


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

Nr. 1331
Sitzung vom 29/11/2016 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Christian Tommasini
Richard Theiner
Waltraud Deeg
Florian Mussner
Arnold Schuler
Martha Stocker

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Landesgesundheitsplan 2016-2020

Oggetto:

Piano sanitario provinciale 2016-2020

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

hat folgende Rechtsvorschriften, Verwaltungsakte und Tatsachen zur Kenntnis genommen:

Das Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“, sieht im Artikel 29 vor, dass das Land für die Festlegung der Kriterien für die Organisation der Dienste und der Tätigkeiten zum Schutz der Gesundheit und für die Finanzierung der öffentlichen und der privaten Gesundheitseinrichtungen, für die fachliche Ausrichtung, die Förderung und die Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen sowie für die Überwachung des Betriebs zuständig ist.

Die Gesundheitsplanung des Landes, welche im Artikel 30 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“ vorgesehen ist, steht der Landesregierung zu. Einer der Schwerpunkte der Planung ist neben den Interventionsplänen mit spezifischen Zielsetzungen zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger und den fachspezifischen Plänen, die für den Schutz der Gesundheit der Bürger bedeutsam sind, der Landesgesundheitsplan.

Der aktuelle Landesgesundheitsplan, genehmigt mit Beschluss der Landesregierung vom 19. Juli 1999, Nr. 3028, bezog sich auf die Jahre 2000-2002.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015, ist das Konzept zur Gesundheitsreform „Gesundheitsversorgung 2020“ genehmigt worden. Dieses Konzept gilt im Rahmen der Neuorganisation der Südtiroler Gesundheitsversorgung als Maßnahmenkatalog für die Umsetzung des Reformprozesses, wobei eine dieser Maßnahmen die Neufassung des Landesgesundheitsplans darstellt.

In der Folge wurde eine aus internen und externen Fachleuten zusammengesetzte Expertengruppe mit der Erstellung des Planentwurfs beauftragt, welche sich zu diesem Zweck auch mehrerer breit angelegter Beteiligungsprozesse (unter anderem Bezirksgesundheitskonferenzen in allen vier Gesundheitsbezirken) bediente.

La Giunta Provinciale

ha preso atto delle seguenti normative, atti amministrativi e fatti:

L'articolo 29 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 “Riordinamento del servizio sanitario provinciale” prevede che spettano alla Provincia la determinazione dei criteri dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute e per il finanziamento delle aziende ed istituzioni sanitarie pubbliche e private, le attività di indirizzo tecnico, di promozione e di sostegno a favore delle istituzioni medesime, nonché il controllo sulla gestione.

La programmazione sanitaria provinciale spetta alla Giunta provinciale, così come stabilito dall'articolo 30 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 “Riordinamento del servizio sanitario provinciale”. Oltre ai programmi di intervento con finalità specifiche a tutela della salute e i piani settoriali aventi rilevanza per la salvaguardia della salute dei cittadini, costituisce uno strumento essenziale della programmazione anche il Piano sanitario provinciale.

L'attuale Piano sanitario provinciale, approvato con delibera della Giunta provinciale del 19 luglio 1999, n. 3028, si è riferito agli anni 2000-2002.

Con delibera della Giunta provinciale del 10 febbraio 2016, n. 171, è stato approvato il documento programmatico della riforma sanitaria “assistenza sanitaria 2020”. Questo documento contiene un catalogo di misure per l'implementazione del processo di riforma. Una delle misure riguarda la rielaborazione del Piano sanitario provinciale.

Di seguito è stato incaricato un gruppo di lavoro, composto da esperti interi e esterni per la stesura del progetto del piano, facendosi aiutare a tal fine da ampi processi di partecipazione (tra cui conferenze sulla salute in tutti i quattro comprensori).

Das daraus hervorgegangene Expertenpapier wurde gemäß Absatz 5 des Artikels 30 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, am 21. Juni 2016 mit Beschluss Nr. 689 von der Landesregierung genehmigt und als Planentwurf des Landesgesundheitsplans 2016-2020 bei der Landesverwaltung, in allen Gemeinden Südtirols und beim Rat der Gemeinden zur öffentlichen Einsichtnahme hinterlegt.

Im Zuge des gemäß Absatz 5 des Artikels 30 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 durchgeführten dreimonatigen Beteiligungsprozesses sind bei der Landesverwaltung an die 400 Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge für den Planentwurf seitens einzelner Bürgerinnen und Bürgern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landesgesundheitsdienstes, Sozialpartner, Patientenorganisationen, Vereinen, Verbänden sowie interessierter Körperschaften und Vereinigungen eingelangt. Sämtliche Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge wurden im Anschluss daran einer fachlichen und inhaltlichen Bewertung unterzogen, welche bei knapp der Hälfte der eingegangenen Vorschläge verschiedene Korrekturen und Präzisierungen im Text des Planentwurfs nach sich zog.

Das Gutachten zum Entwurf des Landesgesundheitsplans 2016-2020 seitens des Rates der Gemeinden (Prot. Nr. 5500/529630 vom 30.9.2016), in welchem der Rat der Gemeinden sein grundsätzliches Einverständnis mit dem Planentwurf bescheinigt, jedoch um die Berücksichtigung einiger Anregungen, Vorschläge und Wünsche, die aus den bei ihm eingegangenen Stellungnahmen von 54 Südtiroler Gemeinden und 3 Bezirksgemeinschaften hervorgehen, ersucht. Die vom Rat der Gemeinden geäußerten Änderungsvorschläge wurden ebenfalls nach fachlicher Überprüfung, weitestgehend übernommen, wobei einige Anmerkungen für andere Planungsinstrumente vorgemerkt bzw. bereits Berücksichtigung in anderen Rechtsakten finden. Auf einige Anmerkungen wird wie folgt noch zusätzlich Stellung genommen:

Tale documento del comitato degli esperti è stato approvato con delibera della Giunta provinciale n. 689 del 21 giugno 2016, come previsto dal comma 5 dell'articolo 30 della legge provinciale del 5 marzo 2001, n. 7. Contestualmente, il progetto del piano sanitario provinciale 2016-2020 è stato depositato nella amministrazione provinciale, in tutti i comuni altoatesini e al Consiglio dei comuni per l'esposizione al pubblico.

Durante i tre mesi del processo di partecipazione, sancito dal comma 5 dell'articolo 30 della legge provinciale del 5 marzo 2001, n. 7, sono stati presentati all'amministrazione provinciale circa 400 osservazioni e proposte di perfezionamento per il progetto del piano da singole persone, collaboratrici e collaboratori del servizio sanitario provinciale, parti sociali, rappresentanze dei pazienti, enti, associazioni nonché enti e le associazioni interessate. Tutte le osservazioni e proposte di perfezionamento sono state sottoposte a una valutazione contenutistica e tecnica con il risultato che quasi la metà delle proposte pervenute sono state accolte nel testo del progetto del piano.

Con il proprio parere motivato (prot.n. 5500/529630 del 30/9/2016), il Consiglio dei Comuni si esprime favorevolmente al progetto del piano, chiedendo tuttavia di considerare suggerimenti, proposte e richieste, contenuti nelle prese di posizione di 54 comuni altoatesini e 3 comunità comprensoriali. Le proposte del Consiglio dei Comuni, dopo una valutazione tecnica, sono stati per la maggior parte accolti, facendo presente che alcune osservazioni verranno inserite da un lato in altri strumenti programmatori e dall'altro sono già contenute in altri atti giuridici. In merito ad alcune osservazioni, si portano in aggiunta le seguenti spiegazioni:

Einbindung der Gemeinden im Landesgesundheitsplan:
 Primär betrifft die Einbeziehung der Gemeinden die Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes, weniger die Versorgungsplanung als solche. Im Zuge der Novellierung des Landesgesetzes Nr. 7/2001 wird diese Mitsprache deshalb durch die Vertretung der Gemeinden im Rat der Vorsitzenden der Bezirksgemeinschaften und im Landeskomitee für die Planung im Gesundheitswesen garantiert. In Bezug auf den Verabschiedungstermin des Landesgesundheitsplanes bleibt die Beteiligung der Gemeinden außerdem weiterhin aufrecht.

Rolle der Ärzte für Allgemeinmedizin. Die Absicht, verstärkt Gesundheitsleistungen von den Krankenhäusern zum Territorium zu verlagern, wird begrüßt. Allerdings ist dies nur dann praktikabel, wenn die Dienste in der angedachten Form im Territorium umgesetzt sind, ehe sie in den Krankenhäusern abgebaut werden:
 Abgesehen davon, dass die Sicherstellung des nahtlosen Übergangs bei der Verlagerung von Diensten und Leistungen im Planentwurf vorgesehen wurde, werden die Maßnahmen für deren Erreichung in einer eigenen Maßnahmenliste im Zuge der Umsetzungsplanung und -priorisierung festgelegt und umgesetzt.

Coinvolgimento dei comuni nel piano sanitario provinciale:
 Il coinvolgimento dei comuni riguarda in primo piano la struttura organizzativa del servizio sanitario provinciale e meno la pianificazione dell'assistenza in quanto tale. Pertanto, il coinvolgimento dei comuni è stato preso in considerazione nella modifica della legge provinciale n. 7/2001, dove i comuni sono componenti nella conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali e nel comitato provinciale per la programmazione sanitaria. Rimane inoltre pur sempre in vigore la partecipazione dei comuni nell'iter per la approvazione del piano sanitario provinciale.

Il ruolo dei medici di medicina generale:
 L'intenzione di trasferire sempre più servizi dagli ospedali al territorio viene apprezzata. Tuttavia tale obiettivo risulta praticabile soltanto nel momento in cui i servizi medesimi saranno stati resi fruibili sul territorio nella forma auspicata, prima dello smantellamento degli ospedali:
 Premesso che nel progetto del piano è previsto il trasferimento coordinato dei servizi e delle prestazioni, le misure per la rispettiva adozione saranno previste in un'apposita lista di misure durante la fase di implementazione e definizione delle priorità del piano.

Es wird vorgeschlagen, die Übergangsbetten als sanitäre Dienstleistung anzusehen, so dass weder der Bürger noch die Gemeinden sich an den Kosten zu beteiligen haben:

Für die Übergangsbetten ist für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten deshalb eine landesweite einheitliche Kostenbeteiligung vorgesehen, weil diese Betten als Dienstleistung im Sozialbereich (ähnlich zu einem Altersheimbett oder der Betreuung zu Hause) anzusehen sind. Mittlerweile ist im Plan zudem eine eigene Bettenkategorie, sogenannte Intermediärbetten („cure intermedie“) zur Entlastung der Akutbetten vorgesehen. Diese Intermediärbetten sind durch eine niederschwelligere medizinische Betreuungsintensität im Vergleich zu den Akutbetten gekennzeichnet. Die Intermediärbetten fallen in den alleinigen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens, da die dort liegenden Patienten im Unterschied zu den Patienten im Bereich der Übergangsbetten noch eine medizinische Betreuung benötigen.

Landesweiter Krankenhausverbund mit Leistungsabstimmung. Die im Plan aufgezeigten Leistungen, welche die einzelnen Krankenhäuser erfüllen sollen, entsprechen jedoch nicht einer wohnortnahen, bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung, sondern eher einem auf das Landeskrankenhaus Bozen ausgerichtete Gesamtsystem:

Das abgestufte Versorgungssystem, welches im Landesgesundheitsplan vorgesehen sind, verdeutlicht die Tatsache, dass die Leistungsprofile der Grundversorgung genau festgeschrieben sind. Der Beschluss der Landesregierung zu den Leistungsprofilen der Gesundheitsversorgungshäuser, Nr. 690 vom 21. Juni 2016, ist integrierender Bestandteil des Landesgesundheitsplans.

Si propone di trattare i letti per ricoveri transitori come servizi sanitari, in modo tale che i cittadini e i comuni sono esenti dalla partecipazione alle spese:

Per i posti letto per ricoveri transitori è prevista una partecipazione alle spese nella stessa misura su tutto il territorio da parte dei pazienti per il motivo che questi posti letto ricadono nell'ambito sociale (sono simili ai letti nelle case di riposo per anziani o all'assistenza domiciliare). Inoltre, nel Piano nel frattempo è stata inserita una nuova categoria di posti letto, i così detti letti per "cure intermedie", funzionali ad alleggerire i posti letto per acuti. Questi posti letto sono caratterizzati da un'intensità assistenziale e di cura medica inferiore rispetto ai posti letto per acuti. I posti letto per le cure intermedie ricadono però sempre nell'ambito sanitario, in quanto i pazienti ivi ubicati diversamente dai pazienti nell'ambito dei posti letto per ricoveri transitori hanno tuttora necessità di un'assistenza medica.

Rete ospedaliera provinciale con il coordinamento delle prestazioni erogate. Le prestazioni elencate nel piano che dovranno essere svolte dai singoli ospedali non corrispondono ad un'assistenza sanitaria decentrata e basata sul fabbisogno ma piuttosto sono focalizzate su un sistema che nel suo complesso è orientato all'ospedale centrale di Bolzano:

Il modello di assistenza sanitaria a più livelli, previsto nel piano sanitario provinciale, sottolinea il fatto che i profili di prestazioni delle strutture ospedaliere di base sono precisamente definite. La delibera della Giunta provinciale n. 690 del 21 giugno 2016, è parte integrante del Piano sanitario provinciale.

Ein Krankenhaus – zwei Standorte: In den Grundversorgungskrankenhäuser sollen für die Disziplinen Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie und Gynäkologie die Primariate erhalten bleiben. Nur dadurch bleibt unter anderem die Attraktivität für Jungärzte gewährleistet:

Der Plan befasst sich mit Leistungen und Strukturen generell und geht insgesamt nicht auf einzelne Primariate ein.

Der hoheitliche Programmierungsakt des Landesgesundheitsplans 2016-2020, der integrierender Bestandteil des vorliegenden Beschlusses ist, ist die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung. Seine Zielsetzung ist es, die hohe medizinische Versorgungsqualität der Südtiroler Bevölkerung zu garantieren und eine bedarfsorientierte und bereichsübergreifende Betreuung zu bieten, die sich an den Grundsätzen der Qualität, Effizienz, Angemessenheit sowie der Sicherheit und Nachhaltigkeit orientiert. Der Planungshorizont für den vorliegenden Landesgesundheitsplan ist das Jahr 2020.

Dies alles vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters fasst die Landesregierung einstimmig, in gesetzlicher Form, folgenden

B E S C H L U S S

1. Der Landesgesundheitsplan 2016-2020, integrierender Bestandteil des vorliegenden Beschlusses, wird genehmigt.
2. Die Landesregierung beauftragt die Abteilung Gesundheit mit der Umsetzung des Landesgesundheitsplans, entsprechend der im Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7 „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“ und im Kapitel 13 des Plans vorgesehenen Verfahren und Modalitäten.
3. Dieser Beschluss beinhaltet keine Ausgaben für den Landeshaushalt des Jahres 2016.

Un ospedale – due sedi: negli ospedali di base per le discipline medicina, chirurgia, ortopedia/traumatologia e ginecologia dovranno essere mantenuti i primariati. Solo in questo modo sarà garantita tra le altre cose l'attrattività dei giovani medici:

Il piano contiene linee generali su prestazioni e strutture. Non menziona invece singoli primariati.

L'atto di alta programmazione del Piano sanitario provinciale 2016-2020, parte integrante della presente delibera, rappresenta la base per la pianificazione e guida dell'assistenza sanitaria. Il fine del Piano è di garantire un'alta qualità nell'assistenza medica per la popolazione altoatesina e di offrire un'assistenza orientata al fabbisogno ed interdisciplinare, assecondando nel suo svolgimento i principi di qualità, efficienza, adeguatezza, sicurezza e sostenibilità. La programmazione del presente Piano sanitario provinciale si estende fino all'anno 2020.

Tutto ciò premesso e sentito il relatore, la Giunta Provinciale, a voti unanimi espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

1. di approvare il Piano sanitario provinciale 2016-2020, parte integrante della presente delibera.
2. di incaricare la Ripartizione Salute con l'attuazione del Piano sanitario provinciale, a seconda i procedimenti e le modalità previsti dalla legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 "Riordinamento del servizio sanitario provinciale" e dal capitolo 13 del piano.
3. Questa delibera non comporta oneri per il bilancio provinciale dell'anno 2016.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE
DELLA G.P.

LANDESGESUNDHEITSP SÜDTIROL 2016-2020

genehmigt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016

GESUNDHEIT 2020
SICHER. GUT. VERSORGT.



INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| Abbildungsverzeichnis..... | 6 |
| Tabellenverzeichnis | 6 |
| Abkürzungsverzeichnis | 6 |
| In Verantwortung | 7 |
| Der Auftrag | 8 |
| Präambel | 9 |
| 1 Einleitung..... | 12 |
| 1.1 Entwicklungen im Gesundheitswesen | 13 |
| 1.2 Epidemiologische Rahmenbedingungen..... | 17 |
| 1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen | 20 |
| 1.4 Ökonomische Rahmenbedingungen | 20 |
| 2 Vision, Zielsetzung und Strategien..... | 23 |
| 2.1 Vision und ethischer Auftrag | 23 |
| 2.2 Zielsetzung und Strategien: die Säulen der Gesundheitsversorgung..... | 23 |
| 3 Governance..... | 28 |
| 4 Prävention und Gesundheitsförderung..... | 29 |
| 5 Wohnortnahe Versorgung..... | 31 |
| 5.1 Rolle der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, der frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte und der Gesundheitsberufe | 33 |
| 5.2 Veränderungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Versorgung..... | 33 |
| 5.2.1 Gestaltung der Leistungserbringung | 33 |
| 5.2.2 Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung..... | 38 |
| 5.2.3 Unterstützung des Selbstmanagements | 38 |
| 6 Soziosanitäre Versorgung – Zielgruppenorientierte Integration der Leistungen | 40 |
| 6.1 Zielgruppe Seniorinnen und Senioren | 40 |
| 6.1.1 Territoriale Anlaufstellen für Pflege- und Betreuungsangebote..... | 40 |
| 6.1.2 Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen | 41 |
| 6.1.3 Gesundheitliche Versorgung in den Seniorenwohnheimen..... | 41 |
| 6.1.4 Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Seniorinnen und Senioren zu Hause und im Rahmen neuer Wohn- und Betreuungsformen | 42 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.1.5 | Einrichtung von Übergangsbetten | 42 |
| 6.2 | Zielgruppe Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und mit psychischer Erkrankung | 42 |
| 6.2.1 | Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienst, Sozialdienst und Bildung bzw. Arbeitseingliederungsdienst | 43 |
| 6.2.2 | Bedarfsgerechte Akkreditierung von Strukturen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen und/oder mit psychischer Erkrankung | 43 |
| 6.2.3 | Festlegung von Standards für die fachärztliche und psychologische Betreuung in den Einrichtungen der Sozialdienste | 43 |
| 6.3 | Zielgruppe Minderjährige | 43 |
| 6.3.1 | Strategischer Plan zur Neudefinition und Erweiterung des Angebots des Südtiroler Netzwerkes Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie | 43 |
| 6.3.2 | Missbrauch von Minderjährigen und sexuelle Gewalt an Minderjährigen | 44 |
| 6.4 | Zielgruppe Frauen und Familien | 44 |
| 6.4.1 | Schwangerschaft/Geburt/Nachbetreuung | 44 |
| 6.4.2 | Gewalt gegen Frauen | 45 |
| 6.4.3 | Integrierte sozio-sanitäre Fallübernahme und Begleitung | 45 |
| 6.5 | Zielgruppe soziale Randgruppen | 45 |
| 7 | Stationäre Versorgung..... | 46 |
| 7.1 | Landesweiter Krankenhausverbund und Leistungsprofile | 46 |
| 7.1.1 | Grundversorgungsleistungen nach Fach | 47 |
| 7.1.2 | Notfallversorgung/Notaufnahme | 48 |
| 7.1.3 | Personalausstattung | 49 |
| 7.1.4 | Leistungsschwerpunkte zusätzlich zur Grundversorgung | 49 |
| 7.1.5 | Umsetzung der Leistungsprofile | 49 |
| 7.2 | Planungsmethodik und Datengrundlagen für die stationäre Versorgung..... | 50 |
| 7.3 | Gesamtbettendarstellung..... | 51 |
| 7.4 | Angebotsplan für die Akutversorgung..... | 53 |
| 7.5 | Angebotsplan für die Post-Akute Versorgung..... | 54 |
| 7.6 | Angebotsplan für Übergangsbetten | 55 |
| 7.7 | Betriebsweite Funktionen..... | 55 |
| 7.8 | Komplexe und einfache Strukturen..... | 58 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 7.9 | Qualität der Leistungserbringung | 58 |
| 7.10 | Klinisches Risiko-Management | 59 |
| 8 | Spezielle Versorgungsthemen | 60 |
| 8.1 | Onkologische Versorgung..... | 60 |
| 8.2 | Psychologische und psychiatrische Versorgung | 61 |
| 8.2.1 | Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) | 62 |
| 8.2.2 | Konzept Klinische Psychologie als abgestufte psychologische Versorgung im Südtiroler Sanitätsbetrieb | 62 |
| 8.2.3 | Betriebsweites Netzwerk des Dienstes für Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychotherapie | 64 |
| 8.3 | Demenzversorgung | 64 |
| 8.4 | Komplementärmedizin | 65 |
| 9 | Länderübergreifende Versorgung | 66 |
| 10 | Medizin-Großgeräteplan | 67 |
| 10.1 | Planungsgrundsätze | 67 |
| 10.2 | Bedarfsorientierte Großgeräteplanung..... | 67 |
| 11 | Innovationsrichtlinie..... | 69 |
| 12 | Begleitmaßnahmen | 71 |
| 12.1 | Personalentwicklung..... | 71 |
| 12.2 | Anreizsysteme..... | 72 |
| 12.3 | IT-Vernetzung..... | 73 |
| 12.4 | Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation | 75 |
| 13 | Planungskreislauf und Aktualisierung des LGP..... | 77 |
| 13.1 | Steuerung der Implementierung des Landesgesundheitsplanes | 77 |
| 13.2 | Weiterentwicklung des Landesgesundheitsplanes | 80 |
| 14 | Zusammenfassung und Ausblick..... | 81 |
| 15 | Literaturverzeichnis | 83 |
| 16 | Anhang A – Angebotsplanung | 84 |
| 17 | Anhang B – Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen | 87 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | | |
|----------------------|---|----|
| Abbildung 1: | Kreislauf der medizinischen Versorgungssicherheit | 10 |
| Abbildung 2: | Finanzielle Mittel zur Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen | 13 |
| Abbildung 3: | Die häufigsten Todesursachen der in Südtirol 2015 verstorbenen Personen..... | 18 |
| Abbildung 4: | Chronische Krankheiten in Südtirol (2015)..... | 19 |
| Abbildung 5: | Aufgabenentwicklung mit Effekt der Kostendämpfung bis 2020 | 21 |
| Abbildung 6: | Der/die Patient/in im Mittelpunkt der drei Grundsäulen der Gesundheitsversorgung | 25 |
| Abbildung 7: | Zukünftiges Governance-Modell | 28 |
| Abbildung 8: | Chronic Care Model nach Ed Wagner (2006) | 31 |
| Abbildung 9: | Chronic Disease Management auf Grundlage der Kaiser Permanente Pyramide | 32 |
| Abbildung 10: | Krankenhausverbund im landesweiten Netz | 46 |
| Abbildung 11: | Anreiz-Prozess..... | 73 |
| Abbildung 12: | Kreislauf Wirkungskette | 78 |
| Abbildung 13: | Schematische Darstellung der Umsetzungssteuerung und Weiterentwicklung des LGPs..... | 80 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Tabelle 1: | Grundversorgungsleistungen nach Fach | 48 |
| Tabelle 2: | Gesamtbettendarstellung | 52 |
| Tabelle 3: | Planungsrichtwerte für die Postakute Versorgung..... | 55 |
| Tabelle 4: | Betriebsweite Funktionen | 56 |
| Tabelle 5: | Planungsrichtwerte GGP | 68 |
| Tabelle 6: | Wirkungskette Landesgesundheitsplan | 79 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|--------------|--|
| Astat | Landesinstitut für Statistik |
| DfA | Dienst für Abhängigkeitserkrankungen |
| DOR | Domizilorientierte Rehabilitation |
| GGP | Großgeräteplan |
| HL7 | Health Level 7 |
| HNO | Hals-Nasen-Ohren |
| HTA | Health Technology Assessment |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| IT | Informationstechnologie |
| LG | Landesgesetz |
| LGP | Landesgesundheitsplan |
| LR | Landesregierung |
| LZP | Langzeitpflege |
| WBS | Wesentliche Betreuungsstandards |
| WHO | World Health Organization |

IN VERANTWORTUNG

Wir leben in einer Zeit noch nie dagewesener Chancen, Möglichkeiten und Entwicklungen in allen Lebensbereichen – gerade auch in der Gesundheit. Fortschritt, Forschung und Innovation bringen auch eine Vielzahl von neuen Chancen und Herausforderungen mit sich: So werden wir immer älter. Doch nicht alle haben das Glück, ihren dritten Lebensabschnitt fit und vital verbringen zu können. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch die Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die für ein möglichst aktives und erfülltes Leben eine regelmäßige medizinische Versorgung brauchen. Gemeinsam mit den rasanten Entwicklungen in der Medizin, den steigenden Bedürfnissen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten, dem europaweiten Ärztemangel und den geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen ist die wachsende Herausforderung der alternden Gesellschaft mit ausschlaggebend für einen neuen Landesgesundheitsplan 2016-2020. Experten aus dem Gesundheitsbereich, Führungskräfte und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in der Landesabteilung Gesundheit und im Südtiroler Sanitätsbetrieb, Patientenorganisationen und Interessensvertretungen, Sozialpartner, Bezirks- und Gemeindevertreter sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger haben sich mit den verschiedenen Handlungsfeldern in den vergangenen Monaten intensiv beschäftigt. Es sind etwa 500 Menschen, die sich rund um die Expertenkernteam in landesweiten Beteiligungsprozessen aktiv mit ihren Anliegen, Vorschlägen und Rückmeldungen eingebracht haben. Ihnen allen gilt mein herzlichster Dank für den engagierten Einsatz für eine gute, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Südtirol.

Der Landesgesundheitsplan „Gesundheit 2020“ ist ein strategisches Planungsinstrument, mit dem wir aufbauend auf der bereits erreichten hohen medizinischen Versorgungsqualität in unserem Land weiterhin Gutes garantieren wollen. Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind in allen modernen Verfassungen verankerte Grundrechte, wobei stets die Würde und die Autonomie des Menschen im Mittelpunkt stehen. Daher stehen hinter diesem technischen Dokument die Menschen, ihre Gesundheit und die Frage, wie wir angesichts der großen Herausforderungen unserer Zeit – demographischer Wandel, chronische Krankheiten, Ärztemangel, hohe Anspruchshaltungen und erforderliche Eindämmung der Kostensteigerungen – eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Südtirolerinnen und Südtiroler für die Zukunft absichern können. Was brauchen wir, um die Menschen zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, mit der richtigen Behandlung in höchstmöglicher Qualität zu versorgen? Wo können der und die Einzelne selber die Verantwortung für seine bzw. ihre Gesundheit übernehmen und im Sinne eines Selbstmanagements und einer Selbstverantwortung dazu beitragen, möglichst lange gesund zu bleiben? Detaillierte Antworten auf diese Fragen liegen dem neuen Landesgesundheitsplan zugrunde, der uns in den nächsten Jahren Leitfaden für die Umsetzung der im breiten Konsens festgeschriebenen Maßnahmen und Anpassungen sein soll – zum Wohle der Menschen unseres Landes und ihrer Gesundheit.

Martha Stocker

Landesrätin für Gesundheit, Sport, Soziales, Arbeit und Chancengleichheit

Bozen, im November 2016

DER AUFTRAG

Die Erarbeitung des vorliegenden Landesgesundheitsplanes erfolgt im Rahmen der **Neugestaltung der Südtiroler Gesundheitsversorgung**, deren Ansätze und Grundausrichtung in der Konzeptbroschüre zu den Leitlinien **„Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“** (genehmigt mit Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015) festgehalten sind. Der **Auftrag** zu dieser Reform des Südtiroler Gesundheitssystems ergibt sich im Wesentlichen aus dem **Koalitionsabkommen** für die Legislaturperiode 2013–2018. Im Abschnitt Gesundheit ist dazu folgendes festgehalten:

„Die regelmäßig durchgeführten Erhebungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zur Effektivität der Gesundheitseinrichtungen stellen dem Südtiroler Gesundheitssystem ein gutes Zeugnis aus und reihen dieses auf gesamtstaatlicher und europäischer Ebene an den vordersten Plätzen. Damit dies so bleibt, muss das Gesundheitssystem den Herausforderungen der Zeit angepasst werden. Dem demografischen Wandel (steigende Lebenserwartung, Anstieg der Anzahl älterer Menschen), den epidemiologischen Veränderungen (Zunahme chronischer Krankheiten, Demenz, psychische Störungen), den geänderten Lebensgewohnheiten bei Bewegung und Ernährung, den sozialen Herausforderungen in Bezug auf postakute Behandlung und Pflege kranker und älterer Menschen (Pflege außerhalb der Familien, Einrichtungen für Kurzzeitpflege) sowie dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt muss im klinischen wie im Pflegebereich Rechnung getragen werden. Im Mittelpunkt stehen dabei selbstverständlich der Mensch und dessen Gesundheit, die im Netzwerk aus Allgemeinmedizin und Krankenhäusern geschützt und vor allem – im Sinne eines eigenverantwortlichen Verhaltens – gefördert werden muss.“

Im Rahmen der Neufassung des Landesgesundheitsplanes galt es, diesen Auftrag in Verantwortung zu übernehmen, zu versuchen, alle angesprochenen Thematiken auszuleuchten, aufbauend auf die Tatbestände die Herausforderungen festzuhalten und die strategischen Ausrichtungen mit den notwendigen Rahmenmaßnahmen zu definieren.

PRÄAMBEL

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist effizient, hochwertig, finanzierbar, vernetzt.

Mit dem Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 sind die Weichen für die Weiterentwicklung der Südtiroler Gesundheitsversorgung gestellt worden. Die darin enthaltenen Zielsetzungen, Strategien und Weichenstellungen haben die nachhaltige gesundheitliche Versorgung der Menschen zum Ziel und bilden daher den Rahmen für dieses Dokument.

Wesentliche Ziele für die medizinische Versorgung der Menschen sind:

- die an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Leistungserbringung aller Dienste,
- die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, **hochwertigen Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung,
- die Sicherstellung der **langfristigen Finanzierbarkeit** des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,
- die **Optimierung der Leistungserbringung** unter bestmöglicher Nutzung von Synergien in allen Bereichen, im medizinischen wie auch im administrativen Bereich sowie
- die **Vermeidung** aller **Organisationskosten**, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen stiften.

**Die Menschen stehen
im Mittelpunkt
des medizinischen
Handelns.**

Um eine möglichst einheitliche und nachhaltige Erreichung dieser Ziele sicherzustellen, ist es notwendig, jede einzelne der drei **Grundsäulen der Gesundheitsversorgung** (Gesundheitsvorsorge, wohnortnahe Gesundheitsversorgung und stationäre Versorgung) durch entsprechende Anpassungen zu stärken und dahingehend zu optimieren, dass die hohe medizinische Versorgungsqualität der Bevölkerung auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

Es gilt zunächst die **Gesundheitsvorsorge** mit dem Ziel der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Schaffung eines einheitlich abgestimmten Leistungsangebotes zur besseren Prävention und zum Schutz der Gesundheit der gesamten Südtiroler Bevölkerung noch stärker zu fördern. Im Rahmen der Stärkung der **wohnortnahen Gesundheitsversorgung** ist die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk ein Schlüsselfaktor für die angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Landesteilen. Ziel hierbei ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung vor Ort zu ergänzen. Des Weiteren ist – zur Aufwertung der wohnortnahen Versorgung – die verstärkte Integration zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich, auch durch die Abstimmung zwischen dem Landesgesundheitsplan und dem Landessozialplan, von entscheidender Bedeutung. Im Bereich der **stationären Versorgung** garantieren das intersektorale Leistungsangebot im Bezirk, ein landesweites Netzwerk aller Krankenhäuser und eine entsprechende Leistungsabstimmung die wirksame und nachhaltige Betreuung und Behandlung aller Patientinnen und Patienten, die im Mittelpunkt des medizinischen Handelns stehen.

ABBILDUNG 1: KREISLAUF DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT



In diesem Sinne stellt der vorliegende Landesgesundheitsplan sowohl eine Vision als auch die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung dar. Er versteht sich als ein **Rahmenplan**, der die Gestaltung der Gesundheitsversorgung mit ausreichend Planungssicherheit ausstattet, gleichzeitig aber so flexibel gehalten ist, dass man zeitnah auf sich verändernde Rahmenbedingungen entsprechend reagieren kann. Die erforderlichen Detaillierungen des Landesgesundheitsplanes erfolgen – unter Einhaltung der Planungsvorgaben und Richtwerte – über gesonderte Fachpläne, deren Ausarbeitung in einem transparenten und partizipativen Ansatz erfolgen und unmittelbar beginnen soll.

Zu diesem Zweck wird empfohlen, den LGP in seinen Umsetzungsphasen einer laufenden, von externen Fachleuten unterstützten Überprüfung zu unterziehen. Dies stellt eine **konsequente Implementierung** des Planes sicher und ermöglicht eine effiziente, innovative und nachhaltige Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Südtiroler Bevölkerung.

Mit der Erstellung des LGP waren sowohl interne als auch externe Experten betraut. Die Arbeitsweise der **Experten-gruppe** lässt sich vor allem auch durch ihre Interdisziplinarität charakterisieren, die sich umfangreicher Planungsgrundlagen bedient und quantitative und qualitative Ansätze kombiniert, um dadurch zu einem möglichst umfassenden Bild der Südtiroler Versorgungslandschaft und zu deren weiterer Verbesserung zu gelangen.

Die genannte Expertengruppe setzte sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Externe Experten:

- **MMag. Wolfgang Bayer (Leitung)**, Geschäftsführer der Wolfgang Bayer Beratung GmbH, Österreich
- **Dr.in Michaela Moritz**, ehemalige Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH
- **Prof. Francesco Longo**, Professor für Public Management an der Universität Bocconi in Mailand

Vertreter des Landes bzw. der Landesabteilung Gesundheit:

- **Dr. Michael Mayr**, Ressortdirektor
- **Dr.in Laura Schrott**, Abteilungsdirektorin
- **Dr. Horand Meier**, Koordinator Klinische Führung in der Abteilung Gesundheit

Vertreter des Sanitätsbetriebes:

- **Dr. Thomas Schael**, Generaldirektor
- **Dr. Oswald Mayr**, Sanitätsdirektor
- **Dr. Robert Peer**, Pflegedirektor
- **Dr. Walter Amhof**, Bezirksdirektor

Die Planung ist auf die Erfahrungen der Experten und die Bedürfnisse der Menschen abgestimmt.

In die Planungsgrundlagen sind insbesondere die Rückmeldungen aus unterschiedlichen **Beteiligungsprozessen** eingeflossen. All diese Rückmeldungen wurden durch die Expertengruppe gesichtet, bewertet und einer weiteren Bearbeitung zugeführt. Zu diesem Zweck wurde in jedem Gesundheitsbezirk eine **Bezirksgesundheitskonferenz** abgehalten. Die zentrale Rolle nahmen hierbei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs und die politischen Stakeholder ein. Die **über 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer** wurden über die Ergebnisse des bisherigen Prozesses und die Konzeptionierung des LGPs informiert und trugen dazu bei, das Planungsdokument mit Inhalt zu füllen, indem sie ihre Sichtweise zu den vorhandenen Themenstellungen einbrachten. Durch diesen Resonanzprozess sammelte die Expertengruppe über 300 Rückmeldungen, die eine wichtige Quelle für die Gestaltung des Landesgesundheitsplans waren. Nach erfolgter Ausarbeitung dieses ersten **Planentwurfs** war es auch den Bürgerinnen und Bürgern, den Gemeinden Südtirols sowie erneut sämtlichen institutionellen und ehrenamtlichen Interessensvertretern im Zuge der gesetzlichen Verabschiedung des Plans möglich, ihre Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge zum Dokument einzubringen. Von den knapp 400 eingegangenen Stellungnahmen konnte ein Großteil zum Zwecke der weiteren Verbesserung und Schärfung des Plans in das Dokument aufgenommen werden.

Einer der zentralen Eckpfeiler der zukünftigen Südtiroler Gesundheitsversorgung zielt auf eine stärkere Vernetzung der Akutversorgung im landesweiten Krankenhausverbund der sieben Krankenhausstandorte. Zur Optimierung der Leistungsabstimmung wurde – zusätzlich zur Arbeit der Expertengruppe – der Prozess für die Gestaltung der **Leistungsprofile** für die Standorte der Grundversorgung in den Landesgesundheitsplan eingearbeitet. Dazu gehören neben den Leistungsprofilen die Ausführungen zur landesweiten Gesamtabstimmung sowie ergänzende Leistungen bzw. Schwerpunktleistungen und Spezialisierungen der Krankenhausstandorte.

Der Landesgesundheitsplan wurde maßgeblich durch die zahlreichen Beiträge und wertvollen Inputs, die im Zuge der Beteiligungsprozesse oder durch schriftliche Eingaben sowie zahlreiche weitere fachliche Diskussionen eingebracht wurden, mitgeformt.

Landesrätin Dr.in Martha Stocker und die Expertengruppe bedanken sich auf diesem Weg bei all jenen, die – in der einen oder anderen Weise – stets konstruktiv und engagiert an der Entwicklung und Gestaltung des vorliegenden Landesgesundheitsplanes beteiligt waren.

1. EINLEITUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist als Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft geplant.

Der Landesgesundheitsplan 2016–2020 (LGP) ist die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in Südtirol. Seine Zielsetzung ist es, die hohe medizinische **Versorgungsqualität** der Südtiroler Bevölkerung unter Wahrung der Würde und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu garantieren und eine **bedarfsorientierte und bereichsübergreifende Betreuung** zu bieten, die sich an den Grundsätzen der **Qualität, Effizienz, Angemessenheit** sowie der **Sicherheit** und **Nachhaltigkeit** orientiert. Die Patientinnen und Patienten sollen am „Best Point of Service“ („besten Ort der Leistungserbringung“) und möglichst wohnortnah betreut werden. Der Planungshorizont für den vorliegenden LGP ist das Jahr 2020. Der LGP ist wie folgt aufgebaut:

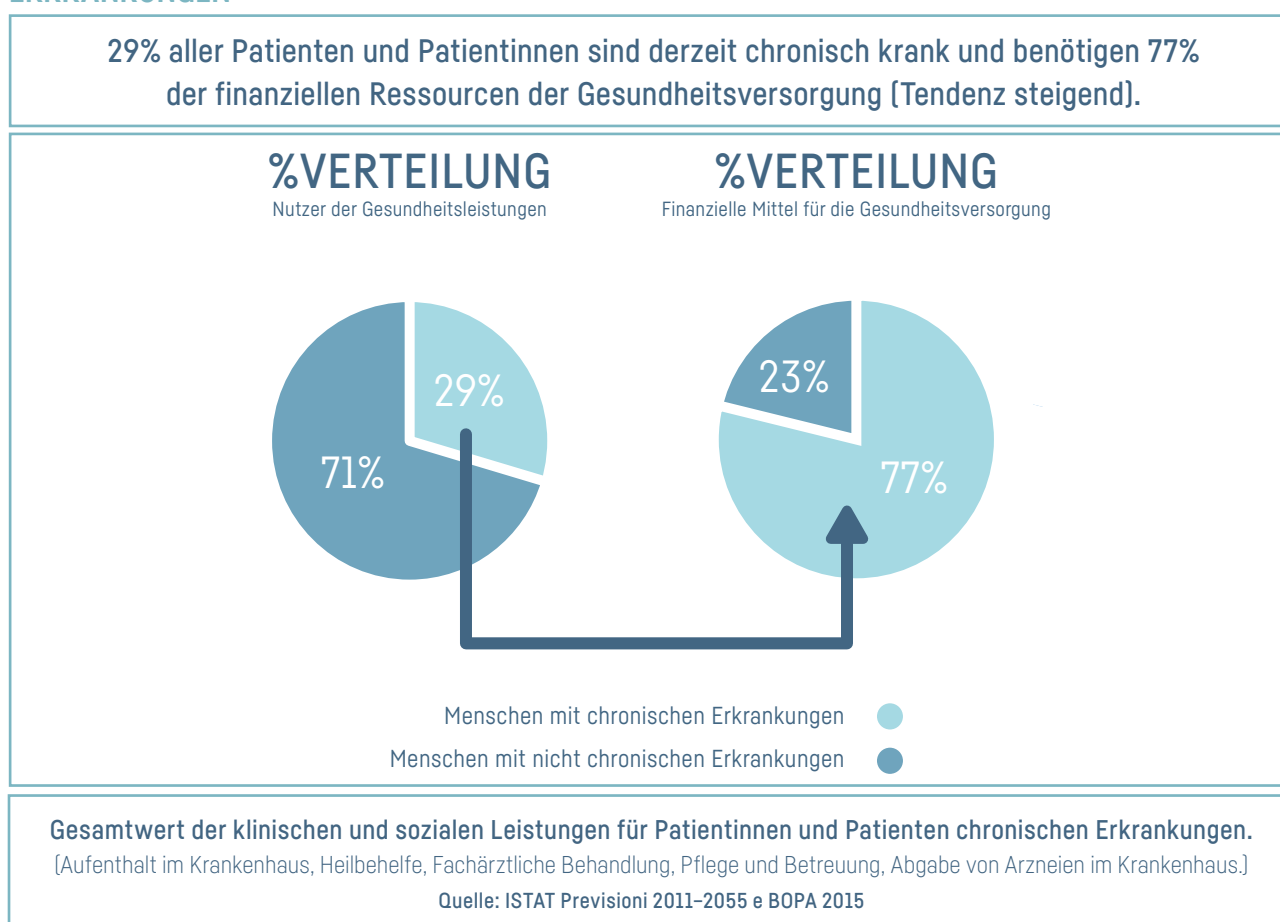
- Kapitel 1** beschäftigt sich mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen, die für die Planung relevant sind. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Entwicklungen in Demographie und Medizin und auf die Auswirkungen der geänderten gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitsversorgung gelegt.
- Kapitel 2** beschreibt einerseits Vision und Zielsetzung, die diesem Plan zugrunde liegen und andererseits die Strategien für deren Erreichung und die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung.
- Kapitel 3** veranschaulicht die Governance-Struktur und den mit ihr im Zusammenhang stehenden Steuerungs- und Informationskreislauf.
- Kapitel 4** beschreibt die elementare Bedeutung der Gesundheitsvorsorge und Prävention.
- Kapitel 5** zählt die Maßnahmen zur Stärkung und Verbesserung der wohnortnahen Versorgung auf.
- Kapitel 6** legt die Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich dar.
- Kapitel 7** umfasst den Angebotsplan für die stationäre Versorgung und die Leistungsprofile der Standorte für die Grundversorgung. Der Angebotsplan für die stationäre Versorgung umfasst sowohl die Planung der akuten als auch der post-akuten Versorgung sowie die damit in Verbindung stehenden Intermediär- und Übergangsbetten. Das Kapitel enthält zudem die Grundsätze für die Regelung hinsichtlich der betriebsweiten Funktionen in den komplexen wie den einfachen Strukturen.
- Kapitel 8** beinhaltet spezielle Versorgungsthemen wie die onkologische und psychiatrische Versorgung sowie die Demenzversorgung.
- Kapitel 9** regelt die länderübergreifende Versorgung.
- Kapitel 10** legt die Planungsgrundsätze für den Medizin-Großgeräteplan fest.
- Kapitel 11** beschreibt die Innovationsrichtlinie.
- Kapitel 12** behandelt Begleitmaßnahmen wie Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung und Bürgerbeteiligung bzw. Gesundheitskommunikation.
- Kapitel 13** beschreibt den Planungskreislauf und regelt die Aktualisierung des LGPs.
- Kapitel 14** fasst zusammen und gibt einen Ausblick über die weitere Vorgehensweise sowie die Implementierung des vorliegenden LGPs.

1.1 ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

In Europa gibt es gemeinsame Tendenzen in der **epidemiologischen Entwicklung**. Dazu gehören die Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung, die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung, die geringe Geburtenrate ¹ oder die zunehmende „Zergliederung“ der Gesellschaft. Diese herausfordernde epidemiologische Situation – eine steigende Zahl von Menschen, die auf Leistungen im Gesundheitsbereich angewiesen sind und gleichzeitig immer begrenztere personelle und nicht mehr so stark gegebene finanzielle Ressourcen – muss bei den Zukunftskonzepten im Gesundheitsbereich berücksichtigt werden.

In Südtirol leben heute etwa 98.000 Menschen, welche über 65 Jahre alt sind. Drei Viertel von ihnen leiden mit zunehmendem Alter an einer oder sogar an mehreren **chronischen Krankheiten**. Im Jahr 2030 werden laut statistischen Prognosen mehr als 140.000 Über-65-Jährige in Südtirol leben, was in weiterer Folge zu einer höheren Nachfrage an medizinischen Leistungen führen wird. Dieser Mehrbedarf wird von der Tatsache unterstrichen, dass die Versorgung der Menschen mit chronischen Krankheiten, welche derzeit 29 Prozent der Südtiroler Bevölkerung ausmachen, bereits heute insgesamt 77 Prozent aller finanziellen Ressourcen des Südtiroler Gesundheitssystems in Anspruch nimmt. Die steigende Anzahl von chronischen Krankheiten erfordert von einem Sanitätsbetrieb mit einem Einzugsgebiet von rund 500.000 Menschen ausreichend Kapazitätsmöglichkeiten, um alle Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten in geeignete Disease-Management-Programme aufnehmen zu können.

ABBILDUNG 2: FINANZIELLE MITTEL ZUR BETREUUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN



¹ Wobei anzumerken ist, dass die Geburtenrate in Südtirol in den letzten Jahren relativ konstant ist und aktuell bei 10,3 Neugeborenen pro 1.000 Einwohner (2015) liegt. Im Vergleich dazu liegt der staatliche Durchschnitt im Jahr 2015 bei 8,0 Neugeborenen pro 1.000 Einwohner. (Quelle: Demografische Indikatoren 2015 – ISTAT)

Die in Zukunft vermehrt ansteigende Multimorbidität erfordert eine **ganzheitliche Versorgung** der Patientinnen und Patienten über verschiedene Fachbereiche und Fachkräfte hinweg, die optimal abgestimmt werden muss, um Doppelgleisigkeiten oder Mehrfachverordnungen zu vermeiden. Dies gilt für alle Gesundheitstechnologien und insbesondere für die Medikamentenverschreibungen.

In diesem Zusammenhang ist auch der rasanten **Entwicklung in der medizinischen Behandlung und Betreuung** Bedeutung beizumessen. Die Fortschritte in Forschung und Innovation tragen dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten immer zielgerichteter, proaktiver und personalisierter betreut werden können. Der **Fortschritt in Diagnose und Therapie** schreitet stark voran, sodass die Möglichkeiten der modernen Medizin inzwischen enorm sind.

Fortschritt und Technologie sind eine Chance zur nachhaltigen Verbesserung der Behandlung und Betreuung.

Im **chirurgischen Bereich** haben sich mittlerweile schonende Operationstechniken etabliert, die es ermöglichen, auch komplexe Eingriffe an unterschiedlichen Organen durchzuführen, ohne große Narben zu hinterlassen. Solche **minimal-invasiven chirurgischen Eingriffe** – welche manchmal auch mit dem Begriff „Knopflochchirurgie“ umschrieben werden – führen zu deutlich weniger postoperativen Schmerzen und versprechen die Reduktion sowohl der Aufenthaltsdauer als auch des Bedarfs an Rehabilitation für die Patientin/den Patienten. All dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten für chirurgische Eingriffe nicht mehr stationär aufgenommen werden müssen, sondern mit hervorragenden Resultaten auch tagesklinisch oder ambulant betreut werden können.

Stellvertretend für die **technologische Weiterentwicklung** in den unterschiedlichen Bereichen sollen an dieser Stelle die robotisierte Chirurgie oder auch die Strahlentherapie Erwähnung finden. Diese Techniken ermöglichen es, mit einer bis dato unerreichten Präzision gewebeschonend zu operieren und damit unerwünschte Nebenwirkungen für die Betroffenen auf ein Minimum zu reduzieren.

Auch der **Fortschritt in der Pharmakotherapie** eröffnet neue Möglichkeiten und stellt unter mehreren Gesichtspunkten eine bedeutende Herausforderung für das Gesundheitswesens dar: unter Anwendung neuer Techniken, wie der Molekularbiologie, der Genanalyse, der Erkennung von Tumorrezeptoren und anderen erhalten die Patientinnen und Patienten Medikamente, die auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmt sind und in ihrer Wirksamkeit die bis dato angewandten Therapien deutlich übertreffen. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eine Vielzahl sogenannter neuer „innovativer Medikamente“ auf den Markt kommt, die einerseits die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten steigern und deren Lebensqualität verbessern, andererseits das öffentliche Gesundheitssystem finanziell stark belasten, sodass in Zukunft besonderes Augenmerk auf Angemessenheit und Wirksamkeit dieser innovativen Produkte zu legen ist.

Hinzu kommt außerdem, dass sich auch die **Erwartungen der Menschen an die Gesundheitsversorgung** in den vergangenen Jahren entscheidend verändert haben. Der Anspruch der besten medizinischen Leistung soll im Idealfall überall und zeitnah vom öffentlichen Gesundheitssystem erfüllt werden. Eine zunehmende Rolle spielen dabei auch die Möglichkeiten, im Internet nach Informationen zu suchen und eine Selbstdiagnose zu treffen: Die Patientinnen und Patienten hinterfragen vermehrt die Ergebnisse medizinischer Diagnose und Therapie und fordern verstärkt eine Zweit- und Drittuntersuchung, dazu weiterführende Be-

Die Erwartungen der Menschen sind hoch.

handlungen und spezielle, oftmals der Anforderung nicht angemessene Leistungen ein. Zudem ermöglicht der medizinische Fortschritt immer mehr personalisierte Leistungen, die mit einer weiteren Kostensteigerung für das öffentliche Gesundheitssystem verbunden sind.

Zukünftige Betreuungsangebote müssen sich daher grundlegend von den Angeboten der Dienste, die konkret auf die Akutversorgung spezialisiert sind, unterscheiden. Die Neuausrichtung dieser Dienste steigert die Qualität für die Patientinnen und Patienten und ermöglicht es den Fachkräften, eine höhere, zielgerichtete Wertschöpfung für die Gesellschaft zu erzielen.

Diese **neue „Landschaft der Dienste“** erfordert eine Aufwertung der Kompetenzen aller und der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Die Krankenhausärztinnen und -ärzte müssen sich auf immer schwerwiegendere und komplexere Krankheitsbilder einstellen. Die Übergangsbetreuung muss lernen, komplexe Patientinnen und Patienten mit hohem soziosanitären Betreuungsbedarf zu begleiten. Im ambulanten Bereich werden komplexere klinische Aufgaben übernommen. Hausärztinnen, Hausärzte und die Hauskrankenpflege müssen Patientinnen und Patienten auch in anspruchsvollen Krankheitsphasen übernehmen. Folgende Aspekte erfordern insbesondere für die territoriale, wohnortnahe Gesundheitsversorgung eine nachhaltige Gestaltung:

Die Komplexität des Versorgungsauftrags fordert alle Gesundheitsberufe.

- der therapeutische wie der technologische Fortschritt ermöglicht eine stärkere wohnortnahe gesundheitliche Versorgung von Menschen mit akuten oder in manchen Fällen auch chronischen Erkrankungen;
- das gehäufte Auftreten der Multimorbidität erfordert komplexere, multiprofessionelle und vor allem koordinierte Versorgungsansätze;
- die zunehmende Veränderung des sozialen Kontextes mit einer steigenden Anzahl alleinlebender Menschen, vor allem auch vor dem Hintergrund des Rückgangs der Tragfähigkeit durch traditionelle Netzwerke, erhöht den Bedarf an professioneller Pflege und erfordert somit eine möglichst ganzheitliche Rundum-Versorgung.

Die „abwartende Medizin“ in den Krankenhäusern agiert derzeit innerhalb der eigenen Grenzen und berücksichtigt die Compliance („Therapietreue“) der Patientinnen und Patienten zu wenig, sobald diese aus dem Akutbereich entlassen werden. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen müssen die Patientinnen und Patienten zeitgerecht in einen risikoadaptierten, auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen fußenden, optimalen diagnostischen wie therapeutischen und gleichzeitig effizienten **Betreuungspfad** eingegliedert werden. Eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe (innerhalb wie außerhalb des Krankenhauses), die laufend überwacht, gesteuert und überprüft wird, ist ein wesentlicher Ansatz, der von der üblichen Kultur und Praxis des Krankenhauses im Akutbereich abweicht.

Parallel zu den epidemiologischen Rahmenbedingungen ändern sich auch die Bereiche der **Informationstechnologie** sowie die Voraussetzungen der **klinischen Organisation**. Die Medizintechnik ist einem radikalen Wandel unterworfen, der die Rahmenbedingungen für die verschiedenen Betreuungsangebote stark verändert.

Die **ambulante Betreuung** gewinnt, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern und High-Tech Behandlungsmethoden, zunehmend an Bedeutung. Klinisch anspruchsvolle und kostenintensive Behandlungen werden immer häufiger ambulant erbracht. Im Gegensatz dazu sind medizinische Akut-Abteilungen mit einer

Die ambulante Betreuung gewinnt an Bedeutung.

hohen Anzahl von älteren und pflegebedürftigeren Patientinnen und Patienten belegt, die eigentlich Bedarf im sozio-sanitären Bereich haben. Das Ziel muss daher sein, ambulante Betreuungsangebote nach Möglichkeit zu fördern und pflegebedürftige Menschen vermehrt wohnortnah zu versorgen.

Die Verbesserung und Förderung der **Patienten-Compliance** hin zu einem angemessenen Lebensstil ist neu zu definieren und noch gänzlich zu entwickeln. Für die Gesundheitsberufe eröffnen sich hier, auch angesichts des Ärztemangels, verschiedene und äußerst interessante Entwicklungsmöglichkeiten, die unterschiedliche Ausbildungswege erfordern.

Um den Nachweis hinsichtlich der „**Clinical Competence**“² erbringen zu können, wird der Südtiroler Sanitätsbetrieb bis 2020 einen in die institutionelle Akkreditierung integrierten Qualitätsnachweis anhand international anerkannter Kriterien und Anforderungen beginnen. Die Fokussierung auf klinisch relevante Prozesse begünstigt auch die Weiterentwicklung und Bündelung der Technologien, sowie deren schnellere Modernisierung und bessere Auslastung und damit schlussendlich die Stärkung der Kompetenz.

Der informierte Patient trägt aktiv zum Erfolg der Behandlungsmethode bei, die sich an modernen medizinischen Erkenntnissen ausrichtet.

Themen im Bereich **Personalführung und Personalentwicklung** haben zukünftig einen großen Einfluss auf die Entwicklung im Gesundheitswesen. Die wachsende Anerkennung der Gesundheitsberufe und deren weiter zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung fördern die Kompetenz der Berufsbilder und die Effizienz im Arbeitsalltag. Der Mangel an Ärzten und Ärztinnen, die sich verstärkt auf präzise klinische Aktivitäten fokussieren müssen, schafft Platz für eine professionelle Entwicklung in vielen Funktionen, welche mit großer Kompetenz von anderen Berufsbildern im Gesundheitsbereich ausgefüllt werden können.

Die Möglichkeit, Aufgaben zu übernehmen, die neue und erweiterte Fähigkeiten erfordern, beinhaltet für jedes Berufsbild im Gesundheitssystem eine große Entwicklungsmöglichkeit, die Motivation und Arbeitsklima positiv beeinflusst. Dabei muss auch die Altersstruktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden. Wichtig ist es, die Innovationsmöglichkeiten als eine menschliche und berufliche Chance zu sehen. Im Einklang mit einem kulturellen und organisatorischen Wachstum der Berufe können letztendlich optimierte Dienstleistungen im Gesundheitsbereich geboten werden.

Die verschiedenen Gesundheitsberufe verstärken und ergänzen sich.

Die **Verknappung von verfügbarem Personal** wird in Zukunft eine große Herausforderung für die Gesundheitsdienstleister auch in Südtirol darstellen. Nicht nur die eingeschränkte Verfügbarkeit von ärztlichem Personal, sondern auch die Verknappung bei verfügbaren Pflegekräften ist bei zukünftigen Planungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

Die Zweisprachigkeitsvoraussetzung und die EU-Arbeitszeitregelung verstärken die Verknappung des Personals.

Hinzu kommt, dass die Südtiroler Absolventinnen und Absolventen von medizinischen Ausbildungen mittelfristig den Bedarf nicht decken werden können, da sich der internationale Wettbewerb der Industrienationen bei der Rekrutierung von

² Klinische Kompetenz.

Fachärztinnen und Fachärzten verstärkt. Die im Falle Südtirols besonders schwierige Arbeitsmarktsituation ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass sich die Auswahl an möglichen Neuanwerbungen aufgrund der Zweisprachigkeitsvoraussetzungen einerseits im Wesentlichen auf Südtiroler Absolventinnen und Absolventen begrenzt, andererseits Fachärztinnen und Fachärzte aus Südtirol gerade wegen ihrer Zweisprachigkeit besonders oft Ziel von Anwerbungen seitens attraktiver Gesundheitseinrichtungen in den umliegenden Ländern und Regionen sind und von diesen gewissermaßen „abgeworben“ werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang die Entwicklung in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die frei wählbaren Kinderärzte, weil viele davon in den nächsten Jahren in den Ruhestand treten werden und die derzeitige Anzahl an Ärztinnen/Ärzten in Ausbildung nicht ausreicht, um die frei werdenden Stellen nachzubeseetzen. An sich begrüßenswerte Trends wie die zunehmende Feminisierung des Arztberufs und die damit einhergehende steigende Nachfrage an flexibleren Arbeitszeitmodellen verstärken diese Verknappung an ärztlichem Personal zusätzlich. Das Land Südtirol und der Südtiroler Sanitätsbetrieb sind deshalb bestrebt, diese sich verschärfende Situation positiv zu beeinflussen, indem eigene Anreize geschaffen (z.B. finanzielle Unterstützung für Jungärzte) und die bürokratischen Rahmenbedingungen erleichtert werden. Solange die Schere zwischen Nachfrage und Angebot von Ärztinnen/Ärzten so weit auseinander geht, wird es notwendig sein, weitere Maßnahmen zu setzen, um die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in jedem Fall sicherzustellen. Dazu gehört auch die Umsetzung einer zusätzlichen Ärzteausbildungsschiene gemeinsam mit dem Bundesland Tirol.

1.2 EPIDEMIOLOGISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Analyse und Beschreibung der epidemiologischen Rahmenbedingungen bietet einen Überblick über den Gesundheitszustand – sowie dessen Determinanten – der Südtiroler Bevölkerung. Eine solche Bestandsaufnahme ist eine wichtige Grundlage für die Gestaltung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Zu diesem Zweck verfasst die Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes einen jährlichen **Landesgesundheitsbericht**, welcher ein umfassendes und analytisches Bild des Gesundheitszustandes der Südtiroler Bevölkerung zeichnet. Der Landesgesundheitsbericht analysiert anhand von epidemiologischen Indikatoren die Verbreitung der relevantesten Krankheitsbilder und die wichtigsten Lebensstil-, aber auch Umweltfaktoren sowie Faktoren des Arbeitsumfelds, welche wesentliche Determinanten der Gesundheit darstellen. Diese Determinanten sind vor allem im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge und Prävention von entscheidender Bedeutung.

**Gesundheitliche
Entwicklungen sind
Grundlage der
Planung.**

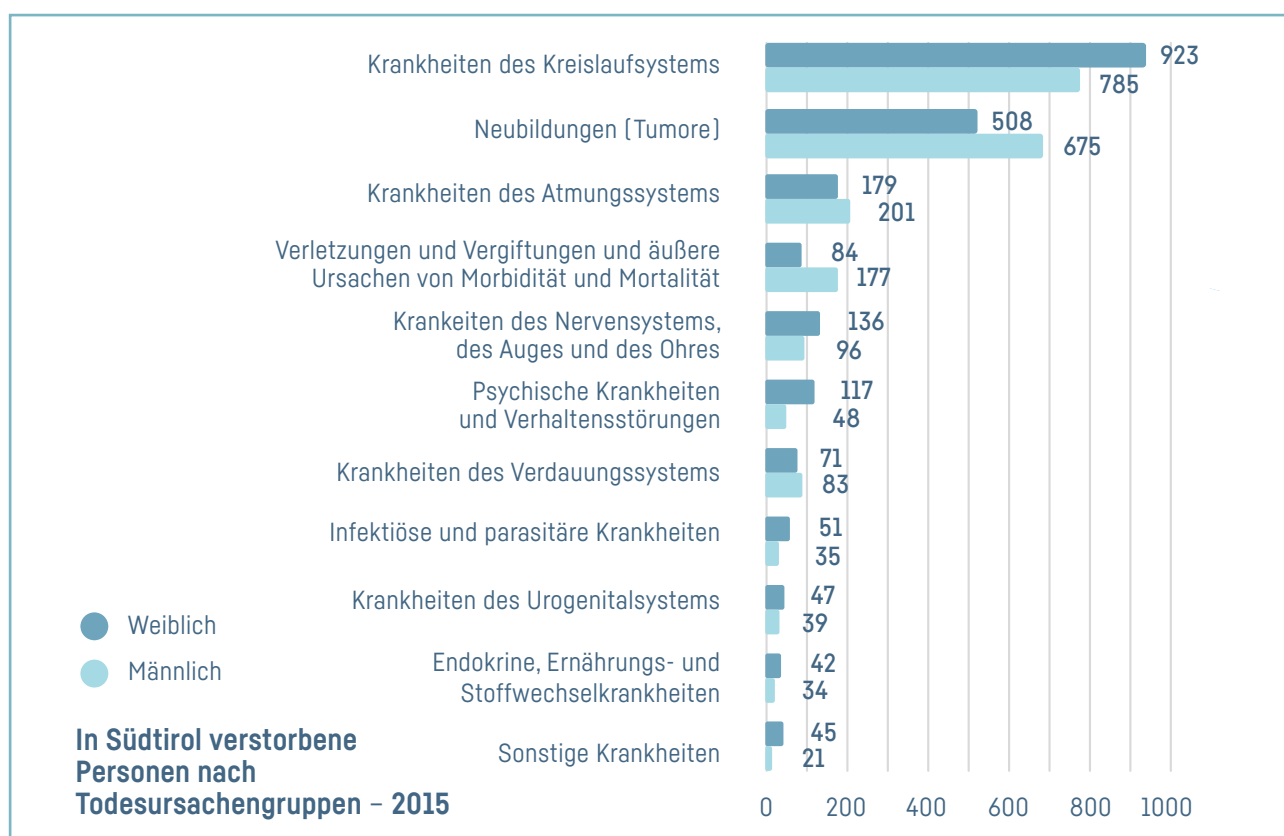
Hinsichtlich des **Gesundheitszustandes** ist anzuführen, dass in Südtirol – gleich wie in den anderen westlichen Gesellschaften – chronisch-degenerative Krankheiten zu einer Veränderung in der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur geführt haben und dass davon auszugehen ist, dass sich dieser Trend aufgrund der Alterung der Gesellschaft weiter fortsetzen wird. Die Notwendigkeit, chronischen Erkrankungen vorzubeugen bzw. sie bedarfsgerecht zu behandeln, ist daher zentral für die Gestaltung der Versorgung.

In diesem Zusammenhang ist die laufende Beobachtung der **epidemiologischen Entwicklung** von entscheidender Bedeutung. Es gilt sowohl Inzidenz- wie Prävalenzwerte der wichtigsten Erkrankungen – auch in Form von Zeitreihen – zu erheben und darzustellen. Zeitreihen ermöglichen die Ableitung und Prognose von Trends und erlauben es somit,

epidemiologische Veränderungen einer Gesellschaft aufzuzeigen. Dadurch ergeben sich wichtige Handlungsfelder und die Ableitung von entsprechenden Maßnahmen für die evidenzbasierte und bedarfsgerechte Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Diese Handlungsfelder sind in weiterer Folge auch im Rahmen der Aktualisierung und Entwicklung des LGPs entsprechend zu berücksichtigen.

Die häufigsten **Todesursachen** der in Südtirol im Jahr 2015 verstorbenen Personen sind in Abbildung 3 dargestellt. Die Abbildung zeigt die häufigsten Todesursachen getrennt nach Geschlecht in absteigender Reihenfolge. Rund ¾ aller Todesfälle entfallen auf die ersten drei Gruppen: „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Neubildungen (Tumore)“ und „Krankheiten des Atmungssystems“. Für weitere 15 Prozent der Todesfälle sind „Verletzungen und Vergiftungen und äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“, „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres“ und „Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen“ verantwortlich.

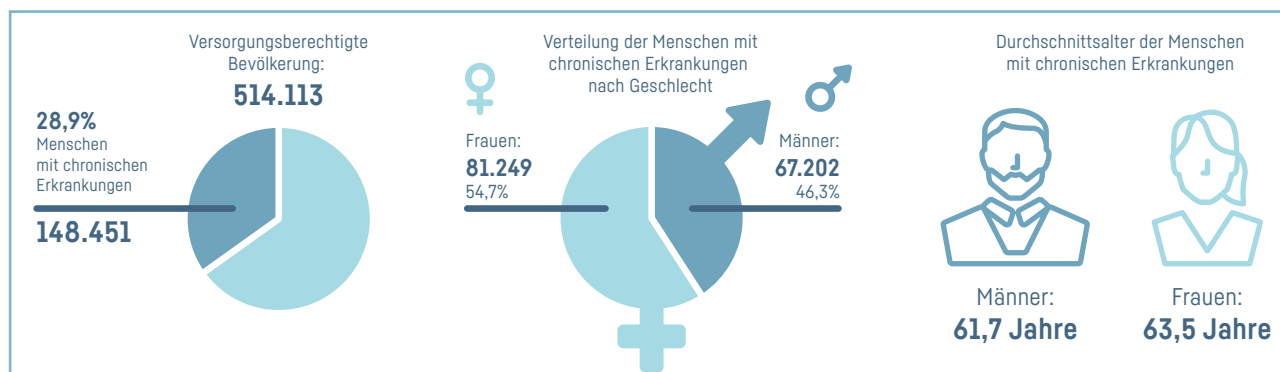
ABBILDUNG 3: DIE HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN DER IN SÜDTIROL 2015 VERSTORBENEN PERSONEN³



Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt erwähnt, haben rund 29 Prozent der Südtiroler Bevölkerung eine chronische Erkrankung, was rund 150.000 Personen entspricht. Insgesamt sind Frauen mit einem Anteil von 54,7 Prozent stärker von **chronischen Krankheiten** betroffen als Männer (45,3 Prozent). Dieser Überhang ist jedoch teilweise der Tatsache geschuldet, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen höher als bei Männern ist und die Wahrscheinlichkeit, von einer chronischen Krankheit betroffen zu sein, mit zunehmendem Alter wächst. Bestätigt wird diese Annahme, wenn man die beiden Geschlechtergruppen der Menschen mit chronischen Erkrankungen anhand ihres Durchschnittsalters miteinander vergleicht: Während die von chronischen Krankheiten betroffenen Männer durchschnittlich 61,7 Jahre alt sind, beträgt das Durchschnittsalter im Falle von Frauen mit chronischen Erkrankungen 63,5 Jahre.

³ Datenquelle: Landesamt für Statistik ASTAT.

ABBILDUNG 4: CHRONISCHE KRANKHEITEN IN SÜDTIROL (2015) ⁴



Chronische Krankheiten haben im Gegensatz zu akuten Erkrankungen häufig keinen eindeutig bestimmbar Ausgangspunkt, sondern entwickeln sich über einen längeren Zeitraum und stellen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem dar. Eine Erkrankung kann zwar chronisch sein, aber dennoch eine akute Komponente aufweisen (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Grundsätzlich nimmt die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen mit dem Alter zu, dennoch sind auch Kinder und junge Menschen davon betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt außerdem die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen auch an mehreren chronischen Krankheiten leiden (Multimorbidität).

Zu den **wesentlichen chronischen Krankheitsgruppen** zählen neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, chronische Herzinsuffizienz, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, etc.) Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) und Stoffwechselkrankheiten wie Typ-2-Diabetes. Als wesentliche chronische Erkrankungen des Verdauungssystems sind die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa) zu nennen. Chronische neurologische Erkrankungen umfassen: Demenz, Parkinson, Epilepsie, Alzheimer und die Multiple Sklerose. Weitere Krankheitsbilder, die in diesem Zusammenhang zu nennen sind, sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, wie rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis), aber auch psychische Störungen werden in Zukunft eine große Herausforderung für alle Gesundheitssysteme darstellen. Auch Suchterkrankungen wie Alkoholismus und Tabakkonsum, die selbst Risikofaktoren für weitere chronische Krankheiten darstellen, sind in diesem Zusammenhang anzuführen. Zusätzlich sind auch „Volkskrankheiten“ wie das häufig durch Fehlernährung und Bewegungsmangel verursachte und immer mehr auch schon im Kindesalter auftretende Übergewicht, chronische Rückenschmerzen oder Migräne in diesem Kontext zu nennen. ⁵

Chronische Krankheiten bedürfen spezieller Aufmerksamkeit. Präventionsprogramme stärken den gesunden Lebensstil.

Auch wenn nicht alle chronischen Krankheiten durch den Lebensstil aktiv beeinflussbar sind, so kommt dem **individuellen Gesundheitsverhalten** doch eine entscheidende Rolle in der Entstehung und dem Krankheitsverlauf von chronischen Krankheiten zu, was wiederum die Wichtigkeit von effektiven Präventionsprogrammen unterstreicht.

Chronische Krankheiten haben nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen selbst, da sich sowohl Körperintegrität als auch Wohlbefinden ändern, sondern auch auf die Ausgaben des Gesundheitssystems und bedürfen deshalb einer speziellen strategischen und planerischen Aufmerksamkeit.

⁴ Datenquelle: epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten.

⁵ Vorliegende Aufzählung soll keine taxative Auflistung aller chronischen Erkrankungen darstellen, sondern lediglich einen Überblick über die wesentlichen chronischen Krankheitsbilder geben.

1.3 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Der „Schutz der Gesundheit“ liegt wie in allen europäischen Ländern auch für Südtirol in primärer Kompetenz des Staates. Deshalb kann sich das Land Südtirol den europäischen und gesamtstaatlichen Richtlinien und den qualitativen, strukturellen, technologischen und quantitativen Standards der medizinischen Versorgung nicht entziehen. Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Qualität und Patientensicherheit sind dabei die Vorgaben, an die sich das Südtiroler Gesundheitssystem halten muss, wenn auch organisatorisch autonom. In diesem Sinne wurde im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Planungsdokuments versucht, allen autonomierechtlichen Spielräumen Rechnung zu tragen, um damit einen zusätzlichen Mehrwert für das Wohl der Patientin/des Patienten zu erreichen.

Jede Planung hat sich
 an den gesetzlichen
 Vorgaben zum „Schutz
 der Gesundheit“
 auszurichten.

Die rechtlichen Grundlagen des vorliegenden LGPs sind demnach nicht nur in verschiedenen **Landesgesetzen**, sondern auch in **staatlichen Gesetzen und Dekreten** enthalten. Anhang B gibt einen umfassenden Gesamtüberblick über die wichtigsten normativen Grundlagen und gesetzlich relevanten Vorgaben, welche bei der Erarbeitung dieses Plandokumentes berücksichtigt worden sind.

1.4 ÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Gesundheitsausgaben des Landes Südtirol belaufen sich derzeit auf rund 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Damit sind die Ausgaben im Bereich Gesundheit je Einwohner in Südtirol höher als in den anderen Regionen Norditaliens, auch wenn Südtirol gemessen an den Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt sich hinter italienischen Nachbarregionen einreicht. Die wirtschaftliche Stärke Südtirols ermöglicht demnach höhere Pro-Kopf-Ausgaben, z.B. in Form von Finanzierungen zusätzlicher Betreuungsstandards auf Landesebene (sogenannter Extra-LEAs). Allerdings ist in diesem Zusammenhang der zukünftigen Entwicklung besondere Beachtung zu schenken. So ist zu erwarten, dass die Gesundheitsausgaben – ohne Gegensteuerungsmaßnahmen – alleine aufgrund der **Teuerung** und der vertraglichen Gehaltsvorrückungen jährlich um ca. 20 Millionen Euro ansteigen werden. Als weiterer wesentlicher Kostentreiber ist der **demografische Wandel**, welcher mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen einhergeht, ins Feld zu führen. Durch die Stärkung der wohnortnahen Versorgung kann diesem Trend zwar entgegengewirkt werden, ein Anstieg der Gesundheitsausgaben ist dadurch in Zukunft dennoch nicht zu vermeiden. Ein wesentlicher Faktor für die erwartete Kostensteigerung besteht zudem darin, dass der bereits eingangs erwähnte **medizinische Fortschritt** den Menschen stets neue und bessere Diagnose- und Therapieformen ermöglicht, welche zahlreiche zusätzliche medizinische Möglichkeiten eröffnen.

Gerade aufgrund der Unvermeidbarkeit der Kostensteigerung ist es notwendig, sämtliche Mehrkosten stets in Relation zu dem von ihnen bewirkten zusätzlichen Nutzen in Form von verbesserter Gesundheit für die Menschen zu setzen. Ein wesentliches Ziel für die Zukunft ist daher die Sicherung der **langfristigen Finanzierbarkeit** des Gesundheitssystems, auch und besonders unter Beachtung des medizinischen Fortschritts.

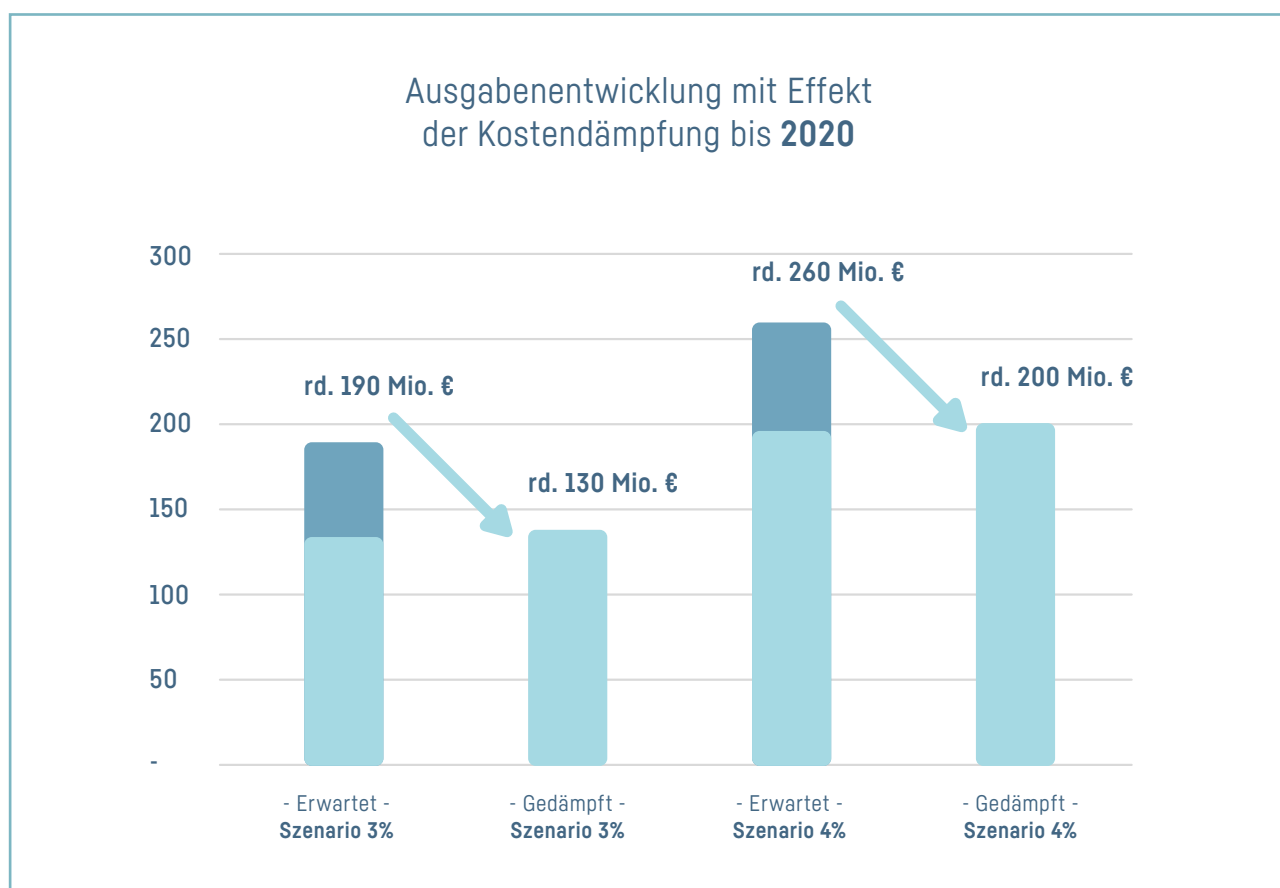
Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es, die medizinische Versorgung laufend weiterzuentwickeln und zu optimieren. Es bedarf hierfür sowohl der **Prozess-** als auch der **Strukturveränderungen**, um die Versorgungslandschaft den neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen des Wandels anzupassen. Dies ist durch die Optimierung des Leistungsange-

bots bei gleichbleibender Qualität, die Generierung zusätzlicher Einnahmen sowie die Optimierung der Verwaltung und der betrieblichen Organisation zu erreichen.

Ausgehend von den genannten Rahmenbedingungen ist zu erwarten, dass die Ausgaben für die Gesundheit bis zum Jahr 2020 jährlich um durchschnittlich 3–4% (rd. 40–50 Mio. Euro Preisbasis 2016) bei „normaler“ Entwicklung zunehmen werden. Im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 ist eine jährliche **Kostendämpfung** ab 2020 in Höhe von 60 Mio. Euro (entspricht rd. 5% der laufenden Gesamtausgaben aus dem Jahr 2015) festgeschrieben. Die kumulierte Veränderung der Ausgaben und der Kostendämpfungseffekt sind in Abbildung 5 – unter der Verwendung der Szenarien eines 3-prozentigen und eines 4-prozentigen Wachstums – dargestellt.

Ziel ist die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung bei Optimierung des Angebots und gleicher Qualität.

ABBILDUNG 5: AUSGABENENTWICKLUNG MIT EFFEKT DER KOSTENDÄMPFUNG BIS 2020



Ohne Berücksichtigung besonderer Zusatzausgaben für Restrukturierungen und sonstige Maßnahmen zur Anpassung an die laufenden Entwicklungen und die Innovationen im Gesundheitswesen (Inbetriebnahme des neues Landeskrankenhauses Bozen, Entwicklung der Ausgaben im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie, spezielle medizinische Entwicklungen im Bereich der Medikamente, Aufbau von Übergangsbetten, Ausbau und Aufwertung der Dienste in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung, etc.) kann durch die beschlossene Kostendämpfung die Ausgabenbasis auf durchschnittliche rd. 2-3% (das sind rd. 25-40 Mio. Euro Steigerungsrate jährlich) in den Jahren 2017 bis 2020 gesenkt werden.

Erste Berechnungen weisen z.B. für den Personalmehrbedarf im Zuge der Stärkung der wohnortnahen Versorgung Zusatzausgaben in Höhe von ca. 9 Mio. jährlich aus, welche zusätzlich zur durchschnittlichen Steigerungsrate von 2-3% anfallen werden. Weitere notwendige Zusatzausgaben sind von der Abteilung Gesundheit des Landes zu prüfen und bei Zustimmung die entsprechenden budgetären Genehmigungsschritte einzuleiten.

Eine zukunftsorientierte Reorganisation ist die Basis zur Sicherstellung des Versorgungssystems.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung in Südtirol nur dann sichergestellt werden kann, wenn laufend Maßnahmen zur Optimierung und Restrukturierung des Versorgungssystems erfolgen. Die Effizienzsteigerung der Prozesse in der medizinischen Leistungserbringung sichert daher nachhaltig die bedarfsgerechte Versorgung der Menschen.

2 VISION, ZIELSETZUNG UND STRATEGIEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG stellt den Menschen in den Mittelpunkt, erhält und verbessert seine Gesundheit.

2.1 VISION UND ETHISCHER AUFTRAG

Das oberste Ziel des Südtiroler Landesgesundheitsdienstes besteht im **Erhalt** und in der **Verbesserung der Gesundheit**, unabhängig vom Bildungsstatus und der Einkommenssituation oder den Lebensumständen aller in Südtirol lebenden Menschen. Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind **Grundrechte** einer jeden Bürgerin/eines jeden Bürgers, weshalb es gilt, diese im Interesse auch der Gemeinschaft so zu verwirklichen, dass stets die **Würde des Menschen** und die **Autonomie der Person** berücksichtigt werden.

Folglich ist die **ethische Dimension** als Grundlage der Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung von herausragender Bedeutung. Es gilt, das ethische Bewusstsein und die ethische Kompetenz bei allen an den Tätigkeiten der Gesundheitsdienste beteiligten Akteuren und Akteurinnen zu stärken und zu entwickeln. Hierbei spielen Initiativen zur gezielten Aus- und Weiterbildung aller Fachkräfte und die Förderung einer interprofessionellen Diskussion über ethische Fragen genauso eine Rolle wie gezielte Maßnahmen zur Förderung der ethischen Bewusstseinsbildung bei der breiten Bevölkerung. Im Rahmen letzterer spielen Initiativen zur ethischen Bewusstseinschärfung von Vereinigungen und sämtlichen anderen Partnern eine herausragende Rolle, vor allem wenn diese auf die Stärkung des Selbstmanagements und der Selbstverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit abzielen. Insofern gilt es, die Bevölkerung durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit in die Lage zu versetzen, die verschiedenen Aspekte der ethischen Fragestellungen zu reflektieren, um somit zu einer autonomen Entscheidungsfindung in Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen zu gelangen.

Eine wesentliche Rolle in der Umsetzung dieser Ziele kommt dem **Landesethikkomitee** zu, welches sich als multidisziplinäres, beratendes Organ der Landesverwaltung und der Politik eingehend mit den ethischen Fragen im Bereich der Medizin und Gesundheitsversorgung auseinandersetzt, Themen und Diskussionen anstößt und Maßnahmen zur ethischen Bewusstseinschärfung im weitesten Sinn in ihrer Umsetzung begleitet.

2.2 ZIELSETZUNG UND STRATEGIEN: DIE SÄULEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Um die obengenannte Vision zu erreichen, bedarf es einer klaren Zielsetzung, die als Basis für die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung dient und auf deren Grundlage Handlungsschwerpunkte und entsprechende Strategien definiert werden können. Zudem sollen Rahmenbedingungen für die Auswahl und Umsetzung konkreter Maßnahmen und Schritte für die zukunftsorientierte Ausrichtung des Südtiroler Gesundheitssystems geschaffen werden.

Im Mittelpunkt des Auftrages steht der Mensch, insbesondere die Ressource Gesundheit, die durch die hohe medizinische Versorgungsqualität gefördert wird. Dabei stehen die **Gesundheitsvorsorge** und die Prävention mit dem Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung und der Schaffung eines einheitlich abgestimmten Leistungsangebotes zur besseren Vorsorge, Förderung und zum Schutz der Gesundheit der gesamten Südtiroler Bevölkerung im Vordergrund. Die salutogenetische Orientierung soll helfen, die krankheitsbedingten Auswirkungen für Menschen mit chronischen und multimorbiden Krankheitserscheinungen zu vermeiden, zu reduzieren oder zielgerichtet zu behandeln.

Im Rahmen der Stärkung der **wohnnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk der Dienstleister als ein Schlüsselfaktor für eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Strategien zur nachhaltigen Gewährung einer qualitativ hochwertigen Versorgungssicherheit

- die gesundheitliche Nahversorgung landesweit gewährleisten;
- hoch spezialisierte Medizin angemessen zur Verfügung stellen;
- Gesundheitsversorgung als System von unterschiedlichen Netzwerkpartnern (öffentlich, privat, ehrenamtlich) gestalten;
- Gesundheitsstrukturen im Miteinander neu ausrichten;
- Führungsverantwortung fordern und fördern;
- für einen verantwortungsvollen Einsatz der Finanzmittel sorgen;
- Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten fördern;
- mehr Partizipation der Patientinnen und Patienten zulassen

Ziel ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung über die wohnortnahen Einrichtungen – im Sinne des Chronic Care Modells⁶ – zu ergänzen. Das Chronic Care Modell umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen. In diesem Zusammenhang ist die integrierte interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe besonders von Bedeutung.

Für die wohnortnahe Versorgung ist die **verstärkte Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich** entscheidend. Im Sinne der Betreuungskontinuität sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der jeweiligen Dienste zu fördern, insbesondere die Organisation von gemeinsamen Weiterbildungen und von dienstübergreifenden Koordinierungstreffen. Die Einrichtung und der sukzessive Ausbau des Leistungsumfangs der Gesundheits- und Sozialsprengel und eine gute Zusammenarbeit der dort vorhandenen Dienste sind ein wichtiger Baustein für eine Versorgung in Wohnortnähe und bieten einen hohen Leistungsstandard.

⁶ Hierbei handelt es sich um einen Bezugsrahmen zur Gestaltung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Für weitere Details sei auf das Kapitel 5 verwiesen.

ABBILDUNG 6: DER/DIE PATIENT/IN IM MITTELPUNKT DER DREI GRUNDSÄULEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



Den dritten Eckpfeiler für ein integriert agierendes Gesundheitswesen bildet ein modernes, gesundheits- und bedarfsorientiertes **landesweites Krankenhausnetz**, das nachhaltig und multidisziplinär agiert. Ein intersektorales Leistungsangebot vor Ort, ein landesweites Netzwerk aller Krankenhäuser und eine einheitlich abgestimmte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung fördern die wirksame und nachhaltige Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Zahlreiche engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen den umfassenden Gedanken der Serviceorientierung nach dem Prinzip des „Best Point of Service“, welches den Patientinnen und Patienten die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort bietet.

All dies hat vor dem Spannungsbogen von steigenden Gesundheitsausgaben zu erfolgen. Ziel muss es sein, eine **nachhaltige** und effektive Finanzierung des Gesundheitswesens auch im Geiste der **Verteilungsgerechtigkeit** sicherzustellen. Vor allem in Zeiten von begrenzten finanziellen Ressourcen ist die ethische Dimension in der Gestaltung und Schwerpunktlegung der Versorgung zu betonen. Hierbei gilt es insbesondere die Bedeutung der medizinischen Bedürftigkeit – gemessen am Schweregrad der Erkrankung und des Behandlungserfordernisses – zu berücksichtigen. Es gilt vor allem, qualitäts- und sicherheitsbewusstes Management der Versorgung unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Resultate zu garantieren und die betriebliche Organisation und Verwaltungsstruktur effizient zu gestalten.

Bedarf berücksichtigen. Angemessenheit garantieren. Wirksamkeit überprüfen.

Das Hauptaugenmerk ist insbesondere auf die Wirksamkeit und Effizienz der Leistungserbringung und deren Programmierung nach tatsächlichem **Bedarf** zu legen und in diesem Zusammenhang auch die **Angemessenheit** der Versorgung in der Gestaltung des Systems als wesentliche Determinante zu berücksichtigen. Die Beurteilung der Angemessenheit ist eine grundlegende Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Verortung der Gesundheitsleistungen sowohl im wohnortnahen als auch im stationären Bereich. Bei der Beurteilung der Angemessenheit reicht die Analyse der bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen nicht aus. Bei der Verortung und Umschichtung des Leistungsangebots spielt in der Programmierung und Umsetzung der Maßnahmen auch eine Rolle, ob die Einrichtung im Einzugsgebiet beispielsweise über wohnortnahe Angebote verfügt, die zur Entlastung des stationären Bereichs beitragen können.

Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten bestmöglich im Sinne der **Bedarfsgerechtigkeit** am „**Best Point of Service**“ und unter gleichzeitiger Berücksichtigung angemessener Wartezeiten zu versorgen. Dies muss nicht notwendigerweise im stationären Bereich erfolgen. Vielmehr gilt es einerseits, neue, innovative und wohnortnahe Modelle der Gesundheitsversorgung vor Ort im Rahmen eines abgestuften Versorgungssystems zu entwickeln und zu fördern, andererseits die stetig wachsenden medizinischen und technologischen Möglichkeiten in der ambulanten und tagesklinischen Betreuung immer dann zu nutzen, wenn dadurch unangemessene stationäre Aufenthalte zum Wohle der Patientin/des Patienten vermieden werden können.

Die Menschen zur richtigen Zeit am richtigen Ort richtig versorgen.

Des Weiteren soll ein breites Spektrum an Aktivitäten im Bereich der **medizinischen Forschung**, insbesondere der klinischen und angewandten Forschung, gefördert werden. Die Forschung muss auf wirksame Weise auf die Bedürfnisse des Gesundheitssystems in Südtirol eingehen und die bestehenden Institutionen und Leistungserbringer in einem Netzwerk zusammenschließen. Weiters sollen die Kontakte im In- und Ausland sowie die internationalen Verbindungen genutzt werden, um Synergien zu schaffen. Die Förderung und Neustrukturierung der

Forschung im internationalen Netzwerk schafft Synergien.

klinischen Forschung innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist Eckpfeiler dafür, Innovation zu fördern und sicherzustellen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen den neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung kennen und zum Zwecke einer verbesserten Patientenbetreuung anzuwenden vermögen. Ein besonderes Augenmerk wird in diesem Zusammenhang auf die Altersforschung gelegt: Ziel hierbei ist die fachdisziplinenübergreifende Erörterung einer Reihe von wissenschaftlichen Fragestellungen, bei denen die gesellschaftlichen, psychosozialen und ethischen Aspekte in der Altersforschung genauso eine Rolle spielen wie die herkömmlichen medizinischen Fragen (z.B. regenerative Medizin).

Bereits begonnene Forschungsstudien, welche einen nachweislichen Mehrwert bzw. Nutzen für die Südtiroler Bevölkerung erbringen, werden auch in Zukunft fortgesetzt. Konkrete Beispiele hierfür sind die Forschungsarbeiten rund um die „Bruneck-Studie“, die „CHRIS-Studie“ der EURAC oder auch die Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Neurorehabilitation.

Als Vorsorgestudie im Bereich Epidemiologie, Pathophysiologie sowie Prävention verfolgt die „**Bruneck-Studie**“ seit ihrer erstmaligen Durchführung im Jahre 1990 das Ziel, die Entwicklung verschiedener Erkrankungen anhand der laufenden Beobachtung des Gesundheitszustandes einer repräsentativen Gruppe von Personen in fortgeschrittenem

Alter aus der Umgebung von Bruneck prospektiv zu analysieren. Forschungsschwerpunkte bilden hierbei folgende Erkrankungen: Gefäßalterung/Arteriosklerose, Herz- und Hirngefäßerkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen, metabolisches Syndrom, Ernährung/Mikrobiom, Erkrankungen des Bewegungsapparates. Gleichzeitig untersucht die Studie die Auswirkungen von Lebensstil und Lebensqualität auf die menschliche Gesundheit, sowie die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Bereich der kardiovaskulären Vorsorge.

Im Rahmen der „**CHRIS-Studie**“ hingegen arbeiten spezialisierte Ärztinnen und Ärzte am Zentrum für Biomedizin an der „EURAC“ in Zusammenarbeit mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb daran, die umweltbedingten und genetischen Ursachen und Faktoren für die in Südtirol am meisten verbreiteten Erkrankungen zu erforschen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Herzkreislauferkrankungen, neurologischen und Stoffwechselerkrankungen sowie auf Krebserkrankungen. Die Forschungsergebnisse besitzen nicht nur einen großen fachlichen Wert für die internationale Wissenschaftsgemeinschaft, sondern kommen dank der Möglichkeit zur Verbesserung der frühzeitigen Diagnose und Behandlung von Krankheiten der Südtiroler Bevölkerung auch auf direktem Wege zugute.

Nennenswert ist schließlich auch die Zusammenarbeit des Landes Südtirol mit der Forschungseinheit für die **Neuro-motorische und Kognitive Rehabilitation** an der Universität Verona, welche ihre Schwerpunkte in der Erhebung von Auswirkungen der medikamentösen Behandlung im Bereich der Neurorehabilitation, im Einsatz der Robotik und in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit neurologischer Behinderung hat.

Einen ebenso strategischen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung besitzt die stärkere Berücksichtigung der **Gender-Medizin**. Diese wirft einen geschlechtssensiblen Blick auf verschiedene Erkrankungen und berücksichtigt dabei sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte von Frauen und Männern. Im Mittelpunkt stehen Ungleichheiten in Prävention, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen. Viele Erkrankungen kommen bei Frauen und Männern unterschiedlich häufig vor, zeigen geschlechtsspezifisch zum Teil unterschiedliche Symptome und sprechen auf dieselben Therapien unterschiedlich an. Das Geschlecht kann ein Risikofaktor für die Entwicklung einer bestimmten Erkrankung sein, kann aber auch ein Schutzfaktor in der Progredienz oder im Ansprechen auf Therapien sein. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Verteilungsvolumen, welches durch die Körpergröße und -maße definiert wird, Körperzusammensetzung, Hormonstatus, Stoffwechsel und Organfunktion (Magenentleerung bei Männern schneller, Nierenfunktion bei Frauen mit zunehmenden Alter schlechter etc.) beeinflussen die Aufnahme und Wirksamkeit von Medikamenten. Daher ist es ein wichtiges Anliegen der Gender-Medizin, im Zuge der Diagnose-Findung und im Rahmen der Medikamentenverabreichung die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen. Um der Südtiroler Bevölkerung die bestmögliche Behandlung unter Berücksichtigung der Gender-Spezifika zukommen zu lassen, gilt es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems bereits in der Ausbildung und durch Fortbildungsveranstaltungen zu sensibilisieren.

3 GOVERNANCE

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist klar strukturiert, einheitlich gesteuert, im Informationsfluss optimiert.

Die Strukturreform im Jahr 2006 ⁷ führte die bis dahin eigenständigen vier Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Südtiroler Sanitätsbetrieb zusammen. Dieser Weg der betrieblichen Vereinheitlichung soll nun weitergeführt werden. Die Führungsstruktur des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird daher mit dem Ziel verschlankt, **klare**, übersichtliche und durchgängige **Hierarchien** zu schaffen und die Führungspositionen im Sinne einer einheitlichen Betriebsführung und zunehmenden **Synergienutzung** zu optimieren. Die Ämter sollen in **landesweite dienstleistungsorientierte Supportbereiche** überführt werden, wobei die Verortung der damit verbundenen Arbeitsplätze dezentral bleibt.

Mit der Neuorganisation des Gesundheitssystems werden die Zuständigkeiten zwischen dem Land Südtirol, der Landesabteilung Gesundheit und dem Sanitätsbetrieb neu definiert. Die **Governance**, sprich die Steuerung mit Vorgaben inklusive der Überprüfung von deren Umsetzung, wird von der operativen Umsetzung der Vorgaben klar getrennt. Um dieses Steuerungsmodell zielführend ausüben zu können, ist der Informationsfluss hinsichtlich aller relevanten Daten und Strukturgrößen zwischen den genannten Bereichen sicherzustellen.

Zuständigkeiten werden klar getrennt in Zielvorgabe, Steuerung und Umsetzung.

In diesem Sinne sind die Südtiroler **Landesregierung** und die **Landesabteilung Gesundheit** neben ihren hoheitlichen Aufgaben einschließlich des Schnittstellenmanagements zu staatlichen und internationalen Institutionen für die Definition der Ausrichtung der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die Zuweisung des Budgets und die Steuerung hinsichtlich der Zielerreichung sowohl qualitativ und quantitativ als auch finanziell zuständig.

Der Südtiroler **Sanitätsbetrieb** übernimmt hingegen die operative Umsetzung der Zielvorgaben. Für die Bereitstellung der Versorgung kann der Sanitätsbetrieb zusätzlich auf die Dienstleistungen von nicht-öffentlichen Gesundheitsanbietern zurückgreifen. Die entsprechende institutionelle Akkreditierung und der eventuelle Abschluss von Verträgen hat – wie auch im Falle der öffentlichen Leistungserbringer – auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse zu erfolgen. Das im vorliegenden Plan vorgesehene Leistungsangebot ist mit den bestehenden öffentlichen, den konventionierten und den derzeit autorisierten privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen abgedeckt.

ABBILDUNG 7: ZUKÜNFTIGES GOVERNANCE-MODELL



⁷ Siehe LG 9/2006, 2. Oktober 2006 Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes.

4 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist die Basis für eine hohe Lebensqualität.

Die epidemiologischen Rahmenbedingungen, eine alternde Gesellschaft und die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen sowie psychischer Belastungen verstärken die Wichtigkeit von **Prävention und Gesundheitsförderung** als eine der drei Grundsäulen der vorliegenden Landesgesundheitsplanung. Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen das Ziel, Krankheiten zu vermeiden, die Lebensqualität und das Wohlbefinden aller Bürgerinnen und Bürger zu steigern sowie die bei guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit zu verlängern.

Obwohl Prävention und Gesundheitsförderung im Grunde dieselbe Zielsetzung verfolgen, unterscheiden sie sich in ihrem Ansatz, den Strategien und der Zielrichtung: **Prävention** hat eine pathogenetische Ausrichtung mit dem Ziel, die Risiken für bestimmte Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind hierbei bereits erkrankte Menschen oder potenzielle Risikoträger. **Gesundheitsförderung** hingegen hat einen salutogenetischen Ansatz und orientiert sich primär nicht an Risikofaktoren, sondern an Ressourcen, die zur Erhaltung der Gesundheit notwendig sind.

Der neue Ansatz richtet sich an der Gesundheit der Menschen aus, nicht an der Krankheit.

In diesem Sinne erweist sich die **Integration** von Prävention und Gesundheitsförderung als eine zentrale Strategie der Landesgesundheitsplanung. Durch das verstärkte Zusammenspiel von Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und eine optimale Abstimmung dieser Bereiche mit anderen Maßnahmen im Gesundheitsbereich andererseits sollen in der gesamten Bevölkerung Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die mittel- und langfristig auch positive Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und Zukunftssicherung des Gesundheitssystems haben werden.

Dem Aspekt der **gesundheitlichen Chancengleichheit** kommt dabei eine zentrale Rolle zu: Unabhängig von Faktoren wie soziale Herkunft, ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Alter und Geschlecht müssen alle Bürgerinnen und Bürger dieselben Chancen auf Gesundheit haben. Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abzubauen, indem sie sich auch bzw. vor allem an sozial benachteiligte Gruppen richten und Unterschiede im Gesundheitszustand ausgleichen.

Verhaltensbezogene Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils sind zwar wesentlich, bilden aber erst die Basis für eine echte und erfolgreiche Präventionspolitik und Gesundheitsförderung: Es müssen auch verhältnisbezogene Interventionen ineinander greifen, welche allgemeine gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen. Gesundheitsförderung und Prävention betreffen deshalb nicht ausschließlich die Gesundheitspolitik, sondern wirken zugleich auch in andere Politikbereiche hinein: Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik sind hierbei nur einige Paradebeispiele. Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO unterstreicht die Notwendigkeit dieser **„Health-in-all-policies“-Ausrichtung**: Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten weit mehr als medizinische und soziale Versorgung, sie müssen auf allen Ebenen und in allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Im **Landespräventionsplan 2016-2018** – genehmigt mit Beschluss der Landesregierung am 22. Dezember 2015 – wird die strategische Ausrichtung im Präventionsbereich festgehalten. Das Planungsdokument beinhaltet zehn bedarfsorientierte Makro-Zielsetzungen. Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die jeweiligen Programme, spezifischen Ziele, Indikatoren und Standards, die betroffenen Zielgruppen und die Maßnahmen zur Schaffung eines einheitlichen Systems definiert. Das gesamte Dokument fußt auf Wirksamkeitsnachweisen und Überwachungssystemen zur genaueren Evaluation der Ergebnisse.

An dieser Stelle wird die Bedeutung der folgenden **Makro-Zielsetzungen** hervorgehoben: ⁸

- Verringerung der vorbeugbaren und vermeidbaren Belastungen durch Morbidität, Mortalität und Behinderung aufgrund von nicht übertragbaren Krankheiten;
- Verringerung der Häufigkeit der am öftesten auftretenden Infektionen/Infektionskrankheiten;
- Vorbeugen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;
- Umsetzung des gesamtstaatlichen integrierten Kontrollplans zur Vorbeugung im Bereich der Lebensmittelsicherheit und der Veterinärmedizin.

Hinsichtlich der weiteren Ziele sowie deren detaillierte Ausgestaltung sei auf den Landespräventionsplan verwiesen, der unter anderem online auf der Internetseite der Landesabteilung Gesundheit abrufbar ist. ⁹

Die **Umsetzung** des Landespräventionsplans erfolgt, gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 1546 vom 22. Dezember 2015, nach den im Plan selbst enthaltenen Vorgaben und Leitlinien zu dessen Implementierung, dies unter Aufsicht der Landesabteilung Gesundheit und unter Berücksichtigung der geleisteten Tätigkeiten vonseiten aller in diesem Bereich tätigen öffentlichen, privaten und ehrenamtlichen Einrichtungen und Dienste (z. B. Forum Prävention, Dachverband für Gesundheit und Soziales, Caritas, unterschiedliche Patientenorganisationen, usw.).

Auf der Ebene des Südtiroler Sanitätsbetriebs obliegt die Umsetzung der strategischen Ausrichtung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung dem betrieblichen **Departement für Gesundheitsvorsorge**, das auf der Grundlage der gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen, der institutionellen Vorgaben und der im Landespräventionsplan enthaltenen Leitlinien für die Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards im Bereich der kollektiven Gesundheitsbetreuung im Lebensumfeld und im Arbeitsbereich zuständig ist, indem es direkt Vorbeugemaßnahmen setzt und/oder Maßnahmen zusammen mit anderen Gesundheits- und nichtsanitären Einrichtungen ausarbeitet und deren Umsetzung koordiniert. Die finanziellen Ressourcen, die dem Südtiroler Sanitätsbetrieb jährlich für seine Tätigkeit in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu Verfügung gestellt werden, sind klar definiert und belaufen sich auf 5 Prozent der Finanzmittel, welche das Land Südtirol dem Bereich Gesundheit jährlich zur Verfügung stellt.

Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang auch die Verbesserung und Reorganisation der Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs in den Bereichen **Lebensmittelsicherheit, Ernährung, Arbeitssicherheit und Impfungen**.

⁸ Vgl. Landespräventionsplan (2016).

⁹ <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/vorsorge/2564.asp>

5 WOHNORTNAHE VERSORGUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist für die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld da.

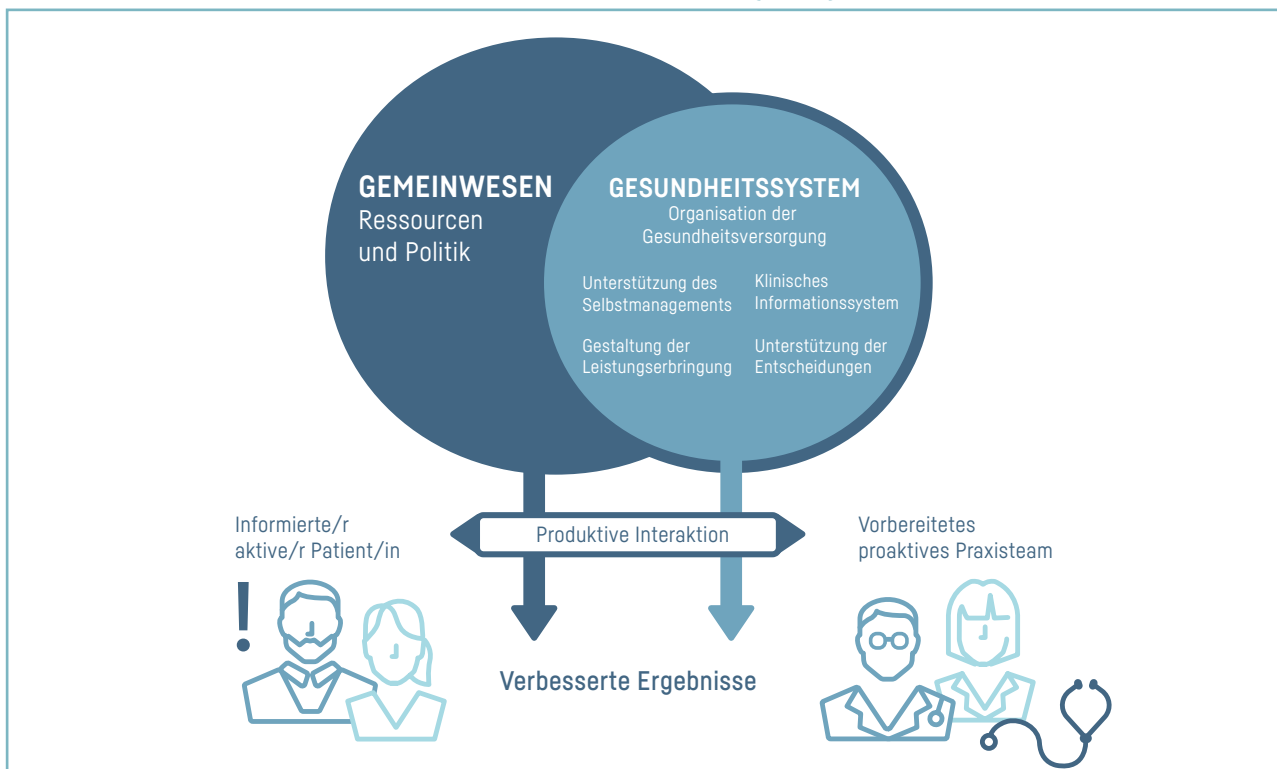
Im Rahmen der **Stärkung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk als ein Schlüsselfaktor für eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Im Folgenden wird unter Berücksichtigung des geltenden normativen und theoretischen Bezugsrahmens ein Überblick über die wichtigsten Entwicklungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung vermittelt.

Zur nachhaltigen Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung muss die an Krankheit und Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine **salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung** über die wohnortnahen Einrichtungen ergänzt werden. Dabei sind **Partizipation, Empowerment** und **Selbstmanagement** die tragenden Ansätze.

Den wissenschaftlich fundierten und erprobten Bezugsrahmen zur Gestaltung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung stellt das „**Chronic Care Model**“ dar, das von Ed Wagner und seinen Mitarbeitern entwickelt wurde.

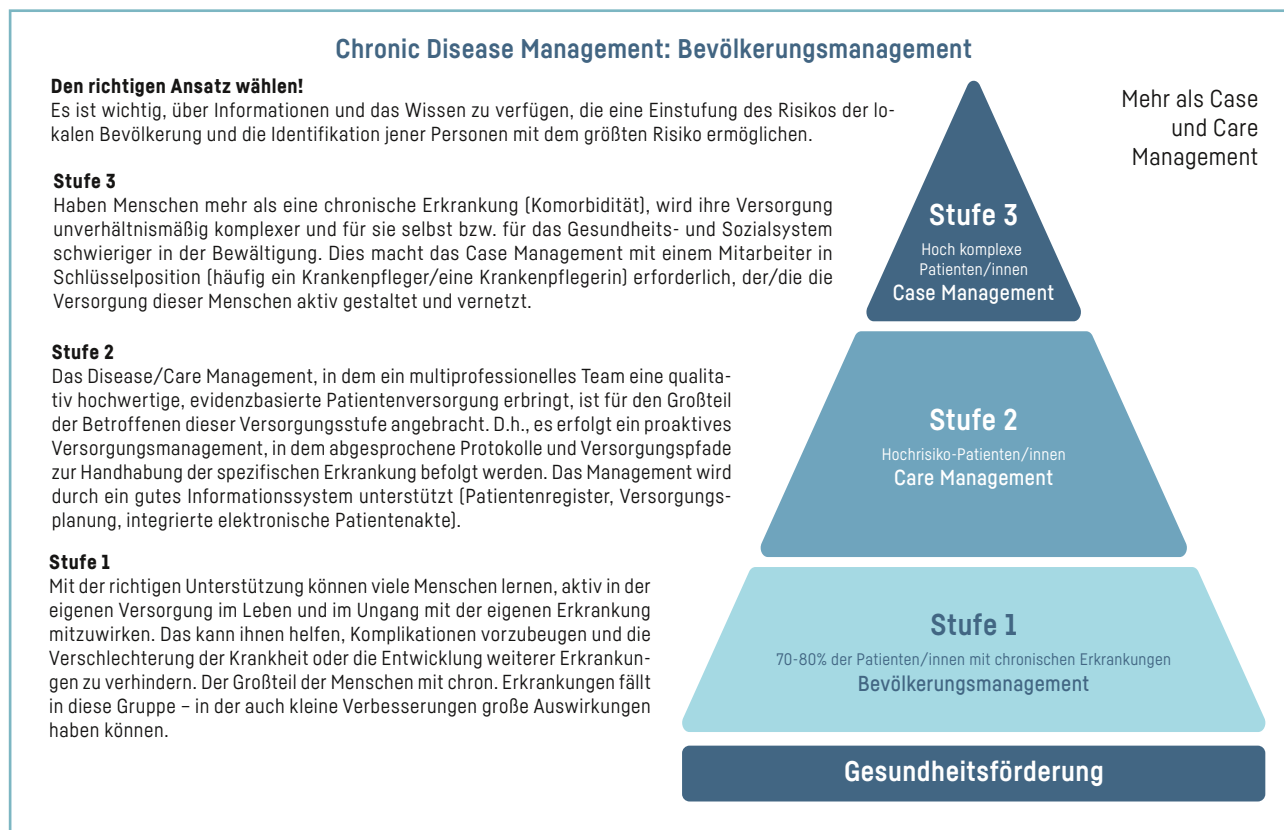
Das „Chronic Care Model“ umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen.

ABBILDUNG 8: CHRONIC CARE MODEL NACH ED WAGNER (2006)



Nach einer konsequenten Umsetzung des Modells können die Patientenaufnahmen und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verringert werden. Mit der **Vernetzung der Dienstleistungen** und der Teams in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung wird ein Anstieg der Zuweisungen zu Diensten außerhalb des Akut- und Krankenhausbereiches erwartet. Als Ergebnisse sind schnellere und angemessenere Antworten, auch auf soziale Bedürfnisse, ebenso wie ein Anstieg der **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** und deren Familien mit der erbrachten Versorgung zu verzeichnen.

ABBILDUNG 9: CHRONIC DISEASE MANAGEMENT AUF GRUNDLAGE DER KAISER PERMANENTE PYRAMIDE



Ein weiterer Bezugspunkt zur Veränderung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung ist das **Bevölkerungsmanagement** und die Abstufung des Versorgungssystems auf der Grundlage identifizierter Risikogruppen.¹⁰

Die Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und ein angemessenes Management von chronischen Erkrankungen umfasst:

- die Nutzung von Informationssystemen, die den Zugang zu den Schlüsseldaten zur Versorgung der Einzelperson und der Bevölkerung ermöglichen;
- die frühzeitige Identifikation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen;
- die Stratifizierung der Patientinnen und Patienten auf der Grundlage ihrer Gesundheitsrisiken;
- die Miteinbeziehung der Patientinnen und Patienten in ihre eigene Versorgung durch die Förderung des Selbstmanagements;
- die Koordination der Versorgung (Einsatz von Case-Managern);
- den Einsatz von multiprofessionellen Teams;

¹⁰ In Anlehnung an NHS, Modernisation Agency und Department of Health, 2002.

- die Integration der Erfahrung von Spezialistinnen und Spezialisten in die Allgemeinversorgung;
- die Integration der Versorgung über die Organisationsgrenzen hinaus;
- die Vermeidung von unnötigen Visiten und Aufnahmen im Akutbereich.

5.1 ROLLE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, DER FREI WÄHLBAREN KINDERÄRZTINNEN UND KINDERÄRZTE UND DER GESUNDHEITSBERUFE

In der Veränderung der wohnortnahen bzw. primären Gesundheitsversorgung spielen die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte eine **zentrale Rolle**. Ein wichtiges Anliegen ist die Förderung der **Bürger-Arzt-Beziehung** zur Sicherstellung des **Vertrauensverhältnisses** und einer umfassenden, ganzheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Eine nahe
Bürger-Arzt-
Beziehung stärkt
das Vertrauen.

Der Zugang zum Versorgungsnetzwerk erfolgt über die Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin, über frei wählbare Kinderärzte und Kinderärztinnen und über die verschiedenen Gesundheitsberufe (z.B. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Hebammen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten). Funktionierende Netzwerke und die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe bilden die Voraussetzungen für die wohnortnahe, effiziente und angemessene Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Die Versorgungskontinuität ist hier genauso wesentlich wie bei der fachärztlichen Versorgung.

5.2 VERÄNDERUNGSBEREICHE UND -MASSNAHMEN IN DER WOHNORTNAHEN VERSORGUNG

Zur Strukturierung der Veränderungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung werden im Folgenden die Schlüsselemente des Chronic Care Models¹¹ herangezogen:

- die Gestaltung der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bzw. der frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie der Gesundheits- und Sozialberufe;
- die Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung;
- die Unterstützung des Selbstmanagements;
- der Aufbau klinischer Informationssysteme.

5.2.1 GESTALTUNG DER LEISTUNGSERBRINGUNG

In der Folge werden die Veränderungsbereiche und -maßnahmen, welche sich am Bezugsrahmen des Chronik Care Model orientieren, dargestellt:

Etablierung der vernetzten Gruppenmedizin, ausgehend vom geltenden Kollektivvertrag und Gesundheitspakt 2014-2016 als funktionaler Zusammenschluss der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte mit Vernetzung des Informationssystems des Sanitätsbetriebes. Die Vernetzung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin kann in zwei unterschiedlichen Organisationsmodellen erfolgen: in der Kooperation der einzelnen Praxen oder aber in der Gründung von Gemeinschaftspraxen. Dabei wird großes Augenmerk auf die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung und die örtliche und zeitliche Erreichbarkeit der/des dienstleistenden Ärztin/Arztes gelegt.

¹¹ Vgl. Wagner et al (2006).

Pilotierung von Gesundheits- und Sozialzentren als Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Sprengelstrukturen im Sozial- und Gesundheitsbereich und zentralen Anlaufstellen für die Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Mehrfacherkrankungen oder Mehrfachproblemen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung benötigen. Die Gesundheits- und Sozialzentren sind mit multiprofessionellen Praxisteams besetzt, die aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbaren Kinderärzten und -ärztinnen, Fachärzten und -ärztinnen, Krankenpflegefachkräften, Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern und in der Pflege und Betreuung tätigem Personal, Hebammen, Reha-Personal und Ernährungstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialassistentinnen und -assistenten und Sozialpädagogen und -pädagoginnen, Psychologinnen und Psychologen und Verwaltungspersonal bestehen können und je nach lokalen Erfordernissen eine 8/12/24-h-Öffnungszeit gewährleisten. Die konkrete Zusammensetzung der Teams, die Ausstattung, das Leistungsangebot und die Öffnungszeiten der Gesundheits- und Sozialzentren werden je nach Charakteristiken des Einzugsgebietes (Bevölkerungsanzahl, soziodemografische und epidemiologische Daten, Risikogruppen und daraus resultierende Patientenflüsse) definiert. Im Wesentlichen werden drei Typen unterschieden:

- klein (pro ca. 5.000–10.000 Einwohner)
- mittel (pro ca. 20.000–25.000 Einwohner)
- groß (pro ca. 40.000–45.000 Einwohner)

An die Aktivierung der Gesundheits- und Sozialzentren sind im Wesentlichen folgende Ziele geknüpft:

- Bestimmung einer Anlaufstelle für die Erbringung und Koordination der Dienste im Gesundheits-, soziosanitären und Sozialbereich für die niedergelassene Bevölkerung im Sinne von primärer Gesundheitsversorgung und Versorgungskontinuität und Aufbau eines Care Managements;
- Umsetzen einer multidimensionalen Bewertungseinheit, um die Angemessenheit der Betreuung und Pflege zu gewährleisten (Allgemeinmedizin, Krankenpflege, Sozialassistentinnen / Sozialassistenten);
- Förderung der Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger und der Gemeinden, insbesondere auch der lokalen Patientenvereinigungen, wobei diese in unterschiedlichen Formen erfolgen kann, wie etwa in der Form von Beteiligung an der Definition und Programmierung des Leistungsangebotes, Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen und der erzielten Gesundheitsergebnisse;
- Entwicklung von Präventionsprogrammen für den gesamten Lebensverlauf, ausgehend von epidemiologischen Daten der zu versorgenden Bevölkerung, der Identifikation der Risikogruppen und der informierten Teilnahme der Bürger und Bürgerinnen;
- Integrierte Erhebung der Sozial- und Gesundheitsbedürfnisse auf der Basis einer angemessenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Einzugsgebietes und Planung und Umsetzung präventiver, kurativer, rehabilitativer, pflegerischer, palliativer und sozialer Interventionsprogramme über das gesamte Lebenskontinuum;
- Umsetzung der Versorgungspfade für chronische Erkrankungen auch mittels eigenem einheitlichem Vormerkssystem und Entwicklung eines proaktiven Umganges mit chronischer Erkrankung unter Einbindung der Kompetenzen im Selbstmanagementbereich der betroffenen Patientengruppen und Definition des Case Managers, wo dieser im Rahmen des Chronic Disease Managements erforderlich ist;
- Förderung der Zusammenarbeit mit dem Krankenhausnetz, den verschiedenen sozialen Einrichtungen des Einzugsgebietes (z.B. Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für Menschen

Doppelstrukturen werden vermieden und neue Organisationsansätze zur wohnortnahen Versorgung der Menschen gefördert.

mit psychischen Erkrankungen). Dies bezieht sich auf die bestehende Wechselwirkung zwischen primärer Gesundheitsversorgung, fachärztlicher Versorgung und der Instrumentaldiagnostik und gilt auch für die Definition von Protokollen für den Zugang und die programmierte Entlassung;

- Absprachen mit der Landesnotrufzentrale, den Notfalldiensten und Notaufnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit in der primären Gesundheitsversorgung und der ambulanten Fachdienste;
- Verbesserte Integration der historisch gewachsenen Schnittstellen zwischen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen, Förderung der kollegialen Überprüfung der Leistungen und der Beurteilung der Versorgungsergebnisse;
- Schaffung von kontinuierlichen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders im Hinblick auf Personen- und Familienzentrierung sowie Teamarbeit.

Da die Gesundheits- und Sozialzentren neue Ansätze in der Organisation und Versorgung der Bevölkerung darstellen, ist bei der Einrichtung ein besonderes Augenmerk auf die Vermeidung von Doppelstrukturen zu richten. Diese Prämisse ist schon im Falle von Pilotprojekten zu berücksichtigen. Im Lenkungsausschuss der Pilotprojekte ist auch ein Mitglied der örtlichen Bezirksgemeinschaft vertreten. Pilotprojekte können auch in den Grundversorgungskrankenhäusern angedacht werden, an denen neben Vertreterinnen und Vertretern des Krankenhausbereichs (Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiter/innen aus dem Bereich der Pflege, usw.) auch Vertreterinnen und Vertreter der wohnortnahen Versorgung und des sozialen Bereichs beteiligt sind.

Für die Weiterentwicklung der territorialen Versorgung werden folgende Maßnahmen als zentral erachtet:

Vernetzung mit dem Notfallbereich: Zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung werden Standards durch den Sanitätsbetrieb in Abstimmung mit der Landesabteilung Gesundheit ausgearbeitet, die die Schnittstellen zwischen der primären Gesundheitsversorgung (Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, in der vernetzten Gruppenmedizin und in Gesundheits- und Sozialzentren) und dem Notfallbereich regeln und eine klare Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche unter der gemeinsamen Nutzung der Gesundheitsakte der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Neuordnung des Notfallversorgungsnetzes und der Rufzentralen für die Bevölkerung, indem die Knotenpunkte zur Notfallversorgung unter Berücksichtigung der jeweiligen Einzugsgebiete, der geographischen Bedingungen und der angemessenen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zeitabhängigen, komplexen Erkrankungen (z.B. Infarkt, Ictus, Polytrauma, usw.) neu geordnet werden, die Anpassung der Flugrettungsstützpunkte, vor allem für eventuelle Nachtflüge, auch über die Landesgrenzen hinaus (Tirol, Trentino, Schweiz, usw.), abgewogen und ein betriebliches Notfalldepartement zur Koordinierung des gesamten Notfallversorgungssystems eingerichtet wird, dem neben den Notaufnahmen der Krankenhäuser auch die Landesnotrufzentrale, die Notärztinnen und Notärzte und die Flugrettung angehören.

Aufbau folgender Rufzentralen gemäß den staatlichen und europäischen Richtlinien:

- Für die Notfallversorgung wird die Notrufnummer 118 auf 112 umgestellt;
- Für die primäre Gesundheitsversorgung oder den Bürgerservice (Informationen zu nicht dringenden Krankentransporten, Anfragen zur häuslichen Versorgung, Palliativversorgung, Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Informationen zu Fachdiensten und diensthabenden Apotheken, Ärztinnen und Ärzten und Tierärztinnen und Tierärzten) wird die Rufnummer 116117 eingeführt.

Einrichtung von Einheiten für Care Management zur Unterstützung des Entlassungsmanagements und der intra- und extramuralen Versorgungskontinuität sowie der vernetzten Gestaltung der Versorgung von komplexen, mul-

timorbiden, chronisch kranken, pflegebedürftigen Menschen und die Aktivierung des Case Managements wie im Rahmen des Chronic Disease Managements vorgesehen. Die Einheiten für Care Management erstellen für die Patienten einen individuellen Versorgungsplan und nutzen dabei die im soziosanitären Bereich zur Verfügung stehenden Dienste und Einrichtungen, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Ausbau der wohnortnahen fachärztlichen Betreuung: Die in den Arztpraxen, Sprengeln und Gesundheits- und Sozialzentren erbrachten Leistungen im präventiven, diagnostisch-therapeutischen, rehabilitativen, pflegerischen und palliativen Bereich sollen auch im Sinne einer Verlagerung der fachärztlichen Leistungen vom Krankenhaus in den Bereich der wohnortnahen Versorgung und zum Zwecke der Reduzierung der entsprechenden Wartezeiten ausgebaut werden. Die konkreten ambulanten Leistungen der verschiedenen Fachärztinnen bzw. Fachärzte und die Ausstattung der Gesundheits- und Sozialzentren werden je nach Charakteristiken des Einzugsgebietes (Bevölkerungszahl, soziodemografische und epidemiologische Daten, Risikogruppen und daraus resultierende Patientenflüsse) definiert. Die ambulanten Leistungen, die in Wohnortnähe erbracht werden, reichen von ärztlicher Basisversorgung bis zu spezialisierteren Leistungen, die keine komplexe medizintechnische Ausstattung erfordern.

Koordination und bessere Abstimmung der Hauskrankenpflege und der Hauspflege über die Gesundheits- und Sozialzentren. Dabei sollen konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten, wie beispielsweise gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen für die verschiedenen Dienste, koordinierte Fallbesprechungen usw. umgesetzt werden.

Ausbau der wohnortnahen Rehabilitation im Hinblick auf Domizilorientierung und Shared Care Model.

Ziel der domizilorientierten Rehabilitation (DOR) ist es, mit den Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen die bestmögliche Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten im bereits bekannten oder neuen Umfeld bei möglichst guter Lebensqualität zu erreichen und die erforderlichen Anpassungen an die Realität zu Hause zu gewährleisten. Dabei stehen nicht die Funktions- und Strukturdimension des Patienten, sondern im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) die Aktivitäten, Kontextfaktoren (z.B. Bildung/Ausbildung, Erwerbstätigkeit, unterstützende Beziehungen, Einstellungen, Zugang zu Technologien und Hilfsmitteln) und Partizipation der Patientin und des Patienten im Vordergrund. Je nach Problemstellung kann die DOR durch eine Berufsgruppe oder aber auch interdisziplinär erfolgen. Sie unterliegt einer klaren Indikationsstellung und wird bei einer realistisch eingeschätzten Reintegration als Übergang in den Lebensalltag eingesetzt.

Die Indikation ist gegeben:

- bei Patientinnen und Patienten mit starken Beeinträchtigungen auf der Aktivitätsebene und/oder erschwerenden Kontextfaktoren;
- bei fehlender Möglichkeit, die Reintegration über eine ambulante Nachbetreuung oder mit Hilfe von Angehörigen durchzuführen;
- durch Assessment bei fraglicher Re-Integrierbarkeit.

Die fachspezifischen Inhalte der DOR sind:

- in der Pflege: Arbeit an der größtmöglichen Selbständigkeit der Patientin oder des Patienten bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Anleitung der Angehörigen, Aktivierung der häuslichen Dienste und Beschaffung von Pflegehilfsmitteln;

- in der Physiotherapie: Arbeit an der Fähigkeit der Patientin oder des Patienten, sich im konkreten Umfeld sicher zu bewegen und sich auch außer Haus fortbewegen zu können. Dazu gehört die Abklärung der Notwendigkeit von Hilfsmitteln und die Anleitung zu deren Einsatz – auch seitens der Angehörigen;
- in der Ergotherapie: Arbeit an der möglichst hohen Handlungskompetenz im Alltag, die Abklärung der Notwendigkeit baulicher Anpassungen und die Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln im häuslichen Bereich durch die Patientin bzw. den Patienten und die Angehörigen;
- in der Logopädie: Arbeit an der kommunikativen Selbständigkeit im gewohnten Umfeld und Aufklärung und Anleitung der Bezugspersonen.

Durch die DOR soll ein Leben zuhause im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt derart vorbereitet werden, dass kritischen Schnittstellen im Übergang zum Alltag ohne größere Probleme begegnet werden kann. Zudem wird das Rehabilitationsangebot im Sinne des Shared Care Models (trägerübergreifende Versorgung) ausgebaut. Dabei handelt es sich um ein ambulantes Rehabilitationskonzept, das auf der Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen und bereits bestehenden, lokalen Diensten beruht. Das Fachzentrum koordiniert und begleitet die wohnortnahe, ambulante Rehabilitation, berät das Grundversorgungsteam (z.B. Ärzte für Allgemeinmedizin, Hauskrankenpflege, niedergelassene Physiotherapeuten, Haushaltshilfen) und bietet bei Bedarf eine Tagesrehabilitation an.

Durch das Shared Care Model wird Menschen mit einer Behinderung eine wohnortnahe Rehabilitationsbehandlung ermöglicht, in der die Ziele und Maßnahmen im Hinblick auf soziale und berufliche Integration gemeinsam definiert werden. Die Leistungen werden unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren auf die lokalen Dienste verteilt, über kritische Schnittstellen hinweg koordiniert und im Hinblick auf die Zielsetzung gemeinsam evaluiert. Durch diese strukturierte Vorgehensweise wird nach der Akutversorgung ein nahtloser Übergang durch alle Ebenen der Rehabilitationskette (stationäre Rehabilitation, Tagesrehabilitation, ambulantes Reha-Zentrum, domizilorientierte Rehabilitation und lokale Versorger) sichergestellt.

Optimierung der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Seniorenwohnheime: Angesichts der zunehmenden Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit chronischen Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen und Behinderungen und des daraus erwachsenden komplexen Versorgungsbedarfes müssen eine angemessene allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt und alle Vorkehrungen getroffen werden, damit unangemessene und belastende stationäre Krankenhausaufenthalte möglichst vermieden werden.

Auf- und Ausbau bzw. Veränderung der Versorgungsnetze: Die demografische und die soziokulturelle Entwicklung erfordern eine Veränderung bzw. Erweiterung des Versorgungsnetzes besonders in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung einiger Bereiche. Sie orientiert sich am Lebenskontinuum und insbesondere an der Palliativbetreuung (Kinder und Erwachsene), an Leistungen wie der Schmerztherapie (Schmerzmanagement), an der Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, an der Betreuung von Menschen mit Behinderungen und von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Um den Aufbau und Ausbau der Versorgungsnetze voranzutreiben, sind unterstützende Maßnahmen in der Erweiterung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe, z.B. in der Familiengesundheits- und Gemeinschaftskrankenpflege, im Rettungswesen, in der Betreuung rund um die Geburt, besonders von Frauen bei physiologisch verlaufender Schwangerschaft oder in der Rehabilitation zu Hause erforderlich. Die Umsetzung des Versorgungsnetzes erfordert ein entsprechendes

Leistungs- bzw. Tarifverzeichnis und eine strukturierte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auch mit Medizinprodukten in einer abgestimmten Zusammenarbeit mit dem bestehenden Netz der Apotheken.

5.2.2 UNTERSTÜTZUNG DER KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Die Basis für die klinische Entscheidungsfindung ist ein fundiertes und breites klinisches Wissen sowie die Fähigkeit, dieses Wissen auf die aktuelle Situation anwenden zu können. Um eine Neupositionierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sind alle Berufe in diesem Bereich gefordert, verschiedene Maßnahmen zu setzen.

Für die häufigsten Gesundheitsprobleme der Bevölkerung ermöglicht die Überarbeitung bzw. Ausarbeitung von **evidenzbasierten Versorgungspfaden und –protokollen**, auch im Sinne eines Slow-Medicine-Ansatzes und unter Berücksichtigung von Initiativen zur Stärkung der Angemessenheit wie der „Choosing wisely“-Initiative, dass der aktuelle Forschungs- und Wissensstand Eingang und Anwendung in den medizinischen Alltag findet. Eine weitere Maßnahme bildet z.B. die Spezialisierung und Aktivierung der Familiengesundheits- und Gemeinschaftskrankenpflege (**Family Health Nurse**) auf der Basis von staatlichen und internationalen Programmen. Die angestrebten Veränderungen müssen für die in der direkten Versorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Bereiche (Medizin, Pflege, Reha, Psychologie, Prävention, Verwaltung, Sozialbereich, usw.) und für alle Führungskräfte ein gemeinsames Anliegen sein. Die Umsetzung eines dafür erarbeiteten Weiterbildungsplanes zur Steuerung und Begleitung der Übergänge, die auf eine prozessorientierte, multiprofessionelle, integrierte, Initiative ergreifende, salutogenetisch orientierte, personen- und familienzentrierte Versorgung der Bevölkerung abzielen, ist daher prioritär. Um diese Ziele zu erreichen, orientiert sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb für die Personalbemessung an internationalen und staatlichen Best-Practices Standards.

5.2.3 UNTERSTÜTZUNG DES SELBSTMANAGEMENTS

Infolge der steigenden Anzahl von Menschen, die mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, gewinnt die Förderung des Selbstmanagements in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung an Bedeutung. Unter **Selbstmanagement** versteht man die Fähigkeit des Einzelnen, mit den Symptomen, der Behandlung und den sozialen, emotionalen und körperlichen Folgen der eigenen Krankheit umgehen und den Lebensstil so ändern zu können, dass eine chronische Krankheit wirksam bewältigt werden kann (Barlow et al., 2002).

Eine hohe
 Lebensqualität trotz
 chronischer
 Erkrankung fördern.

Entsprechend gilt es, aufbauend auf die in diesem Bereich von den zuständigen Diensten, aber auch von ehrenamtlichen Vereinigungen bereits geleistete Vorarbeit, die von chronischer Krankheit betroffenen Menschen und deren Familien auf folgende Aufgaben vorzubereiten:

- mit der Krankheit umgehen zu können (z.B. medizinische Belange, Medikamenteneinnahme, Ernährung, Bewegung, Kommunikation mit den Gesundheitsberufen, usw.);
- die normalen Alltagsaktivitäten bewältigen zu können (z. B. Umgang mit der eigenen Rolle im beruflichen, familiären, sozialen und gesellschaftlichen Umfeld);
- mit den emotionalen Veränderungen umgehen zu können (z.B. Umgang mit Angst, Wut, Frustration, Rückschlägen, Übermüdung, Überforderung, Stress, usw.).

In der Vorbereitung der Menschen auf die neuen Aufgaben im Selbstmanagement gibt es Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erforscht und erwiesen ist und die auf Einzel- oder Gruppenschulungen beruhen. Bei den Gruppenschulungen setzt der Südtiroler Sanitätsbetrieb auf die Umsetzung der beiden Programme “Chronic Disease Self Management Program” (CDSM - Evviva) und “Diabetes Self Management Program” (DSMP - EvvivaD), die an der Stanford Universität in Kalifornien entwickelt wurden und in einer Zeitabfolge von fünf Jahren aufgrund des aktuell zur Verfügung stehenden Wissens überarbeitet werden. Genannte Programme werden wohnortnah in den Sprengeln und Gemeinden angeboten.

6 SOZIOSANITÄRE VERSORGUNG – ZIELGRUPPENORIENTIERTE INTEGRATION DER LEISTUNGEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG baut auf das Zusammenwirken der Gesundheits- und Sozialdienste vor Ort.

Angesichts der anstehenden und bereits spürbaren gesellschaftlichen Veränderung aufgrund des demografischen Wandels ist eine verstärkte **Integration** zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich unabdingbar. Im Sinne der **Betreuungskontinuität** sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der beiden Dienste zu fördern, insbesondere die Organisation von gemeinsamen Weiterbildungen und die Festlegung von einheitlichen Regelungen. Die Einrichtung und der sukzessive Ausbau des Leistungsumfangs der Gesundheits- und Sozialsprengel und eine gute Zusammenarbeit der dort vorhandenen Dienste sind ein wichtiger Baustein für eine wohnortnahe Versorgung und bieten einen hohen Leistungsstandard.

Gesellschaftliche Veränderung und demografischer Wandel verlangen nach verstärkter **Betreuungskontinuität**.

Für folgende Zielgruppen sollen konkrete Maßnahmen umgesetzt werden:

- Seniorinnen und Senioren
- Menschen mit Behinderungen
- Minderjährige
- Frauen und Familien
- Soziale Randgruppen

6.1 ZIELGRUPPE SENIORINNEN UND SENIOREN

Eine gute Vernetzung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von älteren Menschen ist eine wichtige Voraussetzung, um dem zunehmenden Bedarf an gesundheitlicher und sozialer Unterstützung gerecht zu werden.

Nachfolgende Maßnahmen sollen innerhalb des Gültigkeitszeitraumes dieses LGPs umgesetzt bzw. verstärkt werden:

6.1.1 TERRITORIALE ANLAUFSTELLEN FÜR PFLEGE- UND BETREUUNGSANGEBOTE

Dem Beschluss der Landesregierung Nr. 817 vom 7. Juli 2015 entsprechend, werden auf der Ebene der Gesundheits- und Sozialsprengel territoriale Anlaufstellen für die Informations- und Begleittätigkeit für die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Personen eingerichtet. Diese einheitlichen Anlaufstellen richten sich vorrangig an betreuungs- und pflegebedürftige Personen, aber auch an deren Familien, an die jeweiligen Bezugspersonen und im Rahmen von Informationstätigkeit im weitesten Sinne an alle Interessierten. In den Anlaufstellen arbeiten dafür geeignete Fachkräfte der Dienste des Sanitätsbetriebs, der Sozialdienste und der akkreditierten stationären Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren zusammen und bieten den Bürgerinnen und Bürgern ein wohnortnahes, interdisziplinäres und kompetentes **Beratungs- und Betreuungsangebot „aus einer Hand“**.

Die Anlaufstellen erbringen folgende Leistungen:

- Informationsbereitstellung hinsichtlich der verschiedenen Versorgungsangebote;
- Ersteinschätzung und Bewertung der Situation der zu pflegenden Person;
- Erarbeitung und Umsetzungsbegleitung etwaig erforderlicher Sofortmaßnahmen;
- mittel- und langfristige Unterstützung der verschiedenen Akteure in der Umsetzung der Pflegemaßnahmen;
- Abstimmung der Pflegeleistungen und -maßnahmen mit und zwischen den Diensten;
- Bestimmung eines Verantwortlichen für die langfristige Begleitung der zu pflegenden Person im Sinne einer umfassenden individuellen Fallbegleitung.

6.1.2 VERBESSERUNG DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Die Versorgung der Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen wird in erster Linie im Kapitel zur wohnortnahen Versorgung beschrieben. Nachdem chronische Erkrankungen häufig mit fortgeschrittenem Alter zu tun haben, soll auch an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden, auch weil im Zusammenhang mit der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren Multimorbidität und Alterspsychiatrie eine zunehmende Rolle spielen.

Im Hinblick auf die zukünftige Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten sind innovative Lösungen zu entwickeln. Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen spielen sämtliche ehrenamtliche Selbsthilfegruppen und Vereinigungen eine tragende Rolle. Es ist unumgänglich, die bestehenden Versorgungsprozesse berufsgruppen- und sektorenübergreifend zu analysieren, zu optimieren und weiterzuentwickeln.

Um den steigenden Aufgaben und Erfordernissen gerecht zu werden, bieten sich **Versorgungspfade** als Steuerungsinstrument an, welche die Veränderungen begleiten können. In der Ausarbeitung der Versorgungspfade ist auf die Miteinbeziehung der Sozialdienste (in erster Linie der Hauspflege) und auf das Angebot von entsprechenden Weiterbildungen (wo möglich auch gemeinsam zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten) zu achten. Dabei stehen die genaue Darstellung der Arbeitsprozesse, eine höhere Versorgungsqualität sowie eine verbesserte Kostenberechnung im Mittelpunkt. Ziel von Versorgungspfaden ist neben der Verbesserung des Betreuungsergebnisses die Steigerung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Versorgungsprozessen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind Betreuungspfade für Diabetes Typ I+II, chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche), chronische Polyarthritits (Gelenkentzündung) und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ausgearbeitet. In Zukunft sollen diese bestehenden Betreuungspfade durch die Entwicklung und Ausarbeitung von weiteren Versorgungspfaden auf zusätzliche Patientengruppen ausgedehnt werden.

6.1.3 GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG IN DEN SENIORENWOHNHEIMEN

Die Seniorenwohnheime in Südtirol stellen im gesamtstaatlichen Kontext eine Sondersituation dar, da sie nicht vom Gesundheitssystem, sondern vom Sozialsystem geführt werden. Die Versorgung in den Seniorenwohnheimen erfolgt in ärztlicher Hinsicht durch die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, welche derzeit in den meisten Fällen die bei ihnen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten weiterhin betreuen. Die präventiven Maßnahmen, die krankenkflegerische Versorgung und die Rehabilitation erfolgen hingegen durch Krankenpflege- und Rehabilitationspersonal, das vom Seniorenwohnheim angestellt oder vom Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellt wird.

Um eine gleichbleibend hohe Qualität und Kontinuität der Betreuung in den Seniorenwohnheimen zu erreichen, soll die ärztliche Versorgung auf ein **Kernteam von Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen** konzentriert werden, das auch mit dem informationstechnischen Dokumentationssystem des Seniorenwohnheimes verbunden wird. Viele Bewohner von Seniorenwohnheimen weisen zudem einen Bedarf an fachärztlicher Betreuung auf. Hierfür ist die Vernetzung zwischen der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und den Seniorenwohnheimen sicherzustellen und eine verbindliche fachärztliche Versorgung durch die Definition von Betreuungspfaden aufzubauen, die in engem Kontakt mit den zuständigen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin zu erfolgen hat.

6.1.4 VERBESSERUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON SENIORINNEN UND SENIoren ZUHAUSE UND IM RAHMEN NEUER WOHN- UND BETREUUNGSFORMEN

Der Verbleib von älteren Menschen mit einem gewissen Betreuungsbedarf in der gewohnten Umgebung ist vor allem aufgrund der positiven Auswirkungen auf die familiäre Bindung und das psychische Wohlbefinden zu begrüßen. Die Kosteneinsparungen, die sich hierbei im Vergleich zu einer Unterbringung im Seniorenwohnheim ergeben, sind allenfalls ein positiver Nebeneffekt für die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialsystems. Daher sind gezielt all jene Formen des Wohnens zu fördern, die eine **höchstmögliche Selbständigkeit** von Seniorinnen und Senioren in ihrem **gewohnten Umfeld** ermöglichen. Wichtig dabei ist es, verbindliche Absprachen zwischen den drei Hauptakteuren, den betreuenden Diensten der Allgemeinmedizin, der Hauspflege und der Hauskrankenpflege vorzusehen. Bei der Planung des Angebots an Gesundheitsversorgung sollen auch innovative Angebote wie z.B. die Ergotherapie zu Hause einfließen.

Dieselbe Art der gesundheitlichen Versorgung wird grundsätzlich auch für jene Wohnformen angewandt, die in ein Seniorenwohnheim integriert sind. Im Sinne einer besseren Betreuungskontinuität sind jedoch auch anderslautende Vereinbarungen zwischen Hauskrankenpflege und Seniorenwohnheim möglich.

6.1.5 EINRICHTUNG VON ÜBERGANGSBETTEN

Oftmals ist der Weiterverbleib im Krankenhaus nicht nur auf eine klinische Notwendigkeit zurückzuführen, sondern hat auch organisatorische Gründe. Die Einrichtung von Übergangsbetten ist daher notwendig und erforderlich und stellt eine wichtige Maßnahme dar, um einerseits die Angemessenheit der Krankenhausaufenthalte zu erhöhen (und somit die unnötige Bettenbelegung zu begrenzen) und andererseits ausreichend Zeit zu gewinnen, um die weitere Versorgung der pflegebedürftigen Personen möglichst im familiären Umfeld zu organisieren und sicherzustellen. Die Einrichtung von Übergangsbetten folgt dem Grundsatz einer ausgewogenen Verteilung auf alle Gesundheitsbezirke.

6.2 ZIELGRUPPE MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN, MENSCHEN MIT ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN UND MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Die gesundheitliche Betreuung von Menschen mit Behinderung wird grundsätzlich durch den Abschnitt sieben des Landesgesetzes vom 14. Juli 2015, Nr. 7 „Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen“ geregelt.

Eine wichtige Zielgruppe stellen dabei die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung dar, da eine frühe Förderung sich besonders positiv auf die Gesamtentwicklung auswirkt. Auf der Grundlage dieses Landesgesetzes werden nachfolgende Maßnahmen im Rahmen dieses LGPs umgesetzt:

Frühe Förderung wirkt sich positiv auf die Gesamtentwicklung aus.

6.2.1 ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN GESUNDHEITSDIENST, SOZIALDIENST UND BILDUNG BZW. ARBEITSEINGLIEDERUNGSDIENST

Die Feststellung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Invalidität ist ausschlaggebend in der Betreuung von Menschen mit Behinderung, da sie die Grundlage für die meisten Leistungen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich bildet. Die Zuständigkeiten und Leistungen, die die Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungs-, Sozial- und Arbeitsintegrationsdiensten regeln, müssen transparent und verbindlich festgelegt werden. Dies soll mit Beschluss der Landesregierung erfolgen.

6.2.2 BEDARFSGERECHTE AKKREDITIERUNG VON STRUKTUREN ZUR BETREUUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN UND/ODER MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Die Gewährleistung von angemessenen Betreuungsstandards für Menschen mit Behinderung und/oder Personen mit einer psychischen Erkrankung ist eine wichtige Voraussetzung, um die notwendige **Betreuungsqualität** sicherstellen zu können. Neben den sozialen Kriterien für diese Strukturen ist es wichtig, dass auch gesundheitliche Betreuungsstandards in die Akkreditierungsrichtlinien einfließen und umgesetzt werden. Neben der direkten Verantwortung für die Umsetzung der bestehenden Akkreditierungsrichtlinien im Gesundheitsbereich soll die Mitarbeit des Gesundheitsdienstes (Landesabteilung Gesundheit und Sanitätsbetrieb) in der Evaluation und eventuellen Überarbeitung der Kriterien für die Akkreditierung dieser Dienste verstärkt werden.

6.2.3 FESTLEGUNG VON STANDARDS FÜR DIE FACHÄRZTLICHE UND PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG IN DEN EINRICHTUNGEN DER SOZIALDIENSTE

Für jene Personen, die von den Sozialdiensten in Tagesförderstätten oder anderen Einrichtungen begleitet werden, sind **verbindliche Standards** für die fachärztliche und psychologische Betreuung zu erarbeiten. Dadurch kann eine gleichbleibende und angemessene gesundheitliche Betreuung sichergestellt werden.

6.3 ZIELGRUPPE MINDERJÄHRIGE

6.3.1 STRATEGISCHER PLAN ZUR NEUDEFINITION UND ERWEITERUNG DES ANGEBOTS DES SÜDTIROLER NETZWERKES KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE/-PSYCHOTHERAPIE

Das Südtiroler Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie wurde mit Beschluss der Landesregierung vom 18. Juni 2007, Nr. 2085 eingerichtet, in der Folgezeit weiterentwickelt und mit Beschluss der Landesregierung vom 19.11.2012, Nr. 1710 – wie in Folge beschrieben – festgelegt. Der Auftrag bezieht sich auf die Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge psychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und hat das Ziel, ein flächendeckendes, abgestuftes Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen im Bereich der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten. Angesichts der Erfahrungen und Entwicklungen der letzten Jahre bedarf es einer kritischen Bewertung und Überprüfung des bestehenden Systems, sowie des aktuellen Angebotes an soziosanitären Plätzen in den stationären und teilstationären Einrichtungen für Minderjährige. Zur **Neudefinition und Erweiterung des Angebotes** im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ein strategischer Plan erstellt und ein landesweit gültiges Verfahren für die Zusammenarbeit der Dienste festgeschrieben.

Ein Netzwerk für
 besonders Schutzbe-
 dürftige schaffen.

6.3.2 MISSBRAUCH VON MINDERJÄHRIGEN UND SEXUELLE GEWALT AN MINDERJÄHRIGEN

Bei Verdacht auf Kindesmissbrauch bedarf es einer integrierten Vorgehensweise und konkreter Schritte zur Übernahme der betreffenden Fallsituationen, um einen angemessenen Schutz der psychophysischen Gesundheit der Minderjährigen sicher zu stellen. **Klare Leitlinien** unterstützen die Meldung und Übernahme in Verdachtsfällen. Zusätzlich unterstützt ein System zur **Informations- und Datenerhebung** das integrierte und strukturierte Vorgehen. Ein **Hilfsnetzwerk** soll rechtzeitige Antworten und gezielte Maßnahmen durch Aufwertung der einzelnen Ressourcen und verschiedenen Professionen ermöglichen. In einigen Sozial- und Gesundheitsprengeln wurden bereits entsprechende Fachteams installiert bzw. bestehen Einvernehmensprotokolle, die die Zusammenarbeit regeln.

6.4 ZIELGRUPPE FRAUEN UND FAMILIEN

6.4.1 SCHWANGERSCHAFT/GEBURT/NACHBETREUUNG

Aus sozial- und gesundheitspolitischer sowie strategischer Sicht ist es grundlegend, eine umfassende, sichere, qualitativ hochwertige und landesweit einheitliche Betreuung von schwangeren Frauen, Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern bzw. von direkten Bezugspersonen auf den unterschiedlichsten Ebenen sicherzustellen und diese laufend zu verbessern.

Es ist daher Aufgabe aller beteiligten Institutionen, Leistungsanbieter, der Gesundheits- und Sozialberufe, dem öffentlichen Auftrag einer **umfassenden und landesweit einheitlichen Betreuung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt** – unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Normen – Rechnung zu tragen. Dies erfolgt unter enger Einbindung der in diesem Bereich tätigen medizinischen Fachgremien, in besonderer Weise des **Technischen Landeskomitees für die Betreuung rund um die Geburt** und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit dem örtlichen und dem staatlichen Geburtenkomitee oder anderen staatlichen und internationalen Fachgremien. Folgende Maßnahmen werden in diesem Zusammenhang als strategisch erachtet:

Rund um die Geburt landesweit einheitlich gut betreut. Risiken früh erkennen und rechtzeitig planen und intervenieren.

- Erarbeitung und Definition eines landesweit einheitlichen Betreuungsmodells rund um die Geburt in der Form durchgängiger Betreuungspfade;
- Entwicklung eines entsprechenden Organisationsmodells, das in besonderer Weise der Notwendigkeit einer zwischen öffentlichen und privaten Leistungsanbietern abgestuften und abgestimmten Versorgung Rechnung trägt;
- Durchführung einer Risikostratifizierung zur optimalen Abstimmung der Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Berufsgruppen und Sicherung der interprofessionellen Zusammenarbeit;
- Gezielte Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zur Schärfung des Bewusstseins für jene wesentlichen Betreuungsstandards, die das öffentliche Südtiroler Gesundheitssystem allen Versorgungsberechtigten gleichermaßen gewährleistet.

Allgemein gilt, dass ein verstärkter Fokus auf die Früherkennung eventueller Risikosituationen oder -faktoren in Familien von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung des Kindes in seinen ersten Lebensjahren ist. Nur so ist es möglich, präventive Maßnahmen zur frühzeitigen und vorbeugenden Intervention bereits im Vorfeld der Geburt ins Auge zu fassen und durchzuführen.

6.4.2 GEWALT GEGEN FRAUEN

Der Schutz von Opfern häuslicher Gewalt und die Interventionsmöglichkeiten für diese mittels der Vernetzung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Opferschutzeinrichtungen und Beratungsstellen sind laufend zu verbessern. Spezifische **Weiterbildungen** vor allem für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, frei wählbare Kinderärztinnen und -ärzte, Ärztinnen und Ärzte der Notaufnahmen und Freiwillige zum Thema Gewalt gegen Frauen unterstützen das Bewusstsein und schulen die konkrete Vorgehensweise bei Verdachtsfällen. Es bestehen bereits Netzwerke zwischen den Frauenhausdiensten und den Krankenhäusern.

Wir wollen
Bewusstsein schulen,
Problemsituationen
rechtzeitig erkennen,
unterstützen und
schützen.

6.4.3 INTEGRIERTE SOZIO-SANITÄRE FALLÜBERNAHME UND BEGLEITUNG

Im Bereich der Förderung und des Schutzes von Kindern und Jugendlichen sind eine Vielzahl von institutionellen und professionellen Akteuren mit unterschiedlichen Aufgaben sowie Verantwortlichkeiten bei der integrierten Fallübernahme und Begleitung tätig. Eine verstärkte Integration der Kompetenzen und Funktionen sowie der gemeinsamen Kooperation ermöglicht eine gezieltere und ganzheitlichere Vorgehensweise im Sinne der betreuten Minderjährigen und ihrer Familien. Besonderes Augenmerk wird auf die Abklärung der elterlichen Fähigkeiten und Kompetenzen gelegt.

6.5 ZIELGRUPPE SOZIALE RANDGRUPPEN

Die gesundheitliche Versorgung von Obdachlosen, Migrantinnen und Migranten auf der Durchreise und Asylantragstellern und Asylantragstellerinnen in den Aufnahmeeinrichtungen muss gewährleistet werden. Dazu bedarf es ganzheitlicher Ansätze, die eine angemessene und bedarfsorientierte Versorgung dieser Zielgruppen sichern und eine Zuordnung der Versorgung dieser Randgruppen zu bestehenden Strukturen (auch in Bezug auf Kostenrückerstattung) ermöglichen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die psychologische und medizinische/psychiatrische Betreuung dieser Zielgruppe dar, da viele dieser Menschen traumatisiert sind und somit besondere Unterstützung benötigen.

7 STATIONÄRE VERSORGUNG

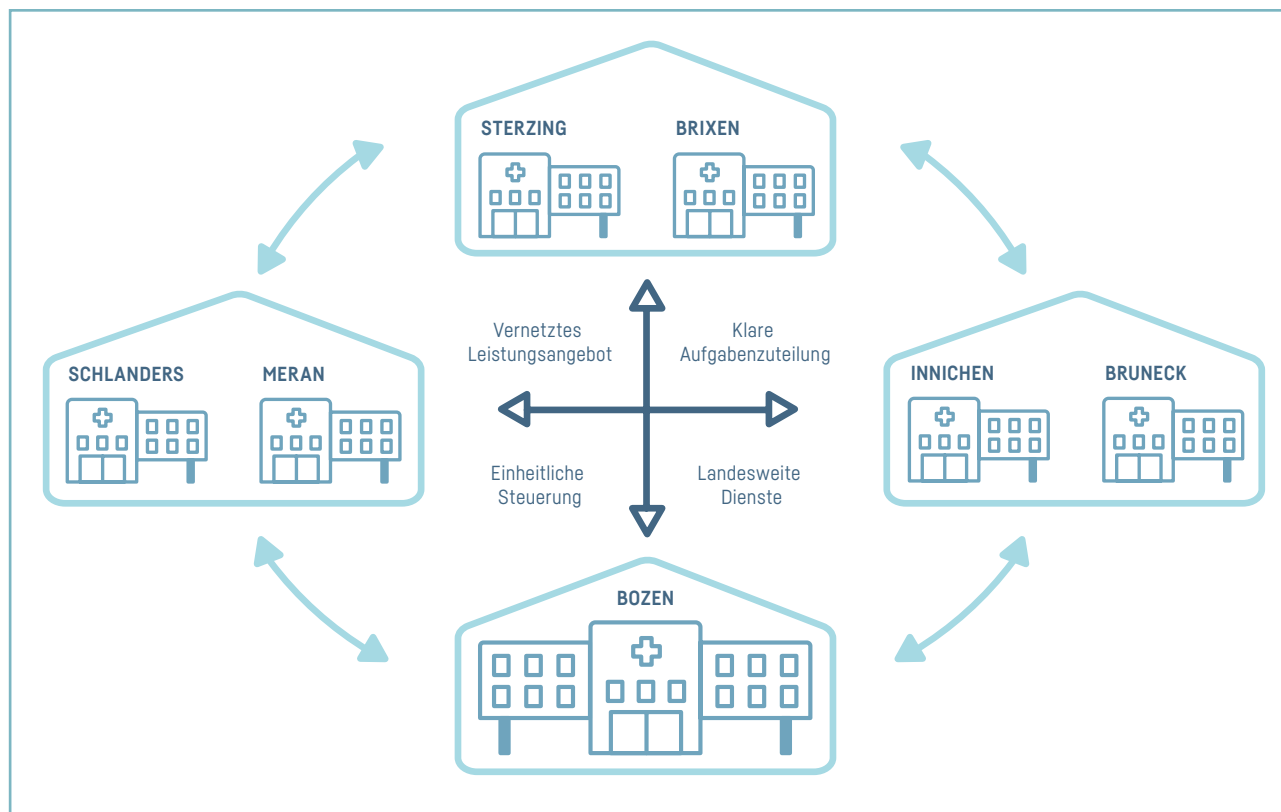
UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG sichert die medizinischen Leistungen im landesweit abgestimmten und vernetzten Krankenhausverbund.

Der im vorliegenden Kapitel dargestellte stationäre Angebotsplan umfasst sowohl die akute, einschließlich der subakuten, als auch die postakute Versorgung. Aufgrund der Verbindung zwischen der postakuten Versorgung und der Thematik des Übergangs in das familiäre Umfeld wird auch auf die Übergangsbetten – im Sinne eines Gesamtüberblicks – in diesem Kapitel Bezug genommen.

7.1 LANDESWEITER KRANKENHAUSVERBUND UND LEISTUNGSPROFILE

Die Patientinnen und Patienten, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, werden in einem **landesweiten Krankenhausverbund** – gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 – versorgt, in welchem die **Leistungsabstimmung** zwischen den sieben Krankenhausstandorten Südtirols, im Sinne der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der einheitlichen Verantwortung auf betriebliche Ebene, intensiviert wird.

ABBILDUNG 10: KRANKENHAUSVERBUND IM LANDESWEITEN NETZ



Die vernetzte Leistungserbringung funktioniert entsprechend einem **abgestuften Versorgungssystem**. Es wird unterschieden in Grund-, Schwerpunktversorgung und Versorgung mit hochkomplexen Behandlungen. Grundversorgungsleistungen sind jene Leistungen, die als Standard für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in jedem Krankenhausstandort angeboten werden. Zusätzlich zu den Leistungen der Grundversorgung können in jedem Standort

Leistungsschwerpunkte festgelegt werden. Hochkomplexe Eingriffe und Behandlungen sind primär im Landeskrankenhaus Bozen konzentriert. Ausgewählte hochspezialisierte Leistungen können auch in den anderen Gesundheitsbezirken verortet werden.¹²

Die Krankenhäuser in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck sind gemäß dem Prinzip „**Ein Krankenhaus – zwei Standorte**“ organisiert, welche in dieser Form die Akutversorgung der Bevölkerung abdecken. Organisatorisch betrachtet sind für die verschiedenen Fachabteilungen zwei Varianten möglich:

- eine komplexe Struktur über beide Standorte und eine zusätzliche einfache Struktur an einem Standort;
- eine komplexe Struktur für beide Standorte gemeinsam;

In Ausnahmefällen und aufgrund medizinischer und epidemiologischer Notwendigkeiten können auch zwei komplexe Strukturen aufrecht erhalten werden.

Innerhalb dieses Verbundes der beiden Krankenhäuser müssen folgende **Kriterien** eingehalten werden:

- Einheitliche Qualitätsstandards
- Leistungsabstimmung (qualitativ und quantitativ)
- Personalrotation zwischen den Abteilungen der Standorte
- Kapazitätsausgleich (z.B. OP Kapazität)
- Einheitliche Führung mit Verantwortlichen in beiden Standorten

Dadurch wird eine bedarfsgerechte Optimierung des Angebots an Gesundheitsleistungen und eine Ressourcenbündelung geschaffen, ein Abbau von Parallelstrukturen ermöglicht sowie die bezirksinterne als auch bezirksübergreifende Standortstärkung durch die Schaffung von dezentralen medizinischen Kompetenzzentren gewährleistet.

7.1.1 GRUNDVERSORGUNGSLEISTUNGEN NACH FACH

Für die Erbringung der Grundversorgungsleistungen¹³ sind die Standorte der Grundversorgung unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen und entsprechend dem Bedarf mit **stationären Versorgungsangeboten** (z.B. Allgemeinchirurgie, Innere Medizin) auszustatten. Die in nachstehender Tabelle aufgelisteten Leistungen werden für die Fächer Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie/Traumatologie als stationäres, tagesklinisches oder ambulantes Angebot vorgesehen.

Die vorliegende Aufzählung der Leistungen besitzt keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. kann einen solchen per se nicht besitzen. Vielmehr handelt es sich hierbei um Rahmenvorgaben, die bei der Erbringung der Leistung zu berücksichtigen sind: Mit der Umsetzung des Prinzips „Ein Krankenhaus – zwei Standorte“ wird festgelegt, dass die zur Grundversorgung der Wohnbevölkerung gehörenden Leistungen an allen Krankenhausstandorten in jedem Fall zu erbringen sind.

Aus der fachlichen Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter/innen an beiden Standorten des Gesundheitsbezirks ergibt sich, an welchem Standort ergänzende Leistungen angeboten werden können. Dadurch werden die bereits vorhandenen Kompetenzen des jeweiligen Standortes berücksichtigt und gestärkt.

¹² Zusätzlich kommt, regionsunabhängig, auch den privat-konventionierten Anbietern eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung der Südtiroler Bevölkerung zu.

¹³ Unter Beachtung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016.

| INNERE MEDIZIN | | ALLGEMEINCHIRURGIE* | | ORTHOPÄDIE/TRAUMATOLOGIE | |
|---|--|--|---|---|---------------------------------|
| Diagnosen | Medizintechnik | Diagnosen | Medizintechnik | Diagnosen | Medizintechnik |
| Herzinsuffizienz | Echo EKG Ergometrie | Abdominalchirurgie (z.B. Darm, Blinddarm, Galle und Milz) | Echographie Radiologie CT Endoskopie | Betreuung von Verletzungen aus der Notaufnahme bis zu einem gewissen Schwere- grad | Radiologie CT Sonographie |
| Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | CT-RX Thorax Spirometrie Bronchoskopie | Hernien, Hämorrhid- en, Varizen, etc. | | Endoprothetik | |
| Erkrankungen des Darms und der Bauchorgane | Ultraschall Gastroskopie Endoskopie CT-RX | | | | |
| Endokrine Erkrankungen, Diabetes Typ I und II, Schwangerschafts- diabetes, Schilddrüse | | | | | |
| Onkologie: Diagnos- tik, Chemotherapie und territoriale Palliation | | | | | |
| Infektions- krankheiten | | | | | |

Tabelle 1: Grundversorgungsleistungen nach Fach

* Unter Beachtung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 131 vom 28. Januar 2013.

Darüber hinaus sind an den Standorten der Grundversorgung bedarfsgerechte **pädiatrische und gynäkologische Versorgungsangebote** vorzusehen. Aufgrund der geografischen Lage werden am Krankenhausstandort Schlanders auch geburtshilfliche Leistungen (Geburten) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften angeboten.

Für den **ambulanten Bereich** muss gewährleistet sein, dass an den Standorten der Grundversorgung für alle Fachbereiche, die zur ambulanten Versorgung der Wohnbevölkerung notwendig sind, ein bedarfsgerechtes Angebot sichergestellt wird.

7.1.2 NOTFALLVERSORGUNG/NOTAUFNAHME

Unter Berücksichtigung einer betriebsweiten Koordination der Notfallversorgung durch Einrichtung eines betriebsweiten Notfalldepartments wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Schwerpunktkrankenhaus unter Abhängigkeit der nachfolgenden Parameter und unter Berücksichtigung der Notarztversorgung die **Notfallver-**

**Notfallversorgungs-
kette gibt Sicherheit.**

sorgungskette aufgebaut und eine **24-h/7-Tage-Versorgung** im Einzugsgebiet aller Krankenhäuser sichergestellt. Die Notaufnahme aller Krankenhäuser steht den Patientinnen und Patienten des Einzugsgebietes für die Akutbehandlung soweit zur Verfügung, als die Schwere der Verletzung und die Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals in Qualität und Quantität es zulassen, die Patientin/den Patienten gut zu versorgen. Für die Krankheitsbilder Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytraumen, Vergiftungen, Risikoschwangerschaft gibt es betriebsweit abgestimmte Betreuungspfade. Die medizintechnische Ausstattung sowie die notwendigen radiologischen und labortechnischen Leistungen sind in den Standorten der Grundversorgung vorhanden oder werden in Kooperation mit dem Schwerpunktkrankenhaus erbracht.

7.1.3 PERSONALAUSSTATTUNG

Um das angeführte Leistungsspektrum der Grundversorgung in vollem Umfang (qualitativ und quantitativ) abwickeln zu können, müssen die entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Kapazitäten verstärkt werden. Auf Grundlage einer klaren Ausrichtungsvorgabe der Landesregierung hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Auftrag, den **Personalstand anzupassen**. Bis zur Erreichung der notwendigen Personalausstattung ist die Abstimmung in Bezug auf Leistungen und Öffnungszeiten mit den Schwerpunktkrankenhäusern weiter zu intensivieren.

Sollte es trotz dieser Maßnahmen zu personellen Engpässen kommen, ist entsprechend einem **Notfallplan** der jeweiligen Krankenhäuser mit zwei Standorten vorzugehen, welcher ausgehend von den Grundsätzen von Qualität und Sicherheit die Auswirkungen auf den Umfang und den Ablauf der Leistungen definiert. Diese Notfallpläne sind betriebsweit abzustimmen.

Durch die Einführung von verpflichtenden und garantierten **„Ressourcen“-Rotationen** soll die Attraktivität durch die Erweiterung des fachlichen Spektrums für das ärztliche Personal gestärkt und die fachliche Qualifikation an beiden Standorten garantiert werden. Ebenso können dadurch kurzfristige Engpässe bei der Besetzung von Diensten bewältigt werden.

7.1.4 LEISTUNGSSCHWERPUNKTE ZUSÄTZLICH ZUR GRUNDVERSORGUNG

Zusätzlich zu den Leistungen der Grundversorgung können an jedem Standort **Leistungsschwerpunkte** festgelegt werden. Demnach werden am Krankenhausstandort Innichen spezielle Leistungen für Frauengesundheit, am Krankenhausstandort Sterzing die Neurorehabilitation¹⁴ und am Krankenhausstandort Schlanders Leistungen der endoskopischen retrograden Cholangio-Pancreatiographie und Leistungen der Handchirurgie¹⁵ angeboten.

7.1.5 UMSETZUNG DER LEISTUNGSPROFILE

Für die Umsetzung der die Grundversorgung betreffenden Leistungsprofile und für weitere Leistungsschwerpunkte wird der Sanitätsbetrieb eine Präzisierung der Leistungsprofile für die einzelnen Standorte sowie für die territorialen Dienste vornehmen. In die Umsetzung der Leistungsprofile und die Ausgestaltung der Leistungserbringung sind die Schwerpunktkrankenhäuser und das Landeskrankenhaus im Sinne des landesweiten Krankenhausverbundes und des landesweiten Stufenmodells – gemäß LR-Beschluss Nr. 171 vom 10. Februar 2015 – sowie das Netzwerk der territorialen Dienste miteinzubeziehen. Die Leistungsprofile sind mit der Landesabteilung Gesundheit abzustimmen und in der Folge laufend gemeinsam zu evaluieren. Die Leistungsprofile, verabschiedet mit Beschluss der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016, sind integrierender Bestandteil dieses LGPs (siehe Anhang).

¹⁴ Unter Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Führung an diesem Standort mit dem bestehenden Angebot.

¹⁵ Unter Einhaltung der gesetzlichen und qualitativen Vorgaben.

7.2 PLANUNGSMETHODIK UND DATENGRUNDLAGEN FÜR DIE STATIONÄRE VERSORGUNG

Als **Planungshorizont** wurde das Jahr **2020** angesetzt. Die Berechnung dazu liefert die Bevölkerungsentwicklung des ASTAT von 2014. Die Angaben zu den Bettenstrukturen und der Leistungsanspruchnahme stammen von der epidemiologischen Beobachtungsstelle und beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2014.

Der Planungsprozess selbst ist in drei Phasen unterteilt:

- I. Anwendung der Bettenmessziffer gemäß Standards
- II. Wohnbevölkerungsanalyse
- III. Bettenverortung

I. Anwendung der Bettenmessziffer gemäß Standards

Unter Verwendung der staatlichen Standards hinsichtlich der Bettenmessziffern – welche den Entwicklungen der medizinischen Möglichkeiten (z.B. in der Form von mikroinvasiven Eingriffen) Rechnung tragen – und der Bevölkerungsprognose für 2020 wurde die Gesamtanzahl der Akutbetten für Südtirol im Jahre 2020 errechnet.¹⁶

Demografische Entwicklung, Patientenströme und Auslastung sind die Kriterien für die Bettenmessziffer.

II. Wohnbevölkerungsanalyse

In dieser Planungsphase wurde die Leistungsanspruchnahme der Wohnbevölkerung analysiert. Die Zielsetzungen dieser Phase sind eine Plausibilisierung der Bettenmessziffer hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit sowie der Potentialidentifikation. Als Kennzahl hierzu wurde die Belagstagedichte (Anzahl der Belagstage je 1.000 Einwohner) verwendet. Die Belagstagedichte wurde für die vier Gesundheitsbezirke nach folgenden **Makrofächern** getrennt errechnet:

- Chirurgie
- Frau/Mutter-Kind
- Intensiv und Überwachung
- Medizin
- Psychiatrie

Die Fachzusammensetzung der einzelnen Makrofächer kann der Tabelle A.4 entnommen werden. Je Makrofach und Gesundheitsbezirk wurde wie folgt vorgegangen:

1. Potentialidentifikation basierend auf Unterschieden in der Leistungsanspruchnahme

Unter der Verwendung von Referenzwerten wurden Potentiale für mögliche Bettenreduktionen identifiziert. Die Differenz zwischen dem Referenzwert und der Belagstagedichte eines Gesundheitsbezirks stellt das Potential auf Wohnbevölkerungsebene dar. Dieses wurde unter der Verwendung einer Planauslastung – definiert je Makrofach – in Betten umgerechnet.¹⁷ Die sich daraus ergebende Bettenmessziffer wurde mit der Bettenmessziffer gemäß den staatlichen Standards abgeglichen.

¹⁶ Für die Planung der postakuten Betten sei auf den Abschnitt 7.5 verwiesen.

¹⁷ Die Auslastungsplanwerte sind in der Tabelle A.3 dargestellt.

2. Berücksichtigung der demografischen Veränderung

Zusätzlich zum Schritt 1 wurden die Auswirkungen der demografischen Veränderungen je Makro-Fach und Gesundheitsbezirk berücksichtigt.

3. Berücksichtigung der Patientenströme

Die Patientenströme wurden planerisch nicht verändert, aber bei der Planung berücksichtigt. Sollten sich die Patientenströme im Laufe der Umsetzung des Plans signifikant verändern, muss dies auch eine Anpassung der Planungsgrößen zur Folge haben. Das Monitoring der Patientenströme ist Aufgabe der Umsetzungssteuerung. Des Weiteren wurden für die Planung nicht nur die Wohnbevölkerung eines Gesundheitsbezirkes herangezogen, sondern auch der Saldo an Gastpatienten.

4. Auslastungsbereinigung

Im letzten Planungsschritt wurde die Ist-Auslastung unter Verwendung der Plan-Auslastungsparameter bereinigt.

Aus diesen vier Schritten resultiert eine Bettenveränderung für jedes Makrofach je Gesundheitsbezirk. Diese Veränderung wurde als Planungsgrundlage für den Verortungsprozess verwendet.

III. Verortungsprozess

Im Rahmen der Verortung wurden die rechnerischen Ergebnisse aus den beiden ersten Planungsschritten auf Fach- und Standortebene verortet und somit auf ihre Plausibilität und Machbarkeit bewertet. Im Zuge dieses Prozesses wurden folgende **Bewertungskriterien** herangezogen:

- die Umsetzbarkeit der Maßnahme vor allem in Hinblick auf die Notwendigkeit des Ausbaus der territorialen Versorgung;
- die derzeitige Auslastung der jeweiligen Fachabteilung;
- die Betriebsgröße der Abteilung;
- die regionale Ausgewogenheit in der Ausgestaltung des stationären Angebots zwischen den Gesundheitsbezirken;
- der Konzentrationsgrad in dem Sinne, dass Reduktionen nicht bei größeren Abteilungen vorgenommen werden, wenn dies durch eine Schwerpunktsetzung sinnvoll und zur Sicherung der Qualität der Versorgung notwendig erscheint bzw. aufgrund von staatlichen und internationalen Standards gefordert wird.

7.3 GESAMTBETTENDARSTELLUNG

Auf der Basis der vorgenannten Planungsmethode ergibt sich die Darstellung der Akut-, Post-Akut und Übergangsbetten des Jahres 2020 für Südtirol. Hierbei erfasst sind sowohl Betten für öffentliche als auch private konventionierte Strukturen. Die konkreten Werte sind in Tabelle 2 dargestellt. Die erste Spalte zeigt die jeweilige Bettenkategorie. Obwohl die Übergangsbetten nicht rein dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, gelten diese allgemein als stationäre Betten und sind folglich für einen umfassenden Gesamtüberblick von Relevanz. Nachdem die Übergangsbetten jedoch nicht zu jenem Bettenkontingent zählen, das nach staatlicher Regelung den **Richtwert** von insgesamt **3,7 Betten je 1.000 Einwohner** nicht überschreiten darf, werden diese im zweiten Teil der Tabelle gesondert dargestellt. Die zweite Spalte zeigt die Bettenmessziffer, welche sich als Anzahl der Betten je 1.000 Einwohner definiert. Die entsprechende Anzahl an Betten ist in der dritten Spalte enthalten.

| BETTENKATEGORIE | BETTENMESSZIFFER 2020 | BETTEN 2020 |
|-----------------|-----------------------|-------------|
| Akut | 2,9 | 1.568 |
| Post-Akut | 0,7 | 376 |
| Gesamtbetten I | 3,6 | 1.944 |
| Übergangsbetten | bis zu 0,2 | bis zu 100 |
| Gesamtbetten II | 3,8 | 2.044 |

Tabelle 2: Gesamtbettendarstellung

Für das Jahr 2020 sollen 1.568 **Akut-Betten** zur Verfügung stehen, was einer Bettenmessziffer von 2,9 Betten je 1.000 Einwohner entspricht. Im Falle der **postakuten Versorgung** beläuft sich die absolute Anzahl an Betten auf 376 bzw. 0,7 Betten je 1.000 Einwohner. In Summe ergibt dies eine Bettenmessziffer von 3,6, welche im Bereich der Vorgabe gemäß der staatlichen Standards liegt. Diese Bettenmessziffer erhöht sich auf 3,8, wenn auch die Übergangsbetten in die Berechnung mit aufgenommen werden.

Es wurde eine **planerische Schwankungsbreite** sowohl für die Akutbetten als auch für die Postakutbetten in der Höhe von +/- 5 Prozent festgelegt. Diese Schwankungsbreite soll dem Sanitätsbetrieb ausreichend Flexibilität für die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen bieten. Unter der Annahme der vollständigen Ausschöpfung dieser Schwankungsbreite ergäbe sich eine Akut-Bettenmessziffer von 2,8 bzw. 3,0 und somit eine gesamte Bettenmessziffer (Gesamtbetten II) von 3,7 bzw. 3,9.¹⁸



Die Anzahl der **Übergangsbetten** beläuft sich auf bis zu 100 Betten und einer entsprechenden Bettenmessziffer von bis zu 0,2. Diese werden in Südtirol jedoch dem Sozialbereich zugeordnet und werden somit in die Pflegebedarfsberechnung miteinbezogen.

Des Weiteren besteht für den Sanitätsbetrieb die Möglichkeit, Bettenkategorien vorzusehen, für welche die Betreuungsintensität geringer sein kann (z.B. keine ärztliche Anwesenheit rund um die Uhr erforderlich). Als Beispiele hierfür sind Betten für die intermediäre medizinisch-pflegerische Betreuung („cure intermedia“) oder für die Kategorie ex Art. 26 (siehe z.B. kardiologische Rehabilitation - aktuell 36 Betten) zu nennen. Der Sanitätsbetrieb wird **intermediäre Betten** innerhalb des Gesamtbettenstandes von 2.044 gemäß Tabelle 2 bedarfsgerecht und in einer angemessenen Art und Weise schaffen, wobei auch auf eine ausgewogene Verteilung der Betten auf die verschiedenen Gesundheitsbezirke zu achten ist.

Die jeweiligen Bettenkategorien sind somit im Verbund zu sehen und ermöglichen dem Sanitätsbetrieb eine flexible Ausgestaltung unter der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitskriterien.

¹⁸ Berechnung: $1.568 \cdot 1,05 / 540.596 \cdot 1.000 = 3,0$.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nachfolgende Bettenkategorien nicht in die Gesamtbettenplanung miteinbezogen sind:

- Betten für intensive Beobachtung („OBI“) - Bettenanzahl kann nicht erfasst werden, es handelt sich um Betten nach Bedarf
- Betten für Hospice- und Palliativbetreuung ¹⁹ - aktuell 23 Betten
- Betten im Therapiezentrum Bad Bachgart - aktuell 65 Betten
- Betten in der Schnittstelleneinrichtung Krankenhaus-Territorium in Sarnthein - aktuell 7 Betten

Außerdem werden die Säuglingskrippen („letti nido“) in der vorliegenden Bettenplanung nicht als Betten im engeren Sinn gewertet und sind folglich ebenfalls nicht in die Gesamtbettenplanung miteinberechnet.

7.4 ANGEBOTSPLAN FÜR DIE AKUTVERSORGUNG

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargelegt werden **1.568 Akutbetten** geplant.

Diese Betten beinhalten folgende **Bettenkategorien**:

- Betten für ordentliche Aufenthalte
- Tagesklinik-Betten
- Intensiv-Betten
- Sub-Intensiv-Betten
- Betten für intermediäre Pflege („cure intermedia“) ²⁰



Die Verteilung der Gesamtbetten auf die obigen Kategorien obliegt dem Sanitätsbetrieb. Der Landesgesundheitsplan gewährt somit ausreichend **planerische Flexibilität**, um die notwendige Abstufung der Versorgungskette vorzunehmen und dem klinischen Bedarf zu entsprechen. In Bezug auf die Abstufung der Versorgungskette wird auf die Bedeutung der Intensivbeobachtungseinheiten hingewiesen. Die entsprechenden planerischen Vorgaben finden sich im Beschluss der Landesregierung Nr. 1396 vom 1. Dezember 2015. Die Anzahl der Akutbetten je Makrofach und Gesundheitsbezirk sowie die Gesamtbettenanzahl je Haus ist in Tabelle A.1 dargestellt. In Bezug auf die Bettenanzahl je Haus ist eine Abweichungstoleranz in der Höhe von +/- 5 Prozent vorgesehen.

Für die Organisation des Intensiv- und Sub-Intensiv-Bereichs gilt es, folgende **Rahmenbedingungen** zu berücksichtigen:

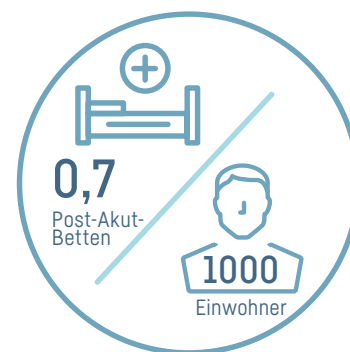
- eine Angliederung der Überwachungseinheit an die Intensivbehandlungseinheit ist anzustreben;
- mehrere getrennte Intensiv-Einheiten sind synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (vor allem aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung und Gestaltung des Versorgungsprozesses);
- es sind Synergien durch Nutzung des gleichen Personal- und Gerätepools anzustreben;
- die gemeinsame Nutzung von Labor, Diagnostik, Radiologie sowie von Hilfsmitteln zur Mobilisation ist sicherzustellen;
- die Planung der Intensiv- und Subintensivkapazität hat bedarfsgerecht und effizient zu erfolgen.

¹⁹ Für die Bettenplanung der Hospice- und Palliativbetreuung sei auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 1214 vom 20. Oktober 2015 verwiesen, mit welchem das Projekt „Das Landesnetz zur Palliativbetreuung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen“ genehmigt wurde (Ausbau auf ca. 36 Betten vorgesehen).

²⁰ In dieser Kategorie sind keine Übergangsbetten enthalten. Diese werden eigens – im Ausmaß einer Bettenmessziffer von bis zu 0,2 Übergangsbetten je 1.000 Einwohner – dargestellt.

7.5 ANGEBOTSPLAN FÜR DIE POST-AKUTE VERSORGUNG

In der derzeitigen post-akuten Versorgung besteht ein **territoriales Ungleichgewicht** des Bettenangebots. Zudem ist der Bettenanteil der privaten Anbieter in diesem Versorgungsbereich relativ hoch. Insbesondere aufgrund dieses hohen Anteils an privaten Vertragspartnern sind die operativen Einheiten im Sanitätsbetrieb mit relativ wenig Bettenkapazität ausgestattet.



Das Ungleichgewicht kommt dadurch zustande, dass der Westen des Landes im Vergleich zum Osten mit relativ vielen post-akuten Betten ausgestattet ist. Die Zielsetzung des LGPs ist es, eine Bettenveränderung auch im Sinne der **geografischen Ausgewogenheit** vorzunehmen und den Bettenstand entsprechend anzupassen.

Die **stationäre post-akute Rehabilitation** gehört als sehr dynamischer und kostenintensiver Bereich zum Core-Business des Sanitätsbetriebs, welcher gemeinsam mit privaten Anbietern eine hochqualitative Versorgung sicherstellt.²¹ Dieser Grundsatz findet in der Verteilung der Betten zwischen den Anbietern seinen Niederschlag, vor allem auch, um die Bettenkapazität in den operativen Einheiten des Sanitätsbetriebs zu erhöhen. Aus diesem Grund sollte die Reha-Abteilung am Landeskrankenhaus Bozen im Planungszeitraum mit mindestens 30 Betten und die Reha-Abteilungen in den Schwerpunktkrankenhäusern (samt Standorten der Grundversorgung) mit einer Mindestanzahl von 20 stationären Betten sowie Day Hospital und ambulanten Leistungen ausgestattet werden. Die postakuten Langzeitpflege-Abteilungen der Schwerpunktkrankenhäuser sollen mit mindestens 20 Betten ausgestattet sein, jene der Grundversorgung mit mindestens 8 Betten. In Bezug auf die Neurorehabilitation ist festzuhalten, dass sie einen besonderen Einsatz von qualifiziertem Personal und Medizintechnik erfordert, wofür hochspezialisierte Abteilungen mit spezifischen Anforderungen benötigt werden.

Die staatlichen Standards sehen einen Rahmen von 0,7 Betten je 1.000 Einwohner (**Bettenmessziffer**) für den post-akuten Bereich vor.

Nachdem die Mobilität der Patientinnen und Patienten in der postakuten Versorgung tendenziell gering ist, erfolgte die Planung im Wesentlichen unter der Verwendung der Bettenmessziffern auf der Ebene des Gesundheitsbezirks. Zusätzlich zur Bettenmessziffer wurden im Rahmen der Planung noch die Betriebsgrößen der Abteilung, die regionale Ausgewogenheit sowie die Schwerpunktsetzung berücksichtigt. Ausgehend von den Bettenmessziffern gemäß den staatlichen Standards wurden – falls erforderlich – entsprechende Adaptierungen vorgenommen.

Die aus diesem Prozess resultierenden Bettenmessziffern sind in Tabelle 3 dargestellt. Diese zeigt die Bettenmessziffer für den gesamten postakuten Bereich sowie unterteilt in die jeweiligen Kategorien Rehabilitation (inklusive Neurorehabilitation) und Langzeitpflege:

²¹ Bzgl. der wohnortnahen Reha-Versorgung sei auf den Abschnitt 5.2.1 verwiesen.

| BETTENART | BETTENMESSZIFFER |
|-----------------|------------------|
| Rehabilitation | 0,37 |
| Langzeitpflege | 0,33 |
| Postakut gesamt | 0,70 |

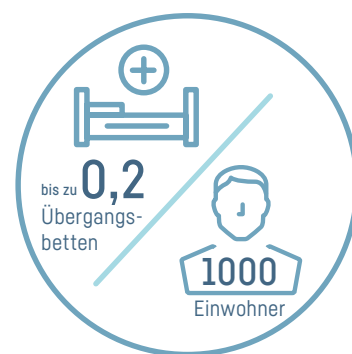
Tabelle 3: Planungsrichtwerte für die Postakute Versorgung

Für eine bedarfsgerechte postakute Versorgung der Südtiroler Bevölkerung ergibt sich für die **Langzeitpflege** eine Bettenmessziffer von 0,33, welche um 0,13 Betten je 1.000 Einwohner über der Mindestvorgabe gemäß den staatlichen Standards liegt. Für die **Rehabilitation** ergibt sich somit eine Bettenmessziffer von 0,37. Für den gesamten postakuten Bereich wurde eine Bettenmessziffer von 0,7 geplant.

Der entsprechende postakute Bettenplan ist in der Tabelle A.5 im Anhang dargestellt. Darin finden sich die Vorgaben zur Bettenanzahl je Gesundheitsbezirk und Kategorie.

7.6 ANGEBOTSPLAN FÜR ÜBERGANGSBETTEN

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen, beispielsweise im Gesundheitsbezirk Brixen, und internationaler Vergleichsdaten kann von einem Bedarf von bis zu **0,2 Übergangsbetten pro 1.000 Einwohner** ausgegangen werden. Daher ist ein Kontingent von zunächst bis zu 100 Betten für ganz Südtirol zu schaffen. Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, sollen diese Übergangsbetten in Seniorenwohnheimen, in vom Sanitätsbetrieb geführten Einrichtungen oder in privaten Einrichtungen des Gesundheitsbereiches angeboten werden.²² Unabhängig von der Art der Einrichtung soll die Höhe der Kostenselbstbeteiligung der Patientin/des Patienten landesweit gleich hoch sein. In Bezug auf die Bettenverortung ist auf eine ausgewogene Verteilung zwischen den Gesundheitsbezirken zu achten. Die Weisungsbefugnis über die Betten soll für den Übergang aus dem Krankenhaus beim Sanitätsbetrieb liegen. Für die Übergangsbetten im Sinne der Kurzzeitpflege liegt die Weisungsbefugnis weiterhin beim Sozialdienst.



In diesem Zusammenhang ist zusätzlich festzuhalten, dass im nächstfolgenden **Landessozialplan** ein besonderes Augenmerk auf den Ausbau des betreuten Wohnens gelegt wird. Des Weiteren wird der Landessozialplan die bedarfsgerechte Anzahl an Betten in den Alters- und Pflegeheimen mit dem Planungshorizont 2030 vorsehen.

7.7 BETRIEBSWEITE FUNKTIONEN

Die nachstehende Tabelle 4 listet die versorgungsrelevanten betriebsweiten Funktionen auf.²³ Als betriebsweite Funktionen gelten jene **Versorgungsbereiche**, deren Tätigkeiten aufgrund der Notwendigkeit einer Abstimmung auf betrieblicher Ebene an nur einem bestimmten Standort betriebsweit einmalig durchgeführt oder von einer Stelle aus geführt bzw. koordiniert werden, wobei die effektive Leistungserbringung auch dezentral erfolgen kann. Die organisatorische

²² Die Mindestgröße für die Verortung von Übergangsbetten in einem Alters- und Pflegeheim beläuft sich auf 60 Gesamthausbetten.

²³ Darüber hinaus kann der Sanitätsbetrieb bei Bedarf noch weitere betriebsweite Funktionen vorsehen, welche nicht im engeren Sinne als versorgungsrelevant verstanden werden. In diesem Zusammenhang sind z. B. der tierärztliche Dienst oder die Umweltmedizin zu nennen.

und strukturelle Ausgestaltung dieser betriebsweiten Funktionen bzw. – sofern vorhanden – der einzelnen peripheren Strukturen (ob betriebsweiter Dienst, komplexe oder einfache Struktur, Department, verbindliche strukturelle oder funktionale Zusammenarbeit usw.) wird hingegen in der Betriebsordnung des Sanitätsbetriebs unter Einhaltung der in Tabelle 4 dargestellten Vorgaben festgehalten.

Für jede dieser betriebsweiten Funktionen legt die Tabelle 4 außerdem die geplante Verortung jenes Standortes fest, der für die Führung/Koordination der peripheren Einheiten zuständig ist, wobei sich diese Verortung primär an der Zielsetzung orientiert, die Koordinierungsstelle dort einzurichten, wo bereits die notwendigen Komplementärstrukturen bzw. andere erforderliche Leistungsschwerpunkte vorhanden sind. Als geplante Standorte für die Führung/Koordination sind daher drei Kategorien vorgesehen:

- **Bozen:** Für diese betriebsweiten Funktionen ist der Koordinations-Standort Bozen aufgrund der Komplexität und/oder deren Abhängigkeit von am Landeskrankenhaus bereits vorhandenen Komplementärstrukturen erforderlich.
- **Standortunabhängig:** Die Koordinierungsstelle dieser betriebsweiten Funktionen kann grundsätzlich an jedem Standort verortet werden.
- **Prinzipiell standortunabhängig:** Die Koordinierungsstelle dieser betriebsweiten Funktionen ist als solche zwar standortunabhängig, wird aber einem bestimmten Standort zugewiesen, da sie dort historisch gewachsen ist.

| BETRIEBSWEITE FUNKTION | STRUKTURVORGABEN | | | Geplanter Standort der Führungs-/Koordinierungsstelle |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| | Betriebsweit einmalig – landesweite Versorgung – keine Leistungserbringung vor Ort/an anderen Standorten | Betriebsweit einmalig – verpflichtender Konsiliardienst vor Ort/an anderen Standorten | Betriebsweite Koordination – strukturelle Einheiten und Leistungserbringung vor Ort/an anderen Standorten | |
| Abhängigkeitserkrankungen | | | X | Standortunabhängig |
| Apotheken/Pharmazeutischer Dienst | | | X | Standortunabhängig |
| Diät und Ernährung | | | X | Standortunabhängig |
| Gefäß- und Thoraxchirurgie | X | | | Bozen |
| Genetik | X | | | Bozen |
| Hygiene | | | X | Standortunabhängig |
| Immunhämatologie und Bluttransfusion | X | | | Bozen |
| Kieferchirurgie (Polytrauma) | X | | | Bozen |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | X | Prinzipiell standortunabhängig aber historisch bedingt Meran |
| Kinderchirurgie | X | | | Bozen |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Komplementärmedizin | | | X | Prinzipiell standort-unabhängig aber historisch bedingt Meran |
| Künstliche Befruchtung und Kryokonservierung der Gameten | | | X | Prinzipiell standort-unabhängig aber historisch bedingt Bruneck |
| Labor | | | X | Bozen |
| Labor für Mikrobiologie und Virologie | | | X | Bozen |
| Medizinische Strahlenphysik | | X | | Bozen |
| Netzwerk Dialyse (angebunden an Nephrologie) | | | X | Bozen |
| Neugeborenen-Intensivstation | | X | | Bozen |
| Neurochirurgie | | X | | Bozen |
| Neuroradiologie (Neurochirurgie mit Neuroradiologie) | X | | | Bozen |
| Notfallmedizin | | | X | Bozen |
| Nuklearmedizin | X | | | Bozen |
| Onkologie | | | X | Standortunabhängig |
| Palliativmedizin | | | X | Standortunabhängig |
| Pathologische Anatomie und Histologie und Tumorregister (Vorsorge und Screenings) | | | X | Bozen |
| Plastische Chirurgie (Polytrauma) | | X | | Bozen |
| Pneumologie | | | X | Standortunabhängig |
| Psychologische Dienste | | | X | Standortunabhängig |
| Radiologie | | | X | Standortunabhängig |
| Rechtsmedizin | | X | | Standortunabhängig |
| Rehabilitation | | | X | Standortunabhängig |
| Rheumatologie | | | X | Prinzipiell standort-unabhängig aber aufgrund des Beschlusses der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016 in Bruneck verortet |
| Sportmedizin | | | X | Standortunabhängig |
| Strahlentherapie | X | | | Bozen |

Tabelle 4: Betriebsweite Funktionen

Die betriebsweiten Funktionen, deren strukturell-organisatorische Ausgestaltung sowie die Verortung des Koordinierungsstandortes können unter Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit geändert werden. Dies bedarf eines Beschlusses der Landesregierung.

7.8 KOMPLEXE UND EINFACHE STRUKTUREN

Für die Planung der komplexen und einfachen Strukturen wird die Orientierung an den gesamtstaatlichen Vorgaben insbesondere unter Einhaltung folgender **Grundsätze** empfohlen:

**Grundsatz:
"Ein Krankenhaus –
Zwei Standorte"
mit Leitungsfunktion
vor Ort.**

- jegliche Veränderung im Bereich der Planung von einfachen und/oder komplexen Strukturen muss sich an den **epidemiologischen Bedürfnissen der Bevölkerung** orientieren;
- das Prinzip einer **einheitlichen Führung** trägt wesentlich zu **Verbesserung der Leistungsabstimmung** zwischen den Standorten bei.

Bei der Planung von einfachen und komplexen Strukturen gilt es außerdem, die Umsetzung des im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 festgeschriebenen Grundsatzes „**Ein Krankenhaus – Zwei Standorte**“ sicherzustellen, wobei grundsätzlich eine Leitungsfunktion vor Ort garantiert wird.

Ansonsten gilt die Beibehaltung der derzeit besetzten komplexen Strukturen. Etwaige Veränderungen dazu sowie die Neudefinition von komplexen Strukturen werden von der Landesregierung auch aufgrund epidemiologischer Kennzahlen und Kriterien vorgenommen.

7.9 QUALITÄT DER LEISTUNGSERBRINGUNG

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem **abgestuften Versorgungsmodell**, in welchem die Krankenhäuser als Verbund fungieren, um dadurch die Leistungsabstimmung zu verbessern und somit in weiterer Folge die bestmögliche Qualität für die Patientinnen und Patienten zu bieten.

**Schwerpunkte auf die
Standorte verteilen,
um Kompetenzen und
Erfahrung optimal
einzusetzen.**

Für die Leistungserbringung ist eine entsprechende **Qualitätssicherung** unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualitätskriterien vorzusehen.

Hierfür sind die rechtlichen Vorgaben sowie relevante **Qualitätsstandards**, wie z.B. Mindestfallzahlen, klinisches Outcome oder Patientenzufriedenheit, einschließlich der an international anerkannten **Kriterien** orientierten Anforderungen der institutionellen Akkreditierung, maßgeblich. Gründe für die Bündelung von Maßnahmen können einerseits in der Komplexität der Leistungserbringung als auch in der Rarität zu finden sein. Vor allem in Bezug auf die Mindestfallzahlen wird das Erreichen der notwendigen „**Clinical Competence**“ für alle Gesundheitsberufe als notwendige Voraussetzung angesehen, um die bestmögliche Qualität zu erlangen. Die Qualitätsstandards sind sowohl für öffentliche als auch für konventionierte Anbieter gültig und durch die Landesabteilung Gesundheit zu monitorieren. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Angemessenheit der Versorgung – im Sinne der Vermeidung potentieller Über-, Unter- oder Fehlversorgung – zu berücksichtigen.

7.10 KLINISCHES RISIKO-MANAGEMENT

Elementare Voraussetzung für die Förderung der Qualität der Leistungserbringung ist ein strukturiertes klinisches Risikomanagement. Dafür ist der Aus- und Aufbau eines landesweit einheitlichen klinischen Risikomanagements in funktioneller und struktureller Hinsicht notwendig. Dies soll **Risiken minimieren**, die **Sicherheit steigern** und **Defensivmedizin vermeiden**. Zu diesem Zweck sollen die relevanten Risiken mittels **Fehlermeldesystemen** und **Prozessanalysen** erfasst

**Fehlermeldesysteme
und Prozessanalysen
minimieren die
Risiken.**

und ausgewertet werden. Des Weiteren ist ein einheitlicher Umgang in den Bereichen Schadensvermeidung, Schadensersatzforderungen und Versicherungswesen, Rechtsmedizin, Beschwerdemanagement und Arbeitssicherheit notwendig. Entsprechende Funktionen sind im Sanitätsbetrieb als auch in der Landesabteilung Gesundheit als Schnittstelle der Governance zum Südtiroler Sanitätsbetrieb und den staatlichen und internationalen Institutionen im Bereich des klinischen Risikomanagements vorzusehen.

8 SPEZIELLE VERSORGUNGSTHEMEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG kümmert sich um die Menschen in besonderen Lebenssituationen.

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die strategischen Leitlinien und Handlungsfelder für besonders zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung. Die Kapitelstruktur stellt keine Wertung dar und besitzt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sehr wohl aber sind die ausgewählten Versorgungsthemen und Versorgungsbereiche solche von strategischer Bedeutung.

8.1 ONKOLOGISCHE VERSORGUNG

Alle Institutionen und personellen Ressourcen, die sich mit der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgenden Betreuung von bösartigen Neubildungen (Tumoren) befassen, sind im onkologischen Leistungsangebot zu berücksichtigen.

Oberstes Ziel der onkologischen Versorgung ist die Erbringung **qualitativ hochwertiger** und **sicherer Leistungen** für onkologische Patientinnen und Patienten. Konkret bedeutet dies, eine **integrierte Betreuung** mit speziellen Strukturen im Bereich der stationären und territorialen Dienste zu etablieren und eine flächendeckende Verbesserung im Bereich der ganzheitlichen Betreuungsangebote von der Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge im onkologischen Bereich mit messbaren Ergebnissen zu gewährleisten. Auch die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 131 vom 28. Jänner 2013 beschlossene onkologische Zertifizierung bildet in diesem Zusammenhang einen Eckpfeiler zur Sicherung der Qualität der Leistungen im Bereich der onkologischen Versorgung.

Im Fokus steht die höchste Qualität der Versorgung.

Der Fokus sollte hierbei auf **Kooperationen** und – wo immer möglich und sinnvoll auf Daten und Fakten beruhenden – **Standardisierungen** in der onkologischen Versorgung liegen. Zudem müssen Arbeits- und Prozessabläufe in der gesamten Behandlungskette optimiert werden, um eine Erhöhung der **Behandlungssicherheit** – bei gleichzeitiger Verringerung des Risikopotenzials – zu erreichen. Des Weiteren müssen die **psychosoziale Begleitung**, die **Informationsweitergabe** und die **Beteiligung** der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Daher ist es wichtig, eine schnittstellenübergreifende **Vernetzung** von akutstationären Leistungserbringern, Fachärzten im Territorium, Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, frei wählbaren Kinderärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, Selbsthilfeeorganisationen und Reha-Einrichtungen zu fördern.

Folgende Punkte sind bei der Etablierung des ganzheitlichen Betreuungsnetzes mit onkologischem Schwerpunkt zu berücksichtigen:

- Sicherstellung des bestmöglichen Einsatzes der vorhandenen Ressourcen nach den Erkenntnissen des medizinischen Fortschrittes zum Wohl der Patientinnen und Patienten;
- Initiierung der Anwendung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie; im Bedarfsfall Erarbeitung von Vorgaben zu den Inhalten der Leitlinien;

- Vernetzung onkologierelevanter Ausbildungsthemen in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte und des Gesundheitspersonals;
- Evaluierung und Weiterentwicklung des onkologischen Versorgungs- und Leistungsangebotes in Bezug auf Ergebnisqualität, Bedarfsentsprechung und Kostenentwicklung;
- Konzeption von patientenorientierten Versorgungsstrukturen (z.B.: Prävention, Territorium, Rehabilitationsbereich);
- Empfehlung zum Einsatz bzw. zur Verortung von onkologierelevanten (Groß-) Geräten inkl. ökonomischer Bewertung.

8.2 PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Psychotherapie gewinnen in allen Gesundheitssystemen zunehmend an Bedeutung. Einerseits befinden sich psychische Störungen weiter im Steigen ²⁴, andererseits sind Nutzen und Wirksamkeit psychologischer und psychotherapeutischer Interventionen fundiert untersucht und eindeutig belegt. Die Psychologie hat sich in den letzten Jahrzehnten differenziert entwickelt und bietet heute transversal in den meisten Fachbereichen der Gesundheitsversorgung ihre Leistungen an. Die wachsende Bedeutung der Psychologie spiegelt sich unter anderem in den staatlichen und internationalen Leitlinien wider und führt dazu, dass immer neue Anfragen um Zusammenarbeit aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen gestellt werden.

Die vorliegenden Prävalenzdaten, hohe psychiatrische und somatische Komorbiditäten, das Altersspektrum, Geschlechtsspezifität, Ethnopsychiatrie, Sensibilisierung, Prävention, Früherkennung, Diagnose, Frühintervention und Behandlung, Rehabilitation/Inklusion, Langzeitbetreuung sind also allesamt Herausforderungen, die bei den Planungen berücksichtigt werden müssen.

Ziel ist es, die Dienste nach realen Bedürfnissen einzurichten und laufend weiterzuentwickeln. Dabei steht eine prozessorientierte Organisations-, Führungs- und Leistungsstruktur eines funktionalen **Departments für die psychische Gesundheit** im Vordergrund. Damit sollen Parallel-Strukturen, Überschneidungen und Schnittstellen verringert und Zugangsbarrieren und Wartezeiten reduziert werden.

**Ein koordinierendes
landesweites
Departement für
psychische
Gesundheit bildet die
Basis für eine
ganzheitliche
Betreuung der
Patientinnen und
Patienten.**

Diese organisatorische **Neuausrichtung des Angebotes** erfordert ein interdisziplinäres, dienstübergreifendes und transparentes Organisationskonzept, das horizontale Schwerpunkte bildet. Das zu schaffende betriebliche Departement für psychische Gesundheit umfasst somit den psychiatrischen Dienst, den psychologischen Dienst und den Dienst für Abhängigkeitserkrankungen und baut auf die aktive Inklusion des Bereiches Kinder- und Jugend-Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei ist es wichtig, koordiniert mit den Gesundheitsdienstleistern, den unterschiedlichen Organisationen und Partnern, vor allem mit den Sozialdiensten, dem Amt für Menschen mit Behinderung und dem Verband der Seniorenwohnheime Südtirol zusammenzuarbeiten. Eine fachbereichsübergreifende Kooperation bildet die Basis für eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten.

²⁴ z.B. Depressionen s. WHO Report 2001, 2006, Bundesgesundheitsurvey: Jakobi und Wittchen 2006.

Folgende Umsetzungsschritte sind bei der Neuausrichtung zu berücksichtigen:

- Aufbau der Basispsychologie;
- Definition von Vereinbarungen zur Zusammenarbeit der Ambulanzen der psychologischen Grundversorgung;
- Festlegung der Inhalte, der Organisations- und Vergütungsstruktur;
- Präsentation der Ambulanzen nach innen und außen;
- Auflistung der bestehenden Netzwerke mit Nennung der Verantwortlichen.

Neben den technischen und organisatorischen Neuerungen behält der Faktor „**gelingende Beziehungsqualität**“ zwischen der/dem zu behandelnden Patientin/Patient und dem zuständigen ärztlichen und/oder therapeutischen Personal eine wesentliche Rolle im Bereich der psychologischen und psychiatrischen Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die Sicherstellung der freien Arzt- bzw. Therapeutenwahl sowie eine Planung und vor allem die spezifische Ausbildung des Personals, welche es ermöglicht, den betroffenen Patientinnen und Patienten die gebührende Wertschätzung entgegen zu bringen.

Die **gesetzlichen Grundlagen** in diesem Bereich finden sich im Beschluss der Landesregierung Nr. 711 vom 4. März 1996, dem die staatlichen Gesetze Nr. 180 vom 13. Mai 1978 und Nr. 833 vom 23. Dezember 1978 zu Grunde liegen. Die im Staatlichen Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013 enthaltenen Leitlinien und der Fachplan Suchterkrankungen sind für Südtirol von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 106 vom 21. Januar 2013 genehmigt worden. Auch für das Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Integration der Kinder-Reha und Neuropädiatrie gibt es Beschlüsse der Landesregierung aus den Jahren 2000, 2001, 2007, 2009 und 2012.

8.2.1 DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN (DFA)

Im Rahmen des Departements für psychische Erkrankungen werden die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen zusammengeführt. Die diversen Schnittstellen des Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen (z.B. mit der Erwachsenenpsychiatrie, den Psychologischen Diensten, der Kinder- und Jugendpsychiatrie) lassen es als unumgänglich erscheinen, dass ein **betriebsweiter Dienst für Abhängigkeitserkrankungen** inhaltlich und funktionell dem Departement für psychische Gesundheit angegliedert wird.

8.2.2 KONZEPT KLINISCHE PSYCHOLOGIE ALS ABGESTUFTE PSYCHOLOGISCHE VERSORGUNG IM SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB

In Anlehnung an die Entwicklungen im medizinischen Bereich ist ein abgestuftes Betreuungsmodell auch für die klinische Psychologie sinnvoll. Im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgung ist es daher erklärtes Ziel, die klinische Psychologie im Sanitätsbetrieb fachlich und organisatorisch im Einklang mit den Grundsätzen der Nachhaltigkeit, der Effizienz und jenen der klinischen Reform landesweit einheitlich weiter zu entwickeln, um ein nachhaltiges Konzept zu implementieren.

Vier Teilzielsetzungen spielen dabei eine wichtige Rolle:

1. Abgestufte Versorgung von einer Basisbetreuung hin zu spezialisierten Angeboten

Der Gesamtprozess der Entwicklung soll anhand einer gesamtbetrieblichen Perspektive gesteuert und koordiniert werden. Hierfür wird ein/e landesweit verantwortliche/r Koordinator/in eingesetzt, der/die als direkter Ansprech-

partner/in für die Betriebsdirektion fungiert. Die klinische Psychologie soll zum einen auf Bezirksebene eine einheitliche, wohnort- und patientennahe und früh intervenierende psychologische Grundversorgung in Form einer Basispsychologie (inkl. Krisenintervention und Notfallpsychologie) bieten und zum anderen bezirksübergreifende bzw. landesweite Zentren vorsehen.

Eine weitere Versorgungsstufe stellt die spezialisierte Grundversorgung dar, welche landesweit einheitlich und lokal vernetzt angeboten wird und folgende Teilgebiete umfasst:

- Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie,
- Entwicklungsneuropsychologie,
- Erwachsenenpsychotherapie,
- Neuropsychologie und Gerontopsychologie,
- Psychologische Versorgung von körperlich Kranken (akut und chronisch) und Angehörigen im Rahmen der medizinischen Psychologie/Krankenhauspsychologie.

Des Weiteren stellen multiprofessionelle Angebote den vollen Leistungsumfang in folgenden Bereichen sicher: Dienst für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrischer Dienst, Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Palliativstation. Voraussetzung für eine wirksame Betreuung der Patientinnen und Patienten ist die lokale Vernetzung und Koordination der Dienste.

2. Patientenorientierte Organisation der Behandlungs- und Betreuungspfade

Für die Gewährleistung fachlicher Standards und der dafür notwendigen Spezialisierung werden bestimmte Angebote bezirksübergreifend oder landesweit organisiert (z.B. Notfallpsychologie, Bad Bachgart, Verkehrspsychologie, Essstörungen, usw.). Diese Leistungen und das Know-how müssen durch eine vertikale Vernetzung auch in der Grundversorgung der Bezirke wirksam werden (z. B. Nachsorge nach speziellen Therapien in den Zentren, Supervisionsangebote in Spezialgebieten, usw.). Die landesweit einheitliche Einführung und Umsetzung der im Ministerialdekret vom 19. Juli 2016 Nr. 165 festgelegten Leistungen für die psychologische Versorgung und Erarbeitung der wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) im Bereich der Psychologie gehören in diesem Zusammenhang genauso zu den Prioritäten wie die Einbringung und Realisierung von bezirksübergreifenden Forschungsprojekten.

3. Vertikale Vernetzung

Die Aufgabe der landesweiten psychologischen Betreuungsangebote besteht in erster Linie in der hoch spezialisierten Patienten- und Patientinnenversorgung, welche ständig an neue wissenschaftliche Erkenntnisse adaptiert wird. Die Vernetzung mit internationalen Zentren und Forschungseinrichtungen soll zukünftig weiter forciert werden, um bei Forschungsprojekten mitzuarbeiten oder gegebenenfalls auch selbst Forschung zu betreiben, was sich wieder auf die Kompetenz der Dienste und die Patienten- und Patientinnenbetreuung positiv auswirkt. Diese Art der vertikalen Vernetzung ist eine zentrale Aufgabe.

4. Verbindliche, landesweite inhaltliche Vernetzung von Themen und Störungsbildern

Neben der oben beschriebenen Aufbauorganisation ist es sinnvoll und notwendig, zusätzlich themenspezifische, transparente Netzwerke systematisch aufzubauen und zu pflegen. Sie sind dienst- und bezirksübergreifend über Hierarchien hinweg organisiert und sollen Synergien schaffen und vielfältiges Wissen und Erfahrungen gegenseitig nutzbar machen. Derartige Netzwerke ermöglichen eine schnelle und unbürokratische kollegiale Unterstützung in der klinischen Arbeit,

bei organisatorischen Belangen und in der Entwicklung der jeweiligen Schwerpunkte. Eine verantwortliche Person soll relevante Themenbereiche und Netzwerke koordinieren, (z.B. Psychotraumatologie, Psychoonkologie, Neuropsychologie und Demenz, psychologische Betreuung bei chronischen Erkrankungen, etc.).

8.2.3 BETRIEBSWEITES NETZWERK DES DIENSTES FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE/-PSYCHOTHERAPIE

Mit Beschluss der Landesregierung vom 18.06.2007 Nr. 2085 wurde das Konzept „Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie“ genehmigt. In der Folge wurde dieses Projekt erfolgreich weiterentwickelt und mit Beschluss der Landesregierung vom 19.11.2012, Nr. 1710 „Genehmigung des Konzeptes und des Raumprogramms für die Errichtung einer Akutabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie“ genauer festgelegt.

Angestrebt wird in diesem Bereich ein **betriebsweiter Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie** nach dem oben beschriebenen Modell mit Standort Meran, weil dort auch die entsprechende stationäre Einrichtung angesiedelt ist.

Im Zusammenhang mit der psychiatrischen bzw. psychologischen Versorgung soll auch der Teilbereich Schulpsychologie nicht unerwähnt bleiben, welcher mittelfristig im Zuständigkeitsbereich Bildung verortet werden soll.

8.3 DEMENZVERSORGUNG

Die soziodemografischen und epidemiologischen Entwicklungen der kommenden Jahrzehnte weisen auf eine rasche, deutliche Zunahme der Demenzerkrankungen hin. Immer mehr Menschen werden mit kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten behandlungs- und betreuungsbedürftig. Die Erkrankungen gehen mit einer massiven Pflegebedürftigkeit einher, verlaufen chronisch und belasten Angehörige und Familien. Die Belastungen sind körperlicher, psychologischer wie ökonomischer Natur. Die Gesamtbetreuungskosten steigen rasant in die Höhe. Die Demenzversorgung verlangt nach Diskussion mit inhaltlichen wie auch ethisch-moralischen Schwerpunkten.

Aus dieser und der Tatsache, dass bisher weder effiziente Präventivansätze noch kausale Therapiemöglichkeiten bekannt sind, ergeben sich besondere Anforderungen an das globale, das Gesundheits- und das Sozialwesen betreffende Versorgungssystem.

Anzustreben ist daher eine **spezielle Versorgungslinie in allen Settings**, ausgehend von der Ärztin/vom Arzt für Allgemeinmedizin über die Sprengeldienste, zu den Notaufnahmen und den unterschiedlichen Abteilungen im Krankenhaus. Diese gewährleisten in enger **Vernetzung** mit den Sozialdiensten eine **Betreuungskontinuität** für die betroffenen Menschen. Dazu eignen sich **Behandlungs- und Betreuungspfade**, die auf folgenden Grundsätzen basieren:

Die rasche Zunahme der Demenzerkrankungen verlangt nach einer speziellen Versorgungslinie.

- Grundversorgung mit Fallverantwortung und Verdachtsdiagnose;
- Fachambulanz mit diagnostischer Abklärung und therapeutischer Beratung (Memory Klinik);
- stationäre Anforderungen bei Akutgeschehen;
- Verlaufskontrollen.

Um Entgleisungen und der Eskalation von Grenzsituationen vorbeugen zu können, erscheint die Schaffung einer multiprofessionellen **Einheit zur Krisenintervention** besonders wichtig.

8.4 KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Das **allgemeine Vertrauen** der Bevölkerung in die Komplementärmedizin als Alternative bzw. Ergänzung zur Schulmedizin ist in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen. Dementsprechend ist auch in Südtirol die Anwendung von komplementärmedizinischen Behandlungen im Steigen begriffen, wobei man davon ausgehen kann, dass sich ca. 25 Prozent der Südtiroler Bevölkerung komplementärmedizinischen Heilmethoden unterzieht und die Hälfte aller Bürgerinnen und Bürger komplementärmedizinische Therapien und Heilmethoden für gesundheitsfördernd hält. Die am häufigsten beanspruchten Leistungen in der Komplementärmedizin sind Akupunktur, manuelle Therapie, Homöopathie und Phytotherapie.

**Der Komplementär-
medizin kommt eine
wachsende
Bedeutung als
wertvoller Beitrag zur
Ergänzung der
Schulmedizin zu.**

Der wachsenden Bedeutung der Komplementärmedizin zu Grunde liegt die zunehmende Erwartung vonseiten breiter Bevölkerungsschichten, dass sich die moderne Medizin wieder vermehrt auf die ursprünglichen Qualitäten und wesentlichen Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes besinnt. In diesem Kontext kann die Komplementärmedizin als **Ergänzung zur** sogenannten **Schulmedizin** einen wertvollen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten. Durch die Fokussierung auf primär ärztliche, pflegerische und therapeutische Kompetenz und weniger auf technisches Instrumentarium liefert die Komplementärmedizin möglicherweise eine willkommene Antwort auf die „Übertechnisierung“ der Medizin (z. B. in Form von aufwendigen bildgebenden Verfahren und invasiven Behandlungsmethoden).

Infolge des Vertrauensverhältnisses der Bevölkerung zur Komplementärmedizin und der in Kombination mit der Schulmedizin erwartbaren Ergebnisse, können folgende **Maßnahmen** zur ergänzenden Einbindung der Komplementärmedizin in die Südtiroler Versorgungslandschaft beitragen:

- Prüfung der Möglichkeit zur Erweiterung des Zugangs zu komplementärmedizinischen Behandlungen auf Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, zusätzlich zum bereits bestehenden Zugang für onkologische Patientinnen und Patienten nach evidenzbasierten Grundsätzen;
- Weiterführung des Dienstes für Komplementärmedizin und Entwicklung zu einem landesweiten Kompetenzzentrum;
- Förderung des komplementärmedizinischen Angebots im territorialen Bereich;
- Verstärkter Fokus auf komplementärmedizinische Inhalte in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

9 LÄNDERÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG bietet höchsten Leistungsstandard gemeinsam mit Partnereinrichtungen im muttersprachlichen Umfeld.

Um den in Südtirol ansässigen Personen eine umfassende Gesundheitsversorgung, auch außerhalb der italienischen Staatsgrenzen anbieten zu können, hat die Südtiroler Landesregierung im Sinne des Artikels 7 des Dekrets des Staatspräsidenten Nr. 197 vom 29. Januar 1980 **Vereinbarungen mit österreichischen und deutschen Gesundheitseinrichtungen** für eine länderübergreifende, stationäre sowie fachärztliche Versorgung abgeschlossen. Die Erarbeitung und Ratifizierung dieser Abkommen erfolgt vor dem Hintergrund der Berücksichtigung der besonderen ethnischen und sprachlichen Situation der Südtiroler Bevölkerung und zielt darauf ab, jenes Leistungsangebot, das den Bürgerinnen und Bürgern Südtirols aufgrund der interregionalen Krankenkommunikation bereits auf italienischem Staatsgebiet zur Verfügung steht, auch auf die unmittelbaren Nachbarländer auszuweiten.

In Kooperation mit den unmittelbaren Nachbarländern wird eine Ausdehnung der hochspezialisierten Leistungen möglich.

Diese umfassende, gesundheitliche Betreuung der Südtiroler Bevölkerung ist auch deswegen von großer Bedeutung, da sie neben der **Wahrung der sprachlichen Rechte** besonders dann greift, wenn **Krankenhausleistungen** erbracht werden müssen, die nicht durch den örtlichen Gesundheitsdienst sichergestellt werden können. Es handelt sich hierbei vor allem um **hochspezialisierte Leistungen**, die sowohl vom technischen als auch vom fachärztlichen Standpunkt aus gesehen eine hohe Komplexität aufweisen. Die Inanspruchnahme des länderübergreifenden Angebotes kann, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Landes Südtirol, schließlich auch erfolgen, um den Zugang der Bürgerinnen und Bürger zum Betreuungsangebot innerhalb einer **angemessenen Zeit** zu gewährleisten.

Als Beispiele für Einrichtungen in Österreich und Deutschland, mit denen das Land Südtirol im Geiste der obgenannten Zielsetzungen Vereinbarungen abgeschlossen hat, sollen in erster Linie die Tirol Kliniken GmbH und ihre vertragsgebundenen Einrichtungen, die Universitätsklinik Salzburg, das Anton-Proksch-Institut in Wien, die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) und das Land Vorarlberg Erwähnung finden.

Das Allgemeine öffentliche Landeskrankenhaus Innsbruck fungiert auch als operatives Transplantationszentrum für das Land Südtirol. Im Kurzentrum Bad Häring in Kufstein werden hingegen Südtiroler Patientinnen und Patienten aufgenommen, die frische Rückenmarksläsionen aufweisen oder Opfer von schweren Traumata geworden sind. Als weiteres Beispiel seien kardiochirurgische Eingriffe genannt, welche ebenfalls am Landeskrankenhaus Innsbruck oder in einem der weiteren hochspezialisierten süddeutschen Zentren erfolgen, die von der Landesregierung dazu ermächtigt sind.

Eine weitere länderübergreifende Kooperation zum Wohle der Südtiroler Patientinnen und Patienten besteht auf dem Gebiet der Behandlung von an Rheuma erkrankten Menschen. Hierbei arbeitet der Landesgesundheitsdienst mit hochspezialisierten Einrichtungen in Garmisch-Partenkirchen und Oberammergau zusammen.

10 MEDIZIN-GROSSGERÄTEPLAN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG unterstützt die Patientinnen und Patienten mit modernster Medizintechnologie.

Folgende medizinisch-technische Geräte sind als **Großgeräte** einzuordnen und entsprechend zu planen: ²⁵

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR; inkl. medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten werden)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT)

10.1 PLANUNGSGRUNDSÄTZE

Die Planung im Bereich der Großgeräte orientiert sich an den folgenden **Planungsgrundsätzen**:

- **Qualitätskriterium:** Je nach Leistungsangebot, medizinischen Anforderungen und im Rahmen der jeweiligen Schwerpunkte des Krankenhauses bzw. Gesundheitsbezirkes werden medizinisch-technische Großgeräte vorgesehen;
- **Versorgungsgerechtigkeit:** Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird durch eine optimale Standortwahl für Großgeräte gewährleistet;
- **Wirtschaftlichkeitskriterium:** Die Versorgung muss auch unter wirtschaftlichen Aspekten nachhaltig erfolgen.

10.2 BEDARFSORIENTIERTE GROSSGERÄTEPLANUNG

Die Basis für die bedarfsorientierte Großgeräteplanung bilden untenstehende **Einwohnerrichtwerte** und **Erreichbarkeitsempfehlungen**. Diese Werte sind für die unterschiedlichen Gerätegruppen bzw. Verfahren definiert. Beim Einwohnerrichtwert handelt es sich um Sollbereiche für die Anzahl der Einwohner je Großgeräte. Die Erreichbarkeitsfrist ist in Minuten angeführt, binnen welcher zumindest 90 Prozent der gesamten Bevölkerung den jeweils nächstgelegenen, leistungs anbietenden Standort bezüglich der betreffenden Großgerätegruppe erreichen soll. Die tatsächliche Verfügbarkeit für die erforderliche Leistungserbringung im territorialen und stationären Bereich ist neben den vorgegebenen Richtwerten zu gewährleisten.

Allfällige Anpassungen der Richtwerte können unter Berücksichtigung bestimmter Faktoren erfolgen, beispielsweise Geräteauslastungen inkl. Berücksichtigung einer Vorhaltenotwendigkeit für den akuten Bedarfsfall, Veränderung des Leistungsangebotes in den Krankenhäusern sowie organisatorische oder betriebs-/ gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen. Die Auslastung der Großgeräte ist zu überwachen und entsprechend zu steuern.

²⁵ Dieses Kapitel orientiert sich in Bezug auf die Klassifikation der Großgeräte und Planungsgrundsätze und -richtwerte am Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012, S. 116–117.

| GERÄTEGRUPPEN/VERFAHREN | EINWOHNERRICHTWERTE (BEREICHE) | ERREICHBARKEIT (IN MINUTEN) |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Computertomographie [CT] | 30.000-50.000 | 30 |
| Magnetresonanz-Tomographie | 70.000-90.000 | 60 |
| Coronarangiographie [COR] * | 200.000-300.000 | 60 |
| Strahlentherapie [STR] | 100.000-140.000 | 90 |
| Emissions-Computer-Tomographie (ECT)** bzw. ECT-CT | 80.000-100.000 | 45 |
| Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET-CT | 300.000-400.000 | 60 |

Tabelle 5: Planungsrichtwerte GGP

* Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten bzw. erbracht werden können, unter gesamthafter Betrachtung bestehender bzw. vorgesehener COR-Vorhaltungen.

** exklusive „nicht SPECT-fähiger“ Gammakameras

Sogenannte **Funktionsgeräte**, die ausschließlich intraoperativ, für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. Therapieüberwachung bei der Strahlentherapie verwendet werden, finden für allgemeine Planungsarbeiten und Bedarfsprüfungen im Sinne des Großgeräteplans grundsätzlich keine weitere quantitative Berücksichtigung. Diese Geräte sind zu erfassen und gesondert darzustellen.

Die **Gerätschaft** ist gültigen Erneuerungsstandards und Richtlinien entsprechend zu planen.

11 INNOVATIONSRICHTLINIE

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG integriert Innovationen zur spürbaren Verbesserung der Behandlungsqualität für die Menschen.

Ziel dieser Richtlinie ist es, Rahmenbedingungen und Kriterien zu beschreiben, die es ermöglichen, Innovationen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit, ihre angemessene und effiziente Anwendung, auf Qualitätsverbesserungen, klinische und organisatorische Auswirkungen und ihre gesellschaftliche Akzeptanz zu untersuchen und deren Verbreitung entsprechend zu fördern oder zu unterbinden.

**Innovation bewerten
und wo sinnvoll
fördern.**

Als international anerkannte Methode und als gültiges Instrument, klinisch relevante Technologien sinnvoll einzusetzen bzw. auch zu ersetzen, dient die **Beurteilung von Gesundheitstechnologien („Health Technology Assessment“ - HTA)**. In diesem Kontext bezieht sich der Begriff „Technologie“ auf Medikamente, Instrumente, Geräte, medizinische und chirurgische Verfahren, Leitlinien und Betreuungspfade, aber ebenso auf Projekte und Informationstechnologien sowie auf Organisations- und Managementmodelle.

Um angesichts der steigenden Kosten eine Kürzung der Leistungen zu vermeiden, muss der Einsatz der vorhandenen Ressourcen durch Umschichtung wenig sinnvoller Leistungen zugunsten nachweislich nützlicher und notwendiger Technologien erfolgen.

HTA ist die systematische Bewertung von Verfahren und Technologien, die einen Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben. Vorhandene Forschungserkenntnisse und Informationen werden bewertet, in einem Bericht zusammengefasst, entsprechende Schlussfolgerungen abgeleitet und Handlungsempfehlungen gegeben.

Entscheidungen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik sind auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnissen zu treffen, d.h. sie müssen **„evidenzbasiert“** sein. So trägt HTA dazu bei, die unkontrollierte Verbreitung unzureichender Technologien im Gesundheitssystem zu verhindern und damit daraus entstehende finanzielle Belastungen zu mindern und die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern. Zudem soll eine Brücke zwischen Forschung und gesundheitspolitischer Entscheidungsfindung geschaffen werden.

Um diese Ziele zu erreichen, braucht es eine transparent definierte, **landesweit einheitliche Vorgehensweise bei Ersatz/Neuanschaffung von Technologien** im Hinblick auf die Beantragung, Beurteilung und Entscheidungsfindung.

Als Innovationen gelten Technologien mit einem Investitionsvolumen von über 300.000 Euro. Diese müssen einem eigenen **Genehmigungsprozess** unterzogen werden. Dazu wird, wie von den staatlichen Normen vorgesehen, eine multiprofessionelle **HTA- und Innovationseinheit** in der Landesabteilung Gesundheit eingerichtet. Für Neuinvestitionen über 1.000.000 Euro ist ein eigener **HTA-Bericht** anzufertigen oder auf bestehende HTA-Berichte zurückzugreifen. Für Neuinvestitionen darunter, aber über 300.000 Euro, ist eine Prüfung nach einem einfachen Prüfverfahren durch die Innovationseinheit ausreichend.

Diese organisatorische Einheit stützt sich bei ihrer Arbeit auf ein multiprofessionelles **Team**, das Kompetenzen in den Bereichen Medizintechnik, Gesundheitsökonomie und HTA besitzt und deren Mitglieder sowohl von der Landesabteilung Gesundheit als auch vom Sanitätsbetrieb gestellt werden können. Die Arbeit dieses Teams kann durch externe Experten zum Beispiel in Form von Konventionen mit staatlichen (Agenas) oder regionalen HTA-Einrichtungen und/oder mitteleuropäischen HTA-Institutionen (z.B. in Österreich, Deutschland, Schweiz oder England) auch durch Zurverfügungstellung oder Erstellung von HTA-Berichten unterstützt werden. Die Innovationseinheit leitet daraus eine Entscheidungsgrundlage inkl. Empfehlung für das Landeskomitee für die Planung im Gesundheitswesen ab.

Um eine nachvollziehbare technische Begutachtung leisten zu können, braucht es einen **standardisierten Antragsprozess**. Dieser sieht seitens des Sanitätsbetriebes und anderer Antragssteller eine Begründung und eine Darlegung des klinischen Zugewinns sowie eine Vorlage von evidenzbasierten Daten vor, welche folgende Bereiche betreffen:

- Sicherheit
- Bedarf
- Klinische Wirksamkeit
- Klinische Effektivität
- Zugang
- Wirtschaftlichkeit.

Ein standardisierter
Antragsprozess ist
Voraussetzung für
eine nachvollziehbare
technische
Begutachtung.

12 BEGLEITMASSNAHMEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG fördert die stete Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie eine transparente Kommunikation mit informierten Patientinnen und Patienten.

Begleitmaßnahmen sind als Unterstützung im Rahmen der Umsetzung des Landesgesundheitsplans zu sehen. Folgenden Themen kommt eine besondere Bedeutung zu: Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung, Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation.

12.1 PERSONALENTWICKLUNG

Das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die wichtigste Ressource für die Qualität, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienste. Neben der **kontinuierlichen Verbesserung der Kompetenzen** des bereits beschäftigten Personals mittels laufender **Aus- und Weiterbildung** stehen **Neugewinnung und Bindung qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** sowie die Sicherung ihrer **Leistungsbereitschaft** und Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt der betrieblichen Personalpolitik. All dies sind Voraussetzungen für ein erfolgreiches Personalentwicklungskonzept, welches stets im Rahmen einer nachhaltigen Betriebskultur zu erfolgen hat.

Kompetente, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit hoher Leistungsbereitschaft sind für eine gute Versorgung entscheidend.

Daher ist es Aufgabe des Sanitätsbetriebes im Planungszeitraum das Instrument der Personalentwicklung wirksam zu implementieren, da dieses einen Schlüsselfaktor zur Optimierung des Betriebserfolges darstellt. Der Betriebserfolg ist an der Qualität der Patientenversorgung und an der Intensität der Forschungs- und Lehrtätigkeit genauso messbar wie an Indikatoren zur Mitarbeiterzufriedenheit und am betriebswirtschaftlichen Ergebnis. Die Personalentwicklung stellt eine nicht delegierbare Aufgabe der Führungskräfte des Betriebes dar, da diese unweigerlich mit Ergebnisverantwortung verbunden ist. All dies entbindet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedoch nicht von der persönlichen Verantwortung für die eigene berufliche Entwicklung. Um einen hohen Durchdringungsgrad zu erreichen, wird die Steuerung der Personalentwicklung dort angesiedelt, wo sie wirken soll: Im klinischen, Verwaltungs- und technisch-pflegerischen Bereich. Nachfolgende Maßnahmen werden als besonders wichtig erachtet:

1. Umsetzung eines **integrierten Personalentwicklungskonzeptes**: Ausgangspunkt dafür ist die Personalplanung, welche als vorausschauende und gedankliche Vorbereitung aller Maßnahmen im Zusammenhang mit den zu erbringenden Arbeitsleistungen und den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verstehen ist. Weitere Eckpfeiler des Personalentwicklungskonzeptes sind ein klares Anforderungsprofil, eine gezielte Anwerbung des Personals, eine professionelle Personalauswahl, eine strukturierte Einführung in den Betrieb und in die Organisationseinheit, ein individuell angepasstes Aus- und Weiterbildungsprogramm zur kontinuierlichen Erweiterung der Kompetenzen sowie Maßnahmen zur nachhaltigen Mitarbeiterförderung und Laufbahnplanung (sowohl im Führungsbereich als auch im fachspezifischen Bereich). Die Definition und Umsetzung von Führungsgrundsätzen und die Nachwuchsförderung im Führungsbereich runden ein zukunftsorientiertes Personalentwicklungskonzept ab.

2. Wiederaufnahme der **Facharztausbildung** in den Krankenhäusern Südtirols durch ein Abkommen Österreich-Italien zur Anerkennung der Facharztausbildung.
3. Zügige Abwicklung des **Aufnahmeverfahrens** von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
4. Umsetzung eines nachhaltigen **Mitarbeitergewinnungs- und -bindungskonzeptes**.
5. Gezielte **Förderungen** für **junge Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin**, auch im Lichte eines geordneten Übergangs der Tätigkeit zwischen den Generationen sowie die Schaffung einer Anlaufstelle für Jungärztinnen und Jungärzte.
6. Maßnahmen zur Personalentwicklung und zur Erhaltung der Arbeitsmotivation über das gesamte Arbeitsleben aller Berufsgruppen, auch durch **Verstärkung der Forschungs- und Weiterbildungstätigkeiten** als institutioneller Auftrag des Sanitätsbetriebes.
7. Rechtliche Prüfung, ob die Aufnahme von Fachpersonal auch durch befristete Einstellung mit verpflichtendem Besuch von Sprachkursen und der Verpflichtung, innerhalb eines angemessenen Zeitraums den Nachweis über die Kenntnis der beiden Landessprachen zu erbringen, möglich ist.
8. Ausarbeitung eines spezifischen **Dienstleistungspaketes** für Fachkräfte, die von außerhalb nach Südtirol kommen (Informationen über Förderungen für die Rückkehr von Fachkräften, Hilfe bei der Wohnungssuche und der Arbeitssuche für Familienangehörige usw.).
9. Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der **Personalbedarfsberechnung** nach dem Vorbild staatlich und international gängiger Best-Practice-Beispiele und unter der Berücksichtigung eines effizienten Personaleinsatzes und der Qualitätsansprüche durch die Patientinnen und Patienten.
10. Fortführung der Maßnahmen zur kontinuierlichen **Aufwertung der nicht-ärztlichen Berufe**, sowohl mit Bezug auf die Übernahme von mehr Verantwortung im medizinischen und pflegerischen Alltag als auch in der Führung bzw. Koordinierung von Gesundheitsdiensten, auch um dem zunehmenden Ärztemangel nachhaltig zu begegnen.

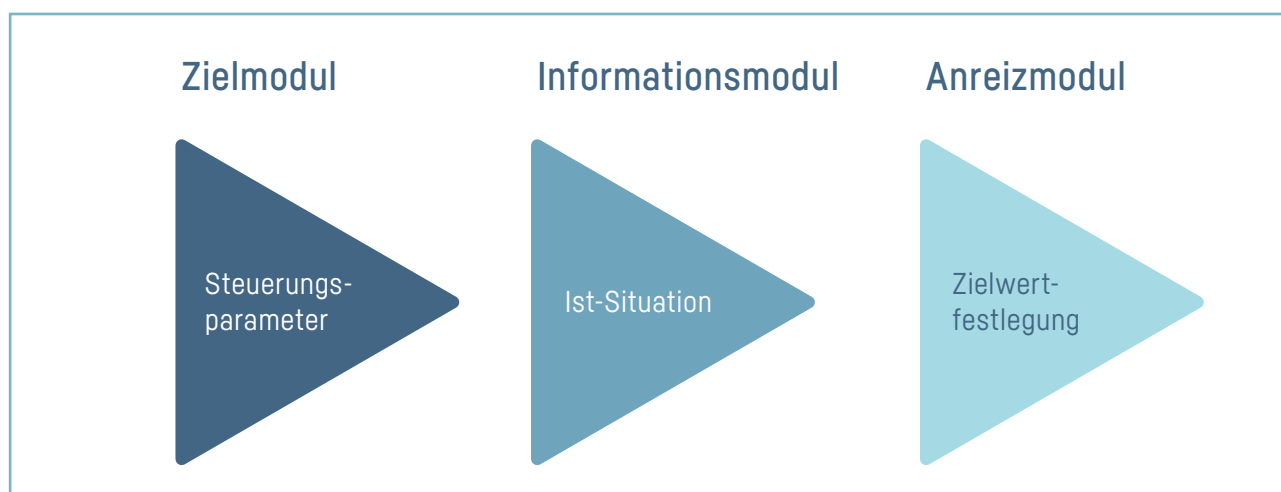
12.2 ANREIZSYSTEME

Um die Ziele des Landesgesundheitsplans zu erreichen, bedarf es neben der gemeinsam mit den Fachleuten des Südtiroler Sanitätsbetriebes erarbeiteten konkreten Maßnahmenliste auch der Anreize für eine zielgerichtete Umsetzung dieser. So kann die nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems – welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt hat – mittels transparenter, messbarer Vorgaben und flächendeckender Anwendung international gängiger Methoden, Instrumente und Prozesse der **„Clinical governance“** („klinische Steuerung“) garantiert werden.

Fehlanreize sollen dabei möglichst ausgeschlossen werden. Im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung soll ein periodisches Benchmarking gefördert werden.

Ein begleitendes Konzept unterstützt die Darstellung dieser relevanten Bereiche. Die Messung der Ziele erfolgt über Steuerungsparameter innerhalb des Zielmoduls. Die Steuerungsparameter müssen relevant für die Zielerreichung sein, können durch die Entscheidungsträger verändert werden und müssen Messbarkeit und Umsetzbarkeit gewähren. Ein Informationsmodul zeigt die Ist-Situation auf und steigert die Transparenz der gesetzten Maßnahmen (Benchmarking). Abschließend kann die Zielerreichung durch ein Prämiensystem unterstützt werden. Die Prämien sollen unter den Aspekten der Verhältnismäßigkeit, des Mindestniveaus und der Flexibilität gewählt werden.

ABBILDUNG 11: ANREIZ-PROZESS



Das Konzept ermöglicht zudem eine stufenweise Abwicklung des Anreiz-Prozesses:

1. Schritt: Definition und Monitoring von Steuerungsparametern (**Zielmodul**)
2. Schritt: Beschreibung der Ist-Situation, daraus ergeben sich konkrete Zielwertfestlegungen – ohne Gewährung von Anreizen (**Informationsmodul**)
3. Schritt: Implementierung des **Anreizmodules** (Prämienystem bei Zielerreichung)

12.3 IT-VERNETZUNG

Eine schnittstellen- und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erfordert neue Ansätze, die ganzheitliche IT-Konzepte und E-Health-Strategien gesamtheitlich berücksichtigen und zielgerichtet einbinden.

Dabei muss klar die **Dienstleistungsorientierung** für die Zielgruppen (Bevölkerung, Patienten/Patientinnen, Angehörige der Gesundheitsberufe, Gesundheitspolitik und -verwaltung etc.) beachtet werden. Die soziosanitären Behandlungs- und Betreuungsprozesse werden durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik unterstützt und eine stärkere und qualitativ hochwertige Einbindung und Beteiligung der direkt Betroffenen und pflegenden Angehörigen möglich gemacht („**Empowerment**“). Darüber hinaus gilt es, die **Steuerung, Führung und Kontrolle der Gesundheitsdienste** zu verbessern sowie die Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherzustellen. Die Umsetzung von E-Health-Strategien fördert zudem die organisatorische und inhaltliche Erneuerung und Veränderung des Gesundheitssystems als Ganzes.

Zahlreiche Initiativen, beispielsweise die Vereinheitlichung der E-Health Lösungen, werden seit 2008 vom Gesundheitsministerium auf staatlicher Ebene in Abstimmung mit den Regionen und Autonomen Provinzen durchgeführt. Die Harmonisierung im Rahmen des „Neuen Gesundheits-Informationssystems“ (NSIS) bildet unter anderem die Voraussetzung für die Schaffung der wesentlichen Informationsebenen („Livelli essenziali di informazioni – LEI“). Diese sind grundlegend für die Unterstützung der Betreuung und die Digitalisierung von klinischen Dokumenten.

Die E-Government- und E-Health-Strategien des Landes Südtirols berücksichtigen die Leitlinien und die gesetzlichen Bestimmungen auf europäischer und staatlicher Ebene und werden in enger Abstimmung mit den Projekten und Initi-

ativen auf nationaler Ebene, wie dem System der Gesundheitskarte („sistema della tessera sanitaria“) und der Elektronischen Gesundheitsakte („FSE – Fascicolo sanitario elettronico“), umgesetzt. Für Südtirol sind folgende Handlungsfelder im Planungszeitraum zentral:

- Gewährleistung des Informationsaustausches zwischen den Krankenhäusern;
- Bereitstellung und Austauschmöglichkeit aller gesundheitsrelevanten Daten zwischen den Krankenhäusern und dem Territorium;
- direkter Datenfluss zwischen Sanitätsbetrieb und Landesabteilung für Gesundheit;
- Optimierung des Datenflusses zwischen Landesabteilung Gesundheit und den staatlichen Institutionen (Ministerien, AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, usw.).

Das Thema der konkreten IT-Vernetzung erfordert klare Rahmenbedingungen und Zielsetzungen mit Blick auf die Gesamtstrategie im Bereich E-Health und E-Government sowie die Einbindung aller Akteure, insbesondere des Territoriums und der Basismedizin.

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist das wesentliche strategische Planungsinstrument der im April 2016 vorgestellte **IT-Masterplan 2016-2018**. Er sieht die Einführung und Entwicklung einheitlicher landesweiter Informationssysteme für den Krankenhaus- und territorialen Bereich, die Verwaltung und die Basismedizin vor. Außerdem sind **Online-Dienste** (Vormerkung, Bezahlung, Befundabholung etc.) und **telemedizinische Dienste**, wie Fernberatungen, Ferndiagnosen, Fernüberwachung, Telerehabilitation und Telemedizin, für die Bürgerinnen und Bürger geplant. Herzstück der klinischen Versorgung ist die Einführung und Entwicklung der **Integrierten Patientenakte**. Diese wird von den verschiedenen Subsystemen gespeist und dokumentiert in ganzheitlicher Weise den Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten, deren/dessen Betreuungs- und Pflegebedürfnisse, ihre/seine Gesundheitsziele sowie Betreuungspfade. Die Patientenakte verfügt über hochwertige Funktionen wie z.B. das „Clinical Decision Support System“.

**Die IT-Vernetzung
sorgt für einheitliche
Information.**

**Das Herzstück ist die
integrierte
Patientenakte.**

**Online- und
telemedizinische
Dienste rücken die
Leistungen näher zur
Bürgerin/zum Bürger.**

In konkreter Umsetzung befinden sich bereits verschiedene Projekte und eine Prioritätenreihung in Zusammenhang mit den genannten Themen. E-Health-Strategien sind bereits auf verschiedenen Ebenen etabliert und werden laufend evaluiert und damit hinsichtlich ihres Fortschrittes und Zielerreichungsgrades überprüft. Zu nennen sind diesbezüglich:

- Entwicklung und Ausbau des Landesinformatiksystems;
- Einführung eines für die Landesabteilung Gesundheit und den Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeinsamen Data-Warehouses;
- Errichtung eines einheitlichen Registers („registry“) und Landesarchivs („repository“) mit klinischen Unterlagen der Gesundheitsdienste;
- Ermöglichung einer eindeutigen Identifikation der Patientinnen und Patienten mittels einer einheitlichen Liste / meldeamtlicher Gesundheitsdatenerfassung;
- Digitalisierung des Verschreibungsverlaufs (digitale Rezepte und Krankenscheine);
- Einführung einer Elektronischen Gesundheitsakte des Bürgers („FSE“/Fascicolo sanitario elettronico) unter Voraussetzung und Berücksichtigung der staatlichen und internationalen Standards wie zum Beispiel HL7;

- Einrichtung eines einheitlichen Vormerksystems, das allen Altersgruppen einen ihren jeweiligen Fähigkeiten und Anforderungen entsprechenden Zugang zu innovativen Vormerkinstrumenten ermöglicht;
- Modernisierung des Südtiroler Sanitätsbetriebs mittels Einführung von Verfahren zur Unterstützung der Betriebsleitung durch gemeinsame landesweite Datasets;
- Modernisierung der Verwaltungsprozeduren gemäß den Richtlinien für die digitale Verwaltung („Codice Amministrativo Digitale“- CAD).

Alle Projekte und Initiativen müssen den Kriterien der Datensicherheit und des Datenschutzes entsprechen.

12.4 BÜRGERBETEILIGUNG UND GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Die Gesundheitssysteme der fortgeschrittenen Länder erleben derzeit einen tiefgreifenden Wandel: Fand sich der Patient/Bürger bisher in der Rolle des „passiven“ Nutznießers von Dienstleistungen, innerhalb eines „paternalistisch“ ausgerichteten Versorgungssystems, so ist heutzutage allorten der Anspruch auf selbstbewusste und **aktive Miteinbeziehung** und **Beteiligung** zu erkennen.

**Patienten/innen und
Bürger/innen sind
immer informierter
und erwarten sich
eine aktive Miteinbe-
ziehung.**

Auch in Südtirols Gesundheitswesen ist dieser Paradigmenwechsel spür- und erkennbar. So sind beispielsweise die **Patienten- und Volontariatsorganisationen** über die gegenseitige Information und das Einholen von Stellungnahmen hinaus an viel umfassenderer Mitarbeit und Beteiligung zur Verbesserung der Dienstleistungen interessiert.

Es ist die Intention der politischen Verantwortungsträger, der Landesabteilung Gesundheit und auch des Managements des Sanitätsbetriebes, die Patienten- und Volontariatsorganisationen, die Gemeinden und Bezirksgemeinschaften, die **Sozialpartner** und verschiedenen **Verbände** sowie alle weiteren **Interessensvertreter („stakeholder“)** in die Entwicklung des Gesundheitssystems einzubinden, aus dem Bewusstsein heraus, dass das Recht auf qualitativ hochwertige und würdevolle Behandlung nur durch die Steigerung der Kunden- und Servicequalität und auf der Grundlage eines ganzheitlichen, humanistischen Menschenbildes verwirklicht ist.

Im Bemühen um eine menschliche und zeitgemäße Gesundheitsversorgung werden nämlich auch in Südtirol zusehends die **Nachteile mangelnder Partizipation** sichtbar: die Unangemessenheit in der Nachfrage nach Dienstleistungen und Diensten steigt, die Einhaltung therapeutischer und gesundheitlicher Vorgaben („compliance“) ist verbesserungsbedürftig, die Wirksamkeit von sogenannten „self-care“-Instrumenten ist kaum bewusst und es gibt nur wenige Modelle an gemeinsamen gesundheitlichen Entscheidungsprozessen.

Die Beteiligung der Patienten/innen und der Bevölkerung kann auf verschiedenen **Ebenen** erfolgen und ist von ihrem Wesen her sektorenübergreifend und multidisziplinär.

Konkret kann sie:

- die Erhöhung der persönlichen Gesundheitskompetenz der/des Einzelnen betreffen und damit präventiv sowie angemessen sein;
- die Gesundheit der einzelnen Patienten und Patientinnen und therapeutische Maßnahmen betreffen;

- sich auf die Gesundheitsdienste und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen beziehen, insbesondere die Zugänglichkeit zu stationären und fachärztlichen Einrichtungen, die Verfügbarkeit der Therapien, den Abbau der Wartezeiten, die Verbesserung der Krankenhaus-Versorgung und der Gesundheitsbetreuung vor Ort sowie die Beteiligung an klinischen und pharmakologischen Forschungsprojekten;
- die Bevölkerung und Patienten und Patientinnen im Rahmen von strukturierten Prozessen an Entscheidungen über Priorisierung, Planung und Organisation von Gesundheitsdiensten beteiligen.

Im Planungszeitraum sollen die **bestehenden Organe, Instrumente und Kanäle verstärkt und ausgebaut** werden. Insbesondere sollen:

- die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Vereinen, Verbänden, Patienten- und Volontariatsorganisationen wie auch der Volksanwaltschaft gefestigt und gefördert werden;
- die Integration und Harmonisierung der verschiedenen Erwartungen und Perspektiven auf Landesebene vorangetrieben werden (Stakeholder-Management), um die Effizienz und Wirksamkeit des Gesamtsystems zu erhöhen;
- auf Betriebsebene landesweit einheitliche organisatorische und strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, mit klar definierten Schnittstellen von der bzw. zur Landesabteilung Gesundheit, um eine zeitgemäße Steuerung und Kontrolle der Informations-, Kommunikations- und Beteiligungsprozesse zu ermöglichen;
- spezielle Programme und Projekte zur Erhöhung der internen wie externen Kunden- und Servicequalität des Sanitätsbetriebes ins Leben gerufen werden, um die Humanisierung des Gesamtsystems voranzutreiben.

Weiteres werden folgende Schwerpunkte und Maßnahmen als prioritär erachtet:

- Entwicklung und Umsetzung eines integrierten Konzeptes der Gesundheitskommunikation auf Betriebsebene auf Basis der Zielvorgaben der Gesundheitspolitik;
- Auf- und Ausbau des betrieblichen Beschwerdemanagements und des Systems der Patienten- und Kundenzufriedenheitsbefragungen;
- Einführung wirksamer Informations- und Kommunikationsmittel und Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenzen im Bereich Kommunikation, vor allem auch zwischen den Gesundheitsberufen und der Patientin und dem Patienten;
- Spezifische Kampagnen der Information, der Vorsorge und des Empowerments, auch mit Blick auf soziale Rand- bzw. benachteiligte Bevölkerungsgruppen;
- Verbesserung des Zugangs zu den Dienstleistungen durch neue Organisationsmodelle sowie Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. Telemedizin);
- Entwicklung von Modellen und Instrumenten der Partizipation zur Verbesserung und Entwicklung der Dienste und Dienstleistungen sowie zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Einzelnen/des Einzelnen.

13 PLANUNGSKREISLAUF UND AKTUALISIERUNG DES LGP

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG entwickelt sich laufend weiter und unterliegt einer kontinuierlichen Prüfung der gesteckten Ziele.

Ziel der Festlegung eines Planungskreislaufes ist es, den Prozess für die **laufende Weiterentwicklung des LGPs** sicherzustellen und zu gewährleisten, dass die **Umsetzung** – entsprechend den gesetzlichen Regelungen – laufend **gesteuert** wird.

13.1 STEUERUNG DER IMPLEMENTIERUNG DES LANDESGESUNDHEITSPLANES

Der jeweils aktuelle LGP enthält Maßnahmen, welche die Umsetzung der Ziele für eine nachhaltige und hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Die festgelegten Maßnahmen unterstützen die Erreichung dieser Ziele. Demzufolge ist eine priorisierende Umsetzungssteuerung der Maßnahmen notwendig. Für die Steuerung relevant sind:

- Management der jeweils umzusetzenden Maßnahmen;
- Permanenter Reflexionskreislauf;
- Laufende Verankerung der Ergebnisse im Landesgesundheitsplan und/oder im behördlichen Richtlinienprozess.

Die **jährliche Bewertung des Umsetzungsstandes**, welche die Grundlage zur Evaluierung und Festlegung der Maßnahmen im weiteren Verlauf der Umsetzung bildet, erfolgt nach folgenden drei Kriterien:

1. Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung;
2. Auswirkung auf die Bevölkerung bzw. Patientinnen/Patienten;
3. Ökonomische Auswirkungen.

Laut den geltenden Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 7 vom 5. März 2001 obliegt die Aufgabe der Kontrolle über den Stand der Umsetzung des LGPs sowie die periodische Erarbeitung von Vorschlägen zur Lösung allfälliger Probleme, die bei der Durchführung des LGPs entstehen, dem Landeskomitee für die Planung im Gesundheitswesen, in der Folge **Plankomitee** genannt. Zur Unterstützung und wirksameren Wahrnehmung dieses Aufgabenbereiches kann das Plankomitee die fachliche Expertise einzelner oder mehrerer **externer Experten** einholen.

In diesem Sinne erarbeitet das Plankomitee mit fachlicher Unterstützung und gegebenenfalls auf Vorschlag der externen Experten einen **jährlichen Umsetzungsbericht**. Dieser Bericht zeigt anhand noch zu definierender Kennzahlen den Status der Umsetzung des Plans, aber auch Veränderungen von Rahmenbedingungen wie bspw. Patientenströme auf und enthält, sofern erforderlich, **Empfehlungen zur Umsetzungsadaptierung**. Dieser Bericht wird anschließend der Landesregierung zur Beschlussfassung übergeben. Die Beteiligung von externen Experten an der Umsetzungsüberprüfung sowie an der Erarbeitung der Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise stärkt die unabhängige, fachliche Sichtweise von außen zur laufenden Bewertung der Umsetzung des LGPs.

Maßnahmencontrolling

Das Maßnahmencontrolling stellt nach folgendem Kreislauf sicher, dass die im Landesgesundheitsplan festgelegten Maßnahmen auch umgesetzt werden.

ABBILDUNG 12: KREISLAUF WIRKUNGSKETTE



Für die Auswahl der Maßnahmen wurde folgende Wirkungskette erstellt:

| Zielsetzung | Strategien | Indikatoren | Maßnahmen |
|---|---|---|----------------------|
| Sicherstellung einer flächen-deckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung | <ul style="list-style-type: none"> abgestuftes Versorgungsangebot nach Referenzzentren, Schwerpunktleistungen und Leistungen der Basisversorgung Schaffung von Versorgungsangeboten, die der demografischen Entwicklung und der Entwicklung der Krankheitsbilder und des Pflegebedarfs entsprechen gleichbleibende Qualität Reduktion der Hospitalisierungsrate Senkung der Belagstagedichte Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs im Sinne der Betreuungskontinuität bei der Verlagerung von Diensten und Leistungen vom stationären Bereich in den Bereich der wohnortnahen Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der für die Umsetzung der Betreuungspfade notwendigen territorialen Einrichtungen und Dienste einschließlich Gesundheits- und Sozialzentren, Subakut und Übergangsbetten Übernahme der Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen durch territoriale Strukturen und Dienste wie von den Betreuungspfaden vorgesehen Anzahl von wirksamen durchgängigen Betreuungspfaden Entwicklung des Patientinnen- und Patienten-Saldos Befragungen der Bürgerinnen und Bürger, Patienten- und Patientinnen Entwicklung vollstationärer Aufnahmen je 1.000 Einwohner Entwicklungen Belagstage je 1.000 Einwohner | Gemäß Maßnahmenliste |
| Optimierung der Leistungserbringung unter bestmöglicher Nutzung von Synergien in allen Bereichen (Krankenhaus/ Territorium/Soziosanitär) sowohl medizinisch als auch administrativ. Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patienten keinen direkten Nutzen stiften. | <ul style="list-style-type: none"> Abgestuftes Leistungsprofil der Krankenhäuser Substitution von vollstationärer Leistungserbringung mit tagesklinischer bzw. ambulanter Leistungserbringung Betriebsorganisationsmodell nach unternehmerischen Gesichtspunkten | <ul style="list-style-type: none"> Umsetzung des abgestuften Leistungsprofils Prozentsatz der jeweiligen Leistungen Entwicklung der Belagstagedichten im Verhältnis zur Entwicklung der territorialen Leistungserbringung bzw. Pflagetage in Senioren- und Pflegeheimen Verhältnis der direkten medizinischen Kosten zu sonstigen Kosten Erfüllungsgrad des Standardkostenmodells | |
| Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems – insbesondere des medizinischen Fortschritts | <ul style="list-style-type: none"> Strukturierung der medizinischen Versorgung unter Effektivitäts- und Effizienzkriterien Innovationen, die die Versorgung der Patientinnen/der Patienten verbessern und den Effektivitäts- und Effizienzkriterien entsprechen | <ul style="list-style-type: none"> Einhaltungsgrad von Ausgabenvorgaben Lückenlose Umsetzung von Innovationen, die die Versorgung der Patientinnen/der Patienten verbessern und den Effektivitäts- und Effizienzkriterien entsprechen Eintreibungsquote bei nicht in Südtirol ansässigen Patienten und Patientinnen | |

Tabelle 6: Wirkungskette Landesgesundheitsplan

Mit der Überprüfung und Steuerung der Maßnahmen wird die Kausalität zu den Strategien und die Wirkung zu den Zielen beurteilt. Wenn in dieser Evaluierung Maßnahmen nicht ihre Wirkung zeigen, sind sie entsprechend zu korrigieren und anzupassen. Somit ist ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess gewährleistet.

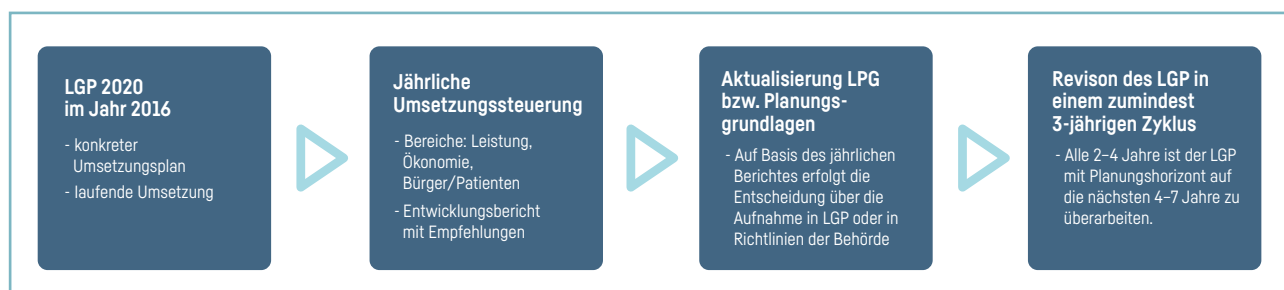
13.2 WEITERENTWICKLUNG DES LANDESGESUNDHEITSPLANES

Mit der Erstellung des vorliegenden LGPs 2016-2020 wurde die Basis für die künftige Bereitstellung der Angebotsstruktur zur Gesundheitsversorgung der Südtiroler Bevölkerung geschaffen. Um den laufenden Veränderungen in der medizinischen Entwicklung sowie Änderungen im Leistungsbedarf der Bevölkerung Rechnung zu tragen, ist der LGP laufend zu aktualisieren bzw. weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang wird einerseits Rücksicht auf die **Planungssicherheit der Leistungsanbieter** und andererseits auf die **Entwicklung des Leistungsbedarfes** Rücksicht genommen.

Neben den aktuellen Anpassungen auf Basis der Umsetzungssteuerung des LGPs, ist der LGP selbst im Zeitraum von jeweils 2-4 Jahren zu überarbeiten und der entsprechende Rahmen für den Planungshorizont auf jeweils 4-7 Jahre auszuweiten. Im Fall Südtirols sollte die nächste Revisionierung, einschließlich jener der Bettenplanung unter Berücksichtigung der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen sowie der bis dahin erzielten Ergebnisse in der vorliegenden Planung, somit 2019 mit einem möglichen Planungshorizont von 2025 erfolgen.

ABBILDUNG 13: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER UMSETZUNGSSTEUERUNG UND WEITERENTWICKLUNG DES LGPS.



14 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

GESUNDHEIT 2020 SICHER. GUT. VERSORGT.

Der vorliegende Landesgesundheitsplan stellt sowohl die Vision als auch die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in Südtirol dar. Er versteht sich als ein **Rahmenplan**, der die Gestaltung der Gesundheitsversorgung mit ausreichend Planungssicherheit ausstattet, aber gleichzeitig so flexibel gestaltet ist, dass auf sich verändernde Rahmenbedingungen entsprechend reagiert werden kann. Die im Plan definierten **Zielsetzungen** und **Strategien** werden die hohe medizinische Versorgungsqualität auch in Zukunft sicherstellen.

Die zukünftige Gesundheitsversorgung soll sich, neben der qualitativ hochwertigen Versorgung bereits erkrankter Menschen, verstärkt in die Richtung bewegen, dass die Bürger und Bürgerinnen durch Prävention, **Gesundheitsvorsorge** und auch durch die Stärkung der **Eigenverantwortung** erst gar nicht zu Patienten oder Patientinnen werden, sondern ihre Gesundheit möglichst lange selbstständig und eigenverantwortlich wahren und bewusst leben können.

Im Rahmen der Stärkung der **wohnortnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk als ein Schlüsselfaktor für die angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Ziel ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung über die wohnortnahen Einrichtungen – im Sinne des **Chronic Care Models** – zu ergänzen. Das Chronic Care Model umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen.

Für die wohnortnahe Versorgung ist die verstärkte **Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich** von herausragender Bedeutung. Im Sinne einer echten Betreuungskontinuität sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der jeweiligen Dienste untereinander und aller territorialen Dienste mit den Einrichtungen der Akutversorgung zu fördern. Eine engmaschigere Vernetzung im Bereich der Allgemeinmedizin, das flächendeckende Angebot von Gesundheits- und Sozialsprengeln, der sukzessive Ausbau des dort angebotenen Leistungsumfangs und die gute Zusammenarbeit der entsprechenden Dienste: All dies sind unverzichtbare Voraussetzungen für eine wirksame wohnortnahe Versorgung „aus einer Hand“ und sichern einen hohen Leistungsstandard.

Die stationär zu betreuenden Patientinnen und Patienten werden in einem **landesweiten Krankenhausverbund** versorgt, in welchem die Leistungsabstimmung zwischen den sieben Krankenhausstandorten, im Sinne der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der einheitlichen Verantwortung auf betrieblicher Ebene intensiviert wird. Die Vernetzung aller Krankenhausstandorte bietet den Bürgerinnen und Bürgern einen **gleichwertigen Zugang** zu einer landesweit abgestimmten Versorgungslandschaft und ermöglicht einen **nahtlosen Übergang** zwischen den einzelnen Diensten und Einrichtungen innerhalb des Netzwerkes. Sie garantiert ein **abgestimmtes Leistungsangebot**, das sich an den Prinzipien von Angemessenheit, Qualität, Nachhaltigkeit und Sicherheit in der Leistungserbringung ausrichtet, und stellt sicher, dass die/der einzelne Patientin/Patient am **„Best Point of Service“** betreut wird.

Die vernetzte Leistungserbringung funktioniert daher entsprechend einem **abgestuften Versorgungssystem**, in welchem hochkomplexe Eingriffe und Behandlungen primär am Landeskrankenhaus Bozen erbracht werden, wobei hochspezialisierte Leistungen auch in den anderen Gesundheitsbezirken verortet werden können. Die Krankenhäuser in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck sind gemäß dem Prinzip „**Ein Krankenhaus – zwei Standorte**“ organisiert, welche in dieser Form die Akutversorgung der Bevölkerung des jeweiligen Einzugsgebietes abdecken. Für die Grundversorgungsstandorte gilt es moderne und bereichsübergreifende Versorgungskonzepte zu implementieren und weiter zu entwickeln, um die wichtige Rolle dieser Standorte im landesweiten Stufenmodell noch weiter zu stärken und die Versorgungswirksamkeit nachhaltig zu gewährleisten.

Im Sinne einer nachhaltigen Planung der Gesundheitsversorgung enthält der Landesgesundheitsplan Grundsätze und Richtlinien in den Bereichen **Großgeräteplanung** und Umgang mit **Innovationen** sämtlicher Art.

Um die wirksame Implementierung der im LGP festgeschriebenen Grundsätze, Ziele und Maßnahmen zu erreichen, sieht der Plan einerseits eine Reihe von **unterstützenden Begleitmaßnahmen** (Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung, Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation) vor und schreibt andererseits eine laufende, von externen Fachleuten unterstützte **Überprüfung des Umsetzungsstandes** der Planung fest.

In ihrer Gesamtheit zielen alle diese Maßnahmen darauf ab, den eingeschlagenen Weg in Richtung Gesundheitsversorgung 2020 und darüber hinaus konsequent weiterzuverfolgen und das Südtiroler Gesundheitssystem damit wirksam, ökonomisch tragbar und nachhaltig für die Zukunft zu gestalten.

Bozen, im November 2016

15 LITERATURVERZEICHNIS

Barlow J., Wright C., Sheasby J., Turner A., Hainsworth J. (2002): „Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review.“, *Patient Education and Counseling*, 48(2):177-87.

Department für Gesundheitsvorsorge des Südtiroler Sanitätsbetriebes (2016): „Landespräventionsplan 2016-2018“, URL: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/vorsorge/2564.asp>, [Stand 07.04.2016].

Gesundheit Österreich GmbH (2012): „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan“.

Lecci F., Longo F. (2004): “Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano.

Lega F., Longo F. (2001) “Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto”, in *Mecosan*, n. 41.

Longo F. (1998): *ASL, Distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management*, EGEA Milano.

Longo F. (2002): *Le tendenze degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie*”, in E. Anessi Pessina, E. Cant (a cura di), *Rapporto OASI 2001, L'Aziendalizzazione della sanit in Italia*, EGEA Milano.

Longo F. (2003): “Il ruolo delle cure domiciliari nel welfare italiano: attori, strategie, costi, modelli istituzionali e management”, in L. Scaffino, S. Casazza, P.M. Zannier, F. Clerici (eds.), *Cure domiciliari. La partnership tra pubblico e privato*, Milano.

Longo F. (2005): “Governance dei network di pubblico interesse: strumenti operativi economico aziendali”, Egea, Milano.

NHS, Modernisation Agency und Department of Health (2002): „Chronic Disease Management“.

Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa: „Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali“, URL: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>, [Stand 07.06.2016].

Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit (2015): „Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015, Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“.

The World Health Report (2001): „Mental Health: New Understanding, New Hope“, World Health Organization, Genf.

Wagner et al. (2006): „Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke“, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, 365-374.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006): „Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung“, *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38 (1), 189-192.

16 ANHANG A – ANGEBOTSPLANUNG

TABELLE A.1: BETTENPLAN AKUTBETTEN

| Bettenplan Akutbetten für öffentliche und konventionierte Strukturen ¹⁾ | | | | | |
|--|------------------------------|---|--|--|--------------------------------|
| Makro-Fach | Gesundheitsbezirk | | | | Summe der Betten je Makro-Fach |
| | Bozen | Brixen | Bruneck | Meran | |
| Chirurgie | 195 | 118 | 97 | 128 | 538 |
| Frau/Mutter-Kind | 84 | 44 | 36 | 74 | 238 |
| Intensiv und Überwachung | 14 | 6 | 6 | 9 | 35 |
| Medizin (inkl. intermediäre Pflege) | 349 | 83 | 90 | 157 | 679 |
| Psychiatrie | 32 | 17 | 14 | 15 | 78 |
| Summe der Betten je Krankenhaus | 674 | 268 | 243 | 383 | 1.568 |
| Bettenaufteilung | KH Bozen ²⁾ : 674 | KH Brixen ³⁾ : 209 KH Sterzing ⁴⁾ : 59 | KH Bruneck ³⁾ : 200 KH Innichen ⁴⁾ : 43 | KH Meran ³⁾ : 312 KH Schlanders ⁴⁾ : 71 | |

¹⁾ Aufgrund der Vorgaben für die Geburtshilfe kann es zu einer entsprechenden Veränderung der Bettenstruktur kommen. Subintensiv-Betten sind je nach Krankenhaus in den Fachbereichen enthalten.

²⁾ Krankenhaus der Stufe 2

³⁾ Krankenhaus der Stufe 1

⁴⁾ Krankenhaus der Grundversorgung

TABELLE A.2: ANZAHL DER FÄCHER PRO MAKRO-FACH

| Makro-Fach | Anzahl von Fächern |
|--------------------------|--------------------|
| Medizin | 16 |
| Chirurgie | 8 |
| Frau/Mutter-Kind | 5 |
| Postakute Versorgung | 3 |
| Intensiv und Überwachung | 2 |
| Psychiatrie | 1 |

TABELLE A.3: PLANAUSLASTUNG DER MAKRO-FÄCHER

| Makro-Fach | Plan-Auslastung |
|--------------------------|-----------------|
| Medizin | 85% |
| Chirurgie | 80% |
| Frau/Mutter-Kind | 75% |
| Intensiv und Überwachung | 75% |
| Psychiatrie | 85% |

TABELLE A.4: ZUORDNUNG DER FÄCHER

| |
|---|
| CHIRURGIE |
| Allgemeine Chirurgie |
| Augenheilkunde |
| Gefäßchirurgie |
| HNO |
| Neurochirurgie |
| Orthopädie und Traumatologie |
| Urologie |
| Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde |
| INTENSIV UND ÜBERWACHUNG |
| Beobachtungsstation |
| Intensivtherapie |
| MEDIZIN |
| Allgemeinmedizin |
| Aufnahme |
| Dermatologie |
| Endokrine Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen |
| Gastroenterologie |
| Geriatric |
| Hämatologie |
| Infektionskrankheiten und Tropische Krankheiten |
| Kardiologie |

| |
|---|
| Koronareinheit |
| Medizin |
| Nephrologie |
| Neurologie |
| Stroke Unit |
| Onkologie |
| Pneumologie |
| FRAU/MUTTER-KIND |
| Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Intensivtherapie der Neonatologie |
| Kinderchirurgie |
| Kinderneuropsychiatrie |
| Pädiatrie |
| PSYCHIATRIE |
| Psychiatrie |
| POSTAKUTE VERSORGUNG |
| Langzeitpflege |
| Neuro-Reha |
| Wiederherstellung und funktionelle Reha |

TABELLE A.5: BETTENPLAN POSTAKUTBETTEN

| Bettenplan Postakutbetten für öffentliche und konventionierte Strukturen* | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------|
| Gesundheitsbezirk | Funktionelle Reha [Kodex 56] | Neuro-Reha [Kodex 75] | Langzeitpflege [Kodex 60] | Summe |
| Bozen | 93 | 10 | 67 | 170 |
| Meran | 42 | 0 | 53 | 95 |
| Brixen | 20 | 15 | 28 | 63 |
| Bruneck | 20 | 0 | 28 | 48 |
| Summe | 175 | 25 | 176 | 376 |

* Anmerkung: Die Verteilung der Betten zwischen den Gesundheitsbezirken kann unter der Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit geändert werden.

17 ANHANG B – RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 5. November 2001, Nr. 14, Bestimmungen im Bereich Planung, Buchhaltung, Controlling und Vertragstätigkeit des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 2. Oktober 2006, Nr. 9, Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 3. Juli 2006, Nr. 6, Schutz der Gesundheit der Nichtraucher und Bestimmungen im Bereich des Sanitätspersonals

Landesgesetz vom 15. November 2002, Nr. 14, Bestimmungen über die Grundausbildung, die Fachausbildung und die ständige Weiterbildung sowie andere Bestimmungen im Gesundheitsbereich

Die Artikel 39 und 40 des Landesgesetzes 5. März 2001, Nr. 7, und der Beschluss der Landesregierung vom 17. Februar 2003, Nr. 406, regeln das Bewilligungsverfahren der Gesundheitseinrichtungen, in denen Fachleistungen und anderen Leistungen erbracht werden, und zwar ambulant oder im Rahmen des Hauspflegedienstes, einschließlich Krankenpflege, Rehabilitation sowie Instrumental- und Labordiagnostik und die Bewilligung der Freiberufler, welche eine nicht komplexe medizinische Tätigkeit in der eigenen Praxis oder am Wohnsitz der Patientinnen und Patienten ausüben.

Landesgesundheitsplan 2000-2002 (Beschluss der Landesregierung vom 19. Juli 1999, Nr. 3028)

Landespräventionsplan 2016-2018 (Beschluss der Landesregierung vom 22. Dezember 2015, Nr. 1546)

Gesetz Nr. 296 vom 27. Dezember 2006, Art. 1, Abs. 796 zur institutionellen Akkreditierung der Gesundheitseinrichtungen

Wesentliche Betreuungsstandards (Livelli essenziali di assistenza-LEA: Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 502 von 1992, aktualisiert mit gesetzvertretendem Dekret Nr. 229 von 1999, und vom Gesetz Nr. 405 von 2001, Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 29. November 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri)

Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 16. April 2002, Einvernehmen Staat-Regionen vom 11. Juli 2002 und staatlicher Plan zur Eindämmung der Wartezeiten 2006-2008

Gesetzesdekret vom 6. Juli 2012, Nr. 95, Dringende Maßnahmen zur Revision der öffentlichen Ausgaben ohne Beeinträchtigung der Dienste für die Bürger, so genannte spending review, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135

Ministerialdekret vom 2. April 2015, Nr. 70, Qualitative, strukturelle, technologische und quantitative Standards für die Krankenhausbetreuung (standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)

Einvernehmen Staat-Regionen vom 16. Dezember 2010 betreffend die Qualität, Sicherheit und Angemessenheit der Leistungen bei den Geburten

Gesundheitsabkommen "Patto per la Salute" 2014-2016 vom 10. Juli 2014

Staatlicher Gesundheitsplan 2006-2008

Staatlicher Präventionsplan 2014-2018

Staatlicher Plan für chronische Erkrankungen („Piano Nazionale della Cronicità“), Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz vom 15. September 2016

Grenzüberschreitende Gesundheitsbetreuung: EU-Richtlinie 2011/24, mit gesetzvertretendem Dekret Nr. 38 vom 4. März 2014 und mit Landesgesetz vom 19. Juni 2014, Nr. 4, rezipiert

Beschluss der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016, "Genehmigung der Leistungsprofile der Grundversorgungskrankenhäuser"

www.provinz.bz.it/ressorts/wohlfahrt

KONTAKT

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

39100 Bozen

T +39 0471 41 80 10

F +39 0471 41 80 09

welfare@provinz.bz.it

PIANO SANITARIO PROVINCIALE DELL'ALTO ADIGE 2016-2020

approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016

SALUTE 2020
SICUREZZA. ASSISTENZA. QUALITÀ.



INDICE

| | |
|---|-----------|
| Indice delle illustrazioni | 6 |
| Indice delle tabelle | 6 |
| Legenda delle abbreviazioni | 6 |
| La salute: una responsabilità di tutti | 7 |
| L'incarico | 8 |
| Preambolo | 9 |
| 1 Introduzione | 12 |
| 1.1 Gli sviluppi in atto nella sanità..... | 13 |
| 1.2 I dati epidemiologici | 17 |
| 1.3 Il quadro normativo..... | 19 |
| 1.4 Il quadro economico..... | 20 |
| 2 La visione futura, gli obiettivi e le strategie | 22 |
| 2.1 La visione futura e il mandato etico | 22 |
| 2.2 Gli obiettivi e le strategie: i pilastri dell'assistenza sanitaria..... | 22 |
| 3 La governance | 27 |
| 4 La prevenzione e la promozione della salute | 28 |
| 5 L'assistenza territoriale | 30 |
| 5.1 Il ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari | 32 |
| 5.2 I cambiamenti e gli interventi necessari nell'assistenza territoriale | 32 |
| 5.2.1 Come strutturare l'erogazione di prestazioni e servizi | 32 |
| 5.2.2 Agevolare i processi decisionali clinici..... | 36 |
| 5.2.3 Promuovere l'autogestione dei pazienti..... | 37 |
| 6 L'assistenza socio-sanitaria - Integrazione delle prestazioni per categorie obiettivo | 38 |
| 6.1 Le persone anziane..... | 38 |
| 6.1.1 Sportelli unici per l'assistenza e la cura..... | 38 |
| 6.1.2 Migliorare l'assistenza dei delle persone affette da malattie croniche | 39 |
| 6.1.3 L'assistenza sanitaria nelle case di riposo | 39 |
| 6.1.4 Migliorare l'assistenza sanitaria delle persone anziane a domicilio, o in forme residenziali e assistenziali nuove | 40 |
| 6.1.5 Istituire posti letto per ricoveri temporanei di transito | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.2 | Le persone con disabilità, dipendenze o disturbi psichici..... | 40 |
| 6.2.1 | Promuovere la collaborazione fra il servizio sanitario, il servizio sociale, la formazione professionale e il reinserimento al lavoro | 41 |
| 6.2.2 | L'accreditamento di strutture per l'assistenza di persone con disabilità e/o disturbi psichici adeguato al fabbisogno..... | 41 |
| 6.2.3 | Definire dei criteri per l'assistenza medica specialistica e psicologica nelle strutture che erogano servizi sociali..... | 41 |
| 6.3 | I minori..... | 41 |
| 6.3.1 | Elaborare un piano strategico per ridefinire e ampliare i servizi offerti dalla Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva..... | 41 |
| 6.3.2 | L'abuso e la violenza sessuale sui minori..... | 41 |
| 6.4 | Le donne e le famiglie | 42 |
| 6.4.1 | La gravidanza, il parto e l'assistenza post-parto..... | 42 |
| 6.4.2 | La violenza sulle donne | 42 |
| 6.4.3 | La presa in carico e l'assistenza sociosanitaria integrata..... | 43 |
| 6.5 | Le persone emarginate..... | 43 |
| 7 | L'assistenza ospedaliera | 44 |
| 7.1 | La rete ospedaliera provinciale e i profili delle prestazioni | 44 |
| 7.1.1 | Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica..... | 45 |
| 7.1.2 | Medicina d'emergenza e pronto soccorso..... | 46 |
| 7.1.3 | La dotazione di personale..... | 47 |
| 7.1.4 | Gli ambiti di specializzazione aggiuntivi all'assistenza di primo livello..... | 47 |
| 7.1.5 | L'applicazione dei profili delle prestazioni | 47 |
| 7.2 | La metodologia di pianificazione e i dati di riferimento..... | 48 |
| 7.3 | Il totale dei posti letto per l'assistenza in regime di ricovero | 49 |
| 7.4 | Il piano per l'assistenza dei malati acuti..... | 51 |
| 7.5 | Il piano per l'assistenza dei post-acuti | 52 |
| 7.6 | Il piano per i posti letto transitori..... | 53 |
| 7.7 | Le funzioni svolte a livello aziendale..... | 53 |
| 7.8 | Le strutture semplici e complesse | 55 |
| 7.9 | La qualità delle prestazioni erogate..... | 56 |
| 7.10 | La gestione del rischio clinico | 56 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 8 | Aspetti specifici dell'assistenza sanitaria | 57 |
| 8.1 | L'assistenza oncologica..... | 57 |
| 8.2 | L'assistenza psicologica e psichiatrica | 58 |
| 8.2.1 | Il Servizio per le dipendenze (SerD)..... | 59 |
| 8.2.2 | Il piano per la psicologia clinica: un'assistenza psicologica a più livelli all'interno dell'Azienda sanitaria.. | 59 |
| 8.2.3 | Una rete di servizi di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva a livello aziendale | 61 |
| 8.3 | L'assistenza alle persone affette da demenza..... | 61 |
| 8.4 | La medicina complementare | 62 |
| 9 | L'assistenza sanitaria internazionale | 63 |
| 10 | Il piano delle grandi apparecchiature sanitarie | 64 |
| 10.1 | Principi di programmazione..... | 64 |
| 10.2 | Pianificare le grandi apparecchiature sanitarie in base al fabbisogno | 64 |
| 11 | Linea guida sull'innovazione..... | 66 |
| 12 | Gli interventi di sostegno..... | 68 |
| 12.1 | Lo sviluppo del personale..... | 68 |
| 12.2 | I sistemi incentivanti | 69 |
| 12.3 | L'interconnessione digitale..... | 70 |
| 12.4 | La partecipazione dei cittadini e la comunicazione nella sanità | 72 |
| 13 | La procedura di programmazione e l'aggiornamento del PSP | 74 |
| 13.1 | Come gestire l'implementazione del Piano sanitario provinciale..... | 74 |
| 13.2 | L'aggiornamento del Piano sanitario provinciale..... | 77 |
| 14 | Sintesi e prospettive..... | 78 |
| 15 | Bibliografia | 80 |
| 16 | Allegato A – Piano dell'offerta sanitaria | 81 |
| 17 | Allegato B – Riferimenti normativi e regolamentari..... | 84 |

INDICE DELLE ILLUSTRAZIONI

| | | |
|-------------------|---|----|
| Figura 1: | Il circuito dell'assistenza sanitaria sicura | 10 |
| Figura 2: | La spesa sostenuta per assistere le persone con patologie croniche | 13 |
| Figura 3: | Le cause di morte più frequenti fra le persone decedute nel 2015 in Alto Adige | 18 |
| Figura 4: | Le patologie croniche in Alto Adige | 18 |
| Figura 5: | L'andamento della spesa sanitaria fino al 2020 | 21 |
| Figura 6: | La centralità del paziente nei tre pilastri dell'assistenza sanitaria | 24 |
| Figura 7: | Il futuro modello di governance | 27 |
| Figura 8: | Il chronic care model secondo Ed Wagner (2006) | 30 |
| Figura 9: | La gestione delle patologie croniche in base alla piramide di Kaiser Permanente | 31 |
| Figura 10: | La rete ospedaliera provinciale | 44 |
| Figura 11: | Il sistema incentivante | 70 |
| Figura 12: | Schema del ciclo causa-effetto | 75 |
| Figura 13: | Schema del processo di attuazione e aggiornamento del PSP | 77 |

INDICE DELLE TABELLE

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tabella 1: | Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica | 46 |
| Tabella 2: | Totale dei posti letto per l'assistenza ospedaliera | 50 |
| Tabella 3: | Parametri di riferimento per la pianificazione dell'assistenza post-acuzie | 52 |
| Tabella 4: | Le funzioni svolte a livello aziendale | 54 |
| Tabella 5: | Coefficienti di pianificazione per le grandi apparecchiature sanitarie | 65 |
| Tabella 6: | Processo a cascata per l'attuazione del Piano sanitario provinciale | 76 |

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI

| | |
|--------------|--|
| ASTAT | Istituto provinciale di statistica |
| GP | Giunta provinciale |
| HL7 | Health Level 7 |
| HTA | Health Technology Assessment |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| IT | Tecnologia informatica |
| LEA | Livelli Essenziali di Assistenza |
| LP | Legge provinciale |
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità |
| ORL | Otorinolaringoiatria |
| PL | Posti letto |
| PSP | Piano sanitario provinciale |
| SerD | Servizio per le dipendenze patologiche |

LA SALUTE: UNA RESPONSABILITÀ DI TUTTI

L'epoca in cui viviamo è contrassegnata come mai prima d'ora da innumerevoli opportunità e progressi in tutti gli ambiti della nostra vita, fra i quali anche la salute. Il progresso, la ricerca e l'innovazione comportano anche nuove prospettive e sfide, per esempio il fatto che viviamo sempre più a lungo. E purtroppo, non tutti hanno la fortuna di invecchiare sani e in ottima forma, anzi, col progredire dell'invecchiamento demografico, aumenta anche il numero delle persone affette da malattie croniche, che per conservare una vita il più possibile attiva e dignitosa hanno bisogno di assistenza medica continua. Di fronte ai progressi incalzanti della medicina, alle attese crescenti dei pazienti, alla carenza di medici estesa ormai a tutta l'Europa, e ai cambiamenti legislativi già attuati o previsti, la sfida crescente di una società sempre più anziana rende ancora più urgente e decisivo il varo del nuovo Piano sanitario provinciale per il periodo 2016-2020. Nei mesi scorsi, numerosi esperti della sanità, dirigenti e operatori della Ripartizione salute della Provincia e dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, esponenti di varie organizzazioni di pazienti e associazioni di categoria, parti sociali, comuni e comunità comprensoriali, ma anche molti cittadini interessati, si sono occupati con impegno e dedizione dei vari aspetti del Piano. In totale, sono state quasi 500 le persone che, a vario titolo, hanno affiancato il comitato di esperti in un processo di partecipazione attiva, dato voce alle proprie esigenze, avanzando proposte e fornendo riscontri. A tutte queste persone vorrei esprimere la mia gratitudine per aver contribuito, col proprio aiuto prezioso, a gettare le basi di un'assistenza sanitaria lungimirante e di alta qualità da realizzare in Alto Adige.

Il Piano sanitario provinciale "Salute 2020" è uno strumento strategico che, partendo dal livello di qualità già elevato fin qui raggiunto dall'assistenza sanitaria nella nostra provincia, vuole continuare a garantire questa qualità anche in futuro. Tutelare e migliorare la salute della popolazione è un dovere fondamentale che tutte le costituzioni moderne impongono agli stati nei confronti dei propri cittadini, ponendo sempre in primo piano la dignità e l'autonomia della persona. Ecco perché, dietro agli aspetti tecnici di questo Piano, ci sono le persone, la loro salute, e lo sforzo di garantire anche in futuro a tutta la popolazione altoatesina un'assistenza sanitaria di alta qualità, nonostante le grandi sfide che ci attendono, come i cambiamenti demografici, l'aumento delle patologie croniche, la carenza di personale medico, le aspettative sempre più elevate dei pazienti e la necessità di contenere l'aumento della spesa sanitaria. Che cosa ci occorre per assistere le persone nel momento giusto, nel luogo giusto, con le terapie giuste e con la massima qualità possibile? In quali ambiti si può chiedere al cittadino di assumersi la responsabilità della propria salute, di gestirla in modo autonomo e consapevole, e di contribuire personalmente a mantenersi sano quanto più a lungo possibile? Molte risposte dettagliate a tali quesiti sono contenute nel presente Piano sanitario provinciale. È un documento che nei prossimi anni sarà per noi una sorta di vademecum per attuare e adeguare le misure previste - concordate su un'ampia base di consenso - per il bene delle persone che vivono nella nostra provincia e della loro salute.

Martha Stocker

assessora provinciale alla sanità, sport, politiche sociali, lavoro e pari opportunità

Bolzano, novembre 2016

L'INCARICO

Il presente Piano sanitario provinciale (PSP) è stato redatto nell'ambito del **riordino dell'assistenza sanitaria** della Provincia autonoma di Bolzano, i cui principi e orientamenti generali sono descritti nelle linee guida **“Assistenza sanitaria 2020”** (approvato con delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015). **L'incarico** di dare attuazione alla riforma del sistema sanitario altoatesino scaturisce essenzialmente dall'**accordo di coalizione** firmato per la legislatura 2013-2018, dove nel capitolo dedicato alla sanità si stabilisce quanto segue:

“Le periodiche rilevazioni sullo stato di salute della popolazione ma anche dei servizi sanitari in Alto Adige attestano buoni risultati al sistema sanitario locale, collocato nelle posizioni più avanzate non solo a livello nazionale ma anche europeo. L'evoluzione demografica (crescita dell'aspettativa di vita, aumento della popolazione anziana) ed epidemiologica (aumento di malattie croniche, demenza e disturbi psichici), la modifica delle abitudini di vita legate al moto e all'alimentazione, le sfide sociali riferite al trattamento di post-acuti e all'assistenza di persone malate e anziane (cura fuori dalla cerchia dei familiari, strutture per assistenza di breve durata) nonché l'innovazione tecnologica e scientifica, portano a un'evoluzione costante della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria. Prioritarie devono restare la persona e la sua salute, tutelate in un lavoro di squadra in cui giocano ruoli importanti e distinti la medicina territoriale e la struttura ospedaliera. Ma soprattutto vanno sostenute promuovendo nel singolo un comportamento responsabile.”

Nell'ambito della riformulazione del Piano sanitario provinciale l'obiettivo era quello di assumere questo incarico responsabilmente, cercare di analizzare in modo esauriente tutti gli argomenti trattati, mettere in evidenza le sfide basandosi su dati oggettivi e definire gli orientamenti strategici con le necessarie misure.

PREAMBOLO

La nostra assistenza sanitaria è efficiente, di alta qualità, finanziabile e interconnessa.

Varando la delibera n. 171 del 10 febbraio 2015, la Giunta provinciale di Bolzano ha gettato le basi su cui costruire l'assistenza sanitaria della popolazione altoatesina negli anni a venire. Gli obiettivi, le strategie e le premesse enunciate in quel documento hanno lo scopo di garantire anche in futuro l'elevato grado di qualità dell'assistenza sanitaria nella provincia di Bolzano, e costituiscono dunque un riferimento essenziale anche per il presente Piano sanitario provinciale.

In sostanza, gli obiettivi principali per l'assistenza sanitaria delle persone si possono così riassumere:

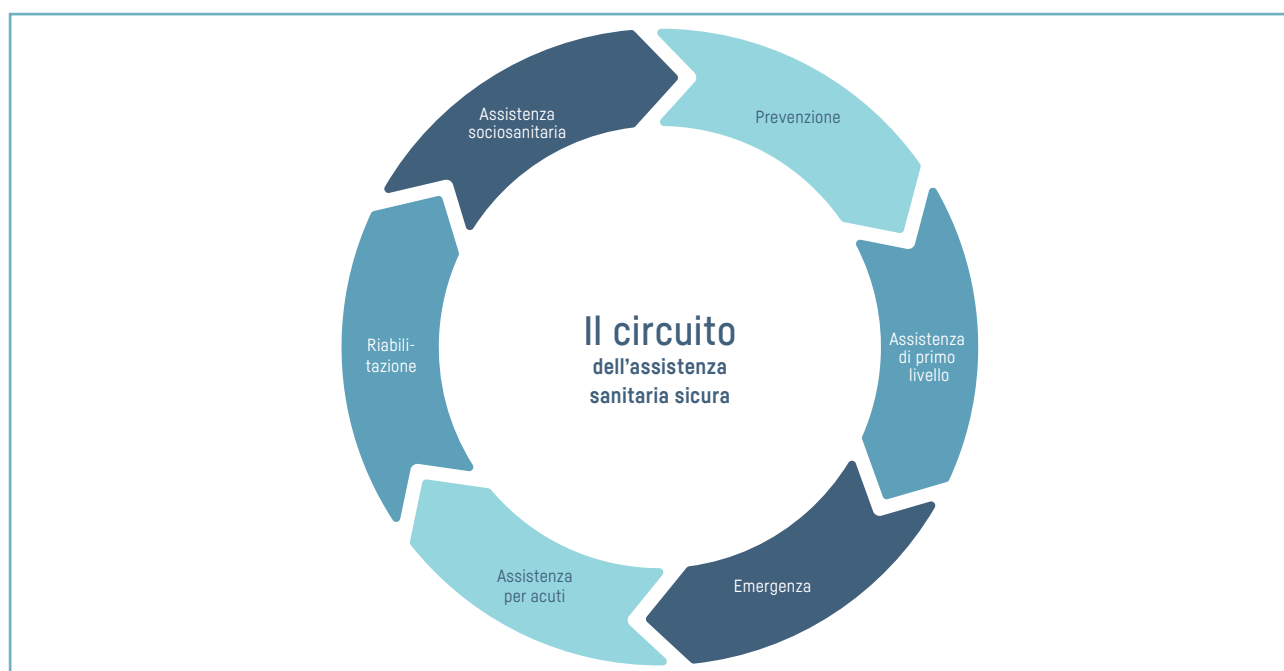
La persona è sempre al centro dell'approccio medico-assistenziale.

- erogare dei servizi e delle prestazioni improntate alle reali esigenze delle persone;
- garantire alla popolazione un'**assistenza sanitaria di alta qualità**, capillare, in linea coi bisogni reali, coordinata e integrata nell'intera gamma dei servizi e delle prestazioni fornite;
- assicurare nel tempo la **finanziabilità** del sistema sanitario, tenendo il passo con i progressi della scienza medica;
- **ottimizzare l'erogazione delle prestazioni** sfruttando il più possibile le sinergie in tutti i settori, tanto in ambito medico quanto in quello amministrativo;
- **evitare** tutti i **costi organizzativi** che non producono dei benefici per i pazienti.

Per conseguire in modo organico e duraturo questi obiettivi, occorre potenziare e adeguare ciascuno dei tre **pilastri dell'assistenza sanitaria** (prevenzione, assistenza sanitaria sul territorio e servizi ospedalieri), ottimizzandoli in modo tale da garantire anche in futuro a tutta la popolazione un'assistenza medica di alto livello.

Innanzitutto, è importante promuovere con ancora più slancio la **prevenzione**, infondendo ai cittadini un senso di responsabilità personale per la propria salute, e offrendo una gamma di prestazioni più organica e coordinata per prevenire le patologie e proteggere meglio la salute di tutta la popolazione altoatesina. Per potenziare l'**assistenza sanitaria decentrata**, è indispensabile coordinare e ottimizzare l'erogazione delle prestazioni e dei servizi all'interno della rete delle strutture sanitarie di tutto il territorio provinciale. L'obiettivo primario, infatti, è di integrare l'assistenza attuale – prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa – con un'assistenza sanitaria salutogenetica, proattiva, erogata in loco e più rispondente al reale fabbisogno. Inoltre, per far sì che l'assistenza sia fornita quanto più vicino possibile ai luoghi di residenza dei pazienti, occorre integrare meglio il settore sanitario e il settore sociale, anche contemperando il Piano sanitario provinciale con il Piano sociale provinciale. Nell'**assistenza ospedaliera**, poi, due presupposti essenziali per dare a tutti un'assistenza e cure efficaci e sostenibili nel comprensorio, sono da un lato il coordinamento intersettoriale delle prestazioni sanitarie all'interno di una rete che abbraccia tutti gli ospedali della provincia, e dall'altro una dislocazione più razionale dei luoghi di erogazione dei servizi. In ogni caso, al centro di ogni intervento assistenziale va posto il bene del paziente.

FIGURA 1: IL CIRCUITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA SICURA



Da questo punto di vista, il PSP è, al tempo stesso, una visione futura e un punto di partenza per programmare e gestire l'assistenza sanitaria dei prossimi anni. È pensato come **piano generale di sviluppo**, stabilisce delle certezze programmatiche per l'evoluzione della sanità nei prossimi anni, ma è anche sufficientemente elastico da fornire margini di manovra con cui reagire prontamente e correttamente a mutamenti che subentreranno in futuro. I dettagli dell'attuazione del Piano sanitario provinciale andranno stabiliti tramite appositi piani settoriali, nel rispetto dei vincoli e dei valori di riferimento programmatici. L'elaborazione di detti piani settoriali deve iniziare da subito e avvenire con una metodologia partecipativa e trasparente.

Proprio in considerazione di quest'esigenza, si consiglia di sottoporre il PSP, nelle sue fasi d'attuazione, a una verifica costante, anche con l'aiuto di esperti esterni, per garantire un'**attuazione coerente** del Piano, e quindi una gestione efficiente, innovativa e duratura dell'assistenza sanitaria offerta alla popolazione altoatesina.

La stesura del PSP ha visto coinvolti esperti sia interni che esterni alle autorità sanitarie. Le modalità di lavoro adottate dal **comitato di esperti** sono state caratterizzate soprattutto da un approccio interdisciplinare, dal ricorso sistematico a parametri e dati di riferimento, e da una visione combinata quantitativa e qualitativa, per inquadrare nel modo più completo possibile la realtà sanitaria altoatesina e individuarne i miglioramenti possibili.

Il comitato di esperti era così composto:

Esperti esterni:

- **dott. Wolfgang Bayer (coordinatore)**, direttore dell'agenzia di consulenza Wolfgang Bayer Beratung GmbH, Austria
- **dott.ssa Michaela Moritz**, ex direttrice della Gesundheit Österreich GmbH
- **prof. Francesco Longo**, professore di economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche all'Università Bocconi di Milano

Rappresentanti della Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano:

- **dott. Michael Mayr**, direttore di dipartimento
- **dott.ssa Laura Schrott**, direttrice di ripartizione
- **dott. Horand Meier**, coordinatore dell'unità operativa "Governo clinico" presso la Ripartizione salute

Rappresentanti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige:

- **dott. Thomas Schael**, direttore generale
- **dott. Oswald Mayr**, direttore sanitario
- **dott. Robert Peer**, direttore tecnico-assistenziale
- **dott. Walter Amhof**, direttore di comprensorio sanitario

Si è tenuto conto soprattutto dei riscontri ricevuti in diversi **momenti di confronto e partecipazione**. Il comitato, infatti, ha preso visione di tutte le proposte e i suggerimenti avanzati, elaborandoli e inserendoli nel Piano. A tale scopo, si è tenuta una **conferenza sulla salute in ciascun comprensorio sanitario**, coinvolgendo soprattutto il personale dell'Azienda sanitaria e gli esponenti degli organi politici competenti. Tutti i presenti sono stati informati sull'esito degli incontri avuti in precedenza e sulla stesura del PSP, e hanno potuto a loro volta for-

La pianificazione è basata sulle esperienze dei vari esperti e adeguata alle esigenze dei pazienti.

nire un contributo prezioso per riempire il Piano di contenuti, esprimendo il proprio punto di vista sulle tematiche in discussione. Grazie a questo processo di scambio, il comitato di esperti ha raccolto più di 300 riscontri, che hanno rappresentato una fonte importante nella redazione finale del piano. Una volta elaborata la prima **bozza del Piano**, si è data nuovamente ai cittadini e ai comuni dell'Alto Adige – ma anche a tutti i soggetti istituzionali e del volontariato - l'opportunità di inviare riscontri e suggerimenti migliorativi. Gran parte delle quasi 400 prese di posizione pervenute sono state accolte e integrate nel documento per migliorare e ottimizzare ulteriormente il Piano.

Uno dei pilastri della sanità futura in Alto Adige è il migliore coordinamento nell'assistenza dei malati acuti all'interno della rete delle sette sedi ospedaliere esistenti in provincia. Per ottimizzare il coordinamento delle prestazioni, oltre al lavoro svolto dal comitato di esperti, si sono fatti confluire nel Piano sanitario provinciale anche i **profili delle prestazioni** per le varie strutture ospedaliere dell'Alto Adige. Oltre ai profili veri e propri, si è tenuto conto del coordinamento a livello provinciale nell'erogazione delle prestazioni, e delle prestazioni integrative o degli ambiti di specializzazione delle varie sedi ospedaliere.

Il PSP è quindi, in misura determinante, il frutto dei molti contributi e suggerimenti emersi nel processo di partecipazione o inviati per iscritto, come pure dei numerosi incontri e approfondimenti svolti in fase di definizione dei contenuti.

L'assessora alla sanità Martha Stocker e il comitato degli esperti vogliono quindi esprimere la propria gratitudine a tutti coloro che, in un modo o nell'altro, hanno partecipato in modo costruttivo allo sviluppo e alla definizione del presente Piano.

1. INTRODUZIONE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA vuole fornire risposte alle sfide del futuro.

Il Piano sanitario provinciale 2016–2020 (PSP) è la base su cui progettare e gestire l'assistenza sanitaria degli anni futuri, e ha l'obiettivo di garantire una **qualità** elevata dell'assistenza sanitaria prestata alla popolazione in Alto Adige, offrendo **prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, nel rispetto della dignità e delle esigenze dei pazienti**. Stabilisce l'importanza di rispettare i principi della **qualità**, dell'**efficienza**, dell'**appropriatezza**, ma anche della **sicurezza** e della **sostenibilità**, facendo in modo che i pazienti siano assistiti nel best point of service (il luogo migliore per l'erogazione del servizio) e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza. Il presente PSP ha come orizzonte temporale l'anno 2020, e si articola nei seguenti capitoli:

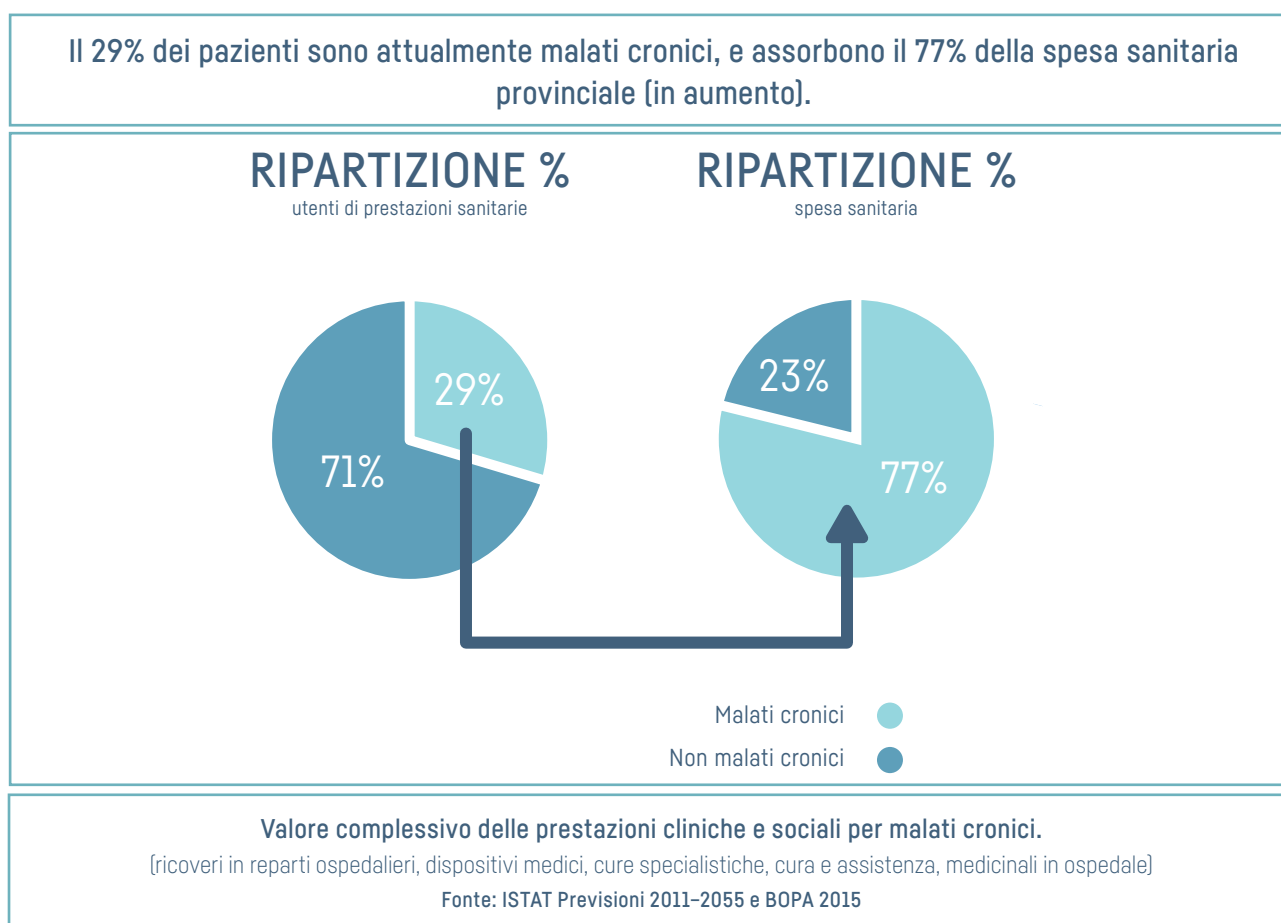
- Il Capitolo 1** è dedicato agli sviluppi in atto nella sanità e più rilevanti per la programmazione, e in particolare alle ricadute prodotte sull'assistenza sanitaria dai cambiamenti demografici, dal progresso della medicina, dalle premesse legislative e dalle condizioni economiche generali.
- Il Capitolo 2** descrive da un lato la visione futura e gli obiettivi da cui prende spunto il Piano, dall'altro le strategie da adottare per conseguirli, e l'assetto che occorre dare all'assistenza sanitaria.
- Il Capitolo 3** è dedicato alla struttura della governance, alle relative modalità di gestione e ai flussi d'informazione.
- Il Capitolo 4** descrive l'importanza fondamentale della prevenzione.
- Il Capitolo 5** elenca gli interventi per potenziare e migliorare l'assistenza decentrata sul territorio.
- Il Capitolo 6** descrive l'integrazione fra il settore sanitario e quello sociale.
- Il Capitolo 7** contiene il piano dei servizi ospedalieri e i profili delle prestazioni erogate dalle sedi ospedaliere di base. Il piano dei servizi in regime di ricovero comprende l'assistenza per l'acuzie e la postacuzie, e i posti letto per i ricoveri transitori. Inoltre, in questo capitolo sono indicati i principi di riferimento per le funzioni da svolgere a livello di azienda, di strutture semplici e complesse.
- Il Capitolo 8** si sofferma su tematiche specifiche assistenziali, come l'assistenza per le patologie oncologiche, i disturbi psichiatrici e la demenza.
- Il Capitolo 9** è dedicato all'assistenza sanitaria internazionale.
- Il Capitolo 10** stabilisce i principi di programmazione per il piano delle grandi apparecchiature sanitarie.
- Il Capitolo 11** descrive la linea guida sull'innovazione.
- Il Capitolo 12** è dedicato agli interventi di sostegno, come lo sviluppo del personale, il sistema incentivante, l'interconnessione digitale, la partecipazione dei cittadini e la comunicazione nella sanità.
- Il Capitolo 13** descrive il ciclo di programmazione e il sistema di aggiornamento del PSP.
- Il Capitolo 14** riassume i contenuti del Piano, fornendo una prospettiva sulla procedura da adottare in futuro e sulle modalità d'attuazione del PSP.

1.1 GLI SVILUPPI IN ATTO NELLA SANITÀ

In tutti i paesi europei si osservano delle tendenze analoghe nell'**andamento epidemiologico**, come l'aumento dell'aspettativa media di vita, l'incremento percentuale delle persone anziane sul totale della popolazione, il calo del tasso di natalità¹ e la "disgregazione" crescente della società. Questa situazione epidemiologica problematica – ossia un numero crescente di persone che necessita di prestazioni sanitarie, e al tempo stesso la carenza di personale sanitario e il calo delle risorse economiche disponibili - va tenuta in seria considerazione se si vogliono gettare le basi della sanità del futuro.

Attualmente, in Alto Adige vivono circa 98.000 persone ultrasessantacinquenni, tre quarti delle quali, col progredire dell'età, soffrono di una o – in qualche caso – più **malattie croniche**. In base alle previsioni statistiche, nel 2030 di questa categoria faranno parte più di 140.000 abitanti della provincia, con conseguente aumento della domanda di prestazioni mediche. A quest'incremento del fabbisogno si aggiunge il fatto che proprio le persone affette da malattie croniche – che attualmente rappresentano il 29 per cento della popolazione altoatesina – già oggi assorbono il 77 per cento di tutta la spesa sanitaria altoatesina. In un bacino territoriale di circa 500.000 abitanti, questo incremento delle patologie croniche richiede una struttura sanitaria tale da garantire a tutti l'accesso a programmi di assistenza adeguati.

FIGURA 2: LA SPESA SOSTENUTA PER ASSISTERE LE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICHE



¹ Va comunque ricordato che in Alto Adige il tasso di natalità da diversi anni appare relativamente stabile, attualmente pari a 10,3 neonati per 1.000 abitanti (2015). La media nazionale è invece di 8,0 neonati per 1.000 abitanti (2015) (Fonte: indicatori demografici dell'ISTAT, 2015).

Poiché in futuro aumenteranno i pazienti affetti da multimorbilità, occorrerà garantire un'**assistenza organica e completa** prestata da diversi settori, reparti e operatori sanitari, che ovviamente andranno coordinati fra loro in modo ottimale per evitare sovrapposizioni o doppie prescrizioni in tutte le procedure sanitarie, e in particolar modo nella prescrizione delle terapie farmacologiche.

Un fattore da non sottovalutare, inoltre, è il **progresso** incalzante **delle terapie mediche e dell'assistenza**. Le scoperte della ricerca e dell'innovazione fanno sì che i pazienti possano beneficiare di un'assistenza sempre più mirata, proattiva e personalizzata. I **progressi** compiuti **nelle tecniche di diagnosi e terapia** sono rapidissimi, e le possibilità offerte dalla medicina moderna sono enormi.

Il progresso e la tecnologia sono un'opportunità per migliorare costantemente le cure e le terapie.

Nella **chirurgia** si sono ormai affermate delle tecniche operatorie che consentono di eseguire interventi anche complessi e in diversi organi, senza lasciare grandi cicatrici. Questi interventi di cosiddetta **chirurgia mininvasiva** causano molto meno dolore postoperatorio, e promettono di ridurre sia la degenza ospedaliera, sia la necessità di riabilitazione. Tutto ciò fa sì che per parecchi interventi chirurgici non è più necessario ricoverare i pazienti in ospedale, ma è sufficiente operarli, con ottimi risultati, a livello ambulatoriale o in regime diurno.

Fra i molti esempi di **progressi tecnologici** avvenuti negli ambiti più disparati della medicina, basti ricordare la chirurgia robotizzata o la radioterapia, tecniche che consentono, con una precisione finora mai conseguita, di intervenire lasciando integri i tessuti circostanti, riducendo così al minimo gli effetti indesiderati per le persone operate.

Anche i **progressi** compiuti **nella terapia farmacologica** schiudono nuove opportunità, ma pongono, da parecchi punti vista, una serie di nuove e importanti sfide per la sanità. Utilizzando queste nuove tecniche, come la biologia molecolare, l'analisi genetica, la captazione dei recettori tumorali o altre, è infatti possibile selezionare meglio i pazienti in base al loro quadro clinico, somministrando loro dei farmaci con efficacia nettamente superiore alle terapie applicate finora. È prevedibile che nei prossimi anni giungano sul mercato molti farmaci "innovativi", che da un lato miglioreranno le opportunità di sopravvivenza, ma dall'altro graveranno pesantemente sulle casse del sistema sanitario, sicché in futuro andrà verificata con ancora più attenzione l'appropriatezza e l'efficacia di questi prodotti.

A tutto ciò si aggiunge il fatto che le **aspettative** della popolazione **in termini di assistenza** sanitaria sono molto cambiate rispetto agli anni passati, e oggi tutti si aspettano dalla sanità pubblica, nel caso ideale, di ottenere ovunque e in tempi rapidi le prestazioni migliori. Un fattore sempre più rilevante è anche la possibilità di cercare informazioni in Internet e di farsi un'autodiagnosi, che spinge i pazienti a porre in discussione la diagnosi e la terapia proposta dal medico, e a richiedere ulteriori pareri o approfondimenti, trattamenti supplementari e, non di rado, prestazioni non appropriate. Senza contare che oggi il progresso della scienza medica rende possibili delle prestazioni personalizzate che comportano un ulteriore aggravio della spesa sanitaria pubblica.

In fatto di salute i cittadini hanno aspettative elevate.

Pertanto, in futuro le prestazioni sanitarie fornite dovranno distinguersi chiaramente da quelle erogate dai servizi specializzati nell'assistenza dei malati acuti, e il riordino di questi servizi potrà aumentare la qualità per i pazienti, consentendo agli operatori di produrre un valore aggiunto maggiore e più mirato per la società.

Questo **nuovo “paesaggio dei servizi”** richiede, inoltre, un incremento della professionalità di tutti, e una collaborazione fra le diverse professioni sanitarie. I medici ospedalieri dovranno concentrarsi su quadri clinici sempre più gravi e complessi. Chi invece è chiamato a fornire assistenza nelle fasi temporanee o transitorie, deve imparare a occuparsi di pazienti con un elevato bisogno di assistenza socio-sanitaria. I servizi ambulatoriali dovranno invece farsi carico di funzioni cliniche sempre più complesse, mentre i medici di medicina generale e l'assistenza infermieristica domiciliare saranno chiamati sempre più spesso ad assistere pazienti cosiddetti fragili.

L'assistenza è un compito complesso che tutti gli operatori sanitari devono assumersi in prima persona.

Ci sono almeno tre motivi che rendono necessario un assetto più sostenibile per l'assistenza sanitaria prestata dalle strutture del territorio:

- il progresso delle terapie e delle tecnologie mediche, grazie al quale oggi si riesce più spesso ad assistere le persone affette da malattie acute, o a volte anche croniche, pure nelle strutture decentrate e più vicine ai loro luoghi di residenza;
- la maggiore frequenza delle multimorbilità, che richiedono un approccio assistenziale più complesso, e soprattutto più interdisciplinare e meglio coordinato;
- i cambiamenti sempre più incalzanti del contesto sociale e l'aumento delle persone che vivono da sole, a maggior ragione in un'epoca in cui il venir meno delle reti sociali tradizionali aumenta il rischio di perdere l'autosufficienza, e dunque la necessità di un'assistenza professionale più integrata e completa.

Attualmente, la cosiddetta “medicina dell'attesa” attuata dagli ospedali opera all'intero dei propri orizzonti ristretti, tenendo in scarsa considerazione la compliance, ossia l'adesione dei pazienti alla terapia una volta dimessi da un reparto ospedaliero. Soprattutto le persone affette da malattie croniche, invece, vanno inserite quanto più precocemente possibile in un **percorso assistenziale terapeutico e diagnostico** ottimale, ritagliato sul rischio individuale. Ecco perché una collaborazione intersettoriale continua, monitorata e verificata costantemente fra diversi profili sanitari (dentro e fuori le strutture ospedaliere) è un approccio essenziale, anche se si discosta dalla cultura e dalla prassi abituale degli ospedali e dei reparti per malati acuti.

Parallelamente ai cambiamenti epidemiologici, stanno mutando profondamente anche i settori dell'**informatica** e dell'**organizzazione clinica**, le tecnologie medicali stanno subendo una trasformazione radicale, e cambiano anche i presupposti organizzativi e legislativi su cui si basano i vari servizi offerti dall'assistenza sanitaria.

L'**assistenza ambulatoriale** erogata sul territorio sta guadagnando sempre più importanza, soprattutto se si considerano le patologie più complesse e i metodi terapeutici a contenuto tecnologico sempre più elevato. Ormai capita sovente che anche le prestazioni clinicamente più sofisticate e costose siano erogate in regime ambulatoriale. Nel contempo, i reparti ospedalieri per malati acuti sono occupati da troppi pazienti anziani e non autosufficienti che, in realtà, necessiterebbero di assistenza socio-sanitaria. Ecco perché l'obiettivo deve essere di potenziare i servizi di assistenza ambulatoriale, fornendo alle persone non autosufficienti un'assistenza più vicina ai loro luoghi di residenza.

L'assistenza ambulatoriale svolge un ruolo sempre più trainante.

Le tecniche per migliorare, monitorare e promuovere la **compliance dei pazienti** e per indurli ad assumere stili di vita più sani sono ancora tutte da sviluppare e definire, e proprio in questo campo, alla luce della carenza di personale medico, per molte professioni sanitarie si aprono delle opportunità di crescita assai interessanti, che richiederanno percorsi formativi diversi.

Per documentare il possesso della cosiddetta “**competenza clinica**”, entro il 2020 l’Azienda sanitaria intende introdurre una certificazione di qualità, integrata nell’accreditamento istituzionale, e basata su requisiti riconosciuti a livello internazionale. Concentrandosi sui processi clinici e sulle casistiche più rilevanti, si otterranno dei benefici anche per sviluppare ulteriormente le tecnologie sfruttandone meglio le sinergie, per accelerare la loro modernizzazione e per garantirne un utilizzo più ottimale, con ricadute finali positive sul grado di professionalità.

Il paziente informato contribuisce attivamente all’efficacia della terapia, che va scelta in base alle conoscenze mediche più aggiornate.

In futuro, le questioni legate allo **sviluppo** e alla **gestione del personale** incideranno parecchio sul sistema sanitario. Il riconoscimento crescente tributato alle professioni sanitarie, oltre alla loro crescente professionalizzazione e specializzazione, favorisce l’efficienza nell’operatività quotidiana e la professionalità dei vari profili. La carenza di medici, che in futuro dovranno concentrarsi sempre di più su attività cliniche specifiche, crea spazi per la crescita professionale di molte funzioni operative che possono essere svolte con alto livello di professionalità anche da operatori sanitari diversi.

Ovviamente, la possibilità di assumere compiti che richiedono competenze tecniche nuove e più ampie, comporta per tutti gli operatori sanitari una grande opportunità di crescita che sicuramente incide positivamente sulla loro motivazione e sul clima di lavoro. È importante tener conto anche della distribuzione per fasce d’età nelle varie professioni sanitarie, e fare in modo che l’innovazione sia considerata dagli operatori una grande opportunità umana e professionale. Inutile dire che questa crescita culturale e organizzativa delle varie professioni sanitarie va di pari passo con un’ottimizzazione dei servizi erogati dalle varie strutture.

I vari operatori sanitari si aiutano e si integrano a vicenda.

La **carenza di personale** diventerà nei prossimi anni un problema crescente per le strutture sanitarie altoatesine, sicché nell’attività programmatica futura occorrerà tenere conto della difficile reperibilità di personale non solo medico, ma anche infermieristico.

La carenza di personale è aggravata dal requisito del bilinguismo e dalle norme europee sull’orario di lavoro.

A questo problema si aggiunge il fatto che i giovani altoatesini che in futuro completeranno una formazione sanitaria non basteranno a coprire il fabbisogno, poiché anche in questo settore crescerà la concorrenza internazionale fra i paesi industrializzati nel reclutamento di medici specialisti. In Alto Adige, poi, la scarsità di personale qualificato sul mercato del lavoro è aggravata anche dal fatto che la selezione delle nuove leve è limitata dal vincolo del bilinguismo, e quindi limitata quasi esclusivamente ai neolaureati altoatesini. Al tempo stesso, gli specialisti altoatesini, proprio grazie al loro bilinguismo, sono invogliati ad accettare proposte d’assunzione più allettanti da strutture sanitarie di altre regioni o paesi limitrofi.

A questo proposito, merita una particolare attenzione la situazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, poiché molti di loro nei prossimi anni andranno in pensione, e il numero attuale degli specializzandi in queste discipline non basterà per rimpiazzarli tutti. Inoltre, alcune tendenze di per sé positive, come l'aumento della presenza femminile nella professione medica e il conseguente maggiore ricorso a orari di lavoro ridotti o più elastici, acuiscono ulteriormente la carenza di personale medico. Pertanto, la Provincia di Bolzano e l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si stanno adoperando per migliorare la situazione o evitare che s'aggravi ulteriormente, creando incentivi specifici (per esempio sussidi finanziari per giovani medici) e rendendo più snelle le normative burocratiche. Finché il divario tra il fabbisogno e la disponibilità di medici continuerà ad essere così marcato, sarà però necessario adottare misure supplementari per garantire in ogni caso l'assistenza di primo livello vicina ai luoghi di residenza dei pazienti, e fra queste misure rientra anche l'istituzione di un corso di laurea in medicina aggiuntivo da istituire con la collaborazione della regione austriaca del Tirolo.

1.2 I DATI EPIDEMIOLOGICI

L'analisi e la descrizione dei dati epidemiologici forniscono una visione complessiva dello stato di salute della popolazione altoatesina e dei suoi fattori determinanti più rilevanti, sicché rilevare regolarmente questi dati è un presupposto importante per progettare un'assistenza sanitaria basata sui bisogni reali dei cittadini.

A tale scopo, l'Osservatorio epidemiologico della Provincia autonoma di Bolzano redige annualmente la **Relazione sanitaria**, in cui traccia un quadro completo e analitico dello stato di salute della popolazione. Partendo da vari indicatori epidemiologici, la Relazione sanitaria analizza la diffusione delle patologie più rilevanti, ma anche i fattori determinanti della salute legati allo stile di vita, all'ambiente e ai luoghi di lavoro. Proprio la conoscenza di questi fattori diventa essenziale per l'attività di prevenzione.

**L'andamento
epidemiologico è un
presupposto del Piano.**

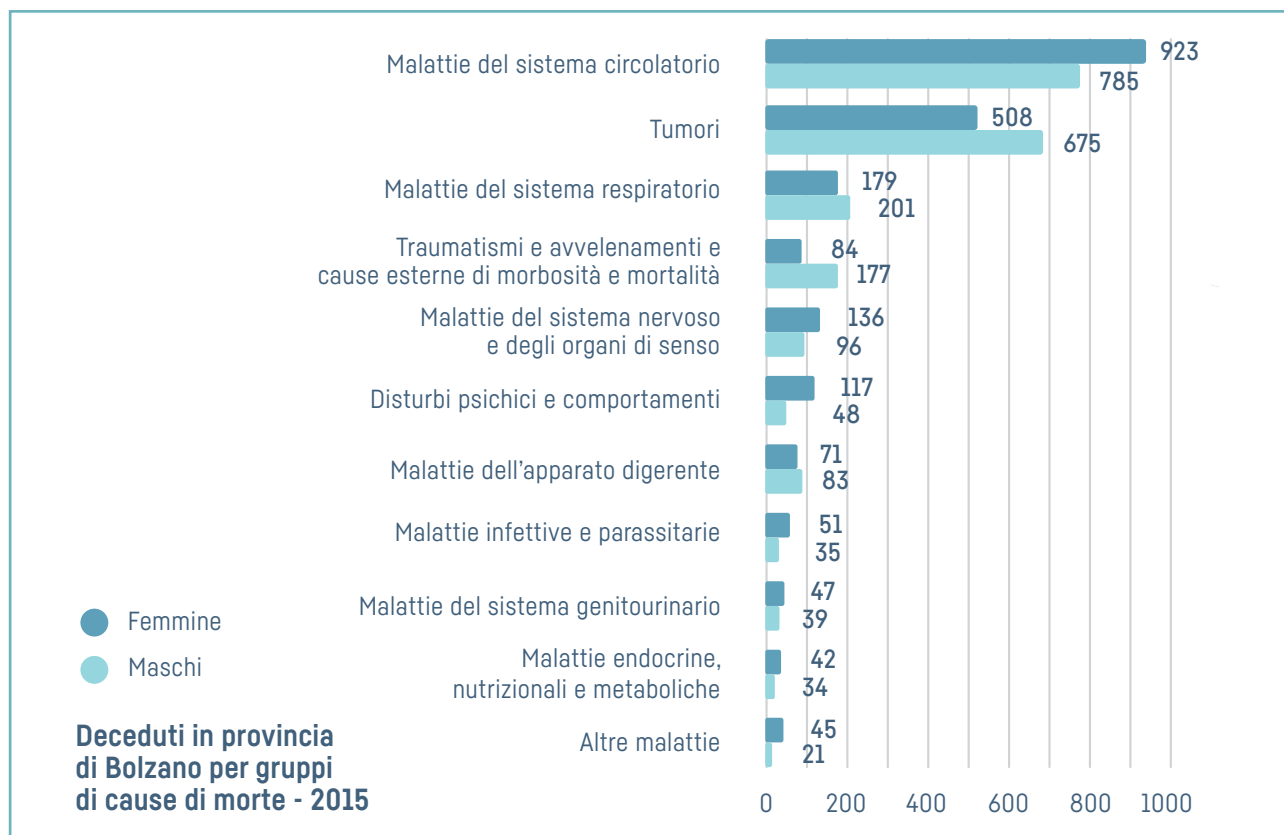
A proposito dello **stato di salute** della popolazione, va sottolineato che in Alto Adige – come in tutte le società occidentali – le malattie croniche degenerative hanno prodotto un cambiamento nella struttura della morbilità e della mortalità, e che alla luce dell'invecchiamento della popolazione tale tendenza proseguirà con tutta probabilità anche negli anni futuri. La necessità di prevenire le malattie croniche o di garantire un trattamento mirato a chi ne soffre, è dunque essenziale per progettare e realizzare un sistema sanitario efficace.

In questo contesto, diventa decisivo un **monitoraggio epidemiologico** continuo e costantemente ottimizzato nel territorio. Occorre infatti rilevare e descrivere sia l'incidenza che la prevalenza delle patologie più diffuse – anche sotto forma di dati storici – due voci da cui si possono estrapolare indicazioni utili sulle tendenze di sviluppo future, e che fanno emergere meglio i cambiamenti epidemiologici in atto nella società. Da queste informazioni si possono trarre spunti importanti e adottare opportuni interventi per fornire servizi sanitari più basati sull'evidenza scientifica e più rispondenti alle reali esigenze dei cittadini. In seconda battuta, questi dati si rivelano molto utili per aggiornare ed estendere il PSP.

La figura 3 riporta le **cause di morte** più diffuse in Alto Adige fra le persone decedute nel 2015, indicate in ordine decrescente e con distinzione per sesso. Tre quarti circa di tutti i decessi rientrano fra le prime tre categorie, vale a dire patologie cardiovascolari, neoplasie (tumori) e patologie respiratorie.

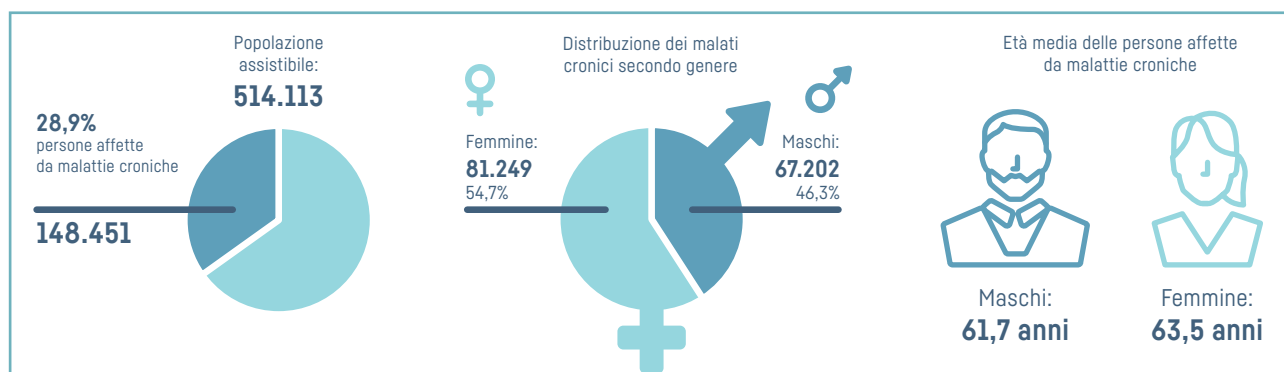
Un altro 15 per cento dei decessi è dovuto a lesioni, intossicazioni e cause esogene, malattie neurologiche, oftalmologiche od otiatriche, malattie psichiche o disturbi comportamentali.

FIGURA 3: LE CAUSE DI MORTE PIÙ FREQUENTI FRA LE PERSONE DECEDUTE NEL 2015 IN ALTO ADIGE²



Come già ricordato nel capitolo precedente, il 29 per cento della popolazione altoatesina (pari a circa 150.000 persone) soffre di **malattie croniche**. In questa categoria prevalgono le donne, col 54,7 per cento, rispetto agli uomini (46,3 per cento). Ma questa prevalenza femminile è dovuta in parte anche al fatto che le donne vivono mediamente più a lungo degli uomini, e la probabilità di contrarre malattie croniche cresce con l'avanzare dell'età. Quest'ipotesi trova conferma se nel totale dei malati cronici si raffrontano i due sessi in base all'età media: mentre i malati cronici di sesso maschile hanno in media 61,7 anni, le donne affette da patologie croniche hanno mediamente 63,5 anni.

FIGURA 4: LE PATOLOGIE CRONICHE IN ALTO ADIGE (2015)³



² Fonte: Ufficio provinciale di statistica ASTAT.

³ Fonte: Osservatorio epidemiologico – Mappatura delle patologie croniche

Diversamente dalle patologie acute, le malattie croniche non hanno un esordio chiaramente individuabile, ma insorgono gradualmente in un processo lungo, fino a creare disturbi o problemi permanenti alla salute. Ma può capitare che una patologia sia cronica, e ciò nonostante manifesti una componente acuta (per esempio un insulto apoplettico in una patologia cardiocircolatoria). La probabilità di contrarre una malattia cronica aumenta con l'età, ma a volte a farne le spese possono essere anche bambini o persone giovani. Inoltre, con l'età aumenta anche la probabilità che lo stesso paziente sviluppi più patologie croniche (la cosiddetta multimorbilità).

Fra le **categorie più diffuse delle malattie croniche** figurano le patologie cardiocircolatorie (ipertensione, arteriosclerosi, coronaropatie ecc.), i tumori, le malattie delle vie respiratorie (asma bronchiale e BPCO), e le patologie metaboliche come il diabete di tipo 2. Alcuni esempi diffusi di patologie del sistema digestivo sono le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn e colite ulcerosa), mentre fra le malattie croniche neurologiche spiccano la demenza, il morbo di Parkinson, l'epilessia, il morbo di Alzheimer e la sclerosi multipla. Altre malattie che svolgono un ruolo determinante in questo contesto sono le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, come le patologie reumatiche, ma anche i disturbi psichici, coi prevedibili problemi che ne deriveranno in futuro per i sistemi sanitari. A queste categorie vanno poi aggiunte le dipendenze, come l'alcolismo e il tabagismo, che a loro volta sono fattori di rischio per altre malattie croniche. Infine, non vanno dimenticate alcune malattie "sociali", sovente causate da cattiva alimentazione e scarso esercizio fisico, e sempre più diffuse già in età infantile, come l'obesità, le rachialgie o le cefalee croniche.⁴

Le malattie croniche richiedono un'attenzione particolare. I programmi di prevenzione promuovono uno stile di vita sano.

Benché non tutte le patologie croniche siano prevenibili adottando uno stile di vita più sano o adeguato, il **comportamento e il rapporto individuale** con la propria salute rivestono un ruolo determinante nell'insorgenza e nel decorso di molte malattie croniche, e ciò conferma l'importanza della prevenzione.

Oltre a gravare pesantemente sulle persone che ne soffrono, poiché ne compromettono sia l'integrità fisica, sia il senso di benessere generale, le malattie croniche hanno ricadute pesanti sulla spesa sanitaria, e richiedono dunque una particolare attenzione strategica e programmatica.

1.3 IL QUADRO NORMATIVO

Come in tutti i paesi europei, anche in Alto Adige tutelare la salute della popolazione è un compito primario delle autorità pubbliche, sicché la Provincia autonoma di Bolzano non può sottrarsi né alle direttive europee e nazionali, né ai requisiti qualitativi, strutturali e quantitativi che vigono a livello internazionale per l'assistenza sanitaria. Per quanto autonoma sul piano amministrativo, quindi, la Provincia di Bolzano deve attenersi, nel proprio sistema sanitario, alle disposizioni vigenti in materia di economicità, efficienza, qualità e sicurezza del paziente. Pertanto, in sede di elaborazione del presente Piano si è cercato di sfruttare di tutti i margini di autonomia esistenti, allo scopo di ricavarne ulteriori benefici per il bene dei pazienti.

Ogni programmazione deve essere in linea con le norme sulla "Tutela della salute".

⁴ Questa carrellata sulle malattie croniche non vuole essere né esaustiva, né tassativa, ma solo fornire un'idea delle patologie più diffuse.

Ne consegue che i fondamenti normativi su cui si basa il presente PSP sono sanciti non solo da diverse **leggi provinciali**, ma anche dalle **leggi nazionali**. Le norme e le disposizioni più rilevanti per la definizione di questo Piano sono riportate nell'Allegato B.

1.4 IL QUADRO ECONOMICO

Attualmente, la spesa sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano ammonta a circa 1,2 miliardi di euro l'anno, il che dimostra che in Alto Adige la spesa sanitaria pro capite è maggiore rispetto alle altre regioni dell'Italia settentrionale, benché in rapporto al prodotto interno lordo la percentuale della spesa totale per l'assistenza sanitaria sia inferiore rispetto alle regioni limitrofe. Ciò significa che la prosperità economica della Provincia di Bolzano consente di sostenere una spesa pro capite maggiore, per esempio sotto forma di stanziamenti per prestazioni supplementari nel proprio territorio (i cosiddetti extra-LEA). Ma proprio a tale proposito, occorre tenere in seria considerazione gli sviluppi futuri. È prevedibile, infatti, che se non saranno adottati dei correttivi, già per effetto dell'**inflazione** e degli avanzamenti retributivi previsti dai contratti di lavoro, la spesa sanitaria aumenterà in ogni caso di circa 20 milioni di euro l'anno. Un altro fattore rilevante che fa aumentare la spesa sanitaria è l'**andamento demografico**, che determina un aumento delle patologie croniche. Potenziando l'assistenza decentrata sul territorio, si potrà porre un freno a questa tendenza, ma un aumento della spesa, per quanto attenuato, sarà comunque inevitabile. A questo fattore, poi, si aggiunge il fatto che il **progresso della scienza medica**, come si è detto, rende possibile un numero crescente di diagnosi e terapie sempre più efficaci, che a loro volta faranno aumentare il numero delle prestazioni da erogare.

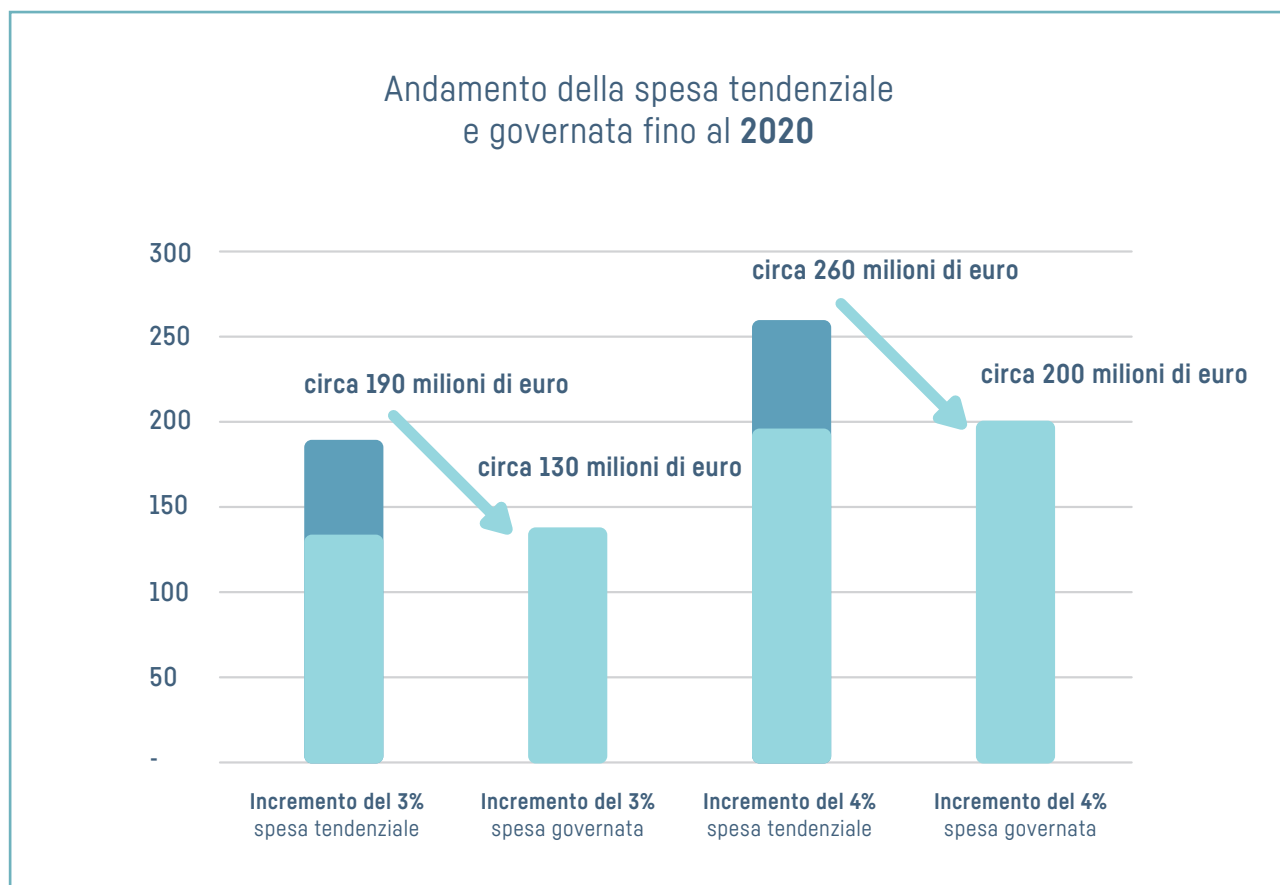
Ebbene, proprio perché un aumento della spesa appare inevitabile, occorre verificare sistematicamente tutti i costi aggiuntivi in relazione al beneficio reale che essi producono in termini di miglioramento della salute della persona. Un obiettivo primario per il futuro, quindi, sarà di garantire nel tempo la **finanziabilità** del sistema sanitario, anche e soprattutto sulla scia del progresso della scienza medica.

Per conseguire quest'obiettivo, occorre migliorare e ottimizzare costantemente l'assistenza sanitaria, con **modifiche procedurali e strutturali** che adeguino il "paesaggio" dell'assistenza alle mutate condizioni generali e alle nuove esigenze. Tutto ciò si può ottenere ottimizzando i servizi offerti, mantenendo invariata la qualità, generando nuovi introiti e migliorando l'amministrazione e l'organizzazione aziendale.

Partendo da questi presupposti, ipotizzando un andamento "normale", è prevedibile che da oggi al 2020 la spesa sanitaria crescerà mediamente ogni anno del 3–4 per cento (ossia di circa 40–50 milioni di euro calcolati sui prezzi del 2016). La delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015 stabilisce un contenimento annuo dei costi, a partire dal 2020, pari a 60 milioni di euro (che corrispondono al 5% della spesa totale corrente del 2015). L'effetto cumulato delle modifiche nella spesa e del **contenimento** dei costi è illustrato nella figura 5, che parte da due ipotesi di crescita, rispettivamente del 3 e del 4 per cento.

L'obiettivo è mantenere finanziabile nel tempo l'assistenza sanitaria, ottimizzando l'erogazione delle prestazioni e mantenendo costante la qualità.

FIGURA 5: ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA FINO AL 2020 (COMPRESO L'EFFETTO DEL CONTENIMENTO DEI COSTI)



Senza considerare spese supplementari particolari per ristrutturazioni o altri interventi resi necessari dallo sviluppo e dall'innovazione del sistema sanitario (come l'apertura del nuovo ospedale di Bolzano, la spesa per la dotazione informatica, i nuovi sviluppi della scienza medica nel settore farmacologico, l'aumento dei posti letto per ricoveri transitori, il potenziamento dei servizi decentrati sul territorio ecc.), dal 2017 al 2020 le misure di contenimento decise dalla Giunta provinciale possono produrre una contrazione media dei costi di base del 2–3 per cento circa (pari a 25–40 milioni di euro di aumento annuo).

Dai primi calcoli svolti, ad esempio, emerge che per il fabbisogno supplementare di personale prodotto dal potenziamento dei servizi decentrati sul territorio si dovrà sostenere una spesa aggiuntiva pari a 8,8 milioni di euro l'anno, che si aggiungeranno a un tasso d'incremento medio dei costi del personale del 2–3 per cento. Altre spese supplementari necessarie dovranno essere esaminate dalla Ripartizione salute della Provincia, che in caso di parere affermativo dovrà avviare l'iter di autorizzazione per i relativi stanziamenti.

Una riorganizzazione lungimirante è il presupposto di una sanità sostenibile.

Riassumendo, è evidente che per garantire nel tempo la finanziabilità dell'assistenza sanitaria in Alto Adige occorrerà adottare costantemente degli interventi per ottimizzare e rinnovare il sistema sanitario. Pertanto, rendere più efficiente l'erogazione delle prestazioni sanitarie è un modo per garantire nel tempo un'assistenza in grado di soddisfare i bisogni reali delle persone.

2 LA VISIONE FUTURA, GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è incentrata sulla persona, e vuole tutelarne e migliorarne la salute.

2.1 LA VISIONE FUTURA E IL MANDATO ETICO

L'obiettivo primario del servizio sanitario dell'Alto Adige è di **difendere** e **migliorare la salute** di tutte le persone che vivono nella provincia di Bolzano, a prescindere dal livello d'istruzione, dal reddito o dalle condizioni di vita. La tutela e il miglioramento del proprio stato di salute è un **diritto fondamentale** di ogni cittadino, e nell'interesse della collettività tale diritto va garantito rispettando sempre l'**autonomia** e la **dignità individuale**.

Ne consegue che la **dimensione etica** deve essere un principio indispensabile delle scelte da compiere nella sanità. Occorre dunque rafforzare la consapevolezza e le competenze etiche di tutti i soggetti che operano nei servizi sanitari, sia realizzando interventi formativi per tutti gli operatori, sia promuovendo un dibattito interdisciplinare sulle questioni etiche. Inoltre, vanno adottati dei provvedimenti per favorire la crescita di una coscienza etica in seno alla popolazione. A tale scopo assumono un ruolo essenziale tutte le iniziative di sensibilizzazione promosse da associazioni o soggetti diversi, soprattutto se queste puntano a rafforzare la capacità di autogestione e il senso di responsabilità individuale nel rapporto con la propria salute. Parallelamente, è importante indurre la popolazione a riflettere sui vari aspetti etici, mettendo ciascuno in condizione di decidere autonomamente in merito alla propria assistenza sanitaria.

Un ruolo essenziale per conseguire tali obiettivi spetta al **Comitato etico provinciale**, un organismo interdisciplinare di consulenza della pubblica amministrazione e degli organi politici, che affronta in modo approfondito le questioni etiche nella medicina e nell'assistenza sanitaria, stimolando il dibattito pubblico sull'argomento e adottando misure per acuire la coscienza etica in senso lato, e le sue ricadute nelle scelte concrete.

2.2 GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE: I PILASTRI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Per realizzare questa visione futura, occorre definire obiettivi chiari sui quali costruire una nuova assistenza sanitaria, stabilendo nuove le priorità d'intervento e le relative strategie. Inoltre, vanno scelti e messi in pratica misure e provvedimenti concreti che rendano il sistema sanitario altoatesino più idoneo alle esigenze future.

Al centro di quest'approccio deve esserci la persona, e in particolare la risorsa fondamentale della salute, da salvaguardare e promuovere con un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo. La prima finalità, dunque, deve essere la **prevenzione**, ossia rafforzare il senso di responsabilità individuale, coordinando al tempo stesso i servizi e le prestazioni per prevenire gli stati patologici e consolidare lo stato di salute di tutta la popolazione. Quest'impostazione salutogenetica ha lo scopo di aiutare le persone affette da sintomatologie croniche e da multimorbilità, a prevenire o ridurre il proprio stato di disagio o a ottenere dei trattamenti efficaci e mirati.

Ottimizzare l'**assistenza sanitaria sul territorio** coordinando fra loro le diverse strutture che erogano i servizi è un fattore chiave per fornire alla popolazione un'assistenza sanitaria adeguata.

L'obiettivo è di integrare l'assistenza sanitaria attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa, con un'assistenza d'impostazione salutogenetica, propositiva, più rispondente al reale fabbisogno ed erogata da strutture operanti sul territorio, ispirandosi ai principi del chronic care model (CCM).⁵ Questo modello propone di gestire le patologie croniche coinvolgendo tutte le risorse esistenti nel settore sociale e sanitario, e in generale in seno alla società. È dimostrato che approcci innovativi basati su riscontri scientifici, incentrati su un'interazione efficace fra pazienti informati e un'equipe di specialisti qualificati e proattivi, producono dei risultati migliori in termini di salute. Tutto ciò rende ancora più importante una collaborazione integrata e interdisciplinare fra le diverse professioni sanitarie.

Le strategie per garantire nel tempo un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo:

- garantire un'assistenza sanitaria capillare in tutto il territorio provinciale;
- assicurare a tutti un accesso adeguato alla medicina di alta specializzazione;
- strutturare l'assistenza sanitaria come sistema integrato fra soggetti diversi, pubblici, privati e del volontariato;
- ridefinire e coordinare la collaborazione fra le varie strutture sanitarie;
- pretendere e promuovere la responsabilità gestionale delle strutture;
- promuovere un uso responsabile delle risorse economiche disponibili;
- lasciare più margini d'autonomia e responsabilità individuale ai pazienti;
- favorire una maggiore partecipazione dei pazienti.

Inoltre, per fornire l'assistenza sul territorio e vicino ai luoghi di residenza dei pazienti, diventa decisivo per **integrare meglio i servizi sociali e quelli sanitari**. Per favorire la continuità dell'assistenza, infatti, vanno promosse tutte le iniziative atte a migliorare la collaborazione fra i servizi che fanno capo a questi due poli, soprattutto organizzando momenti di formazione e aggiornamento comuni e incontri di coordinamento fra i servizi. La creazione e il successivo potenziamento dei servizi erogati dai distretti sanitari e sociali, e una buona collaborazione fra gli operatori che ne fanno parte, diventa dunque un presupposto essenziale sia per assicurare un'assistenza capillare nel territorio, sia per migliorare il livello qualitativo dei servizi.

⁵ Si tratta di un modello di riferimento per realizzare e gestire un'assistenza sanitaria decentrata sul territorio. Per altri particolari si rimanda al capitolo 5.

FIGURA 6: LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NEI TRE PILASTRI DELL'ASSISTENZA SANITARIA



Il terzo pilastro su cui realizzare un sistema sanitario organico e integrato è costituito da una **rete ospedaliera provinciale** moderna, incentrata sulla salute e sul fabbisogno, in grado di operare in modo sostenibile e interdisciplinare. Una gamma di servizi intersettoriali erogati in loco, una rete di tutti gli ospedali provinciali, e un'assistenza sanitaria ben coordinata e di alto livello qualitativo, sono i pilastri su cui costruire un'assistenza o un trattamento efficace e sostenibile per tutti i pazienti. Tutto questo, ovviamente, si può realizzare solo se quanti più operatori sanitari possibile fanno propri i principi di un servizio organico incentrato sul servizio alla persona e sulla prevenzione, in base al principio del best point of service, ossia dare a ciascuno il trattamento giusto, nel luogo e nel momento giusto.

Tale percorso va realizzato tenendo conto dell'aumento della spesa sanitaria, sicché occorre garantire un **finanziamento sostenibile** ed efficace del sistema sanitario, anche nel senso di un'**equa distribuzione delle risorse**. In un'epoca di ristrettezze delle finanze pubbliche, il sistema e le priorità dell'assistenza sanitaria devono tenere conto a maggior ragione della dimensione etica, vale a dire delle esigenze sanitarie reali di ogni persona, dal punto di vista della gravità delle sue patologie e delle terapie di cui necessita, mettendo in atto una gestione dell'assistenza che punti sulla qualità e sulla sicurezza, tenendo presenti i risultati concreti per la salute, e garantendo la massima efficienza possibile nell'organizzazione aziendale e nella struttura amministrativa.

Considerare il fabbisogno, garantire l'appropriatezza, verificare l'efficacia.

Occorre dunque prestare la massima attenzione all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni, erogandole e programmandole in base al **fabbisogno effettivo**, e tenendo presente che l'**appropriatezza** dell'assistenza è un fattore determinante dell'intero sistema. Valutare l'appropriatezza dei servizi erogati è anche essenziale per decidere dove erogare le

prestazioni sanitarie, in regime sia ospedaliero che ambulatoriale. Nella valutazione dell'appropriatezza, inoltre, non basta analizzare le strutture già esistenti, ma occorre ripensare la fonte di erogazione e la redistribuzione dei servizi a livello di programmazione e attuazione degli interventi, chiedendosi, ad esempio, se sia opportuno creare dei nuovi servizi decentrati sul territorio che sgravino le strutture ospedaliere, garantendo un'assistenza meglio distribuita e più vicina ai reali bisogni dei pazienti.

Di conseguenza, a ciascun paziente va fornita, in base al principio del **best point of service**, la prestazione di cui necessita realmente nel miglior luogo possibile per la qualità del servizio e dove si possono ridurre al minimo i tempi d'attesa. Ciò non deve coincidere necessariamente con una struttura nosocomiale o residenziale, ma, anzi, può suggerire dei modelli innovativi sul territorio da sviluppare e promuovere per un'assistenza più organica ed efficace. Al tempo stesso, le opportunità tecnologiche e mediche crescenti della medicina del territorio e dei centri diurni vanno sfruttate in tutti i casi in cui, per il bene del paziente, si può evitare un ricovero un ricovero inappropriato.

Assistere le persone
nel modo giusto,
al momento giusto
e nel luogo giusto.

Oltre a quanto ricordato finora, sarà importante promuovere un ampio ventaglio d'attività nei settori della **ricerca** medica clinica e applicata. La ricerca deve partire dalle esigenze del sistema sanitario altoatesino, coinvolgendo in una rete di collaborazione le istituzioni e le strutture sanitarie esistenti, ma anche mettendo a frutto i contatti con strutture analoghe in Italia e all'estero, e sfruttando le reti internazionali già esistenti, per produrre utili sinergie. Incentivare e ristrutturare la ricerca clinica in seno all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è un pilastro essenziale per promuovere l'innovazione, e far sì che tutti gli operatori sanitari si tengano al passo con lo stato dell'arte nei rispettivi settori, applicandolo nelle rispettive funzioni nell'interesse dei pazienti. Un'attenzione particolare va posta alla ricerca sulle problematiche geriatriche, con l'obiettivo di studiare, in équipe interdisciplinari, una serie di quesiti scientifici legati tanto ad aspetti sociali, etici e psicosociali della geriatria, quanto ad aspetti di natura più strettamente medica (per esempio la medicina rigenerativa).

Collaborare alla
ricerca internazionale
crea sinergie.

Anche in futuro si dovranno portare avanti i progetti di ricerca che hanno già dimostrato di produrre benefici reali per la popolazione altoatesina. Alcuni esempi concreti sono le indagini svolte nell'ambito dello "Studio di Brunico", lo studio "CHRIS" coordinato dall'EURAC o le ricerche condotte nel campo della neuroriabilitazione.

Lo "**Studio di Brunico**", è un'indagine in corso dal 1990 nel campo dell'epidemiologia, patofisiologia e prevenzione, e ha lo scopo di realizzare un'analisi prospettica dello sviluppo di varie patologie, monitorando lo stato di salute di un campione rappresentativo della popolazione anziana di Brunico e dintorni. Gli ambiti prioritari dello studio sono costituiti dalle seguenti patologie: invecchiamento dei vasi sanguigni e arteriosclerosi, patologie cardio- e cerebrovascolari, malattie neurodegenerative, sindrome metabolica, disturbi alimentari e microbiomi, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico. Lo studio analizza al tempo stesso gli effetti dello stile e della qualità della vita sulla salute umana, e l'efficacia della prevenzione sull'insorgenza delle malattie cardiovascolari.

Allo **studio "CHRIS"**, invece, collaborano medici specialisti del Centro di biomedicina dell'Accademia Europea di Bolzano e dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. Lo scopo dello studio è di approfondire le cause ambientali e i fattori genetici delle malattie più diffuse in Alto Adige, con particolare riguardo alle patologie cardiocircolatorie, neurologiche,

metaboliche e neoplastiche. I risultati di questo studio non sono soltanto un contributo prezioso di conoscenza ed esperienza per la comunità scientifica internazionale, ma producono anche dei benefici concreti per la popolazione altoatesina, poiché consentono di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento di parecchie patologie.

Un terzo esempio degno di nota, infine, è la collaborazione della Provincia di Bolzano con l'Unità di ricerca per la **riabilitazione neuromotoria e cognitiva** dell'Università di Verona, volta a rilevare gli effetti del trattamento farmacologico nella neuroriabilitazione, dell'uso della robotica e dell'assistenza di persone affette da disabilità neurologiche.

Una strategia altrettanto importante per l'assistenza sanitaria consiste nel considerare maggiormente la **medicina di genere**. Come suggerisce il suo nome, questa branca della medicina analizza diverse patologie dalla prospettiva del sesso dei pazienti, tenendo conto delle differenze sia biologiche che psicosociali fra uomini e donne, e dei relativi effetti per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie che colpiscono i due sessi. Parecchie patologie, infatti, non solo insorgono con frequenze diverse fra donne e uomini, ma si manifestano anche con sintomi diversi e rispondono diversamente alle terapie a seconda del sesso del paziente. Il sesso, inoltre, può essere un fattore di rischio per contrarre alcune malattie o, viceversa, un fattore protettivo nel loro decorso o nell'efficacia dei trattamenti sanitari prescritti. Le differenze di genere in termini di volume di distribuzione delle sostanze nell'organismo – dovute alla statura e alle dimensioni del corpo, alla composizione dei tessuti, allo stato ormonale, al metabolismo e alle funzioni organiche (per esempio lo svuotamento gastrico più veloce negli uomini, o il peggioramento della funzione renale nelle donne con l'avanzare dell'età) – incidono anche sull'assorbimento e sull'efficacia dei farmaci. Ecco perché un obiettivo importante della medicina di genere è di tenere conto di queste differenze tra i sessi sia al momento della diagnosi, sia nella somministrazione della terapia. Pertanto, per fornire alla popolazione altoatesina la migliore assistenza sanitaria possibile anche in funzione delle specificità di genere, occorre sensibilizzare tutti gli operatori sanitari su questi aspetti, sia durante la prima formazione, sia con corsi d'aggiornamento mirati.

3 LA GOVERNANCE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è strutturata in modo chiaro, gestita in maniera omogenea, e ottimizzata da un flusso efficace delle informazioni.

La riforma strutturale varata nel 2006 ⁶ decretò la fusione dei quattro comprensori sanitari – fino a ad allora autonomi – in un'unica azienda sanitaria. Ora occorre proseguire lungo la strada già intrapresa dell'unificazione aziendale, snellendo la struttura di gestione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, con l'obiettivo di creare un **assetto gerarchico più chiaro**, trasparente e permeabile, ottimizzando le posizioni dirigenziali in nome di una gestione più organica dell'Azienda che consenta di **sfruttare** meglio le **sinergie**. Le cariche attuali dovranno quindi confluire in **ambiti di gestione provinciali orientati alla fornitura di servizi**, mantenendo però decentrata l'ubicazione dei relativi posti di lavoro.

Le competenze sono distinte nettamente tra obiettivi, gestione e attuazione.

La riorganizzazione del sistema sanitario prevede una ridefinizione delle competenze fra la Provincia di Bolzano, la Ripartizione salute e l'Azienda sanitaria, stabilendo una separazione netta fra la cosiddetta **governance**, ossia chi stabilisce le linee d'indirizzo della sanità monitorandone la realizzazione, e chi invece è chiamato a dare loro attuazione operativa. Per applicare in modo mirato questo modello di gestione, va garantito fra i vari soggetti coinvolti uno scambio d'informazioni efficace su tutti i dati e le grandezze strutturali rilevanti.

In questo senso, la **Giunta provinciale** e la **Ripartizione salute**, oltre alle funzioni istituzionali specifiche – fra cui quella di fungere da interfaccia con le istituzioni nazionali e internazionali – hanno il compito di definire gli orientamenti dell'assistenza sanitaria pubblica, l'allocazione delle risorse finanziarie e il controllo di gestione, vale a dire la verifica qualitativa, quantitativa e finanziaria degli obiettivi stabiliti.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, invece, ha il compito di dare attuazione operativa alle linee d'indirizzo. Per assicurare l'assistenza, l'Azienda sanitaria può ricorrere anche a servizi erogati da strutture non pubbliche, tenendo presente che il relativo accreditamento istituzionale e l'eventuale stipula di convenzioni – anche nel caso di enti erogatori pubblici – deve avvenire in base a un'analisi del fabbisogno. Le prestazioni previste dal presente Piano sono coperte dalle strutture pubbliche e convenzionate esistenti e da quelle private attualmente autorizzate.

FIGURA 7: IL FUTURO MODELLO DI GOVERNANCE



⁶ Vedi la LP 9/2002 del 2 ottobre 2006 sul riordino del servizio sanitario provinciale.

4 LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA è la premessa di una qualità della vita elevata.

I fattori epidemiologici, l'invecchiamento in atto nella società e il conseguente aumento delle patologie croniche e dei disturbi psichici, rendono ancora più importante svolgere un'attività efficace e mirata di **prevenzione** e di **promozione della salute**, favorendo e difendendo la salute in tutte le sue dimensioni, ossia fisica, psichica e sociale. È questo, infatti, uno dei tre pilastri su cui poggia il presente Piano sanitario provinciale. La prevenzione e la promozione della salute hanno lo scopo non solo di evitare l'insorgenza di malattie, ma anche di migliorare la qualità della vita e il benessere di tutti i cittadini, e di prolungare la durata della vita trascorsa in buona salute.

Ma benché la prevenzione da un lato, e la promozione della salute dall'altro, perseguono il medesimo obiettivo, si differenziano per approccio, strategie e orientamento. La **prevenzione**, infatti, ha un orientamento patogenetico, si propone di ridurre al minimo il rischio d'insorgenza di determinate malattie, e si rivolge soprattutto alle persone già malate o a rischio di patologia. La **promozione della salute**, invece, ha un approccio salutogenetico, ed è basata non tanto sui fattori di rischio, ma sulle risorse necessarie a difendere la salute. Ecco perché integrare la prevenzione e la promozione della salute diventa una strategia determinante della pianificazione sanitaria. Facendo leva sull'**interazione** fra la prevenzione e la promozione della salute, e adottando delle misure mirate nel settore sanitario, si vuole dunque promuovere il potenziale di salute insito nella popolazione, ottenendo a medio e lungo termine delle ricadute positive sull'efficacia e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

Il nuovo approccio è orientato sulla salute della persona, non sulla malattia.

Un aspetto che in questo settore assume un'importanza vitale è quello delle **pari opportunità nell'assistenza sanitaria**: a prescindere da fattori come l'estrazione sociale, l'appartenenza etnica, il reddito, l'età o il sesso, infatti, a tutti i cittadini vanno garantite le stesse opportunità di accedere ai servizi sanitari. La prevenzione e la promozione della salute contribuiscono a ridurre il divario nello stato di salute, poiché puntano a coinvolgere soprattutto le categorie socialmente più deboli.

Gli interventi volti a modificare i comportamenti nocivi e a promuovere gli stili di vita più sani sono essenziali, ma costituiscono solo la base di una politica di prevenzione e promozione della salute realmente efficace. Occorre infatti coordinare anche le scelte che creano le premesse di una vita più sana. Ecco perché quello della prevenzione e della promozione della salute è un settore che non investe soltanto la politica sanitaria, ma molti altri ambiti della politica, come gli interventi per le famiglie, il mercato del lavoro, i trasporti, l'edilizia ospedaliera o l'istruzione, tanto per citare alcuni esempi. Anche l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) sottolinea l'importanza che la politica punti alla salute in tutti i propri settori di intervento ("**health in all policies**"). In altre parole, la prevenzione e la promozione della salute comprendono molto di più che la mera assistenza sanitaria e sociale, e vanno considerate a tutti i livelli e in tutte le scelte politiche.

Il **Piano provinciale per la prevenzione 2016-2018**, approvato dalla Giunta provinciale il 22 dicembre 2015, stabilisce gli orientamenti strategici in materia di prevenzione, indicando dieci macro-obiettivi ispirati al fabbisogno reale. Partendo da tali obiettivi, il Piano definisce poi i programmi, le finalità specifiche, gli indicatori e i criteri, le categorie di riferimento e le misure da adottare per creare un sistema unitario, e tutto il documento è ispirato alla volontà di verificare l'efficacia degli interventi e di creare dei sistemi di monitoraggio per valutare in modo affidabile i risultati conseguiti.

In questa sede giova ricordare alcuni dei **macro-obiettivi** indicati nel documento: ⁷

- ridurre il disagio prevenibile ed evitabile causato da morbilità, mortalità e disabilità indotte da malattie non infettive;
- ridurre l'incidenza delle malattie infettive più frequenti;
- prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- realizzare un piano nazionale integrato per la prevenzione nei settori della sicurezza alimentare e della medicina veterinaria.

Per quanto concerne gli altri obiettivi della prevenzione e una loro descrizione dettagliata, si rimanda al già citato Piano provinciale della prevenzione, visionabile o scaricabile anche dal sito Internet della Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano. ⁸

L'**implementazione** del Piano della prevenzione avviene, ai sensi della delibera della GP n. 1546 del 22 dicembre 2015, nel rispetto delle prescrizioni e linee guida in esso contenute, sotto il monitoraggio della Ripartizione salute e tenendo conto delle attività svolte da tutte le strutture pubbliche, private e del volontariato che operano in questo settore (come il Forum prevenzione, La Federazione per la salute e le politiche sociali, la Caritas, varie organizzazioni di pazienti e altri soggetti).

Al livello dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, l'attuazione degli orientamenti strategici nel settore della prevenzione e della promozione della salute compete al **Dipartimento per la prevenzione**, che in base a quanto previsto dalla legge, dalle prescrizioni istituzionali e dai criteri contenuti nel Piano provinciale per la prevenzione, è chiamato a garantire i livelli minimi di assistenza nel campo dell'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro, adottando direttamente delle misure di prevenzione o coordinando quelle adottate da altre strutture sanitarie e non. Le risorse economiche che l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige stanziava ogni anno per l'attività nel settore della prevenzione e della promozione della salute sono chiaramente quantificate e ammontano al 5 per cento dei fondi che la Provincia di Bolzano stanziava annualmente per la salute.

In questo contesto è fondamentale migliorare e riorganizzare l'attività dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nei settori della **sicurezza alimentare**, della **nutrizione**, della **sicurezza sul lavoro** e delle **vaccinazioni**.

⁷ Cfr. Piano provinciale della prevenzione (2016).

⁸ <http://www.provincia.bz.it/sanita/prevenzione/2564.asp>

5 L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Ogni cittadino deve poter accedere alla **NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA** nel proprio contesto geografico.

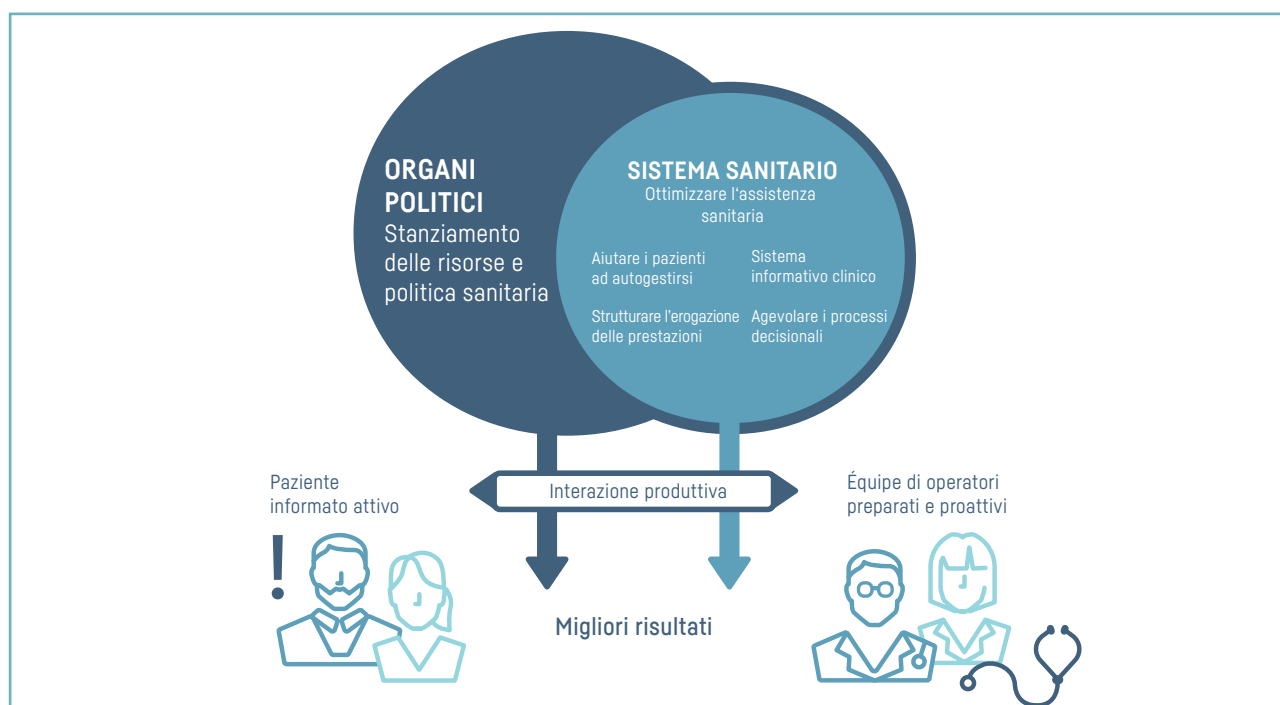
Per fornire alla popolazione un'assistenza efficace e adeguata, direttamente **sul territorio e vicina al luogo di residenza**, diventa essenziale ottimizzare i servizi e coordinare efficacemente i diversi erogatori di servizi. Si riporta quindi di seguito, partendo dalle normative attualmente in vigore e da riferimenti teorici, una panoramica sugli ambiti di sviluppo e gli interventi principali dell'assistenza sanitaria decentrata sul territorio.

Per promuovere e migliorare in modo duraturo la salute della popolazione, l'assistenza sanitaria attuale, improntata alla malattia e alle sue fasi acute, e a una medicina dell'attesa praticata prevalentemente nelle strutture ospedaliere, va integrata con un'assistenza **salutogenetica, propositiva, basata sul fabbisogno dei pazienti** e prestata in strutture distribuite sul territorio, che puntino a promuovere la **partecipazione attiva, l'empowerment** e la **capacità di autogestione** delle persone assistite.

Un modello di riferimento scientificamente fondato e collaudato per realizzare un'assistenza sanitaria efficace sul territorio è il cosiddetto **chronic care model** elaborato da Ed Wagner e collaboratori.

In sostanza, questo modello indica come gestire le condizioni croniche coinvolgendo le risorse disponibili nel sistema sanitario, nell'assistenza sociale e nella società tutta, suggerendo una serie di cambiamenti, basati sull'evidenza scientifica, in grado di migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria grazie all'interazione fra pazienti informati e attivi, ed équipe di operatori qualificati e proattivi.

FIGURA 8: IL CHRONIC CARE MODEL SECONDO ED WAGNER (2006)



Applicando coerentemente questo modello, si possono ridurre i ricoveri e le degenze ospedaliere dei pazienti cronici. **Coordinando** fra loro i **servizi** e le équipes dei vari specialisti che operano nell'assistenza sanitaria sul territorio, si possono inviare più pazienti a beneficiare di servizi e prestazioni al di fuori dei reparti per acuti e delle strutture nosocomiali. Il risultato è una risposta più rapida e adeguata ai bisogni reali dei pazienti, anche quelli di natura sociale, e al tempo stesso un **maggiore gradimento dell'assistenza** ottenuta da parte delle persone assistite e dei loro familiari.

FIGURA 9: LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN BASE ALLA PIRAMIDE DI KAISER PERMANENTE



Un altro fattore da cui partire per decentrare l'assistenza sanitaria sul territorio è la **gestione della popolazione** e la stratificazione del sistema d'assistenza in base a categorie di rischio identificate. ⁹

In concreto, per migliorare l'assistenza sanitaria della popolazione e gestire adeguatamente le malattie croniche occorrono soprattutto i seguenti interventi:

- utilizzare dei sistemi informativi che consentano a tutti gli operatori di accedere ai dati essenziali, per assistere sia la singola persona, sia la popolazione nel suo insieme;
- identificare precocemente i pazienti affetti da malattie croniche;
- stratificare i pazienti in base al loro profilo di rischio sanitario;
- coinvolgere attivamente i pazienti nella propria assistenza sanitaria, promuovendo la loro capacità di gestione autonoma;
- coordinare l'assistenza fra i vari servizi e specialisti (impiegando i cosiddetti case manager);
- lavorare in équipes interdisciplinari;
- integrare l'esperienza degli specialisti nell'assistenza generale;

⁹ Cfr. NHS, Modernisation Agency und Department of Health, 2002.

- coordinare l'assistenza travalicando gli ambiti di competenza delle varie organizzazioni;
- evitare visite e ricoveri inutili nei reparti per acuti.

5.1 IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEGLI ALTRI OPERATORI SANITARI

Nel processo di miglioramento dell'assistenza sanitaria sul territorio – che potremmo definire “primaria” – i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta svolgono un **ruolo decisivo**, poiché uno dei punti chiave è proprio quello di promuovere il **rapporto fra medico e cittadino** per creare un **rapporto di fiducia** e un'assistenza più integrata e completa di tutta la popolazione.

Un rapporto più stretto tra medico e paziente crea un clima di fiducia.

L'accesso alla rete dell'assistenza sanitaria, infatti, passa da un lato attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, e dall'altro attraverso le varie figure sanitarie (infermieristiche, ostetriche, fisioterapeutiche). Pertanto, creare reti efficaci di assistenza e migliorare la collaborazione fra i diversi operatori sociali e sanitari, diventano dei presupposti essenziali per fornire alla popolazione un'assistenza sanitaria adeguata, efficiente ed erogata direttamente nel territorio. La continuità assistenziale in questo caso è importante tanto quanto lo è per l'assistenza specialistica.

5.2 I CAMBIAMENTI E GLI INTERVENTI NECESSARI NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Per promuovere i cambiamenti e gli interventi necessari a migliorare l'assistenza sanitaria sul territorio, occorre far leva sui seguenti elementi chiave, indicati anche nel già citato chronic care model ¹⁰:

- strutturare l'erogazione di servizi e prestazioni tenendo conto del ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari e sociali;
- favorire il processo decisionale clinico
- favorire l'autonomia gestionale dei pazienti
- realizzare dei sistemi informativi clinici.

5.2.1 COME STRUTTURARE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI

Ecco quali sono i principali interventi e cambiamenti suggeriti dal chronic care model:

Diffondere la medicina di gruppo e di rete, prendendo spunto dal contratto collettivo in vigore e dal Patto della salute 2014–2016, e promuovendo le associazioni funzionali di medici di medicina generale o pediatri di libera scelta collegate col sistema informativo dell'Azienda sanitaria. Il coordinamento tra i medici di medicina generale può avvenire in base a due modelli organizzativi: collaborando con i singoli ambulatori, o creando degli ambulatori associati. In ogni caso, l'obiettivo deve essere quello di garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria vicina al luogo di residenza, e una distanza geografica ridotta per usufruire delle prestazioni mediche.

Testare dei centri d'assistenza sanitaria e sociale come evoluzione degli attuali distretti sanitari e sociali, facendone delle strutture specializzate in promozione della salute, prevenzione e assistenza di persone affette da malattie

¹⁰ Cfr. Wagner et al (2006).

croniche, non autosufficienza, multimorbilità o problemi multipli in campo sociale e sanitario, e che necessitano di un'assistenza integrata e interdisciplinare. Nei centri d'assistenza sanitaria e sociale devono operare delle équipes interdisciplinari che possono comprendere medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri (anche pediatrici) e altri operatori qualificati per l'assistenza personale, domiciliare, ostetrica, riabilitativa, nutrizionale, sociale, socio-pedagogica e psicologica, oltre al personale amministrativo. A seconda delle esigenze locali, tali centri possono restare aperti per 8, 12 o 24 ore al giorno. La composizione concreta delle équipes, la dotazione tecnica, le prestazioni erogate e gli orari di apertura dei centri d'assistenza sanitaria e sociale vanno definiti in base alle caratteristiche del territorio servito (numero di abitanti, dati epidemiologici, categorie di rischio e relativi flussi di pazienti). In generale, questi centri si possono distinguere in tre tipologie dimensionali, in funzione del loro bacino di utenza:

- piccolo (per circa 5.000–10.000 abitanti)
- medio (per circa 20.000–25.000 abitanti)
- grande (per circa 40.000–45.000 abitanti)

L'attivazione dei centri d'assistenza sanitaria e sociale è funzionale a realizzare i seguenti obiettivi principali:

- istituire dei luoghi riconoscibili in cui si compie l'accesso, l'erogazione e il coordinamento dei servizi nel settore sanitario e sociale per la popolazione residente, garantendo l'assistenza sanitaria primaria e la continuità dell'assistenza, e realizzando un sistema efficace di gestione dell'assistenza sanitaria;
- realizzare un'unità di valutazione multidisciplinare per garantire l'appropriatezza dell'assistenza e delle cure prestate (con medici di medicina, infermieri e assistenti sociali);
- promuovere la partecipazione attiva dei cittadini e soprattutto delle associazioni locali dei pazienti alla definizione e programmazione delle prestazioni da erogare, alla verifica dell'efficacia degli interventi e dei risultati conseguiti in termini di salute;
- sviluppare dei programmi di prevenzione che coprano tutto l'arco della vita, partendo dai dati epidemiologici sulla popolazione da assistere, dall'identificazione delle categorie di rischio e dalla partecipazione informata dei cittadini;
- svolgere un rilevamento integrato dei bisogni sociali e sanitari in seno alla popolazione di ciascun territorio, per poi pianificare e realizzare interventi preventivi, curativi, riabilitativi, assistenziali, palliativi e sociali estesi all'intero arco della vita;
- realizzare i percorsi assistenziali per le malattie croniche anche tramite un sistema unificato di prenotazione, e sviluppare un rapporto proattivo con la patologia cronica coinvolgendo attivamente l'autonomia e la capacità di autogestione dei pazienti coinvolti, e nominando un case manager ogni qual volta tale figura appare necessaria nella gestione di una patologia cronica;
- promuovere la collaborazione con la rete ospedaliera e le varie strutture sociali che operano nel territorio servito (come le case di riposo o centri di degenza, le strutture per persone disabili o per malati psichici), sia per migliorare l'interazione fra assistenza sanitaria primaria, assistenza specialistica e diagnostica strumentale, sia per definire dei protocolli per l'accesso alle strutture ospedaliere e le dimissioni programmate;
- stipulare accordi con la Centrale provinciale d'emergenza, i servizi d'urgenza e i reparti di pronto soccorso ospedalieri, per migliorare la collaborazione con gli erogatori dell'assistenza sanitaria primaria e i servizi specialistici ambulatoriali.

Evitare doppioni e promuovere nuovi approcci organizzativi, per assistere le persone sul territorio e vicino al loro luogo di residenza.

- Integrare meglio i contatti e i rapporti storicamente consolidati fra le categorie professionali e i vari settori dell'assistenza sanitaria, promuovendo una verifica collegiale delle prestazioni erogate e una valutazione comune dei risultati in termini di salute;
- creare delle opportunità continue di aggiornamento professionale per gli operatori sanitari, soprattutto su tematiche come la centralità della persona o della famiglia, nonché la capacità di lavorare in équipe.

Poiché i centri d'assistenza sanitaria e sociale partono da un approccio nuovo nell'organizzazione e nell'assistenza della popolazione, vanno istituiti evitando meticolosamente doppioni e sovrapposizioni, e tale premessa deve valere anche per i progetti pilota. Dei comitati di coordinamento dei progetti pilota deve far parte anche un rappresentante della comunità comprensoriale interessata. I progetti pilota si possono realizzare anche negli ospedali di base, facendo in modo di coinvolgere, oltre agli operatori sanitari ospedalieri (medici, infermieri ecc.) anche operatori sanitari del territorio e delle strutture dell'assistenza sociale.

Per sviluppare ulteriormente l'assistenza sanitaria territoriale, occorrono soprattutto i seguenti interventi:

Coordinarsi con la medicina d'emergenza: per garantire l'assistenza sanitaria della popolazione, l'Azienda sanitaria deve stabilire, d'intesa con la Ripartizione salute, dei criteri di riferimento per gestire l'interfaccia fra l'assistenza sanitaria primaria (medici di medicina generale nella medicina di rete e di gruppo, e centri d'assistenza sanitaria e sociale) e il settore della medicina d'emergenza, delimitando chiaramente le rispettive competenze, ma garantendo al tempo stesso l'uso condiviso delle cartelle cliniche dei pazienti;

Riordinare la rete dell'assistenza sanitaria d'emergenza e delle centrali per le chiamate d'allertamento per la popolazione, e riorganizzare i punti di smistamento dei servizi d'emergenza tenendo conto dei bacini territoriali serviti, delle condizioni geografiche e della necessità di garantire un'assistenza adeguata a pazienti con patologie complesse per i quali il fattore tempo gioca un ruolo determinante (per es. infarti, ictus, politraumi ecc.), ammodernando i punti di elisoccorso (soprattutto per eventuali voli notturni) anche per trasporti al di là dei confini provinciali (Tirolo, Trentino, Svizzera ecc.), e istituendo nell'Azienda sanitaria un dipartimento per l'emergenza che coordini tutto il sistema dell'assistenza d'emergenza, di cui oltre alle unità di pronto soccorso degli ospedali devono far parte anche la centrale provinciale d'emergenza, i medici d'urgenza e l'elisoccorso;

Realizzare o potenziare le seguenti centrali d'emergenza in attuazione delle direttive nazionali ed europee:

- convertire il numero delle chiamate d'emergenza dal 118 al 112;
- istituire il numero 116117 per l'assistenza sanitaria primaria o il servizio informativo per i cittadini (informazioni su trasporti infermi non urgenti, richieste per l'assistenza domiciliare o palliativa, assistenza di persone affette da malattie croniche, informazioni su servizi specialistici e farmacie di turno, medici e veterinari).

Realizzare unità di care management per agevolare la gestione delle dimissioni dai reparti ospedalieri e la continuità dell'assistenza intra ed extramoenia. Queste unità devono anche coordinare meglio l'assistenza delle persone affette da malattie complesse, multimorbilità, patologie croniche o non autosufficienza, e garantire il case management come previsto dai protocolli internazionali. Le unità di care management redigono per i pazienti un piano d'assistenza individuale, utilizzando i servizi e le strutture disponibili nel settore socio-sanitario in modo da garantire la migliore assistenza possibile;

Potenziare l'assistenza medicospecialistica nelle strutture periferiche: nello spirito di un decentramento verso i luoghi di residenza degli assistiti, e anche allo scopo di ridurre le liste d'attesa, vanno potenziate le prestazioni erogate da ambulatori medici, distretti e centri d'assistenza sanitaria e sociale nel campo preventivo, diagnostico-terapeutico, riabilitativo, infermieristico e palliativo. Le prestazioni concrete erogate a livello extraospedaliero dai diversi specialisti e la dotazione dei centri d'assistenza sanitaria e sociale vanno definite in base alle caratteristiche del bacino d'utenza servito (popolazione residente, dati sociodemografici ed epidemiologici, categorie a rischio e relativi flussi di pazienti). Le prestazioni in regime ambulatoriale erogate a sul territorio spaziano dall'assistenza medica di base fino alle prestazioni specialistiche che non richiedono attrezzature mediche complesse;

Coordinare meglio l'assistenza infermieristica a domicilio e l'assistenza domiciliare semplice tramite i centri d'assistenza sanitaria e sociale, adottando misure concrete per potenziare la collaborazione fra i servizi, per esempio organizzando corsi d'aggiornamento professionale comuni per diversi servizi e strutture, convocando riunioni interdisciplinari per discutere su casi specifici e costi via;

Potenziare la riabilitazione orientata al domicilio e al modello dell'assistenza condivisa. L'obiettivo della riabilitazione orientata al domicilio è di ottenere, insieme al paziente e alle sue persone di riferimento, il massimo grado possibile di autonomia nelle attività quotidiane e il miglior livello possibile di qualità della vita, adeguando il luogo di residenza abituale alle nuove esigenze. Ciò che più conta, in questi casi, non sono tanto le capacità funzionali del paziente, bensì – nello spirito dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) – le attività, i fattori contestuali (come istruzione e formazione, attività lavorativa, relazioni di aiuto, atteggiamenti, accesso a tecnologie e presidi) e la partecipazione attiva del paziente.

A seconda del problema da affrontare, la riabilitazione orientata al domicilio può essere gestita da un'unica categoria professionale o da un'équipe interdisciplinare, deve partire da una formulazione chiara delle indicazioni, e va integrata come fase di transizione verso la vita quotidiana, puntando a una reintegrazione valutata in termini realistici.

Quest'approccio è indicato se:

- i pazienti hanno gravi limitazioni a livello di attività o presentano fattori di contesto aggravanti;
- manca la possibilità di reintegrare i pazienti tramite un'assistenza secondaria ambulatoriale o con l'aiuto dei familiari;
- è stata eseguita una rivalutazione in caso di dubbi sulla reintegrabilità.

I contenuti specifici della riabilitazione orientata al domicilio sono:

- Nell'assistenza alla persona: far acquisire al paziente il massimo grado possibile di autonomia nell'attività di vita quotidiana, istruire i familiari, attivare i servizi domiciliari e procurare al paziente i presidi e gli strumenti necessari;
- Nella fisioterapia: mettere in condizione il paziente di districarsi in sicurezza nel proprio contesto di vita e di riuscire a muoversi fuori casa. A tale scopo occorre chiarire se è necessario fornire al paziente ausili o presidi, e in questo caso insegnargli a utilizzarli, anche con l'aiuto dei familiari.
- Nell'ergoterapia: far acquisire al paziente quante più capacità operative possibili nella vita quotidiana, verificando se occorrono adeguamenti strutturali dell'alloggio, e sperimentando l'uso di presidi a livello domiciliare col paziente e coi suoi familiari;
- Nella logopedia: aiutare il paziente ad acquisire autonomia comunicativa nel proprio contesto di vita abituale, informando e istruendo anche le sue persone di riferimento.

La riabilitazione orientata al domicilio deve servire a preparare il paziente a vivere a casa propria dopo essere stato dimesso dall'ospedale, in modo che riesca a passare dalla vita ospedaliera a quella quotidiana senza eccessivi problemi. Inoltre, occorre potenziare le proposte di servizi riabilitativi nello spirito del modello dell'assistenza condivisa (ossia prestata da più erogatori). In sostanza, si tratta di un approccio riabilitativo ambulatoriale basato sulla collaborazione fra le strutture specializzate in riabilitazione e i servizi locali già esistenti. Il centro specialistico coordina e segue la riabilitazione sul territorio, dà consulenza all'équipe di assistenza di base (medici di medicina generale, assistenza infermieristica a domicilio, fisioterapisti privati, persone addette all'aiuto domestico), e se necessario propone una riabilitazione in un centro diurno.

Il modello dell'assistenza condivisa consente alle persone disabili di beneficiare di trattamenti riabilitativi vicini al proprio luogo di residenza, in base a obiettivi d'integrazione sociale e professionale definiti d'intesa fra i vari soggetti coinvolti. Le prestazioni sono ripartite fra i servizi locali tenendo conto dei vari fattori contestuali, coordinate in modo da non bloccarsi nel passaggio da un servizio all'altro, e valutate insieme dal punto di vista degli obiettivi. Grazie a quest'approccio strutturato, dopo l'assistenza in fase acuta si garantisce un passaggio senza soluzione di continuità attraverso tutti i livelli della riabilitazione (ospedaliera, diurna, ambulatoriale, domiciliare e, infine, quella fornita dai servizi locali).

Ottimizzare l'assistenza medica degli ospiti delle case di riposo e centri di degenza: tenuto conto del numero crescente degli ospiti delle case di riposo affetti da malattie croniche, multimorbilità e disabilità, e del maggiore fabbisogno di assistenza complessa, bisogna garantire a questa categoria di persone un'assistenza medica generale e specialistica adeguata, adottando tutti gli interventi necessari per evitare il più possibile delle degenze ospedaliere inappropriate che causano a queste persone ulteriori disagi.

Realizzare, potenziare o modificare le reti di assistenza: Lo sviluppo demografico e socio-culturale in atto nella società richiede un adeguamento o potenziamento delle reti di assistenza, soprattutto per fare in modo che quanti più pazienti possibile possano essere assistiti vicino al proprio luogo di residenza, garantendo anche l'assistenza palliativa (per bambini e adulti), servizi come la terapia o la gestione delle sintomatologie dolorose, l'assistenza delle persone con limitazioni cognitive, disabilità o malattie psichiche.

Per promuovere l'istituzione e il rafforzamento di una rete di assistenza sono richiesti degli interventi di sostegno per ampliare le competenze delle varie categorie professionali, per esempio nell'educazione sanitaria delle famiglie, nell'assistenza infermieristica di comunità, nei servizi di soccorso, nell'assistenza prestata prima e dopo il parto alle donne con gravidanza a decorso fisiologico, o nella riabilitazione prestata a domicilio. La realizzazione della rete dell'assistenza richiede un prontuario delle prestazioni, la distribuzione strutturata e capillare di prodotti medici alla popolazione, e una collaborazione strutturata con la rete esistente delle farmacie.

5.2.2 AGEVOLARE I PROCESSI DECISIONALI CLINICI

Per compiere scelte cliniche efficaci, occorrono da un lato conoscenze cliniche fondate e articolate, e dall'altro la capacità di applicare tali conoscenze alla situazione specifica. Per dare una nuova collocazione all'assistenza sanitaria sul territorio, tutte le categorie professionali sono chiamate ad adottare una serie di iniziative mirate.

Rivedere o elaborare **percorsi e protocolli assistenziali basati sull'evidenza** per i problemi di salute più frequenti nella popolazione, è un modo per garantire l'applicazione delle metodologie più aggiornate nell'attività quotidiana. A questo livello occorre adottare un approccio di "medicina lenta" e tener conto delle iniziative volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, come l'iniziativa denominata "scegliere con saggezza", e facendo in modo che le conoscenze più aggiornate della ricerca trovino applicazione nell'attività medica quotidiana. Un altro intervento importante è attivare l'assistenza infermieristica familiare e di comunità, creando figure specialistiche in questo settore (il cosiddetto **family health nurse**), prendendo spunto da analoghi programmi nazionali e internazionali. Questi cambiamenti auspicati devono diventare un obiettivo condiviso da tutte le categorie sanitarie. In sostanza, va realizzato un piano d'aggiornamento professionale destinato a tutte le figure che operano nei servizi di assistenza diretta (medicina, assistenza infermieristica, riabilitazione, psicologia, prevenzione, amministrazione, assistenza sociale ecc.) e per tutti i dirigenti di questi servizi, per gestire efficacemente la transizione verso un'assistenza sanitaria più orientata ai processi, interdisciplinare, integrata, proattiva, salutogenetica e ispirata alla centralità della persona e della famiglia. Per ottenere tali obiettivi, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige quantifica la dotazione di personale ispirandosi ai criteri adottati nelle migliori pratiche nazionali e internazionali.

5.2.3 PROMUOVERE L'AUTOGESTIONE DEI PAZIENTI

Se si considera che le persone affette da una o più malattie croniche sono in costante aumento, promuovere la loro autonomia e **capacità di autogestione** diventa un compito primario dell'assistenza sanitaria prestata sul territorio. In sostanza, occorre aiutare ciascun paziente a gestire i sintomi, la terapia, ma anche le conseguenze sociali, emotive e fisiche della propria malattia, modificando i propri stili di vita in modo da convivere con la patologia (Barlow et al. 2002).

Promuovere una qualità della vita elevata anche per chi è affetto da una malattia cronica.

Da qui l'importanza di far tesoro di quanto già realizzato in questo settore dai servizi competenti e dalle associazioni del volontariato, aiutando tanto i malati cronici quanto i loro familiari ad affrontare i seguenti compiti:

- imparare a gestire la malattia (aspetti medici, assunzione dei farmaci, alimentazione, esercizio fisico, comunicazione con gli operatori sanitari);
- svolgere le consuete attività quotidiane (ossia vivere il proprio ruolo nell'ambito professionale, familiare e sociale);
- convivere con gli sbalzi d'umore e i cambiamenti dello stato emotivo (ansia, rabbia, frustrazione, contraccolpi della malattia, affaticamento, senso d'impotenza, stress ecc.).

Per preparare le persone a convivere con una malattia, ci sono programmi di cui è stata dimostrata scientificamente l'efficacia, basati su corsi individuali o di gruppo. Con corsi individuali mirati, proposti nei distretti e nei comuni, ossia vicino al luogo di residenza degli utenti, l'Azienda sanitaria punta a realizzare i due programmi "Chronic Disease Self Management Program" (CDSM – Evviva) e "Diabetes Self Management Program" (DSMP EvvivaD), ideati all'Università di Stanford in California, aggiornati a scadenza di cinque anni tenendo conto delle nuove conoscenze acquisite. L'accesso decentrato e capillare a questi programmi è garantito dai distretti e dai comuni.

6 L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA – INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER CATEGORIE OBIETTIVO

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA beneficia dell'interazione fra i servizi sanitari e sociali del territorio.

I cambiamenti sociali previsti nei prossimi anni e già oggi percepibili, soprattutto quelli prodotti dai mutamenti demografici, rendono indispensabile una maggiore **integrazione** fra il settore sanitario e quello sociale. Volendo garantire la **continuità dell'assistenza**, vanno promosse tutte le iniziative volte a migliorare la collaborazione fra i servizi, soprattutto organizzando corsi di formazione e aggiornamento condivisi, e stabilendo dei regolamenti comuni. Il graduale ampliamento della gamma delle prestazioni fornite dai distretti sanitari e sociali, e una buona collaborazione fra i servizi che vi operano, sono un pilastro imprescindibile per realizzare una buona assistenza sanitaria decentrata sul territorio, e per garantire una qualità elevata dei servizi.

I cambiamenti sociali e demografici richiedono una maggiore continuità delle cure.

Vanno previsti interventi mirati soprattutto per le seguenti categorie obiettivo:

- le persone anziane
- le persone con disabilità, dipendenze o disturbi psichici
- i minori
- le donne e le famiglie
- le persone emarginate

6.1 LE PERSONE ANZIANE

Un presupposto importante per soddisfare il fabbisogno di aiuto in campo sanitario e sociale per le persone anziane è di coordinare bene l'assistenza sociale e sanitaria di questa fascia d'utenza.

Nel periodo di programmazione, quindi, occorre realizzare o potenziare soprattutto i seguenti interventi:

6.1.1 SPORTELLI UNICI PER L'ASSISTENZA E LA CURA

In applicazione della Delibera della GP n. 817 del 7 luglio 2015, a livello di distretti sanitari e sociali è prevista l'apertura di sportelli unici cui rivolgersi per informazioni sull'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e ospedaliera fornita alle persone non autosufficienti o bisognose d'assistenza. Questi servizi sono pensati come sportelli o centri unici di informazione e consulenza per i pazienti stessi, ma anche per i loro familiari, per altre persone di riferimento, e più in generale, nell'ambito dell'attività di prevenzione, per tutte le persone interessate. In questi sportelli unici lavorano e collaborano operatori specializzati dei servizi dell'Azienda sanitaria, dei servizi sociali e delle strutture accreditate per l'assistenza ospedaliera, offrendo ai cittadini, da un unico sportello, un **servizio d'informazione e consulenza completo, interdisciplinare e vicino ai loro luoghi di residenza**.

Nella fattispecie, i servizi territoriali sono chiamati a svolgere le seguenti attività:

- fornire informazioni sulle diverse prestazioni disponibili;
- compiere una prima valutazione dello stato di bisogno della persona da curare;
- definire eventuali interventi immediati necessari e seguirne l'applicazione;
- fornire un aiuto a medio e lungo termine alle diverse figure chiamate a erogare le prestazioni previste;
- coordinare le prestazioni e gli interventi d'assistenza fra i vari servizi coinvolti;
- nominare un responsabile permanente dell'assistenza da fornire alla persona in questione, col compito di farsi carico del caso e seguirlo nel tempo.

6.1.2 MIGLIORARE L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE

L'assistenza delle persone affette da una o più patologie croniche è descritta per esteso nel capitolo dedicato all'assistenza territoriale. Ma poiché le malattie croniche sono spesso legate all'età avanzata, meritano una breve menzione pure in questo capitolo, anche perché la categoria delle persone anziane presenta frequentemente problemi di multimorbilità e di psichiatria geriatrica.

In futuro, per l'assistenza da prestare alle persone con patologie croniche andranno elaborate delle soluzioni innovative, prima di tutto analizzando, ottimizzando e migliorando le attuali procedure di assistenza e puntando a un maggiore coordinamento interdisciplinare e intersettoriale. Non va dimenticato, poi, che nell'erogazione di prestazioni sanitarie destinate a persone affette da malattie croniche un ruolo assai importante è svolto da tutte le associazioni del volontariato e dai gruppi di mutuo ed autoaiuto.

Per far fronte a questi compiti, sempre più pressanti, vanno scelti come strumento di gestione dei **percorsi assistenziali** idonei a favorire il cambiamento. Nella definizione dei percorsi, inoltre, occorre coinvolgere i servizi sociali (primo fra tutti quello di assistenza domiciliare semplice), e organizzare opportuni corsi d'aggiornamento professionale (se possibile con interventi formativi condivisi per operatori dei servizi sanitari e sociali). L'obiettivo primario deve essere una descrizione meticolosa dei processi operativi, una maggiore qualità dell'assistenza e un calcolo più preciso dei costi. Oltre a migliorare i risultati, i percorsi assistenziali hanno anche la funzione di aumentare la soddisfazione dei pazienti, dei familiari e degli operatori coinvolti negli interventi.

Attualmente, i percorsi assistenziali sono già definiti per il diabete di tipo I e II, l'insufficienza cardiaca, la poliartrite cronica e le broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO). In futuro, andranno elaborati i percorsi assistenziali anche per altre categorie di pazienti.

6.1.3 L'ASSISTENZA SANITARIA NELLE CASE DI RIPOSO

Rispetto al contesto nazionale italiano, in Alto Adige le residenze per anziani (o case di riposo) operano in una situazione particolare, poiché sono gestite non dal sistema sanitario, bensì da quello dell'assistenza sociale. In queste strutture l'assistenza medica è svolta quasi sempre da medici di medicina generale che continuano a curare i propri pazienti anche dopo che questi si trasferiscono in una casa di riposo. Gli interventi di prevenzione, assistenza infermieristica e riabilitazione, invece, sono affidati a personale infermieristico o addetti alla riabilitazione che lavorano o alle dipendenze delle strutture in questione, o retribuiti dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. In sostanza, la spesa sostenuta per questi operatori è a carico dall'Azienda sanitaria.

Per assicurare una qualità elevata e omogenea, ma anche la continuità dell'assistenza sanitaria nelle case di riposo, l'assistenza medica di questi pazienti andrebbe affidata a un'**équipe di medici di medicina generale** collegata al sistema di documentazione informatica delle residenze per anziani. Inoltre, parecchi ospiti delle case di riposo richiedono anche un'assistenza medica specialistica, e per questo occorre garantire il coordinamento fra l'assistenza sanitaria del territorio e le residenze per anziani, definendo dei percorsi assistenziali a stretto contatto coi medici di medicina generale.

6.1.4 MIGLIORARE L'ASSISTENZA SANITARIA DELLE PERSONE ANZIANE A DOMICILIO, O IN FORME RESIDENZIALI E ASSISTENZIALI NUOVE

Se una persona anziana che necessita di un certo grado d'assistenza continua a risiedere al proprio domicilio abituale, oltre alle ricadute positive sui legami familiari e al benessere psichico che ne trae, produce effetti positivi anche sulla spesa sociale e sanitaria, poiché in questo modo fa sì che la sua assistenza comporti costi inferiori al ricovero in una residenza per anziani. Ecco perché vanno promosse tutte le forme residenziali che comportano la **massima autonomia possibile** per le persone anziane all'interno del proprio **contesto domiciliare abituale**. L'importante è prevedere degli accordi vincolanti fra i tre servizi d'assistenza principali, ossia la medicina generale, l'assistenza domiciliare infermieristica e l'assistenza domiciliare semplice. Nella programmazione delle prestazioni assistenziali di base va tenuto conto anche delle proposte innovative, per esempio l'ergoterapia a domicilio.

Lo stesso genere d'assistenza sanitaria va adottato, in linea di principio, anche per le forme residenziali integrate in una casa di riposo, ma per migliorare la continuità assistenziale, in questo caso sono possibili anche accordi diversi fra assistenza infermieristica domiciliare e residenza per anziani.

6.1.5 ISTITUIRE POSTI LETTO PER RICOVERI TEMPORANEI DI TRANSITO

Capita sovente che il prolungamento di un ricovero ospedaliero non sia dovuto a reali necessità cliniche, ma a motivi organizzativi. Pertanto, istituire dei posti letto di transito o per ricoveri temporanei in tutti i comprensori sanitari è una misura urgente, necessaria ed efficace per due ordini di motivi: da un lato si ottimizzano le degenze nei reparti per malati acuti (con ricadute positive sulla spesa sanitaria), e dall'altro si guadagna tempo utile per organizzare e garantire l'assistenza post-ricovero alle persone non autosufficienti, facendo in modo che questa sia prestata il più possibile vicino ai luoghi di residenza dei pazienti. L'istituzione di posti letto di transito segue il principio di una distribuzione equilibrata fra tutti i comprensori sanitari.

6.2 LE PERSONE CON DISABILITÀ, DIPENDENZE O DISTURBI PSICHICI

L'assistenza sanitaria delle persone disabili è disciplinata dal capitolo VII della LP 14 luglio 2015, n. 7 "Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità".

Una categoria di pazienti assai importante è costituita da bambini e adolescenti affetti da disabilità, poiché ogni forma di stimolazione precoce ha degli effetti positivi sulla salute. In base a questa LP, il presente PSP prevede l'attuazione delle seguenti misure:

**La stimolazione
precoce favorisce
tutto lo sviluppo
della persona.**

6.2.1 PROMUOVERE LA COLLABORAZIONE FRA IL SERVIZIO SANITARIO, IL SERVIZIO SOCIALE, LA FORMAZIONE PROFESSIONALE E IL REINSERIMENTO AL LAVORO

L'accertamento dell'abilità al lavoro o dell'invalidità è un presupposto decisivo per assistere le persone disabili, poiché costituisce la base per accedere a buona parte delle prestazioni nei settori della formazione, della sanità e dell'assistenza sociale. Le competenze e le prestazioni che disciplinano la collaborazione fra i servizi formativi, sociali e di integrazione al lavoro vanno stabilite con trasparenza e in termini vincolanti, approvando un'apposita delibera della GP.

6.2.2 L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE PER L'ASSISTENZA DI PERSONE CON DISABILITÀ E/O DISTURBI PSICHICI ADEGUATO AL FABBISOGNO

Garantire dei livelli d'assistenza adeguati alle persone disabili e a quelle affette da disturbi psichici è un presupposto importante per assicurare a queste categorie l'assistenza di cui necessitano. Oltre a soddisfare i criteri sociali, è importante che le strutture incaricate di fornire questo genere di assistenza, per poter essere accreditate garantiscano anche dei livelli di **qualità nell'assistenza sanitaria**. Oltre alla responsabilità diretta nell'attuazione dei criteri d'accreditamento già in vigore nel settore sanitario, è opportuno coinvolgere maggiormente il Servizio sanitario (Ripartizione salute e Azienda sanitaria) anche nella valutazione ed eventuale ridefinizione dei criteri di accreditamento per le strutture autorizzate a fornire tali servizi.

6.2.3 DEFINIRE DEI CRITERI PER L'ASSISTENZA MEDICA SPECIALISTICA E PSICOLOGICA NELLE STRUTTURE CHE EROGANO SERVIZI SOCIALI

Per le persone assistite dai servizi sociali nei centri diurni o in altre strutture, vanno stabiliti dei **criteri vincolanti** per l'assistenza medica specialistica e psicologica, in modo da garantire un'assistenza sanitaria adeguata e omogenea di tutta la popolazione della provincia.

6.3 I MINORI

6.3.1 ELABORARE UN PIANO STRATEGICO PER RIDEFINIRE E AMPLIARE I SERVIZI OFFERTI DALLA RETE PROVINCIALE DI PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

La Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva fu istituita con la Delibera della GP n. 2085 del 18 giugno 2007, e successivamente ampliata con la Delibera della GP n. 1710 del 19 novembre 2012, che ne stabilì nel dettaglio le funzioni. Sostanzialmente, la Rete ha il compito di assicurare prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e follow up di malati psichici in età infantile e adolescenziale, garantendo una presenza capillare e integrata di strutture ambulatoriali, semiresidenziali e ospedaliere per l'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica dell'età evolutiva. Alla luce delle esperienze e degli sviluppi riscontrati negli anni passati, si è visto che occorre una valutazione critica e una revisione del sistema attuale e della disponibilità di posti letto in strutture ospedaliere e semiresidenziali per l'assistenza socio-sanitaria dei minori. Per **ridefinire e ampliare la disponibilità di servizi** di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, va redatto un piano strategico stabilendo una procedura valida in tutto il territorio provinciale per la collaborazione fra i servizi.

Creare una rete di servizi per le persone più vulnerabili.

6.3.2 L'ABUSO E LA VIOLENZA SESSUALE SUI MINORI

In caso di sospetto abuso su un minore, va avviata una procedura integrata, adottando misure concrete per prendere in carico il caso in questione, tutelando adeguatamente la salute psicofisica del minore. **Direttive chiare** devono agevo-

lare la segnalazione e la presa in carico nei casi sospetti, e va creato un **sistema d'informazione e rilevamento dei dati** che faciliti un approccio integrato e strutturato. Una **rete di servizi di aiuto** deve fornire risposte tempestive e interventi mirati, valorizzando le singole risorse e le varie professionalità. In alcuni distretti sociali e sanitari sono già state attivate delle équipes di specialisti, o sono stati redatti dei protocolli d'intesa che stabiliscono come gestire la collaborazione.

6.4 LE DONNE E LE FAMIGLIE

6.4.1 LA GRAVIDANZA, IL PARTO E L'ASSISTENZA POST-PARTO

Dal punto di vista sociale e sanitario, ma anche in una prospettiva strategica, è essenziale garantire e migliorare costantemente a tutti i livelli un'assistenza completa, sicura, qualitativamente elevata e diffusa capillarmente su tutto il territorio in favore delle donne in gestazione, dei neonati e dei loro genitori o delle persone di riferimento.

Pertanto, tutte le istituzioni, le strutture erogatrici e le categorie professionali sociali e sanitarie devono farsi carico della funzione pubblica di **assistere madri e neonati – in tutta la provincia e con modalità omogenee – prima, durante e dopo il parto**, nel rispetto delle norme in vigore. Tutto ciò deve avvenire collaborando strettamente con gli organismi medici che operano in questo settore, in particolare col **Comitato tecnico provinciale per l'assistenza perinatale**, e se necessario anche col Comitato per la gravidanza e il parto a livello provinciale e nazionale, e altri organismi nazionali o internazionali. In questo settore si considerano d'importanza strategica i seguenti interventi:

Garantire un'assistenza ottimale prima, durante e dopo il parto, in tutto il territorio provinciale. Identificare precocemente i rischi per avviare interventi tempestivi.

- definire per tutta la provincia un modello unificato di assistenza per la gestazione e il parto, stabilendo dei percorsi assistenziali senza soluzione di continuità;
- elaborare un modello organizzativo idoneo che assicuri un'assistenza a vari livelli e coordinata fra enti erogatori pubblici e privati;
- attuare una stratificazione del rischio per coordinare in modo ottimale gli ambiti funzionali delle diverse categorie professionali, garantendo al tempo stesso la collaborazione interdisciplinare;
- informare e sensibilizzare in modo mirato la popolazione, per renderla più consapevole dei livelli essenziali d'assistenza che il Sistema sanitario dell'Alto Adige garantisce a tutte le persone che hanno diritto all'assistenza.

In generale, deve valere il principio che individuare precocemente eventuali situazioni o fattori di rischio nelle famiglie è d'importanza cruciale per lo sviluppo del fanciullo nei suoi primi anni di vita. Solo a queste condizioni, infatti, si possono individuare e attuare interventi di prevenzione e diagnosi precoce già prima del parto.

6.4.2 LA VIOLENZA SULLE DONNE

Occorre migliorare costantemente la tutela delle persone che subiscono violenze domestiche, e le possibilità di intervenire in loro favore coordinando l'attività degli ospedali, dei medici sul territorio, delle associazioni di tutela delle vittime e dei consultori. I **corsi d'aggiornamento** specifici dedicati alla violenza sulle donne, soprattutto per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di pronto soccorso e volontari, acquisiscono la consapevolezza del fenomeno e addestra-

Sensibilizzare, riconoscere in tempo le situazioni problematiche, aiutare e tutelare.

no gli operatori ad avviare procedure concrete in caso di sospetto. Già oggi esistono forme di collaborazione fra gli ospedali del territorio e le strutture di accoglienza e protezione delle donne vittime della violenza.

6.4.3 LA PRESA IN CARICO E L'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

Le molte e diverse figure istituzionali e professionali che operano con compiti e responsabilità diverse nell'ambito delle iniziative per l'età evolutiva, devono garantire una presa in carico e un'assistenza integrata degli utenti.

Occorre una maggiore integrazione e collaborazione fra competenze e funzioni diverse, per consentire un approccio mirato e integrale che risponda in pieno alle esigenze dei minori e delle loro famiglie, prestando attenzione anche alla necessità di valutare correttamente le capacità e le competenze genitoriali della famiglia.

6.5 LE PERSONE EMARGINATE

Va garantita l'assistenza sanitaria delle persone senzatetto, migranti in transito o richiedenti asilo nelle strutture d'accoglienza, adottando approcci integrali che assicurino un'assistenza adeguata di queste persone e delle risposte concrete ai loro bisogni, disponendone la presa in carico da parte delle strutture assistenziali già esistenti (anche dal punto di vista del rimborso dei costi). Una sfida particolare è costituita dall'assistenza psicologica e medico-psichiatrica di questa categoria di persone, poiché si tratta di uomini e donne traumatizzate che necessitano un forme di aiuto adeguate.

7 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

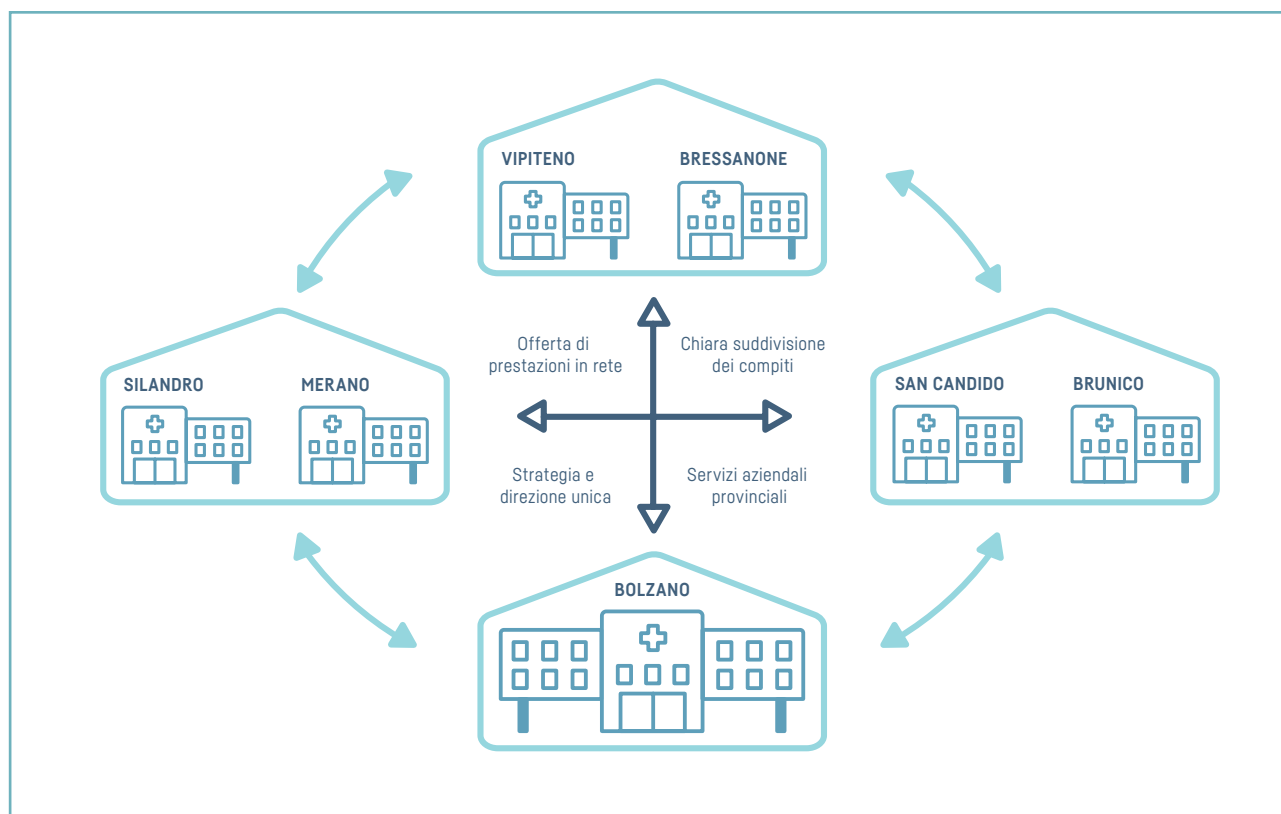
LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA garantisce le prestazioni sanitarie in una rete ospedaliera provinciale coordinata e interconnessa.

Questo capitolo descrive il piano dei servizi da erogare in regime di ricovero ospedaliero, che comprende l'assistenza dei pazienti in fase acuta, subacuta e postacuta. Considerata la contiguità fra l'assistenza postacuta e il ritorno del paziente nel proprio contesto familiare, vengono trattati nel presente capitolo anche i posti letto per ricoveri temporanei o transitori.

7.1 LA RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE E I PROFILI DELLE PRESTAZIONI

I pazienti che richiedono un trattamento in regime di ricovero sono assistiti da una **rete ospedaliera provinciale** – prevista dalla Delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015 – in cui va intensificato il **coordinamento delle prestazioni** erogate fra le sette sedi ospedaliere dell'Alto Adige, tenendo conto delle esigenze dei pazienti e della responsabilità unificata a livello di Azienda sanitaria.

FIGURA 10: LA RETE OSPEDALIERA PROVINCIALE



Il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni funziona in base a **un modello d'assistenza sanitaria a più livelli**, che distingue fra assistenza di primo livello, assistenza specializzata e assistenza con trattamenti ad alta complessità. Nell'assistenza di primo livello rientrano le prestazioni che ogni sede ospedaliera deve fornire alla popolazione come livello minimo di assistenza sanitaria. Oltre all'assistenza di primo livello, per ciascuna sede ospedaliera si possono stabilire degli ambiti di specializzazione o di riferimento. Infine, gli interventi e i trattamenti ad alta complessità sono

concentrati primariamente nell'ospedale provinciale di Bolzano, ma ciò non toglie che alcune prestazioni ad alta complessità possano essere localizzate in comprensori sanitari diversi.¹¹

Gli ospedali ubicati nei comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico sono organizzati in base al principio **“un ospedale - due sedi”**, e in questa forma coprono l'assistenza dei malati acuti nella popolazione dei rispettivi territori. Sul piano organizzativo, per le varie divisioni specialistiche sono possibili due varianti:

- una struttura complessa comune a entrambe le sedi, più una struttura semplice in una sola delle due sedi;
- una struttura complessa comune a entrambe le sedi;

In casi eccezionali e in base a necessità mediche ed epidemiologiche possono essere mantenute anche due strutture complesse.

Quest'organizzazione con due sedi ospedaliere deve rispettare al proprio interno i seguenti **requisiti**:

- livelli qualitativi unificati
- coordinamento (qualitativo e quantitativo)
- rotazione del personale fra i reparti delle due sedi
- compensazione del potenziale operativo fra le due sedi (per esempio per la chirurgia)
- gestione unificata con responsabili in entrambe le sedi.

In questo modo si ottimizza l'erogazione delle prestazioni sanitarie in base al reale fabbisogno, accorpendo le risorse, riducendo le strutture ridondanti, e potenziando le sedi ospedaliere a livello comprensoriale e intercomprensoriale, grazie alla creazione di centri di competenza medici decentrati.

7.1.1 LE PRESTAZIONI DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI PRIMO LIVELLO PER DISCIPLINA MEDICA

Per erogare le prestazioni assistenziali di primo livello¹², le sedi ospedaliere vanno attrezzate con la dotazione necessaria all'**assistenza in regime di ricovero** (per esempio chirurgia generale o medicina internistica) nel rispetto della normativa in vigore e in base al fabbisogno. Le prestazioni elencate nella tabella seguente sono previste per le discipline di medicina internistica, chirurgia e ortopedia/traumatologia sotto forma di assistenza in regime di ricovero, assistenza diurna o assistenza ambulatoriale.

L'elencazione qui riportata delle prestazioni previste non vuole essere esaustiva, né potrebbe esserlo in quanto tale, semmai si tratta di indicazioni generali da considerare nella definizione delle prestazioni sanitarie da erogare. Adottando il principio di “un ospedale - due sedi”, si stabilisce che le prestazioni che rientrano nell'assistenza di primo livello della popolazione residente, vanno prestate in ogni caso in tutte le sedi ospedaliere.

Dalla professionalità dei vari operatori delle due sedi del medesimo comprensorio, quindi, dipenderà in quale sede si potranno erogare prestazioni integrative, tenendo conto delle competenze già presenti nella sede in questione e rafforzandole.

¹¹ Oltre a questi, a seconda della collocazione territoriale un ruolo importante nell'assistenza sanitaria è svolto anche dalle strutture private convenzionate.

¹² Vedi la Delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016

| MEDICINA INTERNISTICA | | CHIRURGIA GENERALE* | | ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA | |
|--|--|--|--|---|--------------------------------|
| Diagnosi | Tecnologia | Diagnosi | Tecnologia | Diagnosi | Tecnologia |
| Insufficienza cardiaca | Ecografia ECG Ergometria | Chirurgia addominale (p.es. intestino, appendice, colecisti o milza) | Ecografia Radiologia TAC Endoscopia | Lesioni riscontrate al pronto soccorso fino a un certo livello di gravità | Radiologia TAC Ecografia |
| Patologie polmonari e respiratorie | TAC-RX torace Spirometria Broncoscopia | Ernie, emorroidi, varici, ecc. | | Endoprotesi | |
| Patologie intestinali e degli organi pelvici | Ecografia Gastrosocopia Endoscopia TAC-RX | | | | |
| Malattie endocrine, Diabete tipo I e II, Diabete gravidico, Tireopatie | | | | | |
| Oncologia: Diagnostica, Chemioterapia e cure palliative nel territorio | | | | | |
| Malattie infettive | | | | | |

Tabella 1: Le prestazioni dell'assistenza sanitaria di primo livello per disciplina medica

* Nel rispetto della Delibera della GP n. 131 del 28 gennaio 2013

Inoltre, nelle sedi ospedaliere in cui si erogano prestazioni assistenziali di primo livello, va prevista un'adeguata **assistenza pediatrica e ginecologica**. Data la collocazione geografica, alla sede ospedaliera di Silandro si erogano anche prestazioni di ostetricia (parti) nel rispetto delle norme vigenti in materia.

Per le **prestazioni in regime ambulatoriale**, va garantito che nelle sedi ospedaliere di base sia assicurata un'assistenza adeguata al fabbisogno in tutte le discipline specialistiche necessarie alla popolazione residente.

7.1.2 MEDICINA D'EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

In considerazione del coordinamento della medicina d'emergenza, da svolgere a livello di Azienda sanitaria tramite l'istituendo dipartimento centralizzato omonimo, va messa in atto una **medicina d'emergenza a cascata**, d'intesa con l'ospedale aziendale interessato, in base ai parametri indicati di seguito, tenendo conto della disponibilità di medici d'emergenza, e garantendo un'assistenza continua - ossia **24 ore su 24 per 7 giorni settimanali** - nei territori serviti da tutti gli ospedali. Il pronto soccorso di tutti gli ospedali è a disposizione dei pazienti del territorio per il trattamento di patologie acute nella misura in cui la gravità della lesione e la disponibilità del personale medico e infermieristico in termini di qualità e

**La filiera
dell'emergenza è una
sicurezza per tutti.**

quantità consentono di assistere bene il paziente in questione. Per patologie come l'infarto miocardico, l'ictus cerebrale, i politraumi, le intossicazioni e le gravidanze a rischio, si applicano i percorsi assistenziali stabiliti a livello d'Azienda sanitaria. La dotazione medico-strumentale e le necessarie prestazioni radiologiche e laboratoristiche sono disponibili nelle sedi degli ospedali di base, e sono erogate con la collaborazione dell'ospedale aziendale competente.

7.1.3 LA DOTAZIONE DI PERSONALE

Per garantire nella sua interezza (in senso quantitativo e qualitativo) la gamma di prestazioni prevista per l'assistenza sanitaria di primo livello, va potenziata la dotazione del personale medico e infermieristico. L'azienda sanitaria dell'Alto Adige ha il compito – in base a chiare linee d'indirizzo stabilite dalla Giunta provinciale – di provvedere a tale **adeguamento dell'organico**. Fino al conseguimento completo della dotazione di personale necessaria, va intensificato ulteriormente il coordinamento con gli ospedali aziendali in merito alle prestazioni da erogare e agli orari d'apertura.

Qualora, nonostante quest'intervento, si creassero carenze di personale, si deve procedere in base a un **piano d'emergenza** sul modello degli ospedali con doppia sede, che in base ai principi della qualità e della sicurezza definisce l'entità e le modalità d'erogazione delle prestazioni. Tali piani d'emergenza vanno concordati a livello di Azienda sanitaria.

Adottando una **rotazione** obbligatoria e garantita **delle risorse**, si può ampliare il ventaglio specialistico, rendendo le sedi ospedaliere più appetibili per il personale medico, e garantendo al tempo stesso un'elevata professionalità specialistica in entrambe le sedi. In questo modo, inoltre, si possono superare le difficoltà temporanee dovute a posti vacanti nei servizi.

7.1.4 GLI AMBITI DI SPECIALIZZAZIONE AGGIUNTIVI ALL'ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO

Oltre alle prestazioni che rientrano nell'assistenza ospedaliera di primo livello, per ogni sede ospedaliera si possono stabilire degli **ambiti di specializzazione**. In base a tale principio, alla sede ospedaliera di San Candido si eroga assistenza specializzata nel campo della salute della donna, alla sede ospedaliera di Vipiteno nel campo della neuroriabilitazione¹³, e alla sede ospedaliera di Silandro nel campo della colangio-pancreatografia endoscopica retrograda e della chirurgia della mano¹⁴.

7.1.5 L'APPLICAZIONE DEI PROFILI DELLE PRESTAZIONI

Per l'applicazione dei cosiddetti "profili delle prestazioni" nell'ambito dell'assistenza sanitaria di primo livello e di altre prestazioni specializzate, l'Azienda sanitaria preciserà i profili delle prestazioni per le varie sedi ospedaliere e per i servizi del territorio. Nell'attuazione dei profili delle prestazioni e nella definizione delle relative modalità d'erogazione, in applicazione del modello a più livelli stabilito dalla delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015, vanno coinvolti gli ospedali aziendali e l'ospedale centrale di Bolzano nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, come pure la rete dei servizi del territorio. I profili vanno concordati con la Ripartizione salute e poi sottoposti periodicamente a una valutazione congiunta. I profili delle prestazioni approvati con delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016 sono parte integrante del presente PSP (vedi allegato).

¹³ Nel rispetto delle norme legislative in vigore per la gestione di questa sede con l'offerta attuale di prestazioni sanitarie.

¹⁴ Nel rispetto dei vincoli legislativi e dei criteri di qualità.

7.2 LA METODOLOGIA DI PIANIFICAZIONE E I DATI DI RIFERIMENTO

L'orizzonte temporale del presente Piano sanitario provinciale è il **2020**. Per tener conto dello sviluppo demografico, si è partiti dalle previsioni statistiche pubblicate dall'ASTAT nel 2014, che indicano il numero di abitanti previsti nel 2020 per tutto l'Alto Adige e per i vari comprensori sanitari. I dati sui posti letto e sul ricorso alle prestazioni sanitarie provengono invece dall'Osservatorio epidemiologico, e sono riferiti anch'essi al 2014.

Il processo di pianificazione si articola in tre fasi:

- I. applicazione dei coefficienti di calcolo dei posti letto in base ai criteri in vigore;
- II. analisi della popolazione residente;
- III. localizzazione dei posti letto.

I. Applicazione dei coefficienti di calcolo dei posti letto in base ai criteri in vigore

Applicando alle previsioni demografiche per il 2020 i coefficienti per il calcolo dei posti letto previsti dai criteri nazionali – che tengono conto anche del progresso della scienza medica e degli interventi microinvasivi - si è quantificato il numero totale dei posti letto per acuti necessario in Alto Adige entro il 2020.¹⁵

Sviluppo demografico, flussi di pazienti e occupazione dei posti letto sono i criteri per quantificare i posti letto necessari.

II. Analisi della popolazione residente

In questa fase della programmazione è stato analizzato il ricorso della popolazione residente alle prestazioni sanitarie. L'obiettivo di questa fase è di verificare i coefficienti di calcolo dei posti letto dal punto di vista della loro realizzabilità e della loro idoneità. In questo caso si è utilizzato come coefficiente l'indice di degenza (numero delle giornate di degenza per 1.000 abitanti), suddividendo il valore tra i quattro comprensori sanitari in base ai seguenti **macroambiti**:

- chirurgia
- ginecologia-ostetricia-pediatria
- terapia intensiva e subintensiva
- medicina
- psichiatria

L'attribuzione delle varie discipline ai macroambiti è riportata nella tabella A.4. Per ciascun macroambito e per ogni comprensorio sanitario si è poi proceduto nel modo seguente:

1. Identificazione del potenziale di posti letto in base alle differenze nel ricorso alle prestazioni sanitarie

Utilizzando dei valori di riferimento, si sono identificati i potenziali di riduzione dei posti letto. La differenza fra il valore di riferimento e l'indice di degenza di un comprensorio sanitario indica il potenziale a livello di popolazione residente. A sua volta, questo valore è stato convertito utilizzando l'indice di degenza teorico previsto, definito in base a ciascun macroambito.¹⁶ Il coefficiente derivato da questo calcolo è stato bilanciato col coefficiente di calcolo dei posti letto previsto dai criteri nazionali.

¹⁵ Per la programmazione dei posti letto per post-acuti si rimanda al capitolo 7.5

¹⁶ I valori del tasso di degenza teorico previsto sono riportati nella tabella A.3

2. Ponderazione in base ai cambiamenti demografici

Oltre ai calcoli descritti nella fase 1, si è tenuto conto degli effetti dell'andamento demografico, su ciascun macroambito e ciascun comprensorio sanitario.

3. Ponderazione in base ai flussi di pazienti

I flussi di pazienti non sono stati modificati nel Piano, ma se ne è tenuto conto come fattore di ponderazione. Qualora i flussi di pazienti cambiassero in misura rilevante durante l'attuazione del Piano, si dovrà procedere a un adeguamento dei parametri di pianificazione. Il monitoraggio dei flussi di pazienti è svolto da chi si occupa della gestione attuativa. Inoltre, per la programmazione si è considerata non soltanto la popolazione residente di un comprensorio sanitario, ma anche il saldo dei pazienti non residenti.

4. Correzione del calcolo di occupazione dei posti letto

Nell'ultima fase della pianificazione si è provveduto a correggere il tasso d'occupazione reale dei posti letto, utilizzando il tasso teorico.

III. La localizzazione dei posti letto

Per la localizzazione dei posti letto si è tenuto conto dei risultati ottenuti con le prime due fasi della programmazione a livello di macroambito e sede ospedaliera. Le cifre emerse sono state valutate in base alla loro plausibilità e fattibilità. Ecco, di seguito, i **criteri di valutazione** considerati in questo processo:

- la fattibilità dell'intervento, soprattutto dal punto di vista della necessità di potenziare l'assistenza decentrata sul territorio;
- il tasso d'occupazione attuale dei posti letto nei rispettivi reparti specialistici;
- le dimensioni del reparto in questione;
- l'equilibrio territoriale fra i diversi comprensori sanitari nella gestione dell'assistenza ospedaliera;
- il grado di concentrazione, nel senso che non si prevedono riduzioni dei posti letto nei reparti ospedalieri maggiori se ciò è giustificato dalla definizione di priorità, se appare necessario per garantire la qualità dell'assistenza, o è inevitabile per rispettare i criteri nazionali o internazionali.

7.3 IL TOTALE DEI POSTI LETTO PER L'ASSISTENZA IN REGIME DI RICOVERO

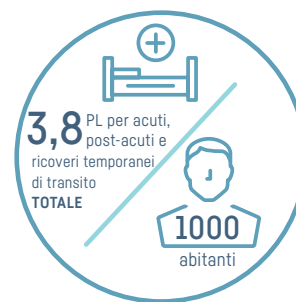
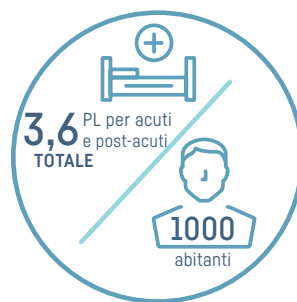
Partendo dalla metodologia di pianificazione sopra descritta, si può calcolare il totale dei posti letto per acuti, postacuti e ricoveri transitori previsto per l'anno 2020 in provincia di Bolzano. Sono compresi sia i posti letto delle strutture pubbliche, sia quelli delle strutture private convenzionate. I valori concreti sono riportati nella tabella 2, dove la prima colonna riporta la categoria dei posti letto. Benché i posti letto per ricoveri temporanei di transito non rientrino esclusivamente nell'ambito dell'assistenza sanitaria, sono comunque considerati dei posti letto per l'assistenza in regime di ricovero, e sono quindi un fattore rilevante in una panoramica generale. Tuttavia, visto che i posti letto per ricoveri transitori non fanno parte del contingente di posti letto che in base ai criteri nazionali non deve superare il **coefficiente di 3,7 unità per 1.000 abitanti**, questa categoria di posti letto è riportata separatamente nella seconda parte della tabella. La seconda colonna riporta i coefficienti di calcolo dei posti letto, definita come numero di posti letto per ogni 1.000 abitanti. Il totale di posti letto che ne deriva è riportato nella terza colonna della tabella.

| CATEGORIA DEI POSTI LETTO | COEFFICIENTE 2020 | POSTI LETTO NEL 2020 |
|---|-------------------|----------------------|
| Per acuti | 2,9 | 1.568 |
| Per postacuti | 0,7 | 376 |
| Totale posti letto I | 3,6 | 1.944 |
| Posti letto per ricoveri temporanei di transito | massimo 0,2 | massimo 100 |
| Totale posti letto II | 3,8 | 2.044 |

Tabella 2: Totale dei posti letto per l'assistenza sanitaria in regime di ricovero

Per l'anno 2020, si prevede la disponibilità di 1.568 **posti letto per acuti**, che corrisponde a un coefficiente di 2,9 posti letto per 1.000 abitanti. Per l'**assistenza postacuta** il numero di posti letto ammonta a 376 unità, pari a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti. In totale, ne deriva un coefficiente di posti letto pari a 3,6 per mille, in linea con i valori previsti dai criteri nazionali. Questo indice dei posti letto sale a 3,8 se si sommano anche quelli per i ricoveri temporanei.

Si è inoltre stabilita una **fascia di variabilità** pari al +/- 5 percento sia per i posti letto per acuti, sia per quelli per postacuti, in modo che l'Azienda sanitaria abbia dei margini di elasticità sufficienti per dimensionare le strutture. Ipotizzando che tale fascia di variabilità sia sfruttata completamente, ne deriverebbe un indice di posti letto per acuti pari a 2,8 o 3,0 unità per 1.000 abitanti, che aggiungendo i posti letto per postacuti salirebbe a un totale (nella tabella: "totale posti letto II") di 3,7 o 3,9 per mille.¹⁷



Il numero dei **posti letto per ricoveri temporanei di transito** è di un massimo di 100 unità, pari a un tasso dello 0,2 per mille abitanti, ma si tratta di posti letto da attribuire all'ambito dell'assistenza sociale, sicché vanno inseriti nel calcolo del fabbisogno assistenziale.

L'Azienda sanitaria ha poi la possibilità di prevedere delle categorie di posti letto per le quali l'intensità di cura può essere minore (p.es. senza necessità di presenza medica 24 ore su 24). In questo genere di posti letto rientrano quelli per le cosiddette cure intermedie, o per la categoria ex art. 26 (si veda per es. la riabilitazione cardiologica che ad oggi conta 36 posti letto). L'Azienda sanitaria creerà dunque **posti letto intermedi** all'interno del totale di 2.044 unità indicato nella tabella 2, in funzione del fabbisogno e in base al principio dell'appropriatezza, e adoperandosi per garantire una distribuzione equilibrata di questi posti letto fra i diversi comprensori sanitari.

Le varie categorie di posti letto vanno dunque intese nel loro insieme, e consentono all'Azienda sanitaria di disporre di un certo margine di elasticità, tenendo conto anche dei criteri della convenienza economica.

¹⁷ Calcolo: $1.568 \times 1,05 / 540.596 \times 1.000 = 3,0$.

In questa sede si fa presente che il totale dei posti letto pianificato e riportato nella tabella sopra NON comprende le seguenti categorie di posti letto:

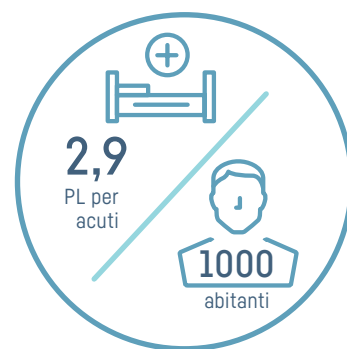
- posti letto per l'osservazione breve intensiva (OBI) - la cui quantità non viene rilevata, in quanto si tratta di posti letto usati secondo necessità
- posti letto per assistenza palliativa o in regime di hospice ¹⁸ - attualmente 23 posti letto
- posti letto nel centro terapeutico di Bad Bachgart - ad oggi 65 posti letto
- posti letto nella struttura intermedia ospedale-territorio di Sarentino - ad oggi 7 posti letto

Inoltre, i cosiddetti “letti nido” nei reparti di ostetricia non sono considerati posti letto in senso stretto, e non rientrano dunque nel totale pianificato dei posti letto.

7.4 IL PIANO PER L'ASSISTENZA DEI MALATI ACUTI

Come indicato nel paragrafo precedente, entro il 2020 si prevede di arrivare a un totale di **1.568 posti letto per acuti**, che si articolano nelle seguenti **categorie**:

- Posti letto per ricoveri ordinari
- Posti letto per l'assistenza in regime diurno
- Posti letto per assistenza intensiva
- Posti letto per assistenza subintensiva
- Posti letto per cure intermedie ¹⁹



La ripartizione del totale dei posti letto fra le varie categorie elencate sopra spetta all'Azienda sanitaria. Il Piano sanitario provinciale concede dunque un **marginale d'elasticità** sufficiente per articolare nel modo più idoneo la filiera dell'assistenza e per soddisfare il fabbisogno clinico. A proposito della filiera dell'assistenza, si ricorda l'importanza delle unità d'osservazione intensiva, i cui criteri di pianificazione sono indicati nella delibera della GP n. 1396 dell'1 dicembre 2015. La tabella A.1 riporta il numero dei posti letto per acuti suddiviso per macroambito e comprensorio, come pure il totale dei posti letto per sede ospedaliera. Per quest'ultimo valore il Piano prevede una tolleranza di fluttuazione pari al +/- 5 per cento.

Per l'organizzazione della terapia intensiva e subintensiva vanno rispettati i seguenti **criteri generali**:

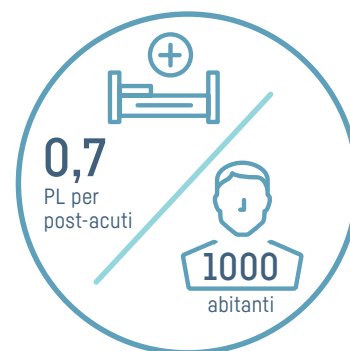
- è auspicabile accorpate la terapia subintensiva con la terapia intensiva;
- se ci sono più unità di terapia intensiva separate, queste vanno riorganizzate in chiave sinergica e di vicinanza logistica (soprattutto per motivi di formazione, programmazione dei pazienti e gestione delle procedure d'assistenza);
- è auspicabile creare sinergie impiegando la stessa dotazione di personale e apparecchiature;
- va garantito l'uso condiviso di laboratorio, diagnostica, radiologia e presidi per la mobilitazione;
- il potenziale operativo della terapia intensiva e subintensiva va pianificato in modo efficiente e in base al fabbisogno.

¹⁸ Per la programmazione di posti letto hospice e di medicina palliativa si rinvia alla delibera della GP n. 1214 del 20 ottobre 2015, con cui è stato approvato il progetto “La rete Provinciale di Cure Palliative per adulti e bambini” (previsto l'ampliamento a ca. 36 posti letto).

¹⁹ In questa categoria non rientrano i posti letto per ricoveri temporanei di transito, indicati separatamente nella tabella, e pari a un tasso di 0,2 unità per mille abitanti.

7.5 IL PIANO PER L'ASSISTENZA DEI POST-ACUTI

Attualmente, nell'assistenza dei malati postacuti c'è uno **squilibrio territoriale** nel numero dei posti letto disponibili, e in questo settore la quota delle strutture private convenzionate è relativamente alta. Proprio questa circostanza, d'altra parte, fa sì che le unità operative dell'Azienda sanitaria siano dotate di un numero relativamente basso di posti letto per questi pazienti.



Lo squilibrio deriva dal fatto che nella parte occidentale della provincia ci sono relativamente più posti letto per postacuti rispetto alla parte orientale. L'obiettivo del PSP, quindi, è di modificare il numero dei posti letto ristabilendo un **equilibrio geografico**.

La **riabilitazione post-acuzie in regime ospedaliero** è un ambito assai dinamico e ad alta intensità di costi, e deve rientrare nell'attività precipua dell'Azienda sanitaria per garantire insieme alle strutture private un'assistenza di alto livello qualitativo.²⁰ Questo principio troverà applicazione nella ripartizione dei posti letto fra i diversi erogatori dell'assistenza, soprattutto per incrementare i posti letto nelle unità operative dell'Azienda sanitaria. Per questo motivo, il reparto riabilitazione dell'ospedale centrale di Bolzano dovrà essere dotato, nel periodo di programmazione, di almeno 30 posti letto, mentre i reparti di riabilitazione negli ospedali aziendali (comprese le sedi ospedaliere per l'assistenza di primo livello) dovranno avere almeno 20 posti letto ordinari, nonché day hospital e servizi d'assistenza ambulatoriale. I reparti di lungodegenza post-acuzie degli ospedali aziendali dovranno essere dotati di almeno 20 posti letto, e quelli per l'assistenza di base di almeno 8 posti letto. Per quanto riguarda la neuroriabilitazione, si tratta di un'attività che richiede l'impiego di personale altamente qualificato e apparecchiature mediche specifiche, il che significa che occorrono dei reparti ad alta specializzazione che devono soddisfare requisiti specifici.

I criteri nazionali prevedono per l'assistenza ospedaliera dei postacuti un **indice** di 0,7 posti letto per mille abitanti.

Poiché nell'assistenza post-acuzie la mobilità dei pazienti è tendenzialmente ridotta, la programmazione in base al coefficiente previsto è stata svolta essenzialmente a livello di comprensorio sanitario. Oltre all'indice previsto, nella programmazione si è tenuto conto di tre variabili aggiuntive, ossia le dimensioni del reparto, l'equilibrio territoriale e gli ambiti di specializzazione. Infine, nell'applicazione dei coefficienti di posti letto previsti dai criteri nazionali sono stati adottati, dove necessario, opportuni adeguamenti.

I coefficienti per posti letto derivanti da questo calcolo sono indicati nella tabella 3, che riporta i parametri per tutto l'ambito della post-acuzie, e quelli suddivisi per categorie, ossia riabilitazione (compresa la neuroriabilitazione) e la lungodegenza:

| TIPO DI POSTI LETTO | UNITÀ / 1000 ABITANTI |
|---------------------|-----------------------|
| Riabilitazione | 0,37 |
| Lungodegenza | 0,33 |
| Totale postacuti | 0,70 |

Tabella 3: Parametri di riferimento per la pianificazione dell'assistenza post-acuzie

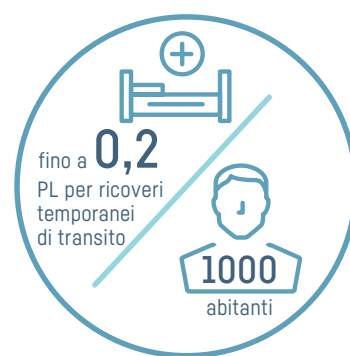
²⁰ Per quanto concerne l'assistenza riabilitativa sul territorio si rimanda al capitolo 5.2.1.

Per programmare un numero di posti letto per postacuti in linea col fabbisogno della popolazione altoatesina, per la **lungodegenza** risulta un coefficiente di 0,33 posti letto per mille abitanti, superiore di 0,13 unità per mille a quanto previsto dai criteri nazionali. Per la **riabilitazione**, quindi, ne deriva un coefficiente di 0,37 posti letto per mille abitanti. In totale, per l'assistenza ospedaliera dei pazienti postacuti sono stati programmati 0,7 posti letto per mille abitanti.

Il piano dei posti letto per postacuti che ne deriva è riportato nella tabella A.5, che indica i posti letto suddivisi per comprensorio sanitario e categoria.

7.6 IL PIANO PER I POSTI LETTO TRANSITORI

In base all'esperienza maturata finora – per esempio nel comprensorio sanitario di Brunico o nei dati statistici internazionali relativi a situazioni analoghe – si può partire da un fabbisogno di posti letto per ricoveri temporanei di transito pari a un massimo di **0,2 unità per 1000 abitanti**. Ciò significa che occorre creare un contingente massimo di 100 posti letto per l'intera provincia di Bolzano. Per assistere i pazienti quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza, questi posti letto vanno previsti, in ciascun comprensorio, in residenze per anziani, in strutture gestite dall'Azienda sanitaria o in strutture private dell'ambito sanitario.²¹ A prescindere dal tipo di struttura, la quota a carico dell'assistito deve essere la stessa in tutto il territorio provinciale, e occorre fare in modo che i posti letto disponibili siano localizzati in modo omogeneo fra tutti i comprensori. La competenza gestionale deve essere in capo all'Azienda sanitaria per i posti letto destinati a pazienti in attesa di dimissioni da un ospedale, mentre quelli utilizzati per la lungodegenza sono di competenza gestionale del servizio sociale.



A tale proposito, va anche precisato che nel prossimo **Piano sociale provinciale** si porrà una particolare attenzione alla formula dell'assistenza abitativa per gli anziani. Inoltre, il Piano sociale provinciale stabilirà il numero di posti letto nelle residenze per anziani in base al fabbisogno previsto per il 2030.

7.7 LE FUNZIONI SVOLTE A LIVELLO AZIENDALE

La tabella 4 riportata di seguito elenca le funzioni di rilevanza assistenziale svolte a livello aziendale.²² Si intendono funzioni svolte a livello aziendale gli **ambiti assistenziali** le cui attività richiedono un coordinamento a livello di Azienda e si possono dunque svolgere in una sola sede per tutta l'Azienda, o che vanno dirette e coordinate da un'unica sede, anche se l'effettiva erogazione delle prestazioni in questione può avvenire in forma decentrata. La gestione organizzativa e strutturale di tali funzioni a livello aziendale o delle varie strutture periferiche esistenti (che si tratti di un servizio aziendale, struttura complessa o semplice, dipartimento, collaborazione strutturale o funzionale vincolante ecc.) è invece riportata nel regolamento aziendale e risponde alle indicazioni riportate nella tabella 4.

Per ciascuna di queste funzioni svolte a livello aziendale, la tabella 4 riporta inoltre la localizzazione prevista, vale a dire la sede cui compete la gestione o il coordinamento delle unità periferiche. Va precisato che tale localizzazione è stabilita primariamente tenendo conto dell'obiettivo di istituire l'unità di coordinamento là dove già esistono le strutture

²¹ La dimensione minima per localizzare posti letto per ricoveri transitori all'interno di una residenza per anziani o per lungodegenti è di 60 posti letto totali.

²² Oltre a queste, se necessario l'Azienda sanitaria può prevedere ulteriori funzioni svolte a livello aziendale non considerate di rilevanza assistenziale. Fra queste figurano, ad esempio, il servizio veterinario o la medicina ambientale.

complementari necessarie, o là dove sono già presenti dei centri di specializzazione. Per la direzione e il coordinamento delle funzioni svolte a livello aziendale sono dunque previste tre categorie di sedi o localizzazioni:

- **Localizzazione a Bolzano:** per queste funzioni svolte a livello aziendale, la localizzazione della sede di coordinamento a Bolzano è necessaria per la loro complessità o dipendenza da strutture complementari già presenti all'interno dell'ospedale provinciale.
- **Localizzazione indipendente dalla sede ospedaliera:** la sede di coordinamento di queste funzioni da svolgere a livello aziendale può essere localizzata in ogni sede ospedaliera.
- **Teoricamente indipendente dalla sede ospedaliera:** la sede di coordinamento delle funzioni in questione è, in quanto tale, indipendente da una sede specifica, ma è localizzata in una determinata sede ospedaliera perché lì si è storicamente consolidata.

| FUNZIONI SVOLTE A LIVELLO AZIENDALE | CRITERI STRUTTURALI | | | Localizzazione della sede di coordinamento prevista |
|---|--|--|--|--|
| | Unica sede per tutta l'Azienda, assistenza a livello provinciale, senza sedi di erogazione periferiche | Unica sede per tutta l'Azienda, ma con servizio di consulenza obbligatorio svolto in sedi e località diverse | Coordinamento a livello aziendale, ma con unità strutturali e erogazione delle prestazioni dislocate in varie sedi | |
| Dipendenze | | | X | Indipendente dalla sede |
| Farmacie / servizio farmaceutico | | | X | Indipendente dalla sede |
| Dietologia e nutrizione clinica | | | X | Indipendente dalla sede |
| Chirurgia vascolare e toracica | X | | | Bolzano |
| Genetica | X | | | Bolzano |
| Igiene | | | X | Indipendente dalla sede |
| Immunoematologia e centro trasfusionale | X | | | Bolzano |
| Chirurgia maxillo-facciale [politraumi] | X | | | Bolzano |
| Psichiatria dell'età evolutiva | | | X | Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Merano |
| Chirurgia infantile | X | | | Bolzano |
| Medicina complementare | | | X | Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Merano |
| Fecondazione artificiale e crioconservazione dei gameti | | | X | Teoricamente indipendente dalla sede ma per motivi storici a Brunico |
| Laboratorio | | | X | Bolzano |
| Laboratorio di microbiologia e virologia | | | X | Bolzano |
| Fisica sanitaria | | X | | Bolzano |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Rete dialisi (accorpata a nefrologia) | | | X | Bolzano |
| Terapia intensiva neonatale | | X | | Bolzano |
| Neurochirurgia | | X | | Bolzano |
| Neuroradiologia (neurochirurgia con neuroradiologia) | X | | | Bolzano |
| Medicina d'emergenza | | | X | Bolzano |
| Medicina nucleare | X | | | Bolzano |
| Oncologia | | | X | Indipendente dalla sede |
| Medicina palliativa | | | X | Indipendente dalla sede |
| Anatomia patologica, istologia e registro tumori (prevenzione e screening) | | | X | Bolzano |
| Chirurgia plastica (politraumi) | | X | | Bolzano |
| Pneumologia | | | X | Indipendente dalla sede |
| Servizi psicologici | | | X | Indipendente dalla sede |
| Radiologia | | | X | Indipendente dalla sede |
| Medicina legale | | X | | Indipendente dalla sede |
| Riabilitazione | | | X | Indipendente dalla sede |
| Reumatologia | | | X | Teoricamente indipendente dalla sede, ma localizzato a Brunico in base alla delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016 |
| Medicina sportiva | | | X | Indipendente dalla sede |
| Radioterapia | X | | | Bolzano |

Tabella 4: Le funzioni svolte a livello aziendale

Le funzioni aziendali, la loro gestione strutturale organizzativa e la relativa localizzazione della sede di coordinamento, possono essere modificate con delibera della GP per rispondere meglio al fabbisogno.

7.8 LE STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE

Per la programmazione delle strutture complesse e semplici si consiglia di ispirarsi alle linee di indirizzo nazionali, attenendosi soprattutto ai seguenti **criteri**:

- qualsiasi modifica di strutture semplici o complesse deve rispondere a **esigenze epidemiologiche della popolazione**;
- una **gestione unificata** contribuisce in misura determinante a **coordinare meglio l'erogazione delle prestazioni** tra le varie sedi.

Il criterio di riferimento è "un ospedale - due sedi", con funzione direttiva in loco.

Nella programmazione di strutture semplici e complesse va garantito il principio **“un ospedale – due sedi”** stabilito dalla delibera della GP n. 171 del 10 febbraio 2015, assicurando in linea di massima una funzione di coordinamento in loco.

Per il resto vale il principio di conservare le strutture complesse attualmente occupate. Eventuali modifiche o la ridefinizione di strutture complesse sono stabilite dalla Giunta provinciale anche in base a parametri e criteri epidemiologici.

7.9 LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni dell'assistenza sanitaria sono erogate in un **sistema a più livelli** in cui gli ospedali operano all'interno di una rete, per coordinare meglio l'erogazione delle prestazioni e, come diretta conseguenza, assicurare ai pazienti la migliore qualità possibile.

Distribuire gli ambiti di specializzazione fra le sedi per sfruttare le competenze e l'esperienza.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie va sottoposta a una **garanzia della qualità** che tenga conto della struttura, dei processi e dei risultati. A tale scopo vanno rispettati sia i vincoli di legge, sia i **requisiti minimi di qualità** più rilevanti, p.es. le casistiche minime, l'outcome clinico o i requisiti per l'accreditamento istituzionale basati su **criteri** riconosciuti a livello internazionale. I motivi che possono giustificare l'accorpamento degli interventi possono risiedere da un lato nella complessità delle prestazioni da erogare, e dall'altro nella rarità della prestazione. Soprattutto per le casistiche minime, il conseguimento della cosiddetta **“competenza clinica”** per tutte le professioni sanitarie va considerato un presupposto necessario per garantire la migliore qualità possibile. I requisiti minimi di qualità valgono tanto per le strutture pubbliche quanto per quelle private, e vanno monitorati dalla Ripartizione salute. Un altro aspetto da considerare in questo contesto è l'appropriatezza dell'assistenza, intesa come impegno a evitare accessi o carenze di prestazioni, e a non erogare prestazioni sbagliate.

7.10 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Un presupposto elementare per promuovere la qualità delle prestazioni erogate è garantire una gestione strutturata del rischio clinico, nel senso funzionale e strutturale, istituendo e potenziando un sistema che abbracci tutto il territorio provinciale. La gestione del rischio deve servire a **ridurre i rischi, migliorare la sicurezza** ed **evitare la medicina difensiva**. A tale scopo vanno censiti e correttamente valutati i rischi più rilevanti, con appositi **sistemi di segnalazione**

I sistemi di segnalazione degli errori e le analisi dei processi minimizzano i rischi.

a distanza e di **analisi dei processi**. Inoltre, occorre gestire in modo omogeneo e unificato la prevenzione dei danni, le richieste di risarcimento e le polizze assicurative, la medicina legale, i reclami e la sicurezza sul lavoro, prevedendo funzioni specifiche sia nell'Azienda sanitaria che nella Ripartizione salute, col compito di fungere da tramite fra la gestione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e le istituzioni nazionali e internazionali che operano nella gestione del rischio clinico.

8 ASPETTI SPECIFICI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA si prende cura di chi è in situazioni difficili.

Il presente capitolo è dedicato ai criteri strategici e ai settori d'intervento legati ad alcuni ambiti chiave dell'assistenza sanitaria. La strutturazione del capitolo non rispecchia una scala di giudizio o di priorità, bensì una selezione di alcuni argomenti di particolare interesse, e dunque non vuole essere esaustiva. Ciò non toglie che tali argomenti e ambiti svolgano un ruolo strategico fondamentale.

8.1 L'ASSISTENZA ONCOLOGICA

Tutte le istituzioni e gli operatori che si occupano di diagnosi precoce, diagnostica, terapia e assistenza post-terapeutica delle neoplasie maligne (tumori) sono da considerare parti integranti dei servizi di assistenza oncologica.

L'obiettivo primario dell'assistenza oncologica è di fornire ai pazienti affetti da neoplasie delle **prestazioni sicure e di alto livello qualitativo**. Concretamente, ciò significa realizzare un'**assistenza integrata** con strutture specialistiche nell'ambito dei servizi ospedalieri e del territorio, e garantire capillarmente un'assistenza oncologica integrale che comprenda diagnosi precoce, diagnostica, terapia e trattamento post-terapeutico con risultati quantificabili. Anche la certificazione oncologica introdotta con la delibera della GP n. 131 del 28 gennaio 2013, costituisce in questo contesto uno dei pilastri che devono garantire la qualità delle prestazioni nell'ambito dell'assistenza oncologica.

Al centro va sempre posta la massima qualità possibile dell'assistenza.

La priorità va data alla **collaborazione** fra i servizi e – dove possibile e auspicabile in base a dati e fatti conosciuti – alla **standardizzazione** dell'assistenza oncologica. Inoltre, occorre ottimizzare i processi operativi e lavorativi in tutta la filiera dell'assistenza, per migliorare la **sicurezza dei trattamenti** e ridurre il potenziale di rischio. Altrettanto importante è assicurare l'**assistenza psicosociale**, la **diffusione delle informazioni** e la **partecipazione** attiva dei pazienti, sicché occorre promuovere un **coordinamento** intersettoriale fra le strutture ospedaliere per i malati acuti, i medici specialisti sul territorio, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i consultori, le organizzazioni di mutuo ed autoaiuto e i centri di riabilitazione.

Per creare una rete integrata di assistenza oncologica vanno valutate le seguenti iniziative:

- Garantire il migliore impiego possibile delle risorse disponibili in base alle conoscenze più aggiornate sul progresso medico e per il bene dei pazienti;
- promuovere la stesura e l'uso di linee guida nella diagnosi e nella terapia, se necessario stabilendo anche dei criteri obbligatori sui contenuti che le linee guida devono contenere;
- coordinare i contenuti formativi di rilevanza oncologica nella formazione e nell'aggiornamento professionale dei medici e degli altri operatori sanitari;

- valutare e migliorare i servizi d'assistenza oncologica e le relative prestazioni sotto il profilo della qualità dei risultati, della rispondenza ai bisogni reali e dell'andamento della spesa;
- progettare strutture di assistenza incentrate sul paziente (per esempio per la prevenzione, i servizi sul territorio e la riabilitazione);
- emanare raccomandazioni sull'impiego e la localizzazione di (grandi) apparecchiature di rilevanza oncologica, comprendendo anche valutazioni economiche;
- avanzare proposte affinché le risorse economiche disponibili siano utilizzate nel miglior modo possibile e in base al progresso medico, nell'interesse e per il bene dei pazienti.

8.2 L'ASSISTENZA PSICOLOGICA E PSICHIATRICA

La psicologia clinica, la psicologia sanitaria e la psicoterapia stanno diventando sempre più importanti in tutti i sistemi sanitari, da un lato perché aumenta la diffusione dei disturbi psichici,²³ dall'altro perché diversi studi hanno dimostrato chiaramente l'utilità e l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici. Negli ultimi decenni la psicologia si è sviluppata su binari differenziati e oggi è in grado di fornire prestazioni a livello trasversale in quasi tutte le specialità dell'assistenza sanitaria. L'importanza sempre maggiore riconosciuta alla psicologia trova riscontro anche nelle linee guida nazionali e internazionali, tanto è vero che le richieste di collaborazione e consulenza giungono ormai dalle discipline mediche più disparate.

Nella programmazione dei servizi occorre tenere conto di diverse problematiche, come la prevalenza delle diverse patologie, le comorbidità psicosomatiche, la distribuzione per fasce di età, le specificità di genere, la etnopsichiatria, la sensibilizzazione, la prevenzione, la diagnosi precoce, la diagnostica, gli interventi precoci, la terapia, la riabilitazione/inclusione e l'assistenza permanente.

L'obiettivo è di impostare e migliorare costantemente i servizi in base alle esigenze reali, e la priorità è di creare un **Dipartimento per la salute psichica** con una struttura organizzativa, gestionale e operativa incentrata sui processi, riducendo così le strutture parallele, i doppioni e le sovrapposizioni, e al tempo stesso le barriere d'accesso e i tempi d'attesa per i pazienti.

Un dipartimento per la salute mentale con funzioni di coordinamento a livello provinciale è la premessa per un'assistenza organica di tutti i pazienti.

La **nuova impostazione organizzativa** che si vuole dare ai servizi richiede un piano organizzativo interdisciplinare, intersettoriale e trasparente che stabilisca delle priorità trasversali. L'istituendo dipartimento aziendale per la salute psichica abbraccia quindi il servizio psicologico, il servizio psichiatrico e il servizio per le dipendenze, e vuole promuovere l'integrazione attiva dei settori della psichiatria dell'età evolutiva e della psicoterapia. È importante che in tutto questo ci si coordini e si collabori con gli erogatori dei servizi sanitari e tutte le organizzazioni e i soggetti che vi operano, in particolare con i servizi sociali, l'Ufficio persone con disabilità e l'Associazione delle residenze per anziani dell'Alto Adige. Una collaborazione intersettoriale e interdisciplinare è infatti una premessa irrinunciabile per garantire ai pazienti un'assistenza completa e integrata.

²³ Per esempio le depressioni, v. OMS Report 2001, 2006, Bundesgesundheitsurvey: Jakobi e Wittchen 2006.

L'attuazione di questa ridefinizione organizzativa deve passare attraverso i seguenti interventi:

- avviare e potenziare la psicologia di base;
- stipulare convenzioni per la collaborazione tra i vari servizi ambulatoriali dell'assistenza psicologica di base;
- concordare i contenuti, la struttura organizzativa e il sistema dei rimborsi;
- presentare i servizi ambulatoriali all'interno e all'esterno dell'Azienda sanitaria;
- stilare un elenco delle reti di servizi esistenti, specificandone i responsabili.

Oltre alle novità tecniche e organizzative, un ruolo essenziale nell'assistenza psicologica e psichiatrica è la **qualità del rapporto** che s'instaura tra il paziente gli operatori che lo prendono in carico (medici e terapeuti). Ecco perché si considera molto importante a garantire la libera scelta del medico o del terapeuta, pianificare la dotazione del personale e garantire a tutti gli operatori una formazione specifica che li metta in condizione di trattare col massimo rispetto ogni paziente di cui si occupano.

I **fondamenti legislativi** di questi interventi furono già creati con la Delibera della GP n. 711 del 4 marzo 1996, che prese spunto dalle leggi nazionali n. 180 del 13 maggio 1978 e n. 833 del 23 dicembre 1978. Riprendendo le linee guida per la lotta alle dipendenze contenute nel "Piano d'azione nazionale per la salute mentale 2013", la Giunta provinciale di Bolzano varò il Piano settoriale per le dipendenze patologiche con la delibera n. 106 del 21 gennaio 2013. Anche per la Rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, la GP ha varato diverse delibere negli anni 2000, 2001, 2007, 2009 e 2012.

8.2.1 IL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE (SERD)

Nell'ambito del Dipartimento per la salute psichica va accorpato anche il Servizio per le dipendenze. Le interfacce del Servizio per le dipendenze con la psichiatria dell'età adulta, l'assistenza fornita dai servizi psicologici o dalla psichiatria dell'età evolutiva, fanno apparire indispensabile istituire un **Servizio per le dipendenze a livello di intera Azienda sanitaria**, che sia annesso come contenuti e funzioni al Dipartimento per la salute psichica.

8.2.2 IL PIANO PER LA PSICOLOGIA CLINICA: UN'ASSISTENZA PSICOLOGICA A PIÙ LIVELLI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA SANITARIA

Prendendo spunto dagli sviluppi previsti in campo medico, appare opportuno realizzare un modello d'assistenza a più livelli per la psicologia clinica. Pertanto, un obiettivo dichiarato della pianificazione dell'assistenza sanitaria è di potenziare e far crescere omogeneamente la psicologia clinica in seno all'Azienda sanitaria e in tutto il territorio provinciale – sul piano tecnico e su quello organizzativo – in sintonia con i principi di efficienza e sostenibilità stabiliti dalla riforma sanitaria.

Il piano concreto da mettere in atto si articola in quattro obiettivi specifici:

1. Realizzare un sistema a più livelli, dall'assistenza di primo livello ai servizi più specializzati:

Tutto il processo di crescita del settore va guidato e coordinato da una prospettiva che coinvolga l'intera Azienda sanitaria, nominando un coordinatore provinciale che funga da referente diretto per la direzione aziendale. La psicologia clinica deve da un lato offrire in ogni comprensorio un'assistenza psicologica di base omogenea, tempestiva e in linea con le esigenze dei pazienti (sotto forma di psicologia di base e assistenza di base specializzata, e compresa la gestione delle emergenze e la psicologia dell'emergenza).

Un altro livello assistenziale è costituito dall'assistenza specialistica di base da organizzare con un modello unificato in tutto il territorio provinciale e prestare in modo coordinato a livello locale, che deve comprendere i seguenti settori:

- psicologia e psicoterapia dell'età evolutiva
- neuropsicologia adolescenziale
- psicoterapia per adulti
- neuropsicologia e gerontopsicologia
- assistenza psicologica delle persone affette da patologie fisiche (acute e croniche) e dei loro familiari, nell'ambito della psicologia medica o psicologia ospedaliera.

Dall'altro lato vanno previsti dei servizi multidisciplinari in grado di offrire assistenza completa nei seguenti campi: servizio per le dipendenze, servizio psichiatrico, ambulatorio di psichiatria dell'età evolutiva, reparto cure palliative, senza dimenticare che il presupposto di un'assistenza efficace dei pazienti è il coordinamento locale tra i servizi esistenti.

2. Incentrare i percorsi terapeutici e assistenziali sulle esigenze del paziente:

Per garantire livelli qualitativi adeguati e il grado di specializzazione che essi richiedono, ma anche per motivi economici, alcuni servizi vanno organizzati e gestiti a livello intercomprensoriale o provinciale. Per esempio, si possono prevedere dei servizi di cui beneficiano più comprensori o tutta la provincia (come la psicologia dell'emergenza, il Centro terapeutico di Bad Bachgart, la psicologia della guida, il trattamento dei disturbi alimentari e altri). Tali prestazioni vanno coordinate verticalmente in modo da integrarle con l'assistenza psicologica di base a livello di comprensori (per esempio con l'assistenza da fornire dopo le terapie specifiche erogate nelle strutture centralizzate, supervisioni in determinati ambiti specifici o altro). L'adozione e l'attuazione in tutto il territorio provinciale delle prestazioni stabilite dal Decreto ministeriale 19 luglio 2016 n. 165 per l'assistenza psicologica e l'elaborazione dei livelli essenziali d'assistenza (LEA) nella psicologia, vanno considerate altrettanto prioritarie quanto l'avvio e la realizzazione di progetti di ricerca intercomprensoriali.

3. Migliorare il coordinamento verticale:

Il compito dei servizi psicologici a livello provinciale consiste soprattutto nel fornire ai pazienti un'assistenza specializzata, che in quanto tale va adeguata costantemente alle nuove conoscenze scientifiche. In futuro andrà intensificata la collaborazione e il coordinamento con centri e istituti scientifici internazionali, partecipando a progetti di ricerca o magari avviando direttamente degli studi a livello locale, a tutto vantaggio della professionalità dei servizi e della qualità dell'assistenza per i pazienti. Questo genere di coordinamento verticale è un compito da gestire a livello centrale.

4. Creare un coordinamento vincolante a livello provinciale per ambiti tematici e disturbi:

Oltre alla struttura organizzativa descritta sopra, è utile e necessario intessere e coltivare sistematicamente delle reti trasparenti di collaborazione per ambiti tematici. Tali reti devono essere intersettoriali e intercomprensoriali, vanno organizzate a prescindere dalle gerarchie, e in modo tale da produrre sinergie, fornendo a tutti l'opportunità di trarre benefici reciproci dalle rispettive conoscenze ed esperienze. Queste reti consentono di aiutarsi a livello collegiale, in modo rapido e informale, per molte necessità che emergono nell'attività quotidiana, per risolvere dubbi organizzativi o definire le rispettive priorità. Un responsabile deve assumersi il compito di coordinare ambiti tematici e reti rilevanti, per esempio la psicotraumatologia, la psiconcologia, la neuropsicologia e la demenza, l'assistenza psicologica dei malati cronici o altre tematiche.

8.2.3 UNA RETE DI SERVIZI DI PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA A LIVELLO AZIENDALE

Con la delibera della GP n. 2085 del 18 giugno 2007 fu approvato il piano per realizzare la Rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva. Negli anni successivi questo progetto è andato avanti, e con la delibera n. 1710 del 19 novembre 2012 la Giunta provinciale ha approvato il "Piano di sviluppo e del programma planivolumetrico per la realizzazione di un reparto per acuti di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva".

L'obiettivo è di istituire a **livello provinciale un servizio di psichiatria e psicoterapia per l'età evolutiva** secondo il modello descritto, e con sede a Merano, dove è ubicata anche la struttura per il trattamento in regime di ricovero.

Contestualmente all'assistenza psichiatrica e psicologica dell'età evolutiva, va ricordata anche l'importanza della psicologia scolastica, che a medio termine farà capo agli organismi preposti alla pubblica istruzione.

8.3 L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

L'andamento sociodemografico ed epidemiologico previsto per i prossimi decenni fa presagire un aumento rapido e rilevante di varie forme di demenza. Cresce costantemente il numero delle persone che hanno bisogno di cure e assistenza per disturbi cognitivi e anomalie comportamentali. Si tratta di patologie che causano gravi perdite dell'autosufficienza, con un decorso cronico che grava pesantemente – sul piano fisico, psicologico ed economico – anche sulle spalle dei familiari, facendo impennare la spesa complessiva dell'assistenza socio-sanitaria e – non ultimo – ponendo la società di fronte a dilemmi etici tutt'altro che irrilevanti.

Per questo motivo, e visto che finora la ricerca non ha prodotto alcun risultato in termini di prevenzione o terapia, per l'assistenza sociale e sanitaria sorge la necessità di fornire risposte adeguate.

È auspicabile, quindi, che si stabilisca una **linea d'assistenza specifica da seguire a tutti i livelli di intervento**, che valga per la medicina generale, i servizi dei distretti, i centri di pronto soccorso e i vari reparti ospedalieri, creando uno stretto **coordinamento** fra i servizi sociali che garantisca a questa particolare fascia d'utenza la **continuità dell'assistenza** di cui necessita. Per ottenere tale obiettivo occorre adottare **percorsi diagnostico terapeutici assistenziali** basati sui seguenti principi:

La diffusione crescente delle demenze richiede una linea d'assistenza specifica.

- assicurare a ogni paziente un'assistenza di primo livello, nominando un responsabile e indicando il sospetto di diagnosi;
- creare un ambulatorio specialistico per l'accertamento diagnostico e la consulenza terapeutica (il cosiddetto "ambulatorio della memoria")
- stabilire i criteri per il ricovero in caso di episodi acuti
- garantire il controllo del decorso.

È importante, inoltre, creare un'**unità interdisciplinare di gestione dell'emergenza**, in grado di prevenire conseguenze incontrollabili nelle situazioni estreme.

8.4 LA MEDICINA COMPLEMENTARE

La **fiducia** che in generale la popolazione nutre nei confronti della medicina complementare come alternativa o integrazione alla medicina tradizionale (o accademica) è cresciuta costantemente negli ultimi decenni. Anche in Alto Adige il ricorso a trattamenti di medicina complementare è sempre più frequente, tanto che si stima che circa il 25 percento della popolazione si sottoponga a cure mediche complementari, e che il 50 percento le consideri utili per la salute. Fra i metodi più utilizzati spiccano l'agopuntura, la terapia manuale, l'omeopatia e la fitoterapia.

La medicina
complementare è
sempre più importante
per integrare la
medicina scolastica.

L'importanza crescente della medicina complementare scaturisce dalla convinzione – sempre più diffusa in ampie fasce della popolazione – che la medicina moderna debba ritrovare le sue qualità originarie, e che l'attività medica debba tornare ad applicare un approccio olistico nei confronti del paziente. In questo contesto, quindi, la medicina complementare, come **integrazione della** cosiddetta **medicina tradizionale**, può dare un contributo prezioso all'efficacia della terapia. Concentrandosi maggiormente sugli aspetti curativi e sulle competenze terapeutico-infermieristiche, e meno su apparecchiature tecnologiche, la medicina complementare può rappresentare anche una risposta valida all'eccesso di tecnologia nella medicina tradizionale (per esempio il ricorso a tecniche sempre più sofisticate di diagnostica per immagini, o a metodi sempre più invasivi).

Tenuto conto della fiducia che la popolazione nutre nei confronti della medicina complementare, e dei risultati positivi che essa può produrre in combinazione con la medicina tradizionale, vanno promossi i seguenti **interventi** per integrare la medicina complementare nel paesaggio dell'assistenza sanitaria in Alto Adige:

- verificare, in base a principi basati su riscontri scientifici, la possibilità di ampliare l'accesso ai trattamenti della medicina complementare per le persone affette da malattie croniche, oltre a quelle affette da patologie oncologiche che già vi accedono;
- continuare a garantire il servizio di medicina complementare e trasformarlo in un centro di competenza provinciale;
- promuovere i servizi di medicina complementare nel territorio;
- dare più spazio ai contenuti della medicina complementare nella formazione e nell'aggiornamento professionale dei medici e degli altri operatori sanitari.

9 L'ASSISTENZA SANITARIA INTERNAZIONALE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA offre livelli di prestazioni ottimali anche tramite strutture che operano in Italia o nei paesi germanofoni.

Per garantire a tutte le persone residenti in Alto Adige un'assistenza sanitaria completa anche al di fuori del territorio nazionale, la Provincia di Bolzano, in applicazione dell'art. 7 del DPR 29 gennaio 1980 n. 197, ha stipulato delle **convenzioni con strutture sanitarie per l'assistenza ospedaliera e specialistica ubicate oltre confine**. L'elaborazione e la ratifica di queste convenzioni si rendono necessarie tenendo conto della particolare situazione etnica e linguistica della popolazione altoatesina, e hanno lo scopo di estendere anche ai paesi limitrofi quella gamma di prestazioni sanitarie cui i cittadini altoatesini possono già accedere a livello nazionale, grazie alla mobilità sanitaria interregionale.

Collaborando con i paesi d'oltre confine, si possono fornire prestazioni d'eccellenza in tutte le specialità.

Quest'assistenza sanitaria completa garantita alla popolazione altoatesina è di grande importanza anche perché, oltre a **rispettare i diritti linguistici della popolazione**, si rivela essenziale soprattutto quando occorrono **prestazioni ospedaliere** non erogabili dal servizio sanitario locale. Nella fattispecie, si tratta soprattutto di prestazioni ad **alto grado di specializzazione** che presentano una particolare complessità dal punto di vista tecnico e specialistico. In base alla normativa provinciale in vigore in Alto Adige, il ricorso all'assistenza sanitaria internazionale è ammesso anche per garantire dei **tempi d'attesa ragionevoli** per accedere alle prestazioni necessarie.

Fra i diversi esempi di strutture con sede in Austria o in Germania che hanno stipulato delle convenzioni con la provincia di Bolzano, figurano prima di tutto la Tirol Kliniken (Innsbruck) e le strutture ad essa convenzionate, la Clinica universitaria di Salisburgo, l'Istituto Anton Proksch di Vienna, la AUVA (istituto nazionale infortuni) e la Regione Vorarlberg.

L'ospedale generale pubblico di Innsbruck, ad esempio, funge anche da centro trapianti operativo per tutto l'Alto Adige. Al centro di cura di Bad Häring, a Kufstein, si accettano invece pazienti altoatesini che presentano lesioni recenti del midollo spinale, o hanno subito dei traumi gravi. Un altro esempio sono gli interventi di cardiocirurgia, anch'essi eseguiti a Innsbruck o in uno degli altri centri ad alto livello di specializzazione nella Germania del Sud, autorizzati dalla Giunta provinciale.

Un'altra collaborazione internazionale di cui beneficia la popolazione altoatesina vige per il trattamento delle persone affette da disturbi reumatici. In questo settore, il Servizio sanitario provinciale collabora con strutture altamente specializzate a Garmisch-Partenkirchen e a Oberammergau.

10 IL PIANO DELLE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA aiuta i pazienti anche fornendo loro le tecnologie mediche più all'avanguardia.

Le seguenti apparecchiature mediche vanno considerate “**grandi apparecchiature sanitarie**” e programmate in quanto tali: ²⁴

- tomografi computerizzati (TAC)
- tomografi a risonanza magnetica nucleare (RMN)
- stazioni di angiografia coronarica (cateterismo cardiaco; angiografia coronarica; comprese le apparecchiature di visualizzazione e analisi spettrale cardiaca)
- apparecchiature radioterapiche o ad alto voltaggio (acceleratore lineare; radiocirurgia gamma knife)
- tomografi computerizzati a emissione (ECT; comprese le TAC-CT)
- tomografi a emissione di positroni (PET; compresa la PET-TAC)

10.1 PRINCIPI DI PROGRAMMAZIONE

La programmazione nell'ambito delle grandi apparecchiature sanitarie adottata per il PSP è ispirata ai seguenti **principi di riferimento**:

- **Principio della qualità:** le grandi apparecchiature sanitarie vanno programmate a seconda delle prestazioni da fornire, dei requisiti medici e degli ambiti di specializzazione dell'ospedale o del comprensorio.
- **Principio dell'equità della distribuzione:** le grandi apparecchiature sanitarie vanno localizzate in modo ottimale per garantire un'assistenza capillare di tutta la popolazione del territorio.
- **Principio di economicità:** l'assistenza sanitaria va gestita in modo sostenibile puntando anche alla economicità.

10.2 PIANIFICARE LE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE IN BASE AL FABBISOGNO

La base per pianificare le grandi apparecchiature sanitarie in base al fabbisogno è costituita dai **coefficienti demografici** e dalle **raccomandazioni sui tempi di raggiungibilità**, due valori predefiniti per le diverse tipologie di apparecchiature sanitarie. Il coefficiente demografico è un valore teorico che stabilisce il numero di abitanti per ciascuna grande apparecchiatura. Il tempo di raggiungibilità, invece, è espresso in minuti, e indica il lasso di tempo entro il quale almeno il 90 per cento di tutta la popolazione deve poter raggiungere la sede territoriale o ospedaliera più vicina in cui si eroga il servizio e si dispone dell'apparecchiatura medica in questione. Accanto ai valori di riferimento prestabiliti va garantita la disponibilità effettiva per la necessaria erogazione di prestazioni in ambito territoriale e ospedaliero.

²⁴ Per la classificazione delle grandi apparecchiature, i principi di pianificazione e i coefficienti di riferimento, questo capitolo prende spunto dal Piano strutturale nazionale per la sanità varato in Austria nel 2012, (pagg. 116–117).

Eventuali adeguamenti dei coefficienti si possono decidere tenendo conto di determinati fattori, per esempio il grado d'utilizzo (compresa la garanzia di disponibilità per i casi acuti), modifiche delle prestazioni erogate dagli ospedali, o altri motivi di ordine organizzativo, aziendale o gestionale, come la valutazione dei costi. Il grado di utilizzo delle grandi apparecchiature mediche va monitorato con procedure mirate.

| TIPO DI APPARECCHIATURA O TECNICA DIAGNOSTICA | COEFFICIENTE DEMOGRAFICO (PER AMBITI) | TEMPO DI RAGGIUNGIBILITÀ (IN MINUTI) |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Tomografia computerizzata (TAC) | 30.000-50.000 | 30 |
| Risonanza magnetica nucleare | 70.000-90.000 | 60 |
| Angiografia coronarica (COR)* | 200.000-300.000 | 60 |
| Radioterapia | 100.000-140.000 | 90 |
| Tomografia computerizzata a emissione (ECT)** o ECT-CT | 80.000-100.000 | 45 |
| Tomografia a emissione di positroni (PET) o PET-CT | 300.000-400.000 | 60 |

Tabella 5: Coefficienti di pianificazione per le grandi apparecchiature sanitarie

* coefficienti validi per le apparecchiature sanitarie per la visualizzazione dello spettro di potenza nell'angiografia coronarica, tenendo conto complessivamente della garanzia di disponibilità dell'angiografia coronarica attuale e prevista in futuro.

** escluse le gamma camere non SPECT

Le cosiddette **apparecchiature funzionali** utilizzate esclusivamente a livello intraoperatorio, per verifiche diagnostiche estemporanee nella sala rianimazione, o per la pianificazione e il monitoraggio terapeutico nella radioterapia, non rientrano nella valutazione quantitativa complessiva per il piano generale delle grandi apparecchiature sanitarie, ma vanno censite e documentate a parte.

La dotazione del **parco macchine** va programmato in base ai requisiti vigenti e alla linea guida sull'innovazione delle apparecchiature sanitarie.

11 LINEA GUIDA SULL'INNOVAZIONE

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA integra le innovazioni per migliorare in modo tangibile la qualità delle terapie.

L'obiettivo di questa linea guida è di indicare i presupposti e i criteri in base ai quali valutare le innovazioni in funzione della loro reale efficacia, appropriatezza ed efficienza d'uso, dei miglioramenti qualitativi, delle ricadute cliniche e organizzative e del grado di accettazione sociale, per decidere di conseguenza se promuoverne o evitarne la diffusione.

Valutare le innovazioni e promuoverle dove producono benefici.

Un metodo e uno strumento riconosciuto valido a livello internazionale **per decidere se utilizzare o sostituire le tecnologie più rilevanti nell'ambito clinico è la cosiddetta HTA (health technology assessment)**, ossia la valutazione delle tecnologie nella sanità. In questo caso, il termine "tecnologie" va inteso in senso lato e comprende i farmaci, gli strumenti, le apparecchiature, i procedimenti medici e chirurgici, le linee guida e i percorsi assistenziali, ma anche i processi e le tecnologie informatiche come pure i modelli organizzativi o gestionali.

Per evitare che l'aumento dei costi comporti una riduzione delle prestazioni, occorre razionalizzare l'uso delle risorse disponibili sostituendo le prestazioni che si rivelano meno utili, e favorendo il ricorso a "tecnologie" che si sono dimostrate più utili o necessarie.

L'HTA è la valutazione sistematica di procedure e strumenti legati all'assistenza sanitaria della popolazione. In sostanza, si valutano i risultati della ricerca e le informazioni disponibili, si redige un rapporto, si traggono le relative conclusioni e si formulano delle raccomandazioni pratiche.

Nella sanità e nella politica sanitaria, le scelte devono essere "**basate sull'evidenza**", ossia vanno compiute in base a riscontri scientifici. Da questo punto di vista, l'HTA aiuta chi deve compiere una scelta a evitare di diffondere tecnologie inappropriate nella sanità, riducendo così la spesa sanitaria complessiva e migliorando la qualità dell'assistenza. Inoltre, è un modo per far confluire i risultati della ricerca scientifica nei processi decisionali della politica sanitaria.

Per ottenere questi obiettivi, occorre un **approccio trasparente e omogeneo in tutto il territorio provinciale ogni volta che si deve decidere se sostituire o acquistare una nuova tecnologia**, seguendo un percorso predefinito per la richiesta, la valutazione e la decisione finale.

Si considerano "innovazioni" gli investimenti che superano un valore di 300.000 euro: sopra questa soglia si applica una **procedura d'autorizzazione**. Come previsto dalla normativa nazionale, per questi casi va costituita alla Ripartizione salute un'apposita **unità interdisciplinare per l'innovazione e l'HTA**. Per i nuovi investimenti superiori a 1 milione di euro va anche redatto un apposito **rapporto HTA**, o presentato un rapporto HTA già esistente per apparecchiature analoghe. Per i nuovi investimenti di valore inferiore a 1 milione ma superiori a 300.000 euro, è sufficiente una verifica compiuta dall'unità per l'innovazione in base a una procedura semplificata.

Quest'unità organizzativa si avvale per la propria attività di un'**équipe** interdisciplinare in possesso di conoscenze e competenze in tecnologie medicali, economia sanitaria e HTA, e può essere costituita da esperti nominati sia dalla Ripartizione salute, sia dall'Azienda sanitaria. L'unità può anche avvalersi della consulenza di esperti esterni, per esempio stipulando convenzioni con istituzioni specializzate in HTA a livello nazionale (Agenas), regionale o di altri paesi dell'Europa centrale (per esempio istituzioni HTA operanti in Austria, Germania, Svizzera o Inghilterra) anche per accedere a rapporti HTA o commissionarne la stesura. L'unità per l'innovazione ha poi il compito di trarne delle indicazioni utili per le scelte da compiere, e fornire raccomandazioni al Comitato provinciale per la programmazione sanitaria.

Per esprimere un parere tecnico trasparente, occorre stabilire una **procedura di richiesta standardizzata**, che prevede l'obbligo – da parte dell'Azienda sanitaria o di un altro richiedente – di indicare una motivazione, descrivere i benefici clinici del nuovo acquisto e presentare dei dati scientificamente fondati sui seguenti aspetti:

- sicurezza
- fabbisogno
- efficacia clinica
- efficienza clinica
- accessibilità
- convenienza economica.

Una procedura
di richiesta
standardizzata è
condizione necessaria
per un parere
tecnico trasparente.

12 GLI INTERVENTI DI SOSTEGNO

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA promuove l'aggiornamento di tutto il personale sanitario e una comunicazione trasparente con pazienti sempre più informati.

Gli interventi di sostegno sono delle misure da adottare per agevolare l'attuazione del Piano sanitario provinciale, e vanno messi in atto soprattutto in tre ambiti strategici: la politica del personale, i sistemi incentivanti, l'interconnessione informatica, la partecipazione dei cittadini e la comunicazione sanitaria.

12.1 LO SVILUPPO DEL PERSONALE

Le conoscenze e la professionalità degli operatori sanitari sono la risorsa più importante per la qualità, la capacità innovativa e la competitività dei servizi sanitari. Oltre a **migliorare costantemente le competenze** del personale già alle proprie dipendenze con interventi di **formazione** e aggiornamento continuo, è importante **reclutare nuovo personale qualificato fidelizzandolo in modo mirato**, e ponendo al centro della politica del personale dell'Azienda sanitaria l'obiettivo di **rafforzare l'impegno** e la capacità produttiva di tutti gli operatori. Tutti questi sono dei presupposti essenziali per pianificare efficacemente lo sviluppo del personale, come suggerisce sempre una sana cultura aziendale sostenibile e lungimirante.

Operatori sanitari competenti, qualificati e seriamente impegnati sono fondamentali per un buon livello di assistenza.

Pertanto, nel periodo di programmazione l'Azienda sanitaria deve utilizzare efficacemente lo strumento dello sviluppo del personale, poiché esso rappresenta un fattore chiave per ottimizzare il successo dell'Azienda, successo che si misura sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti, sull'intensità dell'attività di ricerca e insegnamento, ma anche sul grado di soddisfazione del personale e sul risultato economico della gestione aziendale. Lo sviluppo del personale è un compito non delegabile dei dirigenti dell'Azienda, poiché è legato indissolubilmente alla responsabilità dei risultati. Tuttavia, ciò non esime i collaboratori dalla responsabilità personale del proprio sviluppo professionale. Per ottenere la massima diffusione possibile degli interventi adottati in questo ambito, lo sviluppo del personale va promosso e gestito là dove deve produrre i suoi frutti, ossia in ambito clinico, tecnico-infermieristico e amministrativo. Si riportano di seguito le misure da considerare prioritarie:

1. redigere e attuare un **piano integrato di sviluppo del personale**, ossia un piano da intendersi come preparazione lungimirante e mentale a tutti gli interventi legati alle prestazioni di lavoro da svolgere e alle esigenze del personale. Altri pilastri del piano di sviluppo del personale sono un profilo trasparente dei requisiti, un reclutamento mirato e una selezione competente del personale, un inserimento strutturato nell'Azienda e nell'unità organizzativa in questione, un piano di formazione e aggiornamento personalizzato per garantire un ampliamento costante delle competenze, e interventi per l'avanzamento di carriera (a livello dirigenziale e specialistico). Infine, il piano di sviluppo del personale orientato al futuro deve comprendere principi gestionali e di promozione del ricambio generazionale ai livelli dirigenziali;

2. riprendere la **formazione medica specialistica** negli ospedali altoatesini, stipulando una convenzione fra l'Italia e l'Austria per il riconoscimento delle rispettive specializzazioni mediche;
3. accelerare la **procedura di assunzione del personale**;
4. attuare un **piano a lungo termine di reclutamento e fidelizzazione del personale**;
5. **incentivare** in modo mirato i **giovani medici di medicina generale**, anche per agevolare un ricambio generazionale graduale in questo settore, e istituire uno sportello per giovani medici;
6. adottare misure per lo sviluppo del personale e per rafforzare la motivazione degli operatori sanitari per tutto l'arco della vita lavorativa, anche **promuovendo attività di ricerca e di formazione** come compito istituzionale dell'Azienda sanitaria;
7. verificare se è legalmente possibile assumere personale qualificato privo di attestato di bilinguismo, anche con contratto a tempo determinato, vincolandolo a frequentare corsi obbligatori di lingua e a conseguire l'attestato entro un tempo ragionevole;
8. elaborare un **pacchetto di misure specifiche** per gli operatori che provengono da fuori provincia (informazioni sulle misure incentivanti per il rientro degli operatori qualificati emigrati, assistenza nella ricerca dell'alloggio o di un'occupazione per i familiari, ecc.);
9. ottimizzare e unificare il **calcolo del fabbisogno di personale**, da un lato prendendo spunto dalle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale, e dall'altro tenendo conto di un impiego più efficiente del personale e delle aspettative di qualità dei pazienti;
10. continuare ad attuare gli interventi per **valorizzare le professioni non mediche**, sia in termini di assunzioni di maggiori responsabilità nella pratica medica e infermieristica quotidiana, sia nella gestione e nel coordinamento dei servizi sanitari, anche per affrontare efficacemente i problemi causati dalla carenza crescente del personale medico.

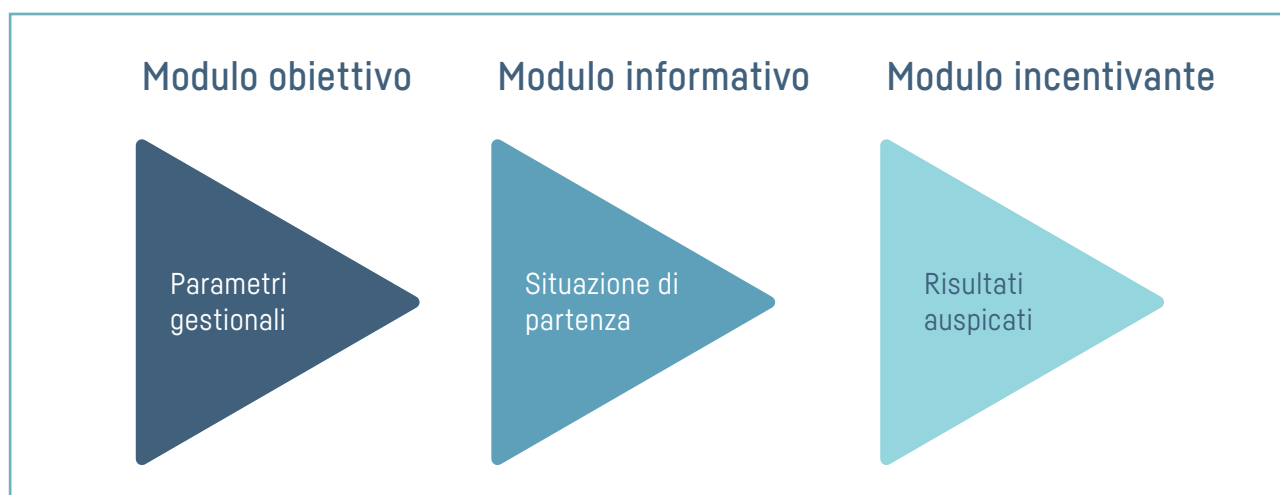
12.2 I SISTEMI INCENTIVANTI

Per ottenere gli obiettivi stabiliti dal Piano sanitario provinciale, oltre alle misure concrete indicate sopra e concordate fra gli esperti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, occorrono degli incentivi che ne rendano più agevole l'attuazione. Per esempio, si può promuovere un sistema sanitario più incentrato sulle esigenze dei pazienti stabilendo delle linee d'indirizzo trasparenti e misurabili, e applicando capillarmente le metodologie, gli strumenti e le procedure di **“governo clinico”** riconosciute a livello nazionale e internazionale.

Viceversa, bisogna eliminare il più possibile i fattori che incentivano comportamenti e pratiche controproducenti, definendo e aggiornando periodicamente dei sistemi di benchmarking adeguati.

Va quindi scelto un approccio che renda misurabili e visibili questi aspetti rilevanti, monitorando il conseguimento degli obiettivi tramite parametri di gestione all'interno di ciascun modulo. Ed è importante che questi siano rilevanti per il conseguimento dei risultati, gestibili da parte dei responsabili, e sempre concepiti in modo da essere realizzabili e misurabili. Un modulo informativo deve riportare lo stato iniziale, aumentando la trasparenza delle misure stabilite (benchmarking). Infine, il conseguimento degli obiettivi si può rendere più agevole con un sistema premiante, che diventa oggetto del modulo incentivante. I premi vanno stabiliti tenendo conto della proporzionalità, del livello minimo e dell'elasticità.

FIGURA 11: IL SISTEMA INCENTIVANTE



Quest'approccio consente di attuare il sistema incentivante in fasi distinte:

1. fase: definizione e monitoraggio dei parametri gestionali (**modulo obiettivo**).
2. fase: descrizione della situazione di partenza, da cui discendono obiettivi auspicati concreti – senza concessione di incentivi (**modulo informativo**).
3. fase: attuazione del **modulo incentivante** (sistema premiante in caso di conseguimento degli obiettivi).

12.3 L'INTERCONNESSIONE DIGITALE

Per garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria integrata e intersettoriale, occorrono approcci nuovi che prevedano l'impiego efficace e mirato di sistemi informatici capillari e strategie di assistenza a distanza.

È importante che si applichi sempre il **principio della centralità del servizio** per le diverse utenze interessate (popolazione, pazienti, operatori sanitari, responsabili della politica e dell'amministrazione sanitarie, ecc.). I processi di trattamento e assistenza socio-sanitaria vanno agevolati con l'uso di tecnologie informatiche e comunicative, puntando anche a un maggiore coinvolgimento qualitativo dei pazienti e dei familiari curanti (**empowerment**). Inoltre, occorre migliorare la **gestione e il controllo dei servizi sanitari**, garantendo l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni erogate. L'attuazione di strategie basate sulla cosiddetta "sanità elettronica" favorisce inoltre il rinnovamento organizzativo e tecnico, come pure l'ammodernamento del sistema sanitario nel suo insieme.

Dal 2008, il Ministero della sanità, d'intesa con le regioni e le province autonome, sta attuando numerose iniziative a livello nazionale, per esempio per unificare le forme di sanità elettronica. L'armonizzazione prevista dal "Nuovo sistema informativo sanitario" (NSIS) crea anche i presupposti per garantire i cosiddetti "livelli essenziali d'informazione" (LEI), cruciali per rendere più efficiente l'assistenza, e la digitalizzazione della documentazione clinica.

Le strategie di e-government ed e-health della Provincia autonoma di Bolzano tengono conto delle linee guida e delle normative a livello europeo e nazionale, e sono attuate in stretto coordinamento coi progetti e le iniziative in atto a livello nazionale, come il "sistema della tessera sanitaria" o il "fascicolo sanitario elettronico" (FSE). Per l'Alto Adige, quindi, nel periodo di programmazione saranno importanti i seguenti interventi:

- garantire lo scambio d'informazioni fra gli ospedali;
- rendere accessibili e interscambiabili tutti i dati di rilevanza sanitaria provenienti dagli ospedali e dalle strutture del territorio;
- assicurare un flusso di dati diretto fra l'Azienda sanitaria e la Ripartizione salute della Provincia;
- ottimizzare il flusso d'informazioni tra la Ripartizione e le varie istituzioni nazionali (ministeri, AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ecc.)

L'obiettivo di realizzare un'interconnessione digitale completa richiede delle regole e degli obiettivi chiari che tengano conto della strategia complessiva nei settori della sanità elettronica e dell'e-government, e il coinvolgimento attivo di tutte le categorie e le strutture, soprattutto quelle del territorio e la medicina di base.

Per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, lo strumento di pianificazione strategica più importante è il **masterplan informatico 2016-2018** presentato nell'aprile del 2016. Questo documento, infatti, prevede l'adozione e lo sviluppo di sistemi informativi a livello provinciale per tutte le strutture ospedaliere e del territorio, gli uffici amministrativi e la medicina di base. Inoltre sono previsti dei **servizi** ai cittadini accessibili **in Rete** (prenotazioni, pagamenti, ritiro di referti ecc.), e **servizi di telemedicina**, come consulti, diagnosi, monitoraggio o riabilitazione a distanza. Il nucleo centrale dell'assistenza clinica elettronica è però l'adozione e lo sviluppo della **cartella clinica integrata**, un documento digitale che, alimentato dai diversi sottosistemi, contiene dati sullo stato di salute del paziente, le sue esigenze di assistenza e cura, i suoi obiettivi sanitari e il suo percorso assistenziale, oltre a disporre di varie funzioni avanzate (come il cosiddetto "clinical decision support system").

L'interconnessione digitale fornisce informazioni omogenee.

Il fulcro dell'interconnessione è la cartella clinica integrata.

I servizi online e di telemedicina agevolano l'accesso alle prestazioni.

Diversi progetti e definizioni di priorità per il sistema informativo e la sanità elettronica sono già concretamente in fase di attuazione, e sono oggetto di valutazione continua e di verifica puntuale dell'avanzamento e del grado di conseguimento degli obiettivi. Ecco di seguito le iniziative più importanti già avviate o in procinto di esserlo:

- sviluppare e potenziare il sistema informativo provinciale;
- creare un data warehouse condiviso per la Ripartizione salute e l'Azienda sanitaria;
- istituire un registro unificato ("registry") e un archivio provinciale ("repository"), entrambi digitali, in cui raccogliere tutta la documentazione clinica dei servizi sanitari;
- consentire un'identificazione chiara dei pazienti tramite un elenco unificato (anagrafe sanitaria);
- digitalizzare la procedura di prescrizione (ricette e certificati medici digitali);
- adottare il fascicolo sanitario elettronico del cittadino (FSE) applicando gli standard nazionali e internazionali come HL7;
- istituire un sistema di prenotazione unificato che a tutte le varie fasce di età permetta l'accesso a strumenti di prenotazione innovativi, a seconda delle relative capacità ed esigenze;
- ammodernare l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige adottando procedure che agevolino la gestione aziendale, concordando a livello provinciale i corredi di dati da rilevare;
- modernizzare le procedure amministrative in base alle linee guida per l'amministrazione digitale contenute nel Codice amministrativo digitale (CAD).

Tutte le iniziative e i progetti avviati in questo settore devono rispondere ai criteri della sicurezza e riservatezza dei dati.

12.4 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E LA COMUNICAZIONE NELLA SANITÀ

Attualmente, i sistemi sanitari dei paesi progrediti stanno attraversando un cambiamento profondo: se finora il paziente o cittadino si era sempre ritrovato nel ruolo di beneficiario passivo di un sistema assistenziale ispirato a un approccio paternalista, oggi giorno prevale ormai ovunque il desiderio dei pazienti di sentirsi **coinvolti e assumere un ruolo attivo e consapevole**.

I pazienti e i cittadini sono sempre più informati e rivendicano un ruolo attivo.

Anche nella sanità altoatesina si percepisce chiaramente questo cambio paradigmatico, basti pensare alle **organizzazioni dei pazienti o del volontariato** che, oltre all'attività di informazione o di presa di posizione, sempre di più sono interessate a una collaborazione organica e a una partecipazione attiva al miglioramento dei servizi.

È quindi un intento preciso dei responsabili politici, della Ripartizione salute e della direzione dell'Azienda sanitaria coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e del volontariato, i comuni e le comunità comprensoriali, le **parti sociali**, le **varie associazioni di categoria** e gli altri **portatori di interessi (stakeholder)** nel processo di sviluppo del sistema sanitario, nella consapevolezza che il diritto di ottenere un trattamento dignitoso e di alto livello qualitativo si possa garantire solo aumentando la qualità del servizio e la centralità dell'utente, partendo da una concezione organica e umanista della persona.

Nello sforzo di fornire un'assistenza sanitaria più umana e al passo coi tempi, anche in Alto Adige emergono in misura crescente gli **svantaggi di una scarsa partecipazione** dei cittadini: aumenta la domanda di prestazioni sanitarie e servizi inappropriati, scarseggia la disponibilità dei pazienti ad attenersi alle prescrizioni e alle indicazioni terapeutiche (la cosiddetta compliance), c'è poca consapevolezza di quanto efficaci sarebbero gli strumenti di autogestione della salute e della malattia, e nella sanità si attuano raramente dei processi decisionali condivisi.

Eppure, la partecipazione dei pazienti e della popolazione in generale è possibile a **vari livelli**, e per sua natura è inter-settoriale e interdisciplinare.

Concretamente, questa partecipazione può:

- produrre una maggiore consapevolezza individuale della salute, con ricadute positive in termini di prevenzione e appropriatezza;
- riguardare la salute dei singoli pazienti e gli interventi terapeutici;
- interessare servizi sanitari e la qualità delle prestazioni erogate, soprattutto l'accesso alle strutture ospedaliere e specialistiche, la disponibilità di terapie, la riduzione dei tempi d'attesa, il miglioramento dell'assistenza ospedaliera e di quella prestata sul territorio, e la partecipazione a processi di ricerca clinici e farmacologici;
- assicurare la partecipazione della popolazione e della generalità dei pazienti ai processi decisionali strutturati, per esempio sulla definizione delle priorità, la programmazione e l'organizzazione di servizi sanitari.

Nel periodo di programmazione vanno dunque **potenziati gli organismi, gli strumenti e i canali esistenti**, in particolare:

- consolidando e promuovendo la collaborazione e il coordinamento con associazioni, federazioni, organizzazioni di pazienti o del volontariato e il difensore civico;
- promuovendo l'integrazione e l'armonizzazione delle diverse rivendicazioni e punti di vista a livello provinciale (gestione degli stakeholder), per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema nel suo insieme;
- stabilendo a livello aziendale e in tutto il territorio provinciale delle modalità organizzative e strutturali omogenee e definendo chiaramente i contatti e le competenze in seno alla Ripartizione salute della Provincia autonoma di Bolzano, per consentire una gestione e un controllo adeguato dei processi informativi, comunicativi e partecipativi;
- dando vita a programmi e progetti speciali per migliorare la qualità interna ed esterna dei servizi erogati dall'Azienda sanitaria, al fine di rendere più umana la sanità.

Inoltre, vanno stabilite le seguenti priorità:

- sviluppare e attuare un approccio integrato alla comunicazione nella sanità a livello di azienda, partendo dagli obiettivi stabiliti dalla politica sanitaria;
- realizzare e potenziare un servizio aziendale di gestione dei reclami, e un sistema di sondaggio tra i pazienti per rilevare il loro grado di soddisfazione;
- introdurre strumenti efficaci di informazione e comunicazione e adottare interventi per potenziare le competenze in materia di comunicazione, soprattutto per migliorare la comunicazione fra gli operatori sanitari e i pazienti;
- svolgere delle campagne specifiche di informazione, prevenzione e empowerment dei pazienti, con un'attenzione particolare per le categorie sociali più emarginate o svantaggiate;
- migliorare l'approccio alle prestazioni adottando nuovi modelli organizzativi e opportunità comunicative (per esempio con la telemedicina);
- sviluppare modelli e strumenti di partecipazione per migliorare i servizi e le prestazioni erogate, e ampliare le competenze individuali in materia di salute.

13 LA PROCEDURA DI PROGRAMMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PSP

LA NOSTRA ASSISTENZA SANITARIA si evolve costantemente ed è oggetto di una verifica continua degli obiettivi.

Lo scopo di una procedura di programmazione è di garantire una **revisione continua e l'aggiornamento del PSP**, affinché l'**attuazione** del Piano sia **gestita costantemente** nel rispetto delle norme legislative vigenti.

13.1 COME GESTIRE L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO SANITARIO PROVINCIALE

Il PSP vigente contiene le misure da adottare per conseguire gli obiettivi necessari a un'assistenza sanitaria sostenibile e di elevata qualità di tutta la popolazione, e le misure indicate servono proprio a conseguire tali obiettivi. Pertanto, occorre attuare gli interventi previsti con una gestione mirata che stabilisca delle priorità e soddisfi i seguenti requisiti essenziali:

- realizzare correttamente le misure da adottare;
- garantire un ciclo continuo di riflessione;
- fare in modo che i risultati siano costantemente in linea col PSP e/o con le linee d'indirizzo da parte degli organi politici.

La **valutazione annuale del grado di attuazione** del Piano, che costituisce la base per valutare e stabilire le successive misure da adottare, va svolta in base ai seguenti tre criteri:

1. qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni
2. effetti sulla popolazione e sui pazienti
3. effetti economici.

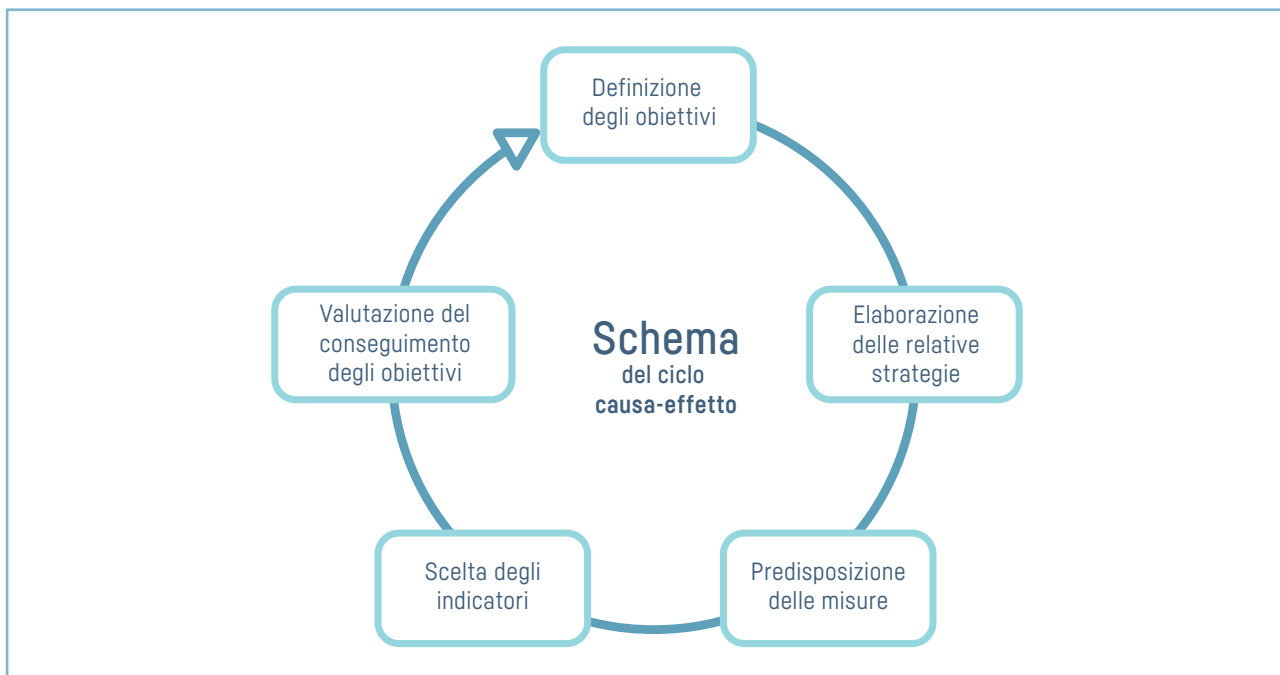
In base alla normativa vigente, stabilita dalla LP n. 7 del 5 marzo 2001, il compito di controllare lo stato d'attuazione del PSP e di elaborare periodicamente proposte per risolvere eventuali problemi che emergono in sede di attuazione del Piano, spetta al "Comitato provinciale per la programmazione sanitaria" (di seguito denominato "**Comitato di programmazione**"). Per esercitare in modo più efficace tale funzione, il Comitato di programmazione ha la facoltà di avvalersi della consulenza di uno o più **esperti esterni**.

Con queste premesse, il Comitato di programmazione, con l'aiuto e le eventuali proposte di esperti esterni, elabora un **rapporto d'attuazione annuale** che – in base a parametri ancora da definire – indica lo stato d'attuazione del piano, rilevi cambiamenti delle normative o dei flussi di pazienti e, se necessario, formula delle **raccomandazioni per adottare adeguamenti attuativi**. Tale rapporto va poi presentato al vaglio della GP che approva la relativa delibera. Il coinvolgimento di esperti esterni nella verifica dell'attuazione e nella formulazione delle raccomandazioni per le misure successive, garantisce una visione più neutrale e tecnicamente fondata nella valutazione continua dell'attuazione del PSP.

La verifica attuativa delle misure

La verifica attuativa delle misure – svolta in base al processo ciclico illustrato dal grafico che segue – serve a garantire che le misure stabilite dal PSP siano effettivamente attuate.

FIGURA 12: SCHEMA DEL CICLO CAUSA-EFFETTO



Per la scelta delle misure è stato elaborato il seguente processo a cascata:

| Obiettivo | Strategie | Indicatori | Misure | |
|--|--|---|------------------------------------|--|
| <p>Garantire alla popolazione un'assistenza sanitaria capillare, in linea con i bisogni reali, coordinata e di alto livello qualitativo, puntando a un'erogazione integrata e coordinata delle prestazioni.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • fornire prestazioni assistenziali a più livelli, con centri di riferimento, strutture specializzate e assistenza di primo livello; • creare dei servizi assistenziali che rispondano ai cambiamenti demografici, alla diffusione delle patologie e al fabbisogno di cura nella popolazione; • conservare i livelli di qualità dell'assistenza; • ridurre il tasso di ospedalizzazione; • ridurre le giornate di degenza; • garantire un passaggio coordinato e assistito del paziente dall'ospedale al territorio, nel rispetto della continuità dell'assistenza. | <ul style="list-style-type: none"> • numero delle strutture e dei servizi territoriali necessari per i percorsi assistenziali, compresi i centri sanitari e sociali, e i posti letto per subacuti e per ricoveri transitori; • presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte delle strutture e dei servizi del territorio, come previsto dai percorsi assistenziali. • numero dei percorsi assistenziali efficaci e lineari; • andamento del saldo dei pazienti • sondaggi nella popolazione e tra i pazienti; • andamento dei ricoveri in ospedale per 1.000 abitanti; • andamento delle giornate di degenza per 1.000 abitanti; | <p>Come da elenco delle misure</p> | |
| <p>Ottimizzare l'erogazione delle prestazioni sfruttando il più possibile le sinergie a tutti i livelli (ospedale, territorio, strutture sociosanitarie), sotto il profilo sia medico, sia amministrativo. Evitare tutti i costi amministrativi che non producono benefici diretti per i pazienti.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • articolare le prestazioni ospedaliere a più livelli; • sostituire il ricovero ospedaliero con servizi erogati in regime diurno o ambulatoriale; • creare un modello organizzativo aziendale ispirato a principi imprenditoriali. | <ul style="list-style-type: none"> • grado di avanzamento nell'introduzione dell'assistenza a più livelli; • percentuale delle relative prestazioni erogate; • andamento delle giornate medie di degenza in rapporto allo sviluppo delle prestazioni erogate dal territorio o alle giornate di cura in residenze per anziani e case di cura; • rapporto tra i costi medici diretti e i costi diversi; • grado d'adempimento del modello dei costi standard; | | |
| <p>Garantire nel tempo la finanziabilità del sistema sanitario, soprattutto considerando il progresso nell'assistenza medica.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • strutturare l'assistenza medica in base a criteri di efficacia e di efficienza; • introdurre le innovazioni che migliorano l'assistenza dei pazienti e soddisfano i requisiti dell'efficacia e dell'efficienza. | <ul style="list-style-type: none"> • rispetto delle linee d'indirizzo sulla spesa sanitaria; • attuazione completa delle innovazioni che migliorano l'assistenza dei pazienti e soddisfano i requisiti dell'efficacia e dell'efficienza; • tasso di recupero dei costi per i pazienti non residenti in Alto Adige. | | |

Tabella 6: processo a cascata per l'attuazione del Piano sanitario provinciale

La verifica e la gestione delle misure da adottare consente di valutare il loro rapporto di causalità con le strategie, e quello che intercorre tra gli effetti e gli obiettivi. Se in questa verifica una misura non sortisce i propri effetti, deve essere corretta e adeguata. In questo modo si garantisce uno sviluppo e un adeguamento continuo.

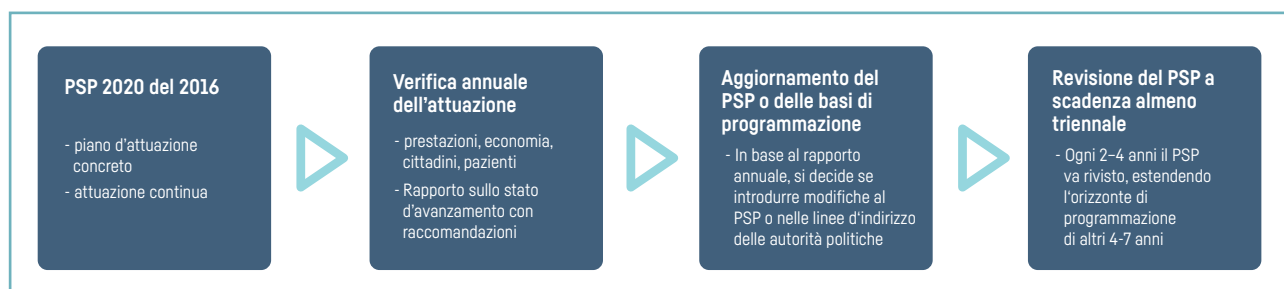
13.2 L'AGGIORNAMENTO DEL PIANO SANITARIO PROVINCIALE

Con la stesura del presente PSP 2016-2020, si sono create le basi per predisporre in futuro i servizi e le prestazioni dell'assistenza sanitaria da erogare alla popolazione altoatesina. Ma per tenere il passo con i cambiamenti continui dell'assistenza medica, e per adeguarsi ai mutati bisogni della popolazione, il PSP va costantemente monitorato e aggiornato.

A tale scopo occorre tenere conto da un lato della **certezza della programmazione per gli erogatori dei servizi**, e dall'altra di come cambia il **fabbisogno di prestazioni sanitarie**.

Oltre agli adeguamenti attuali che emergono direttamente dall'attuazione del PSP, il Piano va comunque rivisto e aggiornato a scadenza di 2-4 anni, estendendo ogni volta l'orizzonte di programmazione di altri 4-7 anni. Nel caso specifico dell'Alto Adige, la prossima revisione del Piano potrebbe avvenire dunque nel 2019, inclusa quella della programmazione dei posti letto in considerazione dell'evoluzione della medicina e della società nonché degli ultimi risultati raggiunti nell'ambito della presente pianificazione, estendendo l'orizzonte di programmazione al 2025.

FIGURA 13: SCHEMA DEL PROCESSO D'ATTUAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PSP



14 SINTESI E PROSPETTIVE

SALUTE 2020

SICUREZZA. ASSISTENZA. QUALITÀ.

Il presente PSP vuole da un lato tracciare le prospettive future dell'assistenza sanitaria in Alto Adige, e dall'altro fornire degli strumenti di gestione. Il PSP è pensato come **quadro di riferimento** per definire l'assistenza sanitaria con una sufficiente certezza programmatica, ma lascia dei margini di flessibilità tali da consentire un adeguamento a eventuali mutamenti del quadro generale di riferimento. Gli **obiettivi** e le **strategie** definite nel Piano garantiranno anche in futuro una qualità elevata dell'assistenza sanitaria.

La sanità del futuro, oltre che fornire un'assistenza di qualità elevata alle persone già malate, dovrà promuovere maggiormente la **prevenzione** e la **responsabilità individuale** dei cittadini, in modo che prima ancora di diventare pazienti, riescano a gestire la propria salute quanto più a lungo possibile con autonomia, senso di responsabilità individuale e consapevolezza.

Per garantire a tutti un'**assistenza appropriata e vicina ai loro luoghi di residenza**, sarà essenziale coordinare e ottimizzare l'erogazione delle prestazioni nella rete dei vari servizi. L'obiettivo è di integrare l'assistenza attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e su una medicina dell'attesa, con un'assistenza sanitaria salutogenetica, propositiva, più rispondente al reale fabbisogno ed erogata da strutture operanti sul territorio, ispirandosi ai principi del **chronic care model (CCM)**. Questo modello propone di gestire le patologie croniche coinvolgendo tutte le risorse esistenti nel settore sociale e sanitario, e in generale in seno alla società. È dimostrato che approcci innovativi basati su riscontri scientifici, incentrati su un'interazione efficace fra pazienti informati e un'equipe di specialisti qualificati e proattivi, producono dei risultati migliori in termini di salute.

Un altro presupposto indispensabile per fornire un'assistenza decentrata e capillare è **integrare meglio i servizi sanitari e quelli sociali** per garantire in termini reali la continuità dell'assistenza, promuovendo tutte le iniziative atte a migliorare la collaborazione tra i vari settori, ma anche fra i servizi del territorio e le strutture ospedaliere per l'acuzie. Altrettanto importante è coordinare le prestazioni erogate dalla medicina di base, istituire o potenziare i distretti sanitari e sociali ampliando il ventaglio delle prestazioni che essi offrono, e favorire una collaborazione più stretta fra i diversi servizi. Tutti questi sono presupposti irrinunciabili di un'assistenza efficace e vicina al luogo di residenza, di alto livello qualitativo e accessibile tramite centri o sportelli unici di consulenza.

I pazienti che necessitano di trattamenti in regime di ricovero vanno assistiti da una **rete ospedaliera provinciale** in cui i sette ospedali coordinano fra loro le prestazioni da erogare, nell'interesse dei pazienti e tenendo conto della responsabilità condivisa a livello di Azienda sanitaria. Il coordinamento fra tutte le sedi ospedaliere della provincia garantisce a tutti i cittadini di **accedere con pari diritti** e opportunità a una gamma completa di servizi in tutto il territorio provinciale, passando **senza soluzione di continuità** da una struttura o da un servizio all'altro all'interno della rete. Inoltre, questo sistema assicura un **ventaglio di prestazioni integrato**, ispirato ai principi dell'appropriatezza, della qualità, della sostenibilità e della sicurezza, e fa sì che ciascun paziente possa essere assistito dal cosiddetto **"best point of service"**. Il coordinamento delle prestazioni fra più servizi e strutture deve quindi dar vita a un **sistema di assistenza sanitaria a più livelli**, in cui gli interventi e i trattamenti ad alto grado di complessità si erogano prima-

riamente all'ospedale centrale di Bolzano, ma dove al tempo stesso alcune prestazioni ad alta specializzazione possono essere localizzate in comprensori sanitari diversi. Gli ospedali dei comprensori di Merano, Bressanone e Brunico sono organizzati ciascuno come **ospedali a doppia sede operativa**, e in questa forma sono chiamati a garantire l'assistenza dei pazienti acuti nei rispettivi bacini di utenza. Negli ospedali di base vanno adottati e potenziati dei sistemi di assistenza moderni e intersettoriali, per garantire il ruolo importante che queste sedi ospedaliere svolgono nel modello di assistenza a più livelli da realizzare in tutto il territorio provinciale, e per assicurare nel tempo l'efficacia dell'assistenza.

Puntando a una pianificazione sostenibile e lungimirante dell'assistenza sanitaria, il Piano sanitario provinciale contiene anche una serie di principi e criteri di riferimento per la **dotazione di grandi apparecchiature sanitarie** e per la **gestione delle innovazioni** in tutti i settori.

Per attuare efficacemente i principi, gli obiettivi e gli interventi stabiliti dal PSP, il documento prevede espressamente numerosi **interventi di sostegno** (sviluppo del personale, sistemi incentivanti, interconnessione informatica, partecipazione dei cittadini e comunicazione sanitaria), e prescrive una **verifica costante del grado di attuazione** del Piano, da affidare ad esperti esterni.

Nella loro interezza, tutte queste misure puntano a proseguire con coerenza lungo la strada già imboccata per realizzare il sistema sanitario del 2020 e degli anni successivi, rendendo così la sanità dell'Alto Adige efficace, lungimirante, economicamente sostenibile e in grado di soddisfare le esigenze del futuro.

Bolzano, novembre 2016

15 BIBLIOGRAFIA

Barlow J., Wright C., Sheasby J., Turner A., Hainsworth J. (2002): "Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review.", *Patient Education and Counseling*, 48(2):177-87.

Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (2016): Piano provinciale della prevenzione 2016-2018. URL: <http://www.provincia.bz.it/sanita/prevenzione/2564.asp> [aggiornato al 7/4/2016].

Gesundheit Österreich GmbH (2012): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan.

Lecci F., Longo F. (2004): "Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano.

Lega F., Longo F. (2001) "Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto", in *Mecosan*, n. 41.

Longo F. (1998): *ASL, Distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management*, EGEA Milano.

Longo F. (2002): *Le tendenze degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie*", in E. Anessi Pessina, E. Cant (a cura di), *Rapporto OASI 2001, L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA Milano.

Longo F. (2003): "Il ruolo delle cure domiciliari nel welfare italiano: attori, strategie, costi, modelli istituzionali e management", in L. Scaffino, S. Casazza, P.M. Zannier, F. Clerici (eds.), *Cure domiciliari. La partnership tra pubblico e privato*, Milano.

Longo F. (2005): "Governance dei network di pubblico interesse: strumenti operativi economico aziendali", Egea, Milano.

NHS, Modernisation Agency and Department of Health, 2002: *Chronic Disease Management*.

Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa: "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali", URL: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>, [aggiornato al 7/6/2016].

Assessorato alla sanità della Provincia autonoma di Bolzano (2015): *Delibera della GP n. 171 del 10.02.2015, Assistenza sanitaria Alto Adige 2020*.

The World Health Report 2001: *Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization, Ginevra.

Wagner et al. (2006): *Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, 365-374.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006): *Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38 (1), 189-192.

16 ALLEGATO A – PIANO DELL’OFFERTA SANITARIA

TABELLA A.1: PIANO DEI POSTI LETTO PER ACUTI

| Piano dei posti letto per acuti nelle strutture pubbliche e convenzionate ¹⁾ | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| Macroambito | Comprensorio sanitario | | | | Totale dei posti letto per macro- ambito |
| | Bolzano | Bressanone | Brunico | Merano | |
| Chirurgia | 195 | 118 | 97 | 128 | 538 |
| Ginecologia, ostetricia, pediatria | 84 | 44 | 36 | 74 | 238 |
| Terapia intensiva e subintensiva | 14 | 6 | 6 | 9 | 35 |
| Medicina (comprese le cure intermedie) | 349 | 83 | 90 | 157 | 679 |
| Psichiatria | 32 | 17 | 14 | 15 | 78 |
| Totale dei posti letto per comprensorio | 674 | 268 | 243 | 383 | 1.568 |
| Ripartizione per sede ospedaliera | Sede osp. di Bolzano ²⁾ : 674 | Sede osp. di Bressanone ³⁾ : 209 Sede osp. di Vipiteno ⁴⁾ : 59 | Sede osp. di Brunico ³⁾ : 200 Sede osp. di San Candido ⁴⁾ : 43 | Sede osp. di Merano ³⁾ : 312 Sede osp. di Silandro ⁴⁾ : 71 | |

¹⁾ Per effetto dei vincoli normativi stabiliti per i reparti di ostetricia, ci può essere una relativa modifica nella distribuzione dei posti letto.

²⁾ Ospedale di livello 2

³⁾ Ospedale di livello 1

⁴⁾ Ospedale di base

TABELLA A.2: NUMERO DELLE DISCIPLINE NEI VARI MACROAMBITI

| Macroambito | Numero discipline |
|------------------------------------|-------------------|
| Medicina | 16 |
| Chirurgia | 8 |
| Ginecologia, ostetricia, pediatria | 5 |
| Terapia postacuta | 3 |
| Terapia intensiva e subintensiva | 2 |
| Psichiatria | 1 |

TABELLA A.3: TASSO D'UTILIZZO PROGRAMMATO PER MACROAMBITI

| Macroambito | Tasso di utilizzo |
|------------------------------------|-------------------|
| Medicina | 85% |
| Chirurgia | 80% |
| Ginecologia, ostetricia, pediatria | 75% |
| Terapia intensiva e subintensiva | 75% |
| Psichiatria | 85% |

TABELLA A.4: RIPARTIZIONE DELLE DISCIPLINE PER MACROAMBITI

| |
|---|
| CHIRURGIA |
| Chirurgia generale |
| Chirurgia oftalmologica |
| Chirurgia vascolare |
| Chirurgia otorinolaringoiatrica |
| Neurochirurgia |
| Ortopedia e traumatologia |
| Urologia |
| Odontostomatologia e gnatologia |
| TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA |
| Astanteria |
| Terapia intensiva |
| MEDICINA |
| Medicina generale |
| Pronto soccorso |
| Dermatologia |
| Patologie endocrine, metaboliche e alimentari |
| Gastroenterologia |
| Geriatrics |
| Ematologia |
| Malattie infettive e tropicali |
| Cardiologia |
| Unità coronarica |

| |
|--|
| Medicina |
| Nefrologia |
| Neurologia |
| Stroke Unit |
| Oncologia |
| Pneumologia |
| GENECOLOGIA, OSTETRICIA E PEDIATRIA |
| Ginecologia e ostetricia |
| Terapia intensiva neonatale |
| Chirurgia pediatrica |
| Neuropsichiatria infantile |
| Pediatria |
| PSICHIATRIA |
| Psichiatria |
| RIABILITAZIONE |
| Lungodegenza |
| Neuroriabilitazione |
| Riabilitazione funzionale |

TABELLA A.5: PIANO DEI POSTI LETTO PER POSTACUTI

| Piano dei posti letto per postacuti nelle strutture pubbliche e convenzionate* | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------|
| Comprensorio sanitario | Riabilitazione funzionale (codice 56) | Neuroriabilitazione (codice 75) | Lungodegenza (codice 60) | Totale |
| Bolzano | 93 | 10 | 67 | 170 |
| Merano | 42 | 0 | 53 | 95 |
| Bressanone | 20 | 15 | 28 | 63 |
| Brunico | 20 | 0 | 28 | 48 |
| Totale | 175 | 25 | 176 | 376 |

* annotazione: la ripartizione dei posti letto fra i comprensori sanitari può essere modificata in funzione del reale fabbisogno.

17 ALLEGATO B – RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI

LP 5 marzo 2001, n. 7, “Riordino del servizio sanitario provinciale”

LP 5 novembre 2001, n. 14, “Norme in materia di programmazione, contabilità, controllo di gestione e di attività contrattuale del SSP”

LP 2 ottobre 2006, n. 9, “Modifiche del riordinamento del Servizio sanitario provinciale”

LP 3 luglio 2006, n. 6, “Tutela della salute dei non fumatori e disposizioni in materia di personale sanitario”

LP 15 novembre 2002, n. 14, “Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario”

Gli articoli 39 e 40 della LP 5 marzo 2001, n. 7 e la Delibera della GP del 17. febbraio 2003 n. 406 disciplinano la procedura d'autorizzazione delle strutture sanitarie in cui si erogano prestazioni specialistiche o diverse, in regime ambulatoriale o di assistenza domiciliare, compresa l'assistenza infermieristica, la riabilitazione, la diagnostica strumentale e di laboratorio, come pure l'autorizzazione di liberi professionisti che esercitano attività mediche non complesse nel proprio ambulatorio o a domicilio dei pazienti.

Piano sanitario provinciale 2000-2002 (Delibera della GP n. 3028 del 19. luglio 1999) Livelli essenziali di assistenza (LEA): Decreto

Piano provinciale della prevenzione 2016-2018 (Delibera della GP del 22 dicembre 2015, n. 1546)

Legge 296 del 27 novembre 2006, art. 1, comma. 796 sull'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

LEA (livelli essenziali d'assistenza), Decreto legislativo n. 502 del 1992, modificato con Decreto legislativo n. 229 del 1999, e con la Legge n. 405 del 2001, Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri)

Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, Accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002, e Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2006-2008

Decreto legge del 6 luglio 2012, n. 95, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, detta anche “spending review”, modificata e trasformata nella Legge 7 agosto 2012, n. 135

Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”

Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 concernente la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni in ostetricia.

“Patto per la Salute” 2014-2016 del 10 luglio 2014

Piano sanitario nazionale 2006-2008

Piano nazionale della prevenzione 2014-2018

Piano nazionale della cronicità, Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 15 settembre 2016

Assistenza sanitaria transfrontaliera: Direttiva UE 2011/24, recepita con Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 e con LP 19 giugno 2014, n. 4

Delibera della GP n. 690 del 21 giugno 2016 “Approvazione dei profili di prestazioni delle strutture ospedaliere di base”

www.provincia.bz.it/dipartimenti/welfare

CONTATTI

Palazzo I2

Via Canonico Michael Gamper 1

39100 Bolzano

T +39 0471 41 80 10

F +39 0471 41 80 09

welfare@provinz.bz.it

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

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

Der Amtsdirektor

Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor

12/12/2016 12:03:32
SCHROTT LAURA

Il Direttore di ripartizione

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

13/12/2016 12:06:55
NATALE STEFANO

Il direttore dell'Ufficio spese

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

13/12/2016

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

14/12/2016

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 192 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 192 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

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

Ausstellungsdatum

29/11/2016

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