

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

Nr. 712
Sitzung vom 27/08/2024 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

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

Generalsekretär

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Richtlinien für die Festsetzung des Plans
der wohnortnahen Tätigkeiten des
Südtiroler Sanitätsbetriebs

Oggetto:

Linee di indirizzo per la definizione del
Piano delle attività territoriali dell'Azienda
Sanitaria dell'Alto Adige

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. 907 vom 06.12.2022 mit dem Titel „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022“ wurde die auf nationaler Ebene eingeführte Reform an die Besonderheiten der Realität der Autonomen Provinz Bozen (in der Folge *APB*) angepasst.

Das Ministerialdekret (in der Folge *MD*) Nr. 77/2022 hat einheitlich im gesamten Staatsgebiet die Tätigkeiten der erneuerten wohnortnahen Gesundheitsversorgung festgesetzt, mit besonderem Augenmerk auf die Rolle der Sprengel („Bezirke“ für die *APB*) und die Einrichtungen, in denen dies stattfinden muss (Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser).

Das oben genannte MD skizziert ein Bezugsszenario, in dem die Funktionen und organisatorischen Aspekte der Sprengel (letztere sind, wie bereits erwähnt, funktional unseren „Bezirken“ gleichgesetzt), aber auch die Merkmale der Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser, die den konkreten Ort repräsentieren, wo die erneuerte wohnortnahe Gesundheitsversorgung am besten organisiert werden kann, beschrieben werden.

Im Umsetzungsdokument des Landes ist auch ein großer Teil den Aufgaben gewidmet, die zwischen den Gesundheitsbezirken, dem Land, dem Gesundheitsressort und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb definiert und aufgeteilt werden.

Diese erste Aufteilung der Verantwortlichkeiten beim Erlass von Richtlinien oder 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 für das Gesundheitsressort bestimmten Aktivitäten finden wir die Vorgabe der Mindestinhalte des Plans der Tätigkeiten der wohnortnahen Versorgung (gemäß Art. 3-*quater*, Absätze 2 und 3, der Gesetzesverordnung Nr. 502/1992, i.g.F.). Diese Mindestinhalte bilden die Grundlage für die Erstellung des betrieblichen Plans der Tätigkeiten der wohnortnahen Versorgung (in der Folge *PWT*), der eine Laufzeit von drei Jahren hat, jährlich aktualisiert und jeweils bis zum 31. Dezember eines Jahres vom Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebs genehmigt wird.

La Giunta Provinciale

Con deliberazione della Giunta provinciale (di seguito *DGP*) n. 907 del 06.12.2022 dal titolo “Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento a livello provinciale del DM n. 77/2022” si è adattata la riforma introdotta a livello nazionale alle peculiarità della realtà della Provincia autonoma di Bolzano (di seguito *PAB*).

Il decreto ministeriale (di seguito *DM*) n. 77/2022 ha definito in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale le attività della rinnovata assistenza territoriale, con particolare riferimento al ruolo dei Distretti (“Comprensori” per la Provincia autonoma di Bolzano) e alle strutture nelle quali ciò deve avvenire (Case della comunità e Ospedali di comunità).

Nel DM succitato 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.

Nel documento di recepimento provinciale è anche dedicata un’ampia parte che definisce e distribuisce i compiti tra i Comprensori sanitari, la Provincia, l’Assessorato Salute e l’Azienda sanitaria dell’Alto Adige.

Questa prima distribuzione di responsabilità nell’emanare atti di indirizzo o esecutivi, come pure quella di costituire organi e procedure, è un passaggio necessario per disegnare la rinnovata *Governance* alla base di questa riforma.

Tra le attività destinate all’Assessorato si ritrova l’emanazione dei contenuti minimi del Piano delle attività sanitarie territoriali (ex art. 3-*quater*, commi 2 e 3, del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.).

Tali contenuti minimi costituiscono la base per la predisposizione, da parte dell’Azienda sanitaria, del Piano aziendale delle attività territoriali (*PAT*), che ha durata triennale, viene annualmente aggiornato e approvato dal Direttore generale dell’Azienda sanitaria dell’Alto Adige entro il 31 dicembre di ogni anno.

Diese betrieblichen Richtlinien liefern ihrerseits die einheitlichen Anweisungen für die vier Gesundheitsbezirke. Auf deren Grundlage muss jeder Gesundheitsbezirk einen eigenen Dreijahresplan der Tätigkeiten der wohnortnahen Betreuung ausarbeiten, welcher auch das entsprechende Budget (personelle und finanzielle Ressourcen, die es für seine Umsetzung braucht), festsetzt und welcher der Generaldirektion des Sanitätsbetriebs vorzulegen ist. Die vier Pläne der Tätigkeiten der wohnortnahen Versorgung der Gesundheitsbezirke werden von den Bezirksdirektorinnen und -direktoren auf der Grundlage der Richtlinien des Sanitätsbetriebs und der zugewiesenen Ressourcen bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres erstellt.

Um dieses Modell der *Governance* sicherzustellen, wird auch ein Bezirksbeirat eingerichtet. Dieser unterstützt die Bezirksdirektorin oder den Bezirksdirektor bei der Erstellung des Dreijahresplans für die Gesundheits- und Sozialdienste. In dieser Dreijahresplanung, in welcher der Betreuungsbedarf der Bevölkerung sowie die Art der Erbringung der Leistungen angeführt werden, soll auch die Integration mit dem Krankenhaus gefördert werden.

Dieser Beschluss genehmigt als wesentlichen Bestandteil den Anhang 1, der die Leitlinien für die Festsetzung des Dreijahresplans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs enthält. Es werden auch einige Grundsätze zu den folgenden Schwerpunktthemen dargelegt:

- Überprüfung der bestehenden Dienste der wohnortnahen Betreuung in jedem Bezirk und eine damit verbundene Bewertung des Umfangs der Tätigkeit und des eingesetzten Personals,
- Ausarbeitung des Bedarfs an die zu erbringenden Leistungen, die in einer ersten Phase auf die rund 33.000 chronischen Patientinnen und Patienten beschränkt werden sollen, welche über einen der vier ausgewählten diagnostisch therapeutischen Betreuungspfade (in der Folge *PDTA*) betreut werden,
- Dimensionierung von Gemeinschaftshäusern (in der Folge *GH*) und Gemeinschaftskrankenhäusern (in der Folge *GKH*) auf der Grundlage der Vorgaben des Ressorts über die Funktionsweise,
- Ermittlung jener Dienstleistungen, die aus der wohnortnahen Betreuung in die *GH* verlagert werden können,

Tali direttive aziendali forniscono a loro volta indicazioni omogenee per i quattro Comprensori sanitari. Sulla base di esse, ogni Compensorio deve elaborare un proprio Piano triennale delle attività territoriali che definisce anche il relativo budget (risorse umane e finanziarie necessarie per la sua realizzazione), da sottoporre alla Direzione generale dell'Azienda sanitaria entro. I quattro piani di attività territoriali comprensoriali vengono predisposti dalle Diretrici e dai Direttori di comprensorio, sulla base delle linee di indirizzo aziendali nell'ambito delle risorse assegnate entro il 31 ottobre di ogni anno.

Al fine di garantire tale modello di *governance* si prevede anche l'istituzione di un Comitato di Compensorio che supporta il Direttore di Compensorio nella predisposizione del piano triennale dei servizi sanitari e sociali. In questa programmazione triennale va espresso il fabbisogno di assistenza della popolazione e le modalità di erogazione delle prestazioni, favorendo anche l'integrazione con l'ospedale.

La presente deliberazione approva l'Allegato 1 quale parte integrante che contiene le linee di indirizzo per la definizione del Piano triennale delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Vengono enucleati anche alcuni principi-cardine sui seguenti temi prioritari:

- revisione dei servizi territoriali esistenti in ogni Compensorio e relativa valutazione dei volumi di attività e del personale impiegato;
- stesura del fabbisogno delle prestazioni da erogare, da limitare in una prima fase ai circa 33.000 pazienti cronici assistiti tramite uno dei quattro *PDTA* (percorsi diagnostico-terapeutici) prescelti;
- dimensionamento delle case della comunità (di seguito *CdC*) e degli ospedali di comunità (di seguito *OdC*) sulla base delle indicazioni di funzionamento dell'Assessorato;
- previsione di quali servizi dal territorio si possono trasferire nelle *CdC*;
- gestione dei rapporti con gli ospedali comprensoriali di riferimento;
- gestione dei rapporti con le aggregazioni funzionali territoriali (di seguito *AFT*) di riferimento.

- Organisation der Beziehungen zu den Bezugskrankenhäusern des Bezirks,
- Organisation der Beziehungen zu den Bezugs-Vernetzten Gruppenmedizinen (AFT).

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.

Der gegenständliche Beschluss bedingt keine Mehrausgaben für den Verwaltungshaushalt des Landes.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Der Anhang 1 „Leitlinien für die Festsetzung des Dreijahresplans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs“ mit seinen Anhängen A („Indikatoren für die Wirksamkeit“), B („Methode für die Berechnung des Personalbedarfs“) und C (Tabellen der chronischen Patientinnen und Patienten, aufgeteilt auf die Gesundheitsbezirke), werden als wesentlicher Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.
2. Gegenständlicher Plan verpflichtet die Generaldirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebs, entsprechend den darin enthaltenen Angaben innerhalb des 31. Dezember jedes Jahres den Dreijahresplans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs zu genehmigen. Innerhalb des 31. Oktober des Folgejahres verpflichten sich dieselben Gesundheitsbezirke einen konkreten Dreijahresplan mit einer genauen Angabe der Zuständigkeiten und Fristen zu verabschieden.
3. Der Sanitätsbetrieb wird verpflichtet, zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Bezirksbeiräte die Regelung für deren Funktionsweise zu erlassen und für die zügige Ersetzung der jeweiligen Mitglieder zu sorgen, falls die ernannten Mitglieder nicht mehr zur Verfügung stehen.

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).

La presente delibera non comporta oneri maggiori per il bilancio gestionale provinciale.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si approva l'Allegato 1 “Linee di indirizzo per la definizione del Piano triennale delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige” con le sue appendici A (“Indicatori di efficacia”), B (“Metodologia del calcolo del personale”) e C (tabelle dei cronici suddivisi tra distretti sanitari), quale parte integrante di questa delibera.
2. La presente programmazione impegna la Direzione Generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige a adottare, in linea con le indicazioni ivi presenti, il PAT aziendale entro il 31 dicembre di ogni anno. Entro il 31 ottobre dell'anno successivo, gli stessi Compensatori sanitari sono impegnati a adottare uno specifico Piano triennale operativo con l'indicazione puntuale di responsabilità e scadenze.
3. si impegna l'Azienda sanitaria, ai fini di assicurare l'operatività dei Comitati di Compensatorio, ad emanare il regolamento per il loro funzionamento e di provvedere alla pronta sostituzione dei rispettivi componenti, nel caso in cui quelli nominati non siano più disponibili;

4. Gegenständlicher Beschluss wird auf der eigens für den PNRR eingerichteten institutionellen Homepage des Landes veröffentlicht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

4. 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.



Linee di indirizzo per la definizione del Piano Triennale delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Sommario

- Abbreviazioni..... 2
- Premessa 3
- Definizione del Piano delle attività territoriali (PAT)..... 4
- Il PAT e i suoi contenuti minimi 5
- Le tematiche rilevanti per la Riforma dell’Assistenza territoriale 6
- 1. Revisione dei servizi territoriali esistenti in ogni Comprensorio 7
- 2. Stesura del fabbisogno delle prestazioni da erogare 7
- 3. Dimensionamento delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità 8
- 4. Previsione sulla riallocazione dei servizi all’interno delle Case della comunità 8
- 5. Gestione dei rapporti con gli ospedali comprensoriali di riferimento 9
- 6. Gestione dei rapporti con le AFT di riferimento..... 9
- APPENDICI 11
- Appendice A – Gli Indicatori di efficacia..... 11
- Appendice B - La metodologia per il calcolo del fabbisogno del personale..... 14
- Appendice C - Distribuzione dei cronici per distretto – Anno 2021 16

Abbreviazioni

ACN	Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale di data 4 aprile 2024
AFT	Aggregazione funzionale territoriale/ Aggregazioni funzionali territoriali
CdC	Casa/Case della Comunità
COT	Centrale/Centrali operative territoriali
DGP	Deliberazione della Giunta provinciale
DM	Decreto ministeriale
MMG/PLS	Medico di medicina generale
PLS	Pediatra di libera scelta
LP	Legge provinciale
OdC	Ospedale di Comunità
PAB	Provincia autonoma di Bolzano
PAT	Piano delle attività territoriali
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
UCCP	Unità complessa delle cure primarie

Premessa

Con Deliberazione della Giunta Provinciale (di seguito denominata *DGP*) n. 907 del 06.12.2022 dal titolo "Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento a livello provinciale del DM n. 77/2022" si è proceduto ad adattare la Riforma introdotta a livello nazionale sull'Assistenza Sanitaria Territoriale alle peculiarità della realtà provinciale. Il DM n. 77/2022 ha definito infatti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale le attività della rinnovata assistenza territoriale, con particolare riferimento al ruolo dei distretti – quest'ultimi equiparati funzionalmente ai comprensori sanitari dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige) - e alle strutture nelle quali ciò deve avvenire (p.es. Centrali operative territoriali, Case della comunità, Ospedali di comunità, Consultori familiari, ecc). Nel regolamento viene delineato uno scenario di riferimento nel quale sono descritte le funzioni e gli aspetti organizzativi dei distretti ma anche le caratteristiche delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità che rappresentano la tangibile sede dove organizzare 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, con la DGP n. 907/2022 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 pone 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 sono da considerarsi come articolazioni funzionali del Comprensorio, sotto la diretta responsabilità della rispettiva Direttrice/del rispettivo Direttore di Comprensorio.

Lo scopo è quello di garantire un migliore accesso alle cure delle pazienti e 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.

Definizione del Piano delle attività territoriali (PAT)

Il Piano delle attività territoriali (PAT)¹, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della pianificazione provinciale e in coerenza con le strategie aziendali, rappresenta il piano di salute territoriale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Esso è definito come la base programmatica per organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria territoriale. In quanto tale, esso è chiamato ad evidenziare i centri di offerta e di responsabilità, a mettere in relazione l'analisi dei bisogni con la mappa dell'offerta, a selezionare le priorità di salute, a identificare le risorse necessarie per conseguire i risultati di salute e di miglioramento del sistema di offerta.

Gli obiettivi del PAT vanno inoltre espressi in termini dei risultati attesi, di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (con idonei indicatori di efficacia – vedasi appendice A) e in termini di miglioramento dei risultati attesi e della rete di offerta e della sua qualificazione quantitativa e qualitativa.

Il PAT rappresenta quindi il principale strumento di programmazione e governo del livello di assistenza territoriale, nelle diverse modalità di erogazione, in modo coordinato nel territorio e nelle forme più adeguate a garantire continuità assistenziale e appropriatezza degli interventi domiciliari, diurni, ambulatoriali e residenziali ed extra ospedalieri.

Il PAT ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e viene approvato dalla Direttrice o dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige entro il 31 dicembre di ogni anno. È composto dalle linee di indirizzo ed obiettivi aziendali e le tematiche prioritarie per la riforma territoriale e raccoglie i rispettivi piani comprensoriali riguardanti la riorganizzazione dell'ambito territoriale.

I PAT comprensoriali vengono predisposti dalle Direttrici e dai Direttori di comprensorio, con l'ausilio dei Comitati di Comprensorio² sulla base delle linee di

¹ Secondo l'indicazione di diverse Regioni, definito anche come "Programma" o "Piano territoriale della salute", previsto all'art. 3-*quater*, commi 2 e 3, del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.

² Il Comitato di Comprensorio supporta il Direttore di Comprensorio nella predisposizione del Piano triennale dei servizi sanitari e sociali. Come previsto già nella DGP n. 907/2022 che implementa la Riforma del DM n. 77/2022 a livello provinciale, la composizione del suddetto Comitato prevede la partecipazione di:

- a. Direttore di Comprensorio, che lo presiede;
- b. Referente locale del Sociale (Azienda dei servizi sociali per Bolzano);
- c. Referente MMG scelto tra i referenti delle AFT del territorio e referente pediatri di libera scelta;
- d. Direttore medico dell'assistenza primaria;
- e. Referente medico ospedaliero;
- f. Farmacista;
- g. Dirigente tecnico-assistenziale territoriale;
- h. Rappresentante del Dipartimento di Prevenzione;
- i. Dirigente amministrativo del Comprensorio;
- j. Referenti della Rete per la Salute psichica.

indirizzo aziendali e le risorse assegnate entro il 31 ottobre di ogni anno. Le Direttrici e i Direttori di Compensorio elaborano insieme al Comitato di Compensorio i bisogni assistenziali del territorio, secondo criteri epidemiologici e statistici, in stretta connessione con le richieste e le segnalazioni provenienti dai MMG e PLS, dai Servizi infermieristici dai Servizi Sociali, dalla Comunità in generale.

Le Direttrici e i Direttori di Compensorio formulano obiettivi annuali, identificano il budget finalizzato alle attività, lo negoziano con la Direzione aziendale, ne pianificano la distribuzione, ne monitorizzano la realizzazione e l'efficacia. Attraverso percorsi di verifica e confronto, di audit e di qualità, il PAT contribuisce a migliorare servizi e prestazioni, anche in relazione alla qualità percepita dall'utenza.

In questa attività di programmazione territoriale, ruolo cruciale nella pianificazione effettiva ed operativa a livello locale è svolto dalle Direttrici e dai Direttori di Compensorio che vengono sostenuti nelle scelte programmatiche dal Comitato di Compensorio.

La nomina ufficiale e permanente dei componenti dei quattro Comitati di Compensorio è un passaggio fondamentale per affidare in maniera formale ad essi il compito principale di scrittura del PAT.

La Provincia Autonoma di Bolzano, alla luce della Riforma dell'Assistenza sanitaria territoriale contenuta nel DM n. 77/2022 così come voluta dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), considera prioritarie le seguenti tematiche. Esse dovranno trovare implementazione ed esecuzione operativa all'interno del Piano triennale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e dei suoi quattro Compensori sanitari (corrispondenti funzionalmente al "Distretto" come descritto nel DM n. 77/2022).

Il PAT e i suoi contenuti minimi

I contenuti minimi del PAT, secondo l'art. art. 3-*quater* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., sono i seguenti:

- l'analisi del bisogno;
- gli obiettivi di salute e i relativi indicatori di verifica (vedasi appendice A);
- le modalità organizzative dei servizi di pertinenza;
- i servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurate nell'ambito del Compensorio;
- la localizzazione dei servizi e dei presidi territoriali;

- il coordinamento (di cui il PAT esplicita modalità operative e azioni a ciò preordinate) tra le attività del Comprensorio, quelle dei dipartimenti e dei restanti servizi aziendali, e in particolare quelle afferenti alle funzioni ospedaliere;
- le attività di tipo integrato previste cui dare attuazione;
- l'entità delle risorse da investire nella realizzazione degli obiettivi di carattere sanitario e in quelli di integrazione sociosanitaria, per la quale vengono altresì determinate le quote, concordemente definite, da porre rispettivamente a carico dell'Azienda Sanitaria e dei comuni.

Il PAT può inoltre prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione socio-sanitaria e di promozione di adeguati stili di vita e relazionali, diretti a gruppi a rischio sociale e/o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

Le tematiche rilevanti per la Riforma dell'Assistenza territoriale

Al fine di rispondere alla funzione di committenza (ovvero, la programmazione dei servizi da erogare) assegnata ai Compensori sanitari provinciali, è necessario recepire e valutare le istanze della comunità di riferimento. Tali istanze si esplicitano attraverso la funzione di produzione (ovvero, l'erogazione diretta delle attività), assegnata alle unità organizzative interne ed accreditate, oltre attraverso quella di garanzia (ovvero, assicurare l'accesso ai servizi e monitorare le attività).

Il Compensorio sanitario si conferma dunque come il centro di analisi del bisogno, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l'Ente Comune, attraverso la Comunità comprensoriale di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali, con tutta l'area ospedaliera, con i professionisti convenzionati che, in questo piano di riordino e di sviluppo, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie. Per tale rilevante funzione il Compensorio sanitario va considerato quale macro-livello assistenziale.

Nell'espletamento delle sue funzioni di committenza, produzione e garanzia, il Compensorio sanitario dovrà confrontarsi in maniera prioritaria con le seguenti tematiche:

1. Revisione dei servizi territoriali esistenti in ogni Comprensorio

Principio: La pandemia da Covid-19 ha messo in luce come i servizi territoriali debbano essere ripensati. Ciò si è tradotto in cambiamenti strutturali attraverso la Riforma dell'assistenza territoriale introdotta dal DM n. 77/2022. Tale riforma deve portare ad una ridefinizione e ricomposizione unitaria dei servizi e degli interventi territoriali, di un'integrazione multidisciplinare dei professionisti che vi operano, di una semplificazione delle modalità di accesso al sistema di cure e, più in generale, di un'attenzione specifica ai bisogni reali dei cittadini.

La traduzione concreta in modelli operativi mirati a una riforma sistemica e integrale dell'assistenza territoriale deve partire giocoforza da una revisione complessiva dei servizi territoriali già esistenti nella Provincia di Bolzano, più dettagliatamente in ognuno dei quattro Compensori in cui si suddivide attualmente la *Governance* sanitaria.

Obiettivo: Tale revisione è un obiettivo fondamentale per conoscere la distribuzione dei servizi territoriali, i volumi di attività erogati dagli stessi e il personale impiegato. Ciò anche al fine di individuare quali attività, servizi e prestazioni, attualmente erogati in ambito ospedaliero, possano essere trasferiti nelle nuove strutture territoriali individuate per ogni singolo Comprensorio (CdC, OdC, COT, Consultori familiari). In riunioni istituzionalizzate già condotte negli anni 2022-2023, i Compensori sanitari hanno già provveduto alla mappatura dei servizi, delle attività, del personale e delle strutture esistenti sul proprio territorio. La mappatura è consistita nel censimento di tutti i servizi territoriali utilizzando i flussi informativi ove esistenti ovvero attraverso la rilevazione *ad hoc* da parte del Comprensorio. Si raccomanda la revisione di tale mappatura alla luce di eventuali modifiche o integrazioni avvenute sino all'emanazione della presente deliberazione.

Obiettivo finale della mappatura è ottimizzare l'offerta sul territorio alla luce del nuovo modello organizzativo contenuto nella Riforma del DM n. 77/2022.

2. Stesura del fabbisogno delle prestazioni da erogare

Principio: La valutazione del fabbisogno delle prestazioni da erogare alla luce della Riforma del DM n. 77/2022 va effettuata sulla base delle indicazioni generali fornite a livello provinciale e aziendale. Ciascun Comprensorio dovrà ridisegnare il proprio fabbisogno assistenziale, come prescritto anche dall'art. 10, comma 12, lett. c) della L.P. n. 3/2017. In particolare, al singolo Comprensorio spetta il compito di considerare il fabbisogno reale ed effettivo delle e dei pazienti, tenendo presente l'appropriatezza dell'assistenza e la verifica della sua efficacia. Base per la valutazione è la stima periodica dei dati disponibili.

Obiettivo: La disponibilità di queste informazioni e la valutazione sulla necessità delle prestazioni individuate per realizzare il modello organizzativo della Riforma dell'assistenza territoriale, permette la definizione del livello complessivo delle risorse, finanziarie e di personale, del Servizio sanitario provinciale.

Questo processo di valutazione del fabbisogno sarà incentrato inizialmente su circa 33.000 pazienti cronici afferenti ai quattro PDTA adottati a livello provinciale e sperimentati o in corso di sperimentazione (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, artrite reumatoide), secondo la distribuzione nei quattro Comprensori sanitari.

A tale scopo l'Assessorato ha elaborato una metodologia per la rilevazione delle attività e delle prestazioni necessarie da attivare in ogni singola CdC dei quattro Comprensori, con la relativa definizione del fabbisogno di personale infermieristico e specialistico necessario per erogarle. Il lavoro che ne è scaturito è allegato alla presente deliberazione con la rappresentazione per ogni Comprensorio del volume di pazienti e il fabbisogno di personale necessario per erogare le prestazioni ricomprese nei quattro PDTA individuati (vedasi appendice B).

3. Dimensionamento delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità

Principio: Le sedi fisiche in cui si concretizza la nuova Riforma dell'assistenza territoriale sono le COT, le CdC e gli OdC, come descritte nella DGP n. 907/2022. All'interno di queste strutture deve essere calcolato il dimensionamento dei percorsi, dei locali e dei materiali, per realizzare al meglio la funzione per cui sono state costruite. Attraverso un'attenta analisi dell'esistente e delle nuove esigenze va prefigurato uno scenario che, seguendo i criteri di moderna organizzazione sanitaria e di efficiente e appropriata erogazione dei servizi, individui in modo razionale e lungimirante la configurazione della nuova struttura, con particolare attenzione alle possibilità di sviluppo e potenziamento delle nuove tecnologie di diagnosi e cura.

Obiettivo: Sulla base delle Linee di indirizzo sul funzionamento delle nuove strutture PNRR e le istruzioni per l'implementazione del modello organizzativo della nuova assistenza territoriale, ogni Comprensorio dovrà dimensionare le strutture di riferimento, integrandole nella rete provinciale.

4. Previsione sulla riallocazione dei servizi all'interno delle Case della comunità

Principio: Alla luce delle valutazioni relative alle prestazioni, al fabbisogno e all'uso appropriato delle nuove strutture, si pone come conseguenza necessaria lo

spostamento di attività di primo livello, impropriamente svolte negli ospedali, sul territorio e del personale dall'ospedale verso il territorio. L'ospedale è così orientato all'erogazione delle prestazioni di secondo livello più complesse.

In questo processo di ridefinizione dell'allocazione dei servizi, che coinvolge anche servizi territoriali già prestati all'interno dei singoli distretti, ruolo centrale va affidato alle CdC, deputate a rispondere alle esigenze della popolazione di riferimento.

Obiettivo: Considerando i servizi presenti sul Comprensorio sanitario e la rete che li lega agli altri Comprensori, va creata una omogenea distribuzione di tali servizi che valorizzi al massimo le potenzialità delle Case della Comunità.

5. Gestione dei rapporti con gli ospedali comprensoriali di riferimento

Principio: Le CdC saranno integrate con le sedi dei distretti e con gli ambiti territoriali, tenendo conto che la Provincia può individuare altre sedi di CdC *hub* e *spoke* in rapporto all'organizzazione che si svilupperà nei prossimi anni. Tali strutture sono l'evoluzione massima delle forme aggregative dei medici di medicina generale poiché in esse sono concentrate le principali attività sanitarie e sociali che consentono una presa in carico globale della persona, organizzando i rapporti con l'ospedale di riferimento e garantendo la continuità assistenziale, soprattutto per i casi più gravi ai quali garantire assistenza domiciliare e residenzialità.

Obiettivo: Il Comprensorio deve sviluppare rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale, che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate.

6. Gestione dei rapporti con le AFT di riferimento

Principio: Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le aggregazioni funzionali territoriali (di seguito denominate *AFT*) e le unità complesse delle cure primarie (di seguito denominate *UCCP*) e le medicine di gruppo integrate, potranno avere sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure essere collegate funzionalmente ad esse, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.

Ad oggi in Provincia autonoma di Bolzano sono presenti 26 AFT dei medici di medicina generale e sono previste, in applicazione del nuovo ACN 2019/21 rivisitato, 5 UCCP che potranno essere allocate nelle future Case della comunità.

Le AFT, identificate come lo strumento organizzativo principale per garantire lo sviluppo dell'assistenza territoriale, contribuiscono all'erogazione delle prestazioni e alla gestione dei processi assistenziali (fisici o digitali) afferenti al Comprensorio di riferimento, come definiti in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Integrativi Provinciali ed Aziendali, allo scopo di consentire un'ottimizzazione della relazione tra fabbisogno dei cittadini e prestazioni offerte dal servizio di assistenza primaria. I MMG e PLS collegati ad una Casa della comunità potranno collaborare all'interno della CdC.

Obiettivo: coinvolgere il più possibile i MMG e i PLS, garantendo il raccordo e la collaborazione nell'erogazione dei servizi, per una ottimale presa in carico delle e dei pazienti.

APPENDICI

Appendice A – Gli Indicatori di efficacia

Il PAT, previsto dall'art. 3-*quater* del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. è uno strumento operativo di programmazione del Distretto Sociosanitario. Nel PAT vengono esplicitati i bisogni e gli obiettivi di salute prioritari, nonché gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Per quanto riguarda gli indicatori di efficacia, la legge prevede che a ciascun obiettivo identificato vengano assegnati uno o più indicatori significativi per misurarne i risultati in termini di livello dei servizi e di interventi.

Gli indicatori di efficacia per il PAT, espressi in termini di risultati attesi e miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, sono fondamentali per valutare l'impatto delle attività socio-sanitarie.

Ecco alcuni possibili indicatori da considerare:

1. **Tasso di Vaccinazione:** Misura la percentuale di persone vaccinate contro specifiche malattie infettive. Ad esempio, il tasso di vaccinazione contro l'influenza o il morbillo.
2. **Tasso di Accesso ai Servizi Sanitari:** Valuta la facilità con cui le persone possono accedere ai servizi sanitari, come visite mediche, esami diagnostici o cure specialistiche.
3. **Tasso di accessi in PS:** nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
4. **Tasso di accessi in PS:** nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti minori 0-14 anni)
5. **Tasso di Ricovero Evitabile:** Indica la percentuale di ricoveri ospedalieri che potrebbero essere evitati con una migliore gestione delle condizioni di salute, ad esempio attraverso la prevenzione o la gestione dei servizi territoriali.
6. **Tasso di Mortalità Prematura:** Misura il numero di decessi in una determinata fascia d'età (ad esempio, sotto i 65 anni) rispetto alla popolazione totale. Un calo di mortalità prematura indica un miglioramento delle condizioni di salute.

7. **Tasso di Screening:** Valuta la percentuale di persone che partecipano a programmi di screening per la prevenzione di malattie come il cancro al seno, al colon o al collo dell'utero.
8. **Tasso di Aderenza terapeutica:** Misura quanto le persone seguono correttamente le terapie prescritte dai professionisti sanitari.
9. **Soddisfazione del Paziente:** Attraverso sondaggi o interviste, si valuta la soddisfazione dei pazienti riguardo ai servizi ricevuti.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige potrà indentificare anche altri indicatori che dovranno in ogni caso essere specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e temporalmente definiti per essere efficaci nella valutazione del PAT.

Oltre agli indicatori precedentemente menzionati, ne esistono infatti molti altri che possono essere utilizzati per valutare l'efficacia del PAT. La scelta degli indicatori dipende dal contesto locale, dagli obiettivi specifici del PAT e dalla disponibilità di dati.

Ecco ulteriori esempi:

1. **Tasso di Ricorrenza delle Malattie:** Misura la frequenza con cui una specifica malattia si verifica nella popolazione. Ad esempio, il tasso di ricorrenza di malattie croniche come il diabete o l'ipertensione.
2. **Tempo di Attesa per i Servizi Sanitari:** Valuta quanto tempo le persone devono aspettare per ricevere cure mediche o servizi specialistici.
3. **Tasso di Screening per Malattie Infettive:** Indica la percentuale di persone che partecipano a programmi di screening per malattie come l'HIV, l'epatite o la tubercolosi.
4. **Tasso di Adesione ai Programmi di Prevenzione:** Misura quanto le persone seguono le raccomandazioni per la prevenzione, come la partecipazione a programmi di disassuefazione tabagica o programmi di prevenzione all'obesità.
5. **Tasso di Utilizzo dei Servizi di Salute Mentale:** Valuta la frequenza con cui le persone accedono ai servizi di salute mentale e il loro livello di soddisfazione.
6. **Tasso di Riduzione delle Disuguaglianze di Salute:** Monitora i progressi nel ridurre le differenze di salute tra gruppi di popolazione (ad esempio, tra fasce di reddito o etnie).
7. **Tasso di Sopravvivenza a Lungo Termine:** Misura la percentuale di persone che sopravvivono a una malattia o condizione per un periodo prolungato (ad esempio, 5 o 10 anni)

8. **Tasso di Riduzione delle Complicanze:** Misura quanto gli interventi socio-sanitari abbiano contribuito a ridurre le complicanze di specifiche malattie o condizioni. Ad esempio, il tasso di riduzione delle complicanze legate al diabete o all'ipertensione.
9. **Tasso di Partecipazione a Programmi di Educazione Sanitaria:** Valuta quanti individui partecipano a programmi di informazione e formazione sulla salute, come corsi per il controllo del peso, educazione alimentare o prevenzione delle malattie cardiovascolari.
10. **Tasso di Riduzione dell'Isolamento Sociale:** Valuta quanto gli interventi socio-sanitari abbiano contribuito a ridurre l'isolamento sociale tra gli anziani o altre categorie vulnerabili.
11. **Tasso di Sostenibilità dei Servizi:** Indica quanto i servizi socio-sanitari siano sostenibili nel lungo termine, considerando aspetti finanziari, risorse umane e infrastrutture.
12. **Tasso di Adozione delle Tecnologie Sanitarie:** Misura quanto le persone utilizzino tecnologie sanitarie come app per la gestione della salute, telemedicina o dispositivi di monitoraggio.

Appendice B - La metodologia per il calcolo del fabbisogno del personale

Già nel corso del 2022 sono iniziati informalmente i lavori di quattro gruppi operativi, precursori dei Comitati e delle Diretrici e dei Direttori di Comprensorio. Allora lo scopo della loro costituzione era incentrato sulla mappatura degli attuali servizi offerti sul territorio e sulla ricognizione del personale presente nelle strutture territoriali, valutandone sede di servizio e attività oraria. Tale rilevazione è stata effettuata anche per i Servizi Sociali.

Questa mappatura è il primo, ma imprescindibile passaggio per l'analisi del fabbisogno, sanitario e socio-sanitario. Il fabbisogno per il territorio va inteso qui in senso generico, partendo dal tema della prevenzione a quello dell'assistenza ai cronici, fino all'integrazione con l'ospedale e con i servizi sociali. Come prescritto anche dal DM n. 77/2022, uno strumento indispensabile a questo scopo resta la stratificazione della popolazione.

In Provincia autonoma di Bolzano è stato deciso con DGP n. 907/2022 che l'attività di riforma sul territorio nella prima fase si concentri sull'assistenza dei cronici, in particolare una coorte di circa 33.000 pazienti over 65 anni, afferenti ai 4 PDTA per le patologie croniche più diffuse (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, artrite reumatoide).

Per questo target di pazienti la stratificazione è stata già elaborata dall'Assessorato, e sarà la base per le prime decisioni dei Comitati Comprensoriali.

Compito dei Comitati Comprensoriali sarà quello di verificare per prima cosa la distribuzione di tutti i servizi afferenti al proprio Comprensorio sanitario, aggiornando la mappatura già fatta in precedenza.

In seconda battuta il Comitato dovrà analizzare quali di questi servizi e strutture già esistenti potranno restare aperti, ovvero accorpati, ovvero inseriti direttamente all'interno delle nuove Case della Comunità (di seguito denominate *CdC*). Questo lavoro preliminare permetterà di dimensionare l'attività delle *CdC*, *hub* e *spoke*, afferenti a quel Comprensorio, mettendolo in relazione naturalmente con tutta la rete, costituita dai medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), dalle farmacie rurali e dei servizi, dalle strutture residenziali per anziani, e così via...

Si rimarca che nella Provincia autonoma di Bolzano finora non sono mai esistite neppure "Case della Salute" e che quindi la programmazione dell'attività delle nuove *CdC* si traduce in una sfida non solo organizzativa ma anche culturale, che richiede uno sforzo particolare di cambio di mentalità da parte di tutti gli operatori pubblici coinvolti.

Un aiuto al lavoro di programmazione dei Comitati viene, oltre che dalla stratificazione dei cronici, dallo studio che l'amministrazione provinciale e l'Azienda sanitaria hanno sostenuto per giungere ad una metodologia per il calcolo del

fabbisogno di personale da impiegare nella CdC per prendere in carico la coorte dei pazienti cronici come sopra indentificata. Considerando le variabili riferite ai professionisti coinvolti, al monte ore, al tipo di prestazioni erogate, alla durata puntuale o forfettaria di esse, al numero degli accessi previsto per paziente e coorte, alla percentuale di applicazione, è stato possibile dimensionare il fabbisogno delle risorse umane, facendo emergere il dettaglio sia per patologia che per singola CdC.

Mettendo a disposizione dei Comitati Comprensoriali questa mole di dati e strumenti di valutazione, essi potranno affrontare con cognizione di causa le priorità definite in questo documento relativamente al passaggio verso la riforma dell'assistenza territoriale. A loro spetta il compito ultimo di valutare se a tutte queste informazioni potrà corrispondere un effettivo miglioramento dei servizi sanitari offerti al cittadino.

Le prime CdC saranno attivate in via sperimentale già a partire da fine 2024: è così che ogni Comitato dovrà già aver considerato i volumi di attività ospedaliera da spostare sul territorio, secondo un progetto coordinato e programmato da fissare nel PAT. Come anche per il personale: il Comitato dovrà aver già chiarito il numero dei professionisti necessari per aprire le prime CdC.

Quindi, dal 2024 al 2027, passando per il target finale del PNRR (fissato per giugno 2026 che inaugura l'apertura di tutte le CdC pianificate), ogni Comitato dovrà verificare anche le prime affluenze, oltre a prevedere l'aggiunta di ulteriori moduli se necessari, in quanto risultati tali dallo svolgimento delle attività sul territorio di riferimento.

In questo quadro così delineato gli attuali distretti sanitari, ovvero le unità tecnico-funzionali che erogano servizi e prestazioni, non scompaiono ma possono essere rimodulati in termini di attività e di personale, in stretta connessione con le CdC.

All'interno del Comitato, tra i rappresentanti delle varie componenti operanti sul territorio, è prevista anche la presenza del referente MMG scelto tra i referenti delle AFT del territorio e/o del referente dei pediatri di libera scelta. Risulta quindi di fondamentale importanza il raccordo con loro e con tutti gli altri referenti nella condivisione del PAT.

Appendice C - Distribuzione dei cronici per distretto – Anno 2021

Abbreviazioni:

CRT=pazienti cronici;

DM= diabete mellito;

BPCO= broncopneumopatia cronica ostruttiva

COMPENSORIO SANITARIO DI BOLZANO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021*	CRT 2021**	% su pop totale	CRT over 65 2021	Cronici > 65 anni (Anno 2021**)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
01 Val Gardena	3	1	6	9.426	2.468	26%	1.330	176 (di cui 3 DM 1)	113 (di cui 110 BPCO)	1.040 (di cui 66 con scompenso cardiaco e 886 con ipertensione)	27
Ortisei, S.Cristina, Selva Valgardena											
02 Val d'Ega Sciliar	6	1	10	20.989	5.909	28%	2.923	471 (di cui 8 DM 1)	350 (di cui 320 BPCO)	2.330 (di cui 191 con scompenso cardiaco e 2.011 con ipertensione)	76
Castelrotto											
Fiè, Tires, Cornedo											
Nova Ponente, Nova Levante											
03 Salto Sarentino Renon	4	1	12	20.005	5.320	27%	2.601	419 (di cui 6 DM 1)	298 (di cui 270 BPCO)	2.059 (di cui 161 con scompenso cardiaco e 1.708 con ipertensione)	55
Renon											
Sarentino											
S. Genesio, Meltina											
04 Oltradige	5	1	15	30.684	8.938	29%	4.519	747 (di cui 3 DM 1)	455 (di cui 429 BPCO)	3.528 (di cui 309 con scompenso cardiaco e 3.022 con ipertensione)	73
Appiano, Caldaro											
Terlano, Andriano, Nalles											
05 Laives Bronzolo Vadena	3	1	12	22.017	7.549	34%	3.581	742 (di cui 5 DM 1)	463 (di cui 423 BPCO)	2.865 (di cui 206 con scompenso cardiaco e 2.556 con ipertensione)	65
Laives, Bronzolo, Vadena											
06 Bassa Atesina	11	1	15	25.358	8.021	32%	3.816	760 (di cui 5 DM 1)	400 (di cui 368 BPCO)	3.040 (di cui 235 con scompenso cardiaco e 2.615 con ipertensione)	57
Eqna, Montagna, Salorno,											
Ora, Aldino, Anterivo, Tirodena											
Termeno, Magrè Cortina all'Adige, Cortaccia											
07 Bolzano	1	4	62	106.601	38.459	36%	20.495	4.102 (di cui 53 DM 1)	2.923 (di cui 2.646 BPCO)	16.161 (di cui 1.352 con scompenso cardiaco e 14.062 con ipertensione)	370
Bolzano											
COMPENSORIO SANITARIO di Bolzano	33	10	132	235.080	76.664	33%	39.265	7.417 (di cui 83 DM 1)	5.002 (di cui 4.566 BPCO)	31.023 (di cui 2.520 con scompenso cardiaco e 26.860 con ipertensione)	723
Periodo di aggiornamento dei dati:											
* Aggiornamento ISTAT Dicembre 2022											
** Aggiornamento progetto Mappatura Ottobre 2023											

COMPENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021*	CRT 2021**	% su pop totale	CRT over 65 2021**	Cronici > 65 anni (Anno 2021**)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
14 Alta Valle Isarco	6	1	10	20.661	6.424	31%	2.987	629 (di cui <3 DM 1)	366 (di cui 355 BPCO)	2.465 (di cui 222 con scompenso cardiaco e 2.193 con ipertensione)	74
Brennero, Campo di Trens, Fortezza, Racines, Val di Vizze, Vipiteno											
15 Bressanone	7	2	20	40.152	12.106	30%	5.657	1.027 (di cui 23 DM 1)	617 (di cui 594 BPCO)	4.588 (di cui 366 con scompenso cardiaco e 4.035 con ipertensione)	107
Bressanone, Luson, Naz Sciaives, Rio Pusteria, Rodegno, Vandoies, Varna											
16 Chiusa	7	1	9	17.374	4.721	27%	2.249	349 (di cui 7 DM 1)	238 (di cui 230 BPCO)	1.813 (di cui 133 con scompenso cardiaco e 1.573 con ipertensione)	39
Barbiano, Chiusa, Funes, Laion, Ponte Gardena, Velturo, Villandro											
COMPENSORIO SANITARIO di Bressanone	20	4	39	78.187	23.251	30%	10.893	2.005 (di cui 32 DM 1)	1.221 (di cui 1.179 BPCO)	8.866 (di cui 721 con scompenso cardiaco e 7.801 con ipertensione)	220
Periodo di aggiornamento dei dati:											
* Aggiornamento ISTAT Dicembre 2022											
** Aggiornamento progetto Mappatura Ottobre 2023											

COMPENSORIO SANITARIO DI BRUNICO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021*	CRT 2021**	% su pop totale	CRT over 65 2021**	Cronici > 65 anni (Anno 2021**)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
17 Tures Aurina	4	1	7	13.601	3.957	29%	1.920	289 (di cui <3 DM 1)	194 (di cui 183 BPCO)	1.604 (di cui 137 con scompenso cardiaco e 1.401 con ipertensione)	33
Campo Tures, Predoi, Selva dei Molini, Valle Aurina											
18 Brunico	9	2	23	39.545	11.725	30%	5.604	898 (di cui 9 DM 1)	566 (di cui 532 BPCO)	4.484 (di cui 424 con scompenso cardiaco e 3.719 con ipertensione)	122
Brunico, Chienes, Falzes, Gais, Perca, San Lorenzo in Sebato, Terento											
Valdaora, Rasun Anterselva											
19 Alta Val Pusteria	7	1	9	16.097	4.777	30%	2.341	431 (di cui <3 DM 1)	248 (di cui 242 BPCO)	1.940 (di cui 275 con scompenso cardiaco e 1.735 con ipertensione)	55
Braies, Dobbiaco, Monquelfo, San Candido, Sesto, Valle di Casies, Villabassa											
20 Val Badia	5	1	6	11.247	3.081	27%	1.514	241 (di cui 4 DM 1)	159 (di cui 148 BPCO)	1.187 (di cui 126 con scompenso cardiaco e 982 con ipertensione)	31
Badia, Corvara, La Valle, Marebbe, San Martino in Badia											
COMPENSORIO SANITARIO di Brunico	25	5	45	80.490	23.540	29%	11.379	1.859 (di cui 15 DM 1)	1.167 (di cui 1.105 BPCO)	9.215 (di cui 962 con scompenso cardiaco e 7.837 con ipertensione)	241
Periodo di aggiornamento dei dati:											
* Aggiornamento ISTAT Dicembre 2022											
** Aggiornamento progetto Mappatura Ottobre 2023											

COMPENSORIO SANITARIO DI MERANO											
DISTRETTI (con ambiti territoriali)	Comuni	AFT	MMG 2021	Popolazione 2021*	CRT 2021**	% su pop totale	CRT over 65 2021**	Cronici > 65 anni (Anno 2021**)			
								Diabete	Malattie broncopneumoniche	Malattie cardiovascolari	Artrite reumatoide
08 Alta Val Venosta	7	1	7	16.198	4.774	29%	2.263	355 (di cui 5 DM 1)	302 (di cui 275 BPCO)	1.818 (di cui 219 con scompenso cardiaco e 1.509 con ipertensione)	47
Curon, Gorenza, Malles, Prato allo Stelvio, Sludemo, Stelvio, Tubre											
09 Media Val Venosta	5	1	9	18.707	5.606	30%	2.749	470 (di cui 5 DM 1)	303 (di cui 263 BPCO)	2.170 (di cui 263 con scompenso cardiaco e 1.799 con ipertensione)	55
Castelbello, Laces, Lasa, Martello, Silandro											
10 Naturno	4	1	6	11.903	3.584	30%	1.711	327 (di cui 5 DM 1)	167 (di cui 155 BPCO)	1.359 (di cui 127 con scompenso cardiaco e 1.161 con ipertensione)	32
Naturno, Parcines, Plaus, Senales											
11 Lana	10	1	14	25.512	8.009	31%	3.860	704 (di cui 6 DM 1)	512 (di cui 488 BPCO)	3.145 (di cui 273 con scompenso cardiaco e 2.650 con ipertensione)	62
Lana, Cermes, Gargazzone, Postal, Senales San Felice, Tesimo											
Val d'Ultimo, Lauregno, Proves, S. Pancrazio											
12 Merano	9	2	32	57.643	19.512	34%	10.103	2.137 (di cui 20 DM 1)	1.329 (di cui 1.210 BPCO)	7.891 (di cui 644 con scompenso cardiaco e 6.610 con ipertensione)	148
Avelengo, Caines, Lagundo, Merano, Marlenigo, Rifiano, Scena, Tirolo, Verano											
13 Val Passiria	3	1	4	8.896	2.659	30%	1.241	230 (di cui <3 DM 1)	177 (di cui 157 BPCO)	1.055 (di cui 122 con scompenso cardiaco e 922 con ipertensione)	21
Moso, San Leonardo, San Martino											
COMPENSORIO SANITARIO di Merano	38	7	72	138.859	44.144	32%	21.927	4.223 (di cui 43 DM 1)	2.790 (di cui 2.548 BPCO)	17.438 (di cui 1.648 con scompenso cardiaco e 14.651 con ipertensione)	365
Periodo di aggiornamento dei dati:											
* Aggiornamento ISTAT Dicembre 2022											
** Aggiornamento progetto Mappatura Ottobre 2023											



Richtlinien für die Festsetzung des Dreijahresplans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs

Inhaltsverzeichnis

- Abkürzungen 2
- Einleitung..... 3
- Festsetzung des Plans der wohnortnahen Tätigkeiten (PWT) 4
- Der PWT und seine Mindestinhalte 6
- Die relevanten Themenbereiche für die Reform der wohnortnahen Betreuung 6
 - 1. Revision der Dienste der wohnortnahen Betreuung, die es in den Gesundheitsbezirken gibt .. 7
 - 2. Ausarbeitung des Bedarfs an Leistungen, die zu erbringen sind 8
 - 3. Dimensionierung der Gemeinschaftshäuser und der Gemeinschaftskrankenhäuser 9
 - 4. Vorschau auf die Umschichtung der Dienste in die Gemeinschaftshäuser 9
 - 5. Die Organisation der Beziehungen mit den Bezugs-Krankenhäusern des Bezirks..... 10
 - 6. Die Organisation der Beziehungen mit den Bezug-AFTs 10
- ANHÄNGE 12
- Anhang A – Die Indikatoren für die Wirksamkeit..... 12
- Anhang B – Die Methode für die Berechnung des Personalbedarfs 15
- Anhang C – Verteilung der chronischen Patientinnen und Patienten nach Gesundheitsbezirk- Jahr 2021..... 18

Abkürzungen

AAM/ÄAM	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin/Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
AFT	Vernetzte Gruppenmedizin (<i>Aggregazione funzionale territoriale</i>)
BLR	Beschluss der Landesregierung
GKH	Gemeinschaftskrankenhaus/Gemeinschaftskrankenhäuser
GH	Gemeinschaftshaus/Gemeinschaftshäuser
GSKV	gesamtstaatlicher Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin vom 4. April 2024
gv.D.	gesetzesvertretendes Dekret
KfW	Kinderärztin/Kinderarzt bzw. Kinderärztinnen/Kinderärzte freier Wahl
LG	Landesgesetz
MD	Ministerialdekret
PDTA	Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (<i>percorso diagnostico-terapeutico assistenziale</i>)
PWT	Plan der wohnortnahen Tätigkeiten
UCCP	komplexe Versorgungseinheit (<i>Unità complessa delle cure primarie</i>)
WONE	Wohnortnahe Einsatzzentrale (<i>centrale operativa territoriale</i>)

Einleitung

Mit Beschluss der Landesregierung (in der Folge *BLR* genannt) Nr. 907 vom 06.12.2022 "Wohnortnahe Gesundheitsversorgung - Übernahme des MD Nr. 77/2022 und der Akkreditierungskriterien für die Netze der Palliativversorgung, Schmerztherapie und der Hauspflege - Zulassungs- und Akkreditierungskriterien der neuen PNRR-Einrichtungen" wurde die auf Staatsebene eingeführte Reform zur wohnortnahen Gesundheitsbetreuung an die Besonderheiten der lokalen Begebenheiten angepasst. Das MD Nr. 77/2022 hat nämlich auf dem gesamten Staatsgebiet die Tätigkeiten der erneuerten wohnortnahen Betreuung, mit besonderem Augenmerk auf die Rolle der Sprengel- letztere sind funktional den Gesundheitsbezirken des Südtiroler Sanitätsbetriebs gleichgestellt- und auf die Einrichtungen, in denen diese erfolgt (z.B. Gemeinschaftshäuser, in der Folge *GH* genannt, und Gemeinschaftskrankenhäuser, in der Folge *GSK* genannt, Familienberatungsstellen usw.) festgelegt. In der Regelung wird ein Bezugsszenarium aufgezeigt, in dem die Funktionen und die organisatorischen Aspekte der Sprengel beschrieben werden, aber auch die Merkmale der GH und der GKH, welche den konkreten Ort darstellen, an dem die neue wohnortnahe Betreuung organisiert wird.

Die Umsetzung beinhaltet die Anwendung von Standards, die auf staatlicher Ebene vorgegeben sind, aber auch die Möglichkeit, das vom MD Nr. 77/2022 vorgeschlagene Organisationsmodell an die Begebenheiten unseres Landes anzupassen.

Um dies zu machen, ist man im BLR Nr. 907/2022 von einer Analyse der derzeitigen Situation ausgegangen, um zu Beginn Leitlinien vorzugeben, welche ein erneuertes und effizienteres Modell der *Governance* festlegen, das den Gesundheitsbezirk ("Sprengel" im MD Nr. 77/2022) ins Zentrum der neuen wohnortnahen Gesundheitsbetreuung stellt. Daraus folgt, dass die GH, die GKH und die wohnortnahen Einsatzzentralen (in der Folge *WONE* genannt) als funktionale Arme des Bezirks unter der direkten Verantwortung der betreffenden Direktorin/des betreffenden Direktors anzusehen sind.

Der Sinn ist es, einen verbesserten Zugang zu den Behandlungen der wohnortnahen Betreuung seitens der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen und damit gleichzeitig die Inanspruchnahme des Krankenhauses zu verringern und die Kontinuität der Behandlungen sicherzustellen. Die erneuerte *Governance* ist besonders auf die Verwirklichung eines integrierten Systems von Gesundheits- Sozial- und sozio-sanitären Diensten ausgerichtet.

Festsetzung des Plans der wohnortnahen Tätigkeiten (PWT)

Der Plan der wohnortnahen Tätigkeiten (in der Folge PAT genannt)¹, stellt, unter Einhaltung der Grundsätze und der Zielsetzung der Landesplanung und in Stimmigkeit mit den Betriebsstrategien den Plan der wohnortnahen Gesundheitsbetreuung dar, in dem der prioritäre Bedarf und die Maßnahmen aus dem Gesundheits- und dem sozio-sanitären Bereich festgesetzt sind, um ersterem zu begegnen. Er ist als planerischer Ausgangspunkt für die Organisation und die Umsetzung der gesundheitlichen Grundversorgung und der wohnortnahen sozio-sanitären Integration gedacht.

Als solcher ist es Aufgabe des PWT die Zentren des Angebots und der Verantwortungen aufzuzeigen, die Bedarfsanalyse mit dem Angebotsbündel in Verbindung zu setzen, die gesundheitlichen Prioritäten zu bestimmen, die notwendigen Ressourcen für das Erreichen der Gesundheitsziele auszumachen und das Gesamtangebot zu verbessern.

Die Ziele des PWT werden in Form von erwarteten Ergebnissen, der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (mit geeigneten Wirksamkeits-Indikatoren - siehe Anhang A) und in Form der Verbesserung der erwarteten Ergebnisse und des Angebotsnetzes und seiner quantitativen und qualitativen Eignung ausgedrückt.

Der PWT stellt also das Hauptinstrument für die Planung und die *Governance* der wohnortnahen Betreuung dar, in ihren verschiedenen Formen der Erbringung, in koordinierter Weise auf dem Territorium und in den geeignetsten Formen, um die Kontinuität der Betreuung und der Angemessenheit der Maßnahmen in der Hausbetreuung, der Tagesbetreuung, in der ambulanten oder stationären Form und außerhalb der Krankenhausbetreuung zu sichern.

Der PWT hat eine Gültigkeit von drei Jahren, wird jährlich aktualisiert und innerhalb 31. Dezember eines jeden Jahres von der Generaldirektorin oder vom Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebs genehmigt. Er besteht aus den Leitlinien, den betrieblichen Zielen und den vorrangigen Themenbereichen für die Reform der wohnortnahen Betreuung und sammelt die jeweiligen Pläne auf Bezirksebene zur Neuordnung der wohnortnahen Betreuung.

Die PWT auf Bezirksebene werden von den Bezirksdirektorinnen und -direktoren, mit Beistand der Bezirksbeiräte² auf der Grundlage der betrieblichen Richtlinien und den

¹ Gemäß Bestimmungen verschiedener Regionen wird er auch als „Programm oder Plan der wohnortnahen Gesundheit“, wie von Art. 3- *quater*, Absätze 2 und 3 des gv. D. Nr. 502/1992 i.g.F. bezeichnet.

² Der Bezirksbeirat unterstützt die Bezirksdirektorin/den Bezirksdirektor bei der Erstellung des Dreijahresplanes der Gesundheits- und Sozialdienste. Wie schon vom BLR Nr. 907/2022, der die Reform des MD Nr. 77/2022 auf Landesebene umsetzt, vorgesehen, sieht die Zusammensetzung des genannten Beirats die Teilnahme von folgenden Personen vor:

zugewiesenen Ressourcen innerhalb 31. Oktober eines jeden Jahres ausgearbeitet. Die Direktorinnen und die Direktoren des Bezirks arbeiten mit Beistand des Bezirksbeirats den Betreuungsbedarf in der wohnortnahen Betreuung aus. Dabei kommen epidemiologische und statistische Kriterien, die in engem Zusammenhang mit den Anfragen und den Hinweisen/Empfehlungen der ÄAM und der KfW, den Sozialdiensten und von der Gemeinschaft im Allgemeinen zur Anwendung.

Die Direktorinnen und die Direktoren des Bezirks erstellen Jahresziele, setzen das für die Tätigkeiten zur Verfügung stehende Budget fest, handeln es mit der strategischen Direktion aus, planen dessen Verteilung, überwachen die Umsetzung und die Wirksamkeit. Mittels Audit- und Qualitäts-Prozeduren für die Überprüfung und den Vergleich trägt der PWT zu einer Verbesserung der Dienste und Leistungen bei, auch in Bezug auf die von den Nutzerinnen und Nutzern wahrgenommenen Qualität.

Bei dieser Tätigkeit der wohnortnahen Planung spielen die Bezirksdirektorinnen und -direktoren, welche bei den planerischen Entscheidungen vom Bezirksbeirat unterstützt werden, eine zentrale Rolle bei der effektiven und operativen Planung auf örtlicher Ebene.

Die amtliche und fortdauernde Ernennung der vier Bezirksbeiräte ist ein grundlegender Schritt, um diesen auch formal die Hauptaufgabe der Ausarbeitung des PWT zuzuweisen.

Die Autonome Provinz Bozen, im Lichte der von MD Nr. 77/2022 vorgeschriebenen Reform der wohnortnahen Betreuung gemäß Vorgabe des staatlichen Wiederaufbauplans (PNRR), betrachtet nachfolgende Themenbereiche als prioritär. Diese müssen mit dem Dreijahresplan des Südtiroler Sanitätsbetriebs und seiner vier Gesundheitsbezirke (die funktionell dem „Sprengel“, wie im MD Nr. 77/2022 beschrieben, entsprechen) implementiert und operativ umgesetzt werden.

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

Der PWT und seine Mindestinhalte

Die Mindestinhalte des PWT gemäß Art. 3-*quater* des gv.D. Nr. 502/1992 i.g.F. sind nachfolgende:

- die Bedarfsanalyse,
- die Gesundheitsziele mit den entsprechenden Indikatoren für die Bewertung (siehe Anhang A),
- die Organisationsweise der dazugehörigen Dienste,
- die Dienste der Grundversorgung und die Tätigkeiten im Gesundheits- und soziosanitären Bereich, die in der wohnortnahen Betreuung im Bezirk gesichert werden,
- die örtliche Festsetzung der Dienste und der wohnortnahen Einrichtungen,
- die Koordination (betreffend welcher der PWT operative Modalitäten und hierfür ausgerichtete Tätigkeiten anführt) zwischen den Tätigkeiten des Bezirks und jener der Departments und der anderen betrieblichen Dienste, insbesondere jener, die in den Aufgabenbereich des Krankenhauses gehören,
- die vorgeschriebenen sozio-sanitären Tätigkeiten, die umgesetzt werden müssen,
- den Umfang der für die Umsetzung der gesundheitlichen Ziele und jener der soziosanitären Integration notwendigen Ressourcen, für die außerdem die gemeinsam abgestimmten Quoten festgelegt werden, welche jeweils zu Lasten des Sanitätsbetriebs und der Gemeinden gehen.

Der PWT kann außerdem Gemeinschaftsprojekte vorsehen, die die Aktionen und Tätigkeiten der sozio-sanitären Prävention und der Förderung von angemessenen Lebensstilen und jenen im sozialen Umfeld, welche an soziale und/oder gesundheitliche Risikogruppen sowie an von Problematiken, die vom Lebenszyklus den einzelnen und der Familie bedingten Bevölkerungsschichten gerichtet sind, umsetzen.

Die relevanten Themenbereiche für die Reform der wohnortnahen Betreuung

Um dem Aufgabengebiet der Funktion des *commitments* (oder der Planung der zu erbringenden Diensten) gerecht zu werden, die den Gesundheitsbezirken zusteht,

ist es notwendig die Forderungen der Bezugsgemeinschaft anzunehmen und zu bewerten. Die Bewertungen zu den eingegangenen Forderungen finden ihren Niederschlag in der Funktion der Produktion (*oder* der direkten Erbringung der Tätigkeiten), welche den internen und akkreditierten Organisationseinheiten zugewiesen ist, zusätzlich zu jener der Garantie (*oder* der Sicherstellung des Zugangs zu den Diensten und Überwachung der Tätigkeiten).

Der Gesundheitsbezirk wird also zum Zentrum der Bedarfsanalyse, der Planung und der Aufteilung der Ressourcen, der Ermittlung der Erbringungsorte, der Überwachung der Behandlungen und ihrer Ergebnisse, der regen Zusammenarbeit mit der Körperschaft Gemeinde, über die Bezugs- Bezirksgemeinschaft, der Zusammenarbeit mit den anderen betrieblichen Makroeinrichtungen, insbesondere mit den strukturellen Departements, mit dem gesamten Krankenhausbereich, mit den vertragsgebundenen Fachpersonen, die in diesem Plan der Neuordnung und der Entwicklung vollwertig in das System der Grundversorgung einbezogen sind. Für diese wichtige Funktion wird der Gesundheitsbezirk als Makro-Ebene der Betreuung angesehen.

In der Ausführung der Funktionen von *commitment*, Produktion und Garantie muss jeder Gesundheitsbezirk sich mit folgenden Thematiken beschäftigen:

1. Revision der Dienste der wohnortnahen Betreuung, die es in den Gesundheitsbezirken gibt

Ausgangspunkt: Die Covid-19 Pandemie hat gezeigt, in welche Richtung die wohnortnahen Dienste neu angedacht werden müssen. Dies hat zum strukturellen Wechsel durch die von MD Nr. 77/2022 eingeleitete Reform der wohnortnahen Betreuung geführt. Diese Reform muss zu einer einheitlichen Neufestsetzung und Neuzusammensetzung der Dienste und der Maßnahmen in der wohnortnahen Betreuung, einer multidisziplinären Integration der im Bereich tätigen Berufsgruppen, zu einer Vereinfachung der Arten des Zugangs zum Betreuungssystem, und im Allgemeinen zu einer spezifischen Aufmerksamkeit dem wirklichen Bedarf der Bevölkerung gegenüber führen.

Die konkrete Umsetzung in operative Modelle, die auf eine systemische und vollumfängliche Reform der wohnortnahen Betreuung ausgerichtet sind, muss in unvermeidlicher Weise von einer Gesamtrevision der bereits bestehenden wohnortnahen Dienste in Südtirol, und genauer noch, in jedem der vier Bezirke, in die derzeit die *Governance* im Gesundheitsbereich unterteilt ist, ausgehen.

Ziel: Diese Revision ist ein grundsätzliches Ziel um die Verteilung der wohnortnahen Dienste, den Umfang der von diesen erbrachten Tätigkeiten und das benötigte

Personal zu erfassen. Dies auch mit dem Ziel jene Tätigkeiten, Dienste und Leistungen ausfindig zu machen, welche derzeit im Krankenhaus erbracht werden und auf die neuen wohnortnahen Einrichtungen (GH, GKH, WONE und Familienberatungsstellen), die für jeden Bezirk vorgesehen sind, übertragen werden können. In institutionalisierten Sitzungen, welche in den Jahren 2022-2023 stattgefunden haben, ist in den Gesundheitsbezirken bereits eine Erfassung der Dienste, der Tätigkeiten, des Personals und der bestehenden Einrichtungen im Zuständigkeitsgebiet erfolgt. Die Kartierung wurde durch die Bestandsaufnahme aller wohnortnahen Dienste mittels Nutzung von bereits bestehenden Informationsflüssen, wo vorhanden, oder mittels einer *ad hoc*- Erhebung durch den Bezirk durchgeführt. Eine Revision dieser Kartierung ist angesichts von etwaigen Änderungen oder Vervollständigungen, die seit dem Erlass des gegenständlichen Beschlusses erfolgt sind, empfohlen.

Oberstes Ziel der Kartierung ist es, das Angebot in der wohnortnahen Betreuung angesichts des neuen Organisationsmodells, welches in der Reform des MD Nr. 77/2022 enthalten ist, zu optimieren.

2. Ausarbeitung des Bedarfs an Leistungen, die zu erbringen sind

Ausgangspunkt: Die Bewertung des Bedarfs an Leistungen, die angesichts der Reform aus MD Nr. 77/2022 zu erbringen sind, hat auf der Grundlage der allgemeinen Anweisungen, welche auf Landes- und Betriebsebene gegeben werden, zu erfolgen. Jeder Bezirk muss den eigenen Betreuungsbedarf neu umgestalten, wie auch von Art. 10, Absatz 12, Buchstabe c) des LG Nr. 3/2017 vorgesehen. Im Besonderen hat der einzelne Bezirk die Aufgabe den realen und effektiven Bedarf der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen und dabei die Angemessenheit der Betreuung und die Überprüfung von deren Wirksamkeit stets vor Augen zu haben. Grundlage für die Bewertung ist die periodische Schätzung der zur Verfügung stehenden Daten.

Ziel: Die Verfügbarkeit dieser Informationen und die Bewertung über die Notwendigkeit der für die Umsetzung des Organisationsmodells der Reform der wohnortnahen Betreuung festgesetzten Leistungen ermöglicht die Festsetzung der Gesamthöhe der finanziellen und Human-Ressourcen des Landesgesundheitsdienstes. Dieser Prozess der Bewertung des Bedarfs ist zu Beginn auf ca. 33.000 chronische Patientinnen und Patienten je nach Verteilung in den vier Gesundheitsbezirken ausgerichtet, die mittels einem der vier auf Landesebene angewandten bereits getesteten PDTA oder noch in Testphase (Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, rheumatoide Arthritis) betreut werden.

Zu diesem Zweck hat das Ressort eine Methode für die Erhebung der Tätigkeiten und der notwendigen Leistungen, welche in jedem einzelnen GH der vier Bezirke

aufgenommen werden müssen, sowie der entsprechenden Festsetzung des Bedarfs an pflegerischem und fachärztlichem Personal, welches für die Erbringung benötigt wird. Die daraus hervorgegangene Übersicht ist gegenständlichem Beschluss mit der Darstellung des Patienten- und Personalbedarf-Umfangs, der für die Erbringung der in den vier PDTA enthaltenen Leistungen notwendig ist, aufgeteilt nach Bezirk (siehe Anhang B).

3. Dimensionierung der Gemeinschaftshäuser und der Gemeinschaftskrankenhäuser

Ausgangspunkt: Die physischen Sitze, in denen sich die konkrete Umsetzung der Reform der wohnortnahen Betreuung äußert, sind die COT, die GH und die GKH, wie im BLR Nr. 907/2022 beschrieben. Im Inneren dieser Einrichtungen muss die Bemessung der Betreuungspfade, der Räumlichkeiten und der Materialien berechnet werden, um dem Zweck, für den sie errichtet worden sind, bestmöglich gerecht zu werden. Mittels einer aufmerksamen Analyse des Bestandes und der neuen Anforderungen wird ein Szenario durchgespielt, das, folgt man den Kriterien der modernen Gesundheitsorganisation und der effizienten und angemessenen Erbringung der Dienste, auf rationale und weitsichtige Weise die Konfiguration der neuen Einrichtung, mit besonderem Augenmerk auf Entwicklungsmöglichkeiten und Stärkung der neuen Technologien in der Diagnose und der Behandlung, aufzeigt.

Ziel: Auf der Grundlage der Anweisungen in den Leitlinien für die Arbeitsweise der neuen Einrichtungen des PNRR und der Anleitungen für die Implementierungen des Organisationsmodells der neuen wohnortnahen Betreuung muss jeder Bezirk die eigenen Bezugseinrichtungen anpassen und sie in das Landesnetz einbinden.

4. Vorschau auf die Umschichtung der Dienste in die Gemeinschaftshäuser

Ausgangspunkt: Angesichts der Bewertungen von Leistungen, Bedarf und der angemessenen Nutzung der neuen Einrichtungen ergibt sich als notwendige Folge die Verschiebung von Tätigkeiten der ersten Ebene, die in unangemessener Weise in den Krankenhäusern geleistet werden, in die wohnortnahe Betreuung und von Personal aus dem Krankenhaus in die wohnortnahe Betreuung. Das Krankenhaus ist so auf die Erbringung der komplexeren Leistungen der zweiten Ebene ausgerichtet.

In diesem Prozess der Neufestsetzung der Aufteilung der Dienste, der auch die Dienste der wohnortnahen Betreuung, in den einzelnen Sprengeln miteinschließt, wird den GH, welche den Erfordernissen der Bezugsbevölkerung eine Antwort geben müssen, eine zentrale Rolle zugesprochen.

Ziel: Berücksichtigt man die Dienste, die im Gesundheitsbezirk aufrecht sind und das Netz, das sie an die anderen Bezirke bindet, muss eine gleichmäßige Verteilung dieser Dienste angestrebt werden, die die Leistungsfähigkeiten der GH möglichst ausschöpft.

5. Die Organisation der Beziehungen mit den Bezugs-Krankenhäusern des Bezirks

Ausgangspunkt: Die GH werden mit den Sitzen der Sprengel und der Einzugsgebiete in einem Netz verbunden. Dabei wird nicht außer Acht gelassen, dass das Land, in Abhängigkeit von der Organisation des Systems, die sich in den nächsten Jahren entwickeln wird, andere Sitze von *hub*- und *spoke*-GH bestimmen kann. Aufgrund dessen, dass in den GH die wichtigsten gesundheitlichen und sozialen Tätigkeiten vereint sind, welche eine ganzheitliche Übernahme der Person ermöglichen, indem die Beziehungen mit dem Bezugskrankenhaus organisiert und die Betreuungskontinuität (insbesondere für die schwersten Fälle, für die Hausbetreuung und Aufnahme in eine Einrichtung sicherzustellen ist), sind diese Einrichtungen die höchste Entwicklung der Formen der Zusammenschlüsse der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin.

Ziel: Der Bezirk muss die Wege der Zusammenarbeit mit dem Bezugskrankenhaus ausbauen, sei es betreffend das Zusammenspiel von Grund- und spezialistischer Versorgung sowie der Instrumentaldiagnostik, sei es für die Festsetzung von Protokollen betreffend programmierte Zugänge und Entlassungen.

6. Die Organisation der Beziehungen mit den Bezug-AFTs

Ausgangspunkt: Die Gemeinschaften der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und der Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, wie die vernetzten Gruppenmedizinen (in der Folge *AFT* genannt), die komplexen Versorgungseinheiten (in der Folge *UCCP* genannt) und die integrierten

Gruppenmedizinen können ihren physischen Sitz im GH haben, oder, in den benachteiligten Gebieten, welche eine geringere Bevölkerungsdichte haben, als *spoke*-Einrichtungen funktionell an dieses angeschlossen sein.

Derzeit gibt es in Südtirol 26 AFTs der Allgemeinmedizin und, in Anwendung des neuen gesamtstaatlichen Kollektivvertrags für den Dreijahreszeitraum 2019-2021, sind 5 UCCP vorgesehen, welche in den zukünftigen Gemeinschaftshäusern angesiedelt werden können.

Die AFT, als wichtigstes organisatorisches Hilfsmittel für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung, tragen zur Erbringung der Leistungen und zur Organisation der (physischen oder digitalen) Betreuungsprozesse im Bezugsbezirk bei. Die Betreuungsprozesse sind auf Ebene der gesamtstaatlichen Kollektivverträge sowie der Landes- und Betriebs-Zusatzverträge festgesetzt, damit eine Optimierung des Verhältnisses zwischen Bedarf der Bürgerinnen und Bürger und vom Dienst für Grundversorgung angebotene Leistungen erfolgen kann. Die ÄAM und die KfW, welche mit einem GH verbunden sind, können im Rahmen des GH ihre Mitarbeit leisten.

Ziel: ÄAM und KfW sollen weitestmöglich miteinbezogen werden, damit der Knotenpunkt und die Zusammenarbeit für eine optimale Übernahme der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden können.

ANHÄNGE

Anhang A – Die Indikatoren für die Wirksamkeit

Der PWT, der von Art. 3-*quater* des gv.D. Nr. 502/92 i.g.F. vorgesehen ist, ist ein Planungsinstrument des Gesundheits- und Sozialsprengels. Im PWT wird der Bedarf und die obersten Gesundheitsziele sowie die für die auf gesundheitlicher und sozio-sanitärer Ebene notwendigen Maßnahmen, um diese anzustreben, aufgezeigt.

Betreffend die Wirksamkeits-Indikatoren sieht das Gesetz vor, dass für jedes ausgemachte Ziel einer oder mehrere signifikative Indikatoren zugewiesen werden, um das Ergebnis auf Ebene der Dienste und der Maßnahmen zu bewerten.

Die Wirksamkeits-Indikatoren für den PWT werden in als erwartete Ergebnisse und Verbesserungen der Gesundheit der Bevölkerung ausgedrückt und sind grundlegend, um die Auswirkungen der sozio-sanitären Tätigkeiten zu bewerten.

Hier folgen einige mögliche Indikatoren, die in Betracht gezogen werden könnten:

1. **Impfrate:** diese misst den Prozentanteil der Personen, die gegen bestimmte Infektionskrankheiten geimpft sind. Z.B. Impfrate gegen Grippe oder gegen Masern.
2. **Zugangsrate zu den Gesundheitsdiensten:** Bewertet die Leichtigkeit, mit der die Personen Zugang zu den Gesundheitsdiensten, wie Arztvisiten, diagnostische Untersuchungen oder fachliche Betreuung haben.
3. **Zugangsrate zur Notaufnahme:** an den Werktagen zwischen 8:00 Uhr und 20.00 Uhr seitens Erwachsenen mit Entlassungskodex weiß/grün standardisiert (auf 1000 wohnhafte erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner).
4. **Zugangsrate zur Notaufnahme:** an den Werktagen zwischen 8:00 Uhr und 20.00 Uhr seitens Minderjähriger mit Entlassungskodex weiß/grün standardisiert (auf 1000 wohnhafte Minderjährige im Alter von 0-14 Jahren).
5. **Rate der vermeidbaren Aufnahmen:** gibt den Prozentsatz an Krankenhausaufnahmen an, die mit einer besseren Organisation der gesundheitlichen Bedingungen, z.B. durch Prävention oder über die Versorgung in den wohnortnahen Diensten, hätten vermieden werden können.
6. **Rate der verfrühten Todesfälle:** misst die Anzahl von Todesfällen in einer bestimmten Altersgruppe (z.B. unter 65 Jahren) im Verhältnis zur Anzahl der Gesamtbevölkerung. Ein Rückgang der frühzeitigen Todesfälle weist auf eine Verbesserung der Gesundheitsbedingungen hin.

7. **Screening-Rate:** misst den Prozentsatz der Personen, die an Screening-Programmen für Krankheiten wie Brust-, Darm- oder Gebärmutterhalskrebs teilnehmen.
8. **Rate der Therapieadhärenz:** misst, inwiefern sich die Personen korrekt an die vom Gesundheitsfachpersonal verschriebenen Therapien halten.
9. **Patientenzufriedenheit:** Mittels Umfragen oder Interviews wird die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten betreffend die erhaltenen Dienste bewertet.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb kann andere Indikatoren bestimmen, welche spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitlich begrenzt sein müssen, um bei der Bewertung der PWT wirksam sein zu können.

Außer den bereits genannten Indikatoren gibt es noch viele andere, die für die Bewertung der Wirksamkeit des PWT verwendet werden können. Die Auswahl der Indikatoren hängt vom lokalen Umfeld, von den spezifischen Zielen des PWT und von der Verfügbarkeit der Daten ab.

Hier noch einige andere Beispiele:

1. **Prozentsatz des Auftretens der Krankheiten:** misst die Häufigkeit, mit welcher eine bestimmte Krankheit in der Bevölkerung auftritt, z.B. die Häufigkeit von chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck.
2. **Wartezeiten für die Gesundheitsdienste:** bewertet, wieviel Zeit die Personen auf eine medizinische Behandlung oder fachärztliche Dienste warten müssen.
3. **Prozentsatz des Screenings für Infektionskrankheiten:** gibt den Prozentsatz von Personen an, die an Screeningsprogrammen für Krankheiten wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose teilnehmen.
4. **Prozentsatz der Teilnahme an Präventionsprogrammen:** Misst wie viele Personen die Empfehlungen zur Prävention befolgen, wie die Teilnahme an Rauchentwöhnungsprogrammen oder Programmen der Prävention von Übergewicht.
5. **Prozentsatz der Inanspruchnahme der Dienste für die Psychische Gesundheit:** misst die Häufigkeit, mit der die Personen Zugang zu den Diensten für Psychische Gesundheit haben und deren Zufriedenheitsgrad.
6. **Prozentsatz der Verminderung der Ungleichheiten in der Gesundheit:** überwacht die Fortschritte bei der Verminderung der Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung (z.B. zwischen Einkommensgruppen oder Ethnien).

7. **Prozentsatz des Überlebens auf Langzeit:** misst den Prozentsatz von Personen, die eine Krankheit oder eine Verfassung über einen längeren Zeitraum (z.B. fünf oder zehn Jahre) überlebt.
8. **Prozentsatz an Verminderung der Komplikationen:** Misst wie die sozio-sanitären Maßnahmen dazu beigetragen haben, die Komplikationen von spezifischen Krankheiten oder Verfassungen zu vermindern, z.B. der Prozentsatz der Komplikationen, die mit Diabetes oder Bluthochdruck zusammenhängen.
9. **Prozentsatz der Teilnahme an Programmen zur Gesundheitserziehung:** misst, wie viele Personen an Informations- und Bildungsprogrammen zur Gesundheit teilnehmen, wie z.B. Kurse für Gewichtskontrolle, zur Ernährungserziehung oder Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
10. **Prozentsatz zur Verminderung der sozialen Isolierung:** misst, wie viel die sozio-sanitären Maßnahmen dazu beigetragen haben die soziale Isolierung von älteren Personen oder anderen verletzlichen Kategorien zu vermindern.
11. **Prozentsatz der Nachhaltigkeit der Dienste:** gibt an, in welchem Maß die sozio-sanitären Dienste langfristig nachhaltig sind, wobei finanzielle Aspekte und jene der Humanressourcen und der Infrastrukturen berücksichtigt werden.
12. **Prozentsatz der Verwendung der Technologien im Gesundheitsbereich:** Misst, in welchem Maß die Personen Technologien im Gesundheitsbereich, wie z.B. eine Gesundheits-App, Telemedizin oder Überwachungsbehelfe nutzen.

Anhang B – Die Methode für die Berechnung des Personalbedarfs

Bereits im Laufe des Jahres 2022 sind die Arbeiten von vier operativen Gruppen informell gestartet; sie waren die Vorläufer der Beiräte und der Bezirksdirektorinnen und -direktoren. Damals war der Zweck ihrer Bildung die Kartierung der bestehenden Dienste, die in der wohnortnahen Betreuung angeboten werden, und auf die Erfassung des Personals in den wohnortnahen Einrichtungen, mit Bewertung von Dienstsitz und Uhrzeiten der Tätigkeiten, ausgerichtet. Diese Erhebung wurde seinerzeit auch für die Dienste des sozialen Bereichs gemacht.

Diese Kartierung ist ein erster, aber unumgänglicher Schritt für die Bedarfsanalyse im Gesundheits- und im soziosanitären Bereich. Der Bedarf für die wohnortnahe Betreuung ist hier im weiteren Sinne zu verstehen: man beginnt im Bereich der Prävention, geht über zu der Betreuung der chronisch Kranken und weiter über die Integration mit dem Krankenhaus und den Sozialdiensten. Wie auch vom MD Nr. 77/2022 vorgesehen, ist die Stratifizierung der Bevölkerung hierbei ein unumgängliches Hilfsmittel.

In Südtirol wurde mit BLR Nr. 907/2022 beschlossen, dass sich die Tätigkeiten für die Reform in einer ersten Phase auf die Betreuung der chronischen Patientinnen und Patienten konzentrieren, im Besonderen auf eine Gruppe von ca. 33.000 Patientinnen und Patienten über 65 Jahren, welche mittels einem der vier PDTA für die am verbreitetsten chronischen Krankheiten (Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und rheumatoide Arthritis) betreut werden.

Für diese Zielgruppe von Patientinnen und Patienten wurde die Stratifizierung bereits vom Gesundheitsressort ausgearbeitet und sie wird die Grundlage für die ersten Entscheidungen der Bezirksbeiräte darstellen.

Aufgabe der Bezirksbeiräte wird es sein, als erstes die Verteilung aller Dienste, welche zum eigenen Gesundheitsbezirk gehören zu überprüfen und die Kartierung, welche bereits gemacht worden ist, zu *à jour* zu halten.

In Folge muss der Beirat analysieren, welche dieser bestehenden Dienste und Einrichtungen aufrecht bleiben, zusammengefasst oder direkt in die neuen GH eingebaut werden sollen. Diese Vorarbeit ermöglicht es, die Tätigkeiten der GH, *hub* und *spoke*, des Gesundheitsbezirks zu dimensionieren. Sie sollen in natürlicher Weise mit dem ganzen Netz, das aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, Kinderärztinnen und -ärzten freier Wahl, den Apotheken der Dienste und den Landapotheken, den Seniorenwohnheimen... usw. besteht, in Verbindung gebracht werden.

Es wird angemerkt, dass es in Südtirol bis heute noch keine „Gesundheitshäuser“ gegeben hat und dass daher die Planung der Tätigkeiten der neuen GH nicht nur

eine organisatorische, sondern auch eine kulturelle Herausforderung darstellt, welche eine besondere Anstrengung hinsichtlich der Denkweise vonseiten aller einbezogenen öffentlichen Operateure verlangt.

Eine Hilfestellung bei der Planungsarbeit der Beiräte kommt außer von der Stratifizierung der chronischen Patientinnen und Patienten von der Studie, die die Landesverwaltung und der Sanitätsbetrieb durchgeführt haben, um zur Methode für die Berechnung des Bedarfs für die Übernahme der obengenannten chronischen Patientengruppe an einzusetzendem Personal in den GH zu gelangen. Unter Berücksichtigung der Variablen in Bezug auf das miteinbezogene Fachpersonal, die Höchststundenzahl, der Art der erbrachten Leistungen und auf deren genaue oder pauschale Dauer, die Anzahl der für jeden Patienten und jede Gruppe vorgesehenen Zugänge und des Prozentsatzes der Anwendung war es möglich den Bedarf der Humanressourcen einzuordnen, wobei Details nach Krankheitsbild als auch nach individuellem GH aufgezeigt wurden.

Indem man den Bezirksbeiräten diese Menge an Daten und Bewertungsinstrumenten zur Verfügung stellt, können sie sachbewusst die Prioritäten, die in diesem Dokument in Bezug auf den Übergang zur Reform der wohnortnahen Betreuung festgesetzt worden sind, festlegen. Ihnen obliegt die oberste Aufgabe zu bewerten ob auf all diese Informationen eine effektive Verbesserung der angebotenen Gesundheitsdienste an die Bürgerinnen und Bürger folgen kann.

Die ersten GH werden testweise schon ab Ende 2024 in Betrieb genommen: auf diese Weise müsste jeder Beirat bereits den Umfang an Krankenhausaktivitäten, die auf der Grundlage eines koordinierten und geplanten im PWT festgelegten Projekts in die wohnortnahe Betreuung verschoben werden müssen, berücksichtigt haben. Auch betreffend das Personal muss der Beirat bereits die Anzahl des für die Öffnung der ersten GH notwendigen Fachpersonals klar vor Augen haben.

Demnach muss jeder Beirat von 2024 bis 2027, nach Erreichen des Zieles aus dem PNRR (für Ende Juni 2026 müssen alle geplanten GH eröffnet sein) auch die ersten Zuströme bewerten und, wenn notwendig, zusätzliche Module vorsehen, wenn diese Notwendigkeit aus der Durchführung der Tätigkeiten im Bezugsgebiet hervorkommen sollte.

In diesem so aufgezeigten Bild werden die derzeitigen Gesundheitssprengel, oder technisch-funktionellen Einheiten, welche Dienste und Leistungen erbringen, nicht verschwinden, aber können in Bezug auf Tätigkeiten und Personal, in engem Zusammenspiel mit den GH, ummodelliert werden.

Im Beirat, unter den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Gruppierungen, die in der wohnortnahen Betreuung tätig sind, ist auch die Präsenz

der Bezugsperson für die Allgemeinmediziner, welcher unter den Bezugspersonen der AFT des Gebiets ausgewählt wird, und/oder der Bezugsperson der KfW vorgesehen. Daher ist die Verbindung mit ihnen und mit allen anderen Bezugspersonen und dass der PWT gemeinsam getragen wird, von grundlegender Wichtigkeit.

Anhang C – Verteilung der chronischen Patientinnen und Patienten nach Gesundheitsbezirk- Jahr 2021

Abkürzungen:

CRT=chronische Patienten und Patientinnen;

DM= Diabetes mellitus;

OCBP= obstruktive chronische Bronchio-Pneumopathie

GESUNDHEITSBEZIRK Bozen											
								Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2021**)			
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021*	CRT 2021**	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2021	Diabetes	Broncho-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
01 Gröden	3	1	6	9.426	2.468	26%	1.330	176 (davon 3 DM 1)	113 (davon 110 OCBP)	1.040 (davon 66 mit Herzinsuffizienz und 886 mit Bluthochdruck)	27
St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein											
02 Eggental, Schlerngebiet	6	1	10	20.989	5.909	28%	2.923	471 (davon 8 DM 1)	350 (davon 320 OCBP)	2.330 (davon 191 mit Herzinsuffizienz und 2.011 mit Bluthochdruck)	76
Kastelruth											
Völs, Tiers, Kameid											
Deutschnofen, Welschnofen											
03 Salten, Sarnthein, Ritten	4	1	12	20.005	5.320	27%	2.601	419 (davon 6 DM 1)	298 (davon 270 OCBP)	2.059 (davon 161 mit Herzinsuffizienz und 1.708 mit Bluthochdruck)	55
Ritten											
Sarnthein											
Jenesien, Mölten											
04 Überetsch	5	1	15	30.684	8.938	29%	4.519	747 (davon 3 DM 1)	455 (davon 429 OCBP)	3.528 (davon 309 mit Herzinsuffizienz und 3.022 mit Bluthochdruck)	73
Eppan, Kaltern											
Terlan, Andrian, Nals											
05 Leifers Branzoll Pfatten	3	1	12	22.017	7.549	34%	3.581	742 (davon 5 DM 1)	463 (davon 423 OCBP)	2.865 (davon 206 mit Herzinsuffizienz und 2.556 mit Bluthochdruck)	65
Leifers, Branzoll, Pfatten											
06 Unterland	11	1	15	25.358	8.021	32%	3.816	760 (davon 5 DM 1)	400 (davon 368 OCBP)	3.040 (davon 235 mit Herzinsuffizienz und 2.615 mit Bluthochdruck)	57
Nova Ponente, Nova Levante											
Auer, Alden, Altret, Truden											
Tramin, Margreid, Kurtinig, Kurfatsch											
07 Bozen	1	4	62	106.601	38.459	36%	20.495	4.102 (davon 53 DM 1)	2.923 (davon 2.646 OCBP)	16.161 (davon 1.352 mit Herzinsuffizienz und 14.062 mit Bluthochdruck)	370
Bozen											
GESUNDHEITSBEZIRK Bozen	33	10	132	235.080	76.664	33%	39.265	7.417 (davon 83 DM 1)	5.002 (davon 4.566 OCBP)	31.023 (davon 2.520 mit Herzinsuffizienz und 26.860 mit Bluthochdruck)	723

GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN											
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021*	CRT 2021**	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2021	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2021**)			
								Diabetes	Bronco-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
14 Wipptal	6	1	10	20.661	6.424	31%	2.987	629 (davon <3 DM 1)	366 (davon 355 OCBP)	2.465 (davon 222 mit Herzinsuffizienz und 2.193 mit Bluthochdruck)	74
Brenner, Freienfeld, Franzensfeste											
Ratschings, Pflitschertal, Sterzing											
15 Brixen	7	2	20	40.152	12.106	30%	5.657	1.027 (davon 23 DM 1)	617 (davon 594 OCBP)	4.588 (davon 366 mit Herzinsuffizienz und 4.035 mit Bluthochdruck)	107
Brixen, Lüsön, Natz Schabs											
Mühlbach, Rodeneck, Vintz, Vahrn											
16 Klausen	7	1	9	17.374	4.721	27%	2.249	349 (davon 7 DM 1)	238 (davon 230 OCBP)	1.813 (davon 133 mit Herzinsuffizienz und 1.573 mit Bluthochdruck)	39
Barbian, Klausen, Villnöss, Laien											
Waidbruck, Felthurns, Villanders											
GESUNDHEITSBEZIRK Brixen	20	4	39	78.187	23.251	30%	10.893	2.005 (davon 32 DM 1)	1.221 (davon 1.179 OCBP)	8.866 (davon 721 mit Herzinsuffizienz und 7.801 mit Bluthochdruck)	220

GESUNDHEITSBEZIRK Bruneck											
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021*	CRT 2021**	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2021	Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2021**)			
								Diabetes	Bronco-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
17 Tauferer Ahrntal	4	1	7	13.601	3.957	29%	1.920	289 (davon <3 DM 1)	194 (davon 183 OCBP)	1.604 (davon 137 mit Herzinsuffizienz und 1.401 mit Bluthochdruck)	33
Sand in Taufers, Prettau, Mühlen in Taufers, Ahrntal											
18 Brunico	9	2	23	39.545	11.725	30%	5.604	898 (davon 9 DM 1)	566 (davon 532 OCBP)	4.484 (davon 424 mit Herzinsuffizienz und 3.719 mit Bluthochdruck)	122
Bruneck, Kiens, Pfalzen, Gais, Percha, St. Lorenzen, Terenten, Olang, Rasen Antholz											
19 Hochpustertal	7	1	9	16.097	4.777	30%	2.341	431 (davon <3 DM 1)	248 (davon 242 OCBP)	1.940 (davon 275 mit Herzinsuffizienz und 1.735 mit Bluthochdruck)	55
Prags, Toblach, Welsberg, Innichen, Sexten, Gsiesertal, Niederdorf											
20 Gadertal	5	1	6	11.247	3.081	27%	1.514	241 (davon 4 DM 1)	159 (davon 148 OCBP)	1.187 (davon 126 mit Herzinsuffizienz und 982 mit Bluthochdruck)	31
Abtei, Corvara, Wengen, Enneberg, St. Martin i. Thurn											
GESUNDHEITSSPRENGEL Bruneck	25	5	45	80.490	23.540	29%	11.379	1.859 (davon 15 DM 1)	1.167 (davon 1.105 OCBP)	9.215 (davon 962 mit Herzinsuffizienz und 7.837 mit Bluthochdruck)	241

GESUNDHEITSBEZIRK Meran											
								Cronici > 65 anni (Anno 2021**)			
								Chronische Patienten > 65 Jahre (Jahr 2021**)			
SPRENGEL (mit Einzugsgebieten)	Gemeinden	VGM	ÄAM 2021	Bevölkerung 2021*	CRT 2021**	% auf Gesamtbevölkerung	CRT über 65 2021	Diabetes	Broncho-Pneumopathien	Kardiovaskuläre Krankheiten	Rheumatoide Arthritis
08 Obervinschgau	7	1	7	16.198	4.774	29%	2.263	355 (davon 5 DM 1)	302 (davon 275 OCBP)	1.818 (davon 219 mit Herzinsuffizienz und 1.509 mit Bluthochdruck)	47
Graun, Glurns, Mals, Prad a.Stj.											
Schluders, Stills, Taufers											
09 Mittelvinschgau	5	1	9	18.707	5.606	30%	2.749	470 (davon 5 DM 1)	303 (davon 263 OCBP)	2.170 (davon 263 mit Herzinsuffizienz und 1.799 mit Bluthochdruck)	55
Kastelbell, Latsch, Laas, Martell, Schlanders											
10 Naturns	4	1	6	11.903	3.584	30%	1.711	327 (davon 5 DM 1)	167 (davon 155 OCBP)	1.359 (davon 127 mit Herzinsuffizienz und 1.161 mit Bluthochdruck)	32
Naturns, Partschins, Plaus, Schnals											
11 Lana	10	1	14	25.512	8.009	31%	3.860	704 (davon 6 DM 1)	512 (davon 488 OCBP)	3.145 (davon 273 mit Herzinsuffizienz und 2.650 mit Bluthochdruck)	62
Lana, Tschems, Gargazon, Burgstall,											
Unsere Liebe Frau - St. Felix, Tisens,											
Ulten, Laurein, Proveis, St. Pankraz											
12 Meran	9	2	32	57.643	19.512	34%	10.103	2.137 (davon 20 DM 1)	1.329 (davon 1.210 OCBP)	7.891 (davon 644 mit Herzinsuffizienz und 6.610 mit Bluthochdruck)	148
Hafling, Kiens, Algund, Meran, Marling,											
Riffian, Schenna, Tirol, Vöran											
13 Passeier	3	1	4	8.896	2.659	30%	1.241	230 (davon <3 DM 1)	177 (davon 157 OCBP)	1.055 (davon 122 mit Herzinsuffizienz und 922 mit Bluthochdruck)	21
Mooos, St. Leonhard, St. Martin											
GESUNDHEITSSPRENGEL Meran	38	7	72	138.859	44.144	32%	21.927	4.223 (davon 43 DM 1)	2.790 (davon 2.548 OCBP)	17.438 (davon 1.648 mit Herzinsuffizienz und 14.651 mit Bluthochdruck)	365

Zeitraum der Datenaktualisierung:

* ISTAT-Update Dezember 2022

** Update zum Kartierungsprojekt Oktober 2023

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

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

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

MAYR MICHAEL
SCHROTT LAURA
MELANI CARLA

20/08/2024 16:43:05
20/08/2024 16:41:40
20/08/2024 16:07:50

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

Der Direktor des Amtes für Ausgaben	21/08/2024 16:46:42 TACCHINARDI MARTA	Il Direttore dell'Ufficio spese
Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht		Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria
Der Direktor des Amtes für Einnahmen		Il Direttore dell'Ufficio entrate

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

Abschrift ausgestellt für Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

27/08/2024

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

27/08/2024

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 44 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 44 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

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

Ausstellungsdatum

27/08/2024

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