

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

Nr. 67
Sitzung vom 28/01/2025
Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

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

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Leitlinien für die Hausbetreuung und die
Einheit für die multidimensionale Bewertung

Oggetto:

Linee Guida dell'assistenza domiciliare e
dell'Unità di valutazione multidimensionale

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Das Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12.01.2017 legt die aktualisierten vom gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst gewährleisteten wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) fest. Der Artikel 22 genannten Dekrets definiert die *"Hausbetreuung"* als jene Versorgungstätigkeiten im häuslichen Umfeld, die aus einer organisierten Reihe von medizinischen, rehabilitativen und krankenzpflgerischen Behandlungen bestehen und die erforderlich sind, um das Krankheitsbild zu stabilisieren, den Funktionsverlust zu begrenzen und die Lebensqualität der Patientin oder des Patienten zu verbessern.

Der nationale Plan für die Chronizität (genehmigt durch die Vereinbarung zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen vom 15. September 2016) sieht vor, dass *"die Hausbetreuung in verschiedenen Rollen Fachkräfte mit unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen und Hintergründen einbeziehen muss; in erster Linie die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, die die Verantwortung für die klinische Leitung bei der Übernahme des Patienten oder der Patientin tragen, und die Koordination der erbrachten Leistungen der Akteure des Dienstes für Integrierte Hausbetreuung (ADI) und des spezialisierten Fachpersonals gewährleisten und die Pflegekontinuität bei der Erbringung der Behandlungen sicherstellen"*.

Das gesetzvertretende Dekret, Nr. 502/1992, in geltender Fassung (*"Neuordnung der Gesundheitswesen"*), sieht im Art. 3-*quinques* vor, dass die Regionen und die Autonomen Provinzen den „Sprengel“ (in der Autonomen Provinz Bozen lese man „Gesundheitsbezirk“) so organisieren, dass die Tätigkeit oder die Dienste der integrierten Hausbetreuung gewährleistet sind. Der Gesundheitsbezirk stellt, auch aufgrund seiner gebietsmäßigen Ausdehnung, den optimalen Ort für die Durchführung von Tätigkeiten, die mit dem sozialen Bereich verbunden sind, dar.

Mit Beschluss der Landesregierung (in Folge „BLR“) vom 11. Juni 2012, Nr. 880 wurden die Leitlinien für das Informatische System für die Überwachung der Hausbetreuung (SIAD) genehmigt. Dieser Datenfluss wurde in Umsetzung des Ministerialdekrets vom 17. Dezember 2008 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik, allgemeine Reihe, Nr. 6, vom 9. Januar 2009) eingerichtet.

La Giunta Provinciale

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12.01.2017 definisce ed aggiorna i livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. All'articolo 22 del DPCM si definiscono *"cure domiciliari"* quei percorsi assistenziali a domicilio, costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della o del paziente.

Il Piano Nazionale delle Cronicità (approvato con Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016) prevede che *"le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento"*.

Il decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. (*"Riordino della disciplina in materia sanitaria"*), all'art. 3-*quinquies* prevede che le Regioni e Province Autonome organizzino il "Distretto" (leggasi "Comprensorio sanitario" in Provincia Autonoma di Bolzano) in modo da garantire l'attività o servizi di assistenza domiciliare integrata.

Il Comprensorio sanitario rappresenta anche, per la sua dimensione territoriale, il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con comparto sociale.

Con delibera della Giunta provinciale (in seguito "DGP") dell'11 giugno 2012, n. 880 sono state approvate le Linee Guida provinciali per il Sistema informativo dedicato al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), flusso informativo istituito in attuazione del DM del 17 dicembre 2008 (pubblicato in G.U., serie generale, n. 6 del 9 gennaio 2009).

Der Landesgesundheitsplan 2016-2020, vorgesehen in Artikel 30 des Landesgesetzes, Nr. 7/2001 „*Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes*“ und genehmigt mit BLR, Nr. 1331 vom 29. November 2016, als wichtiges strategisches Planungsinstrument, strebte bereits in der wohnortnahen und soziosanitären Betreuung eine bessere Koordination zwischen der Hauskrankenpflege und der einfachen Hauspflege („SAD“ Hauspflegedienst, der von den Sozialdiensten angeboten wird) an. Darüber hinaus wurde im Allgemeinen das gewohnte häusliche setting als die beste Wahl angesehen, um den Seniorinnen und Senioren die größtmögliche Autonomie zu gewährleisten.

Der BLR Nr. 1122 vom 10. Dezember 2024 „*Leitlinien für den Hauspflegedienst*“ hat die Kriterien für den SAD- Hauspflegedienst aktualisiert.

Der BLR vom 4. Dezember 2018, Nr. 1281 (*“Chronic Care Masterplan 2018-2020”*) genehmigt den Plan zur Stärkung und Harmonisierung der Betreuung für Menschen mit chronischen Erkrankungen in Südtirol. Der Plan beschreibt die Grundsätze für die Implementierung eines Netzwerkes integrierter Dienste (Zuhause-Territorium-Krankenhaus), das von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und deren Familien ausgeht.

Mit dem staatlichen Plan für den Aufschwung und die Resilienz (in der Folge „PNRR“ genannt), der von der Europäischen Kommission genehmigt wurde und innerhalb 2026 umzusetzen ist, wird das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Territorium neu definiert. Dabei werden einige strukturelle Maßnahmen (Gemeinschaftshäuser und -krankenhäuser sowie wohnortnahe Einsatzzentralen) festgelegt und die Stärkung der Hausbetreuung vorgesehen.

Zusätzlich zu den umfangreichen Finanzierungslinien hat der PNRR die Genehmigung der Reform der wohnortnahen Betreuung im Rahmen der Mission 6 – Komponente 1 vorgesehen.

Diese Reform, die nun im MD Nr. 77/2022 (*„Verordnung zur Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst“*) enthalten ist, definiert die neuen Anforderungen und Standards der wohnortnahen Gesundheitsbetreuung.

Auf der Grundlage dieser neuen staatlichen Vorgaben muss auch die Hausbetreuung auf Landesebene ihre Umsetzung finden.

Il Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 previsto all'articolo 30 della legge provinciale n. 7/2001 (*“Riordino del servizio sanitario provinciale”*) ed approvato con DGP n. 1331 del 29 novembre 2016, quale principale strumento di pianificazione strategica, auspicava già nell'assistenza territoriale e sociosanitaria un miglior coordinamento tra l'assistenza infermieristica a domicilio e quella domiciliare semplice („SAD“ - servizio di assistenza domiciliare offerto dai Servizi sociali), oltre, in generale, a considerare il contesto domiciliare abituale la scelta migliore per assicurare la massima autonomia possibile alle persone anziane.

La DGP n. 1122 del 10 dicembre 2024 *“Linee guida per il servizio di assistenza domiciliare”* ha aggiornato i criteri in materia di SAD.

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

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

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

Tale riforma, ora contenuta nel DM n. 77/2022 (*“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*), definisce i nuovi requisiti e standard dell'assistenza sanitaria territoriale. È sulla base di queste nuove indicazioni nazionali che anche le cure domiciliari a livello provinciale dovranno trovare la loro dimensione attuativa.

Gemäß der Definition im obengenannten MD Nr. 77/2022 ist die Hausbetreuung ein Dienst, der naturgemäß im Gesundheitssprengel angesiedelt sein soll, (man lese Gesundheitsbezirk in Südtirol). Die Hausbetreuung zielt darauf ab, zu Hause Interventionen durchzuführen, die durch ein unterschiedliches Maß an Pflegeintensität und -komplexität im Rahmen spezifischer Betreuungspfade und eines integrierten Betreuungsprojekts (PAI) gekennzeichnet sind.

Der Standard, der gemäß MD Nr. 77/2022 bis Mitte 2026 erreicht werden soll, sieht vor, dass auch in Südtirol mindestens 10% der über 65-Jährigen, insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit, zu Hause gepflegt werden. Das Dokument nennt unter anderem:

- die Unterschiede zur häuslichen Palliativversorgung,
- die Anwendung der multidimensionalen Bewertung und des integrierten Betreuungsprojekts (PAI),
- die Rolle der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl als klinische Verantwortliche der Patientin oder des Patienten,
- die Vorgabe eines neuen aggregierten Indikators nach Klassen der Pflegeintensität (CIA), der in den SIAD-Datenfluss integriert werden soll,
- die Integration mit den Tätigkeiten, die in die Zuständigkeit der Sozialsprengel (ATS) liegen.

Auch im letzten gesamtstaatlichen Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Allgemeinmedizinern vom 4. April 2024 (betreffend den Zeitraum 2019-2021) und in jenem für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl vom 25. Juli 2024 (betreffend den Zeitraum 2019-2021) sind die Arten der Aktivierung und die Verfahren sowohl für die programmierte häusliche Pflege als auch für die integrierte Hausbetreuung (ADI) ausdrücklich vorgesehen.

Mit Dekret des Landeshauptmanns der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol, Nr. 9682/2022 erfolgte auf Landesebene die Übernahme der *„Leitlinien des digitalen Modells für die Umsetzung der Hausbetreuung für das Erreichen des EU-Milestones M6C1-4 (PNRR)“*, wie vom Anhang 1 des Dekrets des Gesundheitsministers vom 29.04.2022 und

Secondo la definizione contenuta nel citato DM n. 77/2022, le cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale (leggi “comprensoriale” per la Provincia Autonoma di Bolzano) finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano di assistenza integrato (PAI).

Lo standard che secondo il DM n. 77/2022 va raggiunto entro la metà del 2026, prevede che anche nella Provincia Autonoma di Bolzano si provveda a curare a domicilio almeno il 10% degli over 65, soprattutto persone con patologie croniche o fragili.

Nel documento si cita, tra l'altro:

- la distinzione con le cure palliative domiciliari;
- l'uso della valutazione multidimensionale e del progetto di assistenza integrato (PAI);
- il ruolo dei MMG/PLS quali responsabili clinici del paziente;
- la previsione di un nuovo indicatore aggregato per classi di intensità di assistenza (CIA) da integrare all'interno del flusso SIAD,
- l'integrazione con gli interventi di competenza degli ambiti territoriali sociali (ATS).

Anche nell'ultimo Accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale di data 4 aprile 2024 (relativo al triennio 2019-2021) e in quello per i pediatri di libera scelta di data 25 luglio 2024 (relativo al triennio 2019-2021), sono previste espressamente le modalità di attivazione e le procedure sia per l'assistenza domiciliare programmata che per l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Con decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano n. 9682/2022 è avvenuto il *“Recepimento a livello provinciale delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, ai fini del raggiungimento della milestone UE M6C1-4 (PNRR)“*, come da allegato 1 al decreto del Ministro della Salute del

den in diesen enthaltenen Leitlinien (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik, allgemeine Serie Nr. 120 vom 24. Mai 2022) vorgesehen.

Diese Leitlinien, die der Telemedizin eine zentrale Rolle einräumen, werden auch ein unverzichtbarer Bezugspunkt für die Organisation der Hausbetreuung auf Landesebene sein.

Mit Beschluss vom 06.12.2022, Nr. 907, hat die Landesregierung die landesweite Umsetzung des MD Nr. 77/2022 genehmigt, und dabei auch die auch die strukturellen, technologischen und organisatorischen Kriterien der neuen PNNR-Einrichtungen festgelegt.

Unter anderem wurde auch die Vereinbarung zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen über die Akkreditierung der Hauspflege (Rep. Atti Nr. 151/CSR vom 4. August 2021) übernommen. Die oben angeführten Übernahmen erfolgten im Einklang mit dem Autonomiestatut und den territorialen Besonderheiten des Landes (Artikel 3 des MD Nr. 77/2022).

Mit Dekret des Direktors des Ressorts Gesundheitsvorsorge und Gesundheit, Nr. 11030 vom 16.06.2023 wurde das Landessystem der Autorisierung und Akkreditierung öffentlicher und privater Organisationen gemäß der obengenannten Vereinbarung angepasst.

Das obengenannte MD Nr. 77/2022 verweist auch auf die Weiterentwicklung des SIAD-Datenflusses zur Erfassung weiterer Informationen über die im häuslichen Bereich erbrachte Betreuung, einschließlich der verschiedenen Betreuungsstufen.

Der SIAD-Datenfluss dient dabei als informatische Grundlage für die Überwachung der Ziele der Hausbetreuung, damit die im PNRR vorgesehenen Mittel ausgezahlt werden können.

Mit Rundschreiben (Prot. 0029434_BZ REG01 vom 16.02.2023) hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb allen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen und Kinderärztinnen und -ärzten freier Wahl die neue Umsetzung des Informationsflusses mitgeteilt, die auch die Erhebung der Hausbetreuung von Palliativpatientinnen und -patienten als UCP-DOM beinhaltet.

Das einheitliche Verfahren für die Formen der Hausbetreuung ist zusammen mit den entsprechenden Anhängen im genannten Rundschreiben des Südtiroler Sanitätsbetriebs enthalten.

29.04.2022 e alle rispettive linee guida in esso contenute (G.U. – Serie generale n. 120 del 24 maggio 2022).

Queste linee guida, che affidano un ruolo centrale alla Telemedicina, saranno anch'esse un punto di riferimento imprescindibile per l'organizzazione delle cure domiciliari a livello provinciale.

Con deliberazione n. 907 del 06.12.2022 la Giunta provinciale ha provveduto al recepimento del DM n. 77/2022 su tutto il territorio provinciale, stabilendo anche i criteri strutturali, tecnologici ed organizzativi delle nuove strutture PNNR.

Nell'atto di Giunta è stata recepita, tra l'altro, anche l'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome sull'accREDITAMENTO delle cure domiciliari (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021). I recepimenti succitati sono avvenuti compatibilmente con lo Statuto speciale di Autonomia e le peculiarità territoriali provinciali (art. 3 del DM n. 77/2022).

Con decreto del Direttore del Dipartimento Prevenzione e Salute, n. 11030 del 16.06.2023 si è provveduto all'adeguamento del sistema provinciale di autorizzazione e accREDITAMENTO delle organizzazioni pubbliche e private ai sensi della citata Intesa.

Il suddetto DM n. 77/2022 richiama altresì l'evoluzione del flusso SIAD per la rilevazione di ulteriori informazioni sull'assistenza erogata in ambito domiciliare, inclusi i differenti livelli di assistenza a domicilio.

Pertanto, il flusso SIAD rappresenta l'informativa per il monitoraggio degli obiettivi dell'assistenza domiciliare, ai fini dell'erogazione delle risorse previste dal PNRR.

Con circolare aziendale (prot. 0029434_BZ REG01 del 16.02.2023) l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha provveduto a comunicare a tutti i medici di medicina generale e alle/ai pediatri di libera scelta la nuova implementazione del flusso, che include anche la rilevazione delle prese in carico domiciliari per i pazienti palliativi come UCP-DOM.

La procedura unificata per le forme di assistenza domiciliare è contenuta, assieme ai relativi allegati, all'interno della citata circolare dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Mit BLR vom 16. Mai 2023, Nr. 397 wurden dem Südtiroler Sanitätsbetriebs die Mittel für die Maßnahme M6-C1-1.2.1. „das Zuhause als erster Versorgungsort (ADI)“ des staatlichen Wiederaufbauplans (PNRR), die vom MD vom 23.01.2023 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik vom 06.03.2023, allgemeine Reihe Nr. 55) vorgesehen sind, in Höhe von insgesamt 34.850.233 Euro zugewiesen.

Mit diesen Mitteln und dem in dem oben genannten Beschluss enthaltenen Einsatzplan mit den darin enthaltenen Maßnahmen und Zeitplan, werden die Ressourcen zur Verfügung gestellt, um die Reorganisation der häuslichen Pflege umzusetzen.

Der Durchführungsbeschluss des ECOFIN-Rates vom 8. Dezember 2023, mit dem die Änderungen des PNRR genehmigt wurden, sieht zusätzliche Mittel und eine entsprechende Erhöhung des Ziels der auf Staatsebene zu erreichenden Patientinnen und Patienten vor. Das neue Ziel und die entsprechenden Mittel wurden durch ein nachfolgendes Ministerialdekret zur Aufteilung zwischen den Regionen und Autonomen Provinzen festgelegt (siehe Staat-Regionen Abkommen Rep. Atti Nr. 264/CSR vom 18. Dezember 2024).

Die Hausbetreuung ist eine von den staatlichen LEAs angebotene Dienstleistung, die die Notwendigkeit anerkennt, auf die Gesundheitsbedürfnisse fragiler Menschen zu reagieren. Dazu gehören pflegebedürftige Personen, ältere Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen und Minderjährige, die vorübergehend oder langfristig zu Hause gepflegt werden müssen, um chronische Erkrankungen zu behandeln, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern.

Die Hauptziele der Hausbetreuung bleiben daher:

- die Betreuung von Menschen mit zu Hause behandelbaren Erkrankungen, um das Risiko einer unangemessenen Einweisung in ein Krankenhaus oder in eine andere stationäre Einrichtung zu vermeiden,
- die Gewährleistung der Betreuungskontinuität für Personen, die aus Gesundheitseinrichtungen entlassen wurden und weiterhin Pflege benötigen,
- die Bereitstellung von unterstützenden Maßnahmen für die Familie,
- Förderung der Wiederherstellung der

Con DGP n. 397 del 16 maggio 2023 sono state impegnate a favore dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige le risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) previste dal DM 23.01.2023 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 06.03.2023, serie generale n. 55), pari alla somma totale di 34.850.233 €.

Grazie a queste risorse e al Piano operativo con interventi e cronoprogramma contenuti nella succitata deliberazione, sono messi a disposizione le risorse per realizzare la riorganizzazione delle cure domiciliari.

La decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 8 dicembre 2023, con la quale sono state approvate delle modifiche al PNRR, ha previsto ulteriori finanziamenti e un corrispondente aumento del target di pazienti da raggiungere a livello nazionale. Il nuovo target e le relative risorse sono stati determinati con successivo decreto ministeriale di riparto tra le regioni e province autonome (vedi Intesa Rep. atti n. 264/CSR del 18 dicembre 2024).

Come servizio offerto dai LEA nazionali, le cure domiciliari riconoscono la necessità di dare risposta ai bisogni di salute delle persone fragili, quindi degli individui non autosufficienti, anziani, disabili e minori che necessitano di cure a domicilio in modo temporaneo o protratto nel tempo, ai fini della gestione della cronicità, della prevenzione dell'aggravamento delle condizioni di salute e del miglioramento della qualità di vita.

Obiettivi primari delle cure domiciliari rimangono quindi:

- fornire assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il rischio di ricovero inappropriato in ospedale o in altra struttura residenziale;
- garantire la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- fornire attività di supporto alla famiglia;
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- promuovere il miglioramento della qualità di vita, anche nella fase terminale.

- verbleibenden Autonomie und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung der Verbesserung der Lebensqualität, auch in der Endphase.

Das Ziel der den diesem Beschluss beigefügten Leitlinien ist daher die Definition eines Klassifizierungssystems für Leistungen, das auch auf den Besonderheiten der Hausbetreuung in Südtirol beruht.

Sobald eine eindeutige Definition der verschiedenen Formen der Hausbetreuung vorliegt, besteht der nächste Schritt darin, die auf Landesebene einheitlichen Betreuungsformen zu ermitteln.

Oberstes Ziel ist es, die Integration der Sprengel-, Gesundheits- und Sozialdienste zu ermöglichen und die Grundlagen für wohnortnahe Einrichtungen und integrierte Organisationsmodelle zu schaffen.

Obiettivo delle Linee Guida allegate alla presente deliberazione è quindi la definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni, basato anche sulle peculiarità delle cure domiciliari nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Una volta fornita una definizione univoca delle diverse forme di cure domiciliari, si passa a identificare le modalità di presa in carico condivise in modo omogeneo su tutto il territorio provinciale.

Scopo ultimo è permettere l'integrazione dei servizi distrettuali, sanitari e sociali, ponendo le basi per strutture di prossimità e modelli di organizzazione trasversali.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Der Anhang "Leitlinien für die Hausbetreuung und die Einheit für die multidimensionale Bewertung" in Südtirol, wesentlicher und integrierender Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses, wird genehmigt.
2. Die Leitlinien für die Hausbetreuung werden als notwendige Vorgabe für alle Gesundheitsdienste anerkannt, um einheitlich auf Landesebene zu arbeiten. Darüber hinaus sollen sie die Grundlage für eine effektive Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, den Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl und den Sozialdiensten schaffen.
3. Der gegenständliche Beschluss bringt keine Mehrausgabe zu Lasten des Verwaltungshaushalts des Landes mit sich.
4. Gegenständlicher Beschluss wird auf der institutionellen Homepage der Landesabteilung Gesundheit veröffentlicht.

DER LANDESHAUPTMANN

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si approva l'Allegato "Linee Guida dell'assistenza domiciliare e dell'Unità di valutazione multidimensionale" nella Provincia Autonoma di Bolzano, parte integrante della presente deliberazione;
2. si riconoscono le presenti Linee Guida per le cure domiciliari come indicazione necessaria a tutti i servizi sanitari per operare omogeneamente su tutto il territorio provinciale, oltre a porre le basi per una efficace collaborazione con i medici di medicina generale, le pediatre e i pediatri di libera scelta e con i Servizi sociali;
3. si dà atto che il presente provvedimento non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio provinciale;
4. la presente deliberazione viene pubblicata sul sito web istituzionale della Ripartizione provinciale Salute.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALESEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Linee guida dell'assistenza domiciliare e dell'Unità di valutazione multidimensionale

Elenco degli acronimi

Acronimo	Definizione
ACN MMG	Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024 (triennio 2019-2021)
ACN PLS	Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta del 25 luglio 2024 (triennio 2019-2021)
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AIDO	Assistenza infermieristica domiciliare occasionale
ADP	Assistenza domiciliare prestazionale/programmata
AFT	Aggregazione funzionale territoriale
AID	Assistenza infermieristica domiciliare
ARD	Assistenza riabilitativa domiciliare
ASDAA	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
ATS	Ambiti territoriali sociali
CdC	Casa della Comunità
CIA	Coefficiente di intensità assistenziale
COT	Centrale operativa territoriale
CPP	Cure palliative pediatriche
DGP	Deliberazione della Giunta Provinciale
DPCM LEA 2017	Decreto Presidente Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
GdC	Giornate di Cura
GEA	Giornate effettive di assistenza
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
LP	Legge provinciale
MMG	Medico di medicina generale, compreso esplicitamente anche il medico di medicina generale di assistenza primaria del ruolo unico di cui agli ACN 28 aprile 2022 e 4 aprile 2024.
MP	Medico palliativista
DM	Decreto ministeriale
OSS	Operatore socio-sanitario
OSA	Operatore socio-assistenziale
PAB	Provincia Autonoma di Bolzano
PAI	Progetto assistenziale integrato
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PIC	Presa in carico
PLS	Pediatra di libera scelta
PNRR	Piano nazionale di ripresa e resilienza

PRI	Progetto riabilitativo individuale
PUA	Punto unico di accesso
SIAD	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare
SID	Servizio infermieristico domiciliare
SUAC	Sportello unico di assistenza e cura
TCP	Team cure palliative pediatriche
UCA	Unità di continuità assistenziale
UCP-DOM	Unità di cure palliative domiciliari
UVM	Unità di valutazione multidimensionale
UCP-DOM PED	Unità di cure palliative domiciliari pediatriche

Sommario

.....	1
ELENCO DEGLI ACRONIMI	2
PREMESSA	6
STATO ATTUALE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE OFFERTA DAL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE	8
OBIETTIVI.....	10
DESTINATARI DEL SERVIZIO	10
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	11
Medico (MMG, PLS, MP e altri specialisti)	11
Infermiere/infermiere di famiglia e di comunità	11
Personale riabilitativo	12
Altre figure professionali.....	12
TIPOLOGIE DI ASSISTENZA DOMICILIARE	12
MODALITÀ DI PRESA IN CARICO A LIVELLO DOMICILIARE	16
A) Assistenza domiciliare programmata (ADP)	17
B) Assistenza domiciliare respiratoria (AD-RESP)	17
C) Assistenza infermieristica domiciliare occasionale (AIDO)	18
D) Assistenza infermieristica domiciliare (AID)	18
E) Assistenza domiciliare integrata - Cure Domiciliari integrate (ADI)	19
F) Assistenza domiciliare palliativa - Unità di Cure palliative domiciliari (UCP-DOM)	19
a. Cure palliative dell'ambito adulto.....	19
b. Cure palliative pediatriche	20
G) Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD).....	21

STRUMENTI E MODELLI ORGANIZZATIVI A SUPPORTO DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE	22
1. Istituzione dell'Unità di valutazione multidimensionale	22
1.1. Introduzione.....	22
1.2. Le Unità di valutazione multidimensionale (UVM).....	22
1.3. La valutazione multidimensionale e il PAI.....	23
2. Sistema informativo per l'assistenza domiciliare	24
3. Flusso dati SIAD	25
4. Farmaci, dispositivi e presidi medici	27
5. Prestazioni ADI per persone non residenti	27
6. Telemedicina in assistenza domiciliare	27
7. Gestione amministrativa dei percorsi.....	32

Premessa

Il termine Assistenza Domiciliare (di seguito denominato *AD*), utilizzato come **sinonimo di cure domiciliari**, si riferisce all'erogazione di prestazioni, attività e servizi sanitari e socio-sanitari integrati.

L'articolo 21 del DPCM LEA 2017¹ si riferisce a percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali (ai sensi dell'Accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281).

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e socio-sanitari, la presa in carico della persona attraverso una **valutazione multidimensionale dei bisogni**, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale a cura delle Unità di valutazione multidimensionale (di seguito denominata *UVM*) che, sulla base di modalità operative condivise, elaborano **un progetto assistenziale integrato** (di seguito denominato **PAI**) che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona.

Il PAI è redatto con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. **Il coordinamento dell'attività clinica** rientra tra i compiti del medico di medicina generale (di seguito denominato *MMG*) o del pediatra di libera scelta (di seguito denominato *PLS*), fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (ad esempio, il medico referente per le cure palliative).

L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, anche per le diverse modalità di accesso alle prestazioni tra i due sistemi di finanziamento (quello sociale basato sulla DURP²/ sull'ISEE³), è molto complessa e di fatto raramente si riesce ad attuare, soprattutto in ambito domiciliare, tanto da essere prevista come obbligatoria nel recente Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA 2022-2024)⁴.

In Provincia Autonoma di Bolzano (in seguito *PAB*), i Servizi sociali operano con competenza legislativa primaria, ovvero secondo regole e modalità operative autonome; pertanto, l'integrazione non avviene secondo scale di valutazione del bisogno condivise come in altre realtà regionali. I pazienti ricevono prestazioni di assistenza di tipo sociale e sanitario svincolate, anche se presso gli Sportelli di assistenza e cura (di seguito denominati *SUAC*) sono

¹ DPCM 12 gennaio 2017 sulla "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, (pubblicato in G.U. Serie Generale n. 65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15),

² DURP: dichiarazione unica su redditi e patrimonio di un nucleo familiare secondo il modello provinciale.

³ ISEE: modello statale di dichiarazione su redditi e patrimonio.

⁴ Il PNNA, impostato in attuazione dell'intervento prefigurato dall'art. 1, commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021, delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, con la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità, previste dal PNRR. Con le Case della comunità, il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiranno, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso – PUA – alle persone in condizioni di non autosufficienza.

presenti professionalità del Sociale, dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige e delle residenze per anziani⁵.

Le UVM come descritte sopra, previste già nel Masterplan Chronic Care 2018-2020 (approvato con DGP 4 dicembre 2018, n. 1281) non sono di fatto ancora partite.

Le presenti Linee Guida operative, pertanto, si riferiscono all’organizzazione di percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall’insieme organizzato di **trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici** e altri **professionisti sanitari** necessari per stabilizzare il quadro clinico, per limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, con l’obiettivo di dare risposta ai bisogni di salute delle persone fragili in generale, quindi degli individui non autosufficienti, anziani, disabili e minori che necessitano di cure a domicilio in modo temporaneo o protratto nel tempo, ai fini della gestione della cronicità, della prevenzione di aggravamenti e del miglioramento della qualità di vita. In un secondo tempo tali percorsi assistenziali che ricomprendono essenzialmente prestazioni sanitarie mediche, infermieristiche e riabilitative si dovranno **integrare con i percorsi e le prestazioni sociali secondo modelli organizzativi e schede di valutazione condivisi**⁶.

Le UVM previste per alcune forme di assistenza domiciliare in queste Linee Guida saranno costituite da medici ed infermieri che insieme condividono percorsi assistenziali e predispongono progetti assistenziali integrati (PAI) di prestazioni sanitarie e, ove possibile, si avvalgono di assistenti sociali dei servizi sociali o dell’azienda sanitaria.

L’emanazione delle presenti Linee Guida si rende necessaria alla luce dell’approvazione a livello nazionale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito denominato *PNRR*), attuato in PAB con il Contratto istituzionale di sviluppo⁷ che prevede anche il potenziamento dei servizi domiciliari e mira ad incrementare, entro il 2026, il volume delle prestazioni domiciliari rese fino a prendere in carico il 10 per cento della popolazione nazionale di età superiore ai 65 anni, oltre 800.000 persone a livello nazionale, per un totale finanziario di 2.720 milioni di euro.

⁵ La DGP del 17 luglio 2018 n. 704 (“Sportelli unici per l’assistenza e la cura”) prevede all’Allegato A le Linee Guida che disciplinano l’organizzazione e la gestione degli sportelli unici di assistenza e cura (c.d. SUAC), ai sensi dell’art. 15/bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 e successive modifiche (“Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano”). I servizi coinvolti nell’attività degli sportelli unici (Servizi Sociali, Servizi dell’Azienda Sanitaria e strutture residenziali per anziani, inclusi i servizi privati accreditati operanti in questo ambito) sono quelli di assistenza e cura ambulante, semiresidenziale e residenziale a favore delle persone non autosufficienti e a disposizione di tutte le persone interessate. Secondo l’art. 7 dell’Allegato A, i servizi sociali e sanitari pubblici e privati, articolati su base distrettuale, sono tenuti a collaborare nell’ambito degli sportelli unici.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano sono funzionanti 20 sportelli unici di assistenza e cura (SUAC). Gli Sportelli offrono, in un unico o più punti logistici, attraverso idoneo personale sociale e sanitario qualificato, le prestazioni relative ai servizi che si trovano nel rispettivo ambito territoriale, che corrisponde di regola ad un distretto sociale e sanitario. Gli Sportelli unici sono istituiti, organizzati e gestiti attraverso la partecipazione paritetica - in termini di risorse umane o finanziarie - dei servizi coinvolti (enti gestori dei Servizi sociali, Azienda Sanitaria dell’Alto Adige, strutture residenziali per anziani accreditati).

⁶ Un tavolo di lavoro permanente tra i servizi sociali e sanitari è stato istituito recentemente per meglio integrare i servizi stessi, partendo proprio dalla domiciliarità (si veda la deliberazione della Giunta provinciale n. 486 del 13 giugno 2023 - Piano sociale provinciale 2030, al punto 3.8 si parla di “Task force cooperazione Sociale e Sanità”).

⁷ DGP n. 285 del 26 aprile 2022 e s.m.i

Sono previsti dal PNRR dei **livelli minimi annuali** di pazienti da raggiungere a partire dal 2022 che saranno oggetto di monitoraggio attraverso l'aggiornato Sistema informativo dell'assistenza domiciliare (SIAD)⁸.

Il decreto nazionale di ripartizione dei finanziamenti (D.M. 23 gennaio 2023) assegna 34.850.233 milioni di euro alla PAB per un totale di circa 10.874 pazienti da prendere in carico entro fine 2025 (si veda a tal proposito la deliberazione della Giunta provinciale n. 397 del 16 maggio 2023 che approva il **POR – Piano operativo provinciale sull'Assistenza domiciliare**, che fissa obiettivi e finanziamenti).

Già nel giugno 2022 sono state emanate le Linee Guida per l'assistenza domiciliare, oggetto della Milestone EU del PNRR, che introducono il **modello digitale** riferito alla telemedicina per l'implementazione dell'assistenza domiciliare (come da recepimento provinciale con DPP n. 9682/2022).

Altra novità fondamentale del PNRR è stata l'introduzione delle Centrali operative territoriali (di seguito denominate *COT*) con il principale compito di coordinare i percorsi assistenziali sul territorio e tra ospedale e territorio dei pazienti favorendo l'integrazione tra i diversi servizi.

Da ultimo sono stati pubblicati due importanti atti programmatici a livello provinciale.

È stato emesso il Decreto del Direttore del Dipartimento Salute n. 11030 del 16.06.2023 che ha approvato i **requisiti specifici per l'autorizzazione e l'accreditamento** delle strutture/unità di offerta pubbliche e private in ambito delle cure domiciliari, che comprende anche la previsione di requisiti di formazione e certificazione per gli operatori di assistenza domiciliare.

Infine, è stata pubblicata la DGP n. 555 del 27 giugno 2023 dal titolo **“Modello organizzativo provinciale dei Servizi di telemedicina in Alto Adige”**. Questa deliberazione prevede la definizione del servizio di telemedicina e del relativo modello, degli attori, delle strutture coinvolte, del cronoprogramma delle attività, oltre alle modalità di monitoraggio. L'obiettivo è incentivare, grazie all'uso di una piattaforma informativa provinciale da attivare entro il primo trimestre del 2024, l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura, ma con particolare attenzione ai casi dei pazienti cronici da trattare al domicilio (target PNRR da raggiungere per la PAB sono 1.800 pazienti cronici in carico entro il 2025).

Stato attuale dell'assistenza domiciliare offerta dal servizio sanitario provinciale

Il **Masterplan Chronic Care**⁹ ha introdotto nella PAB per la prima volta il concetto di armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche, descrivendo i principi per l'implementazione di una rete di servizi integrati (domicilio-territorio-ospedale), che parte dalle esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche e delle loro famiglie.

⁸ A tale scopo è stato riformato il sistema informativo dell'assistenza domiciliare SIAD, con l'introduzione di nuove forme di assistenza nell'ambito delle cure palliative (UCP-DOM).

⁹ Approvato con DGP n. 1281/2018

Esperienze pregresse hanno dimostrato ancora una carenza in merito all'integrazione socio-sanitaria.

A questi problemi di ancora debole integrazione socio-sanitaria, si sono sommate negli anni difficoltà burocratico-organizzative che hanno avuto come conseguenza la scarsa attivazione dell'assistenza domiciliare integrata da parte della medicina di base. Il PNRR aiuta ogni regione/provincia autonoma, con forti risorse finanziarie, a modificare questa diffusa carenza nell'uso delle cure domiciliari.

In qualità di Partner del progetto Network "Sistema di Valutazione delle Performance", curato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa a cui partecipano un gruppo di regioni e province italiane, la PAB ha a disposizione alcuni indicatori, che hanno messo finora in evidenza la bassa implementazione del modello domiciliare.

L'indicatore B28.1.1 considera la popolazione over 65 con almeno una presa in carico a livello di territorio (ADI, ADP o infermieristica), mentre l'indicatore B28.1.2 indica quanti di questi hanno ricevuto una valutazione utilizzando l'apposita scheda per definire un percorso socio-sanitario, e di conseguenza una presa in carico ADI.

Grafico 1: Percentuale di anziani > 65 anni con almeno un accesso per Cure domiciliari (2023).

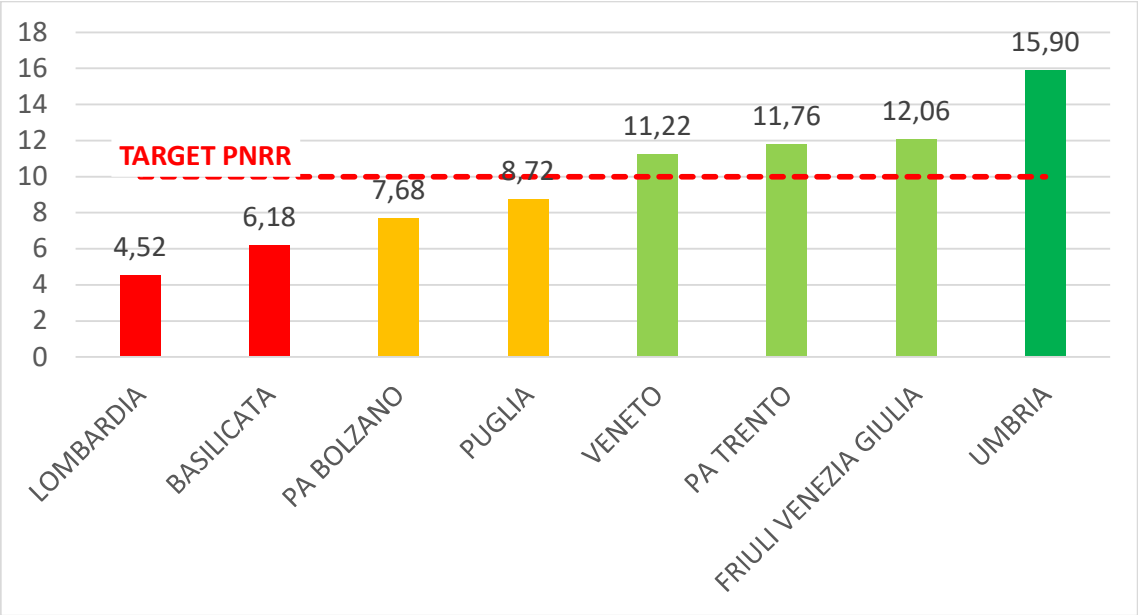
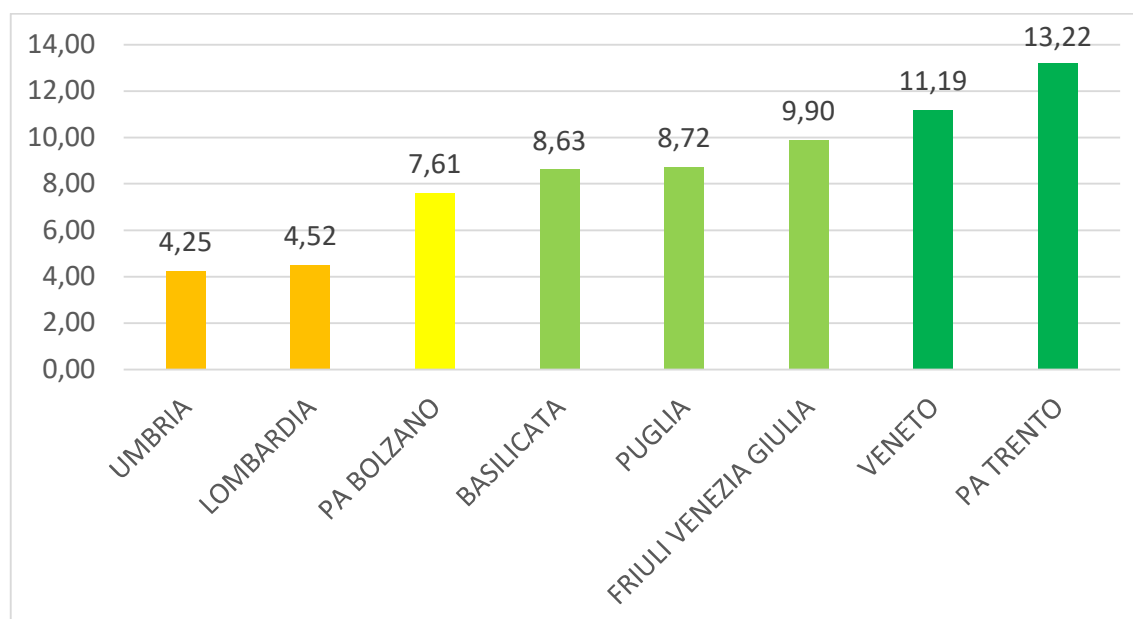


Grafico 2: Percentuale di anziani > 65 anni con valutazione per Cure Domiciliari (2023).



Obiettivi

Il fine dell'assistenza domiciliare è quello di garantire:

- assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- interventi mirati al recupero e reinserimento dell'autonomia con un conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente e della famiglia.

Destinatari del Servizio

Le categorie dei destinatari dei servizi sono:

- persone affette da patologie cronico-degenerative invalidanti,
- persone disabili in condizioni di non autosufficienza,
- pazienti che necessitano di interventi professionali a seguito dei loro bisogni ad elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:
 - cure palliative (pazienti oncologici e non);
 - malattie neurologiche degenerative/progressive (es. SLA, distrofia muscolare);
 - nutrizione artificiale enterale e parenterale;
 - supporto ventilatorio;
 - stato vegetativo e stato di minima coscienza;
 - fasi avanzate e complicate di malattie croniche.

Figure professionali coinvolte

I principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare nell'area sanitaria sono rappresentati dalle seguenti figure professionali:

Medico (MMG, PLS, MP e altri specialisti)

Le cure domiciliari prevedono un ruolo centrale del medico di medicina generale¹⁰ e del pediatra di libera scelta e del medico specialista in cure palliative (di seguito denominato *MP*), che assumono la responsabilità clinica dei processi di cura.

Infermiere/infermiere di famiglia e di comunità

L'infermiere, il cui compito fondamentale è l'assistenza ai pazienti e alle loro famiglie, rappresenta la figura di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, medici specialisti, altri professionisti) nella presa in carico del paziente, funge da facilitatore organizzativo nella definizione ed attuazione del PAI.

In base dal DM n. 77/2022 l'Infermiere di Famiglia e Comunità (di seguito denominato *IFeC*) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Pone un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità si esprime a 2 livelli:

- a livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti rivolti alla persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento, la promozione e il mantenimento della salute della persona, nonché l'identificazione dei bisogni ancora inespressi;
- livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità (volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità) e contribuisce a supportare la rete del *welfare* di comunità.

L'obiettivo è quello di accompagnare le persone nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

Lo standard previsto è di 1 IFeC ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di IFeC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'aumento dell'aspettativa di vita e l'incremento del numero delle persone affette da malattie croniche rappresentano una sfida importante per l'assistenza sanitaria. I *caregiver* familiari forniscono molte ore di assistenza oltre al lavoro e alla famiglia e hanno un rischio maggiore di ammalarsi a loro volta. Da un lato, la famiglia rappresenta una grande risorsa, dall'altro ha bisogno di sostegno per poter affrontare l'insorgere di una malattia all'interno del nucleo

¹⁰ Si ricorda che in tutto il documento, laddove si parla di medico di medicina generale, si fa riferimento anche al medico del ruolo unico di assistenza primaria.

familiare. Pertanto, il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella cura è di estrema importanza. Gli infermieri traggono vantaggio in ogni contesto di pratica clinica quando lavorano con un quadro concettuale di riferimento incentrato sulla famiglia. Una presa in carico incentrata sulla famiglia e basata su un approccio sistemico e orientato alla soluzione porta a risultati migliori in termini di gestione dei sintomi per la persona assistita e riduce i ricoveri ospedalieri non necessari. Allo stesso tempo, si riduce il carico assistenziale per i familiari, promuovendo la salute della famiglia nel suo insieme. Trasmettere delle conoscenze e delle strategie dell'assistenza centrata sulla famiglia può ampliare il modo in cui gli infermieri lavorano con le famiglie e modificare gli attuali standard di pratica verso un approccio più focalizzato sulla famiglia.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, sulla base del Piano Sanitario Provinciale 2016-2020, ha deciso di intraprendere un percorso per implementare l'assistenza centrata sulla famiglia in tutti i distretti sanitari sulla base del *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) e il *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) sviluppati da Wright & Leahey (1984). L'implementazione viene garantita dagli IFeC che lavorano nell'assistenza domiciliare. Per formare specificamente gli infermieri in questo campo, è stato progettato in collaborazione con il Polo Universitario delle professioni sanitarie Claudiana un corso di specializzazione triennale per Infermieri di Famiglia e di Comunità, basato sul Curriculum del Family Health Nurse e Family System Nurse. In considerazione del fatto che l'IFeC collabora anche all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute è stato avviato il progetto riguardo l'attivazione degli accessi domiciliari infermieristici proattivi centrati sulla famiglia per i cittadini oltre 75 anni sani che possono trarre vantaggio da educazione sanitaria o consulenza ed altri interventi infermieristici.

Personale riabilitativo

In un'ottica di un'assistenza domiciliare integrata, i professionisti della riabilitazione coinvolti sono il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e il logopedista.

Altre figure professionali

Psicologi, dietisti, OSA, OSS e Assistenti sociali che contribuiscono, ognuno per la sua parte, alla presa in carico coordinata dei pazienti.

Tipologie di assistenza domiciliare

La denominazione delle diverse tipologie di assistenza domiciliare (AD) si basa in prima linea sul DPCM LEA del 2017, integrato dal progetto di ricerca ex art. 12 del Dlgs 502/92¹¹ e dall'attuale ACN MMG, che in parte utilizzano termini diversi ed acronimi uguali che possono indurre in errore. Anche attraverso la pubblicazione del DM n. 77/2022 sulla Riforma

¹¹ “La condizione dell’anziano non autosufficiente - analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”, anno 2006 (Commissione Nazionale LEA, 18 ottobre 2006)

dell'assistenza territoriale voluta dal PNRR, vengono introdotte ulteriori specifiche e terminologie.

In linea di principio, possono essere identificati, tra le diverse tipologie di cure domiciliari, **due macro-gruppi**:

- 1) **Assistenza domiciliare di livello base**: tale livello comprende prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico e/o infermieristico, caratterizzate da un CIA «Coefficiente di intensità assistenziale»¹² inferiore a 0,14.

Il livello non richiede una valutazione multidimensionale e comprende prestazioni occasionali o a ciclo programmato (c.d. assistenza domiciliare programmata, di seguito denominata *ADP*). Le ADP svolte dai medici di medicina generale/pediatri di libera scelta sono ricomprese nell'Allegato 8 dei rispettivi ACN vigenti.

La definizione dell'elenco delle prestazioni nell'ambito dell'assistenza domiciliare si basa attualmente su quanto stabilito dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza che stabilisce le prestazioni minime garantite che devono essere eseguite anche a domicilio del paziente nell'ambito dell'assistenza domiciliare (DPCM LEA 2017). All'**allegato 3** del documento ministeriale "*Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*" si trova la lista delle prestazioni del **MMG/ Medico Specialista** (es. geriatria - medicina interna).

Le prestazioni occasionali (AIDO) o a ciclo programmato infermieristiche (AID) sono comprese in un catalogo specifico¹³.

- 2) **Assistenza domiciliare integrata** (di seguito denominata **ADI**): prestazioni sanitarie a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA superiore a 0,14 e in relazione alla criticità e complessità del caso. Quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. L'ADI richiede la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un PAI «Progetto assistenziale integrato» ovvero di interventi riabilitativi definiti in base ai bisogni della persona, e si attiva con le modalità successivamente definite.

Il MMG o la/il PLS assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

¹² Il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita. Il CIA si valuta a fine percorso assistenziale.

¹³ Nomenclatore infermieristico contenuto attualmente nella DGP n. 4830 del 15.12.2008, come integrata dalla DGP n. 205 del 11.02.2013)

Secondo il DM di riparto delle risorse (DM 23 gennaio 2023)¹⁴ messe a disposizione dal PNRR per l'assistenza domiciliare fino al 2026, viene adottato **un costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a 1.977,94 euro** cui si risale semplicemente dividendo la spesa prevista per l'ultimo anno (2025: 1,6 miliardi) per l'aumento di assistiti indicato come obiettivo (pari a 807.970)¹⁵. Per indentificare i target assistenziali si sono suddivise le persone over 65 da assistere **in 5 livelli di intensità**, inoltre è stato proposto un numero di accessi a domicilio e anche una ripartizione dei costi¹⁶:

- **AD di livello base** CIA inferiore a 0,14
- **AD di I livello**, CIA compreso tra 0,14 e 0,30
- **AD di II livello**, CIA compreso tra 0,31 e 0,50
- **AD di III livello**, CIA superiore a 0,50
- **AD cure palliative (UCP-DOM)** - unità di cure palliative domiciliari), introdotte recentemente nel nuovo flusso SIAD partito a gennaio 2023¹⁷.

Sono distinte in cure palliative di livello base (coefficiente di intensità assistenziale, di seguito denominato *CIA*, inferiore a 0,50), erogate con il coordinamento del Medico di Medicina Generale (MMG) e cure palliative di livello specialistico, erogate dal Servizio Aziendale di Cure Palliative e caratterizzate da un CIA superiore a 0,50. Le UCP-DOM rientrano nella tipologia di ADI di secondo livello e di terzo livello.

Tabella: numero degli accessi e dei costi medi stimati per le diverse tipologie di assistenza entro il 2025.

Livello di Assistenza domiciliare	N. accessi mensili	Target PAB pazienti al 2025	Costo medio		Percentuali accessi	
			MMG	Altri operatori	MMG	Altri operatori
AD di base	1	6524	18,00 €	18,00 €	n.d.	n.d.
AD di primo livello	3	2175	18,90 €	37,50 €	16%	84%
AD di secondo livello	7	1087	18,90 €	56,25 €	13%	87%
AD di terzo livello	12	435	18,90 €	75,00 €	11%	89%
UCP-DOM	15	652	18,90 €	75,00 €	10%	90%

Fonte: "Technical annex IMPLEMENTATION, MONITORING, CONTROL AND AUDIT OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN (NRRP)"

¹⁴ Nel caso dell'assistenza domiciliare (sub-investimento 1.2.1), il PNRR non è volto a finanziare spese in conto capitale, bensì quelle correnti per coprire gli oneri della presa in carico di nuovi assistiti in misura via via crescente. Si tratta essenzialmente di costi di personale dipendente e/o convenzionato, collaborazioni oppure acquisto di servizi mediante convenzioni, anche in relazione ai diversi modelli regionali di gestione dell'assistenza domiciliare.

¹⁵ Le stime di costo proposte si basano sulle esperienze delle regioni Veneto, Emilia-Romagna e Toscana e sono state esplicitate nel documento allegato al PNRR "Technical annex IMPLEMENTATION, MONITORING, CONTROL AND AUDIT OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN (NRRP)".

¹⁶ Il valore unitario per ogni accesso, indicato dall'allegato tecnico al PNRR e riportato nella tabella sovrastante, non esplicita le componenti di costo (salvo distinguere tra medici e altri operatori).

¹⁷ Al fine di garantire il necessario monitoraggio del raggiungimento dei Target PNRR intermedi nazionali e il Target (EU) finale del 2026 – almeno 800.000 nuovi pazienti over 65 presi in carico in assistenza domiciliare – è stato introdotto un nuovo indicatore aggregato per classi di intensità di assistenza (CIA), da integrare all'interno del flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare). Con il nuovo indicatore UCP-DOM (cure palliative domiciliari), i livelli di assistenza, quindi, sono in tutto 5. È uscita a febbraio 2023, inoltre, una Circolare aziendale (ASDAA – Prot.0029434-BZ REG01 del 16.02.2023) che istruisce tutti e 4 i Comprensori all'introduzione di questo nuovo indicatore (UCP-DOM) per l'assistenza domiciliare, per far sì che tutti gli operatori del servizio siano informati e contribuiscano in maniera omogenea su tutto il territorio provinciale all'alimentazione del flusso SIAD.

Sarà avviato uno studio analitico dei costi sostenuti dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige per l'assistenza domiciliare erogata al fine di stabilire un congruo finanziamento delle attività nel futuro al cessare delle risorse PNRR.

MODALITÀ DI PRESA IN CARICO A LIVELLO DOMICILIARE

Possono distinguersi diverse forme di assistenza domiciliare:

- A) L'assistenza domiciliare programmata (ADP);
- B) L'assistenza domiciliare respiratoria (AD-RESP);
- C) L'assistenza infermieristica domiciliare occasionale (AIDO);
- D) L'assistenza infermieristica domiciliare (AID);
- E) L'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- F) L'assistenza domiciliare palliativa - Unità di Cure palliative domiciliari (UCP-DOM), a sua volta è distinta in:
 - Cure palliative dell'ambito adulto
 - Cure palliative pediatriche
- G) L'assistenza riabilitativa domiciliare (ARD).

Segnalazione

La domanda di accesso può essere formulata da:

- paziente, *caregiver*, famiglia, amministratore di sostegno, associazionismo di cittadinanza;
- MMG/PLS o medico specialista;
- strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate;
- servizi sociali o altri servizi territoriali;
- Hospice,
- Servizio infermieristico domiciliare;

Attivazione

La richiesta per l'attivazione, unica per ADP, ADI e UCP-DOM, viene effettuata secondo le modalità definite.

Le forme di assistenza infermieristica, invece, vengono attivate in seguito ad una valutazione del personale infermieristico.

Erogazione

In base alla modalità di assistenza le cure vengono erogate attraverso una collaborazione ed integrazione dei professionisti coinvolti al percorso di cura. Un eventuale approccio interdisciplinare è visibile anche dalla documentazione clinica.

Sospensione

L'erogazione dell'AD è sospesa in caso di ricovero temporaneo in ospedale, struttura convenzionata o residenziale (Hospice).

Rivalutazione

La rivalutazione del caso può essere periodica o al variare delle condizioni cliniche/assistenziali e nei casi particolarmente complessi in cui si rende necessaria la discussione del caso con il coinvolgimento del MMG. L'esito della rivalutazione viene registrato nel software dedicato per alimentare quanto previsto dal flusso SIAD.

Conclusione

L'erogazione dell'assistenza domiciliare è conclusa al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- Trasferimento definitivo in struttura residenziale;
- Completamento del programma assistenziale e/o delle cure;
- Trasferimento in differente tipologia di assistenza domiciliare;
- Cambio residenza al di fuori della Provincia Autonoma di Bolzano;
- Volontà del paziente, dei familiari e/o dell'amministratore di sostegno;
- Decesso.

A) Assistenza domiciliare programmata (ADP)

È attivata ed erogata dai MMG/PLS responsabili del processo di cura del paziente, nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. Non richiede valutazione multidimensionale. La richiesta per l'attivazione viene compilata dal MMG/PLS e inviata al Servizio della medicina di base a livello comprensoriale, il quale verifica tramite la COT competente l'eventuale concomitante presa in carico infermieristica che implica l'attivazione di un ADI.

La valutazione per l'effettiva attivazione di una ADP spetta al medico designato presso il Servizio di Medicina di Base di ciascun Comprensorio sanitario.

B) Assistenza domiciliare respiratoria (AD-RESP)

L'assistenza domiciliare respiratoria (AD-RESP) è un servizio, garantito senza limitazioni di età o reddito, rivolto a persone in situazioni di fragilità. Nello specifico, vengono presi in carico in AD-RESP i pazienti quando entrano in OLT (ossigenoterapia a lungo termine) e/o ventiloterapia domiciliare. Queste ultime trovano indicazione principalmente nei pazienti affetti da:

- Insufficienza respiratoria,
- Insufficienza ventilatoria.

L'AD-RESP prevede:

- Somministrazione/fornitura di ossigenoterapia a lungo termine (OLT) e/o ventiloterapia (invasiva e non);
- Assistenza ambulatoriale e domiciliare da parte di infermieri, assistenti sanitari/e specializzati in ambito pneumologico e medici pneumologi.

Il Servizio Pneumologico Aziendale, deputato a livello provinciale ad assistere questa tipologia di pazienti, fornisce direttamente e/o tramite gli specifici HCP (*Health Care Provider*), le apparecchiature ed il materiale sanitario necessari, ovvero le varie fonti di ossigeno

(concentratori e ossigeno liquido) ed i ventilatori, utilizzati poi dall'assistito presso il proprio domicilio. Nello specifico, il personale tecnico-assistenziale garantisce assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, in stretta collaborazione con il personale medico pneumologico del Servizio, il quale garantisce a sua volta visite mediche pneumologiche ambulatoriali (ed in selezionatissimi casi domiciliari), secondo specifiche tempistiche.

L'obiettivo è quello di garantire ai pazienti affetti da patologie croniche respiratorie programmi di assistenza che permettano la continuità di cura dall'ospedale al domicilio e riducano la frequenza di ricoveri ospedalieri dovuti a riacutizzazioni.

Le figure coinvolte sono:

Il medico pneumologo è responsabile della diagnosi, della prescrizione e della supervisione della specifica terapia respiratoria.

L'infermiere e assistente sanitaria/o svolgono un ruolo chiave nell'AD-RESP. In modo particolare per quanto riguarda:

- Attivazione e somministrazione ossigenoterapia e ventilo-terapia e relativo adattamento ai vari ventilatori presso-metrici e presso – volumetrici.
- Monitoraggio del paziente in ambulatorio ed al domicilio: controllo dei parametri vitali, verifica l'efficacia del trattamento, dell'aderenza terapeutica/compliance e gestione di eventuali complicanze.
- Educazione del paziente e dei caregiver al corretto utilizzo delle apparecchiature ed alla gestione della terapia a domicilio.

Il tecnico sanitario specializzato: secondo quanto previsto da specifici contratti, il personale tecnico-sanitario dei vari *health care provider* incaricati effettua la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature a noleggio, garantisce sopralluoghi al domicilio del paziente, l'approvvigionamento del consumabile e supporta il personale sanitario durante l'adattamento. Garantisce inoltre l'approvvigionamento delle bombole di ossigeno gassoso di emergenza e dei contenitori di ossigeno liquido e relativi portatili, garantendo la corretta applicazione delle specifiche norme di sicurezza.

C) Assistenza infermieristica domiciliare occasionale (AIDO)

Definizione: esecuzione occasionale di una prestazione infermieristica semplice, quale per esempio un prelievo di sangue programmato, che non richiede una presa in carico della persona. La valutazione viene effettuata al primo accesso domiciliare e non richiede ulteriori interventi oltre la prestazione richiesta.

D) Assistenza infermieristica domiciliare (AID)

Definizione: assistenza infermieristica in risposta a bisogni sanitari di tipo assistenziale con la pianificazione degli interventi infermieristici non necessariamente in presenza di una valutazione multidimensionale/multidisciplinare. La presa in carico del paziente e della sua famiglia è caratterizzata da interventi sanitari in risposta ad un bisogno di tipo assistenziale di

bassa complessità ed è limitata al periodo di cura. Tra gli obiettivi vi è quello di fornire un supporto al paziente/famiglia/caregiver e garantire una continuità assistenziale nell'ambito delle dimissioni protette. La COT competente verifica l'eventuale concomitante presa in carico da parte del MMG (con ADP).

La prima valutazione viene fatta al momento della segnalazione del caso e può essere approfondita prima dell'accesso domiciliare anche in ambito ospedaliero. Nell'ambito dei primi accessi a domicilio, insieme al *caregiver* e/o ai familiari, viene effettuata un'ulteriore valutazione dei bisogni assistenziali, definendo gli obiettivi in rispetto alle risorse, e pianificando gli interventi.

E) Assistenza domiciliare integrata - Cure Domiciliari integrate (ADI)

L'ADI è un **servizio di cure a domicilio**, rivolto a persone non autosufficienti e in situazioni di fragilità (Art. 22, DPCM 2017), senza limitazioni di età o di reddito.

In attesa dell'istituzione delle unità di valutazione multidimensionale, la richiesta di attivazione di ADI viene inviata dal MMG/PLS, previa condivisione con il SID, al Servizio di medicina di base. La richiesta viene autorizzata dal medico del servizio di medicina di base che successivamente la inoltra alla COT di competenza, al fine di garantire il coordinamento con il servizio infermieristico.

Vengono presi in carico pazienti che sulla base della complessità clinica presentano caratteristiche di un elevato fabbisogno assistenziale. La frequenza degli accessi domiciliari dei professionisti coinvolti **verrà stabilita in base al progetto assistenziale integrato (PAI) condiviso tra medico, infermiere ed altri professionisti coinvolti (es. dietista, terapisti della riabilitazione)**. Le cure del paziente vengono erogate in base a quanto stabilito nel PAI, anche attraverso degli accessi congiunti.

La documentazione avviene utilizzando i nomenclatori di prestazioni provinciali.

F) Assistenza domiciliare palliativa - Unità di Cure palliative domiciliari (UCP-DOM)

a. Cure palliative dell'ambito adulto

Le Cure Palliative domiciliari sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. La persona che ha diritto ad accedere alle cure palliative è quella affetta da una malattia inguaribile non più suscettibile di trattamenti che ne possano modificare la progressione e con una sopravvivenza stimabile non superiore a 12 mesi. Tuttavia, in molte patologie, soprattutto non oncologiche, l'orizzonte temporale di intervento delle cure palliative può essere esteso fino a 12-24 mesi prima della morte.

Tutti i professionisti sanitari devono essere in grado di riconoscere e segnalare i bisogni di cure palliative, **ma è il medico di medicina generale (MMG) che deve farsi carico prioritariamente del processo di identificazione precoce**. La richiesta di attivazione di UCP-DOM può essere fatta dal medico di medicina generale (MMG) o dal medico del Servizio Aziendale di Cure Palliative.

L'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti palliativi è caratterizzata da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal **Progetto assistenziale integrato (PAI)** ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. A seconda della complessità assistenziale si distinguono le cure palliative di base e le cure palliative specialistiche. Il percorso del paziente palliativo in assistenza domiciliare è definito in tutte le sue fasi nel documento aziendale "La Rete delle cure palliative per l'adulto"¹⁸.

Il Servizio di Cure Palliative potrà essere integrato con prestazioni di **telemedicina** da remoto (televisita, telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto), al fine di poter ottimizzare i tempi di accesso alle cure, ridurre il divario sociale legato al luogo di residenza.

b. Cure palliative pediatriche

Le cure palliative pediatriche (CPP), secondo la definizione dell'OMS, consistono nell'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino affetto da patologia inguaribile, a prognosi infausta e comprendono il supporto attivo alla famiglia. La filosofia delle CPP afferma la qualità di vita, provvedendo al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi, favorendo il ritorno a casa del bambino ed il reinserimento nella sua famiglia e nella sua socialità. Considera il morire come un evento naturale: lo scopo delle CPP non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la qualità di vita del bambino e della sua famiglia nel miglior modo possibile per tutto il tempo necessario.

Le CPP sono uniche e specifiche, richiedono competenza, organizzazione e risorse diverse da quelle degli adulti: devono infatti modularsi alle peculiarità biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali di ogni fase dell'età evolutiva (feto, neonato, bambino, adolescente) e devono rispondere ad una tipologia e quantità di bisogni del tutto peculiari, che condizionano scelte ed azioni dedicate e specifiche.

Le CPP rappresentano il modello di cura più adeguato a rispondere ai complessi e molteplici fabbisogni di una emergente tipologia di patologie pediatriche, cioè quelle caratterizzate da inguaribilità ed elevata complessità, la cui prevalenza è in continuo aumento negli ultimi decenni. Le CPP non sono solo le cure della terminalità, ma prevedono l'assistenza precoce all'inguaribilità: iniziano al momento della diagnosi, non precludono la terapia curativa concomitante e continuano durante tutta la storia di malattia prendendosi carico delle molteplici problematiche, non solo clinico-assistenziali, ma anche psicologiche, sociali, spirituali, etiche ed organizzative, che la complessità della situazione comporta. In quest'ottica le CPP devono essere erogate da un'équipe competente multidisciplinare e multispecialistica, in grado di dare risposte in tutti gli ambiti ed in tutti i setting del sistema salute (ospedale, territorio, domicilio).

¹⁸ Vedasi: Procedura aziendale Nr. ID-2552/2022 del 09.05.2022 dal titolo "La Rete delle Cure Palliative per l'adulto" sono state stabilite le modalità organizzative della rete di cure palliative nell'ambito adulto a livello provinciale.

In ambito pediatrico le cure palliative domiciliari (UCP-DOM) assumono importanza rilevante, perché il domicilio rappresenta nella stragrande maggioranza dei casi il luogo ideale e prescelto dai bambini e dalle famiglie per la cura e l'assistenza.

Per garantire l'appropriatezza delle cure e la continuità assistenziale è necessario prevedere la realizzazione di un Progetto assistenziale integrato (PAI) definito sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente/famiglia.

La richiesta di attivazione di UCP-DOM può essere fatta dal MMG/PLS o dal medico del Centro di riferimento provinciale per le cure palliative pediatriche e terapia del dolore.

A seconda della complessità assistenziale si distinguono le cure palliative pediatriche di base e le cure palliative pediatriche specialistiche. Il percorso del paziente pediatrico palliativo in assistenza domiciliare è definito in tutte le sue fasi nel documento aziendale "La rete di terapia del dolore e cure palliative per l'ambito pediatrico"¹⁹.

G) Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

L'intervento riabilitativo al domicilio del paziente è un'attività atta a promuovere l'*empowerment* della persona e del *caregiver* e la loro partecipazione alle *activity of daily living* (ADL). L'obiettivo dell'intervento riabilitativo è volto ad integrare il percorso ADI e/o UCP-DOM (Unità di Cure Palliative Domiciliari).

L'intervento riabilitativo domiciliare prevede una **valutazione specifico-professionale al domicilio per l'eventuale inserimento di un percorso riabilitativo nell'ambito di un ADI**. La valutazione specifico professionale riabilitativa (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) può essere richiesto dagli infermieri che operano in assistenza domiciliare, per pazienti non in carico ai servizi riabilitativi (ospedalieri e/o extraospedalieri), per i quali è stato identificato un "ipotetico fabbisogno riabilitativo".

L'intervento riabilitativo comprende quindi la **Consulenza** in merito ad una **valutazione del bisogno** del paziente in termini di:

- abbattimento di barriere architettoniche e all'adattamento dell'ambiente alle esigenze specifiche del paziente;
- necessità all'addestramento di ausili o presidi;
- necessità di una supervisione per le attività specifiche per profilo professionale (deglutire, fare le scale, ecc...);
- possibile riorganizzazione degli spazi al fine di prevenire limitazioni e migliorare l'autonomia del paziente.

Per questo sono previsti, a seconda delle necessità del paziente, da uno a tre accessi.

Nel caso in cui il terapeuta in seguito alla valutazione professionale abbia rilevato un fabbisogno di **intervento specifico** e in situazioni di svantaggiosa trasportabilità, è previsto un percorso della o del paziente in assistenza riabilitativa domiciliare, definito in tutte le sue fasi in un documento aziendale.

¹⁹ Vedasi: Procedura aziendale Nr. ID-1983/2024 del 30.01.2024 dal titolo "La Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative per l'ambito pediatrico" sono state stabilite le modalità organizzative della rete pediatrica a livello provinciale.

Strumenti e Modelli organizzativi a supporto dell'integrazione multiprofessionale

1. Istituzione dell'Unità di valutazione multidimensionale

1.1. Introduzione

Con la DGP n. 1281 del 04.12.2018 è stato introdotto per la prima volta in via ufficiale nel Sistema sanitario provinciale il concetto di **valutazione multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare** in relazione alla presa in carico dei soggetti fragili e cronici sul territorio. Questa deliberazione ha previsto più in generale tutta una serie di interventi, anticipando di qualche anno gli strumenti messi a disposizione dal DM n. 77/2022 che in maniera più omogenea e condivisa a livello nazionale ha riformato l'assistenza sanitaria territoriale.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente cronico e fragile è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, mentre per il paziente in cure palliative specialistiche il referente clinico è il medico palliativista (DM 77/2022).

1.2. Le Unità di valutazione multidimensionale (UVM)

La valutazione multiprofessionale permette di definire un **progetto assistenziale integrato (PAI)** capace di attivare le risorse più appropriate ed evitare la frammentazione delle risorse e degli obiettivi di intervento. È prevista per i pazienti in **ADI e UCPDOM**.

Nel momento della condivisione della tipologia di presa in carico, in caso di **ADI e UCPDOM**, viene concordato il momento dell'UVM.

Ogni UVM svolge le proprie attività in corrispondenza della COT di competenza, che svolge funzioni di monitoraggio e supporto nell'organizzazione delle UVM.

Le UVM effettuano la **valutazione multidimensionale** dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale in modo uniforme con le modalità, le procedure e gli strumenti di valutazione multidimensionale stabiliti dalle regioni anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (artt. 29 e 30 del DPCM LEA 2017). L'équipe dei professionisti che fanno capo all'Unità di valutazione multidimensionale è costituita dalle seguenti figure professionali:

- medico di medicina generale (MMG) di riferimento dell'assistito (anche attraverso Teleconsulenza medico-sanitaria); in sua assenza, lo stesso dovrà nominare un sostituto; in alternativa sarà compito del referente AFT nominare un medico all'interno della sua stessa AFT. Nei casi in cui le precedenti opzioni non siano applicabili, dovrà subentrare il referente AFT.
- infermiere di riferimento;
- assistente sociale di riferimento.

Per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze l'UVM può essere allargata ad altri professionisti.

L'UVM viene coordinata dal:

- Servizio medicina di base
- Direzione tecnico assistenziale territoriale.

Tali figure di coordinamento sono responsabili del funzionamento dell'UVM.

Fra i compiti prioritari dell'UVM c'è anche quello di individuare un Case Manager (responsabile del caso), definito sulla base del bisogno prevalente e del piano formulato.

1.3. La valutazione multidimensionale e il PAI

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata (UVM) procede alla elaborazione del progetto assistenziale integrato (PAI).

Il PAI definisce i **bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali** della persona. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali (DPCM LEA 2017).

Il PAI individua altresì **le responsabilità, i compiti e le modalità** di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione (L. n. 234/2021).

Il PAI dovrà prevedere:

- osservazione e valutazione del caso per la definizione degli obiettivi assistenziali da raggiungere;
- pianificazione e durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari in base alla classificazione del caso (livello assistenziale);
- interventi degli operatori sanitari, comprese le possibili ulteriori consulenze specialistiche;
- interventi a rilevanza sociale;
- cadenza degli accessi del medico curante al domicilio del paziente;
- momenti di verifica comune durante il periodo di erogazione delle prestazioni ed eventuale rielaborazione del PAI;

- competenze e funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- competenze e funzioni del referente familiare (caregiver);
- approvazione e sottoscrizione da parte dell'assistito e/o da un familiare e/o tutore legale.

2. Sistema informativo per l'assistenza domiciliare

Il sistema informativo per l'assistenza domiciliare ha la finalità di informatizzare il processo di assistenza domiciliare nonché quello di gestire la raccolta di dati necessari alla produzione del flusso SIAD.

Tale processo si articola nelle seguenti fasi:

1. Segnalazione e valutazione della presa in carico dell'assistita o dell'assistito.
2. Presa in carico dell'assistita o dell'assistito con classificazione dell'intensità e dettaglio assistenziale, nello specifico:
 - a. cure domiciliari: con ulteriore classificazione in ADI, AID e ADP;
 - b. UCP-DOM: con ulteriore classificazione in Cure Palliative di Base e Cure Palliative Specialistiche.

Con la presa in carico, vengono richieste obbligatoriamente le informazioni che risultano mandatorie nel flusso ministeriale (es.: inviante, dati sociodemografici, frequenza e numero di accessi del MMG/PLS, caregiver, etc.).

3. Compilazione della Scheda di Valutazione SIAD all'interno della quale vengono definiti i bisogni dell'assistito e gestione di rivalutazioni periodiche.
4. Compilazione delle informazioni relative alle diagnosi (principale e secondaria) nonché i segni e sintomi in caso di presa in carico UCP-DOM.
5. Compilazione del Progetto assistenziale integrato e identificazione dell'infermiere referente del caso e del medico palliativo in caso di UCP-DOM.
6. Programmazione degli accessi domiciliari ad opera del coordinatore infermieristico per mezzo di un'agenda che permette di avere evidenza degli accessi privi di copertura all'interno della propria unità organizzativa (sede/distretto).
7. Erogazione degli accessi da parte del personale infermieristico e palliativo.
8. Gestione amministrativa degli accessi da parte del MMG/PLS.
9. Erogazione degli accessi da parte del MMG/PLS.
10. Gestione delle sospensioni di cura.
11. Gestione della conclusione del percorso di cura.

Attualmente la segnalazione e valutazione della presa in carico dell'assistito, in relazione al solo ambito delle dimissioni protette, è gestita tramite un applicativo dedicato in uso presso i presidi ospedalieri (per la parte di segnalazione), presso le Centrali Operative Territoriali (per la valutazione) e presso i distretti (per la presa in carico). Le segnalazioni provenienti da altri ambiti vengono invece gestite in maniera cartacea.

L'intero processo dell'assistenza domiciliare in tutte le sue forme, ad eccezione delle parti di competenza degli MMG/PLS, è gestito tramite un applicativo specifico.

In particolare, gli infermieri classificano le segnalazioni arrivate identificando il setting assistenziale corretto e procedendo alla presa in carico dell'assistito. Poi si procede con la

compilazione di diverse schede che consentono da un lato di registrare i dati necessari alla produzione del flusso SIAD e dall'altro a redigere il Progetto Assistenziale Integrato. Tali schede sono oggetto di revisione periodica durante l'intero periodo di assistenza domiciliare del paziente.

All'interno dell'applicativo è anche possibile procedere sia alla programmazione degli accessi domiciliari tramite apposite agende sia alla gestione delle erogazioni dei vari accessi domiciliari da parte del personale infermieristico e palliativo, ognuno per la propria parte di competenza. Parte della documentazione clinica è comunque gestita all'interno dei distretti in maniera cartacea.

Infine, è garantita anche la gestione delle sospensioni dei periodi di cura, ad esempio in caso di ricovero in un presidio ospedaliero, e la conclusione del percorso di cura.

La gestione amministrativa degli accessi e le segnalazioni da parte degli MMG/PLS sono delegate ad altro applicativo. In questo software, un medico autorizzato ad eseguire visite domiciliari, può richiedere, compilando una scheda informatizzata, l'autorizzazione per uno specifico paziente indicando anche la diagnosi. Tale richiesta viene valutata dal personale addetto e, in caso di esito positivo, comporta l'inserimento di una segnalazione all'interno dell'applicativo. In seguito, il MMG/PLS può rendicontare, tramite una seconda scheda informatizzata, le prestazioni eseguite al domicilio del paziente.

Per quanto riguarda la parte di erogazione degli accessi da parte degli MMG/PLS, la documentazione clinica viene registrata all'interno della propria cartella.

In futuro in un'ottica di modernizzazione e razionalizzazione degli strumenti informativi che supportano il processo di assistenza domiciliare, si intende arrivare alla copertura funzionale informatizzata della fase di segnalazione a prescindere dalla sua origine riducendo il più possibile il ricorso alla modulistica cartacea. Questo potrà avvenire concentrando tale funzionalità in un unico software o utilizzando più software integrati fra di loro a seconda della struttura organizzativa che si andrà a sviluppare nei prossimi anni.

Nel tempo il processo di informatizzazione consentirà una maggiore integrazione con le piattaforme abilitanti, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico.

3. Flusso dati SIAD

Il Ministero della Salute con DM del 17 dicembre 2008 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare") ha istituito il flusso informativo denominato SIAD, finalizzato a disporre di informazioni omogenee relative ad ogni singolo utente/cittadino che fruisce di cure domiciliari erogate dalle singole Aziende Sanitarie.

Fino all'autunno del 2019 in Alto Adige si registrava l'assenza di un sistema informativo condiviso dai 20 distretti sanitari. Il processo di adeguamento durato circa due anni ha portato all'inserimento del nuovo applicativo per l'assistenza domiciliare²⁰ con il quale alimentare correttamente il Sistema Informativo Provinciale e, conseguentemente, quello nazionale SIAD. Tale flusso informativo rileva l'assistenza domiciliare, ossia un complesso integrato di

²⁰ Il Software, a disposizione di ca. 350 utenti infermieri e da ca. 100 ambulatori infermieristici, ha registrato finora gli accessi domiciliari effettuati dagli infermieri e le prestazioni infermieristiche eseguita al domicilio. È iniziata quindi a crearsi una banca dati centrale di tutti i pazienti presi in carico dai distretti sanitari che ha permesso la pianificazione degli accessi e la rendicontazione delle prestazioni effettuate. Questo strumento, arricchito debitamente, potrebbe diventare in futuro una sorta di "cartella territoriale", andando a realizzare il **Progetto di Salute individuale**.

interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio, in presenza o mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza, con presa in carico di tutti i livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, previsti dagli articoli 22, comma 3, lett. a), b), c) e d) e 23 del DPCM LEA 2017, in coerenza con il decreto del 17 dicembre 2008 e successive modificazioni, istitutivo del suddetto sistema.

Il flusso informativo SIAD è stato evoluto nel 2023 (Decreto del Ministero della Salute 7 agosto 2023), per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti e sui differenti livelli di assistenza a domicilio (Cure domiciliari e UCP-DOM – Cure palliative domiciliari), e per consentire il monitoraggio del raggiungimento dei target previsti dalla Componente 1 - Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” della Missione 6 del PNRR. Il flusso dal 2023 include oltre alle prese in carico UCP-DOM anche le «cure domiciliari di livello base», costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità medica, infermieristica e/o riabilitativa, anche ripetute nel tempo.

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione sociosanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le forme di assistenza domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e sociosanitaria che soddisfano i seguenti quattro criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un progetto di assistenza integrato (PAI);
- la responsabilità clinica in capo al MMG, PLS o al medico specialista in cure palliative, purché afferenti al distretto/ASDAA.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle cure palliative domiciliari, che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;
- ai casi di dimissione protetta, volti ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative alle “cure domiciliari prestazionali” che, non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;

Il flusso informativo SIAD, inoltre, esclude dalla rilevazione gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona.

Per permettere un monitoraggio più preciso dell'assistenza domiciliare erogata in Provincia Autonoma di Bolzano vengono rilevate alcune informazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dal flusso SIAD nazionale. Il tracciato provinciale è definito nella “Linee guida per il

Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)" scaricabile dal sito: <https://osservatorio-salute.provincia.bz.it/it/sistema-informativo-sanitario>.

4. Farmaci, dispositivi e presidi medici

L'erogazione di dispositivi medici, dei presidi e la prescrizione di farmaci a specifiche categorie di pazienti, rientrano nell'assistenza integrativa (art. 10, DPCM LEA 2017).

Un apposito tavolo tecnico a livello provinciale sta lavorando a proposte per la nuova gestione della distribuzione di farmaci e presidi che svolge un ruolo fondamentale in vista dell'aumento del volume delle prese in carico in ADI.

5. Prestazioni ADI per persone non residenti

L'AD ai pazienti non residenti in Provincia autonoma di Bolzano si basa su modulistica e criteri che saranno sottoposti ad un aggiornamento, unitamente alla predisposizione di un nuovo tariffario ai fini della compensazione interregionale.

6. Telemedicina in assistenza domiciliare

Secondo quanto previsto dal decreto del Ministero della Salute previsto dal PNRR (DM 29.04.2022, recepito con decreto del Presidente della PAB n. 9682/2022) che contiene le Linee Guida organizzative per il 'Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", l'assistenza domiciliare può essere erogata anche attraverso gli strumenti della telemedicina. La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (v. pag. 53 del DM 77).

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le prestazioni che fanno capo alla telemedicina, erogate in ambito domiciliare, devono essere programmate e progettate sulla base della necessità del singolo assistito, secondo le attività contenute nel PAI. A tal fine vanno definiti dei criteri di attivazione e di interruzione del

servizio. Per poter attivare il servizio, è indispensabile la richiesta di adesione da parte dei soggetti coinvolti. Laddove la prestazione in telemedicina non sia ritenuta idonea ed efficace, essa dovrà essere erogata in modalità tradizionale. L'intento di elevare la qualità dell'assistenza e portare la sanità sempre più vicina ai cittadini, ha nel potenziamento della medicina digitale e dei servizi di teleassistenza uno dei suoi pilastri. Analogamente ad ogni altra prestazione erogata a domicilio, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere registrati e rendicontati al fine di alimentare il flusso informativo SIAD.

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" può avvenire dal:

- **setting domiciliare**, nel quale tutti gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre l'assistito per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile all'integrazione delle cure domiciliari, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di UVM, anche avvalendosi della COT, che funge da raccordo tra più servizi e setting. I professionisti maggiormente coinvolti nei servizi di telemedicina sono i medici specialisti, gli infermieri, i tecnici e i MMG²¹.
- **setting di ricovero**, in cui il medico, in accordo con l'infermiere, segnala per la presa in carico, le proprie indicazioni e proposte al momento della dimissione protetta alla COT, la quale provvede ad attivare il servizio e ad avvisare i professionisti coinvolti, per la presa in carico condivisa.
- **da altro setting territoriale**: a seguito della valutazione multidimensionale e/o visita specialistica, i medici o i professionisti sanitari individuano la persona candidata da assistere dal servizio di telemedicina.

Tra gli strumenti di telemedicina si ricordano:

- a) **televisita**
- b) **teleconsulto medico**
- c) **teleconsulenza medico-sanitaria**
- d) **teleassistenza**
- e) **telemonitoraggio**
- f) **telecontrollo**

Ciascuna tipologia di servizio erogato a distanza va contestualizzata nel processo di presa in carico, che va dalla richiesta, all'attivazione ed infine all'erogazione del servizio.

a) Televisita

È un atto medico attraverso il quale il medico interagisce a distanza, in tempo reale con l'assistito anche con il supporto di un *caregiver* o di un operatore sanitario che può aiutarlo/assisterlo. Le prestazioni erogate in televisita mirano a garantire all'assistito la

²¹ Ministero della Salute. Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nell'anno 2018 (ultimo accesso 21 dicembre 2021).

continuità delle cure, attraverso prescrizione di farmaci, aggiustamenti di terapia, prescrizione di esami diagnostici, valutazione di esami già effettuati.

La televisita è da intendersi limitata all'attività di controllo degli assistiti, ossia alle visite successive alla prima. La prima visita deve essere erogata in presenza, come da indicazioni nazionali (Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020, documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"). Rispetto a quanto previsto dalle indicazioni nazionali, in cui la televisita è erogata da un medico specialista, vengono ricomprese in PAB anche le prestazioni erogate direttamente dai MMG/PLS o altro medico facente parte del team domiciliare. Tutti gli interventi da parte dei medici del team domiciliare (MMG/PLS, altro medico) verranno annotati e saranno disponibili nella cartella domiciliare dell'assistito. Qualora il medico non dovesse far parte del team domiciliare (medico specialista), verrà emesso un referto, che verrà inserito nella cartella domiciliare.

L'attivazione del servizio avviene tramite agende dedicate su di una specifica piattaforma che garantisce la totale sicurezza e il pieno rispetto delle norme vigenti in tema di privacy e trattamento dei dati sensibili.

Elemento indispensabile ai fini dell'effettuazione del servizio è la dotazione tecnologica di base (computer fisso o portatile, tablet o smartphone - dotato di collegamento ad Internet, webcam, microfono ed altoparlanti oppure cuffie con microfono), integrata da strumenti che consentano di consultare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.).

b) Teleconsulto medico

È un atto medico che prevede un'attività di consulenza tra medici sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico dell'assistito. Lo scopo del Teleconsulto è condividere le scelte mediche rispetto ad un assistito da parte dei professionisti coinvolti. Rappresenta anche la modalità per fornire la "*second opinion*" specialistica, dove richiesto. Il teleconsulto si può svolgere in modo asincrono, ossia senza la connessione da parte del medico richiedente, oppure si può svolgere in tempo reale, in presenza dell'assistito, in questo caso si configura come una visita multidisciplinare. L'interazione tra i vari professionisti può avvenire in modo diretto (agende interattive) oppure tramite il supporto della COT.

c) Teleconsulenza medico-sanitaria

È un'attività specifica delle professioni sanitarie, non necessariamente medica, che si svolge a distanza tra due o più professionisti. Consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, in cui il professionista sanitario, tramite videochiamata, fornisce indicazioni per la presa di decisioni e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte all'assistito. La teleconsulenza viene richiesta su indicazione dell'operatore sanitario che ne ravvisa la necessità, l'erogatore può essere il medico o un professionista sanitario. Le informazioni relative alla presa in carico domiciliare devono essere contenute nella cartella domiciliare, così come il "quesito di ingresso" che ha generato la richiesta di teleconsulenza.

d) Teleassistenza

È un atto di pertinenza della professione sanitaria (infermiere/fisioterapia/logopedia ecc.), si basa sull'interazione tra il professionista e l'assistito/*caregiver* per mezzo di una videochiamata. Obiettivo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali eseguibili a domicilio, prevalentemente programmate e ripetibili in base a specifici programmi di accompagnamento dell'assistito. Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività medico sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno dei servizi basati su sistemi di telemedicina; pertanto, la prestazione può assumere carattere di multidisciplinarietà/multiprofessionalità.

La tipologia dell'intervento in teleassistenza comprende la richiesta, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazione e/o di servizi, di valutazione, abilitazione, erogati a distanza per mezzo dell'utilizzo di servizi digitali²².

Le attività di teleassistenza si integrano con il piano di cura, stilato in accordo con la persona assistita e, ove possibile, con la famiglia, auspicandone l'inserimento all'interno di linee guida e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), con modelli di servizio socio-sanitari di prossimità innovativi, con il cittadino che assume un ruolo attivo nell'intero processo.

La teleassistenza si mostra un valido modello organizzativo per la presa in carico delle persone assistite²³.

La prestazione di teleassistenza può essere integrata ad interventi di telecontrollo.

e) Telemonitoraggio

È una modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). I dispositivi tecnologici certificati devono essere collegati ad una centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti. L'obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, con il vantaggio di permettere sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, con la possibilità di poter verificare l'aderenza alla terapia, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona²⁴.

La richiesta di telemonitoraggio può essere effettuata da un MMG o da un PLS o comunque da un medico specialista che ravveda la necessità di monitorare da remoto i parametri del paziente. La prestazione di telemonitoraggio deve essere inserita nel PAI al fine di permettere l'armonizzazione dell'intervento, degli strumenti e degli obiettivi fissati con/per il paziente e *caregiver*.

²² Ministero della Salute. Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di Teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie del 9 aprile 2021. In: p-1-csr-atto-rep-n-231- 18nov2021.pdf (statoregioni.it).

²³ Apuzzo L, Pandolfi D, Martini L. L'infermiere e la teleassistenza. Una Revisione narrativa della letteratura. Infermiere Oggi 2022; 4-14.

²⁴ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

La funzionalità di telemonitoraggio può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione dei pazienti/*caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente, mentre il Centro Servizi si occuperà dell'accesso alla piattaforma, settaggio dei valori soglia, fornire assistenza tecnica e servizio di help desk.

Il set di tecnologie a domicilio, variabile in base alla necessità clinica indicate dal medico, deve essere connesso al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Il ricorso al telemonitoraggio prevede inoltre un documento di riferimento (protocollo, percorso) che definisca la tipologia di pazienti candidabili, strumenti di telemonitoraggio disponibili e la definizione di determinati parametri oggetto del monitoraggio, nonché le azioni di intervento in relazione ai livelli rilevati e quindi il percorso per la gestione degli allarmi, ivi compresi i professionisti per la gestione degli interventi (chiamata dell'infermiere di riferimento o del medico, accesso a domicilio dell'infermiere di riferimento o del medico, televisita, attivazione del 112, ecc.). La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma può essere affidata, oltre all'equipe assistenziale anche alla COT.

f) Telecontrollo

Il telecontrollo medico è un'attività caratterizzata dal controllo a distanza del paziente, al fine di tenere sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo di dispositivi digitali o meno, anche di proprietà del paziente (p.es. una videochiamata) e con la condivisione dei dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata, che si conclude con un referto o una relazione. Il telecontrollo può essere richiesto in caso di patologie già diagnosticate, viene richiesto dal MMG/PLS, medico specialista, per un periodo di tempo definito. Esso prevede inoltre un documento di riferimento (protocollo, percorso) che definisca il profilo dei pazienti candidabili, parametri oggetto del monitoraggio, dati da riportare nella documentazione clinica, le azioni di intervento ed il percorso per la gestione degli allarmi, nonché i professionisti coinvolti nella gestione degli interventi (medico, infermiere di riferimento, ecc.). I contatti con il paziente (es. videochiamata più eventuali contatti telefonici, ecc.) devono essere eseguiti dal medico a seconda del caso e così come pianificato nel PAI.

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/*caregiver* che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale, oltre ad una centrale per la ricezione e la conservazione dei dati raccolti con il telecontrollo. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi. La funzionalità di telecontrollo può essere integrata all'interno di piattaforme per la telemedicina e con la cartella domiciliare.

L'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, è erogato dal Servizio di telemedicina, che si occupa anche di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma, così come personalizzati in sede di PAI, è affidata, a seconda della complessità del caso, all'equipe assistenziale oppure alla COT, nel caso di pazienti che transitano fra setting di cura diversi.

Le informazioni raccolte in telecontrollo – in un'ottica di coinvolgimento del paziente – devono essere messe a disposizione anche al paziente e/o al *caregiver*.

7. Gestione amministrativa dei percorsi

Le richieste di ADP e di ADI vanno presentate al Servizio di medicina di base del Comprensorio sanitario competente. La richiesta di ADI viene effettuata dal MMG/PLS della o dell'assistito, dai competenti servizi sanitari e sociali, dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni o dai familiari della o del paziente. La richiesta invece di ADP viene effettuata direttamente dal MMG/PLS della o dell'assistito.

Fermo restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'AD deve essere formulata dal MMG/PLS, **tramite la Web-APP** accessibile tramite l'URL <https://portalemedici-mm-g-pls.asdaa.it> all'Azienda, nella quale vanno inseriti tutti i dati della o dell'assistito nonché la codifica ICD9-CM, la tipologia di assistenza, il periodo di erogazione dell'assistenza e la cadenza degli accessi a domicilio.

Le richieste di ADP e di ADI vengono successivamente esaminate da parte del Servizio medicina di base del competente Comprensorio sanitario.

Qualora il Servizio medicina di base comprensoriale dovesse valutare inappropriata la richiesta del MMG, il/la PLS ne dà motivata risposta tramite la Web-APP, il MMG, il/la PLS, dovrà in tal caso riformulare e reinserire la richiesta corretta nella Web-APP.

La durata per la quale il MMG, il/la PLS richiede l'assistenza domiciliare con relativa decorrenza non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga), la periodicità e la tipologia degli accessi a domicilio del MMG, del/della PLS, per le richieste ADI e UCP-DOM gli accessi vanno concordati con le altre operatrici sanitarie e gli altri operatori sanitari coinvolti al fine di ottimizzare l'assistenza alle ed ai pazienti e garantire un percorso assistenziale condiviso.

Il MMG, il/la PLS, nell'ambito del piano di interventi ADI e UCP-DOM, **ha la responsabilità clinica e complessiva della o del paziente**, conserva in caso di UCPDOM, per i pazienti seguiti dal Servizio Aziendale di cure palliative, la scheda degli accessi fornita dall' Azienda presso il domicilio del paziente, negli altri casi custodisce la documentazione presso lo studio medico. L'AD può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal MMG, dal/dalla PLS che dall'Azienda sanitaria, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie della o del paziente.

Al MMG, alla/al PLS, oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto il compenso previsto secondo l'Accordo Collettivo Nazionale e l'Accordo Integrativo Provinciale. Gli accessi del MMG, della/del PLS devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze previste dal programma concordato. Solo in casi eccezionali e motivati il Servizio medicina di base si riserva di valutare eventuali accessi non preventivamente richiesti e autorizzati. Il trattamento

economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per altra scelta medica e al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Per la liquidazione dei compensi il MMG, la/il PLS registra tramite la Web-APP **entro 10 giorni del mese successivo** a quello di effettuazione della prestazione, i dati della o dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente effettuati sulla base di quanto concordato. Il numero degli accessi segnalati dal medico al Servizio medicina di base deve trovar riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presente presso il domicilio dell'assistito oppure presso lo studio medico. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.

Qualora il MMG, la/il PLS convenzionato venga sostituito, sarà questa o quest'ultimo a dover presentare la richiesta di ADI-ADP in forma cartacea al Servizio medicina di base. Il Servizio medicina di base provvederà a registrare la pratica a nome del medico convenzionato che ha in carico l'assistito e corrisponderà l'importo allo stesso. Sarà cura del medico convenzionato onorare l'importo alla o al suo sostituto.

La liquidazione avviene nel secondo mese successivo all'effettuazione delle prestazioni, che vengono documentate dall'Azienda. La verifica/il controllo sull'effettiva attività prestata spetta ad un ente esterno. Eventuali controversie in materia di AD sono affidate alla Commissione di Valutazione.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Leitlinien der Hausbetreuung und der multidimensionalen Bewertung

Verzeichnis der Abkürzungen

Abkürzung	Definition
GSKV ÄAM	Gesamtstaatlicher Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin vom 4. April 2024 (Dreijahreszeitraum 2019-2021)
GSKV KfW	Gesamtstaatlicher Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl vom 25. Juli 2024 (Dreijahreszeitraum 2019-2021)
IHB (ital. ADI)	Integrierte Hausbetreuung (<i>Assistenza domiciliare integrata</i>)
PHB (ital. ADP)	Programmierte Hausbetreuung (<i>Assistenza domiciliare prestazionale/programmata</i>)
HKP (ital. AID)	Hauskrankenpflege (<i>Assistenza infermieristica domiciliare</i>)
GHKP (ital. AIDO)	Gelegentliche Hauskrankenpflege (<i>Assistenza infermieristica occasionale</i>)
ARD (ital.)	Rehabilitation am Wohnort (<i>Assistenza riabilitativa domiciliare</i>)
SSB	Südtiroler Sanitätsbetrieb
GH	Gemeinschaftshaus/Gemeinschaftshäuser
CIA (ital.)	Koeffizient der Betreuungsintensität (<i>Coefficiente di intensità assistenziale</i>)
WONE	wohnnortnahe Einsatzzentrale
BLR	Beschluss der Landesregierung
DPCM WBS 2017	Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12.01.2017 „Festsetzung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Artikel 1, Absatz 7 des Gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Dezember 1992, Nr. 502“
GdC (ital.)	Betreuungstage (<i>Giornate di cura</i>)
GEA (ital.)	Tatsächliche Betreuungstage (<i>Giornate effettive di assistenza</i>)
FuGKPF (ital. IFeC)	Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger (<i>Infermiere di Famiglia e di Comunità</i>)
LG	Landesgesetz
AAM/ÄAM	Arzt/Ärztin/Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin. In diese Bezeichnung fallen explizit auch die Ärztinnen und Ärzte des einzigen Stellenplans der Grundversorgung hinein.
PM	Palliativmedizinerin/Palliativmediziner
MD	Ministerialdekret
PH (ital. OSS)	Pflegehelfer und -helferinnen (<i>Operatore socio-sanitario</i>)
SB (ital. OSA)	Sozialbetreuer und -betreuerinnen (<i>Operatore socio-assistenziale</i>)
APB	Autonome Provinz Bozen
IBP (ital. PAI)	Integriertes Betreuungsprojekt (<i>Progetto assistenziale integrato</i>)

PDTA (ital.)	Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (<i>Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale</i>)
PIC (ital.)	Übernahme [der Person] (<i>Presa in carico [della persona]</i>)
KfW	Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl
PNRR (ital.)	Staatlicher Wiederaufbauplan (<i>Piano nazionale di ripresa e resilienza</i>)
PRI (ital.)	Individuelles Rehabilitationsprojekt (<i>Progetto riabilitativo individuale</i>)
PUA (ital.)	Einzigste Zugangsstelle (<i>Punto unico di accesso</i>)
SIAD (ital.)	Informatisches System für die Hausbetreuung (<i>Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare</i>)
SUAC (ital.)	Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (<i>Sportello unico di assistenza e cura</i>)
UCA (ital.)	Einheit für die Betreuungskontinuität (<i>Unità di continuità assistenziale</i>)
UCP-DOM (ital.)	Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung (<i>Unità di cure palliative domiciliari</i>)
UVM (ital.)	Einheit für die multidimensionale Bewertung (<i>Unità di valutazione multidimensionale</i>)
UCP-DOM PED (ital.)	Einheit der wohnortnahen Kinder-Palliativbetreuung (<i>Unità di cure palliative pediatriche</i>)
VGM	Vernetzte Gruppenmedizin (<i>AFT - Associazione Funzionale Territoriale</i>)

Inhaltsverzeichnis

.....	1
VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	2
EINLEITUNG	6
AKTUELLER STAND DER HAUSBETREUUNG DURCH DEN LANDESGESUNDHEITSDIENST.....	9
ZIELSETZUNGEN.....	10
NUTZERINNEN UND NUTZER DER DIENSTE.....	11
BETEILIGTE BERUFSGRUPPEN	11
Ärzte und Ärztinnen (AAM/ÄAM, KfW, PM und andere Fachärzte/-ärztinnen)	11
Der/Die Familien- oder Gemeinschaftspfleger -pflegerin	11
Personal der Rehabilitation	13
Andere Berufsgruppen	13
VERSCHIEDENE ARTEN DER HAUSBETREUUNG.....	14
ARTEN DER ÜBERNAHME IN DER HAUSBETREUUNG	17
A) Programmierte Hausbetreuung (ADP)	18
B) Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen (AD-RESP)	18
C) Gelegentliche Familienkrankenpflege zu Hause (AIDO)	19
D) Familienkrankenpflege zu Hause (AID)	20
E) Integrierte Hausbetreuung – Integrierte Hauspflege (ADI).....	20
F) Häusliche Palliativversorgung – Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung (UCP-DOM)	21
a. Palliativversorgung von Erwachsenen.....	21
b. Pädiatrische Palliativversorgung	21
G) Rehabilitative Hausbetreuung (ARD)	23
HILFSMITTEL UND ORGANISATIONSMODELLE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER MULTIPROFESSIONELLEN INTEGRATION	24

1. Einrichtung der Einheit für die multidimensionale Bewertung.....	24
1.1. Einleitung	24
1.2. Die Einheiten für die multidimensionale Bewertung (UVM)	24
1.3. Die multidimensionale Bewertung und das integrierte Betreuungsprojekt	25
1.4. Meldung an die WONE für die Aktivierung der UVM	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2. Informatisches System für die Hausbetreuung.....	26
3. SIAD-Informationsfluss	28
4. Arzneimittel, Medizingeräte und Hilfsmittel.....	29
5. Leistungen der integrierten Hausbetreuung für nicht ansässige Personen	30
6. Telemedizin in der Hausbetreuung.....	30
7. Administrative Verwaltung der Betreuungsabläufe.....	35

Einleitung

Der Begriff Hausbetreuung, der als **Synonym für die Hauspflege** verwendet wird, bezieht sich auf die Erbringung von Leistungen, Tätigkeiten und integrierten Gesundheits- und sozio-sanitären Diensten.

Artikel 21 des DPCM WBS 2017¹ bezieht sich auf die häusliche, wohnortnahe, teilstationäre und stationäre Betreuung, die die gemeinsame Erbringung von Tätigkeiten und Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich vorsehen (im Sinne der auf der Vereinten Konferenz abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 8 des gesetzesvertretenden Dekrets vom 28. August 1997, Nr. 281).

Der Staatliche Gesundheitsdienst garantiert einen einheitlichen Zugang zu den Gesundheits- und sozio-sanitären Diensten und die Übernahme der Person durch eine **multidimensionale Bewertung der Bedürfnisse** aus klinischer, funktioneller und sozialer Sicht durch die Einheit für die multidimensionale Bewertung (im Folgenden *UVM* genannt). Die Einheit erarbeitet auf der Grundlage einer abgesprochenen Arbeitsmethode ein **integriertes Betreuungsprojekt (PAI)**, das die therapeutischen, rehabilitativen und sozialen Bedürfnisse der Person festsetzt.

Das integrierte Betreuungsprojekt PAI wird unter Einbeziehung aller Komponenten des Gesundheits-, des sozio-sanitären und des Sozialangebots, des Patienten und seiner Familie erstellt. **Die Koordinierung der klinischen Tätigkeit** fällt in den Aufgabenbereich der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners (im Folgenden AAM/ÄAM genannt) oder der Kinderärztin/ des Kinderarztes freier Wahl (im Folgenden KfW genannt), es sei denn, die für die Betreuung verantwortliche Person wurde anders bestimmt (z. B. Palliativmedizinerin oder Palliativmediziner).

Die Integration zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten ist, auch wegen der unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu den Leistungen zwischen den beiden Finanzierungssystemen (im Sozialen basiert es auf der EEVE/DURP² bzw. ISEE- Erklärung³), sehr komplex. Selten gelingt es vor allem in der Hausbetreuung die Integration umzusetzen, sodass sie im kürzlich verabschiedeten Staatlichen Plan für die Pflegebedürftigkeit (PNNA 2022-2024)⁴ als verpflichtend vorgesehen ist.

¹ DPCM vom 12. Januar 2017 über die "Festsetzung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards" gemäß Artikel 1, Absatz 7 des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Dezember 1992, Nr. 502 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik, Allgemeine Serie Nr. 65 vom 18.03.2017 – ordentliches Beiblatt Nr. 15)

² EEVE/DURP= einheitliche Erklärung über das Vermögen und das Einkommen, Landesmodell. (*dichiarazione unica su reddito e patrimonio*)

³ ISEE= staatliches Modell Erhebung von Vermögen und Einkommen.

⁴ Der PNNA, welcher die in Art. 1 Absätze 159-171 des Haushaltsgesetzes Nr. 234/2021 vorgesehene Intervention umsetzt, setzt die Maßnahmen für die Bereitstellung der LEPS-Leistungen (*livelli essenziali di prestazioni sociali*- wesentliche Betreuungsstandards im Sozialbereich) fest, wobei ein schrittweiser Übergang von Geldmittelüberweisungen hin zur Erbringung direkter oder indirekter Dienstleistungen, mit der Schaffung von integrierten Dienstleistungen in den Gemeinschaftshäusern - gemäß PNRR - vorgesehen ist. Der staatliche Gesundheitsdienst und die beteiligten sozialen Einzugsgebiete (BSE) werden mittels der Gemeinschaftshäuser mittels Personal- und Instrumentalressourcen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten den Zugang zu sozialen und sozio-sanitären Dienstleistungen über die Einzigsten Zugangsstellen (PUA) für pflegebedürftige Menschen gewährleisten.

In **Südtirol** arbeiten die Sozialdienste wegen ihrer primären Gesetzgebungszuständigkeit mit autonomen Regeln und Arbeitsweisen; daher erfolgt die Integration nicht wie in anderen Regionen über eine gemeinsame Bewertungsskala des Bedarfs. Die Patientin/der Patient erhält nicht aufeinander abgestimmte Sozial- und Gesundheitsleistungen, obwohl die Anlaufstellen für Pflege und Betreuung (nachstehend SUAC genannt) aus Fachleuten der Trägerkörperschaften der Sozialdienste, des Südtiroler Sanitätsbetriebes und der Seniorenwohnheime⁵ zusammengesetzt sind.

Die oben beschriebenen Einheiten für die multidimensionale Bewertung (sog. UVM) sind bereits im Chronic Care Masterplan 2018-2020 (genehmigt durch BLR vom 4. Dezember 2018, Nr. 1281) vorgesehen, wurden aber noch nicht aktiviert.

Diese operativen Leitlinien beziehen sich daher auf die Organisation der Hausbetreuung, die aus einer Reihe von **medizinischen, rehabilitativen krankenpflegerischen Behandlungen** und anderen **sanitären Fachkräften** besteht, die erforderlich sind, um das Krankheitsbild zu stabilisieren, den Funktionsverlust zu begrenzen und die Lebensqualität zu verbessern. Das Ziel dabei ist es, den Gesundheitsbedürfnissen von fragilen Personen im Allgemeinen, d. h. von pflegebedürftigen Personen, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und Minderjährigen, die vorübergehend oder über einen längeren Zeitraum zu Hause gepflegt werden müssen, gerecht zu werden und somit chronische Krankheiten zu behandeln, Verschlechterungen vorzubeugen und die Lebensqualität zu verbessern. In einem zweiten Schritt müssen diese Betreuungspfade, die im Wesentlichen medizinische, krankenpflegerische und rehabilitative Gesundheitsleistungen umfassen, **mit den sozialen Leistungen und Diensten nach gemeinsamen Organisationsmodellen und Bewertungsformen integriert werden**⁶.

Die Einheiten für die multidimensionale Bewertung UVM, die für bestimmte Formen der Hausbetreuung in diesen Leitlinien vorgesehen sind, werden aus Ärztinnen und Ärzten und Krankenpflegepersonal bestehen. Sie legen gemeinsam die Betreuungspfade fest, erstellen integrierte Betreuungsprojekte (PAI) für Gesundheitsleistungen und beziehen, wenn

⁵ Der BLR vom 17. Juli 2018, Nr. 704 ("Anlaufstellen für Betreuung und Pflege") enthält in Anhang A die Richtlinien für die Organisation und Verwaltung der Anlaufstellen für Betreuung und Pflege (sog. SUAC) gemäß Artikel 15/bis des Landesgesetzes Nr. 13 vom 30. April 1991, i.g.F. („Neuordnung der Sozialdienste in der Provinz Bozen“). Bei den Dienstleistungen, die in die Tätigkeit der Anlaufstellen für Betreuung und Pflege (Trägerkörperschaften der Sozialdienste, Dienstleistungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes und der Seniorenwohnheime, einschließlich der in diesem Bereich tätigen akkreditierten privaten Dienste) einbezogen sind, handelt es sich um ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege- und Betreuungsleistungen, welche allen Nutzern/Nutzerinnen, ihren Familien und ihren Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Gemäß Art. 7 des Anhangs A zum BLR Nr. 704/2018 sind die im Einzugsgebiet vorhandenen öffentlichen und privaten Gesundheits- und Sozialdienste in der Anlaufstelle zur Zusammenarbeit verpflichtet.

In Südtirol gibt es 20 Anlaufstellen für Betreuung und Pflege (SUAC). Anlaufstellen bieten an einem oder mehreren logistischen Punkten durch qualifiziertes Sozial- und Gesundheitspersonal jene Dienstleistungen an, die im jeweiligen Zuständigkeitsgebiet liegen, das in der Regel einem Sozial- und Gesundheitssprengel entspricht. Die Einrichtung, Organisation und Verwaltung der Einheitsschalter erfolgt unter paritätischer Beteiligung im Hinblick auf Personal- und Finanzressourcen der involvierten Dienste (Trägerschaften der Sozialdienste, Südtiroler Sanitätsbetrieb und akkreditierte Seniorenheime).

⁶ Vor kurzem wurde ein permanenter Arbeitstisch zwischen den Sozial- und Gesundheitsdiensten für eine bessere Integration der Dienste eingerichtet, insbesondere die Hauspflege (Beschluss der Landesregierung, Nr. 486 vom 13. Juni 2023, „Landessozialplan 2030“, Punkt 3.8 bezieht sich auf die „Task Force Kooperation Soziales und Gesundheit“.

möglich, Sozialassistenten und -assistentinnen der Trägerkörperschaften der Sozialdienste oder des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit ein.

Die Herausgabe dieser Leitlinien ist angesichts des auf Staatsebene genehmigten Staatlichen Wiederaufbauplans (im Folgenden PNRR genannt), der in Südtirol mit dem Institutionellen Entwicklungsvertrag (CIS⁷) umgesetzt wurde, **erforderlich.** Dieser sieht auch die Stärkung der Hausbetreuungsdienste vor und zielt darauf ab, bis 2026 das Volumen der Dienstleistungen der Hausbetreuung zu erhöhen. Es sollen 10 Prozent der Bevölkerung auf Staatsebene über 65 Jahre, d.h. mehr als 800.000 Menschen auf staatlicher Ebene, betreut werden, dies wird mit einem finanziellen Gesamtvolumen von 2.720 Millionen Euro gefördert.

Der PNRR schreibt **jährliche Mindestanzahlen** an Patienten vor, die ab 2022 erreicht werden sollen und welche mittels dem aktualisierten Informatischen System für die Hausbetreuung überwacht werden (SIAD)⁸.

Das staatliche Dekret über die Zuweisung der Geldmittel (M.D. vom 23. Januar 2023) weist dem Land Südtirol 34.850.233 € zu, um bis Ende 2025 insgesamt etwa 10.874 Patienten und Patientinnen zu betreuen, (siehe hierzu den BLR Nr. 397 vom 16. Mai 2023 „**Genehmigung des Einsatzplanes für die wohnortnahe Betreuung (POR)**“, in dem die Ziele und die Finanzierung festgelegt sind).

Bereits im Juni 2022 wurden die Leitlinien der Hausbetreuung, Gegenstand des von der EU vorgegebenen Milestones im PNRR, erlassen, mit denen das **digitale Modell** der Telemedizin für die Umsetzung der Hausbetreuung eingeführt wurde. Mit Dekret des Landeshauptmanns Nr. 9682/2922 wurden diese Leitlinien auf Landesebene übernommen.

Eine weitere grundlegende Neuerung des PNRR war die Einführung der wohnortnahen Einsatzzentralen (im Folgenden WONE), deren Hauptaufgabe darin besteht, die Betreuungspfade in Wohnortnähe sowie zwischen dem Krankenhaus und dem Wohnort der Patientinnen und Patienten zu koordinieren, wobei die Integration der verschiedenen Dienste zu fördern ist.

Zuletzt wurden auf Landesebene zwei wichtige Planungsdokumente veröffentlicht.

Mit Dekret des Ressortdirektors vom 16.06.2023, Nr. 11030, wurden **die spezifischen Anforderungen zur Bewilligung und Akkreditierung** von öffentlichen und privaten Einrichtungen/Leistungseinheiten im Bereich der Hauspflege genehmigt, einschließlich der Anforderungen an die Ausbildung und die Zertifizierung von Fachkräften im Bereich der Hausbetreuung.

Schließlich wurde mit BLR Nr. 555 vom 27. Juni 2023 „**Organisationsmodell für die Dienste der Telemedizin in Südtirol**“ die Festsetzung des Dienstes der Telemedizin und des zugehörigen Modells, der Akteurinnen und Akteure, der beteiligten Einrichtungen, des Zeitplans der Tätigkeiten sowie der Methoden für die Überwachung genehmigt. Das erklärte Ziel ist, durch die Nutzung einer landesweiten IT-Plattform, die innerhalb dem ersten Quartal 2024 aktiviert werden soll, die Einführung der Telemedizin während des gesamten Behandlungsprozesses mit besonderem Augenmerk auf chronische Fälle, die zu Hause

⁷ genehmigt mit BLR vom 26. April 2022, Nr. 285, i.g.F.

⁸ Zu diesem Zweck wurde das Informatische System für die Hausbetreuung (SIAD) aktualisiert, indem neue Betreuungsformen für die Palliativpflege (UCP-DOM) eingeführt wurden.

behandelt werden sollen (das PNRR-Ziel für die Autonome Provinz Bozen sind 1.800 chronische Patienten in Betreuung bis 2025), zu fördern.

Aktueller Stand der Hausbetreuung durch den Landesgesundheitsdienst

Der Chronic Care Masterplan⁹ hat in Südtirol erstmals das Konzept der Harmonisierung der Pflege für Menschen mit chronischen Krankheiten eingeführt. Er beschreibt die Grundsätze für die Umsetzung eines integrierten Dienstleistungsnetzes (Zuhause-Territorium-Krankenhaus), das von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten und ihrer Familien ausgeht. Bisherige Erfahrungen haben aufgezeigt, dass die sozio-sanitäre Integration noch ausbaufähig ist.

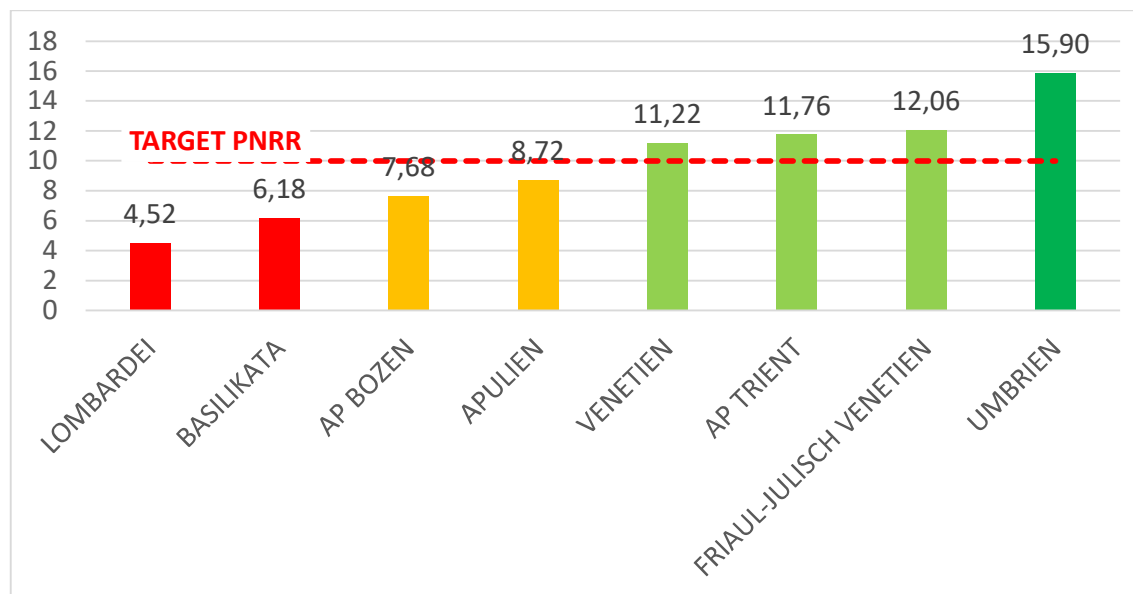
Zu diesen Problemen der lückenhaften Integration zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten kamen im Laufe der Jahre bürokratisch-organisatorische Schwierigkeiten hinzu, die dazu geführt haben, dass die integrierte häusliche Pflege von den Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin nur in unzureichendem Maße aktiviert wurde. Der PNRR hilft jeder Region/Autonomen Provinz mit bedeutenden finanziellen Ressourcen, diesen weit verbreiteten Mangel an der Nutzung der Hausbetreuung zu stärken.

Als Partner des Projektnetzwerks „Sistema di Valutazione delle Performance“, das vom Labor-MeS der *Scuola Superiore Sant'Anna* in Pisa betreut wird und an dem eine Gruppe italienischer Regionen und Provinzen teilnimmt, verfügt das Land über einige Indikatoren, die bisher die geringe Umsetzung des Modells der Hausbetreuung hervorgehoben haben.

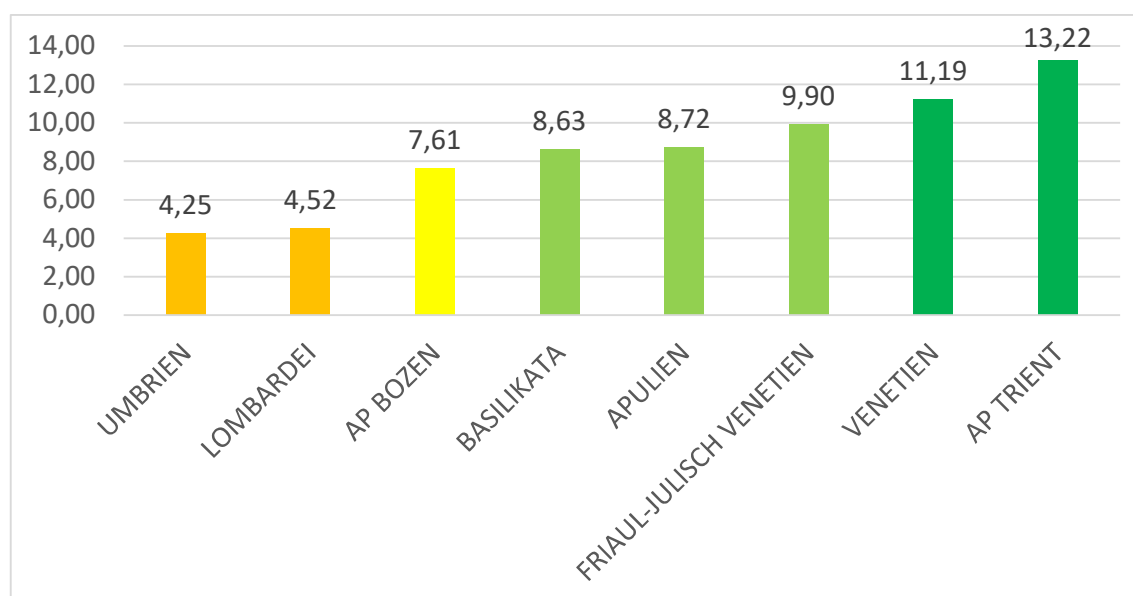
Der Indikator B28.1.1 berücksichtigt die Bevölkerung über 65 Jahre mit mindestens einer wohnortnahen Übernahme (IHB, PHB oder krankenpflegerische Betreuung), während der Indikator B28.1.2 angibt, wie viele von diesen eine Bewertung unter Verwendung des entsprechenden Bewertungsbogens zur Festsetzung eines sozio-sanitären Betreuungspfades und folglich eine ADI-Betreuung erhalten haben.

⁹ genehmigt mit BLR 1281/2018

Grafik 1: Prozentsatz der älteren Bevölkerung über 65 Jahre mit mindestens einem Zugang der Hausbetreuung (2023).



Grafik 2: Prozentsatz der älteren Bevölkerung über 65 Jahre mit Bewertung der Hausbetreuung (2023).



Zielsetzungen

Das Ziel der Hausbetreuung ist es, Folgendes sicherzustellen:

- Betreuung für Personen mit zu Hause behandelbaren Erkrankungen, um unangemessene Krankenhausaufenthalte oder Aufenthalte in anderen stationären Einrichtungen zu vermeiden,
- Betreuungskontinuität für Personen, die aus Gesundheitseinrichtungen entlassen werden und weiterhin Pflege benötigen,

- Maßnahmen zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit und Wiedereingliederung in die Gesellschaft mit einer entsprechenden Verbesserung der Lebensqualität der Patientin oder des Patienten und seiner Familie.

Nutzerinnen und Nutzer der Dienste

Die Kategorien der Nutzerinnen und Nutzer der Dienste sind:

- Personen mit chronisch-degenerativen, invalidisierenden Erkrankungen,
- Personen mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen, die pflegebedürftig sind,
- Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer komplexen Bedürfnisse professionelle Maßnahmen benötigen, insbesondere in Bezug auf:
 - Palliativpflege (onkologische und nicht-onkologische Patientinnen und Patienten),
 - degenerative/progressive neurologische Erkrankungen (z.B. ALS, Muskeldystrophie),
 - künstliche enterale und parenterale Ernährung,
 - Unterstützung der Beatmung,
 - vegetativer Zustand und Zustand minimalen Bewusstseins,
 - fortgeschrittene und komplizierte Stadien chronischer Krankheiten.

Beteiligte Berufsgruppen

Die Hauptakteurinnen und -akteure des wohnortnahen Systems der Hausbetreuung im Gesundheitsbereich sind Mitglieder der folgenden Berufsgruppen:

Ärzte und Ärztinnen (AAM/ÄAM, KfW, PM und andere Fachärzte/-ärztinnen)

Die Hausbetreuung sieht eine zentrale Rolle für die Ärztin oder den Arzt für Allgemeinmedizin¹⁰, die Kinderärztin oder den Kinderarzt freier Wahl und die Palliativmedizinerin oder den Palliativmediziner (im Folgenden PM genannt) vor, die die klinische Verantwortung für die Betreuungsprozesse übernehmen.

Der/Die Familien- oder Gemeinschaftspfleger -pflegerin

Das Krankenpflegepersonal dessen Hauptaufgabe die Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Familie ist, stellt den Bezugspunkt für die Familie und die anderen Akteurinnen und Akteure (KfW/ AAM/ÄAM, Fachärztinnen und Fachärzte, andere Angehörige der Gesundheitsberufe) bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten dar und fungiert als organisatorischer Vermittler bei der Definition und Umsetzung des integrierten Betreuungsplans (PAI).

Gemäß dem MD Nr. 77/2022 spielt das Familien- oder Gemeinschaftskrankenpflegepersonal (im Folgenden IFeC genannt) als professionelle Bezugsperson eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung der pflegerischen Betreuung auf den verschiedenen komplexen Ebenen, in enger Zusammenarbeit mit dem involvierten Fachpersonal. Der oder die IFeC orientiert sich auf die proaktive Handhabung der individuellen Gesundheitsprozesse und arbeitet darauf hin, die

¹⁰ Es wird darauf hingewiesen, dass im gesamten Dokument bei der Verwendung des Ausdrucks „Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin“ auch die „Ärztinnen und Ärzte des einzigen Stellenplans der medizinischen Grundversorgung“ beinhaltet sind.

Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung eines bestimmten Settings in der wohnortnahen Betreuung zu erfüllen, wobei er/sie die Integration der Gesundheits- und Sozialdienste fördert. Der Einsatz des Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegepersonals erfolgt auf zwei Ebenen:

- auf individueller und familiärer Ebene durch direkte und indirekte Maßnahmen, die sich an die Person, ihre Familie und ihre Bezugspersonen richten, die Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Person sowie die Identifizierung noch nicht geäußerter Bedürfnisse.
- auf Gemeinschaftsebene durch Maßnahmen, die sich an die Gemeinschaft richten. Die oder der IFeC interagiert mit allen in der Gemeinschaft vorhandenen Ressourcen (Freiwilligenarbeit, Vereine, Pfarreien, Nachbarschaft, Familien, die bereit sind, Mitbürgern in vorübergehenden Notlagen zu helfen) und trägt zur Unterstützung des *Welfare* in der wohnortnahen Betreuung bei.

Das Ziel ist es, die Personen auf ihrem Weg zur Bewältigung des Gesundheits- und Lebensprozesses zu begleiten, bei dem sie zu Hauptakteurinnen und Hauptakteuren werden, indem sie die Pflegepotenziale der Einzelnen und der Familien aufdecken.

Der vorgesehene Standard beträgt 1 IFeC pro 3.000 Einwohner. Dieser Standard ist als Gesamtzahl der in den verschiedenen Betreuungssettings eingesetzten IFeC zu verstehen, in denen die wohnortnahe Betreuung organisiert ist.

Die steigende Lebenserwartung und die Zunahme der Anzahl von Personen mit chronischen Krankheiten stellen eine bedeutende Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Familienangehörige, die als Pflegekräfte fungieren, leisten viele Stunden Pflege zusätzlich zu ihrer Arbeit und Familie und haben ihrerseits ein höheres Risiko, selbst zu erkranken. Einerseits stellt die Familie eine große Ressource dar, andererseits benötigt sie Unterstützung, um das Auftreten einer Krankheit innerhalb der Familie bewältigen zu können. Daher ist die Einbeziehung der Patientin oder des Patienten und seiner Familie in die Pflege von äußerster Wichtigkeit. Das Krankenpflegepersonal profitiert in jedem klinischen Umfeld, wenn es mit einem konzeptionellen Rahmen arbeitet, der auf die Familie ausgerichtet ist. Eine familienzentrierte Betreuung, die auf einem systemischen und lösungsorientierten Ansatz beruht, führt zu besseren Ergebnissen bei der Symptomkontrolle der betreuten Person und reduziert unnötige Krankenhausaufenthalte. Gleichzeitig wird die Pflegebelastung für die Familienangehörigen verringert, was die Gesundheit der gesamten Familie fördert. Die Vermittlung von Wissen und Strategien der familienzentrierten Pflege kann die Arbeitsweise der Pflegekräfte mit den Familien erweitern und die aktuellen Praxisstandards hin zu einem stärker familienorientierten Ansatz verändern.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat auf der Grundlage des Landesgesundheitsplans 2016-2020, beschlossen, einen Weg zur Implementierung der familienzentrierten Pflege in allen Gesundheitsbezirken einzuschlagen und zwar auf der Grundlage des *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) und des *Calgary Family Intervention Model* (CFIM), entwickelt von Wright & Leahey (1984). Die Umsetzung wird durch die IFeC gewährleistet, die in der Hausbetreuung arbeiten. Um das Krankenpflegepersonal in diesem Bereich gezielt auszubilden, wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitärem Ausbildungszentrum für

Gesundheitsberufe Claudiana ein dreijähriger Spezialisierungskurs, die in der häuslichen Pflege tätig sind, ausarbeitet, basierend auf dem *Curriculum des Family Health Nurse* und *Family System Nurse*.

In Anbetracht der Tatsache, dass die oder der IFeC auch bei der Erfassung des Gesundheitsbedarfs mitwirkt und sich mit der Förderung, Prävention und dem Gesundheitsmanagement befasst, wurde bereits ein Projekt gestartet, das die Aktivierung proaktiver, familienzentrierter Hausbesuche des Krankenpflegepersonals für gesunde Bürger über 75 Jahre, die von Gesundheitserziehung oder -beratung und anderen pflegerischen Maßnahmen profitieren können, vorsieht.

Personal der Rehabilitation

Im Rahmen der integrierten Hauspflege sind die an der Rehabilitation beteiligten Fachkräfte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Logopädinnen und Logopäden.

Andere Berufsgruppen

Psychologinnen und Psychologen, Diätassistentinnen und Diätassistenten, Soziale Betreuungsfachkräfte (OSA), Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (OSS) und Sozialassistentinnen und -assistenten, die eine jede und ein jeder auf ihre oder seine Weise zur koordinierten Betreuung der Patientinnen und Patienten beitragen.

VERSCHIEDENE ARTEN DER HAUSBETREUUNG

Die Bezeichnung der verschiedenen Arten der Hausbetreuung basiert in erster Linie auf dem DPCM WBS 2017, ergänzt durch das Forschungsprojekt im Sinne des Art. 12 des gv.D. Nr. 502/1992¹¹ und den aktuellen GSKV AAM/ÄAM, welche teils unterschiedliche Begriffe und gleiche Akronyme verwenden, die zu Verwirrung führen können. Auch durch die Veröffentlichung des MD Nr. 77/2022 zur Reform der wohnortnahen Betreuung, die vom PNRR angestrebt wird, werden weitere Definitionen und Terminologien eingeführt.

Grundsätzlich können unter den verschiedenen Arten der Hausbetreuung **zwei Makro-Gruppen** identifiziert werden:

- 1) **Hausbetreuung der Grundstufe:** Diese Art umfasst professionelle Leistungen als Antwort auf gesundheitliche Bedürfnisse von geringer Komplexität medizinischer und/oder krankenpflegerischer Art, gekennzeichnet durch einen Koeffizienten der Pflegeintensität (CIA)¹² von weniger als 0,14. Diese Art erfordert keine multidimensionale Bewertung und umfasst gelegentliche oder programmierte Leistungen (sogenannte Programmierte Hausbetreuung). Die programmierte Hausbetreuung, die von den ÄAM und den KfW durchgeführt wird, sind im Anhang 8 der jeweiligen geltenden GSKV enthalten.

Die Festlegung des Leistungskataloges im Rahmen der Hausbetreuung basiert derzeit auf den Bestimmungen der Staatlichen Kommission für die Festsetzung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards, die die zu garantierenden Mindestleistungen festlegt, die im Rahmen der Hausbetreuung bei den Patientinnen und Patienten zu Hause erbracht werden müssen (DPCM WBS 2017). Im **Anhang 3** des Ministerialdokuments „Neue Kennzeichnung der Hausbetreuung und der Maßnahmen der Krankenhausbetreuung, die im Zuhause erbracht werden“. sind die Leistungen des/der **AAM/ÄAM/Facharztes – und ärztin** (z.B. Geriatrie - Innere Medizin) aufgelistet.

Die gelegentlichen Familienkrankenpflege zu Hause (AIDO) oder die programmierte Familienkrankenpflege (AID) sind in einem spezifischen Katalog enthalten¹³

- 2) **Integrierte Hausbetreuung (ADI):** Gesundheitsleistungen für Personen mit Erkrankungen oder funktionellen Störungen, die eine kontinuierliche und programmierte Betreuung erfordern, die durch einen Koeffizienten der

¹¹ *La condizione dell'anziano non autosufficiente - analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive 2006* –Die Verfassung der älteren pflegebedürftigen Person- vergleichende Analyse der derzeit bestehenden Formen des Schutzes und möglichen Ausblicke, 2006, *ausgearbeitet von der Commissione Nazionale LEA*, 18. Oktober 2006).

¹² Der Koeffizient der Pflegeintensität (CIA) wird aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl der tatsächlichen Betreuungstage (GEA) und der Anzahl der Pflegestage (GdC) berechnet, also zwischen der Anzahl der Tage, an denen mindestens ein Hausbesuch erfolgt, und der Gesamtzahl der Betreuungstage. Der Wert des CIA kann von 0 (keine Betreuung) bis 1 (tägliche Betreuung) variieren; je näher der CIA bei 1 liegt, desto höher ist die Betreuungsintensität, die der Patient benötigt. Der CIA-Koeffizient wird am Ende des Betreuungszeitraums bewertet.

¹³ Landestarifverzeichnis für die Krankenpflege, das derzeit in dem BLR, Nr. 4830 vom 15.12.2008 enthalten ist, ergänzt durch BLR, Nr. 205 vom 11.02.2013.

Pflegeintensität von über 0,14 und in Abhängigkeit von der kritischen Lage und Komplexität des Falls gekennzeichnet sind. Wenn erforderlich, werden diagnostische Untersuchungen, die Versorgung mit Medikamenten sowie Präparate für künstliche Ernährung sichergestellt. Die integrierte Hausbetreuung erfordert eine multidimensionale Bewertung, die Übernahme der Person und die Definition eines integrierten Betreuungsprojekts (PAI) oder von Rehabilitationsmaßnahmen, die auf den Bedürfnissen der Person festgelegt werden. Die integrierte Hausbetreuung wird in der nachfolgend festgelegten Weise aktiviert.

Die ÄAM/ der AAM oder die KfW übernehmen die klinische Verantwortung der Betreuungsprozesse, wobei die Rolle der Familie gestärkt und unterstützt wird.

Gemäß Dekret zur Zuweisung der Mittel (23. Januar 2023)¹⁴, die vom PNRR für die Hausbetreuung bis 2026 bereitgestellt wurden, werden **gewichtete Durchschnittskosten für die Hausbetreuung in Höhe von 1.977,94 Euro** angenommen. Dieser Betrag ergibt sich durch die Division der für das letzte Jahr (2025: 1,6 Milliarden) vorgesehenen Ausgaben durch die als Zielvorgabe festgelegte Zunahme der betreuten Personen (807.970)¹⁵. Zur Ermittlung der Pflegeziele wurden die über 65-jährigen Personen, die betreut werden sollen, **in fünf Intensitätsstufen** unterteilt. Zudem wurde eine Anzahl von Hausbesuchen sowie eine Kostenverteilung vorgeschlagen¹⁶:

- **Hausbetreuung der Grundstufe**, CIA unter 0,14
- **Hausbetreuung der Stufe I**, CIA zwischen 0,14 und 0,30
- **Hausbetreuung der Stufe II**, CIA zwischen 0,31 und 0,50
- **Hausbetreuung der Stufe III**, CIA über 0,50
- **Hausbetreuung Palliativpflege (UCP-DOM – wohnortnahe Palliativbetreuung)**, die vor kurzem im neuen SIAD-Fluss eingeführt wurden, der im Januar 2023 gestartet ist¹⁷. Sie werden unterteilt in die palliative Grundversorgung (Koeffizient der Pflegeintensität CIA unter 0,50), die unter der Koordination des Arztes und der Ärztin für Allgemeinmedizin erbracht wird, und die spezialisierte Palliativversorgung, die vom betrieblichen Hospice und Palliativbetreuung erbracht wird und durch einen CIA über

¹⁴ Bei der häuslichen Pflege (Sub-Investition 1.2.1) sollen aus dem PNRR nicht Investitionsausgaben, sondern die laufenden Ausgaben zur Deckung der Kosten für die Betreuung neuer Pflegebedürftiger herangezogen werden. Dabei handelt es sich um Kosten für lohnabhängiges und/oder vertragsgebundenes Personal, Kooperationen oder den Einkauf von Dienstleistungen durch Vereinbarungen, auch in Bezug auf die verschiedenen regionalen Modelle der Hauspflege.

¹⁵ Der Vorschlag der Kostenschätzungen wurde auf der Grundlage der Erfahrungen der Regionen Venetien, Emilia-Romagna und Toskana aufgestellt und ist in dem PNRR beigefügten Dokument „Technical annex IMPLEMENTATION, MONITORING, CONTROL AND AUDIT OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN (NRRP)“ erläutert.

¹⁶ Der Einheitswert pro Zugang, der im technischen Anhang zum PNRR angegeben und in der obigen Tabelle aufgeführt ist, enthält keine expliziten Kostenbestandteile (außer der Unterscheidung zwischen Ärzten und anderen Fachkräften).

¹⁷ Um die notwendige Überwachung zur Erreichung der nationalen PNRR-Zwischenziele und des endgültigen EU-Ziels für 2026 - mindestens 800.000 neue Patientinnen und Patienten über 65 in häuslicher Pflege - zu gewährleisten, wurde ein neuer aggregierter Indikator nach Pflegeintensitätsstufen (CIA) eingeführt, der in den SIAD-Informationsfluss (*Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare*) integriert werden soll. Mit dem neuen Indikator UCP-DOM (Wohnortnahe Palliativbetreuung) gibt es also insgesamt fünf Pflegestufen. Darüber hinaus wurde im Februar 2023 ein Rundschreiben des Südtiroler Sanitätsbetriebes (ASDAA - Prot.0029434-BZ REG01 vom 16.02.2023) ausgesandt, das alle 4 Gesundheitsbezirke anweist, diesen neuen Indikator (UCP-DOM) für die Hausbetreuung einzuführen, damit alle Mitarbeiter informiert sind und einheitlich auf Landesebene zur Einspeisung des SIAD-Flusses beitragen.

0,50 gekennzeichnet ist. Die UCP-DOM fallen in die Kategorie der integrierten Hausbetreuung der zweiten und dritten Stufe.

Tabelle: Anzahl der Zugänge und der geschätzten Durchschnittskosten für die verschiedenen Betreuungsstufen bis 2025.

Stufe der Hausbetreuung	Anzahl monatlicher Zugänge	Target APB Patienten bis 2025	Durchschnittliche Kosten		Prozentsatz der Zugänge	
			ÄAM/AA M	andere Fachkräfte	ÄAM/AA M	andere Fachkräfte
Hausbetreuung der Grundstufe	1	6524	18,00 €	18,00 €	n.d.	n.d.
Hausbetreuung der Stufe I	3	2175	18,90 €	37,50 €	16%	84%
Hausbetreuung der Stufe II	7	1087	18,90 €	56,25 €	13%	87%
Hausbetreuung der Stufe III	12	435	18,90 €	75,00 €	11%	89%
Hausbetreuung Palliativpflege	15	652	18,90 €	75,00 €	10%	90%

Quelle: "Technical annex IMPLEMENTATION, MONITORING, CONTROL AND AUDIT OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN (NRRP)"

Es wird eine analytische Studie über die vom Südtiroler Sanitätsbetrieb getragenen Kosten für die Hausbetreuung in Auftrag gegeben, um auch in der Zukunft, nach dem Auslaufen der PNRR-Mittel, eine angemessene Finanzierung der Tätigkeiten gewährleisten zu können.

ARTEN DER ÜBERNAHME IN DER HAUSBETREUUNG

Es gibt verschiedene Arten der Hausbetreuung:

- A) Programmierte Hausbetreuung (ADP);
- B) Hausbetreuung - Atemwege (AD-RESP);
- C) Familienkrankenpflege zu Hause – gelegentlich (AIDO);
- D) Familienkrankenpflege zu Hause (AID);
- E) Integrierte Hausbetreuung (ADI);
- F) Häusliche Palliativversorgung - Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung (UCP-DOM), wiederum unterteilt in:
 - Palliativversorgung von Erwachsenen
 - Pädiatrische Palliativversorgung
- G) Rehabilitative Hausbetreuung (ARD).

Meldung

Der Antrag auf Zugang kann gestellt werden von:

- Patientin oder Patient, Pflegenden (caregiver), Familie, Sachwalterin oder Sachwalter, Freiwilligenvereinen;
- AAM/ÄAM/KfW oder Fachärztin oder -arzt;
- öffentlichen oder vertragsgebundenen Krankenhauseinrichtungen;
- sozialen Diensten oder anderen territorialen Diensten;
- Hospice;
- dem häuslichen Familienkrankenpflegedienst

Aktivierung

Der Antrag auf Aktivierung, einheitlich für programmierte Hausbetreuung ADP, integrierte Hausbetreuung ADI und UCP-DOM, wird gemäß den festgelegten Verfahren gestellt.

Die Formen der pflegerischen Betreuung hingegen werden nach einer Bewertung durch das Krankenpflegepersonal aktiviert.

Erbringung

Je nach Betreuungsart werden die Pflegeleistungen durch Zusammenarbeit und Integration der am Betreuungsprozess beteiligten Berufsgruppen erbracht. Ein etwaiger interdisziplinärer Ansatz ist auch in der klinischen Dokumentation ersichtlich.

Aussetzung

Die Hausbetreuung wird im Falle eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Krankenhaus, einer vertragsgebundenen Einrichtung oder Seniorenheim (Hospiz) ausgesetzt.

Neubewertung

Die Neubewertung des Falls kann periodisch oder bei Änderung des klinischen Zustandes oder des Betreuungsbedarfs erfolgen und in besonders komplexen Fällen, in denen eine Fallbesprechung unter Einbeziehung des/der AAM/ÄAM erforderlich ist. Das Ergebnis der Evaluierung wird in der speziellen Software erfasst, um die Anforderungen des SIAD-Flusses zu erfüllen.

Abschluss

Die Erbringung der Hausbetreuung wird bei Eintritt einer der folgenden Bedingungen beendet:

- Endgültige Verlegung in ein Seniorenwohnheim,
- Abschluss des Betreuungs- und/oder Pflegeprogramms,
- Wechsel zu einer anderen Art der Betreuung,
- Wohnsitzwechsel in eine Gemeinde außerhalb der Autonomen Provinz Bozen,
- Wunsch der Patientin des Patienten, der Familie und oder der Sachwalterin oder des Sachwalters,
- Tod.

A) Programmierte Hausbetreuung (ADP)

Sie wird von der/vom ÄAM/AAM/KfW, die/der für den Pflegeprozess der Patientin oder des Patienten verantwortlich ist, aktiviert und erbracht, wenn die Patientin oder der Patient funktionelle Einschränkungen aufweist, die den Zugang zu ambulanten Diensten unmöglich machen. Es ist keine multidimensionale Bewertung erforderlich. Der Antrag auf Aktivierung wird von der/vom ÄAM/AAM/KfW ausgefüllt und an den Dienst für Basismedizin auf Bezirksebene gesendet. Die zuständige WONE überprüft die eventuelle Übernahme durch das Krankenpflegepersonal, welche die Aktivierung einer integrierten Hausbetreuung impliziert. Die Bewertung für die tatsächliche Aktivierung einer programmierten Hausbetreuung liegt in der Verantwortung der benannten Ärztin oder des benannten Arztes beim Dienst für Basismedizin in jedem Gesundheitsbezirk.

B) Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen (AD-RESP)

Die Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen (AD-RESP) ist ein Dienst, der ohne Alters- oder Einkommensbeschränkungen für gebrechliche Menschen gewährleistet wird. Konkret werden Patientinnen oder Patienten im Rahmen der Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen betreut, wenn sie eine Langzeit-Sauerstofftherapie (OLT) und/oder zu Hause eine Beatmungstherapie beginnen. Letztere werden vor allem bei Patientinnen oder Patienten mit folgenden Krankheitsbildern aktiviert:

- Respiratorische Insuffizienz,
- Ventilatorische Insuffizienz.

Die Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen umfasst:

- Verabreichung/Bereitstellung von Langzeit-Sauerstofftherapie (OLT) und/oder Beatmungstherapie (invasiv und nicht-invasiv),
- Ambulante und häusliche Betreuung durch Krankenpflegepersonal, Gesundheitsassistentinnen und -assistenten sowie durch Gesundheitsassistentinnen

und -assistenten, die auf Pneumologie spezialisiert sind und Fachärztinnen und Fachärzte der Pneumologie.

Der betriebliche Pneumologische Dienst, der auf Landesebene für die Betreuung dieser Patientinnen und Patienten zuständig ist, liefert direkt und/oder über die spezifischen Gesundheitsdienstleister (*Health Care Provider*) die notwendigen Geräte und medizinischen Hilfsmittel, nämlich die verschiedenen Sauerstoffquellen (Konzentratoren und Flüssigsauerstoff) und die Beatmungsgeräte, die dann die Patientin oder der Patient zu Hause verwendet. Das technische Betreuungspersonal gewährleistet insbesondere eine spezialisierte ambulante und häusliche Betreuung in enger Zusammenarbeit mit dem medizinischen pneumologischen Fachpersonal des Dienstes, das seinerseits ambulante pneumologische Untersuchungen (und in ausgewählten Fällen auch Hausbesuche) nach spezifischen Zeitplänen durchführt.

Das Ziel ist es, Patientinnen und Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen Betreuungsprogramme zu garantieren, die eine kontinuierliche Versorgung im Krankenhaus und im Zuhause ermöglichen und die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Krankheitsschüben reduzieren.

Die beteiligten Personen sind:

Der/Die **Pneumologe/in** ist verantwortlich für die Diagnose, die Verschreibung und die Überwachung der spezifischen Atemtherapie.

Der/Die **Krankenpfleger/in** und die **Gesundheitsassistenten/innen** spielen eine Schlüsselrolle in der Hausbetreuung für Atemwegserkrankungen. Insbesondere in Bezug auf:

- Aktivierung und Verabreichung von Sauerstoff- und Beatmungstherapie sowie Anpassung an verschiedene druckkontrollierte und druckvolumetrische Beatmungsgeräte.
- Überwachung des Patienten im Ambulatorium und im Zuhause: Kontrolle der Vitalparameter, Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung, der Einhaltung der Therapie/compliance und Umgang mit möglichen Komplikationen.
- Schulung des Patienten und der caregiver im korrekten Gebrauch der Geräte und im Umgang mit der Therapie im Zuhause.

Die spezialisierte Medizintechnikerin oder der spezialisierte Medizintechniker: Wie von den spezifischen Verträgen vorgesehen, führt das medizintechnische Personal der verschiedenen Health Care Providers die regelmäßige und außerordentliche Wartung der Mietgeräte durch, gewährleistet Hausbesuche bei der Patientin oder beim Patienten und die Versorgung mit Verbrauchsmaterialien sowie unterstützt das Gesundheitspersonal bei dessen Anpassung. Außerdem sorgen sie oder er für die Versorgung mit Notfall-Sauerstoff-Gasflaschen und Flüssigsauerstoffbehältern sowie den dazugehörigen tragbaren Geräten, wobei die korrekte Umsetzung der spezifischen Sicherheitsvorschriften einzuhalten ist.

C) Gelegentliche Familienkrankenpflege zu Hause (AIDO)

Definition: Gelegentliche Durchführung einer einfachen pflegerischen Leistung, wie zum Beispiel einer programmierten Blutabnahme, die keine Übernahme der Person erfordert. Die

Bewertung erfolgt beim ersten Hausbesuch und erfordert keine weiteren Maßnahmen über die angeforderte Leistung hinaus.

D) Familienkrankenpflege zu Hause (AID)

Definition: Betreuung durch Krankenpflegepersonal als Antwort auf Gesundheitsbedürfnisse im pflegerischen Bereich mit der Planung von krankenpflegerischen Maßnahmen, der nicht unbedingt eine multidimensionale/multidisziplinäre Bewertung erfordert. Die Übernahme der Patientin oder des Patienten und seiner Familie ist durch pflegerische Maßnahmen als Antwort auf ein Pflegebedürfnis von geringer Komplexität gekennzeichnet und, was den Pflegezeitraum angeht, begrenzt. Zu den Zielen gehören die Unterstützung der Patientin oder des Patienten, der Familie und des caregivers und die Gewährleistung der Betreuungskontinuität im Rahmen der geschützten Entlassung. Die zuständige WONE überprüft die eventuelle gleichzeitige Übernahme durch den/die AAM/ÄAM (mit ADP).

Die erste Bewertung erfolgt zum Zeitpunkt der Fallmeldung und kann vor der Rückkehr zu Hause auch im Krankenhaus vertieft werden. Im Rahmen der ersten Hausbesuche wird gemeinsam mit dem Pflegepersonal und/oder den Familienangehörigen eine weitere Bewertung der Pflegebedürfnisse durchgeführt, wobei die Ziele im Hinblick auf die Ressourcen festgelegt und die Maßnahmen programmiert werden.

E) Integrierte Hausbetreuung – Integrierte Hauspflege (ADI)

Die integrierte Hausbetreuung ist ein **Hauspflegedienst**, der sich an pflegebedürftige und fragile Personen richtet (Art. 22, DPCM WBS 2017), ohne Alters- oder Einkommensbeschränkungen.

In Erwartung der Einrichtung der multidimensionalen Bewertungseinheiten wird der Antrag auf Aktivierung der ADI vom/von der AAM/ÄAM/KFW nach vorheriger Abstimmung mit dem Pflegedienst für die Hausbetreuung (SID) an den Dienst für Basismedizin geschickt. Der Antrag wird vom Arzt/von der Ärztin des Dienstes für Basismedizin genehmigt und anschließend an die zuständige WONE weitergeleitet, um die Koordination mit dem Pflegedienst für die Hausbetreuung sicherzustellen.

Es werden Patientinnen und Patienten betreut, die aufgrund ihrer klinischen Komplexität einen hohen Pflegebedarf aufweisen. Die Häufigkeit der Hausbesuche der beteiligten Fachkräfte **wird auf der Grundlage des integrierten Betreuungsprojektes (PAI) festgelegt, der zwischen Arzt/Ärztin, Krankenpfleger und -pflegerin und anderen beteiligten Berufsgruppen (z.B. Ernährungsberater/Ernährungsberaterin, Reha-Therapeuten und Reha-Therapeutinnen)** abgestimmt wird. Die Pflege der Patientin oder des Patienten erfolgt gemäß den im integrierten Betreuungsprojekt festgelegten Vorgaben, auch durch gemeinsame Besuche.

Die Dokumentation erfolgt unter Verwendung der Landestarifverzeichnisse.

F) Häusliche Palliativversorgung – Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung (UCP-DOM)

a. Palliativversorgung von Erwachsenen

Die palliative Hausbetreuung besteht aus Leistungen professioneller Art, die unter den Gesundheitsleistungen medizinische, pflegerische, rehabilitative und solche psychologischer Art beinhalten, die mit sozialen und schützenden Leistungen und spiritueller Unterstützung für Menschen mit einer chronischen und fortschreitenden Krankheit, für die es keine Therapien gibt oder, wenn sie existieren, diese zur Stabilisierung der Krankheit oder zur signifikanten Verlängerung des Lebens ungeeignet oder unwirksam sind, integriert werden. Die Person, die Anspruch auf Palliativversorgung hat, ist diejenige, die an einer unheilbaren Krankheit leidet, die nicht mehr durch Behandlungen beeinflusst werden kann, die deren Fortschreiten verändern könnten, und deren geschätzte Überlebenszeit nicht mehr als 12 Monate beträgt. In vielen Fällen, insbesondere bei nicht-onkologischen Erkrankungen, kann der zeitliche Rahmen für die Palliativversorgung jedoch auf 12-24 Monate vor dem Tod ausgedehnt werden.

Das gesamte Gesundheitspersonal muss in der Lage sein, den Bedarf an Palliativversorgung zu erkennen und zu melden, **aber es ist hauptsächlich der Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin, der/die für die Früherkennung verantwortlich ist.** Der Antrag auf Aktivierung der häuslichen Palliativversorgung (UCP-DOM) kann vom AAM, von der ÄAM oder vom Arzt/der Ärztin des betrieblichen Dienstes Hospice und Palliativbetreuung gestellt werden.

Die wohnortnahe Hausbetreuung von Palliativpatientinnen und -patienten ist durch eine intensive Reaktion auf komplexe Bedürfnisse gekennzeichnet, die im **Integrierten Betreuungsprojekt (PAI)** festgelegt sind und von einem Team mit spezifischen Kompetenzen erbracht wird. Je nach Betreuungsaufwand wird zwischen der palliativen Hausbetreuung auf Ebene der Grundversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung unterschieden. Der Betreuungspfad der Palliativpatientin oder des Palliativpatienten in der Hausbetreuung ist in allen Phasen im Dokument des Südtiroler Sanitätsbetriebes „Das Landesnetz zur Palliativbetreuung von Erwachsenen“ festgesetzt¹⁸.

Der betriebliche Dienst für Palliativbetreuung kann von **Diensten der Telemedizin** (Tele-Visite, Tele-Überwachung, Tele-Betreuung, ärztliches Tele-Konsilium) ergänzt werden, um die Zeiten des Zugangs zur Palliativversorgung zu optimieren und das soziale Gefälle in Bezug mit dem Wohnort zu verringern.

b. Pädiatrische Palliativversorgung

Die Kinder-Palliativpflege (CPP) besteht laut Definition der WHO in der aktiven ganzheitlichen Betreuung von Körper, Geist und Seele des Kindes, das an einer unheilbaren Krankheit mit infauster Prognose leidet, und umfasst die aktive Unterstützung der Familie. Die Philosophie der Kinder-Palliativpflege steigert die Lebensqualität, indem sie Schmerzen und andere Symptome lindert, die Rückkehr des Kindes nach Hause und die Wiedereingliederung in seine Familie und sein soziales Umfeld fördert. Das Sterben wird als natürlicher Vorgang betrachtet: Das Ziel der Kinder-Palliativpflege ist es nicht, den Tod zu beschleunigen oder hinauszuzögern,

¹⁸ Siehe: Maßnahme des Südtiroler Sanitätsbetriebes, Nr. ID-2552/20222 del 09.05.2022 „Das Netzwerk der Palliativpflege im Erwachsenenalter“, in welcher die Organisationsmodelle des Netzwerkes für Palliativpflege im Erwachsenenalter definiert wurden.

sondern die Lebensqualität des Kindes und seiner Familie so gut wie möglich für die gesamte erforderliche Zeit zu erhalten.

Die Kinder-Palliativpflege ist einzigartig und spezifisch und erfordert Kompetenzen, Organisation und Ressourcen, die sich von denen im Erwachsenenbereich unterscheiden. Sie muss sich an die biologischen, psycho-sozialen, klinischen, sozialen, ethischen und spirituellen Besonderheiten jeder Entwicklungsphase (Fötus, Neugeborenes, Kind, Jugendlicher) anpassen und auf eine ganz besondere Art und Weise auf die Bedürfnisse reagieren, die Entscheidungen und spezifische Maßnahmen beeinflussen.

Die Kinder-Palliativpflege stellt das am besten geeignete Pflegemodell dar, um den komplexen und vielfältigen Bedürfnissen jener aufkommenden pädiatrischen Erkrankungen gerecht zu werden, die durch Unheilbarkeit und hohe Komplexität gekennzeichnet sind und deren Prävalenz in den letzten Jahrzehnten stetig zunimmt. Die Kinder-Palliativpflege ist nicht nur die Pflege am Lebensende, sondern umfasst auch die frühzeitige Betreuung bei Unheilbarkeit: Sie beginnt zum Zeitpunkt der Diagnose, schließt eine gleichzeitige kurative Therapie nicht aus und setzt sich während des gesamten Krankheitsverlaufs fort, wobei sie sich um die vielfältigen Probleme kümmert, die die Komplexität der Situation mit sich bringt, nicht nur klinisch-pflegerische, sondern auch psychologische, soziale, spirituelle, ethische und organisatorische. In diesem Sinne muss die Kinder-Palliativpflege von einem kompetenten, multidisziplinären und multispezialisierten Team erbracht werden, das in der Lage ist, in allen Bereichen und in allen Settings des Gesundheitssystems (Krankenhaus, wohnortnahe Betreuung, Zuhause) Antworten zu geben.

Im pädiatrischen Bereich nimmt die häusliche Palliativversorgung (UCP-DOM) eine wichtige Rolle ein, da das Zuhause in den allermeisten Fällen der ideale und bevorzugte Ort für die Pflege und Betreuung von Kindern und ihren Familien ist.

Um die Angemessenheit der Pflege und die Betreuungskontinuität zu gewährleisten, ist die Erstellung eines integrierten Betreuungsprojekts (PAI) erforderlich, das aufgrund der multidimensionalen Bewertung der Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten und seiner Familie festgesetzt wird.

Der Antrag auf Aktivierung der UCP-DOM kann vom AAM/KfW oder von der ÄAM/KfW oder vom Arzt/von der Ärztin des Landesreferenzzentrums für Schmerztherapie und pädiatrische Palliativversorgung gestellt werden. Je nach Betreuungsaufwand wird zwischen der palliativen Betreuung auf Ebene der Grundversorgung und der spezialisierten pädiatrischen Palliativversorgung unterschieden. Der Betreuungspfad der pädiatrischen Palliativpatientin oder des pädiatrischen Palliativpatienten in der Hausbetreuung ist in allen Phasen im Dokument des Südtiroler Sanitätsbetriebes „Das Landesnetz der Schmerztherapie und der Palliativbetreuung im pädiatrischen Bereich“ festgesetzt¹⁹.

¹⁹ Siehe Verfahren des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. ID-1983/2024 vom 30.01.2024 mit dem Titel „Das Netzwerk der pädiatrischen Palliativbetreuung und Schmerzbehandlung“ wurde die Organisation des Netzwerks auf Landesebene festgelegt.

G) Rehabilitative Hausbetreuung (ARD)

Die Rehabilitation im Zuhause der Patientin oder des Patienten ist eine Tätigkeit zur Förderung des *Empowerments* der Person und des *caregivers* und ihrer Beteiligung an den *activity of daily living*. Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist es, den Betreuungspfad der integrierten Hausbetreuung und/oder jenen der Einheit der wohnortnahen Palliativbetreuung (UCP-DOM) zu ergänzen.

Die **häusliche Rehabilitation umfasst eine spezifisch-professionelle Bewertung im Zuhause, um gegebenenfalls die integrierte Hausbetreuung mit dem Rehabilitationsprozess zu vervollständigen**. Die spezifisch-professionelle rehabilitative Bewertung (Physiotherapeut/in, Logopäde/in, Beschäftigungstherapeut/in) kann von dem in der Hausbetreuung tätigen Krankenpflegepersonal angefordert werden, und zwar für Patientinnen und Patienten, die nicht in den Rehabilitationsdiensten (stationär und/oder ambulant) betreut werden und für die ein „hypothetischer Rehabilitationsbedarf“ festgestellt wurde.

Die Rehabilitation umfasst daher die **Beratung** hinsichtlich der **Bewertung der Bedürfnisse** der Patientin oder des Patienten in Bezug auf:

- den Abbau architektonischer Barrieren und die Anpassung der Umgebung an die spezifischen Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten,
- die Notwendigkeit, Hilfsmittel oder Vorrichtungen bereitzustellen,
- die Notwendigkeit, eine umfassende Überwachung der spezifischen Tätigkeiten entsprechend dem beruflichen Profil (Schlucken, Treppensteigen usw.) zu haben,
- die mögliche Neugestaltung der Räume, um Einschränkungen zu verhindern und die Autonomie der Patientin oder des Patienten zu verbessern.

Hierfür sind je nach den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten ein bis drei Zugänge vorgesehen.

Falls die Therapeutin oder der Therapeut durch die spezifisch-professionelle Bewertung einen Bedarf an **spezifischen Maßnahmen** festgestellt hat und in Situationen, in denen der Transport für die Patientin oder den Patienten nachteilig ist, ist ein Betreuungsweg für den Patienten/die Patientin in Form eines häuslichen Rehabilitationsprogrammes vorgesehen.

Hilfsmittel und Organisationsmodelle zur Unterstützung der multiprofessionellen Integration

1. Einrichtung der Einheit für die multidimensionale Bewertung

1.1. Einleitung

Mit BLR Nr. 1281 vom 04.12.2018 wurde erstmals offiziell im Landesgesundheitsystem das Konzept der **multidimensionalen, multiprofessionellen und multidisziplinären Bewertung** in Bezug auf die Betreuung von fragilen und chronisch kranken Personen vor Ort eingeführt. Dieser Beschluss sah allgemein eine Reihe von Maßnahmen vor, die den im MD Nr. 77/2022 vorgesehenen Hilfsmitteln, mit dem die wohnortnahe Gesundheitsversorgung auf staatlicher Ebene homogener und mit dem Grundsatz der Gleichheit in der Versorgung reformiert wurde, um einige Jahre vorausgingen.

Die nach Intensität und Komplexität differenzierten pflegerischen Maßnahmen werden nach der multidimensionalen Bewertung und der anschließenden Ausarbeitung eines integrierten individuellen Betreuungsprojekts (PAI) geplant, das bei Bedarf auch ein individuelles Rehabilitationsprojekt (PRI) umfasst. Diese multidimensionale Bewertung wird von Einheit für die multidimensionale Bewertung durchgeführt, die auch die regelmäßige Neubewertung der betreuten Person gewährleistet und Kriterien für die Entlassung oder die Verlegung in andere Betreuungssettings festlegt. Periodisch muss eine Neubewertung des PAI und gegebenenfalls des PRI durchgeführt werden. Zudem wird die Einbindung von Fachkräften gemäß den im PAI festgelegten Vorgaben sichergestellt, unter Einbeziehung aller Komponenten des Gesundheitsangebots, des Patienten oder der Patientin und des Pflegepersonals. Der klinische Verantwortliche für den chronisch kranken und gebrechlichen Patienten ist die Ärztin oder der Arzt für Allgemeinmedizin oder die Kinderärztin oder der Kinderarzt freier Wahl, während für den Patienten in fachärztlicher Palliativversorgung der klinische Ansprechpartner der Palliativmediziner oder die Palliativmedizinerin ist (MD 77/2022).

1.2. Die Einheiten für die multidimensionale Bewertung (UVM)

Die multidimensionale Bewertung ermöglicht die Definition eines **integrierten Betreuungsprojekts (PAI)**, das in der Lage ist, die geeignetsten Ressourcen zu aktivieren und die Fragmentierung der Ressourcen und der Interventionsziele zu vermeiden. Sie ist für Patienten oder Patientinnen in **ADI** und **UCPDOM** vorgesehen.

Zum Zeitpunkt der Abstimmung über die Art der Betreuung, im Falle von **ADI** und **UCPDOM**, wird der Zeitpunkt der UVM vereinbart.

Jede Einheit für die multidimensionale Bewertung führt ihre Tätigkeit in Übereinstimmung mit der WONE durch, die für die Überwachung und Organisation der UVM verantwortlich ist.

Die Einheiten für die multidimensionale Bewertung führen die **multidimensionale Bewertung** der Bedürfnisse unter klinischen, funktionalen und sozialen Gesichtspunkten einheitlich durch, gemäß den von den Regionen festgelegten Modalitäten, Verfahren und multidimensionalen Bewertungsinstrumenten, auch in Bezug auf die verschiedenen Phasen des Betreuungsprojekts (Art. 29 und 30 des DPCM WBS 2017). Das professionelle Team, das der multidimensionalen Bewertungseinheit angehört, besteht aus den folgenden Berufsgruppen:

- Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin der Patientin oder des Patienten (auch über ein Telekonsilium); in seiner oder ihrer Abwesenheit muss der AAM oder die ÄAM eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter benennen; alternativ benennt die Referentin oder der Referent der Vernetzten Gruppenmedizin (AFT) einen Arzt oder eine Ärztin seiner eigenen Vernetzten Gruppenmedizin. In Fällen, in denen die vorher genannten Möglichkeiten nicht umsetzbar sind, übernimmt die Referentin oder der Referent der Vernetzten Gruppenmedizin selbst die Aufgabe,
- Zuständige Krankenpflegerin oder zuständiger Krankenpfleger,
- zuständige Sozialassistentin oder zuständiger.

Bei besonderen spezifischen Problemen kann die Einheit für die multidimensionale Bewertung je nach den spezifischen Kompetenzen um Angehörige anderer Berufsgruppen erweitert werden.

Die Einheit für die multidimensionale Bewertung wird koordiniert vom:

- Dienst für Basismedizin und der
- Territorialen Pflegedirektion.

Diese Koordinierungspunkte sind für das Funktionieren der Einheit für die multidimensionale Bewertung verantwortlich.

Zu den vorrangigen Aufgaben der Einheit für die multidimensionale Bewertung gehört auch die Ernennung eines Case Managers (Fallverantwortlichen), der auf der Grundlage des vorherrschenden Bedarfs und des erstellten integrierten Betreuungsprojekts PAI bestimmt wird.

1.3. Die multidimensionale Bewertung und das integrierte Betreuungsprojekt

Auf der Grundlage der Bewertung der Einheit für die multidimensionale Bewertung (UVM) und unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Person sowie ihrer Familie oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters, erarbeitet das multidimensionale Team der Einheit für die multidimensionale Bewertung das integrierte Betreuungsprojekt (PAI).

Im integrierten Betreuungsprojekt wird der **Therapie-, Rehabilitations- und Pflegebedarf** der Person festgesetzt. Im Rahmen der Hausbetreuung werden Maßnahmen bevorzugt, die den Verbleib der betreuten Personen in ihrem eigenen Zuhause fördern, indem die verfügbaren formellen und informellen Ressourcen aktiviert werden (DPCM WBS 2017).

Das integrierte Betreuungsprojekt legt auch die **Zuständigkeiten, Aufgaben und Arbeitsweisen** des Gesundheits-, Sozial- und Pflegepersonals fest, das die Betreuung der Person übernommen hat, sowie den Beitrag der Familie und anderer Personen, die an der Umsetzung mitwirken (Gesetz Nr. 234/2021).

Das integrierte Betreuungsprojekt muss Folgendes vorsehen:

- Beobachtung und Bewertung des Falles zur Festlegung der zu erreichenden Pflegeziele,
- Planung und voraussichtliche Dauer der häuslichen Pflege entsprechend der Einstufung (Pflegestufe),
- Maßnahmen des Fachpersonals der Gesundheitsberufe, einschließlich möglicher weiterer fachärztlicher Beratungen,
- Sozial relevante Maßnahmen,
- Häufigkeit der Hausbesuche der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes,
- Zeitpunkte der gemeinsamen Überprüfung während des Zeitraums der Erbringung der Leistungen und eventuelle Überarbeitungen des integrierten Betreuungsprojekts,
- Zuständigkeiten und Aufgaben der oder des Verantwortlichen für die Übernahme und die beteiligten Bezugspersonen,
- Zuständigkeiten und Aufgaben der Bezugsperson aus der Familie (caregiver);
- Genehmigung und Unterzeichnung durch die Patientin oder den Patienten und/oder einen Familienangehörigen und/oder gesetzlichen Vormund.

2. Informatisches System für die Hausbetreuung

Das Informatische System für die Hausbetreuung hat das Ziel, den Prozess der Hausbetreuung zu informatisieren sowie die Datenerfassung, die für die Erstellung des SIAD-Flusses erforderlich ist, zu verwalten.

Dieser Prozess gliedert sich in folgende Phasen:

1. Meldung und Bewertung der Übernahme der Person,
2. Übernahme der Person mit Einstufung der Intensität und des Pflegebedarfs, insbesondere:
 - a. Hausbetreuung: mit zusätzlicher Klassifizierung in integrierte Hausbetreuung, Hauskrankenpflege, programmierte Hausbetreuung,
 - b. Palliativ-Hausbetreuung UPC-DOM: mit zusätzlicher Klassifizierung in palliative Hausbetreuung auf Ebene der Grundversorgung und spezialisierter Palliativversorgung.

Zum Zeitpunkt der Übernahme werden verpflichtend die im ministeriellen Fluss vorgeschriebenen Informationen abgefragt (z.B.: Entsender, sozio-demografische Daten, Häufigkeit und Anzahl der Besuche des/der AAM/ÄAM /KfW, caregiver, usw.).

3. Ausfüllen des SIAD-Bewertungsbogens, in dem die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten festgesetzt und regelmäßige Neubewertungen verwaltet werden.
4. Ausfüllen der Informationen zu den Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnose) sowie der Anzeichen und Symptome im Falle der Übernahme durch die Palliativ-Hausbetreuung UCP-DOM.

5. Erstellung des integrierten Betreuungsprojekts (PAI) und Namhaftmachung der verantwortlichen Pflegekraft und der Palliativmedizinerin oder des Palliativmediziners im Falle von UCP-DOM.
6. Planung der Hausbesuche durch die Pflegekoordinatorin oder den Pflegekoordinator mittels eines Terminkalenders, der es ermöglicht, nicht abgedeckte Zugänge innerhalb der eigenen Organisationseinheit (Sitz/Sprengel) zu erkennen.
7. Anzahl der Zugänge durch das Pflege- und Palliativpersonal.
8. Verwaltung der Zugänge durch den/die AAM/ÄAM/KfW.
9. Anzahl der Zugänge durch den/die AAM/ÄAM/KfW.
10. Verwaltung der Unterbrechungen der Betreuung.
11. Verwaltung des Abschlusses des Pflegeprozesses.

Derzeit wird die Meldung und die Bewertung der Übernahme der Betreuung der Patientin oder des Patienten ausschließlich im Bereich der „geschützten Entlassungen“, über die dafür vorgesehene Software verwaltet, die in den Krankenhäusern (für die Meldung), in den WONE (für die Bewertung) und in den Bezirken (für die Übernahme) verwendet wird. Meldungen aus anderen Bereichen werden hingegen in Papierform bearbeitet.

Der gesamte Prozess der Hausbetreuung in all ihren Formen, mit Ausnahme der Bereiche, die in die Zuständigkeit des/der AAM/ÄAM/KfW fallen, wird derzeit mittels einer dafür vorgesehenen Plattform erfasst.

Insbesondere klassifizieren der Krankenpfleger oder die -pflegerin die eingegangenen Meldungen, indem sie das richtige Pflegesetting identifizieren und die Übernahme der Person vornehmen. Anschließend werden verschiedene Bewertungsbögen ausgefüllt, mit denen zum einen die für die Erstellung des SIAD-Flusses notwendige Daten erfasst werden und zum anderen das integrierte Betreuungsprojekt PAI erstellt werden kann. Diese Bewertungsbögen werden während des gesamten Zeitraums der Hausbetreuung der Patientin oder des Patienten regelmäßig überprüft.

Innerhalb der Plattform ist es auch möglich, sowohl die Programmierung der Hausbesuche über spezielle Terminkalender als auch die Verwaltung der verschiedenen Hausbesuche durch das Pflege- und Palliativpersonal, jeweils für ihren Zuständigkeitsbereich, vorzunehmen. Ein Teil der klinischen Dokumentation wird jedoch weiterhin in den Sprengeln in Papierform verwaltet.

Schließlich wird auch die Verwaltung von Unterbrechungen der Betreuung, beispielsweise im Falle eines Krankenhausaufenthalts, und der Abschluss des Betreuungsprozesses gewährleistet.

Die administrative Verwaltung der Zugänge und die Meldungen durch die AAM/ÄAM/KfW sind der vorgesehenen Software übertragen. In dieser Software kann ein Arzt oder eine Ärztin, die zur für die Durchführung von Hausvisiten berechtigt sind, die Genehmigung für einen bestimmten Patienten beantragen, indem er einen elektronischen Antrag ausfüllt und dabei auch die Diagnose angibt. Diese Anfrage wird vom zuständigen Personal bewertet und im Falle einer positiven Entscheidung wird eine Meldung in der Software für die Hausbetreuung eingetragen. Anschließend kann der/die AAM/ÄAM/KfW über einen weiteren elektronischen Antrag die am Wohnort der Patientin oder des Patienten erbrachten Leistungen abrechnen.

Die Durchführung der Hausbesuche durch den/die AAM/ÄAM/KfW betreffend, wird die klinische Dokumentation in deren eigenen Kartei erfasst.

Im Hinblick auf die Modernisierung und Rationalisierung der informationstechnischen Instrumente, die den Prozess der Hausbetreuung unterstützen, soll in Zukunft die funktionale Abdeckung der Meldungsphase unabhängig von ihrer Herkunft digitalisiert werden, um den Einsatz von Papierbögen so weit als möglich zu reduzieren. Dies kann durch die Konzentration dieser Funktion in einer einzigen Software oder durch die Verwendung mehrerer integrierter Software-Pakete erfolgen, je nach der Organisationsstruktur, die sich in den kommenden Jahren entwickeln wird.

Dieser Prozess der Informatisierung wird auch eine stärkere Integration mit den entsprechenden Plattformen wie der Elektronischen Gesundheitsakte ermöglichen.

3. SIAD-Informationsfluss

Das Gesundheitsministerium hat mit dem Ministerialdekret vom 17. Dezember 2008 ("Einrichtung des Informationssystems zur Überwachung der Hausbetreuung") den sogenannten SIAD-Informationsfluss eingeführt, der darauf abzielt, einheitliche Informationen über jede einzelne Nutzerin/Bürgerin oder jeden einzelnen Nutzer/Bürger zu erhalten, der Hauspflegedienste der einzelnen Gesundheitsbezirke in Anspruch nimmt.

Bis zum Herbst 2019 gab es in Südtirol kein gemeinsames Informationssystem für die 20 Gesundheitssprengel. Der etwa zweijährige Anpassungsprozess führte zur Einführung der neuen Software für die Hausbetreuung²⁰ mit der das Landesinformationssystem und folglich auch das staatliche SIAD-System korrekt gespeist werden können. Dieser Informationsfluss erfasst die Hausbetreuung, also ein integriertes System von Maßnahmen, Verfahren und gesundheits- sowie sozio-sanitären Tätigkeiten, die Personen zu Hause, entweder in Anwesenheit oder durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen aus der Ferne, mit Übernahme aller Intensitäts-, Komplexitäts- und Dauer der Pflegeintervention, wie in den Artikeln 22, Absatz 3, Buchstaben a), b), c) und d) und 23 des DPCM WBS 2017 vorgesehen, in Übereinstimmung mit dem Dekret vom 17. Dezember 2008 und nachfolgenden Änderungen, die das genannte System einführen, erbracht werden.

Der SIAD-Informationsfluss wurde im Jahr 2023 (Dekret des Gesundheitsministeriums vom 7. August 2023) ausgebaut, um die vollständige Erfassung der Informationen über die Patientinnen und Patienten und die verschiedenen Arten der Hausbetreuung (Hausbetreuung und Palliativ-Hausbetreuung UCP-DOM) zu ermöglichen und um die Überwachung der Zielerreichung der Komponente 1 - Investition 1.2 "Das Zuhause als erster Versorgungsort und Telemedizin" der Mission 6 des PNRR zu gewährleisten. Der Datenfluss umfasst ab 2023 neben den UCP-DOM-Betreuungsübernahmen auch die „Hausbetreuung der Grundstufe“, die aus professionellen Leistungen zur Deckung von Gesundheitsbedürfnissen mit geringer medizinischer, pflegerischer und/oder rehabilitativer Komplexität besteht und wiederholt erbracht wird.

Die gesammelten Informationen betreffen die folgenden Bereiche:

- Meldeamtliche Daten der betreuten Person,

²⁰ Die Software, die etwa 350 Pflegekräften und etwa 100 Krankenpflegeambulatorien zur Verfügung steht, hat bisher die von den/die Krankenpfleger und -innen durchgeführten Besuche vor Ort und die erbrachten Pflegeleistungen zu Hause erfasst. So begann sich eine zentrale Datenbank aller von den Gesundheitssprengeln betreuten Patientinnen und Patienten zu bilden, die die Programmierung der Zugänge und die Abrechnung der erbrachten Leistungen ermöglichte. Dieses Instrument könnte, wenn es entsprechend in Zukunft erweitert wird, zu einer Art "Territorialer Faszikel" werden und das **Individuelle Gesundheitsprojekt** umsetzen.

- Sozio-sanitäre Bewertung bzw. Neubewertung der oder des Betreuten und seiner Pflegebedürfnisse,
- Bereitstellung der Hausbetreuung,
- Unterbrechung der Betreuung,
- Entlassung der betreuten Person.

Die erfassten Arten der Hausbetreuung sind durch gesundheitliche und sozio-sanitäre Maßnahmen gekennzeichnet, die die folgenden vier Kriterien erfüllen:

- die Übernahme der betreuten Person;
- die multidimensionale Bewertung der betreuten Person;
- die Festsetzung eines integrierten individuellen Betreuungsprojektes (PAI);
- die klinische Verantwortung des/der AAM/AÄM, KFW, PM, sofern er/sie dem Sprengel/SSB angehören.

Wenn die oben genannten Kriterien erfüllt sind, müssen dem System auch Informationen betreffend

- die Palliativ- Hausbetreuung, die aus professionellen medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und psychologischen Leistungen, pharmakologischer Betreuung und diagnostischen Untersuchungen für Menschen am Lebensende mit fortschreitenden Krankheiten besteht,
- Fälle von geschützter Entlassung, die darauf abzielen, die Betreuungskontinuität für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die zuvor in einer stationären Einrichtung untergebracht waren,

übermittelt werden.

Andererseits dürfen Informationen über die Leistungen der Hausbetreuung, die weder die Übernahme der Person noch eine multidimensionale Bewertung vorsehen, nicht an das staatliche Informationssystem zur Überwachung der Hausbetreuung übermittelt werden.

Der SIAD-Informationsfluss klammert von der Erfassung außerdem jene Maßnahmen aus, die ausschließlich durch "soziale Unterstützung" für die Person gekennzeichnet sind.

Um eine genauere Überwachung der Hausbetreuung in Südtirol zu ermöglichen, werden einige zusätzliche Informationen erfasst, die über die im staatlichen SIAD-Informationsfluss vorgesehenen hinausgehen. Der Datensatz zum Landes-Informationsfluss ist in den „Leitlinien zum Informationssystem für die Überwachung der Hauspflege “SIAD“ festgesetzt, welche von folgender Website heruntergeladen werden können:

<https://gesundheitsbeobachtung.provinz.bz.it/de/gesundheitsinformationssystem>.

4. Arzneimittel, Medizingeräte und Hilfsmittel

Die Bereitstellung von Medizingeräten, Heilbehelfen und die Verschreibung von Medikamenten für bestimmte Patientengruppen fallen unter die integrative ergänzende Betreuung (Art. 10, DPCM WBS 2017).

Auf Landesebene wurde ein spezifischer technischer Arbeitstisch eingerichtet, der Vorschläge für das neue Organisationsmodell der Medikamentenverabreichung und Verteilung der Hilfsmittel erarbeiten wird. Dieses wird angesichts der steigenden Anzahl von Übernahmen in der integrierten Hausbetreuung eine wesentliche Rolle spielen.

5. Leistungen der integrierten Hausbetreuung für nicht ansässige Personen

Die integrierte Hausbetreuung für Patientinnen und Patienten, die nicht in Südtirol ansässig sind, stützt sich auf Formulare und Kriterien, welche, zusammen mit der Erstellung eines neuen Tarifsystems für die interregionale Mobilität, einer Aktualisierung unterzogen werden müssen.

6. Telemedizin in der Hausbetreuung

Gemäß Dekret des Gesundheitsministeriums im Rahmen des PNRR (MD 29.04.2022, übernommen durch das Dekret des Landeshauptmannes Nr. 9682/2022), das die organisatorischen Leitlinien für das “Digitale Modell für die Umsetzung der Hausbetreuung auf Landesebene” enthält, kann die Hausbetreuung auch durch die verschiedenen Dienste der Telemedizin erbracht werden. Die Telemedizin ist eine Methode zur Bereitstellung von Diensten und gesundheitlichen und sozio-sanitären Betreuungsleistungen von gesundheitlicher Bedeutung aus der Ferne, ermöglicht durch Informations- und Kommunikationstechnologien, und wird von einer sanitären Fachkraft genutzt, um Gesundheitsleistungen für die Patienten oder Patientinnen zu erbringen (Telemedizin sanitäre Fachkraft – Patient oder Patientin) oder Beratungs- und Unterstützungsdienste für andere sanitäre Fachkräfte anzubieten (Telemedizin sanitäre Fachkraft – sanitäre Fachkraft).

Die Telemedizin stellt einen innovativen Ansatz in der Gesundheitsversorgung dar, der bereits in verschiedenen Gesundheitsbereichen etabliert ist. Sie ermöglicht – wenn sie in ein koordiniertes Betreuungsnetz eingebunden ist – die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und -leistungen aus der Ferne durch die Nutzung digitaler Geräte, des Internets, von Software und Telekommunikationsnetzen (siehe Seite 53 des DM 77).

Die Telemedizin unterstützt die Interaktion der verschiedenen Gesundheitsfachkräfte mit dem Patienten oder der Patientin in den verschiedenen Phasen der Bewertung des Betreuungsbedarfs, der Leistungserbringung und der Überwachung der Pflege. Sie erleichtert zudem den Informationsaustausch zwischen Fachkräften und die multiprofessionelle und multidisziplinäre Zusammenarbeit bei einzelnen klinischen Fällen. Sie beinhaltet die Übertragung von Daten und Informationen, einschließlich persönlicher und gesundheitsbezogener Daten und Informationen, in verschiedenen Formaten (numerisch, in Textform, grafisch, multimedial, usw.) und Interaktionsmodi (synchron oder asynchron).

Die Dienste der Telemedizin, die im Zuhause erbracht werden, müssen auf der Grundlage der Bedürfnisse der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten entsprechend den im individuellen Betreuungsprojekt PAI enthaltenen Tätigkeiten geplant und gestaltet werden. Zu diesem Zweck müssen Kriterien für die Aktivierung und Unterbrechung des Dienstes festgelegt werden. Um den Dienst aktivieren zu können, ist die Zustimmung der beteiligten Personen erforderlich. Wenn eine Leistung der Telemedizin nicht als geeignet und wirksam erachtet wird, muss sie auf traditionelle Weise erbracht werden. Das Ziel, die Qualität der Betreuung zu erhöhen und die Gesundheitsversorgung den Bürgerinnen und Bürgern näher zu bringen, hat in der Stärkung der Telemedizin und der Tele-Betreuung einen seiner Eckpfeiler. Ebenso wie jede andere Leistung, die im Zuhause erbracht wird, müssen auch die in der Telemedizin erbrachten Leistungen registriert und abgerechnet werden, um den SIAD-Informationsfluss zu speisen.

Die Aktivierung eines “Betreuungspfad es mittels Telemedizin“ kann erfolgen durch:

- **Das häusliche Umfeld**, in dem alle Akteurinnen und Akteure der wohnortnahen Versorgung (jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich) die Patientin oder den Patienten identifizieren und vorschlagen können, für die oder den der Einsatz von Diensten der Telemedizin angemessen und nützlich zur Integration der häuslichen Pflege ist. Dies kann direkt oder, falls erforderlich, nach Bewertung durch das Team für die multidimensionale Bewertung (UVM) erfolgen, wobei auch die WONE genutzt werden kann, die als Bindeglied zwischen den verschiedenen Diensten und settings fungiert. Die am häufigsten in die Telemedizin-Dienste eingebundenen Berufsgruppen sind Fachärzte/innen, Pflegekräfte, Technikerinnen oder Techniker und AAM/ÄAM²¹.
- **Einer stationären Einrichtung**, in der die Ärztin oder der Arzt in Absprache mit der Pflegekraft die Übernahme des Patienten/der Patientin für die geschützte Entlassung seine Anweisungen und Vorschläge an die WONE meldet, die den Dienst aktiviert und die beteiligten Fachkräfte für die gemeinsame Übernahme benachrichtigt.
- **Aus einem anderen Setting** der wohnortnahen Betreuung: Nach Übernahme in der Einzigen Zugangsstelle (SUAC) und/oder nach einer multidimensionalen Bewertung und/oder nach einer fachärztlichen Visite identifizieren die Ärztinnen und Ärzte oder die Gesundheitsfachkräfte die Person, die durch den Tele-Beratungsdienst betreut werden soll.

Zu den eingesetzten Formen der Telemedizin gehören:

- a) **Tele-Visite**
- b) **ärztliches Tele-Konsilium**
- c) **ärztlich-medizinische Tele-Beratung**
- d) **Tele-Betreuung**
- e) **Tele-Überwachung**
- f) **Tele-Kontrolle.**

Jede Art von Dienstleistung der Fernbetreuung muss im Kontext des Übernahmeprozesses betrachtet werden, der von der Anfrage über die Aktivierung bis hin zur Erbringung des Dienstes reicht.

a) **Tele-Visite**

Es handelt sich um eine ärztliche Tätigkeit, bei der die Ärztin oder der Arzt aus der Ferne in Echtzeit mit der Patientin oder dem Patienten interagiert, auch mit Unterstützung eines *caregivers* oder einer Gesundheitsfachkraft, der sie oder ihn unterstützen kann. Die über die Tele-Visite erbrachten Leistungen zielen darauf ab, der Patientin oder dem Patienten die Betreuungskontinuität durch Verschreibung von Medikamenten, die Anpassung der Therapie,

²¹ Gesundheitsministerium. Systematische Erfassung der Erfahrungen mit Telemedizin im Territorium im Jahr 2018 (letzter Zugriff am 21. Dezember 2021).

die Verschreibung diagnostischer Untersuchungen und die Bewertung bereits durchgeführter Untersuchungen zu gewährleisten.

Die Tele-Visite ist auf die Überwachung der Patientin oder des Patienten beschränkt, also auf die nachfolgenden Visiten nach der Erstvisite. Die Erstvisite muss gemäß den staatlichen Leitlinien (Staat-Regionen-Abkommen vom 17. Dezember 2020, Dokument mit dem Titel „Staatliche Vorgaben für die Erbringung von telemedizinischen Leistungen“) in Anwesenheit erfolgen. Im Gegensatz zu den staatlichen Vorgaben, bei denen die Tele-Visite von einer Fachärztin oder einem Facharzt durchgeführt wird, werden in Südtirol auch die Leistungen der AAM/ÄAM/KfW oder anderer Ärztinnen und Ärzte des Hausbetreuungsteams eingeschlossen. Alle Maßnahmen der Ärztinnen und Ärzte des Hausbetreuungsteams (AAM/ÄAM/KfW, andere Ärztin oder anderer Arzt) werden dokumentiert und sind im Faszikel zur Hausbetreuung der Patientin oder des Patienten verfügbar. Sollte die Ärztin oder der Arzt nicht Teil des Hausbetreuungsteams, sein (Facharzt), wird ein Befund erstellt, der in den Faszikel zur Hausbetreuung aufgenommen wird.

Die Aktivierung des Dienstes erfolgt über einen speziellen Terminkalender auf einer spezifischen Plattform, die die vollständige Sicherheit und die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen gewährleistet.

Unverzichtbar für die Durchführung des Dienstes ist eine technologische Grundausstattung (Desktop- oder Laptop-Computer, Tablet oder Smartphone - mit Internetverbindung, Webcam, Mikrofon und Lautsprechern oder Kopfhörern mit Mikrofon, ergänzt durch Instrumente für die Konsultation der klinischen Dokumentation (Befunde, Bilder usw.).

b) Ärztliches Tele-Konsilium

Es handelt sich um eine ärztliche Tätigkeit, die eine Konsultation zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der Grundlage medizinischer Informationen zur Übernahme der Patientin oder des Patienten vorsieht. Ziel des Tele-Konsiliums ist es, die medizinischen Entscheidungen in Bezug auf eine Patientin oder einen Patienten unter den beteiligten Fachkräften zu teilen. Sie dient auch dazu, bei Bedarf eine fachärztliche „Zweitmeinung“ einzuholen. Das Tele-Konsilium kann asynchron erfolgen, also ohne, dass der anfragende Arzt zugeschaltet ist, oder es kann in Echtzeit, in Anwesenheit der Patientin oder des Patienten, durchgeführt werden. In diesem Fall handelt es sich um ein multidisziplinäres Konsilium. Die Interaktion zwischen den verschiedenen Fachkräften kann direkt (über interaktive Terminkalender) oder durch die Unterstützung der WONE erfolgen.

c) Ärztlich medizinische Tele-Beratung

Es handelt sich um eine spezifische Tätigkeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe, nicht unbedingt ärztlich, die aus der Ferne zwischen zwei oder mehreren Fachkräften durchgeführt wird. Sie besteht in der Anforderung von Unterstützung während der Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen, bei dem eine Angehörige oder ein Angehöriger eines der Gesundheitsberufe per Videoanruf Anweisungen für die Entscheidungsfindung und/oder die korrekte Ausführung von Pflegemaßnahmen für die Patientin oder den Patienten gibt. Die Tele-Beratung wird auf Anweisung einer Gesundheitsfachkraft angefordert, die sie für

notwendig erachtet, wobei es sich dabei um eine Ärztin oder um einen Arzt oder um einen Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen handeln kann. Die Informationen zur Übernahme in die Hausbetreuung müssen im Faszikel zur Hausbetreuung enthalten sein, ebenso wie die „Eingangsfrage“, die die Anfrage zur Tele-Beratung ausgelöst hat.

d) Tele-Betreuung

Es handelt sich um eine Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsberufe (Krankenpflege, Physiotherapie, Logopädie usw.), die auf der Interaktion zwischen der Fachkraft und der oder dem Betreuten/caregiver mittels Videoanruf beruht. Ziel dabei ist es, die ordnungsgemäße Durchführung von Pflegetätigkeiten zu Hause zu erleichtern, die im Wesentlichen nach spezifischen Begleitprogrammen für die betreute Person programmiert und wiederholbar sind. Die Tätigkeiten der Tele-Betreuung können mit anderen medizinisch- gesundheitlichen Leistungen, die aus der Ferne oder vor Ort im Rahmen von Diensten, die auf telemedizinischen Systemen fußen, integriert werden; daher kann die Leistung multidisziplinären bzw. multiprofessionellen Charakter annehmen.

Die Maßnahmen der Tele-Betreuung umfassen die Anforderung, die Durchführung, die Kontrolle, die Überwachung, die Supervision, die Änderung und den Austausch von Leistungen und/oder Diensten, Bewertung und Ermächtigung, die aus der Ferne mittels digitaler Dienste erbracht werden²².

Die Tätigkeiten der Tele-Betreuung werden im individuellen integrierten Betreuungsprojekt (PAI) integriert, das in Absprache mit der betreuten Person und, wenn möglich, mit der Familie erstellt wird, wobei deren Aufnahme in die Leitlinien und die Diagnostisch Therapeutischen Betreuungspfade (PDTA) angestrebt wird, mit innovativen Modellen der wohnortnahen sozio-sanitären Betreuung, bei denen die Bürgerin und der Bürger eine aktive Rolle im gesamten Prozess einnimmt.

Die Tele-Betreuung erweist sich als ein geeignetes Organisationsmodell für die Übernahme der betreuten Personen²³.

Die Tele-Betreuung kann mit Maßnahmen der Tele-Überwachung integriert werden.

e) Tele-Überwachung

Es handelt sich um eine Form der Telemedizin, die die kontinuierliche Erfassung und Übertragung von Vital- und klinischen Parametern aus der Ferne mittels Sensoren ermöglicht, die mit der Patientin oder dem Patienten interagieren (biomedizinische Technologien mit oder ohne anzubringenden Hilfsmittel). Die zertifizierten technologischen Geräte müssen mit einer Zentrale verbunden sein, die die gesammelten Daten erfasst und speichert. Das Ziel der Tele-Überwachung ist die langfristige Überwachung der erfassten Parameter, mit dem Vorteil, dass die Erfassung der Parameter häufiger und gleichmäßiger als bisher möglich ist. Weitere

²² Gesundheitsministerium “Staatliche Anweisungen für die Erbringung von Leistungen und Diensten der Tele-Rehabilitation von Seiten Angehöriger der Gesundheitsberufe” („*Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di Teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie*“) vom 9. April 2021. Veröffentlicht unter p-1-csr-atto-rep-n-231-18nov2021.pdf (statoregioni.it).

²³ Apuzzo L, Pandolfi D, Martini L. “*L’infermiere e la teleassistenza. Una Revisione narrativa della letteratura*”. Infermiere Oggi 2022; 4-14. “Der Krankenpfleger und die Tele-Betreuung. Eine erzählende Revision der Literatur.”

Vorteile bestehen in der Möglichkeit die Therapieadhärenz zu überprüfen, und die Notwendigkeit für die Patientin oder den Patienten, ambulante Kontrollen durchzuführen, verringert wird²⁴.

Der Antrag für die Tele-Überwachung kann von einem/r AAM/ÄAM oder einem/r KfW oder einer Fachärztin/einem Facharzt gestellt werden, der/die die Notwendigkeit sieht, die Parameter des Patienten aus der Ferne zu überwachen. Die Tele-Überwachung muss im individuellen Betreuungsprojekt PAI aufgenommen werden, um die Harmonisierung der Maßnahmen, der Hilfsmittel und der mit/für den Patienten und die caregiver festgelegten Ziele zu ermöglichen.

Die Tele-Überwachung kann in den Telemedizin-Plattformen und in den Faszikel zur Hausbetreuung einfließen.

Die Bereitstellung der verschriebenen Geräte und die Schulung der Patientinnen und der Patienten/caregiver obliegt dem Gesundheitspersonal, das die Patientin oder den Patienten betreut, während das Dienstleistungszentrum für den Zugang zur Plattform, die Einstellung der Schwellenwerte, die technische Unterstützung und den Helpdesk-Service zuständig ist.

Die Technologien, die im Zuhause verwendet werden, sind je nach dem von der Ärztin/vom Arzt angegebenen klinischen Bedarf unterschiedlich, müssen mit dem Softwaresystem verbunden sein, das die Sensordaten sammelt, sie bei Bedarf mit anderen Gesundheitsdaten integriert und den Fachkräften des telemedizinischen Dienstes gemäß den festgelegten organisatorischen Modalitäten zur Verfügung stellt. Das System der Tele-Überwachung, welche um die ärztliche Tele-Kontrolle und das fachärztliche Tele-Konsilium ergänzt werden kann, ist immer in das telemedizinische System integriert, das die notwendigen Gesundheitsleistungen für die Patientin oder den Patienten gewährleistet. Der Einsatz von Tele-Überwachung erfordert außerdem ein Referenzdokument (Protokoll, Pfad), das die Kategorie der geeigneten Patientinnen und Patienten, die verfügbaren Instrumente der Tele-Überwachung und die Definition bestimmter zu überwachender Parameter sowie die Interventionsmaßnahmen in Bezug auf die erfassten Werte und somit den Pfad für die Verwaltung von Alarmzeichen festlegt, einschließlich der an den Interventionen beteiligten Fachkräfte (Anruf des zuständigen Krankenpflegepersonals oder Arztes/in, häusliche Zugänge des/der zuständigen Krankenpflegers -pflegerin oder Arztes/Ärztin, Tele-Visite, Aktivierung des Notrufs 112 usw.). Die Verwaltung der von der Plattform generierten Alarme kann neben dem Betreuungsteam auch die WONE übertragen werden.

f) Tele-Kontrolle

Die ärztliche Tele-Kontrolle ist eine Tätigkeit, die von der Fernüberwachung der Patientin oder des Patienten mittels digitaler oder anderer Geräte, auch jener im Besitz der oder des Betreuten (z.B. ein Videoanruf) gekennzeichnet ist, um den klinischen Verlauf zu kontrollieren. Es findet eine gemeinsame Nutzung von klinischen Daten, die bei der Patientin oder beim Patienten, sowohl vor als auch während des Videoanrufs gesammelt werden, statt. Die

²⁴Staatliche Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der Telemedizin "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*", Rep. Atti Nr. 215/CSR

Telekontrolle endet mit einem Befund oder einem Bericht. Die Tele-Kontrolle kann bei bereits diagnostizierten Erkrankungen angefordert werden und wird vom oder von der AAM/ KfW oder der Fachärztin oder dem Facharzt für einen bestimmten Zeitraum verordnet. Zudem ist ein Referenzdokument (Protokoll, Pfad) vorgesehen, in dem das Profil der geeigneten Patientinnen und Patienten, die zu überwachende Parameter, die Daten, die in die klinische Dokumentation eingetragen werden müssen, die Interventionsmaßnahmen und die Verwaltung von Alarmmeldungen, einschließlich der an den Interventionen beteiligten Fachkräfte, (Arzt/Ärztin, zuständiges Krankenpflegepersonal usw.) festgelegt sind. Der Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten (z.B. Videoanruf, Telefonkontakt usw.) muss von der Ärztin oder vom Arzt je nach Fall und wie im integrierten Betreuungsprojekt (PAI) geplant und durchgeführt werden.

Die Tele-Kontrolle erfolgt durch den aktiven Beitrag der Patientin oder des Patienten/*caregivers*, die oder der den Fachkräften über eine digitale Plattform Daten zu ihrem oder seinem Gesundheitszustand (z. B. Fragebögen, Symptome, physiologische Parameter, körperliche Betätigung, Ernährung, Einhaltung der medikamentösen Therapie usw.) zur Verfügung stellt, sowie durch eine Zentrale, die die im Rahmen der Tele-Kontrolle gesammelten Daten erfasst und speichert. Die Bereitstellung der verschriebenen Geräte und die Schulung der Patientin und des Patienten und/oder *caregivers* liegt in der Verantwortung des Gesundheitspersonals, das die Patientin oder den Patienten betreut, gegebenenfalls unterstützt durch technisches Personal für die Installation und Inbetriebnahme der Geräte. Eine Funktionalität für die Tele-Kontrolle kann in die telemedizinischen Plattformen und in den Faszikel zur Hausbetreuung integriert werden.

Der Zugang zur Plattform und die Einstellung der Schwellenwerte werden vom Dienst für Telemedizin bereitgestellt, welches auch technische Unterstützung und einen Helpdesk-Service der zweiten Ebene (technischer Support) bei Bedarf (über festgesetzte Kanäle, Zeiten und Tage) bietet. Die Verwaltung der von der Plattform generierten Alarmmeldungen, wie sie im Rahmen des individuellen Betreuungsprojekts (PAI) personalisiert wurden, obliegt je nach Komplexität des Falls dem Pflgeteam oder der WONE im Falle von Patientinnen und Patienten, die zwischen verschiedenen Pflegesettings wechseln.

Die Informationen, die im Rahmen der Tele-Kontrolle gesammelt werden, müssen – im Sinne der Einbeziehung der Patientin oder des Patienten – auch dieser oder diesem selbst und/oder dem *caregiver* zur Verfügung gestellt werden.

7. Administrative Verwaltung der Betreuungsabläufe

Die Anträge auf programmierte Hausbetreuung und integrierte Hausbetreuung sind beim Dienst für Basismedizin des zuständigen Gesundheitsbezirks einzureichen. Der Antrag auf integrierte Hausbetreuung wird von dem/der AAM/ÄAM/KfW der Patientin oder des Patienten, von den zuständigen Gesundheits- und Sozialdiensten, von der oder dem Verantwortlichen der Krankenhausabteilung bei der Entlassung oder von den

Familienangehörigen der Patientin oder des Patienten gestellt. Der Antrag auf programmierte hingegen wird direkt von dem/der AAM/ÄAM/KfW der Patientin oder des Patienten gestellt. Ungeachtet der Verpflichtungen in Bezug auf die Hausvisiten muss der begründete Vorschlag zur Aktivierung der Hausbetreuung von dem/der AAM/ÄAM/KfW über die **Web-APP**, die für den Südtiroler Sanitätsbetrieb über die URL <https://www.sabes.it/de/aerzte-aerztinnen-fuer-allgemeinmedizin> zugänglich ist, vorgebracht werden. Dabei müssen alle Daten der Patientin oder des Patienten sowie die ICD9-CM-Codierung, die Art der Betreuung, der Zeitraum der Betreuung und die Häufigkeit der Zugänge vor Ort angegeben werden.

Die Anträge auf programmierte Hausbetreuung und integrierte Hausbetreuung werden anschließend vom Dienst für Basismedizin des zuständigen Gesundheitsbezirks geprüft.

Sollte der Dienst für Basismedizin des Gesundheitsbezirks den Antrag des/der AAM/ÄAM/KfW als unangemessen bewerten, wird die Antwort mit Begründung über die Web-APP mitgeteilt. In diesem Fall muss der/die AAM/ÄAM/KfW den Antrag überarbeiten und erneut in die Web-APP eingeben.

Die Dauer, für die der/die AAM/ÄAM/KfW die Hausbetreuung beantragt, darf ein Jahr nicht überschreiten (mit Möglichkeit der Verlängerung). Die Häufigkeit und Art der Hausbesuche des/der AAM/ÄAM/KfW müssen für Anträge für die integrierte Hausbetreuung und Palliativ-Hausbetreuung mit den anderen beteiligten Gesundheitsfachkräften abgestimmt werden, um die Betreuung der Patientinnen und Patienten zu optimieren und eine gemeinsame Betreuung zu gewährleisten.

Der/Die AAM/ÄAM/KfW trägt im Rahmen Betreuungsplans für die integrierte Hausbetreuung und die Palliativ-Hausbetreuung **die klinische und umfassende Verantwortung für die Patientin oder den Patienten**. Im Falle von Palliativ-Hausbetreuung bewahrt der Arzt/die Ärztin für die vom betrieblichen Dienst Hospice und Palliativversorgung betreuten Patientinnen und Patienten das vom Südtiroler Sanitätsbetrieb bereitgestellte Formular für die Zugänge im Zuhause des Patienten auf, in anderen Fällen wird die Dokumentation in der Arztpraxis aufbewahrt.

Die Hausbetreuung kann jederzeit sowohl von dem AAM/ÄAM/ vom/von der KfW oder auch vom Südtiroler Sanitätsbetrieb mit einer begründeten Entscheidung und einer Vorankündigung von mindestens 7 Tagen ausgesetzt werden, wobei in jedem Fall die sozio-sanitären Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten berücksichtigt werden.

Zusätzlich zur üblichen Vergütung erhält der/die AAM/ÄAM/KfW die im Gesamtstaatlichen Kollektivvertrag und im Landeszusatzvertrag vorgesehene Vergütung. Die Zugänge des/der AAM/ÄAM/KfW müssen tatsächlich erfolgen und die im vereinbarten Programm festgelegten Intervalle eingehalten werden. Nur in begründeten Ausnahmefällen behält sich der Dienst für Basismedizin vor, nicht vorher angeforderte und genehmigte Zugänge zu bewerten. Die Vergütung wird im Falle eines Aufenthaltes in einer Gesundheits- oder Sozialeinrichtung, bei einem Arztwechsel und wenn die ursprünglich bewerteten klinischen Bedingungen nicht mehr bestehen, sofort eingestellt.

Für die Abrechnung der Vergütungen erfasst der/ die AAM/ÄAM/KfW die Daten der Patientin oder des Patienten und die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Zugänge **innerhalb des 10. Tages des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Leistung erbracht wurde**, über die Web-APP, auf der Grundlage der vereinbarten Vorgaben. Die von der Ärztin oder vom Arzt dem Dienst für Basismedizin gemeldete Anzahl der Zugänge muss mit der Anzahl der Zugänge

übereinstimmen, die der Arzt/die Ärztin auf dem Formular für die Zugänge im Zuhause der Patientin oder des Patienten oder in der Arztpraxis vermerkt hat. Bei Abweichungen gilt das, was im Formular für die Zugänge im Zuhause der Patientin oder des Patienten vermerkt ist. Sollte der/die AAM/ÄAM/KfW ersetzt werden, muss die ersetzende Ärztin/der ersetzende Arzt den Antrag auf integrierte oder programmierte Hausbetreuung in Papierform beim Dienst für Basismedizin einreichen. Der Dienst für Basismedizin registriert den Antrag auf den Namen der/des für die Patientin oder den Patienten zuständigen vertragsgebundenen Ärztin/Arztes und zahlt den Betrag an diese/diesen aus. Es liegt in der Verantwortung der/des vertragsgebundenen Ärztin/Arztes den Betrag an seinen Ersatz zu überweisen. Die Abrechnung erfolgt im zweiten Monat nach der Erbringung der Leistungen, die vom Sanitätsbetrieb dokumentiert werden. Die Überprüfung der tatsächlich erbrachten Leistungen obliegt einer externen Stelle. Etwaige Streitigkeiten in Bezug auf die Hausbetreuung werden der Bewertungskommission übertragen.

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

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

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento	MAYR MICHAEL	21/01/2025 15:40:09
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione	SCHROTT LAURA	21/01/2025 15:09:02
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio	MELANI CARLA	17/01/2025 12:23:16

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	22/01/2025 20:57:03 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

28/01/2025

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

28/01/2025

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 80 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher
codice fiscale: TINIT-KMPRNA71C19D571S
certification authority: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3
numeri di serie: 00DB5FC8
data scadenza certificato: 04/01/2026

Am 28/01/2025 erstellte Ausfertigung

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 80 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago
codice fiscale: TINIT-MGNRSE66H24H612Y
certification authority: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3
numeri di serie: 00C4589D
data scadenza certificato: 03/10/2025

Copia prodotta in data 28/01/2025

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

Ausstellungsdatum

28/01/2025

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

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

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma