NEWS 2: punteggio 0-3, purché il punteggio totale di 3 non sia ottenuto da un unico item);
3. inquadramento diagnostico completato e programma terapeutico delineato.

5.3 I criteri di esclusione

Il setting di cure intermedie non è indicato alle e ai pazienti con le seguenti caratteristiche:

1. pazienti classificabili come terminali che accedono alla rete delle cure palliative;
2. pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi ospedalieri (codice 26.00, 56.00, 60.00 e 75.00) ed extraospedalieri;
3. pazienti psichiatrici o pazienti affetti da problemi di dipendenza che accedono ad altri percorsi;
4. pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali, che accedono ad altri percorsi.

Il trasferimento della o del paziente deve essere sospeso se, nelle 48 ore precedenti, è presente uno dei seguenti aspetti:

- frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- pressione arteriosa sistolica <70 o ≥ 200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- temperatura ascellare $\geq 38,5$ °C;
- frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30 ;
- stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- sanguinamento in atto;
- sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile.

5.4 Procedure di ammissione

La richiesta per cure intermedie può essere presentata alla COT in generale:

- dal medico del pronto soccorso,
- dal medico di medicina generale,
- dal medico dei Reparti acuti o post acuti ospedalieri.

Qualora la richiesta giunga dalle residenze per anziani è sempre il medico di medicina generale che opera nella struttura a farsi carico della richiesta.

Qualora la o il paziente provenga da una struttura privata accreditata sarà il medico della stessa a fare la richiesta.

La richiesta deve contenere tutte le informazioni utili ad inquadrare le cure necessarie alla o al paziente, va evidenziata l'impossibilità della presa in carico in regime domiciliare o residenziale classico, e deve far riferimento a quelle condizioni che si risolvono in un periodo di tempo limitato.

5.5 Criteri di gestione delle liste d'attesa

Alcuni criteri di gestione delle liste d'attesa da parte della Centrale Operativa Territoriale sono:

- data di arrivo della richiesta, fatte salve criticità locali da definire in sede di avvio delle

attività;

- tipologia del setting assistenziale (provenienza della o del paziente);
- segnalazioni di elevata morbosità da parte della Direzione medica ospedaliera.

La tempestività della risposta di richiesta di ricoverare una o un paziente in una struttura con letti di cure intermedie è correlata sia al setting da cui proviene la richiesta, sia dalla data di arrivo della richiesta stessa:

- entro 12 ore se si tratta del Pronto Soccorso;
- entro 24 ore se la o il paziente viene dal proprio domicilio;
- entro 72 ore se la o il paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero per acuti o post-acuti.

5.6 La degenza

All'ingresso viene formulato un Progetto assistenziale integrato (PAI) e durante la degenza la o il paziente viene rivalutato ad intervalli regolari, per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali individuati all'ingresso.

Il tempo di degenza va definito in base al quadro clinico, riabilitativo e le necessità correlate all'assistenza, non in base all'esigenza della famiglia.

La durata della degenza si attesta generalmente su 15-20 giorni. Trascorso il termine di 20 giorni, la degenza può essere prolungata in casi particolari fino alle 6 settimane. L'eventuale prolungamento è richiesto dal medico che ha in carico la o il paziente alla Centrale Operativa Territoriale tramite modulo previsto **“Richiesta di prolungamento del ricovero in cure intermedie”**. Qualora venisse autorizzata una proroga di degenza dal medico, la o il cittadino partecipa alla retta giornaliera, per ogni giornata successiva ai primi 30 giorni di ricovero, secondo gli importi medi previsti per le residenze per anziani.

5.7 Procedure di dimissione

Nell'ottica di garantire una continuità assistenziale, la struttura (responsabile clinico e infermiera/e di riferimento), almeno una settimana prima della dimissione, si attiva per la segnalazione della dimissione alla Centrale Operativa Territoriale.

Alla fine del periodo di permanenza nell'Ospedale di Comunità la o il Responsabile Clinico redige una lettera di dimissione indirizzata al medico di medicina generale nel quale descrive:

- le principali attività diagnostico-terapeutiche svolte;
- i principali fatti clinici intervenuti nel corso della permanenza della o del paziente nell'Ospedale di Comunità;
- le indicazioni necessarie per continuare il percorso assistenziale.

L'infermiera o l'infermiere di riferimento redige una lettera di dimissione indirizzata al servizio infermieristico domiciliare, se la o il paziente necessita di questa assistenza, nella quale descrive:

- i bisogni di assistenza infermieristica rilevati, gli obiettivi assistenziali definiti;
- i principali interventi infermieristici attuati e i risultati ottenuti nel corso della permanenza del paziente nell' Ospedale di Comunità;
- le indicazioni necessarie per continuare il percorso assistenziale.

La cartella clinica deve contenere la seguente documentazione:

- richiesta di inserimento in Ospedale di Comunità;

- lettera di dimissione ospedaliera (paziente da ospedale);
- diario medico;
- scheda di accertamento infermieristico/piano assistenziale;
- diario infermieristico;
- schede di accertamenti di altri professionisti, attivati durante la degenza nell'Ospedale di Comunità, con eventuale programma individuale;
- in caso di trattamento da parte dei professionisti attivati deve essere redatto un diario specifico professionale;
- progetto assistenziale integrato;
- richieste/referti/esami di laboratorio;
- termografica;
- terapia farmacologica in corso e successivi aggiornamenti;
- lettera di dimissione.

La cartella viene completata con diagnosi di dimissione (codificata secondo la classificazione ICD-9) e firmata dalla o dal Responsabile Clinico.

5.8 Visite specialistiche

Il medico dell'Ospedale di Comunità può richiedere consulenze da parte di specialiste o specialisti ospedalieri con ricettario del SSN o prescrizione dematerializzata (DEMA).

Le visite specialistiche, comprese quelle fisiatriche, verranno effettuate da specialisti operanti negli ospedali o eventuali altre strutture pubbliche (o private accreditate con tariffe predefinite).

5.9 Gestione delle emergenze

Dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi l'assistenza medica per urgenze o necessità di monitoraggio sarà garantita da un medico di Continuità Assistenziale della sede più vicina all'Ospedale di Comunità, che interverrà in qualità di medico consulente e provvederà ad aggiornare la cartella clinica su quanto effettuato o disposto.

L'invio in Pronto Soccorso presso l'Ospedale di riferimento dell'Azienda Sanitaria può essere disposto dalla Responsabile Clinica o dal Responsabile Clinico o dal medico di Continuità Assistenziale; si dovrà attendere l'esito di tale invio (osservazione in Pronto Soccorso, permanenza in osservazione breve intensiva/OBI, ricovero ospedaliero), mantenendo il posto letto per un periodo massimo di 48 ore.

5.10 Farmaci, dispositivi, presidi e telemedicina

I farmaci sono prescritti dal Medico dell'Ospedale di Comunità con l'utilizzo strumenti prescrittivi aziendali e forniti dal Servizio di Farmacia Ospedaliera.

Possono essere forniti all'Ospedale di Comunità tutti i farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero. L'Azienda Sanitaria fornisce attraverso il servizio di farmacia ospedaliera i prodotti necessari per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione è subordinata al rispetto, da parte del medico dell'Ospedale di comunità, dei criteri di appropriatezza definiti dalle specifiche direttive e linee guida provinciali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera.

L'Azienda Sanitaria assicura la fornitura dei presidi personalizzati, ausili e dispositivi. L'Azienda Sanitaria dovrà inoltre garantire, al fine di fornire assistenza di basso-medio livello, minime dotazioni tecnologiche come ad esempio: carrello per la gestione dell'emergenza con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale, elettrocardiografo portatile, saturimetro, ecografo portatile. Le tecnologie da rendere disponibili potranno essere sempre definite anche in un secondo momento.

L'Ospedale di Comunità si adegua e collabora con le iniziative di **telemedicina e teleconsulto** predisposte dall'Azienda sanitaria. A tale scopo nell'organizzazione degli Ospedali di Comunità e nei posti letto di cure intermedie va garantito uno spazio specifico da riservare all'attività di telemedicina. In particolare, si auspica la possibilità di avviare teleconsulti tra le varie attrici e i vari attori del percorso assistenziale e telemonitoraggio dei parametri vitali delle e dei pazienti alla dimissione.

6. Standard di personale e tariffe

Con deliberazione n. 1152 del 17 dicembre 2019 sono stati fissati gli standard minimi di personale e la tariffa giornaliera per strutture pubbliche e private.

7. Requisiti strutturali

I criteri di accreditamento attualmente vigenti sono quelli definiti con decreto assessorile del 28 novembre 2018 n. 22555 e infine aggiornati con la Deliberazione della Giunta Provinciale del 6 dicembre 2022, n. 907.

8. Flusso informativo e indicatori

Al fine del monitoraggio dell'attività eseguita presso gli Ospedali di Comunità e presso le altre strutture operanti nell'ambito delle cure intermedie, è fatto obbligo a ciascuna struttura erogatrice di questa tipologia di assistenza alimentare **il flusso informativo ad hoc delle cure intermedie**, come previsto dalle disposizioni nazionali e secondo il tracciato record definito dalle stesse, integrate eventualmente da informazioni richieste specificatamente per la Provincia autonoma di Bolzano e definite nell'atto amministrativo di recepimento delle stesse disposizioni nazionali.

L'attività di gestione e coordinamento del flusso informativo delle cure intermedie – sia nella fase provvisoria, sia in quella successiva al definitivo recepimento della regolamentazione nazionale – è collocata presso l'Osservatorio per la Salute della Provincia, e rientra fra i suoi compiti, come da Art. 4 della Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7.

Tra essi, vi è anche quella del monitoraggio e la verifica delle attività delle strutture, attraverso il calcolo degli indicatori di monitoraggio.

Possibili indicatori di monitoraggio degli Ospedali di Comunità e dei posti letto di cure intermedie potranno essere:

- Tasso di occupazione dei posti letto;
- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in Ospedali di Comunità;
- Tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni;
- Degenza media in Ospedale di Comunità;
- Degenza oltre le 6 settimane (o numero di outlier);
- Numero pazienti provenienti dal domicilio;
- Numero pazienti provenienti da ospedali.

PARTE 2 – Indicazioni provinciali per il funzionamento delle Case della Comunità, lo sviluppo delle forme aggregative dei professionisti e della medicina d'iniziativa

Introduzione

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede una profonda riorganizzazione delle attività del territorio e la creazione di Case della comunità intese come **strutture pubbliche**¹¹ facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito e per l'erogazione di prestazioni, attività e servizi sanitari e sociosanitari in continuità con l'ospedale ed il domicilio della o del paziente.

La Casa della Comunità (CdC) è un modello organizzativo che concretizza l'assistenza di prossimità.

Secondo quanto riportato nel DM n. 77 del 23 maggio 2022 (G.U. n.144 del 22 giugno 2022) nella Casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare le professioniste e i professionisti del territorio ma anche dell'ospedale (ove previsto), per erogare interventi sanitari e di integrazione sociale (secondo accordi sottoscritti) con il seguente standard:

- 1 Casa della comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della comunità *spoke* e ambulatori dei medici di medicina generale e pediatri o pediatri di libera scelta afferenti territorialmente, che vi lavorano avendone in esse sede fisica ovvero essendo collegati funzionalmente con la CdC.

Mentre è prescrittivo il valore di almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000/50.000 abitanti, non sono riportati i valori di riferimento per le Case della Comunità *spoke*, la cui individuazione dipende dal modello organizzativo adottato a livello regionale o provinciale.

A livello nazionale sono previste nel PNRR 1.350 Case della Comunità che si aggiungono alle 554 Case della Salute già esistenti nel Paese (dati 2021) da assimilare alle Case della Comunità.

Nella Provincia di Bolzano, sulla base della popolazione residente e dello standard stabilito all'interno del DM n. 77/2022, il numero delle Case della Comunità *hub* oscilla tra 10 e 14, mentre per le Case della Comunità *spoke*, sulla base del principio della capillarità della presenza delle nuove strutture, il numero potrebbe essere anche più elevato^{12 13}.

1. Il modello organizzativo delle Case della Comunità *hub* e *spoke*

In termini di personale sono previsti per una Casa della comunità *hub*:

- 7-11 Infermiere e Infermieri di famiglia e comunità (di seguito, *IFeC*) organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:
 - 1 Coordinatrice o Coordinatore tecnico assistenziale,
 - 2-3 *IFeC* per le attività ambulatoriali,

¹¹ A differenza dei posti letto di cure intermedie, le Case della Comunità non possono afferire a strutture private accreditate.

¹² Le prime 10 Case della Comunità in Provincia di Bolzano (5 *hub* e 5 *spoke*) sono volute e finanziate, almeno in parte, direttamente dal PNRR. Esse dovranno trovare realizzazione entro il 2026. La distribuzione delle ulteriori Case della Comunità sarà condivisa con i Comuni e saranno valutate le diverse opzioni (da una nuova costruzione ad ampliamenti e rimodulazioni delle esistenti strutture dei distretti). In particolare, saranno privilegiate le aree più remote ad oggi meno servite per offrire servizi capillari sul territorio.

¹³ Le informazioni contenute in questo documento vanno integrate, ove necessario, con i contenuti delle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità *hub*", stilate da AGENAS (aprile 2024). Ad esempio, il documento di AGENAS aggiunge anche delle indicazioni sulla strumentazione medica e sui dispositivi medici da prevedere nelle Case della Comunità *hub* (par. 2.2).

- 1-2 IFeC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza;
- 1 Assistente sociale del Servizio Sanitario Provinciale;
- 5-8 unità di personale di Supporto (socio-sanitario, amministrativo);
- Personale medico di assistenza primaria (medici nel ruolo unico di assistenza primaria; medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria; pediatri di libera scelta);
- Specialiste o Specialisti ambulatoriali interni e dipendenti.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialiste e Specialisti Ambulatoriali Interni (o provenienti dagli ospedali secondo accordi specifici), Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), altri professionisti della salute quali ad esempio Psicologhe o Psicologi, Ostetriche o Assistenti al parto, Professioniste e Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnico sanitaria, e Assistenti Sociali. Queste équipe multiprofessionale, denominate **forme organizzative complesse (UCCP)** operano in forma integrata all'interno della Casa della Comunità in cui sono dislocate e in continuità assistenziale con le AFT funzionalmente collegate.

La Casa della comunità rappresenta anche la sede ideale per il coordinamento con il sistema dei servizi sociali attraverso la creazione di percorsi assistenziali condivisi per specifiche tipologie di pazienti.

La Casa della Comunità, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge tre **funzioni principali**:

- soddisfa il fabbisogno di prestazioni, attività e servizi secondo le indicazioni della Direttrice o del Direttore di Comprensorio dalla o dal quale le strutture territoriali funzionalmente dipendono, attraverso la definizione di progetti di salute condivisi;
- favorisce l'integrazione tra tutte le figure professionali ivi inserite, in un'ottica multiprofessionale;
- favorisce l'integrazione tra sanità e sociale.

I modelli organizzativi sono due:

- Case della Comunità *hub*
- Case della Comunità *spoke*.

La Casa della Comunità *hub* è la struttura di riferimento comprensoriale e punto di riferimento per la programmazione sanitaria.

Le Case della Comunità *spoke* sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi più ridotte¹⁴.

Le Case della Comunità *hub* e *spoke* offrono l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai **servizi di assistenza primaria** e pertanto in esse operano MMG, PLS, specialiste e specialisti ambulatoriali interni (od ospedalieri), infermiere e infermieri di famiglia o comunità, infermiere e infermieri che operano nell'assistenza domiciliare.

Il Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle due tipologie di Case della Comunità, alcune delle quali hanno valore descrittivo, mentre altre hanno valore prescrittivo.

Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori. Le UCCP e tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure essendo a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche le specialiste e gli

¹⁴ Il numero delle case di comunità *spoke* sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni/province autonome perché non vi sono attualmente standard nazionali di riferimento.

specialisti ambulatoriali (D.M. n. 77/2022).

2. Obiettivi e funzioni

L'obiettivo dello sviluppo delle Case della Comunità è quello di garantire in modo coordinato (D.M. n. 77/2022):

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un **luogo di prossimità**, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di **accesso unitario** ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle e ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA¹⁵);
- la risposta alla domanda di salute della popolazione di riferimento e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi territoriali (h12 e h24 a livello comprensoriale);
- la **prevenzione e la promozione della salute** anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute **dei minori e della donna**, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della **sanità di iniziativa**;
- la **valutazione del bisogno** della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la **garanzia della continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. Servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze, consultori familiari, ecc.);
- l'attivazione di **percorsi di cura multiprofessionali**, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali comprese le cure palliative;
- la **partecipazione della comunità locale**, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

¹⁵ SUAC – Sportelli unici di accesso e cura – in Provincia Autonoma di Bolzano.

Schema dei servizi obbligatori e facoltativi nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA)	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici (in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co- produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO h24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO h12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO h12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO h12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO h24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base, finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, OCT, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18 anni)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

3. Le Case della Comunità in Provincia di Bolzano

3.1 Premessa

La Provincia di Bolzano è articolata in 4 Comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) e 20 distretti, caratterizzati dalla presenza di edifici, alcuni anche ristrutturati ed attrezzati, all'interno dei quali si svolgono funzioni sanitarie e sociali integrate con la presenza di sportelli unici di assistenza e cura (SUAC) che garantiscono una buona presa in carico delle e dei pazienti sul territorio. Alcuni di questi distretti troveranno sede presso le future Case della Comunità previste dal PNRR.

A tale proposito è da sottolineare che già il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016, prevedeva la creazione sul territorio provinciale di c.d. Centri d'assistenza sanitaria e sociale (ne erano previsti 11, uno ogni 50.000 abitanti) dove devono *“operare équipe interdisciplinari che comprendono medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri (anche pediatrici) e altri operatori qualificati per l'assistenza personale, domiciliare, ostetrica, riabilitativa, nutrizionale, sociale, socio-pedagogica e psicologica, oltre al personale amministrativo”*. A seconda delle esigenze locali, i Centri potevano restare aperti per 8, 12 o 24 ore al giorno.

La Provincia non ha di fatto attivato se non parzialmente tali Centri sanitari e sociali che sono sostituiti adesso dalle Case della comunità previste dal PNRR.

Esse garantiscono:

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

Le Case della comunità sono strutture **pubbliche**, sotto la direzione dei 4 Comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico) e saranno integrate con le sedi dei distretti e con gli ambiti territoriali, tenendo conto che la Provincia può individuare altre sedi di Case della comunità *hub* e *spoke* in rapporto all'organizzazione che si svilupperà nei prossimi anni.

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

All'interno dell'area dell'assistenza primaria delle Case della comunità, si identificano i **seguenti attori**, presenti direttamente all'interno delle Case della Comunità o collegati in rete con esse per garantire l'erogazione delle cure primarie:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria¹⁶;
- Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Medici di Continuità Assistenziale (CA) e Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Infermiere e Infermieri di famiglia e di comunità (IFeC);
- Personale amministrativo a supporto.

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

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

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

- avere il proprio studio primario all'interno delle Case della Comunità *oppure*
- essere collegati funzionalmente alla Case della Comunità.

Tutti i medici delle AFT, compresi quelli con studio primario nella Casa della Comunità, accanto alla prevalente attività clinico-assistenziale, svolgono attività distrettuali da definire in sede di Accordo Integrativo Provinciale (AIP). Tali attività, che trovano nella Case della Comunità la sede centrale per **semplificazione logistica ed erogativa**, potranno svolgersi anche nelle sedi delle medicine di gruppo, ciò per favorire la capillarità sul territorio.

Le prime dieci Case della comunità individuate e finanziate in parte con il PNRR, in parte con fondi provinciali sono così distinte tra sedi *hub* e *spoke*¹⁷:

- sedi *hub*:
 - Bolzano (sede presso area ospedale)
 - Egna
 - Merano
 - Bressanone
 - Brunico
- sedi *spoke*:
 - Laives
 - Chiusa
 - Naturno
 - San Candido
 - Vipiteno.

Le 5 Case della comunità *hub* (sede per Bolzano, Egna e Merano anche dei 3 Ospedali di comunità) garantiscono le attività h24, sette giorni su sette, mentre le Case della comunità *spoke* articoleranno il loro servizio sulle 8/12 ore, 6 giorni a settimana.

¹⁶ Si ricorda che in tutto il documento, laddove si parla di medico di medicina generale (MMG), si fa riferimento anche al medico del ruolo unico di assistenza primaria.

¹⁷ In vista del raggiungimento del target PNRR entro giugno 2026 va valutata la necessità di attivare Case di Comunità aggiuntive.

Il numero di 10 Case della Comunità è da considerare in ogni caso il valore minimo secondo gli standard previsti dal DM n. 77/2022, la Provincia può arrivare ad istituirne anche ulteriori, riorganizzando i distretti già esistenti in una ottica di rete.

È possibile che alcuni servizi dei distretti si trasferiscano in parte, o tutti all'interno delle Case della Comunità ma saranno comunque in rete con tutti gli altri.

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

Comune	Case della Comunità	Sede	COT	Sede	Ospedali di Comunità
Egna	x	Largo Cappuccini	x	Largo Cappuccini	20 posti letto Largo Cappuccini
Laives	x	via Sottomonte			
Bolzano	x	via L. Böhler 5			40 posti letto via L. Böhler 5
Bolzano	x	Piazza Löw Cadonna 12	x	Piazza Löw Cadonna 12	
Vipiteno	x	via Frundsberg 5			
Naturno	x	via Gustav-Flora 8			
Merano	x	via Rossini 6	x	via Rossini 6	20 posti letto via Rossini 6
Bressanone	x	via Roma 5	x	via Roma 5	
Chiusa	x	via Seebegg 17			
San Candido	x	via Prato 6			
Brunico	x	via Ospedale 11	x	via Ospedale 11	

3.2 I rapporti con gli ospedali di riferimento

Per tutte le Case della Comunità sono individuati gli ospedali di riferimento con i quali instaurare stretti rapporti organizzativi per:

- favorire le dimissioni protette dai reparti;
- organizzare eventuali accettazioni delle e dei pazienti dal domicilio;
- condividere percorsi assistenziali legati ad attività di diagnostica di primo livello: in alcune Case della Comunità la Provincia ha deciso di non costruire *ex novo* ad es. servizi di **radiologia** di base vista la vicinanza con gli ospedali sul territorio attrezzati a tale scopo con i quali avviare percorsi di assistenza secondo liste condivise di interventi. Ciò al fine anche di razionalizzare al massimo la distribuzione e l'impiego del personale.

Comune	Case della Comunità	Sede	Ospedale di riferimento	Stessa sede di un Ospedale di Comunità
Egna	x	via della Madonna	Bolzano	x
Laives	x	via Sottomonte	Bolzano	
Bolzano	x	via L. Böhler 5	Bolzano	x
Bolzano	x	Piazza Löw Cadonna 12	Bolzano	
Vipiteno	x	Via Frundsberg 5	Vipiteno	

Naturno	x	via Gustav Flora 8	Merano	
Merano	x	via Rossini 6	Merano	x
Bressanone	x	via Roma 5	Bressanone	
Chiusa	x	via Seebegg 17	Bressanone	
San Candido	x	via Prato 6	San Candido	
Brunico	x	via Ospedale 11	Brunico	

4. Organizzazione, pianificazione e gestione della CdC

La Casa della Comunità si caratterizza per una modalità di lavoro integrata e multiprofessionale necessaria a sostenere il coordinamento delle attività e dei percorsi clinico-assistenziali.

La modalità operativa è quella del lavoro di gruppo ove la complementarità delle competenze dei diversi professionisti può generare quelle necessarie sinergie e risorse atte a fronteggiare la complessità dei problemi e dei bisogni della comunità di riferimento.

Per questi motivi è indispensabile che il **lavoro di équipe** sia ben programmato, adeguatamente strutturato e costantemente sottoposto a rivalutazione. Infatti, esso deve sviluppare il giusto grado di coordinamento tra diversi esperti, sanitari e sociali, favorendo la costruzione di una comunità professionale che opera in modo coerente, apprende dall'esperienza e riflette su quanto svolto.

È opportuno che l'équipe sia formalizzata attraverso l'individuazione di professionisti sociali e sanitari che vi operano in modo stabile, coordinati in maniera funzionale da un referente, ed è utile che sia dotata di strumenti atti a favorire la raccolta dei dati, la trasmissione delle informazioni, la sistematizzazione delle prestazioni.

Per questo è previsto l'utilizzo di una **scheda clinico-assistenziale integrata** (v. punto 4.1) che faciliti il monitoraggio del programma assistenziale e la raccolta della documentazione. Inoltre, è necessario che vengano programmate periodicamente **riunioni di lavoro** che tendano a migliorare il confronto e la condivisione, circa gli obiettivi da raggiungere, sviluppando quel necessario clima collaborativo.

L'Azienda sanitaria deve adottare un **Regolamento-tipo per tutte le Case della Comunità** in cui siano disciplinati almeno i seguenti argomenti:

- **accesso**¹⁸;
- **percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)**;
- gestione delle piccole urgenze (v. punto 6.5);
- personale (v. punto 1) e risorse, anche in condivisione con gli altri servizi;
- audit, formazione;
- integrazione con il volontariato e la mutualità (v. punto 6.7);
- sicurezza e gestione del rischio clinico;
- modalità di rilevazione del rischio clinico;
- **équipe multidisciplinari e multiprofessionali**;
- modalità di funzionamento interno (v. punto 4.4);
- modalità di relazione con gli altri nodi della rete (v. punto 4.5).

In riferimento a questi argomenti, su équipe, accesso e PDTA si preferisce fornire qui di seguito informazioni più dettagliate, vista la loro centralità.

¹⁸ Come previsto anche dal documento stilato da AGENAS sulle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub", al fine di facilitare il primo accesso dei cittadini nelle Casa della Comunità *hub*, con particolare attenzione alle persone con oltre 75 anni, e favorire l'avvio tempestivo della rilevazione e della valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, si prevede, **al primo accesso nella Casa della Comunità hub, un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento** rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IFeC o altro personale appositamente formato.

4.1 Équipe multiprofessionale (UCCP)

La Casa della Comunità, *hub* e *spoke*, si caratterizza per una modalità di lavoro integrata, centrata sui bisogni di salute delle persone, che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti assistenziali personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

All'interno operano équipe multiprofessionali, con la finalità di coordinare i processi clinico-assistenziali, organizzando il lavoro in funzione dell'integrazione. Esse assicurano la presa in carico attiva e totale, dalla prevenzione alla riabilitazione, della persona con bisogni complessi, garantendo il coordinamento e la necessaria unitarietà degli interventi. Nelle équipe multiprofessionali sono assicurate **competenze sia di carattere sanitario che di carattere sociale**.

Ciò allo scopo di assicurare:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ossia quelle che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo alla partecipazione alla vita sociale e all'espressione personale;
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria; per tali prestazioni, proprie delle fasi post-acute, è inscindibile il concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, nell'ambito del progetto integrato personalizzato di assistenza, e indivisibile l'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza.

Strumento elettivo di comunicazione ed integrazione interprofessionale delle équipe suddette è la **scheda clinico-assistenziale integrata**, in grado di rendere disponibili in maniera univoca i dati necessari per erogare le prestazioni previste dal Progetto assistenziale integrato (PAI) in modo appropriato, efficace e sicuro. Uno specifico gruppo di lavoro istituito tra sociale e sanità sta elaborando una strategia di presa in carico comune di pazienti con bisogni complessi attraverso la condivisione di una scheda unica di trattamento (vedi la Task force cooperazione Sociale e Sanità del nuovo Piano sociale provinciale 2030).

4.2 Modalità di accesso

Tutte le cittadine e tutti i cittadini possono accedere direttamente alla Casa della Comunità, ad esempio per:

- Accoglienza;
- Centro Unico di Prenotazione CUP;
- Punto prelievi;
- Funzioni amministrative collegate alla gestione della posizione degli assistiti;
- Ambulatorio medico per visite specialistiche, di controllo o per le piccole urgenze (es.: punture di insetti, disturbi muscolo-scheletrici quali contusioni, lumbalgie, dolori articolari acuti, problemi dermatologici come piccole ustioni, abrasioni, rimozioni punti sutura, febbre, problemi otorinolaringoiatrici come otite, faringite, vertigini, coliche addominali, instabilità critica dei valori pressori);
- Ambulatorio infermieristico.

Nella Casa della Comunità possono essere ubicate **le forme aggregative dei MMG** che hanno lo scopo di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere l'equità di accesso ai servizi territoriali su tutto il territorio provinciale;
- facilitare l'accesso delle e dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale;
- diminuire gli accessi impropri al pronto soccorso tramite percorsi condivisi, e l'offerta di altri servizi ambulatoriali e distrettuali;
- organizzare risorse sanitarie e se necessario sociosanitarie complesse;
- sviluppare il governo clinico dell'assistenza.

4.3 Modalità operativa: i PDTA

I Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) trovano la loro attuazione nelle Case della Comunità. Essi sono definiti come un insieme di processi finalizzato alla implementazione delle Linee Guida adattate al contesto locale.

Si tratta di “piani interdisciplinari e interprofessionali, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per gestire pazienti con una specifica condizione patologica, definendo la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da svolgere al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un’efficienza e un’efficacia ottimali”.

Per il funzionamento delle Case della Comunità in ottemperanza a quanto stabilito dalla DGP n. 907/2022 sono stati predisposti **quattro percorsi, per altrettante aree di patologia: diabete mellito tipo 2, BPCO, scompenso cardiaco e artrite reumatoide** (si veda a tal proposito la DGP n. 366 del 14 maggio 2024).

I protocolli operativi sui percorsi e le procedure di dettaglio relative entrano in vigore dal momento della loro approvazione con apposito atto della Direzione Aziendale.

L’inclusione o l’esclusione dei soggetti/utenti in un determinato percorso assistenziale sono garantite da criteri certi e condivisi, desunti da modelli di classificazione delle malattie o delle condizioni di alto rischio per lo sviluppo delle stesse, univoci e riconosciuti a livello internazionale e nazionale, dai documenti provinciali e dalle Linee Guida Aziendali.

La programmazione degli interventi preventivi, diagnostico-terapeutico-assistenziali riabilitativi interprofessionali avviene secondo un **Piano individualizzato**, ritenuto il più efficace ed appropriato per la persona, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

La valutazione dei bisogni e la conseguente definizione dei percorsi più appropriati vengono affrontati in maniera multidimensionale, nel rispetto della dignità della persona e della sua famiglia, dei loro bisogni, dei loro progetti di vita e delle norme sul trattamento dei dati personali di cui alla normativa vigente.

Parte integrante della costruzione dei percorsi è la definizione di un **sistema di valutazione** degli stessi. È definito pertanto, per ciascun percorso, una **lista di indicatori** distinti in:

- indicatori di struttura, che misurano le risorse utilizzabili nell’ambito del percorso (operatori, dotazioni, ecc.);
- indicatori di processo, che misurano il funzionamento del percorso stesso;
- indicatori di esito, che misurano le variazioni dello stato di salute a livello individuale o della collettività, specificati sulla base di parametri clinici, fisiologici e biochimici, emozionali o cognitivi, psicosociali, o anche relativi alla soddisfazione dell’utente.

4.4 Modalità di funzionamento interno

Di seguito si riportano i compiti delle figure professionali con funzioni di coordinamento.

4.4.1 Coordinatrice o Coordinatore dell’UCCP

La Coordinatrice o il Coordinatore dell’UCCP cura e coordina, di concerto con i referenti delle AFT afferenti alla struttura, le attività svolte dai MMG all’interno della Casa della comunità.

In particolare:

- contribuisce all’implementazione dei programmi e dei percorsi clinico-assistenziali con la Direttrice medica o il Direttore medico del territorio, la o il Dirigente tecnico assistenziale, la coordinatrice o il coordinatore tecnico assistenziale e il rappresentante dei medici di medicina generale (ex art. 30 comma 8 ACN);
- applica i protocolli per la continuità dell’assistenza così come definiti dalla programmazione provinciale;

- contribuisce al miglioramento della pratica clinica delle colleghe e dei colleghi promuovendo incontri e favorendo il dialogo con le colleghe e i colleghi delle AFT afferenti alla Casa della Comunità;
- partecipa alle attività di case-management in collaborazione con i MMG ed il resto dell'équipe multiprofessionale;
- organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- attiva al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza (tramite la centrale operativa 112) delegando in sua assenza il personale infermieristico;
- predispone i turni di presenza dei medici all'intero delle Case della Comunità come concordati con i referenti delle AFT funzionalmente collegate e i turni delle specialiste e degli specialisti ambulatoriali ed in generale del personale assegnato;
- monitora la qualità dell'assistenza clinica, promuovendo l'appropriatezza delle prescrizioni e delle cure secondo le linee guida cliniche più aggiornate.

I MMG presenti nella struttura sono di riferimento per le proprie assistite e i propri assistiti e svolgono anche attività di medicina generale per gli assistiti di altri medici afferenti alle AFT di riferimento in particolare per la gestione centralizzata dei PDTA.

I MMG svolgono, inoltre, la propria attività nelle UVM come stabilito dalla DGP del 28 gennaio 2025, n. 67, recante "Linee Guida dell'assistenza domiciliare e dell'Unità di valutazione multidimensionale".

4.4.2 Coordinatrice infermieristica o Coordinatore tecnico assistenziale della Casa della Comunità (Hub e Spoke)

- è responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale tecnico assistenziale e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- è responsabile delle attività dell'ambulatorio tecnico assistenziale (ove presente);
- partecipa alle attività di case-management in collaborazione con la Coordinatrice o il Coordinatore dell'UCCP;
- è responsabile dell'approvvigionamento di tutto il materiale necessario per il corretto funzionamento della Casa della Comunità;
- promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale infermieristico e tecnico;
- controlla operazioni di sanificazione degli ambienti;
- partecipa a riunioni periodiche ed indice, quando ne rilevi la necessità, riunioni con il personale infermieristico e tecnico;
- si relaziona con la Coordinatrice tecnico assistenziale o il Coordinatore tecnico assistenziale dell'Ospedale di Comunità (ove presente) e funge da tramite con i MMG presenti nella struttura.

4.4.3 Referente sociale di comunità

Questa figura di coordinamento può essere prevista all'interno delle Case della Comunità *hub* con funzioni di elaborazione di iniziative di sviluppo e risposta sociale alla comunità. Accanto alla Coordinatrice o al Coordinatore dell'UCCP e alla Coordinatrice o al Coordinatore tecnico assistenziale, opera secondo un meccanismo di organizzazione professionale basato su logiche multidisciplinari integrate:

- capaci di generare interfaccia professionali unitarie;
- efficaci nel coordinamento tecnico-professionale e nel leggere i dati del contesto, programmando l'azione locale;

- adatte a svolgere il lavoro di comunità e di valorizzazione delle reti sociali.

Questa figura avrà maggior efficacia e capacità di integrazione professionale se proveniente dai Servizi Sociali locali.

4.5 Modalità di relazione con gli altri nodi della Rete

La Casa della Comunità, quale sede di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, di integrazione sociale, di prevenzione e promozione della salute e di partecipazione della comunità adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- **Rete intra- Casa della Comunità:** costituita dalla messa in rete delle professioniste e dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della Casa della Comunità e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- **Rete inter- Case della Comunità:** costituita dalla messa in rete tra Casa della Comunità *hub* e Case della Comunità *spoke* afferenti;
- **Rete territoriale:** la Casa della Comunità è messa in rete con gli altri setting assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio;
- **Rete territoriale integrata:** la Casa della Comunità è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale svolta in questo contesto.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è, ove possibile, la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**.

Alcuni esempi:

- **Integrazione con il Presidio ospedaliero di riferimento:** detta integrazione è realizzata soprattutto in relazione alle dimissioni protette, onde garantire la continuità dei percorsi di cura e di assistenza. Inoltre, l'Ospedale garantisce tutti gli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione che per complessità, gravità o altro non possono essere erogate nella Casa della Comunità.
- **Integrazione con il Centro di Salute Mentale:** avviene per la necessità di programmare gli opportuni interventi diagnostico- terapeutico- assistenziali nei casi di patologia psichica già manifesta; inoltre, per implementare il corretto inquadramento e orientamento dei comuni disturbi emotivi e il rilievo precoce del disagio psichico giovanile passibile di evoluzione psicotica. L'accesso al servizio avviene previa impegnativa di visita specialistica, richiesta dal medico di medicina generale, oppure attraverso il libero accesso, su richiesta dell'interessata o dell'interessato.
- **Integrazione con le residenze per anziani:** le istituende funzioni della UVM dedicata all'interno della Casa della Comunità, nodo centrale nell'attivazione di processi di assistenza individualizzati, favoriscono la definizione ottimale dei bisogni di salute della o dell'utente non autosufficiente e, quindi, l'inserimento nelle residenze per anziani più rispondente al bisogno di salute della cittadina o del cittadino. Per le e gli utenti già ricoverati in residenza per anziani, la Casa della Comunità si pone come nodo di governo delle problematiche assistenziali per il tramite delle funzioni riconducibili ai MMG.
- **Integrazione con le Comunità comprensoriali:** piena condivisione delle strategie atte a realizzare l'integrazione tra attività sanitarie e sociali, soprattutto nei confronti degli anziani fragili.

5. UVM e Regolamento di funzionamento della singola struttura

La Casa della Comunità realizza, attraverso la contiguità e la complementarità, percorsi assistenziali integrati e livelli essenziali di intervento che pongono al centro del "bene salute" il concetto di integrazione degli interventi sanitari, sociali e sociosanitari.

Poiché i bisogni di salute essenziali della popolazione si realizzano soprattutto attraverso le cure

primarie ed intermedie, la struttura che al meglio esprime tali potenzialità è quella in cui i MMG, i PLS, gli specialisti, gli infermieri, gli assistenti sociali e ogni altra figura professionale necessaria, operano affiancati, realizzando la multidimensionalità dell'offerta di salute.

Nello specifico le professioniste e i professionisti della salute operano attraverso l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) che rappresenta lo strumento elettivo attraverso cui il case management gestisce la complessità del bisogno di salute¹⁹.

Ogni Casa della Comunità dovrà dotarsi inoltre, seguendo lo schema del Regolamento-tipo predisposto dall'Azienda sanitaria (v. punto 4), di un proprio **Regolamento di funzionamento**, che deve partire dall'analisi dei seguenti ambiti.

5.1 Analisi di contesto geo-sanitario

Per la predisposizione del Regolamento è necessaria una prima parte che consenta di valutare gli aspetti di epidemiologia e i dati informativi generali su base provinciale con particolare riferimento ai 4 Comprensori sanitari.

In particolare, dovrà essere valutata la prevalenza e l'incidenza di alcune patologie di particolare interesse, tra cui: **broncopneumopatia (BPCO), diabete, scompenso cardiaco e artrite reumatoide**.

5.2 Analisi della popolazione provinciale

La Provincia di Bolzano si estende su 7.400 Km² di superficie prevalentemente montuosa ed il 55% del territorio provinciale presenta un basso grado di urbanizzazione. Al 31.12.2023 risultavano residenti 537.533 abitanti, per una densità media 72,6 abitanti per Km².

Nel corso del 2021, quasi una persona su 3 (pari ad una prevalenza del 31,2 %) era affetta, in Provincia Autonoma di Bolzano, da almeno una malattia cronica; considerando solo la popolazione altoatesina anziana (con 65 anni e più), la stessa percentuale sale al 78,0% (quasi 8 persone ogni 10 con più di 65 anni; ca. 85.000 persone nell'intera provincia). Le donne registrano rispetto agli uomini un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica: valori più elevati per il genere femminile si registrano soprattutto nelle patologie autoimmuni ed endocrinopatiche.

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

- **Diabete di Tipo 2**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione del 4,0% in provincia (ca. 21.200 persone). La diffusione sul territorio provinciale della patologia è abbastanza omogenea, si registrano valori solo leggermente inferiori nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Brunico.
- **Scompenso cardiaco**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione del 1,2% (ca. 6.400 persone). Valori leggermente più elevati della patologia si registrano nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Merano.
- **Malattie respiratorie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**, con una prevalenza sull'intera popolazione del 3,2 % (ca. 17.300 persone). La diffusione sul territorio vede i Comprensori sanitari di Bolzano e Merano con una diffusione tra loro omogenea, più elevata di quella registrate nei Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico.
- **Malattie reumatiche come l'artrite reumatoide**, per cui si registra una prevalenza sull'intera popolazione dello 0,6% (ca. 3.300 persone). La diffusione sul territorio della patologia registra valori più significativi nell'area territoriale del Comprensorio sanitario di Bressanone.

¹⁹ Si veda la prima definizione di UVM contenuta nella DGP n. 67 del 28.01.2025 "Linee Guida dell'Assistenza domiciliare e dell'Unità di valutazione multidimensionale".

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

Per conoscere i dati relativi alle patologie croniche descritte, la Provincia di Bolzano ha attivo da anni un sistema per la mappatura delle patologie croniche nella popolazione.

Integrando i dati sulla presenza di patologie croniche con il grado di utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini è stato successivamente elaborato un sistema di profilazione della popolazione utile per il controllo della spesa sanitaria e la gestione delle risorse del sistema sanitario provinciale.

5.3 Analisi sulla prevalenza e incidenza di alcune patologie di particolare interesse

I mutamenti demografici precedentemente descritti, in special modo l'aumento dell'aspettativa media di vita, hanno condotto ad una crescente esposizione della popolazione alle patologie croniche degenerative invalidanti, anche se rimane fondamentale considerare l'impatto di patologie acute ad alta letalità come gli eventi coronarici e cerebrovascolari, che possono comportare disabilità progressive.

Risulta pertanto di notevole importanza misurare la variabilità geografica e l'andamento temporale della prevalenza delle malattie cronico-degenerative, unitamente all'incidenza di patologie acute, attraverso l'integrazione dei diversi sistemi informativi sanitari.

Come stabilito precedentemente dalla DGP n. 907/02022, l'assistenza alla cronicità **sarà incentrata** inizialmente su circa 27.300 pazienti **cui afferiscono le ca. 32.000 cronicità** afferenti ai quattro PDTA adottati a livello provinciale e sperimentati o in corso di sperimentazione (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, malattie reumatiche, tra cui artrite reumatoide), secondo la distribuzione nei 4 Comprensori sanitari provinciali, così come rappresentata nelle tabelle successive. Il valore nasce dalla somma dei casi diabete mellito tipo 2, dei pazienti affetti da BPCO, da quelli affetti da scompenso cardiaco e artrite reumatoide.

Cronicità per pazienti over 65 nella Provincia Autonoma di Bolzano (Anno 2021)					
Comprensorio	Patologia				
	Diabete	BPCO	Scompenso cardiaco	Artrite reumatoide	Totale
Bolzano	7.417	4.566	2.520	723	15.226
Merano	4.223	2.548	1.648	365	8.784
Bressanone	2.005	1.179	721	220	4.125
Brunico	1.859	1.105	962	241	4.167
Totale	15.504	9.398	5.851	1.549	32.302

Su questa coorte di pazienti è stato sviluppato un **modello per la stima del fabbisogno di personale medico specialistico per le Case della Comunità**.

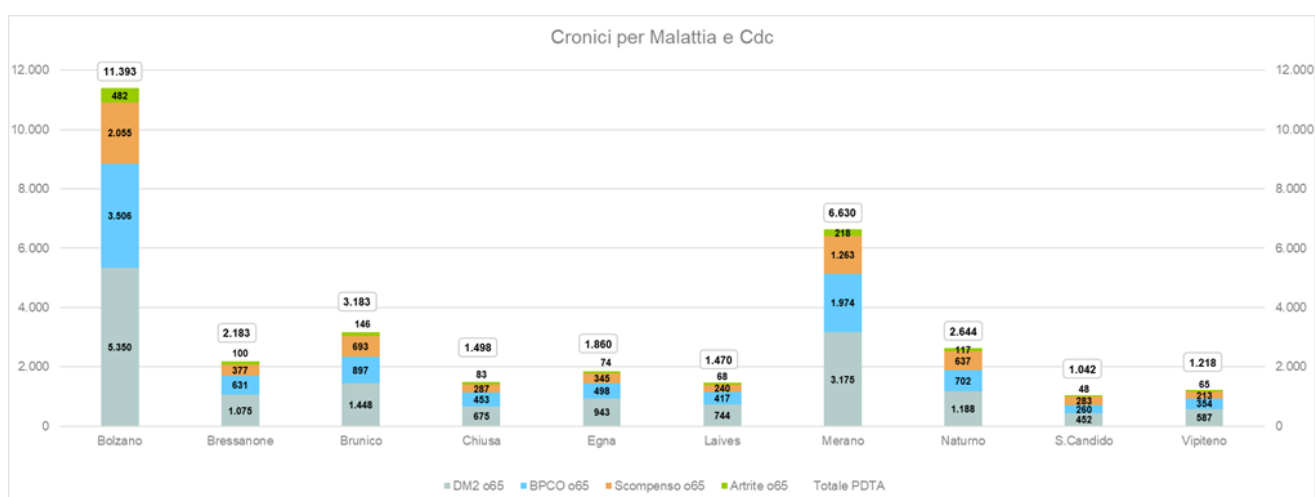
Tale modello include:

- un tool per l'identificazione dei bacini di utenza per ogni singola Casa della Comunità;

- uno strumento per il dimensionamento di tali bacini, prendendo in considerazione in particolare la diffusione delle 4 patologie oggetto dei sopracitati PDTA tra la popolazione cronica over 65;
- un cruscotto per la stima delle risorse umane in base agli output dei precedenti due punti e ad ulteriori parametri legati alle varie figure professionali coinvolte e alla tipologia delle attività da loro svolte (durate delle prestazioni, frequenza di accesso ai servizi, ...).

Per l'**identificazione dei bacini di utenza**, ovvero dei comuni che singolarmente saranno associati alle singole case delle comunità, è stato adottato un criterio basato sulla "distanza chilometrica stradale"²⁰. Tale approccio ha reso possibile la suddivisione del territorio provinciale in aree ben definite, non completamente sovrapponibili agli attuali Comprensori sanitari, caratterizzate da comuni per i quali ogni singola casa della comunità risulta più facilmente raggiungibile.

L'utilizzo dei dati statistici dell'Osservatorio per la Salute della Provincia di Bolzano ha reso quindi possibile, per ogni comune, l'identificazione del numero di abitanti over 65 afferenti ai 4 PDTA, dal quale poter desumere i **carichi di lavoro previsti per ogni singola struttura e patologia**.



Gli ulteriori dati di input richiesti dal modello per la **stima dei fabbisogni di risorse specialistiche** sono di seguito rappresentati:

1. classificazioni di pazienti previste in ogni singolo PDTA e loro peso percentuale;
2. prestazioni/attività da svolgere (es. visita cardiologica, ECG, spirometria, ...);
3. tipologia di erogazione dei singoli contributi (attività puntuale su singolo paziente, attività cumulativa forfettaria per tenere in considerazione ad es. l'investimento temporale del professionista in attività organizzative/amministrative non legate specificatamente al singolo paziente);
4. durata dell'attività (min/paziente o min/mese);
5. numero di accessi/anno previsto in ciascun PDTA, per singolo paziente e singola classe;
6. monte ore lavorativo annuale per professionista.

Per la corretta parametrizzazione delle informazioni richieste al punto 1, si è reso necessario condurre un'indagine sulla letteratura scientifica disponibile²¹, al fine di dimensionare opportunamente le coorti di pazienti identificate nei PDTA.

La stima verosimile delle altre variabili ha richiesto inoltre l'incrocio delle informazioni con altri sistemi aziendali (es. Centro Unico di Prenotazione per i dati di durata) e il successivo confronto con gli specialisti che hanno contribuito direttamente alla stesura dei singoli PDTA (cardiologo, pneumologo,

²⁰ Fonte: mappatura distanze ISTAT, anno 2021.

²¹ Ad es. registro IN-CHF per scompenso cardiaco.

diabetologo, reumatologo).

Il dimensionamento dei carichi lavoro per ogni struttura, la stima del contributo in termini di ore/uomo richiesto ad ogni professionista per la gestione di ciascun paziente secondo le indicazioni dei PDTA e la considerazione dei costi mensili orari per le altre attività organizzative, ha quindi permesso **la valutazione dei fabbisogni di specialisti (in FTE) per l'assistenza dei cronici over 65 affetti da BPCO, scompenso cardiaco, diabete ed artrite reumatoide nelle Case della Comunità di prossima attivazione.**

5.4 Indicazioni per l'organizzazione e funzionamento delle Case della Comunità

Ogni Direttrice o Direttore di Comprensorio, avvalendosi del suo Comitato di Comprensorio (DGP n. 712 del 27.08.2024, "Linee di indirizzo per la definizione del Piano delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige"), dovrà dimensionare le Case della Comunità sulla base del numero di pazienti cronici individuati nei 4 PDTA prescelti e suddivisi per singolo Comune di residenza, nonché razionalizzare i servizi dei singoli distretti in funzione di quelli che saranno presenti all'interno delle Case della Comunità.

6. Descrizione della Casa della Comunità

L'organizzazione comprende le seguenti funzioni sia di base che moduli aggiuntivi.

In generale, **le aree di base** sono:

- *Area pubblica:*
 - area dell'accoglienza,
 - sportello CUP,
 - ufficio accoglienza, tutela, partecipazione e comunicazione (URP),
 - punto unico di accesso PUA/SUAC,
 - area del volontariato e della mutualità.
- *Area dell'assistenza primaria:*
 - assistenza primaria erogata dai MMG nei PDTA prescelti,
 - attività specialistiche inserite all'interno dei PDTA,
 - ambulatorio infermieristico,
 - punto prelievi,
 - attività di diagnostica strumentale di primo livello (ove presente, altrimenti garantita con slot dedicati all'interno degli ospedali di riferimento);
 - ambulatorio medico per le piccole urgenze (APU);
 - Servizio di assistenza domiciliare, integrato con la figura dell'IFeC (infermiera o infermiere di famiglia e comunità).

I moduli funzionali aggiuntivi possono, ad esempio, riguardare:

- l'assistenza farmaceutica territoriale,
- l'attività di terapia fisica adattata (AFA),
- l'odontoiatria sociale.

Di seguito si procede a identificare meglio le aree di base e gli eventuali moduli aggiuntivi.

6.1 Servizi e attività da attivare

Sono specificati di seguito alcuni servizi e funzioni da attivare nelle Case della Comunità del Comprensorio:

- **Punto Prelievi venosi:** dovrebbero essere rivisitati i prelievi sporadici, concentrando gli stessi nelle Case della Comunità;
- **Continuità assistenziale:** i medici di continuità assistenziale in turno assicurano, oltre alla

normale attività di assistenza primaria, le eventuali criticità che dovessero manifestarsi negli Ospedali di Comunità eventualmente presenti nella struttura.

- **Assistenza specialistica ambulatoriale** – specialità da garantire, secondo le necessità locali: cardiologia; oculistica; pneumologia; ortopedia; urologia; otorinolaringoiatria; neurologia; dermatologia; diabetologia; nefrologia; angiologia; chirurgia; gastroenterologia; endoscopia digestiva; medicina interna; odontoiatria; fisiatria e fisiokinesiterapia; ginecologia.

Laddove le nuove Case della Comunità siano previste adiacenti o in stretta collaborazione con le attività degli ospedali ad esse afferenti, si prevede di non inserire nei locali delle Case della Comunità la strumentazione medica necessaria per le visite radiologiche.

Nella struttura possono inoltre essere allocati i seguenti **servizi**:

- centro di salute mentale (CSM) e servizi per le dipendenze (Ser.D.);
- salute mentale riabilitazione dell'età evolutiva (SMREE);
- consultorio familiare;
- consultorio pediatrico;
- ambulatorio di oncologia territoriale e di cure palliative;
- assistenza protesica;
- servizio igiene pubblica (igiene delle produzioni zootecniche-igiene degli alimenti).

Potranno inoltre essere avviate le seguenti **attività**:

- sportello di ascolto antiviolenza;
- sportello di ascolto e supporto per il gioco d'azzardo patologico;
- counseling di psicologia territoriale;
- servizio multietnico.

6.2 Attività specialistica erogata

Le attività specialistiche erogate sono assicurate dalle e dagli specialisti ambulatoriali interni (ove presenti) e da quelli ospedalieri. Per ogni branca specialistica devono essere individuati le specialiste e gli specialisti necessari e gli orari di attività ovvero un numero congruo di ore in base ai bisogni di salute del territorio (v. sopra punto 5.3).

6.3 Ambulatorio infermieristico

L'ambulatorio infermieristico è il luogo in cui vengono erogate le cure infermieristiche, nonché vengono garantite la valutazione ed il monitoraggio dello stato di salute della o del paziente, la consulenza riguardo le modifiche dello stile di vita, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali offerti, il follow-up per erogare variegate risposte sanitarie di prossimità.

Questo rappresenta quindi l'ambito territoriale nel quale il cittadino riceve:

- risposte coerenti alla propria domanda di assistenza infermieristica;
- ambito d'integrazione tra assistenza infermieristica e rete delle cure primarie;
- punto di orientamento per favorire la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

All'ambulatorio infermieristico si accede in modo diretto e/o tramite la richiesta del MMG.

6.4 Consultorio familiare

Secondo il dettame della Riforma contenuta nel DM n. 77/2022, anche la rete consultoriale provinciale deve tener conto della futura apertura delle Case della Comunità. Queste ultime potranno diventare inoltre le sedi degli snodi *hub* della rete dei consultori familiari provinciali. Le Case della Comunità *hub* sono infatti la sede ideale per una sanità d'iniziativa e per la prevenzione primaria.

6.5 Ambulatorio medico per le piccole urgenze (APU)

L'ambulatorio medico per le piccole urgenze è un servizio gratuito alla quale tutti i cittadini, italiani e stranieri, possono rivolgersi per problemi di salute urgenti ma non gravi.

Tale servizio potrà essere attivato presso le Case della Comunità durante gli orari di apertura delle stesse per almeno 12 ore al giorno.

All'APU si potrà accedere su indicazione del medico di medicina generale, dei medici ospedalieri ed è possibile anche l'accesso diretto.

I cittadini potranno accedere all'APU anche su indicazione del servizio 116117 (Centrale Operativa 116117), quando questo sarà attivato nella Provincia Autonoma di Bolzano.

I malesseri e le patologie per la quale i cittadini possono rivolgersi all'APU sono, ad esempio:

- medicazioni e altre prestazioni infermieristiche;
- lesioni o dolori agli arti;
- eritemi;
- punture da insetti;
- febbre;
- lombalgia;
- dolori addominali;
- lievi traumatismi;
- ferite superficiali;
- irritazioni cutanee;
- dolori articolari o muscolari;
- coliche;
- sintomi influenzali;
- tumefazioni;
- nausea o vomito.

Presso l'APU dovrà essere presente almeno un medico della continuità assistenziale e un infermiere ma sarà garantito tutto il personale necessario per le prestazioni di cura.

6.6 Area del Volontariato

Il volontariato è fenomeno di partecipazione responsabile e cittadinanza attiva, disponibile sempre ad assolvere al ruolo sussidiario riconosciuto dalla Costituzione ai cittadini.

Considerato che le Case della comunità sono *“un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso l'accoglienza dei cittadini”* e che *“le Associazioni di Volontariato svolgono una importante funzione in molte attività di tipo sociosanitario e devono essere coinvolte nell'organizzazione assegnando loro spazi adeguati allo svolgimento delle loro funzioni”*, il **Volontariato**, in sinergia con l'Ente Pubblico ed in una logica di attivazione del circuito del reciproco rafforzamento dinamico, si pone come **obiettivi**:

- la prevenzione e la sensibilizzazione sulle tematiche relative alla qualità della vita e dell'ambiente;
- l'umanizzazione del sistema di accoglienza e cura;
- la condivisione dei percorsi di progettazione interna.

Pertanto, il supporto che le Associazioni intendono dare potrà mirare:

- alla promozione e qualificazione delle relazioni, per la realizzazione di un maggior benessere collettivo, supportando forme di partecipazione attiva e di protagonismo dei cittadini;
- alla realizzazione di una rete, come incubatore di progettualità sociosanitaria efficace, luogo di rilevazione dei bisogni, valorizzazione e visibilità delle idee, scambio di dati, informazioni e

materiali;

- alla realizzazione di uno spazio-laboratorio, aperto, per facilitare confronti e riflessioni sulle tematiche sociosanitarie.

Le Associazioni aderenti, con specifica convenzione, metteranno a disposizione volontari e competenze per la realizzazione degli obiettivi indicati.

Sarà attivato nel 2025-2027 un progetto pilota riguardante il community building per:

- a) interagire in modo strutturato con la comunità locale;
- b) individuare i bisogni della comunità locale in termini di assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- c) integrare al meglio le risorse della comunità.

I risultati del progetto saranno estesi a tutte le Case della Comunità.

7. Monitoraggio ed indicatori di struttura, di processo e di risultato

La riforma dell'assistenza territoriale (DM n. 77/2022) e i relativi investimenti del PNRR dovranno mettere in moto rilevanti cambiamenti strutturali, organizzativi e tecnologici. L'insieme delle novità normative sostenute dagli investimenti programmati apre la possibilità di introdurre innovazioni significative nel modello di welfare comunitario territoriale e di generare un impatto rilevante sulla salute e sulla risposta alla crescente domanda di prevenzione e di cura, legata al trend dei profondi cambiamenti nei bisogni della popolazione.

Questo "cambiamento culturale" e l'innovazione che esso sottende si dovranno progressivamente tradurre in adeguati indicatori di monitoraggio e valutazione e in un continuo processo di audit che permetta alle esperienze di identificare e correggere scostamenti dai risultati attesi, così come avviene nella governance dei principali momenti di programmazione sanitaria come il Nuovo Sistema di garanzia (NSG), il Piano nazionale Esiti (PNE) e il Piano Nazionale Prevenzione (PNP).

Tutto ciò comporterà il monitoraggio delle innovazioni più significative che si sviluppano e vengono sperimentate nella effettiva realizzazione delle Case della Comunità, valutandone insieme ai protagonisti stessi **processi e risultati riguardo ai diversi piani rilevanti**:

- 1) accesso ai servizi sociali e sanitari,
- 2) appropriatezza ed efficacia delle risposte ai bisogni e delle azioni preventive dei bisogni,
- 3) equità e riduzione delle disuguaglianze di salute,
- 4) qualità delle relazioni sociali e della cooperazione interna al sistema dei servizi e con le risorse attive della comunità per accrescere l'autonomia delle persone e la coesione sociale,
- 5) contributo specifico all'innovazione delle forme di regolazione, facilitazione, incentivazione e promozione adottate nella realtà provinciale, aziendale e locale,
- 6) sviluppo delle reti sociali e della coesione comunitaria attorno ai temi della salute/benessere.

PARTE 3 – Documento di progettazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

1. Definizione di Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Lo standard definito è di una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

1.2. Obiettivi

La COT ha come obiettivo di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

1.3. Funzioni

La Centrale Operativa Territoriale assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sociosanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete socioassistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura e l'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete socioassistenziale;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità.

2. La Centrale Operativa nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Nel territorio provinciale le Centrali Operative territoriali sono così distribuite:

- Bolzano con sede in Piazza Loew Cadonna 12 - Bolzano;
- Egna con sede provvisoria in Piazza F. Bonatti, 1 - Egna;
- Merano con sede provvisoria Via Roma 3 - Merano;
- Brunico con sede provvisoria in vicolo dei frati 3 - Brunico;
- Bressanone con sede in Via Roma 5 – Bressanone.

2.1. Operatività

Le Centrali Operative Territoriali su tutto il territorio sono operative sette giorni su sette, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, mentre nelle giornate di sabato, domenica e festivi dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

2.2. Personale

In riferimento allo standard minimo di personale previsto dal DM n.77/2022 e in considerazione del bacino di utenza del Comprensorio in cui ha sede la Centrale Operativa Territoriale di competenza, il team di professionisti in ogni singola Centrale Operativa Territoriale è costituito da 4-5 infermieri, e 1

unità di personale di supporto amministrativo.

La responsabilità del funzionamento delle Centrali Operative Territoriali, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore tecnico-assistenziale aziendale, a sua volta afferente ad un unico dirigente tecnico assistenziale aziendale.

2.3. Infrastrutture tecnologiche e informatiche

Le Centrali Operative Territoriali dell'Azienda Sanitaria sono dotate di una piattaforma comune, integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e in uso agli attori coinvolti nei singoli processi di funzione della Centrale Operativa Territoriale.

3 Attività delle Centrali Operative Territoriali nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Funzioni	Attori	Attività
Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sociosanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali Dimissione Assistita dalle Strutture Ospedaliere secondo processo aziendale condiviso verso: - il domicilio, - strutture per post acuzie, - strutture per cure intermedie.	Reparti Ospedalieri Servizio Sociale Ospedaliero Centrale Operativa Territoriale COT Servizio Infermieristico Domiciliare SUAC	Tramite supporto informatico della piattaforma comune, integrata con i principali applicativi di gestione aziendale Gestione delle segnalazioni di dimissione delle persone che necessitano di continuità assistenziale domiciliare dai reparti ospedalieri: - presa in carico della segnalazione; - valutazione ed integrazione della segnalazione, verifica bisogni segnalati e confronto con professionisti sociosanitari coinvolti o da coinvolgere; - conferma temporanea del setting proposto (domicilio, post acuzie - cure intermedie)
Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete socioassistenziale	Reparti Ospedalieri Servizio Sociale Ospedaliero Centrale Operativa Territoriale COT Servizio Infermieristico Domiciliare Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta Strutture per post acuzie Strutture per cure intermedie SUAC Servizi Sociali Territoriali	In caso di <u>segnalazione con proposta di setting domiciliare</u>: - inoltro della segnalazione al Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) per valutazione della persona/famiglia e dell'idoneità del setting domiciliare; - attivazione informativa telefonica del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS); - smistamento segnalazione: scarto in caso di setting proposto non idoneo ed identificazione di setting alternativo disponibile;

Funzioni	Attori	Attività
		• conferma del setting proposto e attesa della dimissione verso il domicilio. In caso di <u>segnalazione con proposta di setting post acuzie</u>: • mantenimento della segnalazione e monitoraggio del transfer da reparto a struttura; • monitoraggio continuativo con struttura sull'andamento dello stato clinico e socioassistenziale della persona fino a individuare l'eventuale necessità di continuità assistenziale al domicilio; • inoltro della segnalazione al Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) per valutazione della persona/famiglia e dell'idoneità del setting domiciliare; • attivazione informativa telefonica del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS); • smistamento segnalazione: scarto in caso di non necessità di continuità assistenziale domiciliare; • conferma del setting domiciliare e attesa della dimissione. In caso di <u>segnalazione/ richiesta di ricovero in struttura per cure intermedie</u>: • presa in carico della segnalazione; • verifica correttezza e congruenza richiesta; • verifica disponibilità del posto letto; • conferma data di trasferimento; • avvio organizzazione trasferimento; • monitoraggio continuativo con struttura sull'andamento dello stato clinico e socioassistenziale

Funzioni	Attori	Attività
		della persona fino a dimissione verso setting definitivo.
Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura e l'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro	Centrale Operativa Territoriale COT	Continuo monitoraggio e tracciamento della persona nei transfer da un setting assistenziale all'altro fino al completamento del percorso specifico, monitoraggio di eventuali ricoveri ripetuti.
Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete socioassistenziale	Centrale Operativa Territoriale COT	Indirizzo e sostegno dei professionisti sociosanitari ai servizi disponibili, tramite la mappatura dei servizi territoriali presenti, e indicazioni sulle modalità di attivazione.

4 Indicatori di processo

- Nr. Segnalazioni/Attivazione pervenute alla Centrale Operativa Territoriale;
- Nr. Segnalazioni/attivazione Centrale Operativa Territoriale oltre le 72 ore dal ricovero;
- Nr. Dimissioni al domicilio senza segnalazione/ attivazione Centrale Operativa Territoriale;
- Nr. Giornate di presa in carico della segnalazione/attivazione da parte della Centrale Operativa Territoriale;
- Nr. di attivazioni telefoniche Centrale Operativa Territoriale;
- Nr. Richieste per cure intermedi pervenute alla Centrale Operativa Territoriale-struttura-servizio;
- Nr. Giornate di attesa per posto letto in cure intermedie;
- Identificazione dei maggiori bisogni espressi tramite attivazione della Centrale Operativa Territoriale per supporto informativo/logistico;
- Identificazione dei servizi attivati da Centrale Operativa Territoriale a seguito dell'attivazione della Centrale Operativa Territoriale per supporto informativo/logistico.

5 Sviluppi futuri

Un processo che verrà inserito nella Centrale Operativa Territoriale è **l'integrazione con gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)** che rappresentano un punto di riferimento per il cittadino. Per agevolare l'integrazione tra i due servizi è stata elaborata una documentazione e definito una modalità di collaborazione per tutti gli sportelli presenti sul territorio provinciale.

Inoltre, la Centrale Operativa Territoriale avrà un ruolo attivo nella:

- **gestione della cronicità** (integrazione del software per i pazienti inseriti nei PDTA);
- **telemonitoraggio**;
- **supporto ADI/UCPDOM e UVM.**

In futuro saranno implementati gradualmente anche altri processi nella Centrale Operativa Territoriale.



ANHANG 1

**RICHTLINIEN ZUR ARBEITSWEISE DER NEUEN
EINRICHTUNGEN DES STAATLICHEN
WIEDERAUFBAUPLANS (PNRR)**

**ANWEISUNGEN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG DES
ORGANISATIONSMODELLS DER NEUEN WOHNORTNAHEN
BETREUUNG
GEMÄSS BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG VOM 06.12.2022,
NR. 907**

Inhalt

Abkürzungen	4
Einleitung.....	5
Rolle und Verantwortung der strategischen Direktion für die neuen Einrichtungen des PNRR	8
A) Pflegedirektorin oder Pflegedirektor der Wohnortnahen Betreuung	8
B) Ärztliche Direktorin oder ärztlicher Direktor der wohnortnahen Betreuung	9
C) Koordinatorin oder Koordinator der multidisziplinären Organisationsform (komplexe Einheit der Grundversorgung)	10
D) Direktorin oder Direktor des Amtes für Verwaltungsaufgaben der Sprengel	10
TEIL 1 – Richtlinien zur Arbeitsweise der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Betten für Intermediärbetreuung	12
1. Einleitung	12
2. Ziele des Gemeinschaftskrankenhauses und der Betten mit Intermediärbetreuung	13
3. Die derzeitige Situation betreffend Betten mit Intermediärversorgung und Gemeinschaftskrankenhäuser in Südtirol	14
3.1 Verteilungsplan der Betten für Intermediärbetreuung	15
4. Organisation, Verhältnis zu den anderen Einrichtungen und Verantwortlichkeiten	15
4.1 Einleitung	15
4.2 Afferenzen zum Gemeinschaftskrankenhaus und den Bettenplätzen mit Intermediärversorgung	16
4.3 Rolle und Arbeitsweise der wohnortnahen Einsatzzentrale für die Intermediärbetreuung	16
4.4 Interne Organisation der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Betteneinheiten für Intermediärbetreuung, sei es in öffentlichen als auch in privaten akkreditierten Einrichtungen	16
4.4.1 Die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und technischen Bereichs der Gemeinschaftskrankenhäuser	17
4.4.2 Die Bezugskrankenpflegerin oder der Bezugskrankenpfleger	17
4.4.3 Die Ärztin oder der Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses	18
5. Das klinische Profil der Patientinnen und Patienten	19
5.1 Die wichtigsten behandelbaren Krankheitsbilder	19
5.2 Aufnahmekriterien	20
5.3 Ausschlusskriterien	20
5.4 Prozedur für die Aufnahme	21
5.5 Kriterien für die Verwaltung der Wartelisten	21
5.6 Die Aufnahme	22
5.7 Prozedur für die Entlassung	22
5.8 Fachärztliche Visiten	23
5.9 Verwaltung der Notfälle	23
5.10 Arzneimittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel und Telemedizin	23
6. Personalstandards und Tarife	24
7. Strukturelle Voraussetzungen	24
8. Informationsfluss und Indikatoren	24
TEIL 2 – Anweisungen des Landes für die Arbeitsweise der Gemeinschaftshäuser, die Entwicklung der Zusammenschlüsse der Berufsgruppen und der proaktiven Medizin	26
Einführung	26

1.	Das Organisationsmodell der <i>hub</i> - und <i>spoke</i> - Gemeinschaftshäuser	26
2.	Zielsetzungen und Aufgaben	28
	Übersicht über die verpflichtenden und die möglichen Dienste in den <i>hub</i> - und <i>spoke</i> - Gemeinschaftshäusern.....	29
3.	Die Gemeinschaftshäuser in Südtirol.....	30
3.1	Einleitung	30
3.2	Die Beziehungen mit den Bezugskrankenhäusern	33
4.	Die Organisation, die Planung und der Betrieb des Gemeinschaftshauses	34
4.1	Multidisziplinäres und multiprofessionelles Team (komplexe Versorgungseinheit).....	35
4.2	Arten des Zugangs	35
4.3	Arbeitsweise: die diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (PDTA).....	36
4.4	Interne Arbeitsweise	37
4.4.1	Die Koordinatorin der Koordinator der komplexen Einheit der Grundversorgung	37
4.4.2	Die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und des technischen Bereichs des Gemeinschaftshauses (<i>hub</i> und <i>spoke</i>).....	38
4.4.3	Die Bezugsperson des Sozialen	38
4.5	Art der Beziehungen mit den anderen Knotenpunkten des Netzwerks	38
5.	Die multidimensionale Bewertungseinheit und die Regelung zur Funktionsweise der einzelnen Einrichtung	39
5.1	Analyse der geografisch- gesundheitlichen Daten	40
5.2	Analyse der Bevölkerungsstruktur in Südtirol.....	40
5.3	Analyse der Prävalenz und Inzidenz von einigen Krankheiten von besonderem Interesse	41
5.4	Anweisungen für die Organisation und die Betriebsweise der Gemeinschaftshäuser	43
6.	Beschreibung des Gemeinschaftshauses	43
6.1	Dienste und Tätigkeiten, die eingerichtet werden müssen	44
6.2	Angebotene fachärztliche Tätigkeiten.....	45
6.3	Das Krankenpflegeambulatorium	45
6.4	Familienberatungsstellen.....	45
6.5	Ärztliches Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten (APU)	45
6.6	Bereich Ehrenamt	46
7.	Überwachung der strukturellen, der Prozess- und der Ergebnisindikatoren	47
	TEIL 3 – Planungsdokument zur Wohnortnahen Einsatzzentrale im Südtiroler Sanitätsbetrieb	48
1.	Definition der “wohnortnahe Einsatzzentrale” (WONE).....	48
1.2.	Zielsetzungen	48
1.3.	Aufgaben.....	48
2.	Die wohnortnahe Einsatzzentrale im Südtiroler Sanitätsbetrieb	48
2.1.	Betriebszeiten	48
2.2.	Personal.....	49
2.3.	Technologische und informationstechnische Infrastrukturen	49
3	Tätigkeiten der wohnortnahen Einsatzzentralen im Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	49
4	Prozessindikatoren.....	51
5	Zukünftige Entwicklung.....	52

Abkürzungen

AAM-ÄAM	Arzt/Ärztin/Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin; dazu gehören ausdrücklich auch die Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin des einzigen Stellenplans der GSKV vom 28. April 2022 und vom 4. April 2024)
ADL	Tätigkeiten des täglichen Lebens (<i>Activities of Daily Living</i>)
AGENAS	Staatliche Agentur für die regionalen Gesundheitsdienste (<i>Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali</i>)
APU	Ärztliches Ambulatorium für die kleineren Dringlichkeiten („ <i>ambulatorio piccole urgenze</i> “)
ELVS	Einheitliche landesweite Vormerkstelle
GSKV	Gesamtstaatlicher Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin vom 4. April 2024 (Dreijahreszeitraum 2019-2021)
HBD	Hausbetreuungsdienst
Hub	Hauptsitz
IBP	Individuelles Betreuungsprojekt
IFeC	Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger
KfW	Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl
LZV	Landeszusatzvertrag
M6C1	Mission 6, Komponente 1 des staatlichen Wiederaufbauplans PNRR
MD	Ministerialdekret
NSIS	Neues Gesundheitsinformationssystem
PDTA	Diagnostisch therapeutischer Betreuungspfad
PNRR	staatlicher Wiederaufbauplan (<i>piano nazionale di ripresa e resilienza</i>)
SB	(Südtiroler) Sanitätsbetrieb
Spoke	Nebensitz
SSN	gesamtstaatlicher Gesundheitsdienst
SUAC	Anlaufstelle für Pflege und Betreuung
SWH	Seniorenwohnheim
UCCP	Komplexe Einheit der Grundversorgung
UOC	komplexe operative Einheit
UVM	Einheit für die multidimensionale Einschätzung
WBS	Wesentliche Betreuungsstandards
WONE	wohnnortnahe Einsatzzentrale

Einleitung

Das Ministerialdekret (in der Folge *MD* genannt) Nr. 77/2022 über das neue wohnortnahe Gesundheitswesen und der Beschluss der Landesregierung (in der Folge *BLR* genannt) Nr. 907/2022, der es auf Landesebene übernimmt, haben es ermöglicht die Organisation der wohnortnahen Betreuung zu überdenken, wobei einige Maßnahmen, die teilweise bereits im Masterplan Chronic Care (BLR Nr. 1281/2018) vorgesehen waren, bestätigt und verstärkt wurden.

Diese Arbeit der Neuorganisation der Dienste, die derzeit den Schwerpunkt auf die Krankenhausleistungen legen und sehr viel weniger auf die direkt in der Wohnortnähe angebotenen, hat als unüberwindbare Notwendigkeit aufgezeigt, dass man von einer erneuerten Governance der wohnortnahen Dienste starten muss. Dabei muss ein Gesichtspunkt, der einer Anstrengung bei der Planung bedarf, die weit über das Jahr 2026, das vom PNRR als Enddatum festgeschrieben worden ist, hinausgeht, eingenommen werden. Der BLR Nr. 907/2022 setzt daher Rollen und Aufgaben der beteiligten Akteurinnen und Akteure, die in diesem Prozess der Erneuerung eingebunden sind, fest.

Eine zentrale Rolle wird dabei den Direktorinnen und Direktoren der Gesundheitsbezirke zugesprochen, unter deren direkten verwaltungstechnischen Verantwortung das gesamte neue Organisationsmodell steht. Dieses stützt sich auf das Instrument der wohnortnahen Einsatzzentrale (WONE) sowie auf die Gemeinschaftshäuser und die Gemeinschaftskrankenhäuser als unmittelbare Stätten des Wandels.

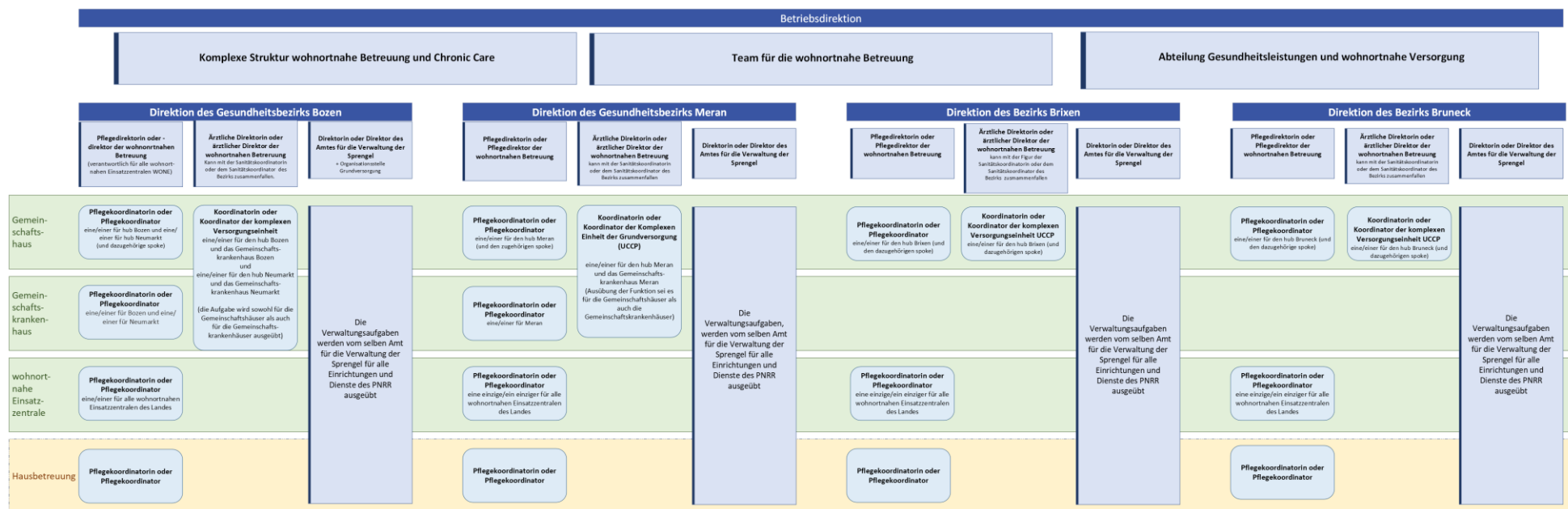
In Ausführung ihrer Governance-Funktion stellt die Direktion des Südtiroler Sanitätsbetriebs den Bezirksdirektorinnen und -direktoren die erneuerten Direktionen der wohnortnahen Betreuung zur Seite. Den Bezirksdirektorinnen und -direktoren werden weiters die organisatorische Führung sowie einige Aufgaben übertragen, wie die Kartierung der Dienste, die Erstellung von Reglements, die Erstellung des Bedarfs und die Überwachung der korrekten Arbeitsweise und der jeweiligen Performance mittels einiger im Vorfeld festgesetzten Indikatoren. Hierbei werden sie von den jeweiligen Bezirksbeiräten unterstützt (siehe BLR Nr. 712/2024).

Aber auch an das Ressort Gesundheitsvorsorge und Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen wurden einige Aufgaben auf Planungsebene und Vorgabe von Richtlinien, Akten und Dokumenten übertragen. Diese Aufgaben sind zum Großteil propädeutisch zu jenen im Aufgabenbereich des Sanitätsbetriebs.

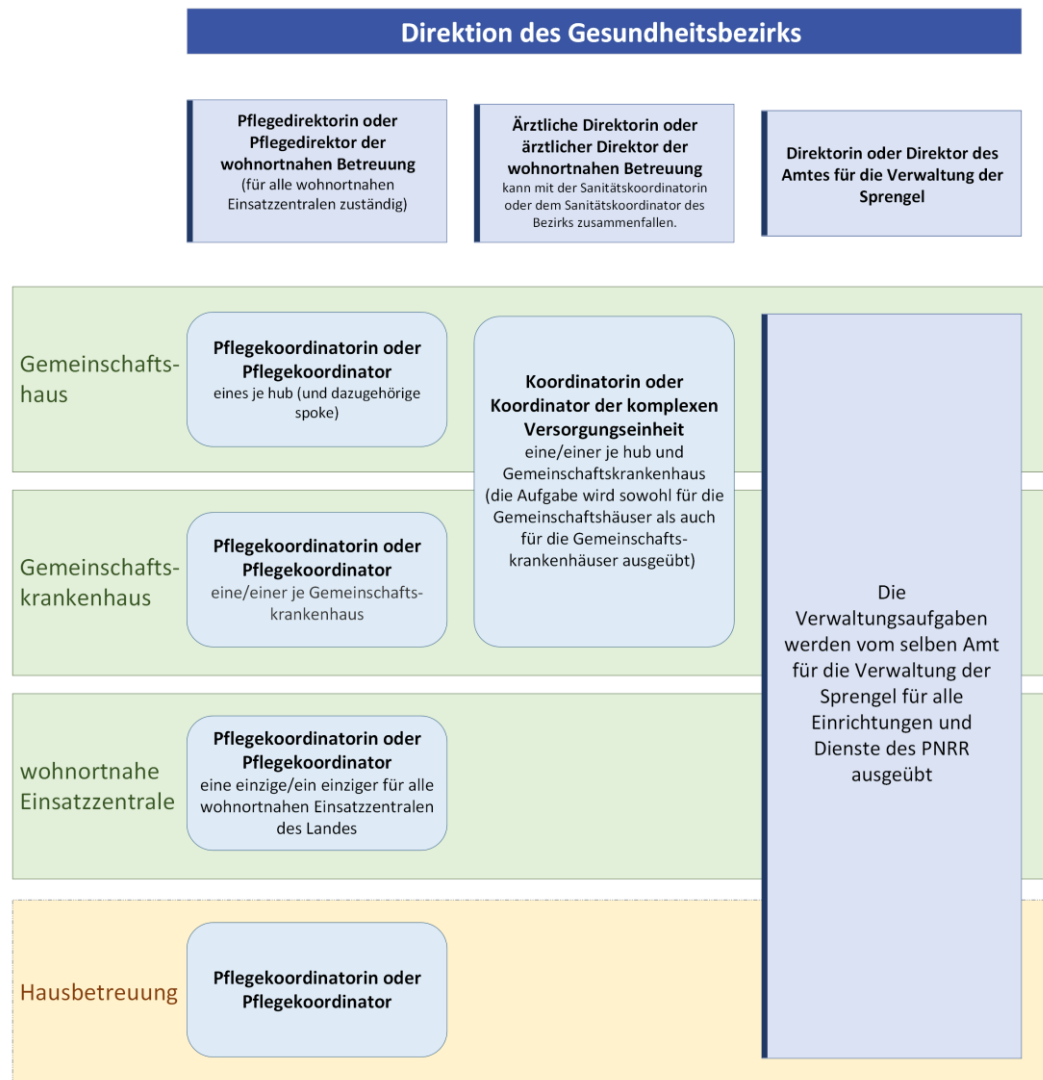
Zu diesen Dokumenten zählen die Richtlinien über die Arbeitsweise der Gemeinschaftshäuser, der Gemeinschaftskrankenhäuser und der wohnortnahen Einsatzzentralen, mit jeweils einem Vorschlag eines Organigramms und eines Funktionigramms.

Ziel ist es dem Sanitätsbetrieb und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Vordergrund an der Implementierung des neuen Modells wirken, eine anfängliche Grundlage zur Orientierung betreffend die Regelung der Arbeitsweise und die Instrumente für eine erneuerte wohnortnahe Betreuung in die Hand zu geben.

Organigramm für die neue wohnortnahe Betreuung



Detail- Organigramm für jeden einzelnen Gesundheitsbezirk



Rolle und Verantwortung der strategischen Direktion für die neuen Einrichtungen des PNRR

A) Pflegedirektorin oder Pflegedirektor der Wohnortnahen Betreuung

Sie/er übt die folgenden Tätigkeiten aus:

- Sie/er ist für die Verantwortliche/Verantwortlicher der Einrichtung für die organisatorischen und verwaltungstechnischen Aspekte im eigenen Zuständigkeitsbereich.
- Sie/er arbeitet an der Entwicklung der kurz-, mittel- und langfristigen Strategien der Pflegedirektion, der Betriebsdirektion und, in Abstimmung mit dem Gesundheitsbezirk, an der Planung der zu sichernden Betreuungstätigkeiten mit.
- Sie/er betreut, in Zusammenarbeit mit der Pflegekoordinatorin oder dem Pflegekoordinator und der ärztlichen Direktorin oder dem ärztlichen Direktor der wohnortnahen Betreuung (siehe unten) die Anwendung der internen Reglements über die Ordnung und die Arbeitsweise der Einrichtungen.
- Sie/er erhält von der Pflegekoordinatorin oder dem Pflegekoordinator der Gemeinschaftshäuser oder von der Pflegekoordinatorin oder dem Pflegekoordinator der Gemeinschaftskrankenhäuser die Turnuskalender des zugewiesenen Personals.
- Sie/er überprüft, auf der Grundlage der Berichte der Pflegekoordinatorin oder des Pflegekoordinators, dass die Übernahme der chronischen Patientinnen und Patienten im Rahmen der ausgearbeiteten Betreuungspfade (DTBP) erfolgt.
- Sie/er stellt sicher und überprüft gemeinsam mit der ärztlichen Direktorin oder dem ärztlichen Direktor der wohnortnahen Betreuung die tatsächliche Integration zwischen den Gemeinschaftshäusern, den Gemeinschaftskrankenhäusern, den Krankenhäusern, den Hausbetreuungsdiensten, den betrieblichen Diensten, den stationären Einrichtungen und den örtlichen Körperschaften.
- Sie/er ist für die Informationspflicht der ministeriellen Flüsse betreffend den Teil der Betreuung, der in den eigenen Zuständigkeitsbereich fällt, verantwortlich.
- In Abstimmung mit der Bezirksdirektorin oder dem Bezirksdirektor weist sie/er den Koordinatorinnen oder den Koordinatoren der Gemeinschaftshäuser und der Gemeinschaftskrankenhäuser die individuellen Zielvorgaben sowie jene des Teams zu und veranlasst die anschließende Bewertung.
- Sie/er fördert und nimmt an der Organisation von Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal teil.
- Sie/er entwickelt und implementiert Betreuungsformen, die die Betreuungskontinuität der Patientin oder des Patienten in den verschiedenen Einrichtungen und zwischen den verschiedenen Einrichtungen und der Hausbetreuung sichern.
- Sie/er arbeitet aus, projiziert und entwickelt Vorschläge, um die Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Die Pflegedirektorin oder der Pflegedirektor der wohnortnahen Betreuung ist der Bezugspunkt für die Bezirksdirektorin oder den Bezirksdirektor und nimmt an den Sitzungen des Führungsgremiums betreffend jene Thematiken teil, die die Einrichtung betreffen, die sie oder er leitet.

B) Ärztliche Direktorin oder ärztlicher Direktor der wohnortnahen Betreuung

Diese Rolle kann mit jener der Sanitätskoordinatorin oder des Sanitätskoordinators des Bezirks zusammenfallen und enthält folgende Aufgaben:

- Sie/er ist Verantwortliche/r der Einrichtung für die hygienisch-sanitären und für den organisatorisch und verwaltungstechnischen Aspekte im eigenen Zuständigkeitsbereich.
- Sie/er betreut in Zusammenarbeit mit der Koordinatorin oder dem Koordinator der multidisziplinären Organisationsform Komplexe Einheit für die Grundversorgung UCCP oder, in Erwartung der Ernennung dieser Bezugsperson, mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin gemäß Artikel 30, Absatz 8 des GSKV (2024), und der Pflegedirektorin der wohnortnahen Betreuung die Anwendung der internen Reglements über die Ordnung und die Arbeitsweise der Einrichtungen.
- Sie/er erhält von der Koordinatorin oder dem Koordinator von der Komplexen Versorgungseinheit für die Grundversorgung/ der Vertreterin oder dem Vertreter der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, die mit den funktionell verbundenen Vernetzten Gruppenmedizinen (AFT) abgestimmten Turnuskalender der Ärztinnen und Ärzte in den Gemeinschaftshäusern und Gemeinschaftskrankenhäusern, und die Turnuskalender der Ambulatoriumsfachärzte und -fachärztinnen und im Allgemeinen des zugewiesenen Personals.
- Sie/er überprüft, auf der Grundlage der Berichte der Koordinatorin oder des Koordinators der Komplexen Einheit für die Grundversorgung und mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin gemäß Artikel 30, Absatz 8 des GSKV (2024), dass die Betreuung der Patientinnen und Patienten gemäß der ausgearbeiteten Betreuungspfade (PDTA) erfolgt.
- Sie/er stellt sicher, dass die tatsächliche Integration zwischen Gemeinschaftshäusern, Gemeinschaftskrankenhäusern und Krankenhäusern, den Diensten der Hausbetreuung, den betrieblichen Diensten, die stationären Einrichtungen, den örtlichen Körperschaften erfolgt.
- Sie/er ist, für den in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallenden Teil, für die Informationspflicht der ministeriellen Informationsflüsse verantwortlich.
- Sie/er weist , in Abstimmung mit der Bezirksdirektorin oder dem Bezirksdirektor und der Koordinatorin oder dem Koordinator der Komplexen Einheit für die Grundversorgung oder der Vertreterin oder dem Vertreter der Ärzte für Allgemeinmedizin, den in diesen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzten die individuellen Ziele und jene des Teams zu und bewertet diese anschließend.
- Sie/er fördert und nimmt an der Organisation der Weiterbildungsmaßnahmen des ärztlichen Personals teil.
- Sie/er wacht über die Einhaltung der Bestimmungen aus dem hygienisch-sanitären Bereich.
- Abgestimmt mit der Pflegedirektorin oder dem Pflegedirektor organisiert sie/er periodische Treffen der multiprofessionellen Teams, um die Teamarbeit und die Implementierung der abgestimmten integrierten Betreuungspfade zu fördern.

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt mit diesen Verantwortlichkeiten ist der Bezugspunkt der Bezirksdirektorin oder des Bezirksdirektors und nimmt an den Sitzungen des Bezirksbeirats für die Einrichtungen, die sie oder er leitet, teil.

C) Koordinatorin oder Koordinator der multidisziplinären Organisationsform (komplexe Einheit der Grundversorgung)

Die Koordinatorin oder der Koordinator der multidisziplinären Organisationsform komplexe Einheit für die Grundversorgung im Gemeinschaftskrankenhaus **fällt mit der Figur der Koordinatorin/des Koordinators der komplexen Einheit für die Grundversorgung im Gemeinschaftshaus** zusammen. Sie oder er wird vom Sanitätsbetrieb gemäß den Bestimmungen aus den geltenden Kollektivverträgen für das vertragsgebundene Personal ernannt.

Die Koordinatorin oder der Koordinator der komplexen Einheit für die Grundversorgung betreut und koordiniert in Abstimmung mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und den Bezugspersonen der Vernetzten Gruppenmedizinen (AFT), die zum Einzugsgebiet der Einrichtung gehören, die Tätigkeit, die von den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin in den Gemeinschaftskrankenhäusern ausgeübt wird.

Insbesondere:

- beteiligt sie/er sich an der Implementierung von Programmen und klinisch-betreuungstechnischen Pfaden mit der ärztlichen Direktorin oder dem ärztlichen Direktor der wohnortnahen Betreuung, der Pflegedirektorin oder dem Pflegedirektor der Krankenpflegekoordinatorin oder dem Krankenpflegekoordinator,
- sie/er wendet die von der Landesplanung festgesetzten Protokolle für die Kontinuität der Betreuung an (Leitstelle der einheitlichen europäischen Nummer EEN 116117),
- sie/er beteiligt sich an den Verbesserungen der klinischen Praktiken der Kolleginnen und Kollegen, indem sie/er Treffen und Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Vernetzten Gruppenmedizinen, welche im Einzugsgebiet des Gemeinschaftskrankenhauses und der Gemeinschaftshäuser liegen, fördert,
- sie/er nimmt zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und den anderen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams an den Tätigkeiten zum case-management teil,
- sie/er organisiert und koordiniert die fachärztlichen Konsulte und instrumentell-diagnostische Maßnahmen,
- sie/er aktiviert bei Bedarf den Notfalldienst (über die Notrufzentrale 112), wobei in ihrer/seiner Abwesenheit hierfür das Krankenpflegepersonal ermächtigt wird,
- sie/er bereitet den Plan für die Turnusdienste der Ärztinnen und Ärzte in den Gemeinschaftshäusern und den Gemeinschaftskrankenhäusern und die Turnusse der Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte und im Allgemeinen des gesamten zugewiesenen Personals vor,
- sie/er überwacht die Qualität der klinischen Betreuung, indem sie/er die Angemessenheit der Verschreibungen und der Behandlungen gemäß den modernsten klinischen Leitlinien fördert.

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in der Einrichtung sind die Bezugspunkte für die eigenen Eingeschriebenen und üben ihre Tätigkeit der Allgemeinmedizin, insbesondere für die zentralisierte Verwaltung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade, für die Betreuten der anderen Ärztinnen und Ärzte der Bezugs-Vernetzten Gruppenmedizinen aus.

D) Direktorin oder Direktor des Amts für Verwaltungsaufgaben der Sprengel

Das Amt für die Verwaltungsaufgaben der Sprengel stellt ein strategisches Element für den Betrieb der neuen vom PNRR vorgesehenen Einrichtungen und für die Koordinierung des

gesamten Netzwerks der wohnortnahen Betreuung dar. Dadurch, dass die Direktorin oder der Direktor des Amtes sei es auf Ebene der Bezirksdirektion, sei es direkt in den Gemeinschaftshäusern und den Gemeinschaftskrankenhäusern tätig ist, ist ihre/seine Rolle jene, eine effiziente verwaltungstechnische Führung sicherzustellen, welche sich nach dem Bedarf der Bevölkerung richtet und die in der Lage ist, die Integration zwischen den Diensten zu unterstützen.

Die Hauptaufgaben, die dieser Figur zugewiesen sind, beinhalten:

1. Verwaltungstechnische Koordination auf Ebene der wohnortnahen Betreuung

- Die Verwaltung und die Überwachung der Verwaltungsdienste, die mit der Gesundheitsbetreuung der Bürgerinnen und Bürger zusammenhängen (Befreiungen, Gesundheitsmobilität, Anfragen für Betreuung außerhalb des Landes oder im Ausland usw.),
- Die Verwaltung des ärztlichen vertragsgebundenen Personals und die damit zusammenhängenden Tätigkeiten sicherstellen,
- Koordinierung und Supervision der multifunktionalen Schalter, wobei die Qualität des Dienstes und die Wirksamkeit der Vormerkungen und bei den operativen Prozeduren zu sichern ist,
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialberufe mit Informationen und nützlichen Hilfsmitteln für die Erbringung der wohnortnahen Dienste zu versorgen,
- Planung und Optimierung der Verwaltungsressourcen, wobei, sofern notwendig, die kompetenten Organisationseinheiten eingerichtet werden,
- Überwachung und Analyse der Daten betreffend die Leistungen der wohnortnahen Betreuung, wobei Berichte zur Unterstützung der strategischen Planung des Bezirks ausgearbeitet werden,
- Zusammenarbeit mit der Bezirksdirektion zur Festsetzung und Erreichung der Jahresziele im Bereich der wohnortnahen Betreuung,
- aktive Teilnahme an den Koordinationssitzungen zwischen klinischem, betreuerischem und sozialem Bereich, als Beitrag der Planung von Maßnahmen, die die Kontinuität der Förderung der Betreuung zwischen den verschiedenen Ebenen der Behandlung,
- operative Förderung der Weiterentwicklung und Begleitung hin zu digitalen Instrumenten und Prozessen für die Vereinfachung der Verwaltungstätigkeit und die Verbesserung der Effizienz,
- Organisation von Weiterbildungspfaden für das Verwaltungspersonal, zum Zwecke der Anpassung der Kompetenzen an die Bedürfnisse der neuen Einrichtungen und die Prozesse der wohnortnahen Betreuung.

2. Unterstützung der neuen Einrichtungen des PNRR

- Organisation und Verwaltung der Vormerkungen und der Unterstützung im informatischen Bereich für Bürgerinnen und Bürger, wobei eine klare und zugängliche Kommunikation über die verfügbaren Dienste erfolgen muss,
- Sicherung der verwaltungstechnischen Unterstützung für die Verwaltung der Human- und materiellen Ressourcen, hinein fällt auch das entsprechende Budget,
- Sicherung der Korrektheit der Prozeduren für die Annahme, die Entlassung und die Dokumentenverwaltung, wobei die Einhaltung der betrieblichen Leitlinien sicherzustellen ist.

TEIL 1 – Richtlinien zur Arbeitsweise der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Betten für Intermediärbetreuung

1. Einleitung

Im Januar 2020 wurde das Abkommen zu den Gemeinschaftskrankenhäusern von der Staat-Regionen-Konferenz verabschiedet. Dieses hat, im Einklang mit dem Pakt für die Gesundheit 2014-2016 und dem MD Nr. 70 vom 2. April 2015, die strukturellen, die technologischen und organisatorischen Mindeststandards für die Ermächtigung zum Betrieb der öffentlichen und privaten Gemeinschaftskrankenhäuser genehmigt.

Die Betten in den Gemeinschaftskrankenhäusern fallen im Allgemeineren in den Bereich der Betten für Intermediärbetreuung, die sicherlich eine gültige und angemessene Antwort auf den Pflege- und Betreuungsbedarf während der Covid-Phase dargestellt haben, indem sie die Synergien bei der Steuerung der Kontinuitätspfade zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Betreuung und umgekehrt gestärkt haben. Aus diesen Gründen war es Absicht sie durch den PNRR zu stärken.

Die Mission 6 "Gesundheit", Komponente 1 (in der Folge, *M6C1*) des PNRR enthält die Investition 1.3 für die *"Stärkung der intermediären Gesundheitsbetreuung und deren Einrichtungen (Gemeinschaftskrankenhäuser)"*, welche mit einer Ausstattung von 1 Milliarde Euro die Errichtung von 381 Gemeinschaftskrankenhäusern¹ auf dem Staatsgebiet mit einer Gesamtzahl von 10.738 Betten vorgibt.

Die Betten für Intermediärbetreuung in den Gemeinschaftskrankenhäusern und im Allgemeinen die Betten für Intermediärbetreuung sind Betten der wohnortnahen Betreuung und zählen nicht zu den von den geltenden Bestimmungen vorgeschriebenen Akut- und Post-Akutbetten (3,7 ‰)²

Für Südtirol sind 214 Betten für Intermediärbetreuung, davon 80 in den drei innerhalb 2026 neu zu errichtenden Gemeinschaftskrankenhäusern in den ebenso vielen *hub*-Gemeinschaftshäusern vorgesehen. Die Anzahl von drei Gemeinschaftskrankenhäusern ist dabei als Mindestanzahl anzusehen, dadurch dass das Land entscheiden kann, mit eigenen Finanzierungen noch weitere einzurichten.

¹ In der Folge, mit dem Dekret des Gesundheitsministers vom 20.01.2022, betreffend die Aufteilung der Fonds des PNRR unter den Regionen/autonomen Provinzen, wurde die Anzahl der vorgesehenen Gemeinschaftskrankenhäuser auf 400 erhöht.

² Das Gemeinschaftskrankenhaus ist keine Verdoppelung oder Alternative zu bereits bestehenden Formen der stationären Aufnahme, die sich an andere Zielgruppe richten. Die Gemeinschaftskrankenhäuser reihen sich bei den verschiedenen Betreuungssettings zwischen der Einrichtung für die post-akute Langzeitaufnahme der Krankenhausbetreuung und den Seniorenwohnheimen ein. Dabei besteht das Risiko, dass sie sich für einige Aspekte mit der einen und der anderen Art von Einrichtung überlappen. Schaut man genauer hin, so besteht der Hauptunterschied zwischen post-akuter Langzeit-Einrichtung und Gemeinschaftskrankenhaus in der weniger intensiven ärztlichen Präsenz in den letzten. Der Hauptunterschied zwischen Gemeinschaftskrankenhaus und Seniorenwohnheim ist durch eine andere Zusammensetzung des Betreuungspersonals bedingt: Die Seniorenwohnheime erbringen weniger krankenpflegerische Betreuung und mehr Betreuung durch soziosanitären und soziale Betreuungsfachkräfte. Schlussendlich sind die Gemeinschaftskrankenhäuser nicht als Einrichtungen für die stationäre Aufnahme, welche Teil der mit Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 12.01.2017 genehmigten wesentlichen Betreuungsstandards sind, sind.

Das MD Nr. 77 vom 23. Mai 2022 „**Regelung betreffend die Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst**“, veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik Nr. 144 vom 22. Juni 2022) definiert das Gemeinschaftskrankenhaus als eine Gesundheitseinrichtung für die stationäre Aufnahme, die Teil des Versorgungsnetzes der wohnortnahen Betreuung ist und eine Mittelfunktion zwischen wohnortnaher Versorgung und Krankenhaus wahrnimmt. Dies mit dem Ziel potenzielle unangemessene Krankenhausaufenthalte vorzubeugen oder geschützte Entlassungen an Orten zu fördern, die besser dazu geeignet sind, den sozio-sanitären Bedarf zu decken, die klinische Stabilisierung, die Nachbehandlung und Autonomie zu fördern sowie näher am Wohnort liegen.

Das Gemeinschaftskrankenhaus ist eine Einrichtung der **Intermediärbetreuung** mit Tätigkeiten der stationären Aufnahme, unter der Verantwortung der wohnortnahen Gesundheitsbetreuung. Es erbringt Leistungen von niedriger klinischer Aktivität und die Aufenthaltszeiten sind von kurzer Dauer.

Das Gemeinschaftskrankenhaus, sowie im Allgemeinen alle Betten für Intermediärversorgung, sind Teil des **Netzes der wohnortnahen Betreuung** und daher funktionell mit den anderen wohnortnahen Einrichtungen gemäß MD Nr. 77/2022 (Gemeinschaftshäuser, Gesundheits- und Sozialsprengel, Zusammenschlüsse der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, wohnortnahe Einsatzzentralen). Ziel dabei soll es sein, den Übergang der Patientinnen und Patienten von den (öffentlichen und privaten vertragsgebundenen) Krankeneinrichtungen für akute und post-akute Betreuung zum eigenen Wohnort zu erleichtern. Dabei soll es den Familien ermöglicht werden, das eigene Umfeld anzupassen und sich für die Betreuung der Angehörigen organisieren zu können, oder eine Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten vom Wohnort aus zu ermöglichen, welche nicht einen stationären Aufenthalt mit Akutversorgung im Krankenhaus benötigen und die insbesondere von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin gemeldet werden. **Die Verwaltung der Betten ist hauptsächlich krankenpflegerischer Natur.**

Die Einrichtungen für Intermediärbetreuung sind wohnortnahe Einrichtungen mit niedriger Versorgungsintensität. Sie unterscheiden sich von den Kurzzeitpflegebetten und den Übergangsbetten, welche dem sozialen Bereich angehören.

2. Ziele des Gemeinschaftskrankenhauses und der Betten mit Intermediärbetreuung

Die Hauptziele eines Gemeinschaftskrankenhauses sind:

- einen angemessenen Versorgungspfad der Patientin oder des Patienten in der post-akuten oder verschlimmerten Phase der chronischen Krankheit mit geringer klinischer Instabilität sicherzustellen,
- unangemessene Krankenhausaufenthalte und vorzeitige Institutionalisierungen vorzubeugen,
- die Heimkehr an den Wohnort der Patientin oder des Patienten zu organisieren und fördern, sei es, dass die Patientin oder der Patient vom Krankenhaus oder der post-akuten Einrichtung kommt (geschützte Entlassung, Notaufnahme), sei es, dass er von anderen wohnortnahen Einrichtungen (Seniorenwohnheim, RSA, privaten vertragsgebundenen Einrichtung für die Rehabilitation oder andere) oder auf Anweisung der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (für Verschlechterungen),

- die etwaige Aufnahme in eine geschützte Einrichtung (stationäre oder teilstationäre Einrichtung), in Abstimmung mit den lokalen Sozialdiensten, vorsehen und in die Wege leiten,
- die Betreuungs- und Rehabilitationspfade mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin und den Familienangehörigen oder *caregivers* zu teilen, damit eine Kontinuität der Betreuung nach der Entlassung sichergestellt werden kann,
- die vom MD Nr. 77/2022 vorgesehenen spezifischen Datenflüsse zu speisen.

Die Arbeitsweise der Gemeinschaftskrankenhäuser im Inneren oder außerhalb der Gemeinschaftshäuser ist eng mit der Arbeitsweise der wohnortnahen Einsatzzentralen verbunden.

Dieses Dokument schlägt ein Organisations- und Verwaltungsmodell für ein Gemeinschaftskrankenhaus in der Provinz Bozen vor.

In der Folge wird die aktuelle Situation betreffend die Betten für Intermediärbetreuung im Land, die in die Gemeinschaftskrankenhäuser einfließen werden, dargestellt.

3. Die derzeitige Situation betreffend Betten mit Intermediärversorgung und Gemeinschaftskrankenhäuser in Südtirol

Die Gemeinschaftskrankenhäuser können einen eigenen Sitz haben, sich in den Gemeinschaftshäusern befinden, in eigenständige Gesundheitseinrichtungen oder akkreditierte private Einrichtungen ausgelagert sein. Sie sind Teil des Netzwerks der Betten für Intermediärbetreuung, das in Südtirol 214 Betten umfassen wird.³

In Südtirol sind im Rahmen des PNRR 3 Gemeinschaftskrankenhäuser vorgesehen, in denen insgesamt 80 Bettenplätze entstehen werden: 40 Bettenplätze im Neubau des Gemeinschaftshauses von Bozen, 20 Bettenplätze im Neubau des Gemeinschaftshauses von Neumarkt und 20 Bettenplätze im Gemeinschaftshaus von Meran.

Es ist zweckmäßig klarzustellen, dass für Südtirol:

- die Betten in den Gemeinschaftskrankenhäusern Betten für Intermediärbetreuung sind, die im allgemeineren BLR Nr. 438 vom 21.06.2022, mit welcher aufgrund des Wertes von 0,4 Betten je 1000 Einwohner 214 Betten auf dem Landesgebiet ermittelt worden sind, enthalten sind,
- mit BLR Nr. 907 vom 6. Dezember 2022, welcher das MD Nr. 77/2022 umsetzt, wurden die strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen festgesetzt, die auch für die innerhalb des Jahres 2026 zu erbauenden Gemeinschaftskrankenhäuser einzuhalten sind, ermittelt;⁴

³ Man siehe sich in diesem Zusammenhang den BLR Nr. 438/2022 "Plan zur Intermediärbetreuung 2022-2026" an, welcher die Planung von höchstens 214 Betten für Intermediärbetreuung vorsieht, die innerhalb 2026 auf dem Landesgebiet erfolgen muss und die gleichmäßig auf die Gesundheitsbezirke aufgeteilt werden sollen. Von den 214 Betten werden 80 innerhalb der zukünftigen Gemeinschaftskrankenhäuser errichtet werden.

⁴ Mit Dekret des Landesrates vom 28. November 2018, Nr. 22555 wurden bereits 2018 die besonderen Voraussetzungen für die Ermächtigung und die Akkreditierung der sog. öffentlichen und privaten stationären Einrichtungen/operativen Einheiten auf Landesebene für die Intermediärbetreuung. Diese Voraussetzungen sind in der Anlage A, welche integrierenden Bestandteil des genannten Dekrets darstellt, enthalten. Die Voraussetzungen für die Gesundheitseinrichtung sind vollumfänglich auf die Funktion und die Rolle, die die zukünftigen Gemeinschaftskrankenhäuser gemäß PNRR in der Grundversorgung darstellen sollen, zurückführbar.

- die Gemeinschaftskrankenhäuser, die neu erbaut werden, sind in drei der fünf *hub*-Gemeinschaftshäusern des Landes untergebracht (Bozen, Neumarkt und Meran): dies bedeutet nicht, dass nicht noch andere Sitze, z.B. in Privatkliniken, die die gesetzlichen Voraussetzungen einhalten, Akut-Krankenhäusern, stationären Einrichtungen untergebracht werden können, die aber hierarchiemäßig immer im Netzwerk der wohnortnahen Betreuung und den Gesundheitsbezirken eingebettet sein müssen.

3.1 Verteilungsplan der Betten für Intermediärbetreuung

In Erwartung des Baus der neuen Gemeinschaftskrankenhäuser an deren endgültigen Sitzen werden die Betten für Intermediärbetreuung mittels Entscheidungen des Sanitätsbetriebs aufgeteilt. Dabei soll eine gleichmäßige Verteilung für die Patientinnen und Patienten gesichert werden und den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten einzuweisen und den Krankenhäusern die Möglichkeit die Patientinnen und Patienten in angemessener Zeit im Verhältnis zu den Gesundheitsproblemen zu entlassen, gegeben werden.

Die derzeitigen und zukünftigen Betten für Intermediärbetreuung, die über das gesamte Landesgebiet aufgeteilt sind, haben die 5 wohnortnahen Einsatzzentralen als Bezugspunkt.

4. Organisation, Verhältnis zu den anderen Einrichtungen und Verantwortlichkeiten

4.1 Einleitung

Die Gemeinschaftskrankenhäuser und die Betten für Intermediärbetreuung sind in das Netzwerk eingebettet und werden direkt von den wohnortnahen Einsatzzentralen verwaltet, wobei genaue Betreuungs- und Verwaltungspfade eingehalten werden. Die wohnortnahen Einsatzzentralen stellen den Knotenpunkt dar, an dem die Anfragen eingehen und an den die Daten betreffend die Führung der Wartelisten der von den verschiedenen Einrichtungen kommenden oder von Ärztinnen und Ärzten gesandten Patientinnen und Patienten mitgeteilt werden müssen.

Der funktionelle Zusammenhang zwischen Gemeinschaftshaus, Akutkrankenhaus (oder andere wohnortnahe Einrichtungen) und dem Wohnort wird von der wohnortnahen Einsatzzentrale geschaffen. Die wohnortnahe Einsatzzentrale wird die Verwaltung der Überführungen von einem Setting in das andere und die Bearbeitung der Anfragen um Aufnahme in Einrichtungen der Patientinnen und der Patienten übernehmen. Dabei werden sie von der Pflegekoordinatorin oder vom Pflegekoordinator des Gemeinschaftskrankenhauses unterstützt, die oder der die Aufnahme der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung und der weitere Weg bis zur Entlassung koordiniert.

Die Organisation des Gemeinschaftshauses muss die Schnittstelle mit den verschiedenen Komponenten, die an der Kontinuität der Betreuung im Rahmen des Betreuungspfades und des integrierten Betreuungsprojekts für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten teilnehmen und diese umsetzen, sicherstellen. Darunter fallen auch das Fachpersonal, dass die notwendigen Hilfsmittel verschreibt und liefert und die Sozialdienste der Gemeinden.⁵

⁵ Das Gemeinschaftskrankenhaus ist ein ideales Betreuungssetting um eine bessere Integration sei es mit der örtlichen Gemeinschaft (Vereine und Ehrenamt) sei es mit den Sozialdiensten. Die Zusammenarbeit des Gesundheits- und des Sozialbereichs und der örtlichen Gemeinschaft stellt ein besonderes Merkmal des Gemeinschaftskrankenhauses dar. Sie soll eine Antwort auf den komplexen Bedarf und die zeitnahe Planung der Entlassung sicherstellen. Außerdem kann die Zusammenarbeit

Der Gesundheitsbezirk stellt in Zusammenarbeit mit der Einrichtung der Ärztin oder dem Arzt für Allgemeinmedizin der Patientin oder des Patienten sicher, dass sie oder er Zugang zur Einrichtung hat, damit der Austausch mit dem Personal, das die Patientin oder den Patienten betreut, gefördert wird.

4.2 Afferenzen zum Gemeinschaftskrankenhaus und den Bettenplätzen mit Intermediärversorgung

Die Patientinnen und Patienten haben auf der Grundlage eines „**Einweisungs- und Bewertungsbogen für die Aufnahme in Intermediärversorgungseinheiten**“⁶ von folgenden Einrichtungen aus Zugang zu den Gemeinschaftskrankenhäusern und den Betten für Intermediärbetreuung:

- von den Abteilungen der Krankenhäuser für akute und post-akute Patientinnen und Patienten und den Notaufnahmen;
- vom Wohnort über die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin;
- von den Seniorenwohnheimen;
- von privaten akkreditierten Einrichtungen.

4.3 Rolle und Arbeitsweise der wohnortnahen Einsatzzentrale für die Intermediärbetreuung

Der obengenannte Bogen wird in allen seinen Teilen ausgefüllt und an die zuständige wohnortnahe Einsatzzentrale übermittelt.

Die wohnortnahe Einsatzzentrale, bei welcher der Antrag um Aufnahme in die Intermediärversorgung einlangt, überprüft die eingegangene Meldung. Unbeschadet davon, ist zum derzeitigen Stand, in dem die Einheiten für die multidimensionale Einschätzung auf Landesebene erst noch eingerichtet werden müssen, ist die klinische Bewertung betreffend den angemessenen Zugang Zuständigkeit der entsendenden Einrichtungen.

Nach der positiven Bewertung für ein Setting mit Intermediärversorgung überprüft die wohnortnahe Einsatzzentrale die Verfügbarkeit eines Bettenplatzes und teilt mittels E-Mail das Datum der möglichen Überführung/Einweisung mit. Die wohnortnahe Einsatzzentrale informiert die Antragsteller betreffend das Datum der Annahme in der Einrichtung für Intermediärversorgung und diese organisieren die Überführung zum ausgemachten Datum. Zudem überwacht die wohnortnahe Einsatzzentrale den Übergang der Patientin oder des Patienten vom Ausgangs-Setting in die Einrichtung für Intermediärversorgung und den Wohnort oder den endgültigen Bestimmungsort der Patientin oder des Patienten.

4.4 Interne Organisation der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Betteneinheiten für Intermediärbetreuung, sei es in öffentlichen als auch in privaten akkreditierten Einrichtungen

Die Verwaltung und die Tätigkeit im Gemeinschaftskrankenhaus sind auf eine multidisziplinäre, multiprofessionelle und fachrichtungs-integrierte Herangehensweise aufgebaut. Dabei sind die Zusammenarbeit und das Zusammenspiel von **verschiedenen**

mit den ehrenamtlichen Vereinen einen nützlichen Beitrag auch für die Erhebung der wahrgenommenen Qualität seitens Patientinnen und Patienten und Familienangehörigen/caregiver beitragen.

⁶ Man siehe zu diesem Zweck die Anlage 1 der Betriebsprozedur, die im Rundschreiben vom 23.12.2022 samt Anlagen enthalten ist.

Fachbereichen und die Aufnahme bzw. Entlassung ist an allen Tagen der Woche sichergestellt.

Für eine Einheit von 20 Betten⁷, ist die Anwesenheit von folgendem Personal sichergestellt:

- 7-9 Einheiten Krankenpflegepersonal, um die pflegerische Präsenz rund um die Uhr an allen Tagen der Woche sicherzustellen; eine der Einheiten ist die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und technischen Bereichs,
- 4-6 Einheiten soziosanitäres Betreuungspersonal (OSS) um die Präsenz rund um die Uhr, an allen Tagen der Woche, sicherzustellen,
- 1-2 Einheiten Reha-Personal (Physiotherapeutin oder Physiotherapeut und/oder Ergotherapeutin oder Ergotherapeut und/oder Logopädin oder Logopäde),
- 1 Ärztin oder Arzt für 4,5 Stunden pro Tag an sechs Tagen in der Woche.

Die ärztliche Betreuung der aufgenommenen Patientinnen und Patienten wird von den im Gemeinschaftshaus anwesenden Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin geleistet, wenn die Betten für Intermediärbetreuung in einer öffentlichen Einrichtung (Gemeinschaftshaus oder andere öffentliche Einrichtung) untergebracht sind. In privaten Einrichtungen wird sie von betrieblichen geriatrischen oder internistischen Fachärztinnen und Fachärzten oder von Fachärztinnen und Fachärzten der privaten Einrichtungen geleistet, welche die routinemäßige Betreuung sichern und eine direkte telefonische Rufbereitschaft an 12 Stunden.

4.4.1 Die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und technischen Bereichs der Gemeinschaftskrankenhäuser

Die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und technischen Bereichs ist unter anderem für folgende Tätigkeiten verantwortlich:

- Planung und Verwaltung des Pflegepersonals und dessen professioneller Tätigkeit,
- Entwicklung und Weiterbildung des Personals⁸,
- Verwaltung der materiellen und technologischen Ressourcen,
- Sicherheits- und Qualitäts-Management,
- Planung und Verwaltung der von Veränderungen und Innovationsprojekten,
- Ermittlung der Bezugskrankenpflegerin oder des Bezugskrankenpflegers für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten,
- Koordinierung der Aufnahme der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten.

4.4.2 Die Bezugskrankenpflegerin oder der Bezugskrankenpfleger

Es handelt sich dabei um die Krankenpflegerin oder den Krankenpfleger, welcher sich um die Beziehungen zwischen der Patientin/dem Patienten und ihrer/seiner Familie und zwischen Familie und die verschiedenen Beteiligten in der Versorgung, die die deren/dessen Betreuung sicherstellen.

⁷ Der Referenzstandard sieht mindestens ein Gemeinschaftskrankenhaus mit 20 Betten je 100.000 Einwohner (verpflichtender Organisationsstandard) vor. Es ist möglich, eine Erweiterung auf bis zu zwei Module, jedoch nicht mehr, vorzusehen. Jedes davon verfügt in der Regel über 15-20 Betten, damit die Kohärenz betreffen Zweckmäßigkeit, Zielpersonen und Führungsmodalität sichergestellt werden kann. Es gibt Einzel-, Zweibett- oder Vierbettzimmer. Der Personalstandard wird im Verhältnis gekürzt, sollten zwei Module vorhanden sein.

⁸ Unter die Hauptziele der Aufnahme muss auch die Steigerung des Bewusstseins der Patientinnen und Patienten und der Familienangehörigen bzw. caregivers gereicht werden, indem diese für die bestmögliche Handhabung der neuen klinischen und therapeutischen Bedingungen geschult werden und etwaige Symptome von Instabilität frühzeitig erkennen.

Außerdem übt sie oder er folgende Tätigkeit aus:

- Sie/er koordiniert den Weg der Patientin oder des Patienten vom Eintritt bis zum definitiven Bestimmungsort.
- Sie/er fungiert als Schnittstelle mit der wohnortnahen Einsatzzentrale, damit die Organisation der Betreuung erleichtert wird.
- Sie/er unterhält die Beziehungen mit der Ärztin oder dem Arzt für Allgemeinmedizin und der Familie der Patientin oder des Patienten, mit den Hauspflegediensten und mit dem Krankenhaus, für den Fall, dass die Aufnahme von einer Abteilung vorgeschlagen worden ist.
- Sie/er erstellt und teilt mit dem therapeutischen Team den Betreuungs- und Gesundheitserziehungsplan der Patientin oder des Patienten und/oder deren/dessen caregivers.

4.4.3 Die Ärztin oder der Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses

Sie oder er ist Garant für die klinische Betreuung der Patientin oder des Patienten, der ein Bett für Intermediärbetreuung belegt.

Weiters:

- kontaktiert sie/er die operativen Einheiten der Bezugs-Akutkrankenhäuser betreffend etwaige stationäre Aufnahmen (unvorhergesehene Wieder-Akutisierungen) und fachärztliche Konsulenzen,
- kontaktiert sie/er die Ärztin oder den Arzt für Allgemeinmedizin der Patientin oder des Patienten vor der Entlassung in der Form der "geschützten Entlassung", wobei der Zugang der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes in der Einrichtung gefördert wird, um sich über die Art der Entlassung abzustimmen,
- füllt sie/er die in ihre/seine Zuständigkeit fallenden Teile der Krankenakte bis hin zu deren Schließung aus und erstellt den Entlassungsschein,
- unterhält sie/er die Beziehungen mit dem Notfalldienst für etwaige dringende Transporte,
- organisiert sie/er mindestens einmal im Monat, zusammen mit der Pflegedienstleiterin oder dem Pflegedienstleiter der Abteilung, die Gespräche mit den Familienangehörigen, Besprechungen des Falles, klinisch-betreuerische Audits mit dem gesamten für die Betreuung zuständigen Personal, um kritische Aspekte aufzuwerfen und die verantwortliche Ärztin oder den verantwortlichen Arzt über die Handhabung von getroffenen Maßnahmen oder zu lösenden kritischen Aspekten zu informieren.

Die Krankenakte und die die klinischen Daten werden von der Einrichtung unter Einhaltung der Bestimmungen im Bereich Datenschutz aufbewahrt und müssen auf Anfrage der Berechtigten einsehbar und vervielfältigbar sein. Die Krankenakte muss von den EDV-Diensten digitalisiert werden, damit die Datenflüsse auf Landesebene gespeist werden können⁹.

Die Ärztin oder der Arzt ist außerdem verantwortlich für die Sammlung der für die Erfüllung der Informationspflicht notwendigen Daten zur Gesundheit (gemäß der Datensätze und den

⁹ Die Verantwortlichen der klinischen und pflegerischen Tätigkeiten erfassen die Gesundheitsdaten für die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche, wobei sie eine integrierte klinisch-pflegerische Krankenakte verwenden, welche in einen integrierten Informationsprozess mit der elektronischen Gesundheitsakte eingebettet ist.

operativen Anweisungen, welche auf Ressortebene festgelegt werden)¹⁰.

5. Das klinische Profil der Patientinnen und Patienten

Die Einrichtungen für Intermediärbetreuung sind an Patientinnen und Patienten gerichtet, welche folgendes benötigen:

- gesundheitliche Maßnahmen von niedriger klinischer Intensität, die potenziell auch am Wohnort erbracht werden könnten,
- gesundheitliche Betreuung/Überwachung durch Krankenpflegepersonal, auch in der Nacht,
- Maßnahmen der Rehabilitation (Physio- und Ergotherapie oder Logopädie) bei Bedarf.

Zusammenfassend ist die Hauptzielgruppe von möglichen Patientinnen und Patienten:

1. Fragile und/oder chronische Patientinnen und Patienten, welche vom Wohnort kommen und eine Verschlimmerung der vorherigen klinischen Bedingung aufweisen, oder bei denen Unvorhergesehenes eintritt, aufgrund dessen die Betreuungsnotwendigkeit steigt, eine stationäre Aufnahme in das Krankenhaus aber unangemessen wäre,
2. Patientinnen und Patienten, die an mehreren Krankheiten leiden, die aus dem Krankenhaus (akut oder rehabilitativ) kommen, die klinisch stabil sind aber einer durchgehenden pflegerischen Betreuung bedürfen, bis sie vollständig stabil geworden sind,
3. Patientinnen und Patienten, die auf Unterstützung bei der Gabe der Arzneimittel oder bei der Handhabung von Heilbehelfen und Hilfsmittel angewiesen sind, die vor der Entlassung an den Wohnort Beistand, Erziehung und Schulung der Patientin oder des Patienten und des caregivers benötigen.
4. Patientinnen und Patienten, die auch zeitweilig pflegebedürftig sind und die keine oder wenig sozianitäre Unterstützung haben.

5.1 Die wichtigsten behandelbaren Krankheitsbilder

Die wichtigsten Krankheitsbilder, die in einem Gemeinschaftskrankenhaus oder an einem Bettenplatz für Intermediärbetreuung behandelt werden können, sind:

- Herzkrankheiten mit der Notwendigkeit der Neueinstellung der Therapie und der klinischen und ematochemischen Überwachung,
- Verschlimmerte COBP, ohne schlimme Ateminsuffizienz; sich langsam erholende Lungenentzündung. Patientinnen und Patienten in Sauerstofftherapie mit niedrigem Fluss ohne Notwendigkeit der arteriösen Blutgasanalyse.
- Chronische Krankheiten des Harnapparats und/oder der Harnwege, welche eines

¹⁰ In Bezug auf die mit dem PNRR eingeführten Interventionen (man siehe insbesondere die Unter-Intervention 1.3.2.2.1), ist es vorgesehen, den NSIS (staatlicher Neuer Gesundheits-Datenfluss) auf Landesebene neu zu gestalten. Es ist vorgesehen, eine Reihe von neuen Datenflüssen im Gesundheitswesen zu implementieren, damit die Überwachung der neuen WBS erfolgen kann und die Qualität der bestehenden klinischen und verwaltungstechnischen Daten gesteigert werden kann. Auf der Grundlage der im PNRR festgesetzten Targets richten die Regionen und Autonomen Provinzen Informationsflüsse für die Dienste der wohnortnahen Rehabilitation und für die Familienberatungsstellen ein. Die Einrichtung der Informationsflüsse der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Dienste der Grundversorgung ist vorgesehen. Im Detail betrifft der neue Informationsfluss des Gemeinschaftskrankenhauses individuelle Daten zu gesundheitlichen Tätigkeiten für von den Gemeinschaftskrankenhäusern gemäß MD vom 2.4.2015, Nr. 70, erbrachten Leistungen.

antibiotischen endovenösen Behandlungszyklus mit klinischer und ematochemischer Überwachung bedürfen,

- Parenterale Behandlungszyklen, auch von Antibiotika der Klasse H, sofern sie nicht am Wohnort durchführbar sind,
- Osteoporose mit Komplikationen,
- Neurodegenerative Krankheiten mit der Notwendigkeit die Bewegung zu reaktivieren,
- Notwendigkeit eines Pfades für die Diagnose, der bei gebrechlichen Patientinnen und Patienten in einem geschützten Umfeld erfolgen muss, Vorbereitung auf eine und Durchführung einer endoskopischen Untersuchung, Setzen einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie PEG, einer perkutanen endoskopischen Jejunoskopie PEJ, usw.;
- Trofisches Magengeschwür mit Notwendigkeit der täglichen Medikation und eines endovenösen antibiotischen Therapiezyklus‘,
- Nicht komplizierte chronische oder subakute Gefäßkrankheiten (vorübergehende ischämische Attacke TIA, Phlebothrombose, Thromboflebitis),
- Chronische Leberkrankheiten, Malabsorption; Befund nach chirurgischer Intestinalresektion, welcher einer Optimierung bei der Ernährungstherapie und/oder Counselling bedarf;
- Krankheit wegen Mangelernährung, in parenteraler oder enteraler Behandlung nach Therapiezyklen,
- Patientinnen und Patienten mit leichten und/oder nicht entwickelten Traumen, nach einer kompletten klinischen Bewertung in der Notaufnahme und der intensiven Kurzzeitbeobachtung;
- Patientinnen und Patienten, mit Befunden nach chirurgischem Eingriff, welche Rekonvaleszenz, längere parenterale Therapien und oder motorische Reaktivierung nach einer Bettruhephase benötigen.

5.2 Aufnahmekriterien

Die Aufnahmekriterien für das Gemeinschaftskrankenhaus und in den Betten für Intermediärbetreuung sind folgende:

1. Abwesenheit von aktuellen akuten Problematiken,
2. Stabile klinische Situation (Skala NEWS 2: Punktezahl 0-3, sofern die Gesamtpunktezahl nicht von einem einzigen item bestimmt wird),
3. abgeschlossene diagnostische Untersuchungen und festgesetztes Therapieprogramm.

5.3 Ausschlusskriterien

Das Setting der Intermediärbetreuung ist nicht geeignet für Patientinnen und Patienten, die in eine der folgenden Gruppen hineinfallen:

1. Patientinnen und Patienten in der Endphase, die über das Netz der Palliativversorgung betreut werden,
2. Patientinnen und Patienten, welche an spezifischen Rehabilitationsprogrammen teilnehmen (Kodizes 26.00, 56.00, 60.00 und 75.00) sowie Patientinnen und Patienten, die von außerhalb des Krankenhauses kommen;
3. Psychiatrische Patientinnen und Patienten, welche auch Abhängigkeitskrankheiten haben, die Zugang zu anderen Pfaden haben,
4. Patientinnen und Patienten, die schwere kognitive und Verhaltensstörungen haben, und die Zugang zu anderen Pfaden haben.

Die Verlegung der Patientin oder des Patienten müssen verschoben werden, wenn sich, innerhalb der vorangehenden 48 Stunden einer der untenstehenden Fälle manifestiert hat:

- Herzfrequenz in Ruhe <40 o ≥ 130 bpm,
- Systolischer arterieller Druck <70 o ≥ 200 mmHg oder diastolischer Druck <60 o >120 mmHg,
- Körpertemperatur (Achsel) $\geq 38,5$ °C,
- Atemfrequenz < 9 o ≥ 30 ,
- Veränderter Bewusstseinszustand (nicht wache Patientin oder nicht wacher Patient),
- Aktive Blutung,
- Verdacht oder bestätigte akute ischämische Myokarditis,
- Akute neurologische Probleme und oder schnell progressive neurologische Probleme,
- Aufkeimen einer akuten Infektionskrankheit mit Ansteckungsgefahr.

5.4 Prozedur für die Aufnahme

Der Antrag um Intermediärbetreuung an die wohnortnahe Einsatzzentrale kann im Allgemeinen von folgenden Personen beantragt werden:

- einer Ärztin oder eines Arztes der Notaufnahme,
- einer Ärztin oder eines Arztes für Allgemeinmedizin,
- einer Ärztin oder eines Arztes der Akut- und Postakut-Abteilungen des Krankenhauses.

Wenn der Antrag aus einem Seniorenwohnheim kommt, so übernimmt die Ärztin oder der Arzt, die oder der in der Einrichtung tätig ist, den Antrag.

Wenn die Patientin oder der Patient von einer privaten akkreditierten Einrichtung kommt, so stellt die Ärztin oder der Arzt der- oder desselben den Antrag.

Der Antrag muss alle nützlichen Informationen enthalten, welche es ermöglichen, die für die Patientin oder den Patienten notwendigen Behandlungen zu ermitteln. Die Unmöglichkeit einer Übernahme über die Hausbetreuung oder einer standardmäßigen Aufnahme in ein Wohnheim muss herausgehoben werden und auf jene kritischen Umstände, die innerhalb eines begrenzten Zeitraums gelöst werden können, muss Bezug genommen werden.

5.5 Kriterien für die Verwaltung der Wartelisten

Einige Kriterien der Verwaltung der Wartelisten seitens der wohnortnahen Einsatzzentralen sind:

- Datum des Antrags, unbeschadet davon sind die lokalen kritischen Punkte, welche bei Beginn der Tätigkeiten festgesetzt werden,
- Art des Betreuungssettings (Herkunft der Patientin oder des Patienten),
- Meldung einer erhöhten Morbidität seitens der ärztlichen Direktion des Krankenhauses.

Die Rechtzeitigkeit der Antwort auf einen Antrag um Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten in eine Einrichtung mit Betten für Intermediärbetreuung hängt vom Setting, von dem der Antrag kommt, sowie vom Datum des Antrags ab:

- innerhalb von 12 Stunden, wenn der Antrag von der Notaufnahme kommt,
- innerhalb von 24 Stunden, wenn die Patientin oder der Patient vom eigenen Wohnort kommt,
- innerhalb von 72 Stunden, wenn die Patientin oder der Patient aus einer Akut- oder Postakut-Krankenhausabteilung entlassen wird.

5.6 Die Aufnahme

Zum Zeitpunkt des Eintritts wird ein integriertes Betreuungsprojekt aufgestellt. Während der Verweildauer wird die Patientin oder der Patienten regelmäßig wiederbewertet, um die Erreichung der klinisch-betreuungstechnischen Ziele, welche eingangs festgesetzt worden sind, zu überprüfen.

Die Verweildauer wird auf der Grundlage des klinischen und des rehabilitativen Bildes sowie auf jenen in Zusammenhang mit der Betreuung festgesetzt und nicht auf der Grundlage der Bedürfnisse der Familie.

Die Verweildauer ist im Allgemeinen auf 15-20 Tage festgesetzt. Nachdem 20 Tage verstrichen sind, kann die Verweildauer in besonderen Fällen bis auf 6 Wochen ausgedehnt werden. Die etwaige Verlängerung wird von der Ärztin oder dem Arzt, der die Patientin oder den Patienten bei der wohnortnahen Einsatzzentrale betreut, beantragt. Sie erfolgt über das Formular **“Antrag um Verlängerung der Aufnahme in Intermediärversorgung”**. Wenn eine Verlängerung der Aufnahme durch die Ärztin oder den Arzt ermächtigt wird, muss sich die Patientin oder der Patient, für jeden Tag, der über die ersten 30 Tage der Aufnahme hinausgeht, im Ausmaß der Durchschnittswerte, die für die Seniorenwohnheime festgesetzt sind, am Tagessatz beteiligen.

5.7 Prozedur für die Entlassung

Unter dem Hauptaugenmerk die Kontinuität der Betreuung zu sichern, macht die Einrichtung (klinische Verantwortliche oder klinischer Verantwortlicher und Bezugskrankenpflegerin oder -pfleger), mindestens eine Woche vor der Entlassung, die Meldung zur Entlassung an die wohnortnahe Einsatzzentrale.

Am Ende der Aufenthaltsdauer erstellt die oder klinische Verantwortliche einen Entlassungsbrief, welche an die Ärztin oder den Arzt für Allgemeinmedizin gerichtet ist und in dem er folgendes beschreibt:

- die wichtigsten durchgeführten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen,
- die wichtigsten klinischen Sachverhalte, welche sich während der Aufenthaltsdauer der Patientin oder des Patienten ereignet haben,
- die notwendigen Anweisungen für die Weiterführung des Betreuungspfades.

Die Bezugskrankenpflegerin oder der Bezugskrankenpfleger verfasst einen Entlassungsbrief für den Hauskrankenpfordienst, sofern die Patientin oder der Patient diese Betreuung benötigt, in dem Folgendes beschrieben wird:

- der ermittelte pflegerische Bedarf und die festgesetzten Betreuungsziele,
- die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen, die umgesetzt worden sind, und die Ergebnisse, die im Rahmen des Aufenthalts der Patientin oder des Patienten im Gemeinschaftskrankenhaus erreicht wurden,
- die notwendigen Anweisungen für die Weiterführung des Betreuungspfades.

Es wird eine Krankenakte verwendet, welche folgende Dokumentation enthält:

- Antrag um Aufnahme in das Gemeinschaftskrankenhaus,
- Entlassungsbrief vom Krankenhaus (vom Krankenhaus gesandte Patientin oder gesandter Patient),
- ärztliches Tagebuch,
- Bogen zur pflegerischen Sicherung/ Betreuungsplan;
- Pflorgetagebuch;

- Bogen betreffend Diagnosesicherungen durch anderes Fachpersonal, die während des Aufenthalts im Gemeinschaftskrankenhaus angefordert worden sind, mit etwaigem individuellem Programm,
- Im Falle von Behandlung von Seiten des aktivierten Fachpersonals muss ein spezifisches Fachtagebuch geführt werden,
- Integriertes Betreuungsprojekt,
- Anträge/Befunde/Laboruntersuchungen,
- Thermographie,
- Laufende Arzneimitteltherapie und deren nachfolgende Anpassung,
- Entlassungsbrief.

Die Akte wird mit der Entlassungsdiagnose (nach der ICD-9- Klassifizierung codiert) und von der klinischen Verantwortlichen oder dem klinischen Verantwortlichen unterzeichnet.

5.8 Fachärztliche Visiten

Die Ärztin oder der Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses kann mittels Verschreibungsblock des staatlichen Gesundheitsdienstes oder mittels dematerialisierter Verschreibung Konsulenz seitens Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses beantragen.

Die Facharztvisiten, darunter auch physiatrische Visiten, werden von den Fachärztinnen und Fachärzten, die in den öffentlichen Krankenhäusern oder den privaten akkreditierten Krankenhäusern (wobei die vorher festgesetzten Tarife zur Anwendung kommen) beschäftigt sind, durchgeführt.

5.9 Verwaltung der Notfälle

Von 20 Uhr bis 8 Uhr und an den Feiertagen wird die ärztliche Betreuung für Notfälle oder aus Überwachungserfordernissen von einer Ärztin oder einem Arzt der Betreuungskontinuität des nächsten Sitzes zum Gemeinschaftskrankenhaus sichergestellt. Diese oder dieser kommt als Konsiliarärztin/-arzt zum Einsatz und aktualisiert die Krankenakte um die Maßnahmen, die er/sie durchgeführt oder veranlasst hat.

Die Entsendung in die Notaufnahme des Bezugskrankenhauses des Sanitätsbetriebs kann von der klinischen Verantwortlichen oder dem klinischen Verantwortlichen oder von der Ärztin oder dem Arzt der Betreuungskontinuität verfügt werden. Der Ausgang dieser Entsendung muss abgewartet werden (Beobachtung in der Notaufnahme, Verweilen in intensiver Kurzbeobachtung, stationäre Aufnahme im Krankenhaus), wobei das Bett für höchstens 48 Stunden freigehalten werden kann.

5.10 Arzneimittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel und Telemedizin

Die Arzneimittel werden von der Ärztin oder vom Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses mittels Verwendung der betrieblichen Verschreibungsmodalitäten verschrieben und vom Krankenhausarzneimitteldienst ausgefolgt.

Alle Arzneimittel aus dem betrieblichen Arzneimittelverzeichnis der Krankenhäuser können an das Gemeinschaftskrankenhaus geliefert werden. Der Sanitätsbetrieb liefert über die Krankenhausapotheke die für die künstliche Ernährung (enterale und parenterale Ernährung) notwendigen Produkte. Deren Verschreibung erfolgt durch die Ärztin oder den Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses unter der Einhaltung der Angemessenheits-Kriterien, welche von den spezifischen Anweisungen und Landesleitlinien im Bereich der künstlichen Ernährung außerhalb des Krankenhauses vorgesehen sind.

Der Sanitätsbetrieb stellt die Lieferung von personalisierten Hilfsmitteln und Heilbehelfen

sicher. Der Sanitätsbetrieb muss außerdem, zum Zwecke der Betreuung der niedrig-mittleren Ebene, ein Mindestmaß an technologischer Ausrüstung, wie z.B. einen Wagen für die Handhabung der Notfälle mit Defibrillator manueller Beatmungseinheit, ein tragbares EKG, ein Pulsoximeter oder ein tragbares Ultraschallgerät, sicherstellen. Die technologischen Geräte, die zur Verfügung gestellt werden müssen, können jederzeit auch noch zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt werden.

Das Gemeinschaftskrankenhaus passt sich an die Maßnahmen für die **Telemedizin und Telekonsulte**, welche im Sanitätsbetrieb umgesetzt werden, an. Zu diesem Zweck wird bei der Organisation der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Betten für Intermediärbetreuung ein eigener für die Telemedizin reservierter Raum vorgesehen. Insbesondere ist die Möglichkeit anzustreben, Telekonsulte unter den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des Betreuungspfades sowie Tele-Überwachung der Vitalparameter der Patientinnen und Patienten nach Entlassung durchzuführen.

6. Personalstandards und Tarife

Mit BLR vom 17. Dezember 2019, Nr. 1152 wurden die Mindestpersonalstandards und die Tagestarife für öffentliche und private Einrichtungen festgelegt.

7. Strukturelle Voraussetzungen

Die derzeit geltenden Akkreditierungskriterien wurden mit Dekret des Landesrates vom 28. November 2018, Nr. 22555 festgesetzt und anschließend mit BLR Nr. 907 vom 06. Dezember 2022 aktualisiert.

8. Informationsfluss und Indikatoren

Zum Zwecke der Überwachung der Tätigkeiten, welche über die Gemeinschaftskrankenhäuser und die anderen Einrichtungen im Bereich der Intermediärbetreuung ausgeübt werden, ist es Pflicht für jede Einrichtung, die Intermediärbetreuung erbringt, den **eigens eingerichteten Informationsfluss der Intermediärbetreuung zu speisen**. Der Informationsfluss ist von den staatlichen Bestimmungen und dem darin festgesetzten record-Datensatz, der noch um die von der Autonomen Provinz Bozen im Speziellen im Verwaltungsakt geforderten Informationen ergänzt wird, beschrieben.

Die Tätigkeit der Verwaltung und der Koordination des Informationsflusses der Intermediärbetreuung- sei es in der Einführungsphase, sei es nachfolgend in der Phase nach der endgültigen Umsetzung der staatlichen Regelung- ist bei der Beobachtungsstelle des Landes für Gesundheit angesiedelt und ist gemäß Art. 4 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 eine institutionelle Aufgabe.

Zu letzteren zählt es auch, die Tätigkeiten der Einrichtungen, mittels der Berechnung der Überwachungskennzahlen zu überwachen und überprüfen.

Mögliche Indikatoren für die Überwachung der Gemeinschaftskrankenhäuser und der Bettenplätze mit Intermediärbetreuung könnten z.B. folgende sein:

- Satz der Belegung der Betten,
- Satz der Aufnahme von Personen über 75 Jahre,
- Satz der Aufnahme im Akutkrankenhaus während des Verweilens in Gemeinschaftskrankenhäusern,

- Satz der Re-Hospitalisierungen innerhalb von 30 Tagen,
- Mittlere Verweildauer in Gemeinschaftskrankenhäusern,
- Aufenthaltsdauer über die sechs Wochen hinaus (oder Anzahl der outlier),
- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die vom Wohnort kommen,
- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die vom Krankenhaus kommen.

TEIL 2 – Anweisungen des Landes für die Arbeitsweise der Gemeinschaftshäuser, die Entwicklung der Zusammenschlüsse der Berufsgruppen und der proaktiven Medizin

Einführung

Der staatliche Wiederaufbauplan (PNRR) sieht eine tiefgreifende Neuordnung der Tätigkeiten der wohnortnahen Betreuung und die Schaffung von Gemeinschaftshäusern vor. Letztere sollen verstanden werden als **öffentliche Einrichtungen**¹¹, die von der Bezugsbevölkerung leicht zu erkennen und zu erreichen sind für den Zugang, die Aufnahme und die Lenkung der oder des Betreuten und für die Erbringung von Leistungen, Tätigkeiten, Gesundheits- und soziosanitären Diensten in Kontinuität mit dem Krankenhaus und der Betreuung am Wohnort der Patientin oder des Patienten.

Das Gemeinschaftshaus ist ein Organisationsmodell, welches die Betreuung in Wohnortnähe konkret umsetzt.

Gemäß den Vorgaben aus MD Nr. 77 vom 23. Mai 2022 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik Nr. 144 vom 22. Juni 2022) arbeiten im Gemeinschaftshaus die verschiedenen Berufsgruppen der wohnortnahen Betreuung, aber auch des Krankenhauses (wenn vorgesehen), in integrierter und multidisziplinärer Arbeitsweise um Gesundheitsmaßnahmen und mit dem Sozialwesen integrierte Maßnahmen (nach unterschriebenen Vereinbarungen) mit dem folgenden Standard:

- 1 Gemeinschaftshaus *hub* je 40.000-50.000 Einwohner/Einwohnerinnen,
- Gemeinschaftshaus *spoke* und Ambulatorien für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl des Einzugsgebiets, welche dort arbeiten, entweder als physischen Ort oder über einen funktionellen Zusammenschluss an dieses.

Während der Wert ein *hub*-Gemeinschaftshaus alle 40.000/50.000 Einwohnerinnen und Einwohner ein bindender Wert ist, gibt es keine Bezugswerte für die *spoke* -Gemeinschaftshäuser, deren Ermittlung vom Organisationsmodell abhängt, das auf Regional- oder Landesebene genehmigt wird.

Auf staatlicher Ebene sind vom PNRR 1.350 Gemeinschaftshäuser vorgesehen, die sich zu den 554 Gesundheitshäusern, die es auf dem Staatsgebiet bereits gibt (Datenstand 2021), die an Gemeinschaftshäuser anzugleichen sind, hinzugesellen.

In Südtirol schwankt die Anzahl der *hub* Gemeinschaftshäuser aufgrund der Vorgabe betreffend Einwohneranzahl und Standard aus dem MD Nr. 77/2022 zwischen zehn und 14, während es für die *spoke*-Gemeinschaftshäuser, auf der Grundlage der Kapillarität der Präsenz der neuen Einrichtungen, die Anzahl auch höher sein könnte^{12 13}.

1. Das Organisationsmodell der *hub*- und *spoke*- Gemeinschaftshäuser

Für ein *hub*- Gemeinschaftshaus ist folgendes Personal vorgesehen:

- 7-11 Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger (in der Folge, *IFeC*) welche in etwa nach folgendem Modell organisiert sind:

¹¹ Im Gegensatz zu den Betten für Intermediärbetreuung können die Gemeinschaftshäuser nicht Teil von privaten akkreditierten Einrichtungen sein.

¹² Die ersten zehn Gemeinschaftshäuser in Südtirol (5 *hub* und 5 *spoke*) sind direkt vom PNRR vorgeschrieben und zumindest teilweise auch von diesem finanziert. Diese müssen innerhalb 2026 umgesetzt werden. Die Verteilung der weiteren Gemeinschaftshäuser muss mit den Gemeinden abgesprochen werden. Dabei werden verschiedene Optionen in Betracht gezogen (von einem Neubau über Erweiterungen und Umgestaltungen von bereits bestehenden Einrichtungen und Sprengeln). Insbesondere werden die am entlegensten und zum heutigen Tag am wenigsten bediente Gebiete, bevorzugt, um kapillare Dienste in der wohnortnähe anbieten zu können.

¹³ Die Informationen, die in diesem Dokument enthalten sind, werden, wo notwendig, mit den "Leitlinien für die Umsetzung des Organisationsmodells der *hub*-Gemeinschaftshäuser", welche von AGENAS (April 2024) herausgegeben worden sind, ergänzt. Zum Beispiel gibt das Dokument von AGENAS auch Anweisungen über medizinische Gerätschaften und Heilbehelfe, die in den *hub*-Gemeinschaftshäusern vorzusehen sind (Kapitel 2.2).

- 1 Koordinatorin oder –koordinator des pflegerischen und technischen Bereichs,
- 2-3 IFeC für Ambulatoriumstätigkeiten,
- 1-2 IFeC für Tätigkeiten der Triage und der Bewertung des Gesundheitsbedarfs der Personen;
- 4-6 IFeC für die Hausbetreuung der Grundstufe, Präventionsmaßnahmen und Teleassistenz,
- 1 Sozialassistentin oder –assistent des Landesgesundheitsdiensts,
- 5-8 Einheiten unterstützendes Personal (soziosanitäres und Verwaltungspersonal),
- ärztliches Personal der Grundversorgung (Ärztinnen und Ärzte des einzigen Stellenplans der Grundversorgung, Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung nach Ärzte wählen und nach Stunden; Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl),
- Interne Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte und bedienstete Fachärztinnen und Fachärzte.

Die Tätigkeit muss so organisiert sein, dass sie eine Teamarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern, Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl, internen Ambulatoriums-Fachärztinnen und -Fachärzten (oder aus dem Krankenhaus kommende Fachärztinnen und Fachärzte), Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und –pflegern, anderem Fachpersonal des Gesundheitswesens, wie z.B. Psychologinnen und Psychologen, Hebammen und Geburtshelfern, Fachpersonal aus den Bereichen Prävention, Rehabilitation und den technisch sanitären Bereichen, Sozialassistentinnen und –assistenten möglich ist. Diese multidisziplinären Fachteams, welche komplexe Versorgungseinheiten der Grundversorgung (UCCP) genannt werden, arbeiten in integrierter Arbeitsweise im Inneren der Gemeinschaftshäuser, in denen sie angesiedelt sind und in Betreuungskontinuität mit den Vernetzten Gruppenmedizinen (AFT), welche in funktionell damit zusammenhängen.

Das Gemeinschaftshaus stellt mittels der Schaffung von abgestimmten Betreuungspfaden für spezifische Patientengruppen den idealen Sitz für die Koordinierung mit dem System der Sozialdienste dar.

Das Gemeinschaftshaus erfüllt, als Ort für Projekte mit der und für die Bezugsbevölkerung, drei **Hauptaufgaben:**

- befriedigt den Bedarf an Leistungen, Tätigkeiten und Diensten gemäß der Direktorin oder des Direktors, von dem die wohnortnahen funktionell abhängen, mittels der Festsetzung von abgestimmten Gesundheitsprojekten,
- fördert die Integration aller Berufsgruppen, die dort tätig sind, unter einem multiprofessionellen Gesichtspunkt,
- fördert die Integration von Gesundheit- und Sozialwesen.

Es gibt zwei Organisationsmodelle:

- *hub*- Gemeinschaftshäuser
- *spoke*- Gemeinschaftshäuser

Das *hub*- Gemeinschaftshaus ist die Bezugseinrichtung auf Bezirksebene und Bezugspunkt der Gesundheitsplanung.

Die *spoke*- Gemeinschaftshäuser hingegen sind ihre Ableger in der wohnortnahen Betreuung mit weniger ausgebauten Diensten¹⁴.

Die *hub*- und *spoke*- Gemeinschaftshäuser ermöglichen der Bezugsbevölkerung einen einheitlichen physischen Zugang zu den Diensten der Grundversorgung.

In diesen Häusern arbeiten Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärztinnen und Kinderärzte

¹⁴ Die Anzahl der *spoke*-Gemeinschaftshäuser wird in autonomer Weise von den einzelnen Regionen und autonomen Provinzen festgelegt, weil es keine staatlichen Referenzwerte gibt.

freier Wahl, interne Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte (oder Fachärztinnen und Fachärzte aus den Krankenhäusern), Krankenpflegepersonal und Hauskrankenpflegepersonal. Das MD vom 23. Mai 2022, Nr. 77 liefert eine Reihe von strukturellen, technologischen und organisatorischen Anweisungen für zwei Arten von Gemeinschaftshäusern; einige der Bestimmungen haben beschreibenden Charakter, andere hingegen sind bindend. Die beschreibenden Weisungen (enthalten unter Anhang 2 des Dekrets) stellen verpflichtende Mindeststandards dar. Die komplexen Einheiten für die Grundversorgung und alle Vernetzten Gruppenmedizinen der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl (die Vernetzten Gruppenmedizinen) gehören zu den Gemeinschaftshäusern, da sie in diesen ihren physischen Sitz haben oder funktionell an diese angegliedert sind. Auch die Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte haben Zugang zu den Gemeinschaftshäusern (MD Nr. 77/2022).

2. Zielsetzungen und Aufgaben

Das Ziel der Entwicklung der Gemeinschaftshäuser ist jenes, folgendes in koordinierter Weise sicherzustellen (MD Nr. 77/2022):

- den einheitlichen und integrierten Zugang zu Gesundheitsleistungen, sozio-sanitären Leistungen und Sozialleistungen mit gesundheitlicher Bedeutung in einer Einrichtung der **wohnnahen Betreuung**, der von der Bezugsbevölkerung gut ausfindig zu machen und leicht zu erreichen ist,
- die Antwort und die Sicherstellung des **einheitlichen Zugangs** zu den Gesundheitsdiensten, durch die Tätigkeit der Betreuung der Nutzerschaft und der organisatorisch-verwaltungstechnischen Unterstützung der Patientinnen und Patienten über die einzige Anlaufstelle gesichert werden (PUA¹⁵),
- die Antwort auf den Gesundheitsbedarf der Bezugsbevölkerung und der Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung, auch mittels der Koordinierung aller wohnnahen Dienste (12 Stunden und 24 Stunden auf Bezirksebene),
- die **Prävention und Gesundheitsförderung**, auch mittels Initiativen des Gesundheitsteams unter der Koordinierung des betrieblichen Departments für Prävention und der öffentlichen Gesundheit,
- die Förderung der Gesundheit der **Jugendlichen und der Frauen**, im Sexual- und Fortpflanzungsbereich und des Entwicklungsalters, betreffend alle typischen physiologischen Vorgänge der verschiedenen Lebensphasen,
- die Betreuung von chronischen und gebrechlichen Patienten auf der Grundlage einer **proaktiven Medizin**,
- die **Bewertung des Bedarfs**, den die Person hat, und die Begleitung hin zur angemessensten Antwort,
- die Antwort auf die Gesundheitsnachfrage seitens der Bevölkerung und **die Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung** auch mittels der Koordinierung mit den wohnnahen Gesundheitsdiensten (z.B. Dienste für psychische Gesundheit und Abhängigkeitserkrankungen, Familienberatungsstellen usw.),
- die Einrichtung von **multiprofessionellen Behandlungspfaden**, die die Integration zwischen den Gesundheits-, Krankenhaus- und wohnnahen Diensten sowie zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten, darunter auch Palliativbehandlung,
- die Teilnahme der **lokalen Gemeinschaft**, der Vereine der Bürgerinnen und Bürger, der Patientinnen und Patienten und der caregiver.

¹⁵ SUAC – Anlaufstelle für Pflege und Betreuung – in Südtirol.

Übersicht über die verpflichtenden und die möglichen Dienste in den hub- und spoke-Gemeinschaftshäusern

Dienste	Organisationsmodell	
	hub Gemeinschaftshaus	spoke Gemeinschaftshaus
Dienste der Grundversorgung, die von multiprofessionellen Teams (Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl, internen Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzten, Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pflegern usw.) erbracht werden	verpflichtend	
Einzige Anlaufstelle für Pflege und Betreuung	verpflichtend	
Dienst für die Hausbetreuung	verpflichtend	
Ambulatoriumsfachärztlicher Dienst für die Krankheitsbilder, die die höchste Prävalenz haben (Kardiologie, Pneumologie, Diabetologie, usw.)	verpflichtend	
Dienste der Krankenpflege (zu verstehen als allgemeine Prävention und Förderung der öffentlichen Gesundheit, darin enthalten ist die Tätigkeit der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege (IFeC), die Krankenpflege-Ambulatorien für die integrierte Übernahme der chronischen Krankheiten und als Antwort auf den gelegentlichen Bedarf)	verpflichtend	
Integriertes System der Vormerkung, das an die betriebliche Vormerkzentrale angebunden ist	verpflichtend	
Integration mit den Sozialdiensten	verpflichtend	
Teilnahme der Gemeinschaft und Aufwertung der co-Produktion, die durch Vereine der Bürgerinnen und Bürger und das Ehrenamt erfolgt	verpflichtend	
Verbindung mit dem Bezugs- <i>hub</i> - Gemeinschaftshaus	-	verpflichtend
Präsenz einer Ärztin oder eines Arztes	verpflichtend rund um die Uhr, an allen Tagen der Woche, auch mittels Miteinbezug der Betreuungskontinuität	verpflichtend an 12 Stunden pro Tag, an 6 Tagen die Woche
Präsenz einer Krankenpflegerin oder eines Krankenpflegers	verpflichtend, an 12 Stunden pro Tag und an allen Tagen der Woche	verpflichtend an 12 Stunden pro Tag und an 6 Tagen die Woche
	Sehr empfohlen, rund um die Uhr an allen Tagen der Woche	
Grundlegende Dienste der Diagnostik, für die Überwachung von chronischen Krankheiten mit Diagnosegeräten der ersten Ebene (Ultraschall, EKG, Retinograph, optischer Kohärenztomograph, Spirometer usw.) auch mittels Geräte der Telemedizin (z.B. Telebefunderstellung usw.)	verpflichtend	möglich
Betreuungskontinuität	verpflichtend	möglich
Entnahmestellen	verpflichtend	möglich
Beratungstätigkeiten und an die Minderjährigen gerichtete Tätigkeiten	möglich	
Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit (darunter auch Impfungen für die Altersstufe 0-18 Jahre)	möglich	
Screeningprogramme	möglich	
Dienste für die psychische Gesundheit, Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie	empfohlen	
Sportmedizin	empfohlen	

3. Die Gemeinschaftshäuser in Südtirol

3.1 Einleitung

Das Landesgebiet von Südtirol ist in 4 Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) und 20 Sprengel eingeteilt. Die Sprengel befinden sich in eigenen Gebäuden, einige davon umgebaut und mit Geräten ausgestattet, in denen Inneren integrierte Gesundheits- und Sozialdienste geleistet werden. Dort sind auch die einheitlichen Anlaufstellen für Pflege und Betreuung (SUAC) untergebracht, welche eine gute Betreuung der Patientinnen und Patienten in der wohnortnahen Betreuung sicherstellen. Einige dieser Sprengel werden in den zukünftigen Gemeinschaftshäusern, die vom PNRR vorgesehen sind, untergebracht.

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass bereits der Landesgesundheitsplan 2016-2020, welcher mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016 genehmigt worden ist, die Schaffung der sog. Zentren für die Gesundheits- und Sozialbetreuung auf dem Landesgebiet (11 davon waren vorgesehen, eines je 50.000 Einwohner) vorgesehen hat. In diesen Häusern arbeiten interdisziplinäre Teams aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, andere Fachärztinnen und Fachärzte, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (auch aus dem pädiatrischen Bereich) und andere qualifizierte Fachkräfte für die Betreuung der Person, die Hausbetreuung, Geburtshilfe, Rehabilitation, Ernährungswissenschaften, Sozialbereich, Sozio-pädagogischem Bereich und Psychologie und Verwaltungspersonal“. Je nach den lokalen Bedürfnissen konnten die Zentren für acht, zwölf, oder 24 Stunden geöffnet sein.

Das Land hat diese Gesundheits- und Sozialzentren, die nun von den vom PNRR vorgesehenen Gemeinschaftshäusern ersetzt werden, de facto nicht zur Gänze, sondern nur zum Teil, eingerichtet.

Sie stellen sicher:

- den Zugang zu den Diensten, oder den niedrigschwelligen Zugang, an der man Gesundheitsbetreuung erhalten kann und die Möglichkeit der Person, Betreuung an dem Zeitpunkt und an dem Ort zu erhalten, an dem diese notwendig ist,
- die Kontinuität der Betreuung, für die verschiedene Maßnahmen an den Gesundheitsbedarf der Person und ihrer Familienangehörigen angepasst werden müssen,
- die Koordinierung und die Organisation der Dienste mittels der Schaffung von multiprofessionellen und multidisziplinären Teams, welche sich an einer proaktiven Medizin, an evidenzbasierten Vorgangsweisen und an der Bewertung der Ergebnisse orientieren,
- die Deckung des Bedarfs der Patientinnen und der Patienten betreffend therapeutische Behandlungen, Rehabilitation, Unterstützung, Gesundheitsförderung und Vorbeugung von Krankheiten, vor allem, indem Betreuungspfade für die Hauptgruppe der chronischen Patientinnen und Patienten angewandt werden, die mittels Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht werden.
- Die Verpflichtung der Betreuung der Patientinnen und Patienten, die an chronischen Krankheiten leiden, im Besonderen den gebrechlichsten Personen und solchen, die den komplexesten Zielgruppen zuzuordnen sind, welche auf der Grundlage einer Unterteilung in Stadien erfolgt, die nicht nur den Stand der Entwicklung der Krankheit berücksichtigt, sondern auch die Komplexität der Betreuung und die etwaige Präsenz von sozialen Bedürfnissen, die negativ auf die Behandlung und die Entwicklung der Krankheit einwirken können.

Die Gemeinschaftshäuser sind **öffentliche** Einrichtungen, die unter der Direktion der vier Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) stehen und mit den Sitzen der Sprengel und der Einzugsgebiete zusammenspielen. Dabei kann das Land aufgrund der Organisation, die sich in den nächsten Jahren herausbilden wird, noch andere *hub-* und *spoke-* Gemeinschaftshäuser vorsehen.

Diese Einrichtungen stellen die höchste Entwicklung der Zusammenschlüsse der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und der Sprengel dar, da in diesen die grundlegenden Gesundheits- und

Sozialleistungen konzentriert sind, die eine **Rundumbetreuung der Person** ermöglichen. Weiters werden dort die Beziehungen mit dem Bezugs Krankenhaus organisiert und die Betreuungskontinuität sichergestellt, vor allem für die schlimmeren Fälle, für die die Hausbetreuung oder eine stationäre Aufnahme gesichert werden muss.

Im Bereich der Grundversorgung durch die Gemeinschaftshäuser kann man **folgende Akteurinnen und Akteure** erkennen, die direkt im Inneren der Gemeinschaftshäuser, oder mit diesen vernetzt sein können, um die Erbringung der Grundversorgung zu sichern:

- die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Ärztinnen und Ärzte des einzigen Stellenplans der Grundversorgung¹⁶,
- die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl (KfW),
- die Ärztinnen und Ärzte der Betreuungskontinuität und der Einheiten für die Kontinuität der Betreuung,
- die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegerinnen und -pfleger,
- das unterstützende Verwaltungspersonal.

Im Besonderen, für die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl sind die Gemeinschaftshäuser ein Hauptbezugspunkt. Dies auch für den Fall, dass diese Berufsgruppen in einer oder mehreren Vernetzten Gruppenmedizinen (AFT) zusammengeschlossen sind. Die 26 Vernetzten Gruppenmedizinen sind in der Provinz Bozen als wichtigstes Organisationsmittel für die Sicherstellung der Entwicklung der wohnortnahen Betreuung ermittelt worden.

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, welche zu einer Vernetzten Gruppenmedizin eines Gemeinschaftshauses gehören, tragen zur Erbringung der Leistungen und der Durchführung der Betreuungsprozesse (auf physischem oder digitalem Wege), die zu den Bezugseinrichtungen gehören, bei. Der Umfang der Tätigkeiten ist auf Ebene der gesamtstaatlichen, der Landes- und der Betrieblichen Kollektivverträge festgesetzt, damit das Verhältnis zwischen Bedarf der Bürgerinnen und Bürger und den vom System der Grundversorgung erbrachten Leistungen optimiert werden kann. Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, welche an ein

Gemeinschaftshaus angeschlossen sind, können demnach:

- ihr/sein Hauptambulatorium im Gemeinschaftshaus haben *oder*
- funktionell mit dem Gemeinschaftshaus verbunden sein.

Alle Ärztinnen und Ärzte der Vernetzten Gruppenmedizin, darunter auch jene mit Hauptambulatorium im Gemeinschaftshaus, üben neben der vordergründig ausgeübten klinisch-betreuerischen Tätigkeit auch Tätigkeiten im Sprengel, welche im Landeszusatzvertrag festzusetzen sind, aus. Diese Tätigkeiten, welche wegen **Vereinfachung in der Logistik und der Erbringung** in den Gemeinschaftshäusern den Hauptsitz haben, können auch in den Sitzen der Gruppenmedizin ausgeübt werden, um die Kapillarität auf dem Landesgebiet zu fördern.

¹⁶ Es wird daran erinnert, dass im gesamten Dokument, wenn man von Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin spricht, man sich auch auf die Ärztin und den Arzt des einzigen Stellenplans der Grundversorgung bezieht.

Die ersten zehn Gemeinschaftshäuser, die zum Teil über den PNRR finanziert worden sind und zum Teil durch Eigenmittel des Landes, werden wie folgt in hub- und spoke-Sitze unterteilt¹⁷:

- **hub- Sitze:**
 - Bozen (Sitz beim Krankenhausareal)
 - Neumarkt
 - Meran
 - Brixen
 - Bruneck
- **spoke- Sitze:**
 - Leifers
 - Klausen
 - Naturns
 - Innichen
 - Sterzing.

Die fünf hub-Gemeinschaftshäuser (in deren Sitz für Bozen, Neumarkt und Meran auch die drei Gemeinschaftskrankenhäuser untergebracht sind) sichern den Dienst rund um die Uhr, an allen Tagen der Woche, während die spoke-Gemeinschaftshäuser ihren Dienst an 8/12 Stunden pro Tag, an 6 Tagen die Woche aufteilen.

Die Anzahl von zehn Gemeinschaftshäusern ist auf jeden Fall als ein Mindestwert laut Standards gemäß MD. Nr. 77/2022 anzusehen. Das Land kann auch noch zusätzliche Gemeinschaftshäuser errichten, indem bereits bestehende Sprengel unter dem Gesichtspunkt eines Netzwerks ausgebaut werden. Es ist auch möglich, dass einige Dienste der Sprengel zum Teil oder zur Gänze in die Gemeinschaftshäuser übersiedeln, sie werden jedoch mit allen anderen vernetzt bleiben.

Tabelle 1: Gemeinschaftshäuser, wohnortnahe Einsatzzentralen und Gemeinschaftskrankenhäuser nach Gemeinden in Südtirol

Gemeinde	Gemeinschaftshaus	Sitz	Wohnortnahe Einsatzzentrale	Sitz	Gemeinschaftskrankenhaus
Neumarkt	x	Kapuzinerring	x	Kapuzinerring	20 Betten Kapuzinerring
Leifers	x	Unterbergstr.			
Bozen	x	Lorenz-Böhlerstr. 5			40 Betten L. Böhlerstr. -via L. Böhler 5
Bozen	x	Löw Cadonna Platz 12 ¹⁹	x	Löw Cadonna Platz 12	
Sterzing	x	Frundsberg Str. 5			
Naturns	x	Gustav-Flora-Str. 8			
Meran	x	Rossini -Str. 6	x	Rossinstr. 6	20 Betten Rossini Str. 6

¹⁷ Im Hinblick auf das PNRR-Target, das es innerhalb Juni 2026 zu erreichen gilt, wird noch bewertet, ob die Notwendigkeit besteht, zusätzliche Gemeinschaftshäuser einzurichten.

Brixen	x	Romstr. 5	x	Romstr. 5	
Klausen	x	Seebeggstr. 17			
Innichen	x	In der Au 6			
Bruneck	x	Spitalstr. 11	x	Spitalstr. 11	

3.2 Die Beziehungen mit den Bezugskrankenhäusern

Für alle Gemeinschaftshäuser wurden auch die Bezugskrankenhäuser ermittelt, mit denen enge organisatorische Beziehungen eingegangen werden, um:

- die geschützten Entlassungen aus den Abteilungen zu fördern,
- etwaige Aufnahmen von Patientinnen und Patienten vom Wohnort zu organisieren,
- Betreuungspfade, die an Tätigkeiten der Diagnostik der ersten Ebene gebunden sind, gemeinsam zu nutzen: in einigen Gemeinschaftshäusern hat das Land beschlossen nicht *ex novo* z.B. Basis-Dienste der Radiologie zu errichten, wenn es in der Nähe Krankenhäuser gibt, die diesbezüglich ausgerüstet sind und mit denen Betreuungspfade nach abgestimmten Verzeichnissen durchgeführt werden können. Dies auch um die Aufteilung und die Arbeitstätigkeit des Personals bestmöglich zu rationalisieren.

Gemeinde	Gemeinschafts- haus	Sitz	Bezugs- Krankenhaus	selber Sitz wie Gemeinschafts- krankenhaus
Neumarkt	x	Marienstr.	Bozen	x
Leifers	x	Unterbergstr.	Bozen	
Bozen	x	Lorenz-Böhlerstr.	Bozen	x
Bozen	x	Löw Cadonna Platz 12	Bozen	
Sterzing	x	Frundsberg Str. 5	Sterzing	
Naturns	x	Gustav Flora 8	Meran	
Meran	x	Rossini Str. 6	Meran	x
Brixen	x	Romstr. 5	Brixen	
Klausen	x	Seebeggstr. 17	Brixen	
Innichen	x	In der Au 6	Innichen	
Bruneck	x	Spitalstr. 11	Bruneck	

4. Die Organisation, die Planung und der Betrieb des Gemeinschaftshauses

Das Gemeinschaftshaus ist gekennzeichnet von einer integrierten und multiprofessionellen Arbeitsweise, die notwendig ist, um die Koordinierung der Tätigkeiten und der klinischen Betreuungspfade zu unterstützen.

Die Arbeitsweise ist jene der Teamarbeit, bei der die Komplementarität der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen jene notwendigen Synergien und Ressourcen freisetzen kann, die notwendig sind, um der Komplexität der Probleme und des Bedarfs der Bezugsbevölkerung gerecht zu werden.

Aus diesen Gründen ist es unerlässlich, dass die **Arbeit im Team** gut geplant und in geeigneter Weise strukturiert ist sowie laufend unter Neubewertung steht. Es muss der richtige Grad an Koordinierung zwischen den verschiedenen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich angestrebt werden. Dabei soll eine professionelle Gemeinschaft gebaut werden, die in kohärenter Weise aus ihren Erfahrungen lernt und über das Erbrachte reflektiert.

Es ist erforderlich, dass das Team durch die Ermittlung von Gesundheits- und Sozial- Fachpersonal aufgestellt wird, das dort in dauerhaft, in funktionaler Weise von einer Bezugsperson koordiniert wird. Es ist nützlich, dass es Hilfsmittel zur Verfügung hat, welche die Sammlung der Daten, die Übermittlung der Informationen und die Systematisierung der Leistungen fördern.

Hierfür ist der Gebrauch einer **integrierten klinischen Betreuungskartei** (siehe Punkt 4.1) vorgesehen, die die Überwachung des Betreuungsprogrammes und die Sammlung der Dokumentation erleichtert. Weiters ist es notwendig, dass periodisch **Teamsitzungen** eingeplant werden, die auf einen Austausch und das Teilen der zu erreichenden Ziele ausgerichtet sind. Zudem soll dabei das notwendige Klima der Zusammenarbeit entwickelt werden.

Der Sanitätsbetrieb muss ein **Muster eines Reglements für alle Gemeinschaftshäuser** ausarbeiten, in dem mindestens folgende Themen abgehandelt sind:

- **Zugang¹⁸,**
- **Betreuungspfade,**
- Verwaltung der kleineren Notfälle (siehe Punkt 6.5),
- Personal (siehe Punkt 1) und Ressourcen, auch in Abstimmung mit den anderen Diensten,
- Audit, Aus- und Weiterbildung,
- Integration mit dem Ehrenamt und den Genossenschaften (siehe Punkt 6.7),
- Sicherheit und Verwaltung des klinischen Risikos,
- Art und Weise der Erhebung des klinischen Risikos,
- **multidisziplinäres und multiprofessionelles Team,**
- interne Arbeitsweisen (siehe Punkt 4.4),
- Art und Weise der Beziehungen mit den anderen Knotenpunkten des Betreuungsnetzes (siehe Punkt 4.5).

In Bezug auf diese Themen, auf Team, Zugang und Betreuungspfade, wird es an dieser Stelle vorgezogen, einige detailliertere Informationen zu liefern, da sie von zentraler Wichtigkeit sind.

¹⁸Wie auch vom Dokument der AGENAS betreffend die "Leitlinien für die Umsetzung des Organisationsmodells der hub- Gemeinschaftshäuser" vorgesehen, zum Zweck der Erleichterung des ersten Zugangs der Bürgerinnen und Bürger in die hub-Gemeinschaftshäuser, mit besonderem Augenmerk auf die Personen über 75 Jahre, und den rechtzeitigen Beginn der Erhebung und der Bewertung des gesundheitlichen und des sozio-sanitären Bedarfs, ist vorgesehen, dass beim ersten Zugang zum hub-Gemeinschaftshaus eine erste Möglichkeit zur Information, Kenntnisnahme und Orientierung betreffend die bestehenden Dienste, an die es möglich ist, sich zu wenden, durch das Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegepersonal oder anderem hierfür ausgebildetem Personal angeboten wird.

4.1 Multidisziplinäres und multiprofessionelles Team (komplexe Versorgungseinheit)

Das *hub* und *spoke*- Gemeinschaftshaus zeichnet sich durch eine integrierte Arbeitsweise aus, die sich auf die Bedürfnisse der Person konzentriert, welche Gesundheitsleistungen und Maßnahmen sozialen Schutzes verlangen, auch für längere Zeit, auf der Grundlage von personalisierten Betreuungsprojekten, die auf der Grundlage von multidimensionalen Einschätzungen erstellt werden. In ihrem Inneren arbeiten multiprofessionelle und multidisziplinäre Teams, mit dem Zweck die klinischen Betreuungsprozess zu koordinieren und die Arbeit im Sinne der Integration zu organisieren. Sie sichern die aktive und ganzheitliche Betreuung der Person mit komplexen Bedürfnissen, von der Prävention zur Rehabilitation, wobei die Koordinierung und die notwendige Einigkeit der Maßnahmen gesichert sind. Im multiprofessionellen und multidisziplinären Team sind die verschiedenen **Kompetenzen sozialer und gesundheitlicher Natur** sichergestellt. Damit werden folgende Ziele angestrebt:

- gesundheitliche Leistungen mit sozialer Relevanz, oder jene Leistungen, die, sofern sie zusammen mit angemessenen sozialen Maßnahmen erbracht werden, auf die Förderung der Gesundheit, der Prävention, der Ermittlung, Behebung und Eindämmung von degenerativen oder invalidierenden Prozessen von angeborenen oder später aufgetretenen Krankheiten abzielen und damit die Teilnahme am sozialen Leben und der persönlichen Entfaltung ermöglichen und
- sozio-sanitäre Leistungen mit starker gesundheitlicher Integration, welche von einer besonderen therapeutischen Wichtigkeit und Intensität des gesundheitlichen Teils gekennzeichnet sind. Für diese Leistungen, die kennzeichnend für die post-akute Phase sind, ist die gemeinsame Arbeit von verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Gesundheits- und Sozialberufsgruppen im integrierten persönlichen Betreuungsprojekt unabdingbar. Die gebündelte Wirkung der gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen auf das Ergebnis der Betreuung ist nicht teilbar.

Das gewählte Hilfsmittel bei der Kommunikation und der gegenseitigen Integration der Berufsgruppen der obengenannten Teams ist die **integrierte klinische Betreuungskartei**, die es ermöglicht, in eindeutiger Weise die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit die vom integrierten Betreuungsprojekt vorgesehenen Leistungen in angemessener, effizienter und sicherer Weise erbracht werden können. Eine eigene Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheits- und Sozialwesens ist am Ausarbeiten einer Strategie für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen mit Hilfe einer gemeinsamen einzigen Behandlungskartei (man siehe Task Force der Zusammenarbeit des Sozial- und des Gesundheitswesens, die vom neuen Landessozialplan 2030 vorgesehen ist).

4.2 Arten des Zugangs

Alle Bürgerinnen und alle Bürger haben direkten Zugang zum Gemeinschaftshaus, z. B. für

- die Annahme,
- die einheitliche Vormerkungsstelle,
- die Entnahmestelle,
- die Verwaltungsaufgaben, die mit der Verwaltung der Positionen der Betreuten zusammenhängen,
- das Arztambulatorium für fachärztliche Visiten, Kontrollvisiten und kleinere Dringlichkeiten (z.B. Insektenstiche, Störungen des Muskel- und des Skelettapparates, wie Prellungen, Lumbalgien, akute Gelenkschmerzen, Hautprobleme wie kleine Verbrennungen, Abschürfungen, Entfernung von Stichen, Fieber, Probleme im HNO-Bereich wie Mittelohrentzündungen, Rachenentzündungen, Schwindel, Bauchkoliken, kritische Instabilität der Blutdruckmesswerte),
- das Krankenpflegeambulatorium.

Im Gemeinschaftshaus können die **Zusammenschlüsse der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin** angesiedelt sein, welche folgende allgemeine Ziele verfolgen:

- Förderung eines einheitlichen Zugangs zu den wohnortnahen Diensten auf dem gesamten Landesgebiet,
- Erleichterung des Zugangs seitens der Bürgerinnen und Bürger zu den Ambulatorien der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin,
- Verminderung der unangemessenen Zugänge zur Notaufnahme durch die Anwendung von abgestimmten Pfaden, und dem Angebot an anderen ambulanten Diensten sowie Diensten auf Sprengebene,
- Organisation der Gesundheitsressourcen, und, sofern notwendig, der sozio-sanitären komplexen Dienste,
- Entwicklung der klinischen Governance der Betreuung.

4.3 Arbeitsweise: die diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (PDTA)

Die diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (PDTA) werden in den Gemeinschaftshäusern umgesetzt. Sie sind definiert als Menge von Prozessen, die auf die Implementierung der an das lokale Umfeld angepassten Leitlinien ausgerichtet sind.

Es handelt sich dabei um interdisziplinäre und interprofessionelle Pläne, die auf lokaler Ebene auf der Grundlage von anerkannten Empfehlungen aufgebaut sind und der Handhabung von Patientinnen und Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild dienen. Dabei ist die beste zeitliche und räumliche Abfolge der durchzuführenden diagnostischen, therapeutischen sowie der Betreuungstätigkeiten festgelegt, die auf die Erreichung von vornherein festgelegten Gesundheitszielen ausgerichtet sind, die mit optimaler Effizienz und Wirksamkeit erreicht werden sollen.

Für die Arbeitsweise der Gemeinschaftshäuser, unter Einhaltung der Vorgaben aus dem BLR Nr. 907/2022 wurden vier Pfade vorgegeben, die sich auf **vier Krankheitsbilder beziehen: Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Bronchopneumonie, Herzinsuffizienz und Rheumatoide Arthritis** (man siehe zu diesem Zweck den BLR N. 366 vom 14. Mai 2024).

Die operativen Protokolle zu den Pfaden und die entsprechenden detaillierten Prozeduren werden zum Zeitpunkt ihrer Genehmigung mit eigener Maßnahme der Betriebsdirektion wirksam.

Die Anwendung oder die Nichtanwendung eines bestimmten Pfades bei der Betreuung von Personen sind von sicheren und abgestimmten Kriterien sichergestellt, welche aus Modellen der Klassifizierung der Krankheiten oder der Umstände, die ein hohes Risiko mit sich bringen, diese zu entwickeln mit sich bringen, eindeutige und auf staatlicher und internationaler Ebene anerkannter Kriterien, den Dokumenten auf Landesebene und den betrieblichen Leitlinien sichergestellt.

Die Planung der präventiven diagnostisch-therapeutisch-betreuungstechnischen rehabilitativen und interprofessionellen Maßnahmen erfolgt nach einem **individuellen Plan**, der bei bestmöglichem Einsatz der Ressourcen als der wirksamste und geeignetste für die Person angesehen wird.

Die Bewertung des Bedarfs und die nachfolgende Festsetzung der angemessensten Pfade werden auf eine multidimensionale Weise angegangen, unter Einhaltung der Würde der Person und ihrer Familie, deren Bedarf, deren Lebensprojekte und der geltenden Bestimmungen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten.

Ein Bestandteil im Aufbau der Pfade ist die Festsetzung eines **Bewertungssystems** derselben. Daher wird für jeden Pfad eine **Liste von Indikatoren** festgesetzt, welche eingeteilt werden in:

- strukturelle Indikatoren, welche die im Rahmen des Pfades verfügbaren Ressourcen (Beschäftigte, Ausrüstung usw.) messen,
- Prozessindikatoren, welche die Arbeitsweise des Pfades messen,
- Ergebnisindikatoren, die die Änderungen des Gesundheitszustandes auf der Ebene der einzelnen Personen oder der Allgemeinheit messen und die sich auf klinische, physiologische

und biochemische, emotionale und kognitive, psychosoziale Parameter sowie auf die Nutzerzufriedenheit stützen.

4.4 Interne Arbeitsweise

In der Folge werden die Aufgaben der Berufsgruppen, die eine Koordinierungsfunktion ausüben, angeführt:

4.4.1 Die Koordinatorin der Koordinator der komplexen Einheit der Grundversorgung

Die Koordinatorin oder der Koordinator der komplexen Einheit der Grundversorgung im Inneren des Gemeinschaftshauses behandelt und koordiniert, in Abstimmung mit der Bezugsperson der Vernetzten Gruppenmedizinen, die zur Einrichtung gehören, die Tätigkeiten, die die Ärztinnen und Ärzte im Gemeinschaftshaus ausüben.

Insbesondere:

- trägt sie oder er zur Implementierung der Programme und der klinisch-betreuungstechnischen Pfade mit der ärztlichen Leiterin oder dem ärztlichen Leiter der wohnortnahen Betreuung, der Pflegedirektorin oder dem Pflegedirektor, der Koordinatorin oder dem Koordinator des pflegerischen und des technischen Bereichs und der Vertretung der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (gemäß Art. 30, Absatz 8 des GSKV) bei,
- wendet sie oder er die Protokolle für die Betreuungskontinuität, wie von der Landesplanung vorgesehen, an,
- trägt sie oder er zur Verbesserung der klinischen Praxis der Kolleginnen und Kollegen bei, indem sie oder er Treffen und den Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Vernetzten Gruppenmedizinen, die zum Gemeinschaftshaus gehören, fördert,
- nimmt sie oder er, zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und dem Rest des multiprofessionellen Teams an den Tätigkeiten zum case-management teil,
- organisiert und koordiniert sie oder er fachärztliche Visiten und Maßnahmen der Instrumentaldiagnostik,
- aktiviert sie oder er bei Bedarf den Notfalldienst (über die operative Zentrale 112), wobei sie/er in ihrer/seiner Abwesenheit hierfür das Krankenpflegepersonal ermächtigt,
- erstellt sie oder er die Turnuskalender für die Ärztinnen und Ärzte in den Gemeinschaftshäusern, wie mit den Bezugspersonen der funktionell dazugehörenden Vernetzten Gruppenmedizinen abgesprochen und jene für die Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzte und im Allgemeinen für das gesamte zugewiesenen Personal,
- überwacht sie oder er die Qualität der klinischen Betreuung, indem sie/er die Angemessenheit der Verschreibungen und der Behandlungen gemäß den modernsten klinischen Leitlinien fördert.

Die in der Einrichtung anwesenden Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sind Bezugspersonen für die eigenen Betreuten und üben Betreuungstätigkeit auch für die Betreuten anderer Ärztinnen und Ärzte der betreffenden Vernetzten Gruppenmedizin aus, im Besonderen für die zentralisierte Verwaltung der diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfade.

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin üben ihre Tätigkeit auch in den Einheiten für die multidimensionale Einschätzung (UVM) aus, wie in der BLR vom 28. Januar 2025, Nr. 67, festgelegt, die die „Leitlinien für die Hausbetreuung und die Einheit für die multidimensionale Bewertung“ enthält.

4.4.2 Die Koordinatorin oder der Koordinator des pflegerischen und des technischen Bereichs des Gemeinschaftshauses (*hub* und *spoke*)

- Sie oder er ist unter dem organisatorischen und verwaltungstechnischen Gesichtspunkt für das gesamte Krankenpflege- und das technische Personal, das funktionell zur Einrichtung gehört, verantwortlich.
- Sie oder er ist für die Tätigkeit des Krankenpflege-Ambulatoriums verantwortlich (sofern vorhanden).
- Sie oder er nimmt, in Zusammenarbeit mit der Koordinatorin oder dem Koordinator der Komplexen Einheit für die Grundversorgung an den Tätigkeiten für das case-Management teil.
- Sie oder er ist verantwortlich für die Bevorratung mit dem gesamten für den reibungslosen Betrieb des Gemeinschaftshauses notwendigen Materials.
- Sie oder er aktiviert bei Bedarf den Notfalldienst (über die operative Zentrale 112), wobei sie/er in ihrer/seiner Abwesenheit hierfür das Krankenpflegepersonal ermächtigt.
- Sie oder er fördert und nimmt an der Organisation von Programmen für die Weiterbildung des Krankenpflege- und des technischen Personals teil.
- Sie oder er kontrolliert die Tätigkeiten der Sterilisation der Umgebung,
- Sie oder er nimmt an den regelmäßigen Sitzungen teil und beruft, wenn für notwendig befunden, Sitzungen mit dem Krankenpflege- und dem technischen Personal ein.
- Sie oder er erstattet der Koordinatorin oder dem Koordinator für den pflegerischen und technischen Bereichs des Gemeinschaftskrankenhauses (wo vorhanden) Bericht und übernimmt die Rolle der Mittelsperson mit den in der Einrichtung anwesenden Ärztinnen und Ärzten.

4.4.3 Die Bezugsperson des Sozialen

Diese Koordinierungsfigur kann in den *hub*-Gemeinschaftshäusern vorgesehen werden. Sie übernimmt die Aufgabe der Ausarbeitung von Initiativen für die Entwicklung und fungiert als soziale Antwort an die Gemeinschaft. Neben der Koordinatorin oder dem Koordinator der Komplexen Einheit der Grundversorgung und der Krankenpflegekoordinatorin oder dem Krankenpflegekoordinator arbeitet sie einer professionellen Organisationsweise, die sich auf integrierte multidisziplinäre Ansätze stützt, die:

- eine einheitliche professionelle Schnittstelle schafft,
- wirksam in der technisch-professionellen Koordination und im Lesen der Informationen zum Umfeld ist und die örtlichen Handlungen plant,
- geeignet für die Gemeinschaftsarbeit und der Wertschätzung der sozialen Netzwerke sind.

Diese Figur wird eine größere Wirksamkeit und Fähigkeit zur professionellen Integration haben, wenn sie von den örtlichen Sozialdiensten kommt.

4.5 Art der Beziehungen mit den anderen Knotenpunkten des Netzwerks

Das Gemeinschaftshaus als Sitz für die Planung und die Erbringung von Gesundheitsmaßnahmen, für die Prävention und die Förderung der Gesundheit und die Teilnahme der Gemeinschaft weist netzförmige strukturelle Mechanismen, die sich über vier Richtungen erstrecken, auf:

- **Internes Netzwerk des Gemeinschaftshauses:** dies ist zusammengesetzt aus dem Netzwerk des Fachpersonals, welches seine Tätigkeit auch in den Organisationsformen, die im Gemeinschaftshaus ihren physischen Sitz haben und die in funktionellem Zusammenhang zu diesen stehen, ausübt.
- **Netzwerk zwischen den Gemeinschaftshäusern:** dies ist zusammengesetzt aus dem Zusammenschluss in ein Netzwerk des *hub*-Gemeinschaftshauses und des angegliederten *spoke*- Gemeinschaftshauses oder der *spoke*-Gemeinschaftshäuser.
- **Netzwerk der wohnortnahen Betreuung:** das Gemeinschaftshaus wird mit den anderen

Settings der wohnortnahen Betreuung zusammengeschlossen. Dazu gehört auch das Zuhause der Patientin oder des Patienten.

- **Integriertes Netzwerk der wohnortnahen Betreuung:** das Gemeinschaftshaus wird mit der Tätigkeit im Krankenhaus, insbesondere der von Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzten in diesem Bereich geleisteten, zusammengeschlossen, auch unter Hinzuziehen von informatischen Anwendungen zusammen betrachtet.

Das Werkzeug, mittels dem die vernetzte Koordination in alle vier Richtungen stattfindet, ist, wo möglich, die **wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)**.

Einige Beispiele:

- **Integration mit dem Bezugskrankenhaus:** diese Form der Integration wird vor allem durch die geschützten Entlassungen umgesetzt. Damit wird die Kontinuität der Betreuungs- und Behandlungspfade sichergestellt. Weiters garantiert das Krankenhaus alle Maßnahmen der Diagnose, Behandlung und Rehabilitation, die aufgrund ihrer Komplexität, Schwere oder aus anderen Gründen, nicht vom Gemeinschaftshaus erbracht werden können.
- **Integration mit dem Zentrum für die Psychische Gesundheit:** diese erfolgt aus der Notwendigkeit, die erforderlichen diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen und jene der Betreuung in den Fällen von offenkundigen Fällen von psychischer Krankheit zu planen, sowie die korrekte Einordnung und Ausrichtung der verbreiteten emotionalen Störungen und die Früherkennung des jugendlichen Unbehagens, das in Richtung einer Psychose gehen könnte zu implementieren. Der Zugang zum Dienst erfolgt nach der Verschreibung einer Visite durch eine Fachärztin oder einen Facharzt, um welche von einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin angefragt wurde oder über den freien Zugang, auf Anfrage der oder des Interessierten.
- **Integration mit den Seniorenwohnheimen:** die einzurichtenden Aufgabenbereiche der Einheit für die multidimensionale Einschätzung im Gemeinschaftshaus, die ein Knotenpunkt der Aktivierung der individuellen Betreuungsprozesse ist, fördern die optimale Festsetzung des Gesundheitsbedarfs der pflegebedürftigen Nutzerin oder des pflegebedürftigen Nutzers und damit die Eingliederung in die Seniorenwohnheime, die am besten dem Gesundheitsbedarf der Nutzerin oder des Nutzers entspricht. Für die Nutzerinnen und Nutzer, die bereits stationär in einem Seniorenwohnheim aufgenommen sind, stellt das Gemeinschaftshaus einen Knotenpunkt betreffend die durch die Ärztin oder dem Arzt für Allgemeinmedizin auszuübenden Aufgaben bei der Governance der Betreuungsproblematiken dar.
- **Integration mit den Bezirksgemeinschaften:** vollumfängliche Abstimmung der Strategien, die die Integration der Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich umsetzen, insbesondere was gebrechliche Seniorinnen und Senioren angeht.

5. Die multidimensionale Bewertungseinheit und die Regelung zur Funktionsweise der einzelnen Einrichtung

Das Gemeinschaftshaus setzt mittels der Nähe und der Komplementarität integrierte Betreuungspfade und wesentliche Standards der Maßnahmen, die in das Zentrum des "Guts Gesundheit" den Grundsatz der Integration der Maßnahmen im Gesundheits-, Sozial- und dem soziosanitären Bereich stellen, um. Nachdem der wesentliche Gesundheitsbedarf der Bevölkerung sich hauptsächlich mittels der Grund- und der Intermediärbetreuung abgedeckt wird, ist die Einrichtung, die diese Potenzialität am besten ausdrückt, jene, in der die Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die Kinderärztinnen und Kinderärzte, die Fachärztinnen und Fachärzte, das Krankenpflegepersonal, die Sozialassistentinnen und Sozialassistenten und jede andere notwendige Berufsgruppe, Seite an Seite zusammenarbeiten und damit den multidimensionalen Charakter des Gesundheitsangebots umsetzen.

Im Spezifischen arbeiten die Fachkräfte des Gesundheitsbereichs mittels der Einheit für die multidimensionale Einschätzung, die das gewählte Werkzeug, mit dem das case- Management die Komplexität des Gesundheitsbedarfs bewältigt¹⁹.

Für jedes Gemeinschaftshaus muss, auf der Grundlage des vom Sanitätsbetrieb genehmigten Muster-Reglements ein eigenes Reglement zur Funktionsweise verabschiedet werden. Dabei ist von der Analyse der folgenden Bereiche auszugehen.

5.1 Analyse der geografisch- gesundheitlichen Daten

Für die Ausarbeitung des Reglements ist ein erster Teil notwendig, der es erlaubt epidemiologische Gesichtspunkte und allgemeine Informationsdaten auf Landesebene mit besonderem Bezug zu den vier Gesundheitsbezirken zu bewerten.

Insbesondere ist die Prävalenz und die Inzidenz einiger Krankheiten von besonderem Interesse zu bewerten, darunter: **obstruktive chronische Bronchopneumonie (BPCO), Diabetes, Herzinsuffizienz und Rheumatoide Arthritis.**

5.2 Analyse der Bevölkerungsstruktur in Südtirol

Das Land Südtirol erstreckt sich über eine Oberfläche von 7.400 km², die vorübergehend von bergiger Beschaffenheit ist. 55% des Landesgebiets weist einen niedrigen Urbanisierungsgrad auf. Zum 31.12.2023 wurden 537.533 ansässige Bewohner gezählt; die mittlere Bevölkerungsdichte betrug 72,6 Einwohnerinnen und Einwohner pro km².

Im Laufe des Jahres 2021 war mindestens eine Person in Südtirol auf drei (dies entspricht einer Prävalenz von 31,2%) von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (65 Jahre und älter), steigt dieser Prozentsatz auf 78,0% (fast acht Personen auf 10, die älter als 65 Jahre sind; ca. 85.000 Personen der Gesamtbevölkerung des Landes). Die Frauen verzeichnen im Vergleich zu den Männern ein leicht erhöhtes Risiko, mindestens eine chronische Krankheit zu entwickeln: höhere Werte für das weibliche Geschlecht werden vor allem bei den Autoimmun- und den endokrinologischen Pathologien verzeichnet.

Unter den bedeutendsten Krankheiten, die in Südtirol verzeichnet werden, seien folgende angeführt:

- Bei **Diabetes Typ 2** wird eine Prävalenz von 4,0% auf die Gesamtbevölkerung im Land verzeichnet (ca. 21.200 Personen). Die Verbreitung der Krankheit auf dem Landesgebiet ist ziemlich homogen, einzig für das Gebiet des Gesundheitsbezirks Bruneck werden leicht niedrigere Werte verzeichnet.
- Für die **Herzinsuffizienz** wird eine Prävalenz von 1,2 % auf die Gesamtbevölkerung (ca. 6.400 Personen) verzeichnet. Eine leicht erhöhte Anzahl der von diesem Krankheitsbild Betroffenen werden im Gesundheitsbezirk Meran verzeichnet.
- Bei den **Atemwegserkrankungen wie der obstruktiven chronischen Bronchopneumopathie (BPCO)** verzeichnet man eine Prävalenz von 3,2% auf die Gesamtbevölkerung (ca. 17.300 Personen). Die Verbreitung auf dem Landesgebiet zeigt uns eine gleichmäßige Verteilung in den Gesundheitsbezirken von Bozen und Meran, die höher als jene, die in den Gesundheitsbezirken von Brixen und Bruneck verzeichnet wird, ist.
- **Bei den rheumatischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis** wird eine Prävalenz von 0,6% auf die Gesamtbevölkerung verzeichnet (ca. 3.300 Personen). Die Verteilung der Krankheit auf dem Landesgebiet verzeichnet bedeutend höhere Werte im Einzugsgebiet des Gesundheitsbezirks von Brixen.

¹⁹ Man siehe hierzu eine erste Definition der Einheit für die multidimensionale Einschätzung, die im BLR Nr. 67 vom 28.01.2025 „Leitlinien für die Hausbetreuung und die Einheit für die multidimensionale Bewertung“.

Das Durchschnittsalter einer oder eines chronisch Kranken liegt bei 63,1 Jahren.

Klinisch gesehen treten die chronischen Krankheiten vor allem im höheren Alter auf, daher kann man sagen, dass es einen Zusammenhang zwischen Durchschnittsalter der Bevölkerung und Prävalenz der chronisch Erkrankten gibt. Wie bereits weiter oben beschrieben, ist die Südtiroler Bevölkerung im Schnitt jünger als der staatliche Durchschnitt. Dies spiegelt sich auch in der Prävalenzrate einer chronischen Krankheit wider, für die sich, verglichen mit jenen auf staatlicher Ebene, niedrigere Werte zeigt: z.B. Diabetes verzeichnet in Südtirol 4,0 %, während es auf staatlicher Ebene 5,9 % (ISTAT-Daten 2020) sind oder obstruktive chronische Bronchopneumonie, welche in Südtirol 3,2 % der Ansässigen, gegenüber den 5,6% Mittelwert in Italien (ISTAT 2019), betrifft.

Um die Daten betreffend die beschriebenen chronischen Krankheiten zu beobachten, gibt es in der Provinz Bozen seit einigen Jahren ein System für die Kartierung der chronischen Krankheiten. Durch das Zusammenbringen der Daten zum Auftreten von chronischen Krankheiten mit dem Grad der Nutzung von Gesundheitsdiensten seitens der Bürgerinnen und Bürger, hat Südtirol seit Jahren ein System der Profilierung der Bevölkerung ausgearbeitet, das für die Kontrolle der Gesundheitsausgabe und der Verwaltung des Landesgesundheitsystems nützlich ist.

5.3 Analyse der Prävalenz und Inzidenz von einigen Krankheiten von besonderem Interesse

Die oben beschriebene demografische Veränderung, insbesondere jene der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, hat dazu geführt, dass die Bevölkerung vermehrt den chronischen degenerativen invalidisierenden Krankheiten ausgesetzt ist. Dabei bleibt es von grundlegender Wichtigkeit den Niederschlag von akuten Krankheiten mit hoher Sterblichkeit, wie die Vorfälle betreffend die koronaren und die Hirngefäße, welche fortschreitende Behinderungen mit sich bringen, zu messen.

Es ist daher von besonderer Wichtigkeit, die geografische Variabilität und die zeitliche Abfolge der Prävalenz der chronisch-degenerativen Krankheiten, zusammen mit der Inzidenz der akuten Krankheiten, mittels der Integration der verschiedenen Gesundheitsinformationssystemen zu messen.

Wie schon vom BLR Nr. 907/2022 festgesetzt, wird sich die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten zu Beginn auf ca. 27.300 Patientinnen und Patienten (gegenüber den ca. **32.000 diagnostizierten chronischen Krankheiten**) durch die vier auf Landesebene genehmigten Betreuungspfade, die erprobt worden sind oder derzeit erprobt werden (Diabetes, Herzinsuffizienz, COBP, rheumatische Krankheiten, darunter rheumatoide Arthritis), gemäß der Verteilung in den vier Gesundheitsbezirken des Landes konzentrieren, wie in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Der Wert ergibt sich aus der Summe an Fällen von Diabetes mellitus Typ 2, der an COBP, Herzinsuffizienz und an rheumatoider Arthritis erkrankten Personen.

Chronische Krankheiten bei Patienten über 65 Jahre in Südtirol (Jahr 2021)					
Gesundheitsbezirk	Krankheiten				
	Diabetes	BPCO	Herzinsuffizienz	Rheumatoide Arthritis	gesamt
Bozen	7.417	4.566	2.520	723	15.226
Meran	4.223	2.548	1.648	365	8.784
Brixen	2.005	1.179	721	220	4.125
Bruneck	1.859	1.105	962	241	4.167
insgesamt	15.504	9.398	5.851	1.549	32.302

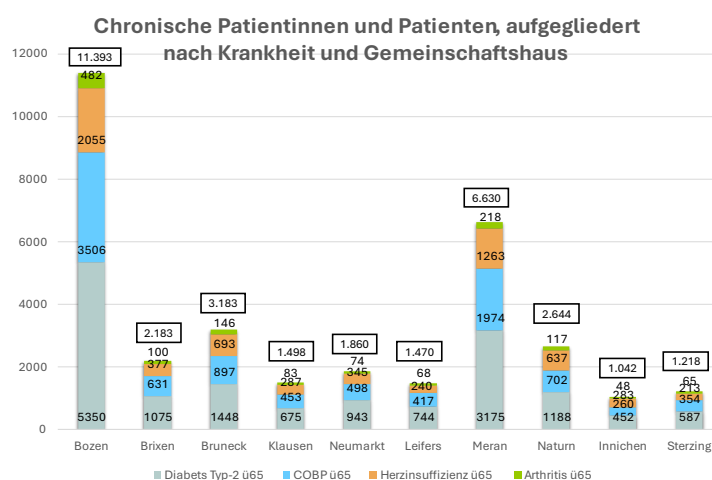
Auf der Grundlage dieser Patientenkohorte wurde ein **Modell für die Schätzung des Bedarfs an Personal ausgearbeitet**.

Dieses Modell beinhaltet:

- ein Werkzeug für die Ermittlung der Einzugsgebiete für jedes Gemeinschaftshaus,
- ein Instrument für die Bemessung dieser Einzugsgebiete, wobei man insbesondere die Verbreitung bei, der vier Krankheiten, die Gegenstand der obengenannten Betreuungspfade sind, unter der chronisch kranken Bevölkerung über 65 Jahre berücksichtigt,
- ein Dashboard für die Schätzung der Humanressourcen auf der Grundlage der *outputs* der zwei vorangehenden Punkte sowie von zusätzlichen an die verschiedenen einbezogenen Berufsgruppen, sowie der Art der von diesen erbrachten Tätigkeiten gebundenen Parametern (Dauer der Leistungen, Häufigkeit des Zugangs zu den Diensten usw.).

Für die **Ermittlung der Einzugsgebiete**, oder der Gemeinden, die einzeln an die Gemeinschaftshäuser angegliedert werden, wurde das Kriterium des „Abstands auf Straße gemessen in km“ angewandt²⁰. Diese Herangehensweise hat es ermöglicht, das Landesgebiet in klar abgegrenzte Bereiche zu aufzugliedern. Diese stimmen nicht vollständig mit den Grenzen der derzeitigen Gesundheitsbezirke überein, sondern sind vielmehr durch Gemeinden gekennzeichnet, für die das einzelne Gemeinschaftshaus leichter erreichbar ist.

Die Verwendung der statistischen Daten der Beobachtungsstelle für die Gesundheit des Landes hat es also ermöglicht, für jede Gemeinde die Einwohner über 65 Jahren, deren Betreuung über einen der vier Betreuungspfade erfolgt, zu bestimmen. Damit kann man **den Arbeitsaufwand für jede einzelne Einrichtung und Krankheit** ableiten.



Die zusätzlichen Daten, die das Modell für die **Schätzung des Bedarfs an Fachpersonal-Ressourcen** verlangt, werden nachfolgend dargelegt:

1. Klassifizierung der Patientinnen und Patienten, die in jedem einzelnen Betreuungspfad vorgesehen sind und deren Gewicht in Prozent ausgedrückt,
2. Leistungen/Tätigkeiten, die durchzuführen sind (z.B. kardiologische Visite, EKG, Spirometrie...)
3. Art der Erbringung der einzelnen Beiträge (Tätigkeit an der einzelnen Patientin oder am einzelnen Patienten, pauschal geschätzte kumulative Tätigkeit, damit auch z.B. der Zeitaufwand des Fachpersonals in organisatorische und administrative Tätigkeiten, die nicht an die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten gerichtet sind), berücksichtigt werden können,
4. Dauer der Tätigkeit (Minuten pro Patient oder Minuten pro Monat),

²⁰ Quelle: Kartierung der Entfernungen ISTAT, Jahr 2021.

5. Anzahl der Zugänge pro Jahr, die in jedem Betreuungspfad für jede einzelne Patientin oder jeden einzelnen Patienten und jede einzelne Klasse vorgesehen sind,
6. Gesamtarbeitsstunden pro Jahr und pro Fachpersonal.

Für die korrekte Parametrisierung der unter Punkt 1 geforderten Informationen, wurde es als notwendig erachtet, die vorhandene wissenschaftliche Literatur²¹ zu durchsuchen, damit die in den Betreuungspfaden identifizierten Patientinnen und Patienten zweckmäßig bemessen werden können.

Die ungefähre Schätzung der anderen Variablen hat nach der Überkreuzung der Informationen mit anderen Betriebssystemen (z.B. einheitliche Vormerkzentrale des Landes für die Informationen betreffend die Dauer) und dem nachfolgenden Vergleich mit den Spezialistinnen und Spezialisten, die direkt an der Ausarbeitung der einzelnen Betreuungspfade (Kardiologie, Pneumologie, Diabetologie und Rheumatologie) beteiligt waren, verlangt.

Die Bemessung des Arbeitsaufwandes für jede einzelnen Einrichtung, die Schätzung des Beitrags, ausgedrückt in Stunden/Person, die für jedes Fachpersonal für die Verwaltung der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten nach den Anweisungen der PDTA und die Berücksichtigung der monatlichen Kosten für die Stundentätigkeit der anderen organisatorischen Tätigkeiten, hat es schließlich ermöglicht, **eine Schätzung für den Bedarf an Fachpersonal (in FTE) für die Betreuung der chronischen Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die an Bronchopneumonie, Herzinsuffizienz, Diabetes und rheumatoide Arthritis leiden, in den Gemeinschaftshäusern, die zeitnah eröffnet werden, zu erstellen.**

5.4 Anweisungen für die Organisation und die Betriebsweise der Gemeinschaftshäuser

Jede Bezirksdirektorin und jeder Bezirksdirektor muss mit Hilfe seines Bezirksbeirats (BLR Nr. 712 vom 27. August 2024 „Richtlinien für die Festsetzung des Plans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs“) die Gemeinschaftshäuser auf der Grundlage der nach Wohnsitzgemeinde aufgeschlüsselten chronischen Patientinnen und Patienten, die über die vier ausgewählten Betreuungspfade betreut werden, bemessen. Dabei muss auch die Rationalisierung der Dienste der bereits in den einzelnen bestehenden Sprengel, im Anbetracht derer, die in den Gemeinschaftshäusern angeboten werden, berücksichtigt werden.

6. Beschreibung des Gemeinschaftshauses

Die Organisation beinhaltet folgende Aufgaben, sei es in der **Grundform** als auch an zusätzlichen Modulen.

Im Allgemeinen fallen unter die **grundlegenden Bereiche**:

- *Öffentlicher Bereich*:
 - Bereich für den Empfang,
 - Schalter für die Einzige Vormerkzentrale,
 - Amt für die Annahme, Schutz, Teilnahme und Kommunikation (URP),
 - Einzige Anlaufstelle PUA/SUAC,
 - Bereich für das Ehrenamt und die gemeinnützigen Vereine.
- *Bereich der Grundversorgung*:
 - Grundversorgung, die von den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin in den gewählten Betreuungspfaden erbracht wird,
 - Fachärztliche Tätigkeit innerhalb der Betreuungspfade,
 - Krankenpflege-Ambulatorium,

²¹ Z.B. IN-CHF Verzeichnis für Herzinsuffizienz

- Entnahmestelle,
- Tätigkeit der Instrumentaldiagnostik der ersten Ebene (wo vorhanden; andernfalls wird diese Tätigkeit innerhalb von garantierten Zeitfenstern in den Bezugskrankenhäusern sichergestellt),
- Ärztliches Ambulatorium für die kleineren Dringlichkeiten (APU);
- Dienst für die Hausbetreuung, der mit dem Familien- und Gemeinschaftspflegepersonal integriert wird.

Zusätzliche funktionale Module können z.B. sein:

- wohnortnaher pharmazeutischer Dienst,
- Tätigkeiten der angepassten physischen Tätigkeit (AFA),
- sozialer zahnärztlicher Dienst.

Nachfolgend werden nun die grundlegenden Bereiche und etwaige zusätzliche Module genauer beschrieben.

6.1 Dienste und Tätigkeiten, die eingerichtet werden müssen

Nachfolgend werden einige Dienste und Aufgaben beschrieben, die in den Gemeinschaftshäusern der Gesundheitsbezirke eingerichtet werden müssen.

- **Blutentnahmestelle:** die Stellen, die nur vereinzelt Entnahmen anbieten, müssen überdacht werden; die Entnahmen sollen auf die Gemeinschaftshäuser konzentriert werden.
- **Betreuungskontinuität:** die Ärztinnen und Ärzte der Betreuungskontinuität, die gerade den Turnus abdecken, sind außer für die normale Tätigkeit der Grundversorgung auch, sofern es ein Gemeinschaftskrankenhaus in der Einrichtung gibt, für die akuten Situationen, die in letzteren auftreten können, zuständig.
- **Fachärztliche Betreuung im Ambulatorium** – Fachrichtungen, die, angepasst an die örtlichen Notwendigkeiten, gesichert werden müssen:
Kardiologie, Augenheilkunde, Pneumologie, Orthopädie, Urologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Neurologie, Dermatologie, Diabetologie, Nephrologie, Angiologie, Chirurgie, Gastroenterologie, Endoskopie des Verdauungstrakts, Innere Medizin, Zahnheilkunde, Psychiatrie und Physiotherapie, Gynäkologie.

Dort, wo die neuen Gemeinschaftshäuser in der Nähe oder in enger Zusammenarbeit mit den Tätigkeiten ihrer Bezugskrankenhäusern stehen, wird vorgesehen, dass in den Räumlichkeiten der Gemeinschaftshäuser die für die radiologischen Visiten notwendigen medizinischen Gerätschaften nicht aufgestellt werden müssen.

In der Einrichtung können außerdem folgende **Dienste** angesiedelt werden:

- Zentrum für die psychische Gesundheit (ZPS) und Dienste für die Abhängigkeitserkrankungen (Ser.D),
- Psychische Gesundheit – Rehabilitation im Entwicklungsalter (SMREE);
- Familienberatungsstelle,
- Pädiatrische Beratungsstelle,
- Ambulatorium für die wohnortnahe Onkologie und Palliativversorgung,
- Prothetische Betreuung,
- Dienst für öffentliche Hygiene (Hygiene der zootechnischen Produktion- Lebensmittelhygiene).

Zudem können noch folgende **Tätigkeiten** angeboten werden:

- Anti-Gewalt- Schalter,
- Schalter für die Beratung und Unterstützung im Bereich Spielsucht,
- Wohnortnahes psychologisches Counselling,
- Multiethnischer Dienst.

6.2 Angebotene fachärztliche Tätigkeiten

Die fachärztlichen Tätigkeiten werden von den internen Ambulatoriumsfachärztinnen und -fachärzten (sofern vorhanden) und den Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses erbracht. Für jeden Fachbereich werden die notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte und die Uhrzeiten oder eine für den Gesundheitsbedarf des Gebiets angemessene Anzahl an Stunden (siehe weiter oben, Punkt 5.3) ermittelt.

6.3 Das Krankenpflegeambulatorium

Das Krankenpflegeambulatorium ist der Ort, an dem die Betreuung durch das Krankenpflegepersonal erbracht wird sowie die Einschätzung und die Überwachung des Gesundheitszustand der Patientin oder der Patienten erfolgt, Beratung zur Änderung des Lebensstils, Bewertung der Risikofaktoren, Information und Gesundheitserziehung, Einweisung zum angemessenen und rationalen Gebrauch der Dienste des Gesundheitswesens, der sozio-sanitären und der Betreuungsdienste und die Folgebehandlungen für die Beantwortung der Nachfrage im wohnortnahen Gesundheitswesen. Dieses ist also das Einzugsgebiet, in dem die Bürgerin oder der Bürger

- kohärente Antworten in Bezug auf die pflegerische Betreuung erhält,
- der Ort, an dem die pflegerische Betreuung und das Netzwerk der Grundversorgung sich ergänzen,
- der Orientierungspunkt für die Förderung der Umsetzung der soziosanitären Integration.

Der Zugang zum Krankenpflegeambulatorium kann entweder direkt erfolgen und/oder mittels Antrag der Ärztin oder des Arztes für Allgemeinmedizin.

6.4 Familienberatungsstellen

Gemäß den Vorgaben der Reform, die im MD Nr. 77/2022 enthalten ist, muss auch das Netzwerk der Beratungsstellen im Land der zukünftigen Öffnung der Gemeinschaftshäuser Rechnung tragen. Letztere können außerdem die Sitze der hub-Knotenpunkte des Netzwerks der Familienberatungsstellen im Land werden. Die hub-Gemeinschaftshäuser sind nämlich der ideale Sitz für ein proaktives Gesundheitswesen und für die Prävention im Rahmen der Grundversorgung.

6.5 Ärztliches Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten (APU)

Das ärztliche Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten ist ein kostenloser Dienst, zu dem sich alle italienischen und ausländischen Bürgerinnen und Bürger für dringende, aber nicht schwerwiegende Gesundheitsprobleme wenden können.

Dieser Dienst kann in den Gemeinschaftshäusern, während deren Öffnungszeiten für mindestens 12 Stunden am Tag, eingerichtet werden.

Der Zugang zum ärztlichen Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten erfolgt auf Anweisung der Ärztin oder des Arztes für Allgemeinmedizin sowie der Krankenhausärztinnen und -ärzte. Auch der direkte Zugang ist möglich.

Der Zugang zum ärztlichen Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten durch die Bürgerinnen und Bürger kann auch auf Anweisung des Dienstes 116117 (operative Zentrale 116117) erfolgen, sobald dieser in Südtirol eingerichtet ist.

Die Beschwerden und die Krankheiten, für die die Bürgerinnen und Bürger sich an das ärztliche Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten (APU) wenden können, sind z.B.:

- Wundversorgung und andere Leistungen der Krankenpflege,
- Verletzungen oder Schmerzen an den Gliedmaßen,
- Hautrötungen,

- Insektenstiche,
- Fieber,
- Lumbalgien,
- Unterleibsschmerzen,
- kleinere Traumata,
- oberflächliche Verletzungen,
- Hautirritationen,
- Glieder- und Muskelschmerzen,
- Koliken,
- Grippe-symptome,
- Anschwellungen,
- Übelkeit oder Brechreiz.

Beim ärztlichen Ambulatorium für die kleinen Dringlichkeiten ist die Anwesenheit von mindestens einer Ärztin oder einem Arzt der Betreuungskontinuität sowie einer Krankenpflegefachkraft verpflichtend. Der Dienst wird jedoch vom gesamten für die Behandlungsleistungen notwendigen Personal sichergestellt.

6.6 Bereich Ehrenamt

Das Ehrenamt ist eine Erscheinung von verantwortlicher Teilnahme und des aktiven Bürgertums. Es ist immer verfügbar und nimmt, wie von der Verfassung vorgesehen, eine die Menschen unterstützende Rolle ein.

Bedenkt man, dass die Gemeinschaftshäuser ein "integriertes System von Diensten, das sich um die Personen ab dem Moment des Zugangs mittels der Annahme der Bürgerinnen und Bürger kümmert" und dass "die ehrenamtlichen Vereinigungen bei vielen soziosanitären Tätigkeiten eine wichtige Rolle spielen und dass "sie in die Organisation miteinbezogen werden müssen, indem ihnen angemessene Räume für die Ausübung ihrer Tätigkeiten zugewiesen werden" setzt sich das **Ehrenamt**, in Synergie mit den öffentlichen Körperschaften und einem Gesichtspunkt der Aktivierung des Kreislaufs der gegenseitigen dynamischen Stärkung, als **Ziele**:

- die Prävention und die Sensibilisierung betreffend die Themenbereiche Lebensqualität und Qualität der Umwelt,
- die Vermenschlichung des Systems der Annahme und der Betreuung,
- die Abstimmung der Pfade der internen Projektierung.

Daher kann die Unterstützung, die die Vereinigungen anbieten, auf folgendes abzielen:

- die Förderung und die Qualifizierung der Beziehungen, zur Umsetzung eines größeren allgemeinen Wohlbefindens, indem Formen aktiver Partizipation und das Stellen der Menschen in den Mittelpunkt unterstützt werden,
- die Umsetzung eines Netzwerks, als Brutkasten von wirksamen soziosanitären Projekten, Ort der Erhebung des Bedarfs, der Wertschätzung und der Sichtbarkeit der Ideen, des Austauschs von Daten, Informationen und Materialien,
- die Umsetzung eines Raums/offenes Labor, damit Austausch und Überlegungen zu soziosanitären Thematiken gefördert werden.

Die teilnehmenden Vereinigungen stellen, im Rahmen eigener Vereinbarungen, Freiwillige und Sachkenntnisse für die Umsetzung der angegebenen Ziele zur Verfügung.

Im Zeitraum 2025-2027 wird ein Pilotprojekt zum Thema *community building* durchgeführt, um:

- a) in strukturierter Weise mit der örtlichen Gemeinschaft zu interagieren,
- b) den Bedarf der örtlichen Bevölkerung, was den Gesundheits- und den soziosanitären Bedarf angeht, zu ermitteln,
- c) die Ressourcen der Gemeinschaft bestmöglich zu integrieren.

Die Ergebnisse des Pilotprojekts werden auf alle Gemeinschaftshäuser ausgedehnt.

7. Überwachung der strukturellen, der Prozess- und der Ergebnisindikatoren

Die Neuordnung der wohnortnahen Betreuung (MD Nr. 77/2022) und die diesbezüglichen Investitionen des PNRR müssen bedeutenden strukturelle, organisatorische und technologische Veränderungen auf den Weg bringen. Die Menge der normativen Neuerungen, die von den geplanten Investitionen gestützt werden, eröffnet uns die Möglichkeit, wichtige Neuerungen am Modell des wohnortnahen *Welfare* für die Gemeinschaft einzuführen. Damit wird ein bedeutender Niederschlag auf die Gesundheit und auf die Antwort auf die immer weiter steigende Nachfrage an Prävention und Betreuung erzielt, welche an den Trend der tiefgreifenden Wechsel des Bedarfs von Seiten der Bevölkerung gekoppelt sind.

Dieser "kulturelle Wechsel" und die ihm zugrunde liegende Erneuerung müssen schrittweise in geeignete Überwachungs- und Bewertungs-Indikatoren umgesetzt werden und sich in einem fortdauernden Audit-Prozess niederschlagen. Dieser Audit-Prozess soll es den Erfahrungen ermöglichen Abweichungen von den erwarteten Zielen zu erkennen und korrigierend einzugreifen, auf dieselbe Weise, wie es in der *Governance* der wichtigsten Bereiche der Gesundheitsplanung erfolgt, wie z.B. dem Neuen System der Garantie (NSG), dem staatlichen Plan der Ergebnisse (PNE) und dem staatlichen Präventionsplan (PNP).

Dies alles bedingt die Überwachung der wichtigsten Neuerungen, die bei der konkreten Umsetzung der Gemeinschaftshäuser entwickelt und getestet werden, indem gemeinsam mit den Hauptbeteiligten die **Prozesse und die Ergebnisse** mit Bezug auf die **verschiedenen wichtigen Ebenen** bewertet werden:

- 1) Zugang zu den sozialen und Gesundheitsdiensten,
- 2) Angemessenheit und Wirksamkeit der Antworten auf den Bedarf und die dem Bedarf vorbeugenden Tätigkeiten,
- 3) Gleichheit und Verringerung der Ungleichheiten auf dem Gebiet der Gesundheit,
- 4) Qualität der sozialen Beziehungen und der internen Kooperation im System der Dienste und mit den aktiven Ressourcen der Gemeinschaft und dem sozialen Zusammenhalt,
- 5) spezifischer Beitrag zur Innovation der Formen der Regulierung, Erleichterungen, Ankurbelung und der Promotion im Umfeld des Landes und des Betriebs sowie im lokalen Umfeld,
- 6) Entwicklung der sozialen Netzwerke und der Kohäsion der Gemeinschaft rund um die Themen der Gesundheit und des Wohlbefindens.

TEIL 3 – Planungsdokument zur Wohnortnahen Einsatzzentrale im Südtiroler Sanitätsbetrieb

1. Definition der “wohnortnahe Einsatzzentrale” (WONE)

Die wohnortnahe Einsatzzentrale ist ein Organisationsmodell, welches eine Koordinierungsfunktion der Übernahme der Person und ein Knotenpunkt zwischen den beteiligten Diensten und dem beteiligten Fachpersonal in den verschiedenen Betreuungssettings darstellt: Tätigkeiten der wohnortnahen der gesundheitlichen, der soziosanitären und der Krankenhaus-Betreuung, und Kommunikation mit dem Netz der Notfallbetreuung.

Als Standard ist eine wohnortnahe Einsatzzentrale je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorgesehen.

1.2. Zielsetzungen

Die wohnortnahe Einsatzzentrale setzt sich die Sicherung der Kontinuität, den Zugang und die Integration zur gesundheitlichen und soziosanitären Betreuung als Ziel.

1.3. Aufgaben

Die wohnortnahe Einsatzzentrale erfüllt ihre Aufgabe als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Diensten mithilfe von verschiedenen und Funktionen:

- Koordinierung der beteiligten Dienste und des Fachpersonals aus dem soziosanitären Bereich, die an den verschiedenen Betreuungssettings beteiligt sind, bei der Übernahme der Person,
- Koordinierung/Optimierung der Maßnahmen, wobei Akteure und Ressourcen aus dem Netz der Sozialbetreuung aktiviert werden;
- Erfassung und Überwachung des Übergangs von einem Betreuungsort an den anderen, sowie von einer klinischen Betreuungsebene an die andere;
- Unterstützung im informatischen und logistischen Bereich für das sozialbetreuerische Fachpersonal;
- Sammlung, Verwaltung und Überwachung der integrierten Betreuungspfade bei den chronischen Krankheiten.

2. Die wohnortnahe Einsatzzentrale im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die wohnortnahen Einsatzzentralen sind auf dem Landesgebiet wie folgt aufgeteilt:

- Bozen mit Sitz am Loew Cadonna- Platz 12 – Bozen,
- Neumarkt mit vorläufigem Sitz am F. Bonatti -Platz 12 – Neumarkt,
- Meran mit vorläufigem Sitz in der Romstraße 3- Meran,
- Bruneck mit vorläufigem Sitz am Paternsteig 3 – Bruneck,
- Brixen mit Sitz in der Romstraße 5 – Brixen.

2.1. Betriebszeiten

Die wohnortnahen Einsatzzentralen sind auf dem gesamten Landesgebiet an sieben Tagen die Woche, von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr und an den Samstagen, Sonntagen und Feiertagen von 08:00 bis 13:00 Uhr in Betrieb.

2.2. Personal

In Bezug auf den Personalmindeststandard, der vom MD Nr. 77/2022 vorgesehen ist, und in Anbetracht des Einzugsgebiets des Bezirks, in dem die zuständige wohnortnahe Einsatzzentrale ihren Sitz hat, ist das aus Fachpersonal zusammengesetzte Team aus 4-5 Krankenpflegerinnen oder – pflegern sowie einer Einheit für die verwaltungstechnische Unterstützung zusammengesetzt.

Die Verantwortung des Betriebs der wohnortnahen Einsatzzentralen, der Verwaltung und der Koordinierung des Personals ist an eine betriebliche Koordinatorin oder einen betrieblichen Koordinator des pflegerischen und des technischen Bereichs übertragen, die oder der seinerseits einer einzigen betrieblichen Pflegeführungskraft untersteht.

2.3. Technologische und informationstechnische Infrastrukturen

Die wohnortnahen Einsatzzentralen des Sanitätsbetriebs verfügen über eine gemeinsame Plattform, welche mit den Haupt- Verwaltungssoftwares im Betrieb, in die die von den in die einzelnen Prozesse eingebunden beteiligten Akteuren verwendeten Softwares, integriert sind.

3 Tätigkeiten der wohnortnahen Einsatzzentralen im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Funktionen	Akteure	Tätigkeiten
Koordinierung der Übernahme der Person zwischen den Diensten und dem soziosanitären Fachpersonal, das in den verschiedenen Betreuungssettings eingebunden ist Geschützte Entlassung aus den Krankenhäusern gemäß eines auf Betriebsebene abgestimmten Prozesses hin: • zum Wohnort, • zu post-akuten Einrichtungen, • zu Intermediär-Einrichtungen.	Krankenhaus-Abteilungen Krankenhaus- Sozialdienst Wohnortnahe Einsatzzentrale Hauskrankenpflegedienst Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC)	Mittels informationstechnischer Unterstützung der gemeinsamen Plattform, integriert mit den wichtigsten betrieblichen Verwaltungs-Softwares Verwaltung der Meldung von Entlassungen von Personen, welche Betreuungskontinuität durch die Krankenhausabteilungen am Wohnort benötigen: • Übernahme der Meldung; • Bewertung und Integration der Meldung, Überprüfung des aufgezeigten Bedarfs und Austausch mit dem soziosanitären Fachpersonal, das bereits miteinbezogen oder noch miteinzubeziehen ist; • zeitweilige Bestätigung des vorgeschlagenen Settings (Wohnort, post-akute Einrichtung oder Intermediärbetreuung)

Funktionen	Akteure	Tätigkeiten
Koordinierung/ Optimierung der Maßnahmen, indem Subjekte und Ressourcen aus dem Netz der Sozialbetreuung aktiviert werden	Krankenhausabteilungen Krankenhaus-Sozialdienst Wohnortnahe Einsatzzentrale Hauskrankenpflegedienst Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin oder Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl Einrichtungen für post-akute Betreuung Einrichtungen für Intermediärbetreuung Anlaufstelle für Pflege und Betreuung	Im Falle von <u>Meldung mit Vorschlag Setting „Zuhause/Wohnort“</u> • Weiterleiten der Meldung zum Hauskrankenpflege-dienst für die Bewertung der Person/Familie und der Eignung des Settings „Wohnort“; • Telefonische Aktivierung zur Information der Ärztin oder der des Arztes für Allgemeinmedizin (AAM) oder der Kinderärztin oder des Kinderarztes freier Wahl (KfW) • Sortierung der Meldung: • Aussonderung für den Fall, dass das vorgeschlagene Setting als nicht geeignet erachtet wird und Angabe des verfügbaren alternativen Settings; • Bestätigung des vorgeschlagenen Settings und Erwartung der Entlassung in Richtung Wohnort.
	Wohnortnahe Sozialdienste	Im Falle von <u>Meldung mit Vorschlag des Settings „post akute Einrichtung/Betreuung“:</u> • Aufrechterhaltung der Meldung und Überwachung des Übergangs von der Abteilung zur Einrichtung; • Durchgehende Überwachung mit der Einrichtung über den Fortgang des klinischen und des sozialbetreuerischen Status der Person bis hin zum Ausfindigmachen der etwaigen Notwendigkeit der Betreuungskontinuität am Wohnort; • Weiterleiten der Meldung an den Hauskrankenpflegedienst für die Bewertung der Person/Familie und der Eignung des Settings Wohnort; • Telefonische Aktivierung zur Information der Ärztin oder der des Arztes für Allgemeinmedizin (AAM) oder der Kinderärztin oder des Kinderarztes freier Wahl (KfW); • Sortierung der Meldung: • Aussonderung für den Fall, dass das die Betreuungskontinuität im Wohnort nicht notwendig ist;

Funktionen	Akteure	Tätigkeiten
		- Bestätigung des Settings Wohnort und Erwartung der Entlassung. Im Fall der <u>Meldung/Anfrage um Aufnahme in eine Einrichtung für Intermediärbetreuung</u>: - Übernahme der Meldung; - Überprüfung von deren Korrektheit und der Kongruenz der Anfrage; - Überprüfung der Verfügbarkeit des Bettenplatzes; - Bestätigung des Datums der Verlegung; - Start der Organisation für die Verlegung; - Durchgehende Überwachung mit der Einrichtung über den Fortgang des klinischen und des sozialbetreuerischen Status der Person bis hin zur Entlassung in das definitive Setting.
Erfassung und Überwachung der Übergänge von einem Betreuungsort an einen anderen oder von einer klinischen Betreuungsebene an die andere	wohnnortnahe Einsatzzentrale	Ständige Überwachung und Nachverfolgung der Person bei den Übergängen von einem Betreuungssetting in ein anderes bis zur Beendigung des spezifischen Pfades; Überwachung von etwaigen wiederholten stationären Aufnahmen.
Informationstechnische und logistische Unterstützung an die Fachkräfte des Netzwerkes der Sozialbetreuung	wohnnortnahe Einsatzzentrale	Weisungen und Unterstützung des soziosanitären Fachpersonales an die verfügbaren Dienste, mittels der Kartierung der bestehenden wohnortnahen Dienste, und Angaben betreffend die Art und Weise ihrer Aktivierung.

4 Prozessindikatoren

- Anzahl der Meldungen/ Ankündigungen, die bei der wohnortnahen Einsatzzentrale eingelangt sind,
- Anzahl der Meldungen/ Ankündigungen der wohnortnahen Einsatzzentralen nach den 72 Stunden seit der Aufnahme,
- Anzahl der Entlassungen an den Wohnort ohne Meldung/Ankündigung an die wohnortnahe Einsatzzentrale,
- Anzahl der Tage der Übernahme der Ankündigung seitens der wohnortnahen Einsatzzentrale,
- Anzahl der telefonischen Aktivierungen der wohnortnahen Einsatzzentrale,
- Anzahl der Anfragen um Intermediärbetreuung, die an die wohnortnahe Einsatzzentrale-Einrichtung- Dienst gestellt worden sind,

- Anzahl der Tage in Erwartung eines Betts für Intermediärbetreuung,
- Feststellung eines höheren Bedarfs, welcher durch die Aktivierung der wohnortnahen Einsatzzentrale für informationstechnisch-logistische Unterstützung ausgedrückt sind,
- Feststellung der von der wohnortnahen Einsatzzentrale aktivierten Dienste, in Folge der Aktivierung der wohnortnahen Einsatzzentrale für informationstechnisch-logistische Unterstützung.

5 Zukünftige Entwicklung

Ein Prozess, der in die wohnortnahe Einsatzzentrale umgesetzt werden wird, ist die **Integration mit der Anlaufstelle für Pflege und Betreuung, welche den Bezugspunkt für die Bürgerinnen und Bürger** darstellt. Um die Integration zwischen den beiden Diensten zu begünstigen, wurden eigene Dokumentvorlagen ausgearbeitet und eine Art und Weise der Zusammenarbeit für alle Schalter auf dem Landesgebiet festgelegt.

Weiters wird die wohnortnahe Einsatzzentrale in folgenden Bereichen einen aktiven Part spielen:

- **Verwaltung der chronischen Krankheiten** (Integration der Software für die Patientinnen und Patienten, die mittels diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden betreut werden),
- **Tele-Überwachung,**
- **Unterstützung der integrierten Hausbetreuung, der Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung und der Einheit für die multidimensionale Einschätzung.**

Für die Zukunft ist es vorgesehen, graduell auch noch weitere Prozesse in die wohnortnahe Einsatzzentrale einzubauen.

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

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

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento	MAYR MICHAEL	03/06/2025 11:58:29
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione	SCHROTT LAURA	03/06/2025 11:50:53
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio	MELANI CARLA	27/05/2025 08:58:59

Laufendes Haushaltsjahr		Esercizio corrente	
Dieser Beschluss sieht keine Feststellung von Einnahmen vor. / La presente delibera non dà luogo ad accertamento di entrate.	zweckgebunden		impegnato
	als Einnahmen ermittelt		accertato in entrata
	auf Kapitel		sul capitolo
	Vorgang		operazione
		La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung	

Der Direktor des Amtes für Ausgaben	04/06/2025 11:23:11 TACCHINARDI MARTA	Il Direttore dell'Ufficio spese
Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht		Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria
Der Direktor des Amtes für Einnahmen	04/06/2025 09:23:27 CASTLUNGER LUDWIG	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



Die Landeshauptmannstellvertreterin
La Vice-Presidente della Provincia

PAMER ROSMARIE

10/06/2025

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

10/06/2025

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 104 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: Rosmarie Pamer
codice fiscale: TINIT-PMRRMR71C59F132H
certification authority: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3
numeri di serie: 01827B38
data scadenza certificato: 12/02/2027

Am 10/06/2025 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 104 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: TINIT-MGMRSE66H24H612Y
certification authority: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3
numeri di serie: 00C4589D
data scadenza certificato: 03/10/2025

Copia prodotta in data 10/06/2025

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

Ausstellungsdatum

10/06/2025

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

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

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma