BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA TRENTINO-ALTO ADIGE Registrazione Tribunale di Trento: n. 290 del 10.3.1979 Iscrizione al ROC n. 10512 dell'1.10.2004 - Indirizzo della Redazione: Trento, via Gazzoletti 2 - Direttore responsabile: Roberto Sartori AMTSBLATT DER AUTONOMEN REGION TRENTINO-SÜDTIROL Eintragung beim Landesgericht Trient: Nr. 290 vom 10.3.1979 Eintragung im ROC Nr. 10512 vom 1.10.2004 - Adresse der Redaktion: Trient, via Gazzoletti 2 - Verantwortlicher Direktor: Roberto Sartori

ANNO 70° SEZIONE GENERALE 70. JAHRGANG ALLGEMEINE SEKTION

### **BOLLETTINO UFFICIALE - AMTSBLATT**



N /Nr

20 dicembre 2018 Supplemento n. 4

51

20. Dezember 2018 Beiblatt Nr. 4

### **SOMMARIO**

### **INHALTSVERZEICHNIS**

Anno 2018	Jahr 2018			
PARTE 1	1. TEIL			
Deliberazioni	Beschlüsse			
Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige	Autonome Provinz Bozen - Südtirol			
[185637]  DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE  del 4 dicembre 2018, n. 1281  Masterplan Chronic Care 2018-2020 pag. 2	[185637]  BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG vom 4. Dezember 2018, Nr. 1281  Chronic Care Masterplan 2018-2020 Seite 2			
[185639] <b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE</b> del 11 dicembre 2018, n. 1343	[185639] BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG vom 11. Dezember 2018, Nr. 1343			
Erogazione di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario provinciale pag.109	Gewährung von Medizinprodukten zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes Seite109			

1	Ω	5	a	2	7

Beschlüsse - 1. Teil - Jahr 2018	Deliberazioni - Parte 1 - Anno 2018			
Autonome Provinz Bozen - Südtirol	Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige			
BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG vom 4. Dezember 2018, Nr. 1281	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE del 4 dicembre 2018, n. 1281			
Chronic Care Masterplan 2018-2020	Masterplan Chronic Care 2018-2020			
Fortsetzung >>>	Continua >>>			

### AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

### **Beschluss** der Landesregierung

### Deliberazione della Giunta Provinciale

1281 Nr. Sitzung vom Seduta del 04/12/2018

ANWESEND SIND

Landeshauptmann Landeshauptmannstellvertr. Landeshauptmannstellvertr. Landesräte

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

Generalsekretär

Eros Magnago

Segretario Generale

SONO PRESENTI

Vicepresidente

Vicepresidente

Presidente

Assessori

Betreff:

Chronic Care Masterplan 2018-2020

Oggetto:

Masterplan Chronic Care 2018-2020

Vorschlag vorbereitet von Abteilung / Amt Nr.

Proposta elaborata dalla 23.2 Ripartizione / Ufficio n.

### Die Landesregierung

hat in folgende Rechtsvorschriften, Verwaltungsakte und Tatsachen Einsicht genommen:

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

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

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

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

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

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

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

### La Giunta provinciale

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

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

der vorliegende Plan wurde aufgrund seiner Anwendung auf Bezirksebene und um den sozio-sanitären Bedürfnissen der Wohnbevölkerung zu entsprechen, der Konferenz der Präsidenten der Bezirksgemeinschaften gemäß Art. 18 tra i soggetti che operano attivamente nell'ambito del percorso clinico ed assistenziale;

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

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

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

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

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

il presente Piano per la sua applicazione e al fine di rispondere alle esigenze sociosanitarie della popolazione residente, è stato sottoposto alla Conferenza dei Presidenti delle Comunitá comprensoriali, in data 5 novembre 2018, come previsto des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21. April 2017 am 5. November 2018 zur Kenntnis gebracht;

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

Dies vorausgeschickt,

### Ciò premesso

### beschließt

### LA GIUNTA PROVINCIALE

### DIE LANDESREGIERUNG

delibera

einstimmig und in gesetzmäßiger Weise

a voti unanimi legalmente espressi:

- den Chronic-Care-Masterplan 2018-2020 als wesentlichen Bestandteil dieses Beschlusses zu genehmigen;
- di approvare il Masterplan Chronic Care 2018-2020, che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
- 2. den Südtiroler Sanitätsbetrieb mit der Umsetzung der prioritären operativen Maßnahmen des Chronic-Care-Masterplans 2018-2020, die in die Zuständigkeit des Sanitätsbetriebes fallen und mit besonderem Augenmerk auf die Übernahme von Personen mit chronischen Erkrankungen, zu betrauen, und innerhalb von 90 Tagen nach Inkrafttreten dieses Beschlusses folgende Dokumente zu verfassen:
- 2. di demandare all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige la realizzazione delle misure operative prioritarie del Masterplan Chronic Care 2018-2020 di sua competenza, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici e di predisporre entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente deliberazione i seguenti documenti:
- Umsetzungsplan für den Chronic-Care-Masterplan 2018-2020

• il piano attuativo del Masterplan Chronic Care 2018-2020

 Zeitplan und Aufstellung der Notwendigen finanziellen Ressourcen, die innerhalb der ordentlichen Finanzierung des Sanitätsbetriebes erfolgt;  il cronoprogramma degli interventi e l'individuazione delle necessarie risorse finanziarie, da individuarsi nell'ambito delle modalità di finanziamento previste per l'azienda sanitaria;

- 3. eine zentrale Stelle mit Vertretern der nachstehenden Bereiche einzurichten, die die Umsetzung des Chronic-Care-Masterplans 2018-2020 überwacht:
- 3. di istituire una Cabina di regia per il monitoraggio dell'implementazione del Masterplan Chronic Care 2018-2020, costituita da rappresesentanti di:
- Abteilung Gesundheit des Landes Südtirol
- Ripartizione salute della Provincia di Bolzano
- Abteilung Soziales des Landes Südtirol:
- Ripartizione delle politiche sociali della Provincia di Bolzano;

• Südtiroler Sanitätsbetrieb

Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Delegierte Sozialdienste

Servizi sociali delegati

 Verband der Seniorenwohnheime

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

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

Dieser Beschluss wird im Amtsblatt der Region veröffentlicht.

**DER LANDESHAUPTMANN** 

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

• Residenze per anziani

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

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

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit



# MASTERPLAN CHRONIC CARE

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

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

### Indice

Glo	ssario		3
Exe	cutive	Summary	4
Pre	messa	1	7
1.	Il Pia	no della cronicità della PA di Bolzano: le ragioni di una scelta	10
2.	Sinte	esi della normativa provinciale	13
2	.1	Il Piano sanitario provinciale 2016-2020	13
2	.2	Il Piano sociale provinciale 2007-2009	13
3.	Defi	nizione di cronicità, disabilità, fragilità e non autosufficienza	15
4.	Evol	uzione della cronicità e fragilità nella Provincia Autonoma di Bolzano	17
5.	Punt	i di forza e debolezza del livello di assistenza distrettuale	20
5	.1	Punti di forza	20
5	.2	Punti di debolezza	21
6.	L'int	egrazione socio-sanitaria nella PA di Bolzano	22
6	.1	Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)	22
6	.2	SUAC e Unità per la predisposizione condivisa del PAI (UPCP): sperimentazione	23
7.	La n	uova rete dell'offerta: ruoli e compiti	27
7	.1	I comprensori sanitari	27
7	.2	Il distretto sanitario ed il distretto sociale	28
7	.3	Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale	28
7	.4	L'infermiere di famiglia e di comunità	29
7	.5	Farmacie dei servizi	30
7	.6	Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117	30
8.	Assis	stenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità	32
9.	Gli s	trumenti per l'integrazione ospedale-territorio	33
10.	Post	i letto di cure intermedie e posti letto di sollievo	35
1	0.1	Posti letto gestiti in ambito sanitario	35
1	0.2	Posti letto di natura sociale	36
11.	Il ru	olo delle Associazioni di tutela delle persone	37
12.	Le ri	sorse umane e finanziarie per il territorio	39
1	2.1	Formazione e aggiornamento del personale	39
13.	Siste	ema informativo territoriale e monitoraggio delle reti integrate (set di indicatori)	
		eleassistenza	
		plificazione e Umanizzazione dell'assistenza	
		unicazione interna ed esterna	
Rih	lingra	fia e riferimenti normativi	48

# Beschluss Nr./N. Delibera: 1281/2018. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

### Glossario

ACG Adjusted Clinical Groups

ADI Assistenza Domiciliare Integrata

ADP Assistenza Domiciliare Programmata

**AFT** Aggregazioni Funzionali Territoriali

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ASDAA

CUP Centro Unico di Prenotazione

**FSSE** Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico

ΙT Information Technology

Livelli Essenziali di Assistenza LEA

Medici di Medicina Generale MMG

PΑ Provincia Autonoma

PAI Piano Assistenziale Individuale

PDTA Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale

PLS Pediatri di Libera Scelta

PS Pronto Soccorso

PUA Punto unico di accesso

SIAD Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

SUAC Sportello Unico di Assistenza e Cura

UCCP Unità Complessa di Cure Primarie

Unità per la predisposizione condivisa del PAI **UPCP** 

WHO World Health Organization

### **Executive Summary**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Su questa premessa si fissano i seguenti obiettivi strategici:

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

### Ciò comporta, di conseguenza:

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

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

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

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

### **Premessa**

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

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

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

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

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

### I modelli internazionali

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

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

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

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

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

### La situazione in Italia e linee di tendenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Su tali basi sono fissati i seguenti obiettivi strategici:

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

### Gli obiettivi organizzativi da perseguire sono:

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

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

### I conseguenti **obiettivi operativi** sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

• il Piano provinciale sociale 2009.

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

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

### 2. Sintesi della normativa provinciale

### 2.1 Il Piano sanitario provinciale 2016-2020

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

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

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

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

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

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

### 2.2 Il Piano sociale provinciale 2007-2009

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il termine "malattia cronica" o "cronicità" comprende: (WHO, 2002):

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

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

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

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

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

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

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

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

azioni della vita quotidiana, ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva<sup>17</sup>.

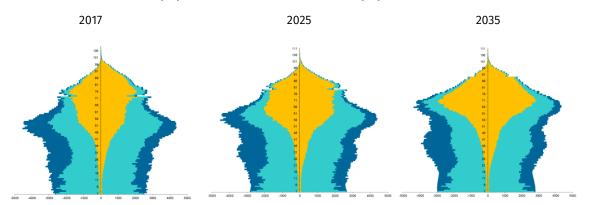
Nel presente Piano sono recepite ed adottate le definizioni internazionali sopra riportate.

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

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

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

### Previsioni popolazione residente, con base popolazione al 01.01.2017



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

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

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

Principali patologie croniche - Provincia Autonoma di Bolzano Anno 2017

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

Fonte: Osservatorio per la salute - Mappatura delle patologie croniche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

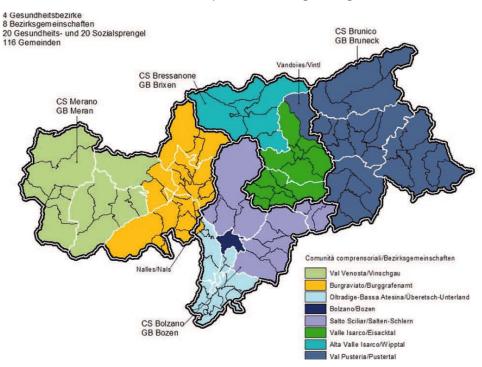
Complessivamente, nella Provincia Autonoma di Bolzano la spesa per il settore delle politiche sociali nel 2017 si è attestata a 474,3 milioni di Euro di cui, circa la metà è stata assorbita dalle prestazioni assistenziali e previdenziali (278 milioni di Euro), la gran parte delle quali è confluita nell'assegno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

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

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

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

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



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

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

### 5.1 Punti di forza

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

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

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

### 5.2 Punti di debolezza

Le principali criticità registrate nel livello distrettuale sono:

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

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

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

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

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

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

### 6.1 Gli Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)

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

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

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

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

La distribuzione degli attuali SUAC è riportata nella seguente tabella.

GE	Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)		Gesundheits- und Sozialsprengel / Distretti sanitari e sociali		Anlaufstellen für Pflege und Betreuung / Sportelli unici per l'assistenza e cura	
	. I am a second and a second a second and a second a second and a second a second and a second a second a second a second and a second a second a second a second a second a second a secon		Name / Nome	Ort / Località	Name / Nome	Ort / Località
	AFT 101_1	St. Ulrich - St. Christina - Wolkenstein	Gröden	St. Ulrich	Gröden	St. Ulrich
	AFT 101_2	Kastelruth	Eggental - Schlern	Kardaun	Eggental/Schlern	Kastelruth
		Deutschnofen - Welschnofen - Karneid - Seis - Tiers				Kardaun
		Deutschholen - Weischholen - Karneia - Seis - Heis				Deutschnofen
		Ritten	Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	Salten-Sarntal-Ritten	Ritten
	AFT 101_3	Sarntal				Sarntal
		Mölten + Jenesien				Mölten
z	AFT 101 4	Eppan - Kaltern	Überetsch	St. Michael	Überetsch	St. Michael
BOZEN	AFT 101_4	Andrian - Nals - Terlan	Obereisch	St. Michael	Oberetstii	St. Michael
B	AFT 101_5	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	Leifers/Branzoll/Pfatten	Leifers
		Aldein - Altrei - Auer - Truden		Neumarkt	Unterland Bozen	Neumarkt  Loew-Cadonna Platz
	AFT 101_6	Montan - Salurn	Unterland			
		Kurtatsch - Kurtinig - Magreid - Tramin				
	AFT 101_7_1					
	AFT 101_7_2		Bozen	Bozen		
	AFT 101_7_3					
	AFT 101_7_4					
	AFT 102_1	Obervinschgau	Obervinschgau	Mals	Obervinschgau	Mals
	AFT 102_2	Mittelvinschgau	Mittelvinschgau	Schlanders	Mittelvinschgau	Schlanders
z	AFT 102_3	Naturns Umgebung	Naturns Umgebung	Naturns	Naturns	Naturns
MERAN	AFT 102 4	Lana - Tisens - Tscherms - Burgstall - Gargazon - St. Felix	Lana Umgebung	Lana Meran	Lana Meran	Meran
Ξ		St. Pankraz - Ulten - Laurein - Proveis	0 0			
		Meran Umgebung 1	Meran Umgebung			
		Meran Umgebung 2				
	AFT 102_6	Passeier	Passeiertal	St. Leonhard	Passeier	Passeier
z	AFT 103_1	Wipptal	Wipptal	Sterzing  Brixen Umgebung  Klausen	Wipptal  Brixen  Klausen	Sterzing Brixen
BRIXEN		Brixen Umgebung 1	Brixen Umgebung			
8	AFT 103_2_2 AFT 103_3	Brixen Umgebung 2 Klausen	Klausen Umgebung			Klausen
	AFT 103_3 AFT 104_1	Taufers - Ahrntal	Tauferer Ahrntal	Sand in Taufers		Sand in Taufers
	157 404 0 4	Bruneck Umgebung 1	raulerer Allifildi	Sanu in Taulers	Tauferer Ahrntal Bruneck	Bruneck
Š	AFT 104_2_1	Bruneck Umgebung 1 Bruneck Umgebung 2	Bruneck Umgebung	Bruneck		
BRUNECK	Ai 104_2_2	bruneck omgebung z		Innichen	Hochpustertal	Innichen
BB	AFT 104_3	Hochpustertal	Hochpustertal			Niederdorf
	AFT 104 4	Gadertal	Gadertal	St. Martin in Thurn	Gadertal	St. Martin in Thurn
	7.1.1.107_4	oudci tui	oude. tui	Ja. Martin in main	ouder tur	oc. marair iii iiiaiii

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

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

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

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

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

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

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

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

### Gli **obiettivi** sono:

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

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

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

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

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

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

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

- invitato anche il famigliare che partecipa al progetto assistenziale oltre alla persona da sottoporre alla valutazione multidimensionale;
- un nucleo allargato composto da professionalità attivate per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze, che partecipano alla valutazione multidimensionale con i componenti del nucleo fisso e alla ricerca di una soluzione.

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

Il piano assistenziale individuale di intervento individualizzato è caratterizzato da:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La gestione della cronicità si articola nelle seguenti fasi:

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

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

### 7.1 I comprensori sanitari

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

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

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

Spetta al Comprensorio sanitario attivare le seguenti azioni:

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

### 7.2 Il distretto sanitario ed il distretto sociale

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

### I distretti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 7.4 L'infermiere di famiglia e di comunità

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

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

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

30

#### 7.5 Farmacie dei servizi

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

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

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

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

#### 7.6 Centrale unica di assistenza e servizi: il numero 116117

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

Il numero garantisce agli utenti:

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

Con successivo atto programmatorio saranno definiti i percorsi per:

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

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

#### 8. Assistenza domiciliare integrata (ADI) e residenzialità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 9. Gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio

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

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

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

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

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

35

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

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

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

#### 10.1 Posti letto gestiti in ambito sanitario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 10.2 Posti letto di natura sociale

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

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

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

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

#### 11. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 12. Le risorse umane e finanziarie per il territorio

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

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

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

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

#### 12.1 Formazione e aggiornamento del personale

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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi generali e di apprendimento sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 14. La teleassistenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 15. Semplificazione e Umanizzazione dell'assistenza

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

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

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

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

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

Il focus delle azioni di miglioramento dovrà essere posto su:

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

#### 16. Comunicazione interna ed esterna

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

#### Cosa si intende raggiungere?

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

#### Comunicazione verso l'esterno

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

#### Comunicazione verso l'interno

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

#### Il messaggio chiave

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

#### Wording

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

#### Canali di comunicazione

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

#### Media classici:

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

#### Media digitali:

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

#### Media e comunicazione interna:

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

#### Tempistiche e valutazione degli impatti

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

#### Bibliografia e riferimenti normativi

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

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

Autonome Provinz Bozen Südtirol (2016): Landesgesundheitsplan 2016-2020. Gesundheit 2020. Sicher. Gut. Versorgt. <a href="http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ-action=300&publ-image-id=425306">http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ-action=300&publ-image-id=425306</a>; 24.04.2017.

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

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

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

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

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

Ministero della Salute (2016): *Piano Nazionale della Cronicità*. http://www.salute.gov.it/imgs/C 17 pubblicazioni 2584 allegato.pdf; 24.04.2017.

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

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

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

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2015): IT- Masterplan 2016-2018. Strategischer Plan zur Entwicklung der Informationstechnologie im Südtiroler Sanitätsbetrieb.

http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ\_action=300&publ\_image\_id=403348; 24.04.2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit



#### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Dipartimento alla Salute, Sport, Politiche sociali e Lavoro

# **CHRONIC CARE MASTERPLAN**

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

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

#### **Inhaltsverzeichnis**

Αb	kürzı	ungsverzeichnis	3
Exe	ecuti	ve Summary	4
Vo	rwor	t	7
1.	Wa	nrum ein Südtiroler Chronic Care Masterplan?	.10
2.	Zus	sammenfassung der Landesbestimmungen	.13
2	2.1	Der Landesgesundheitsplan 2016-2020	. 13
2	2.2	Der Landessozialplan 2007-2009	. 13
3.	De	finition von von Chronizität, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit	.15
4.	Die	e Entwicklung der Chronizität und Gebrechlichkeit in Südtirol	. 17
5.	Stä	arken und Schwachstellen der Sprengelversorgung	20
	5.1	Stärken	.20
	5.2	Schwächen	. 2
6.	Die	Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich in Südtirol	.22
(	5.1	Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC)	. 22
6	5.2	Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung und die Einheit zur gemeinsamen Erstellung	
(	des ir	ndividuellen Betreuungsplans: Das Pilotprojekt	. 23
7.	Da	s neue Versorgungsnetzwerk: Rollen und Aufgaben	.27
7	7.1	Die Gesundheitsbezirke	. 27
7	7.2	Der Gesundheits- und Sozialsprengel	.28
7	7.3	Die vernetzten Gruppenmedizinen (VGM) der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	.28
7	7.4	Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege	.29
7	7.5	Die Dienstleistungen der Apotheken	.30
7	7.6	Ruf- und Dienstzentrale 116117	
8.		e Integrierte Hausbetreuung (IHB) und die Seniorenwohnheime	
9.	Int	egration zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung: Die Instrumente	.33
10.	Int	ermediärbetten und Übergangsbetten	35
1	10.1	Gesundheitlich indizierte Pflegebetten	
	10.2	Sozial indizierte Pflegebetten	
		e Rolle der Patientenschutzvereinigungen	
12.	Die	e personellen und finanziellen Ressourcen der wohnortnahen Versorgung	
	12.1	Aus- und Weiterbildung des Personals	.39
13.		s Informationssystem der wohnortnahen Dienste und die Überwachung des integrierten	
		tzwerks (Indikatoren)	
14.		e telemedizinische Versorgung	
		rschlankung und Humanisierung der Versorgung	
		erne und externe Kommunikation	
Lit	eratu	ırverzeichnis und rechtliche Bestimmungen	48

#### Abkürzungsverzeichnis

ÄAM Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin

ACG Adjusted Clinical Groups

FSSE (ital.) Elektronische Gesundheits- und Sozialakte (Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico)

IHB Integrierte Hausbetreuung

IT Information Technology

PAI (ital.) Individueller Betreuungspkan (Piano Assistenziale Individuale)

PDTA (ital.) Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (Percorso Diagnosticio Terapeutico ed

Assistenziale)

PHB Programmierte Hausbetreuung

SIAD (ital.) Informationssystem für die Hausbetreuung (Sistema Informativo per il

monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)

SUAC (ital.) Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (Sportello Unico di Assistenza e Cura)

UCCP (ital.) Komplexe Einheiten für die Primäre Gesundheitsversorgung, "Gesundheitszentren"

(Unità Complessa di Cure Primarie)

UPCP (ital.) Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans (Unità per la

predisposizione condivisa del PAI)

VGM Vernetzte Gruppenmedizin

WBS Wesentliche Betreuungsstandards (Livelli Essenziali di Assistenza)

WHO World Health Organization

#### **Executive Summary**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

All das vorausgesetzt werden folgende strategische Ziele festgelegt:

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

Daraus leiten sich folgende Maßnahmen ab:

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

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

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

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

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

#### **Vorwort**

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

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

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

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

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

#### Die internationalen Modelle

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

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

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

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

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

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

#### Die Lage in Italien und die Entwicklungstrends

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 1. Warum ein Südtiroler Chronic Care Masterplan?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Krankheitsmanagement, die Pflegebedürftigkeit und die Gebrechlichkeit in Wohnortnähe verbessern.

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

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

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

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

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

- gerechter und homogener Zugang zu den Diensten in allen Bezirken des Landes;
- Interoperabilität der Informationssysteme;
- Eindeutigkeit des Monitoring- und Evaluationssystems der integrierten Vernetzung und der Risikobewertung;
- definierte Mechanismen zur F\u00f6rderung und Unterst\u00fctzung der Aus- und Weiterbildung.

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

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

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

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

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

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

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

#### 2. Zusammenfassung der Landesbestimmungen

#### 2.1 Der Landesgesundheitsplan 2016-2020

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

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

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

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

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

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

#### 2.2 Der Landessozialplan 2007-2009

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

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

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

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

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

Aus Verwaltungssicht ist die Betreuungsplanung darauf bedacht:

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

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

### 3. Definition von von Chronizität, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

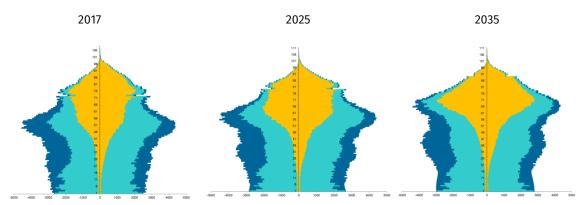
\_

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

# 4. Die Entwicklung der Chronizität und Gebrechlichkeit in Südtirol

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

### Bevölkerungsstrukturprognosen, Ausgangsstand zum 01.01.2017



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

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

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

### Meistverbreitete chronische Krankheiten - Südtirol - Jahr 2017

Meistverbreitete Chromsche Krankheiten - Sudthot - Jahr 2017									
Chronische Krankheit	Prävalenz in Prozent	Patientenanzahl (absoluter Wert)	Gesundheitsbezirk mit größter Verbreitung	Hospitalisierungsrate pro 100.000 EW					
Chronische Niereninsuffizienz	1,2 %	6.445	Bozen	66,6					
Diabetes (Typ 2)	4,0 %	21.165	Meran	57,2 (32,8 Durchschnitt der Regionen)					
COPD	3,2 %	17.088	Bozen	61,4 (49,4 Durchschnitt der Regionen)					
Alzheimer und Demenzerkrankungen	0,8 %	4.118	Bozen	51,1					
Hashimoto-Thyreoiditis	1,6 %	8.314	Bozen	-					

Fonte: Osservatorio per la salute - Mappatura delle patologie croniche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

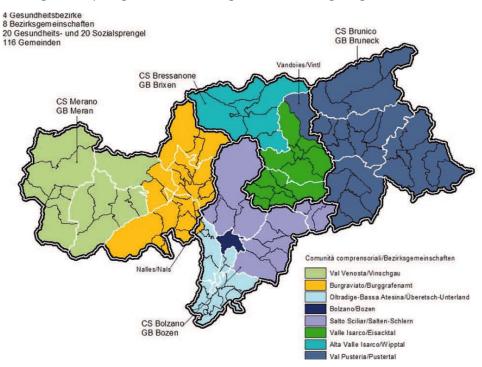
Insgesamt beliefen sich die Ausgaben für den sozialpolitischen Bereich in Südtirol im Jahr 2017 auf 474,3 Millionen Euro, von denen etwa die Hälfte von Sozial- und Sozialversicherungsleistungen in Höhe von 278 Millionen Euro beansprucht werden. Ein großer Teil davon ist in das Pflegegeld eingeflossen.

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

# 5. Stärken und Schwachstellen der Sprengelversorgung

Die Versorgung durch die Gesundheitssprengel des Landes ist im Gesundheitsbericht, welcher jährlich erscheint, beschrieben: <a href="http://www.provinz.bz.it/gesundheitsbericht.asp">http://www.provinz.bz.it/gesundheitsbericht.asp</a>.

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



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

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

### 5.1 Stärken

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

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

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

### 5.2 Schwächen

Die größten auf Sprengelebene verzeichneten Schwachstellen sind:

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

# 6. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich in Südtirol

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

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

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

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

### 6.1 Die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC)

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

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

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

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

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

GB	/				Anlaufstellen für Pflege und Betreuung / Sportelli unici per l'assistenza e cura	
cs	Nr	Gemeinden / Comuni	Name / Nome	Ort / Località	Name / Nome	Ort / Località
	AFT 101_1	St. Ulrich - St. Christina - Wolkenstein	Gröden	St. Ulrich	Gröden	St. Ulrich
	AFT 101_2	Kastelruth		Kardaun	Eggental/Schlern	Kastelruth
		Deutschnofen - Welschnofen - Karneid - Seis - Tiers	Eggental - Schlern			Kardaun
		Deutschholen - Weischholen - Karneid - Seis - Hers				Deutschnofen
		Ritten	Salten - Sarntal - Ritten	Bozen	Salten-Sarntal-Ritten	Ritten
	AFT 101_3	Sarntal				Sarntal
		Mölten + Jenesien				Mölten
z	AFT 101 4	Eppan - Kaltern	Überetek	St. Michael	Überetsch	St. Michael
BOZEN	AFT 101_4	Andrian - Nals - Terlan	Überetsch			St. Michael
æ	AFT 101_5	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers - Branzoll - Pfatten	Leifers	Leifers/Branzoll/Pfatten	Leifers
		Aldein - Altrei - Auer - Truden		Neumarkt	Unterland	Neumarkt
	AFT 101_6	Montan - Salurn	Unterland			
		Kurtatsch - Kurtinig - Magreid - Tramin				
	AFT 101_7_1	Bozen 1			Bozen	Loew-Cadonna Platz
	AFT 101_7_2		Bozen	Bozen		
	AFT 101_7_3		Dozen			
	AFT 101_7_4	Bozen 4				
	AFT 102_1	Obervinschgau	Obervinschgau	Mals	Obervinschgau	Mals
	AFT 102_2	Mittelvinschgau	Mittelvinschgau	Schlanders	Mittelvinschgau	Schlanders
-	AFT 102_3	Naturns Umgebung	Naturns Umgebung	Naturns	Naturns	Naturns
MERAN	ΔFT 102 Δ	Lana - Tisens - Tscherms - Burgstall - Gargazon - St. Felix	Lana Umgebung	Lana	Lana	Lana
풀		St. Pankraz - Ulten - Laurein - Proveis	zuna omgesung			
		Meran Umgebung 1	Meran Umgebung	Meran	Meran	Meran
		Meran Umgebung 2	0 0			
	AFT 102_6	Passeier	Passeiertal	St. Leonhard	Passeier	Passeier
7		Wipptal	Wipptal	Sterzing	Wipptal	Sterzing
BRIXEN		Brixen Umgebung 1	Brixen Umgebung	Brixen Umgebung	Brixen	Brixen
BRI		Brixen Umgebung 2				
	AFT 103_3	Klausen	Klausen Umgebung	Klausen	Klausen	Klausen
		Taufers - Ahrntal	Tauferer Ahrntal	Sand in Taufers	Tauferer Ahrntal	Sand in Taufers
BRUNECK		Bruneck Umgebung 1	Bruneck Umgebung	Bruneck	Bruneck	Bruneck
	AFT 104_2_2	2_2 Bruneck Umgebung 2				1 11
5	_	Hochpustertal	Hochpustertal	Innichen	Hochpustertal	Innichen
-		'	· ·			Niederdorf
	AFT 104_4	Gadertal	Gadertal	St. Martin in Thurn	Gadertal	St. Martin in Thurn

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

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

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

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

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

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

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

### Die Ziele sind:

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

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

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

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

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

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

Die Einheit zur gemeinsamen Erstellung des individuellen Betreuungsplans besteht aus:

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

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

Der individuelle Betreuungsplan mit den personenbezogenen Maßnahmen ist gekennzeichnet durch:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. Das neue Versorgungsnetzwerk: Rollen und Aufgaben

Das Management von chronischen Erkrankungen gliedert sich in folgende Phasen:

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

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

### 7.1 Die Gesundheitsbezirke

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

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

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

Dem Gesundheitsbezirk obliegen folgende Maßnahmen:

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

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

### 7.2 Der Gesundheits- und Sozialsprengel

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

### Die Sprengel:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.4 Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege

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

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

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

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

### 7.5 Die Dienstleistungen der Apotheken

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

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

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

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

### 7.6 Ruf- und Dienstzentrale 116117

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

Die Rufnummer 116117 gewährleistet den Nutzern:

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

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

Mit einem späteren Planungsdokument werden weitere Maßnahmen festgelegt, um:

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

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

# 8. Die Integrierte Hausbetreuung (IHB) und die Seniorenwohnheime

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 9. Integration zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung: Die Instrumente

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

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

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

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

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

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

# 10. Intermediärbetten und Übergangsbetten

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

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

## 10.1 Gesundheitlich indizierte Pflegebetten

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

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

Intermediärbetten werden zu folgenden Zwecken eingeführt:

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

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

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

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

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

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

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

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

### 10.2 Sozial indizierte Pflegebetten

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

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

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

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

# 11. Die Rolle der Patientenschutzvereinigungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 12. Die personellen und finanziellen Ressourcen der wohnortnahen Versorgung

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

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

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

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

### 12.1 Aus- und Weiterbildung des Personals

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

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

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

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

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

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

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

Die allgemeinen Ziele und Lernziele sind:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 14. Die telemedizinische Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 15. Verschlankung und Humanisierung der Versorgung

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

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

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

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

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

Der Schwerpunkt der Verbesserungsmaßnahmen wird auf folgende Aspekte gelegt:

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

### 16. Interne und externe Kommunikation

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

### Was soll erreicht werden?

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

### Kommunikation nach außen

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

### Kommunikation nach innen

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

### Die Kernbotschaft

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

### Wording

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

### Kommunikationskanäle

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

### Klassische Medien:

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

### Digitale Medien:

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

### Medien und Kommunikation intern:

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

### Kommunikationszeitraum und Zielüberprüfung

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

# Literaturverzeichnis und rechtliche Bestimmungen

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

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

Autonome Provinz Bozen Südtirol (2016): Landesgesundheitsplan 2016-2020. Gesundheit 2020. Sicher. Gut. Versorgt. http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ\_action=300&publ\_image\_id=425306; 24.04.2017.

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

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

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

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

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

Ministero della Salute (2016): Piano Nazionale della Cronicità. http://www.salute.gov.it/imgs/C 17 pubblicazioni 2584 allegato.pdf; 24.04.2017.

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

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

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

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2015): IT- Masterplan 2016-2018. Strategischer Plan zur Entwicklung der Informationstechnologie im Südtiroler Sanitätsbetrieb.

http://www.sabes.it/de/publikationen.asp?publ\_action=300&publ\_image\_id=403348; 24.04.2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Amtsdirektor	07/12/2018 17:52 GHEDINA CRISTI					
Der Abteilungsdirektor	07/12/2018 17:54 SCHROTT LAURA					
Laufendes Haushaltsjahr Esercizio corrente						
La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa. Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung zweckgebunden		impegnato				
als Einnahmen ermittelt		accertato in entrata				
auf Kapitel		sul capitolo				
Vorgang		operazione				
Der Direktor des Amtes für Ausgaben	10/12/2018 17:09 NATALE STEFAN					
Der Direktor des Amtes für Einnahmen		II direttore dell'Ufficio entrate				
Diese At entspricht dem C		Per copia conforme all'originale				
Datum / U	nterschrift da	ata / firma				

### AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Der Landeshauptmann Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

11/12/2018

Der Generalsekretär Il Segretario Generale MAGNAGO EROS

12/12/2018

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 108 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewährt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

> nome e cognome: Arno Kompatscher codice fiscale: IT:KMPRNA71C19D571S certification authority: InfoCert Firma Qualificata 2 numeri di serie: 315333 data scadenza certificato: 04/01/2020

Am 17/12/2018 erstellte Ausfertigung

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

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

Copia prodotta in data 17/12/2018

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

Ausstellungsdatum

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

04/12/2018

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma



10562	a

Beschlüsse - 1. Teil - Jahr 2018	Deliberazioni - Parte 1 - Anno 2018
Autonome Provinz Bozen - Südtirol  BESCHLUSS DER LANDESREGIERUNG  vom 11. Dezember 2018, Nr. 1343	Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige <b>DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE</b> del 11 dicembre 2018, n. 1343
Gewährung von Medizinprodukten zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes	Erogazione di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario provinciale
des Landesgesundheitsdienstes	Gervizio sanitario provinciale
Fortsetzung >>>	Continua >>>

#### AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



#### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

# Beschluss der Landesregierung

## Deliberazione della Giunta Provinciale

Arno Kompatscher

Christian Tommasini

Richard Theiner

Philipp Achammer

Waltraud Deeg Florian Mussner Arnold Schuler Martha Stocker

ANWESEND SIND

Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Vize-Generalsekretär

SONO PRESENTI

Presidente Vicepresidente Vicepresidente Assessori

Thomas Mathà Vicesegretario generale

Betreff:

Gewährung von Medizinprodukten zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes

Oggetto:

Erogazione di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario provinciale

Vorschlag vorbereitet von Abteilung / Amt Nr.

23.2

Proposta elaborata dalla Ripartizione / Ufficio n.

#### Die Landesregierung

Gemäß Artikel 11 des Dekretes des Dekretes des Ministerpräsidenten vom 12. Jänner 2017, betreffend die Definition und Anpassung der wesentlichen Betreuungsstandards laut Artikel 1, Absatz 7, des gesetzesvertretenden Dekretes vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, werden den Patienten mit Tracheotomie, Ileostomie, Colostomie und Urostomie, den Patienten, die dauerhaft eines Katheterismus bedürfen, den Patienten mit schwerer Harnoder Stuhlinkontinenz, sowie den Patienten, die aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung bettlägerig sind, die Leistungen garantiert, die die Gewährung der in Anlage 2 des genannten Dekretes aufgelisteten Einweg - Medizinprodukte bedingen. In der Anlage 11 genannten Dekretes sind Abgabemodalitäten der Einweg-Medizinprodukte enthalten.

Mit Beschluss der Landesregierung 31. Juli 2018, Nr. 772 ist die Gewährung von Medizinprodukten an Personen mit Diabetes geregelt worden.

Mit Beschluss der Landesregierung 18. April 2017, Nr. 457, sind die von obgenanntem Dekret des Ministerpräsidenten vom 12. Jänner 2017 vorgesehenen wesentlichen Betreuungsstandards übernommen worden.

Mit Beschluss der Landesregierung vom 7. Juli 2003, Nr. 2270 wurde der geltende Landesvertrag für die Regelung Beziehungen mit den öffentlichen und privaten Apotheken genehmigt.

Der genannte Landesvertrag sieht vor, dass die Apotheken im Rahmen der einschlägigen Landesbestimmungen die Heilbehelfe Landesgesundheitsdienstes Lasten des abgeben.

Mit Beschluss der Landesregierung vom 14. März 2005, Nr. 809 in geltender Fassung wurde die Regelung für die Gewährung von Verbandsmaterial und Heilbehelfen Patienten mit Diabetes mellitus, an Patienten mit Ileostomie, Colostomie und Urostomie, an Patienten, die eines Katheterismus bedürfen, an Patienten mit Harn- oder Stuhlinkontinenz, sowie an Patienten, die bettlägerig sind, zu Landesgesundheitsdienstes Lasten des genehmigt.

Die genannte Regelung listet in der Anlage A die Heilbehelfe auf, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes gewährt werden können.

#### La Giunta Provinciale

Ai sensi dell'articolo 11 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti permanentemente necessitano cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale, e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso indicati nel nomenclatore di cui all'allegato 2 del medesimo decreto. Nell'allegato 11 del decreto citato sono definite le modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso.

Con deliberazione della Giunta provinciale 31 luglio 2018, n. 772 è stata disciplinata l'erogazione di dispositivi medici alle persone con malattia diabetica.

Con deliberazione della Giunta provinciale 18 aprile 2017, n. 457, sono stati recepiti i livelli assistenza essenziali di previsti dal sopraccitato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Con deliberazione della Giunta provinciale 7 luglio 2003, n. 2270 è stato approvato il vigente accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private in provincia di Bolzano.

Tale accordo prevede che le farmacie eroghino i presidi medico chirurgici a carico del Servizio sanitario provinciale, nei limiti previsti dalle norme provinciali in materia.

Con deliberazione della Giunta provinciale 14 marzo 2005, n. 809 nella versione vigente è stato approvato l'attuale regolamento per l'erogazione del materiale di medicazione e dei presidi terapeutici con costi a carico del Servizio sanitario provinciale agli assistiti ileocolo e urostomizzati, che necessitano di cateterismo, che sono affetti da incontinenza urinaria o fecale e che sono obbligati all'allettamento.

Il regolamento citato prevede nell'allegato A i presidi concedibili a carico del Servizio Sanitario provinciale.

Artikel 3, Absatz 4 der Regelung sieht vor, das Verzeichnis der Anlage A dass hinsichtlich einmal im wenigstens Jahr Ersetzung, Streichung und Aufnahme von neuen Heilbehelfen überprüft wird. Außerdem teilt laut Artikel 9, Absatz 1 der Landesverband der Apothekeninhaber halbjährlich die im vorangegangenen Semester erfolgten Preisänderungen der Heilbehelfe mit und übermittelt das Verzeichnis der Heilbehelfe mit den angepassten Preisen. Diese Preise treten jeweils mit dem 1. April bzw. 1. Oktober eines ieden Jahres in Kraft.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass das mit Beschluss Nr. 291 vom 27. März 2018 genehmigte aktuelle Verzeichnis des Verbandsmaterials und der Heilbehelfe, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes gewährt werden können, bis zum 31. Dezember 2018 gültig ist.

Was die Modalitäten für die Verschreibung, Ermächtigung und Abgabe sowie die gewährbaren Produkte anbelangt, ist die genannte Regelung mit den Neuerungen, welche das Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Jänner 2017 hinsichtlich der Leistungen, welche die Abgabe von Medizinprodukten bedingen, eingeführt hat, nicht vereinbar.

Es wird daher als notwendig erachtet, eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Südtiroler Sanitätsbetriebes, der Apothekerkammer, des Verbandes der Apothekeninhaber und der öffentlichen Apotheken der Provinz Bozen Gesundheit sowie der Abteiluna zu beauftragen, einen Vorschlag zur Neuregelung Gewährung der von mit Medizinprodukten Patienten an Tracheotomie, Ileostomie, Colostomie und Urostomie, an Patienten, die dauerhaft eines Katheterismus bedürfen, an Patienten mit schwerer Harn- oder Stuhlinkontinenz, an Patienten, die aufgrund einer schweren Erkrankung bettlägerig sind, chronischen sowie an Patienten mit Diabetes mellitus zu Lasten des Landeshaushaltes auszuarbeiten. welche die mit Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Jänner eingeführten Neuerungen berücksichtigt.

Um die Fortdauer Versorgung der mit Heilbehelfen zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes bis zum Inkrafttreten der neuen Landesregelung zu gewährleisten, wird es als notwendig erachtet, beiliegendes Verzeichnis zu genehmigen, welches im Sinne von Artikel 3, Absatz 4 sowie Artikel 9, Absatz 1 der geltenden

L'articolo 3, comma 4 del regolamento prevede che l'elenco di cui all'allegato A venga revisionato almeno una volta all'anno, provvedendo alla sostituzione, cancellazione e all'inserimento di nuovi presidi. Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, l'Associazione provinciale dei titolari di farmacia comunica inoltre semestralmente le variazioni dei prezzi dei presidi e trasmette l'elenco dei presidi con i prezzi aggiornati. Tali prezzi entrano in vigore con il 1° aprile e con il 1° ottobre di ogni anno

Si prende atto che l'attuale elenco del materiale di medicazione e dei presidi terapeutici erogabili a carico del Servizio Sanitario provinciale, approvato con deliberazione della Giunta provinciale 27 marzo 2018, n. 291 è valido fino al 31 dicembre 2018.

Per quanto riguarda le modalità di prescrizione, di autorizzazione, di erogazione nonché i prodotti erogabili, il regolamento citato non è compatibile con le novità introdotte dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 per quanto riguarda le prestazioni che comportano l'erogazione di dispositivi medici.

Si ritiene pertanto necessario incaricare un gruppo di lavoro composto da rappresentati dell'Azienda sanitaria. dell'Ordine farmacisti, dell'associazione dei titolari farmacia e dalle farmacie pubbliche della Provincia di Bolzano nonché della Ripartizione salute di elaborare una proposta di nuovo regolamento per la erogazione dei dispositivi medici o agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale, agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento e agli assistiti affetti da diabete mellito che tiene conto delle novità introdotte dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza con dispositivi medici a carico del servizio sanitario provinciale fino all'entrata in vigore del nuovo regolamento provinciale, si ritiene necessario approvare l'elenco allegato, che ai sensi dell'articolo 3, comma 4 e articolo 9, comma 1 del vigente regolamento per l'erogazione del materiale di medicazione e

Reaeluna für die Gewährung von Heilbehelfen Verbandsmaterial und die Medizinprodukte einschließlich Menge und Preise enthält, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes abgegeben werden können.

Es wird außerdem als notwendig erachtet, den tracheotomierten Personen die Gewährung der erforderlichen Medizinprodukte, so wie vom Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 vorgesehen, zu garantieren.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

- 1) auch den tracheotomierten Personen die Gewährung der notwendigen Medizinprodukte, so wie vom Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 vorgesehen, zu gewährleisten;
- 2) die Anlage A, die Bestandteil dieses Beschlusses ist, zu genehmigen;
- 3) festzulegen, dass die nicht abgelaufenen Ermächtigungen ihre Gültigkeit unter den zum Zeitpunkt ihrer Ausstellung geltenden Bedingungen behalten;
- 4) zu verfügen, dass vorliegender Beschluss ab 1. Januar 2019 in Kraft tritt.

Der Beschluss Nr. 291 vom 27. März 2018 ist widerrufen.

Der vorliegende Beschluss wird im Amtsblatt der Autonomen Region Trentino – Südtirol veröffentlicht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

dei presidi terapeutici contiene i dispositivi medici con le quantità e i prezzi, che possono essere erogati a carico del Servizio sanitario provinciale.

Si ritiene inoltre necessario garantire alle persone tracheostomizzate l'erogazione dei necessari dispositivi medici così come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

- 1) di garantire anche alle persone tracheostomizzate l'erogazione dei necessari dispositivi medici così come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;
- 2) di approvare l'allegato A che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
- 3) di stabilire che le autorizzazioni non scadute mantengono la loro validità alle condizioni in essere al momento della loro emissione;
- 4) di stabilire che la presente deliberazione entra in vigore il 1° gennaio 2019.

La delibera provinciale n. 291 del 27 marzo 2018 è revocata.

La presente deliberazione viene pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Autonoma Trentino – Alto Adige.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Einheits-
		Höchstmenge	vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 1. Tracheotomierte Personen

Die angeführten Vergütungspreise sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichten; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

#### 1.01 Zubehöre

3013	Kanülenhalteband	30 Stück	3,20 €
3014	Tracheostomafilter (künstliche Nase)	30 Stück	0,47 €
3015	Reinigungsbürste für die Trachealkanüle	5 Stück	2,90 €
3016	sterile Schlitzkompresse	30 Stück	0,97 €
3017	HME-Filter - nur für Patienten mit totaler Laryngektomie	30 Stück	2,49 €
3018	Haftpflaster für den HME-Filter - nur für Patienten mit totaler Laryngektomie	15 Stück	3,49 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

#### 3. Inkontinenzleidende und Personen mit Harnretension

Die angeführten Vergütungspreise sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichten; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

## 3.01 Harnauffangbeutel

0127	Bein-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Entleerungshahn und	30 Stück	0,89 €
	Antirückflussventil, mit Antischüttelsystem, mit oder ohne Überzug aus TNT, mit oder ohne		
	Antiverdrehungssystem Einwegbeutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.04.003)		
	Bein-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Entleerungshahn und	8 Stück	3,09 €
	Antirückflussventil, mit Antischüttelsystem, mit oder ohne Überzug aus TNT, mit oder ohne		
	Antiverdrehungssystem wiederverwendbarer Beutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.04.006)		
0188	Bett-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Verschlussklemme und vorgedrucktem	30 Stück	0,84 €
	Volumenanzeiger Einwegbeutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.07.003)		
0086	Bett-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Verschlussklemme und vorgedrucktem	8 Stück	3,26 €
	Volumenanzeiger wiederverwendbarer Beutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.07.006)		
	Harnauffangbeutel mit Hahn zu Liter 2 x 30 Stück	1 Packung	32,14 €
	Bett-Harnauffangbeutel, steril, mit geschlossenem Kreislauf, mit Antirückflussventil (ISO-	3 Stück	6,30 €
	Klassifizierungskodex 09.27.07.006)		
0105	Harnauffangbeutel für retrahierten Penis x 10 Stück	3 Packungen	49,78 €
0113	Bein-Harnauffangbeutel, steril (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.04.006) (Packung zu 8 Stück)	1 Packung	51,73 €

#### 3.02 Blasenkatheter

0186	Folley-Ballon-Dauerkatheter aus reinem Silikon (100 %), durchsichtig, zweiwegig mit länglich gezogenen	2 Stück	18,90 €
	Rillen, mit Spezialtrichterventil, in steriler Einzelverpackung und verschiedenen Durchmesser (UNI EN		
	1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.03.003)		
0115	Nelaton-Einwegkatheter für Frau und Kind aus PVC, hypoallergenisch, zu verschiedenen Längen und	120 Stück	0,60 €
	Durchmesser, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.003)		
	(verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)		
0120	Nelaton-Einwegkatheter für Mann aus PVC, hypoallergenisch, zu verschiedenen Längen und	120 Stück	0,65 €
	Durchmesser, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.006)		
	(verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)		

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen
0133	Einwegkatheter für Neugeborene bis zu einem Jahr, selbstschmierend, aus hypoallergenischem Material, durchsichtig, in verschiedenen Längen und Durchmesser, der keines Schmiergels bedarf, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.009) (verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)	180 Stück	3,66 €
0106	Einwegkatheter für Kinder bis zu 6 Jahre, selbstschmierend, aus hypoallergenischem Material, durchsichtig, in verschiedenen Längen und Durchmesser, der keines Schmiergels bedarf, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.010) (verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)	150 Stück	3,33 €
0107	Einwegkatheter für Frau und Kind über 6 Jahre, selbstschmierend, aus hypoallergenischem Material, durchsichtig, in verschiedenen Längen und Durchmesser, der keines Schmiergels bedarf, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.011) (verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)	120 Stück	3,66 €
0108	Einwegkatheter für Mann, selbstschmierend, aus hypoallergenischem Material, durchsichtig, in verschiedenen Längen und Durchmesser, der keines Schmiergels bedarf, in steriler Einzelverpackung (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.012) (verschreibbar in ein Mehrfaches zu 30 Stück)	120 Stück	3,66 €
0110	Einwegkatheter, integriert mit einem graduierten Auffangbeutel in steriler Einzelverpackung, selbstschmierend, aus hypoallergenischem Material, durchsichtig, in verschiedenen Längen und Durchmesser, der keines Schmiergels bedarf (UNI EN 1616) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.015) (verschreibbar in ein Mehrfaches zu 20 oder 30 Stück)	60 Stück	6,85 €
0187	Katheter/Schützer für Ureterocutaneostomie aus synthetischem Material oder Silikon mit Zentralöffnung, Drainageöffnungen, zwei Klappen zur Blockierung des Katheters und Fixierplatte pr EN 12182) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.06.018)	2 Stück	59,85 €
0104	Einwegkatheter für Neoblase mit 4 Katheteraugen x 30 Stück (Auslaufprodukt)	5 Packungen	91,50 €
0121	Einwegkatheter für Neoblase mit 4 Katheteraugen x 1 Stück	150 Stück	3,05 €
	3.03 Externe Katheter		
0155	Katheter (Kondom) aus natürlichem oder synthetischem, hypoallergenischem Material selbstklebend oder mit Doppelklebeband (pr EN 12182) (ISO-Klassifizierungskodex 09.24.09.003) (Packung zu 30 Stück)	1 Packung	73,20 €

Transanaler Irrigationskatheter (Packung zu 10 Stück)

Transanaler Irrigationskatheter (Packung zu 15 Katheter + 1 Beutel)

0122

0078

219,60 €

366,00 €

1 Packung

1 Packung

(monatlich gewährbar)

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

#### 3.05 Heilbehelfe zum Anziehen mit Wegwerf-Absorbiersystem

Diese Heilbehelfe sind untereinander integrierbar; insgesamt dürfen nicht mehr als 120 Stück monatlich verschrieben werden.

Zusammen mit den Bettunterlagen, im Rahmen der monatlichen Höchstmenge von 60 Stück, sind diese Heilbehelfe als Alternative zu den wiederverwendbaren Heilbehelfen mit Absorbiersystem der 2. Gruppe zu betrachten.

Falls der Patient hingegen das gemischte System verwenden möchte (Wegwerf- plus wiederverwendbares Absorbiersystem), sind die vorgesehenen Höchstmenge um die Hälfte reduziert (60 Heilbehelfe zum Anziehen und 30 Bettunterlagen).

Auf jeden Fall kann der Patient im Rahmen der persönlichen monatlichen Höchstgrenze (jeweiliger Betrag) die für ihn geeigneten Heilbehelfe mit Absorbiersystem frei wählen. In diesem Falle muß das für die Abgabe der Heilbehelfe zuständige Personal die tatsächlich abgegebenen Produkte, die entsprechenden Mengen und Beträge in die entsprechende Bestätigung eintragen.

0401	Windelhöschen für Erwachsene Grossformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.003)	120 Stück	0,77 €
0478	Windelhöschen für Erwachsene Mittelformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.006)	120 Stück	0,66 €
0479	Windelhöschen für Erwachsene Kleinformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.009)	120 Stück	0,54 €
0461	Geformte Windel Grossformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.012)	120 Stück	0,66 €
0480	Geformte Windel Mittelformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.015)	120 Stück	0,57 €
0481	Geformte Windel Kleinformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.018)	120 Stück	0,53 €
0451	Rechteckiger Windelstreifen Standardformat (ISO-Klassifizierungskodex 09.30.04.021)	150 Stück	0,28 €

3.06 Höschen

0452	Netzhöschen (Packung zu 3 Stück)	1 Packung	5,90 €

#### 3.07 Bettzubehör: absorbierende Bettunterlagen

Insgesamt können 60 Bettunterlagen monatlich verschrieben werden (30 des Formates cm 80 X 180 und 30 des Formates cm 60 X 90).

Zusammen mit den Heilbehelfen zum Anziehen mit Wegwerf-Absorbiersystem, im Rahmen der monatlichen Höchstmenge von 120 Stück, sind diese Heilbehelfe als Alternative zu den wiederverwendbaren Heilbehelfen mit Absorbiersystem der 2. Gruppe zu betrachten.

Falls der Patient hingegen das gemischte System verwenden möchte (Wegwerf- plus wiederverwendbares Absorbiersystem), sind die vorgesehenen Höchstmenge um die Hälfte reduziert (60 Heilbehelfe zum Anziehen und 30 Bettunterlagen).

Auf jeden Fall kann der Patient im Rahmen der persönlichen monatlichen Höchstgrenze (jeweiliger Betrag) die für ihn geeigneten Heilbehelfe mit Absorbiersystem frei wählen. In diesem Falle muß das für die Abgabe der Heilbehelfe zuständige Personal die tatsächlich abgegebenen Produkte, die entsprechenden Mengen und Beträge in die entsprechende Bestätigung eintragen.

0471	Umschlagbare Bettunterlage (Format cm 80 x cm 180) (ISO-Klassifizierungskodex 18.12.15.003)	30 Stück	0,53 €
0453	Nicht-Umschlagbare Bettunterlage (Format cm 60 x cm 90) (ISO-Klassifizierungskodex 18.12.15.006)	30 Stück	0,50 €

0116

0117

0118

0119

0123

Katheterventil

Urotainer NaCl 0,9% 100 ml x 10 Stück

Urotainer Suby G 100 ml x 10 Stück

Urotainer Solutio R 100 ml x 10 Stück

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
	3.08 Wegwerf-Windelhöschen für Kinder (ausschließlich für pathologisch-bedingte Inkontinenz)		
0413	Windelhöschen Kleinformat	4 Packungen	14,00 €
0414	Windelhöschen Mittelformat	4 Packungen	14,00 €
0415	Windelhöschen Grossformat	4 Packungen	14,00 €
0402	Analtampons in Polyurethanschaum x 10 Stück	6 Packungen	43,68 €
0.02	3.10 Zubehör	o r dokungon	10,000
0170	Klebestoff Tube zu 28 g	1 Stück	22,54 €
0150	Sterile Gaze cm 10 x cm 10 zirka (Packung mit zirka 50 Stück)	***	10,45 €
0111	Sterile Gaze cm 7,5 x cm 7,5 zirka (Packung mit zirka 50 Stück)	***	7,90 €
0153	Spritze zu 50 ml zum Spülen des Katheters	8 Stück	2,75 €
0190	Schmiermittel für Katheterismus (Packung zu 25 Einzeldosen à ca. 10 ml)	4 Packungen	90,75 €
0112	Einweg Latex- oder Nitril-Handschuhe (verschiedene Grössen) x 100 Stück	1 Packung	13,40 €

Luer-Lock-Verbinder LLN 2047 zu 10 cm für Patienten mit Nephrostomie (Packung zu 20 Stück)

158,71 €

44,16 €

44,16 €

44,16 €

25,21 €

1 Packung

3 Packungen

2 Packungen

1 Packung

1 Stück

(monatlich gewährbar)

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

#### 4. Kolo-, Ileo- und Urostomieträger

#### 4.01 Einteiliges System für Kolo- und Ileostomie (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.04)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0209	Geschlossener Beutel mit oder ohne Filter (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.04.003)	60 Stück	2,92 €
0206	Offener Beutel mit oder ohne Filter (ISO-Klassifizierungskode 09.18.04.006) (für Kolostomieträger)	60 Stück	3,86 €
0254	Offener Beutel mit oder ohne Filter (ISO-Klassifizierungskode 09.18.04.006) (für lleostomieträger)	90 Stück	6,26 €
0202	Offener oder geschlossener Beutel mit konvexer Platter für eingestülpte Stomas (ISO-	60 Stück	11,00 €
	Klassifizierungskodex 09.18.04.009)		

#### 4.02 Zweiteiliges System für Kolo- und Ileostomie (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten. Der Patient, welcher das zweiteilige System (Platte + Beutel) benützt, hat die Möglichkeit, beim Erhalt dieser Produkte, die Anzahl derselben wählen zu können, wobei das entsprechende monatliche Ausgabenbudget nicht überschritten werden darf.

0228	Platte mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.003) (für Kolostomieträger)	10 Stück	4,63 €
0207	Platte mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.003) (für Ileo- bzw.	15 Stück	6,35 €
	Transversostomieträger)		
0203	Konvexe Platte mit oder ohne Rastring für eingestülpte Stomas (ISO-Klassifizierungskodex	10 Stück	9,57 €
	09.18.05.006) (für Kolostomieträger)		
0208	Konvexe Platte mit oder ohne Rastring für eingestülpte Stomas (ISO-Klassifizierungskodex	15 Stück	9,57 €
	09.18.05.006) (für Ileo- bzw. Transversostomieträger)		
0219	Geschlossener Beutel mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.009) (für	60 Stück	1,68 €
	Kolostomieträger)		
0210	Offener Beutel mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.012) (für Kolo- und	90 Stück	3,27 €
	lleostomieträger)		

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

4.03 Einteiliges System für Urostomie (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.07)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0344	Urostomiebeutel mit Rückflussstop-Vorrichtung (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.07.003)	30 Stück	7,00 €
0204	Urostomiebeutel mit konvexer Platte für eingestülpte Stomas (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.07.006)	30 Stück	10,50 €

4.04 Zweiteiliges System für Urostomie (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.08)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten. Der Patient, welcher das zweiteilige System (Platte + Beutel) benützt, hat die Möglichkeit, beim Erhalt dieser Produkte, die Anzahl derselben wählen zu können, wobei das entsprechende monatliche Ausgabenbudget nicht überschritten werden darf.

1040	Platte mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.003)	20 Stück	4,63 €
0205	Konvexe Platte mit oder ohne Rastring für eingestülpte Stomas (ISO-Klassifizierungskodex	15 Stück	9,57 €
	09.18.05.006)		
0301	Auffangbeutel mit oder ohner Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.08.009)	30 Stück	4,74 €

4.05.01 Irrigationssystem (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24) (monatlich gewährbare Heilbehelfe: Entleerungsbeutel)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0287	Entleerungsbeutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.009)	30 Stück	1,98 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

4.05.02 Irrigationssystem (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24) (monatlich gewährbare Heilbehelfe: einteilige Verschlussvorrichtung; in Alternative zur zweiteiligen Verschlussvorrichtung)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten. Für Patienten, welche ausschließlich folgendes Mini-Säckchen Post-Irrigation, gekennzeichnet durch den Code 0321 (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.015) und keinen anderen Beutel bzw. kein Ausdehnungstampon verwenden, ist die monatliche Höchstmenge auf 90 Stück erhöht.

0321	Mini-Säckchen Post-Irrigation (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.015)	30 Stück	2,65 €
0211	Geschlossener Beutel mit Filter (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.04.003) (in Alternative zum	30 Stück	2,92 €
	selbsttragenden Ausdehnungstampon laut nachfolgendem Code 0297)		
0297	Selbsttragender Ausdehnungstampon (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.018) (in Alternative zum	30 Stück	4,89 €
	geschlossenen Beutel mit Filter laut vorhergehendem Code 0211)		

4.05.03 Irrigationssystem (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24) (monatlich gewährbare Heilbehelfe: zweiteilige Verschlussvorrichtung; in Alternative zur einteiligen Verschlussvorrichtung)

Die Heilbehelfe des einteiligen-, zweiteiligen- und Irrigationssystems sind alternativ zu verwenden. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

02	291	Platte mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.006)	10 Stück	4,63 €
02	295	Geschlossener Beutel mit oder ohne Rastring (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.05.009) (in Alternative	30 Stück	1,67 €
		zum Ausdehnungstampon laut nachfolgendem Code 0293)		
02	293	Ausdehnungstampon (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.024) (in Alternative zum geschlossenen	30 Stück	4,89 €
		Beutel mit Filter laut vorhergehendem Code 0295)		

#### 4.06 Zubehör für Stomie

Die Vergütungspreise folgender Produkte sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichten; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten. Auf jeden Fall kann der Patient im Rahmen der persönlichen monatlichen Höchstgrenze (jeweiliger Betrag) die für ihn geeigneten Produkte frei wählen. In diesem Falle muss das für die Abgabe der Heilbehelfe zuständige Personal die tatsächlich abgegebenen Produkte, die entsprechenden Mengen und Beträge in die entsprechende Bestätigung eintragen.

0319	Schutzsalbe (Tube zu 60 g)	2 Tuben	19,00 €
0320	Schutzpulver (Fläschen zu 25 g)	1 Fläschen	21,94 €
0213	Modellierbare Salbe (in Streifen) (Packung zu 10 Streifen)	2 Packungen	12,38 €
0201	Parastomales Hautschutzmittel	1 Stück	44,14 €
0088	Schutzringe	30 Stück	4,49 €
0410	Elastisches Hydrokolloid-Pflaster (Packung zu 20 Stück)	2 Packungen	28,29 €
0411	Produkt zur Entfernung des Klebemittels	2 Packungen	21,35 €
0412	Unsterile Garze (Packung mit zirka 100 Stück)	***	18,00 €
0817	Bett-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Verschlussklemme und vorgedrucktem Volumenanzeiger Einwegbeutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.07.003)	30 Stück	0,82 €
0818	Bett-Harnauffangbeutel, Wasserdicht, mit Verbindungsschlauch, Verschlussklemme und vorgedrucktem Volumenanzeiger wiederverwendbarer Beutel (ISO-Klassifizierungskodex 09.27.07.006)	8 Stück	3,26 €
0819	Desodorierendes Gel in Briefchen (Dose zu 100 Briefchen)	1 Packung	46,13 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

5. Personen, die an chronischen Geschwüren verschiedener Ursache, sezernierenden Fisteln, Dekubitalulcera, sezernierenden Ekzemen, chronischen Zuständen nach chirurgischen und nichtchirurgischen Eingriffen leiden

Die Vergütungspreise folgender Produkte sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichten; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten. Auf jeden Fall kann der Patient im Rahmen der persönlichen monatlichen Höchstgrenze (jeweiliger Betrag) die für ihn geeigneten Produkte frei wählen. In diesem Falle muss das für die Abgabe der Heilbehelfe zuständige Personal die tatsächlich abgegebenen Produkte, die entsprechenden Mengen und Beträge in die entsprechende Bestätigung eintragen.

#### 5.01 Garzen aus Baumwolle oder Vlies

0501	Sterile Garze cm 10 x cm 10 zirka (Packung mit zirka 10 Stück)	***	3,10 €
0503	Sterile Garze cm 36 x cm 40 zirka (Packung mit zirka 12 Stück)	***	4,60 €
0515	Sterile Garze cm 15 x cm 15 zirka (Packung mit zirka 50 Stück)	***	3,20 €
0516	Sterile Garze m 1 zirka (Einzelpackung)	***	2,50 €
0618	Unsterile Garze (Packung zu 1 kg zirka)	***	22,00 €
0010	ponstenie Garze (Fackung zu i kg zirka)		22,00 €

#### 5.02 Binden

0507	Umrandete Binde aus Baumwolle m 5 x cm 5 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	1,80 €
0508	Umrandete Binde aus Baumwolle m 5 x cm 7 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	2,10 €
0509	Umrandete Binde aus Baumwolle m 5 x cm 10 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	2,70 €
0568	Elastische Binde cm 7 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	3,10 €
0569	Elastische Binde cm 10 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	4,34 €
0570	Elastische Binde cm 15 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	5,50 €
0619	Elastische selbsthaftende Binde cm 10 zirka (Packung zu 1 Stück)	***	6,20 €

#### 5.03 Pflaster

0510	Normales Pflaster m 9,2 x cm 2,5 zirka	***	6,50 €
0511	Normales Pflaster m 9,2 x cm 5 zirka	***	10,60 €
0513	Luftdurchlässiges Pflaster m 5 x cm 2,5 zirka	***	8,00 €
0520	Pflaster aus Seide cm 2,5 x m 5 zirka	***	7,80 €
0521	Pflaster aus Seide cm 5 x m 5 zirka	***	12,20 €
0523	Mikrodurchlöchertes Pflaster m 5 x cm 2,5 zirka	***	7,80 €
0517	Selbstklebendes nicht elastisches Fixiersystem m 10 x cm 10 zirka	1 Packung	28,70 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
		Hoonstmenge	(wwot. inbegrineit)
0518	Selbstklebendes nicht elastisches Fixiersystem m 10 x cm 15 zirka	1 Packung	41,60 €
0620	Selbstklebendes elastisches Fixiersystem m 10 x cm 10 zirka	1 Packung	25,70 €
0622	Selbstklebendes elastisches Fixiersystem m 10 x cm 15 zirka	1 Packung	34,40 €
	<u> </u>		
	5.04 Schlauchverbände		

0572	Schlauchverband in verschiedenen Größen (Einzelpackung)	1 Packung	19,60 €
0372	Schladchverband in verschiedenen Groben (Einzelpackung)	i i ackung	15,00 C

## 5.05 Alginate

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0537	Alginate in Platten- oder Kompressenformat cm 5 x cm 5 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	27,60 €
0535	Alginate in Platten- oder Kompressenformat cm 10 x cm 10 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	50,90 €
0536	Alginate in Platten- oder Kompressenformat cm 15 x cm 15 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	80,40 €
0543	Alginate in Tamponformat g 2 zirka x 5 Stück	4 Packungen	49,50 €
0540	Alginate in Bandformat (Packung zu 5 oder 6 Stück)	3 Packungen	51,00 €

#### 5.06 Hochabsorbierende Medikationen

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0608	Sterile hochabsorbierende Medikation cm 10 x 10 zirka (Packung zu 25 Stück)	1 Packung	113,00 €
0611	Sterile hochabsorbierende Medikation cm 10 x 20 zirka (Packung zu 25 Stück)	1 Packung	157,50 €
0097	Sterile hochabsorbierende Medikation cm 10 x 10 (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	70,00 €
0098	Sterile hochabsorbierende Medikation cm 20 x 25 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	180,56 €
0076	Sterile hochabsorbierende Medikation cm 15 x 20 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	43,29 €

## 5.07 Hydrokolloide

0548	Hydrokolloide in steriler Kompresse cm 10 x cm 10 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	40,87 €
0549	Hydrokolloide in steriler Kompresse cm 20 x cm 20 zirka (Packung zu 5 oder 6 Stück)	2 Packungen	115,90 €
0534	Hydrokolloide in steriler, geformter Kompresse (Packung zu 5 oder 6 Stück)	2 Packungen	86,00 €
0527	Hydrokolloide in Salbe oder Pulver	2 Stück	9,14 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

5.08 Hydrogels

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0529	Hydrogel in Tube, Spender- oder Dosieranlage zu je 15 g zirka x 10 Stück	1 Packung	96,75 €
------	--	-----------	---------

5.09 Medikationen in selektiver Mikrohaftung durch- oder nicht-durchgetränkt

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0574	Kontaktmedikationen in steriler Kompresse cm 7,5 x 10 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	61,00 €
0575	Kontaktmedikationen in steriler Kompresse cm 10 x 18 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	113,00 €
0058	Sterile absorbierende Medikation cm 10 x 10 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Pakungen	36,50 €
0059	Sterile absorbierende Medikation cm 15 x 15 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Pakungen	75,00 €
0060	Sterile absorbierende Medikation mit oder ohne Kleberand für die Ferse (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	77,59 €
0061	Dünne sterile absorbierende Medikation cm 10 x 10 zirka (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	33,50 €
0062	Sterile absorbierende Medikation mit oder ohne Kleberand für das Kreuzbein (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	114,50 €
	Dränierende sterile Medikation cm 15 x 20 zirka (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	119,50 €
0064	Dränierende sterile Medikation cm 20 x 50 zirka (Packung zu 2 Stück)	1 Packung	121,00 €
0065	Sterile absorbierende Medikation cm 10 x 10 zirka mit Kohle und/oder Silber (Packung zu 5 Stück)	2 Pakungen	109,80 €
0066	Sterile absorbierende Medikation cm 20 x 20 zirka mit Kohle und/oder Silber (Packung zu 5 Stück)	2 Pakungen	268,40 €

## 5.10 Durchsichtige Filme

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0550	Durchsichtiger steriler Film cm 6 x cm 7 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	12,00 €
0551	Durchsichtiger steriler Film cm 10 x cm 12 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	25,50 €
0552	Durchsichtiger steriler Film cm 15 x cm 20 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	58,96 €
0514	Durchsichtiger nicht steriler Film in Zentimeterrolle zu 10 cm x 10 m zirka	1 Stück	69,80 €

## 5.11 Polyurethan-Schaumstoffe

0554	Polyurethan-Schaumstoffe in steriler Kompresse cm 10 x 10 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	60,39 €
0578	Polyurethan-Schaumstoffe in steriler Kompresse cm 15 x 15 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	97,60 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
0589	Polyurethan-Schaumstoffe in steriler Kompresse cm 15 x 20 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	119,50 €
0555	Polyurethan-Schaumstoffe in kreis- oder rohrförmiger steriler Kompresse x 1 Stück	15 Stück	32,94 €

#### 5.12 Absorbierende Medikationen mit Aktivkohle mit oder ohne Freilassung von Silber

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0544	Absorbierende Medikationen mit Aktivkohle in steriler Kompresse cm 10 x cm 10 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	103,36 €
0545	Absorbierende Medikationen mit Aktivkohle in steriler Kompresse cm 15 x cm 20 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	125,20 €

## 5.13 Mehrschichtiges Kompressionsbinden- oder -strumpfsystem

Supplementation of the Bull in 151/Car. 1990 del 20/12/2018 / Beiblatt Nr. 4 zum ABI. vom 20.12.2018, Nr. 51/Allg. Skt.

(monatlich gewährbar)

0606	Mehrschichtiges Kompressionsbindensystem	***	30,00 €
0820	Mehrschichtiges Kompressionsstrumpfsystem ulcer kit (2 Unterstrümpfe + 1 Überstrumpf)	***	90,28 €
0821	Nachfüllpackung ulcer kit (2 Unterstrümpfe)	***	44,40 €

### 5.14 Hochabsorbierende Medikationen mit Freilassung von Silber

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0561	Absorbierende Medikationen mit Silber cm 10 x cm 10 zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	112,68 €
0600	Absorbierende Medikationen mit Silber cm 15 x cm 15 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	119,77 €
0604	Absorbierende Medikationen mit Silber in Streifen oder Band (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	89,01 €

## 5.15 Auffangbeutel und Zubehör für sezerniernde Fistel

0525	Beutel mit Auslassventil	30 Stück	16,12 €
0822	Schutzsalbe (Tube zu 60 g)	2 Tuben	19,00 €
0823	Schutzpulver (Fläschen zu 25 g)	1 Fläschen	21,94 €
0824	Modellierbare Salbe (in Streifen) (Packung zu 10 Streifen)	2 Packungen	12,38 €
0825	Parastomales Hautschutzmittel	1 Stück	44,14 €
0826	Schutzringe	30 Stück	4,49 €
0827	Elastisches Hydrokolloid-Pflaster (Packung zu 20 Stück)	2 Packungen	28,29 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
0828	Produkt zur Entfernung des Klebemittels	2 Packungen	21,35€

#### 5.16 Wundspüllösung

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0588	Lösung zur Spülung der Hautwunden	1 Stück	7,52 €
			,

#### 5.17 Acytotoxische Wunddesinfektionsprodukte

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0079	Acytotoxische bakterizide und viruzide Wunddesinfektionslösung oder -gel	1 Fläschen	67,00 €

## 5.18 Hyaluronsäurehaltige und/oder kollagenhaltige Medikationen und deren Derivate

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0075	Hyaluronsäurehaltige oder kollagenhaltige Medikation in Pulver oder Spray mit oder ohne kolloid. Silber	2 Packungen	19,70 €
0077	Hyaluronsäurehaltige Medikation in Creme/Gel/Salbe auch als Zusammensetzung	2 Packungen	67,10 €
	Absorbierende Medikation in Fasergewebe mit HYAFF (Ester der Hyaluronsäure) cm 10 x cm 10	2 Packungen	31,50 €
	(Packung zu 1 St.)		ŕ
0081	Absorbierende Medikation in Fasergewebe mit HYAFF (Ester der Hyaluronsäure) cm 5 x cm 5 (Packung zu 3 St.)	2 Packungen	29,50 €
0832	Medikation mit Hyaluronsäure und Mesoglycan cm 8 x cm 12 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	22,00 €
0835	Medikation auf der Grundlage von Kollagen cm 5 x cm 5 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	49,00 €
0836	Medikation auf der Grundlage von Kollagen cm 10 x cm 10 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	157,00 €

#### 5.19 Bakterienbindende Medikationen

0082	Medikation in sterilem Einzelbriefchen cm 4 x cm 6 zirka (Packung zu 5 St.)	2 Packungen	25,00 €
0083	Medikation in sterilem Einzelbriefchen cm 2 x cm 50 zirka (Packung zu 20 St.)	1 Packung	233,00 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

#### 5.20 Fortschrittliche Medikationen 100% nature

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0091	Fläschen 10 ml (ölige Zuberetung mit Spray-Aerosol-Spender)	1 Stück	29,00 €
0092	Fläschen 50 ml (ölige Zubereitung mit Tropfenzähler oder Spray-Aerosol-Spender)	1 Stück	69,00 €
0093	4 Einmaldosis 5 ml (ölige Zubereitung)	1 Packung	20,57 €
0094	Gel Spray 100 ml	1 Stück	46,90 €
0095	Gel Tube 30 ml	1 Stück	19,96 €
0096	Medizierte Garzen cm 10 x cm 10 (Packung zu 10 St.)	1 Packung	35,00 €

## 5.21 Polyurethan-Schaumstoffe mit Antiseptikum

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0072	Polyurethan-Schaumstoffe mit Antiseptikum Kompresse cm 5 x cm 5 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	77,50 €
0073	Polyurethan-Schaumstoffe mit Antiseptikum Kompresse cm 10 x cm 10 zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	173,00 €
0074	Polyurethan-Schaumstoffe mit Antiseptikum Tampon cm 2 x cm 21 Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	197,00 €

### 5.22 Sterile absorbierende Medikationen in gelifizierenden Fasern auf der Grundlage von Carboxymethylcellulose

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0558	Sterile absorbierende Medikation in gelifizierenden Fasern auf der Grundlage von	2 Packungen	63,42 €
	Carboxymethylcellulose cm 2 x cm 45 (Packung zu 5 oder 6 Stück)		
0559	Sterile absorbierende Medikation in gelifizierenden Fasern auf der Grundlage von	2 Packungen	41,47 €
	Carboxymethylcellulose cm 10 x cm 10 x 5 Stück		

## 5.23 Schutzsalbe auf der Grundlage von Dimeticon

0530 Schutzsalbe auf der Grundlage von Dimeticon in Tube max 115 g	2 Stück	26,50 €
--	---------	---------

## Supplementation of the Bull in 151/Car. 1990 del 20/12/2018 / Beiblatt Nr. 4 zum ABI. vom 20.12.2018, Nr. 51/Allg. Skt. (monatlich gewährbar)

nlage 🏻	129
---------	-----

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

#### 5.24 Durchsichtige absorbierende Acrylmedikationen

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

	556	Durchsichtige absorbierende Acrylmedikation 15 cm x 15 cm zirka x 5 Stück	2 Packungen	83,20 €
0	617	Durchsichtige absorbierende Acrylmedikation 20 cm x 20 cm zirka x 5 Stück	2 Packungen	124,80 €

## 5.25 Absorbierender Schaum mit Freilassung von Ibuprofen

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0829	Absorbierender Schaum mit Freilassung von Ibuprofen cm 10 x cm 10 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	64,66 €
0830	Absorbierender Schaum mit Freilassung von Ibuprofen cm 10 x cm 20 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	103,46 €
0831	Absorbierender Schaum mit Freilassung von Ibuprofen cm 15 x cm 15 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	103,46 €

#### 5.26 Interaktive Medikation aus Polyurethan oder Polyester

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0850	Medikation 10 cm x 10 cm zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	127,27 €
0851	Medikation 15 cm x 15 cm zirka (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	283,50 €
0857	Medikation 5 cm x 7 cm zirka (Packung zu 3 Stück)	4 Packungen	19,90 €

## 5.27 Kontaktmedikationen in steriler Kompresse mit Silber oder mit antimikrobieller Wundauflage und Silber-Nanokristalle oder Honig

0852	Medikation 10 cm x 12 cm zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	34,00 €
0853	Medikation 15 cm x 15 cm zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	38,00 €
0590	Medikation 10 cm x 10 cm (Packung zu 12 Stück)	1 Packung	235,94 €
0591	Medikation 10 cm x 20 cm (Packung zu 12 Stück)	1 Packung	361,20 €
0592	Medikation 10 cm x 12,5 cm (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	235,24 €
0858	Medikation 10 cm x 10 cm (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	75,00 €
0859	Medikation 10 cm x 20 cm (Packung zu 5 Stück)	1 Packung	120,00 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche	Vergütungspreis
		Höchstmenge	(MwSt. inbegriffen)

5.28 Absorbierende Medikation, hydroreinigend, freilassend, auf der Grundlage von Vliesverbandähnliches Polyakrylat, gelbildend und Silber

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0854	Medikation 6 cm x 6 cm zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	36,45 €
0855	Medikation 10 cm x 10 cm zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	43,77 €
0856	Medikation 15 cm x 15 cm zirka (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	92,27 €

5.29 Metall-Protease-Inhibitoren (ORC+Cellulose)

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

0860	Metall-Protease-Inhibitor (ORC+Cellulose) small (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	182,57 €
0861	Metall-Protease-Inhibitor (ORC+Cellulose) large (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	324,58 €

5.30 Metall-Protease-Inhibitoren (ORC+Cellulose+Silber oder Kollagen mit Honig)

Die monatlichen Höchstmengen nachfolgender Produkte verstehen sich für jede einzelne Wunde.

061	Metall-Protease-Inhibitor (ORC+Cellulose+Silber) small (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	391,38 €
061	Metall-Protease-Inhibitor (ORC+Cellulose+Silber) large (Packung zu 10 Stück)	1 Packung	715,16 €
086	Metall-Protease-Inhibitor (Kollagen mit Honig) 5 cm x 5 cm (Packung zu 3 Stück)	2 Packungen	48,00 €

#### 5.31 Andere Medikationen

0581	Versiva XC selbstklebende Medikation (Convatec) cm 10 x cm 10 x 10 Stück	1 Packung	73,97 €
0582	Versiva XC selbstklebende Medikation (Convatec) cm 14 x cm 14 x 10 Stück	1 Packung	109,18 €
0616	Cadesorb Salbe (Smith & Nepehew) 20 g	10 Packungen	37,06 €
0526	Cavilon (3M) nicht irritierender Schutzfilm in Tampon zu 1 ml x 5 Stück	6 Packungen	7,70 €
0528	Cavilon (3M) nicht irritierender Schutzfilm in Spray zu 28 ml	5 Stück	11,90 €
0500	Cavilon (3M) Servietten x 8 Stück	15 Packungen	5,90 €
0067	Xelma (Mölnlycke) Spender zu 0,5 ml	4 Packungen	147,42 €
0068	Mepitac (Mölnlycke) cm 4 x 1,5 Meter x 1 Stück	1 Stück	18,00 €
0069	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) Kompresse cm 5 x cm 5 Packung zu 5 Stück	2 Packungen	65,50 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Monatliche Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
0070	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) Kompresse cm 9 x cm 9 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	132,00 €
0071	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) Tampon cm 2 x cm 21 (Packung zu 5 Stück)	2 Packungen	173.00 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Jährliche Höchstmenge	Einheits-
			vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 1. Tracheotomierte Personen

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Arzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichten; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

## 1.02 Kanülen (Sofern vom Arzt nicht anderes angegeben, kann nur eines der Produkte dieser Kategorie verschrieben werden)

3001	Trachealkanüle aus weichem Kunststoff mit Führungsstab, nicht gefenstert (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.003)	4 Stück	43,83 €
3002	Trachealkanüle aus weichem Kunststoff mit Führungsstab, gefenstert (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.006)	4 Stück	43,83 €
3003	Trachealkanüle aus hartem Kunststoff mit Führungsstab, nicht gefenstert, mit oder ohne Innenkanüle, mit oder ohne Cuff (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.009)	4 Stück	82,91 €
3004	Trachealkanüle aus hartem Kunststoff mit Führungsstab, gefenstert, mit oder ohne Innenkanüle, mit oder ohne Cuff (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.012)	4 Stück	82,91 €
3005	Trachealkanüle aus verchromtem oder versilbertem Metall bestehend aus zwei oder drei Teilen (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.015)	2 Stück	102,50 €
3006	Trachealkanüle aus Silber 900/1000 bestehend aus drei Teilen (ISO-Klassifizierungscode: 09.15.03.018)	2 Stück	355,34 €

#### 1.03 Zubehöre

3007	Duschfilter	1 Stück	46,31 €
3008	automatisches Ventil - freehands - nur für Patienten mit totaler Laryngektomie und mit Stimmprothese	1 Stück	704,76 €
1 3009	HME-Filter für das automatische Ventil - nur für Patienten mit totaler Laryngektomie und mit Stimmprothese	240 Stück	4,57 €
1 30110	Reinigungsbürste der Stimmprothese - nur für Patienten mit totaler Laryngektomie und mit Stimmprothese	42 Stück	2,96 €
3011	Tücher zum Entfernen des Haftpflasters	400 Stück	0,19 €
3012	Tücher zum besserem Auftragen des Haftpflasters	400 Stück	1,11 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 3. Inkontinenzleidende und Personen mit Harnretention

#### 3.11 Transanales Irrigationssystem

0124	Vollständiges transanales Irrigationsset	2 im Jahr	195,20 €
0833	Vollständiges elektronisches transanales Irrigationsset	1 alle 2 Jahre	732,00 €
0834	Schlauchset für elektronischen Irrigator (Packung zu 2 Stück)	2 im Jahr	43,92 €

#### 3.12 Zubehör

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

0621	Ständer für Säckchen für bettlägrige Patienten	2 im Jahr	1,50 €
0625	Schnürriemen für Beinbeutel	10 im Jahr	1,56 €
0628	Siliocon-Spray-Schmiermittel (Kode T.V. 09.21.18.006)	1 Fläschen im Monat	15,60 €

#### 3.13 Widerverwendbare Heilbehelfe mit Absorbiersystem

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Die wiederverwendbaren Heilbehelfen mit Absorbiersystem, im Rahmen der Höchstmenge von 14 Stück für das 1. Jahr und von 8 Stück für die folgenden Jahre (Windelhöschen) zusammen mit 6 Stück für das 1. Jahr und 4. Stück für die folgenden Jahre (Bettunterlage), sind als Alternative zu den Wegwerf-Heilbehelfe der 1. Gruppe zu betrachten. Falls der Patient hingegen das gemischte System verwenden möchte (wiederverwendbare Heilbehelfe plus Wegwerf-Heilbehelfe), ist diese Höchstmenge um die Hälfte reduziert (7 Windelhöschen für das 1. Jahr und 4 für die folgenden Jahre zusammen mit 3 Bettunterlagen für das 1. Jahr und 2 für die folgenden Jahre).

Auf jeden Fall kann der Patient im Rahmen der persönlichen Höchstgrenze (jeweiliger Betrag) die für ihn geeigneten Heilbehelfe mit Absorbiersystem frei wählen. In diesem Falle muß das für die Abgabe der Heilbehelfe zuständige Personal die tatsächlich abgegebenen Produkte, die entsprechenden Mengen und Beträge in die Verschreibung eintragen.

0405	Waschbares, wiederverwendbares Windelhöschen (large)	14 Stück für das 1. Jahr,	55,72 €
		8 Stück für die folgenden	
		Jahre	
0406	Waschbares, wiederverwendbares Windelhöschen (medium)	14 Stück für das 1. Jahr,	55,72 €
		8 Stück für die folgenden	
		Jahre	

#### Beschreibung Heilbehelfe Höchstmenge Vergütungspreis Code (MwSt. inbegriffen) 55,72 € Waschbares, wiederverwendbares Windelhöschen (small) 14 Stück für das 1. Jahr, 0407 8 Stück für die folgenden Jahre 0408 3-schichtige Bettunterlage, rutschfest mit Umschlag, wiederverwendbar und waschbar bei 95°, aus 6 Stück für das 1. Jahr, 4 28,12€ Polyester mit wasserundurchlässigem Schutz aus Polyurethanlaminat in 4 Warmphasen, Grösse cm 75 x Stück für die folgenden cm 90 (mit Umschlag cm 165 x cm 75), Saugfähigkeit 1.200 ml, Gewicht g 420, wasserundurchlässig Jahre 200 mbar

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 4. Kolo-, Ileo- und Urostomieträger

4.05.04 Irrigationssystem (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24) (nicht-monatlich gewährbare Heilbehelfe)

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0641	Vollständiges Irrigationsset (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.003)	1 alle 6 Monate	70,71 €
0643	Einfacher Irrigator (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.004) (in Alternative zum vollständigen	1 alle 6 Monate	40,32 €
	Irrigationsset laut vorhergehendem Code 0641)		
0645	Wasserbeutel	1 alle 6 Monate	37,71 €

#### 4.07 Zubehör für Stomie (nicht-monatlich gewährbare Heilbehelfe)

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Die angeführten monatlichen Höchstmengen verstehen sich für jedes einzelne Stoma. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0642	Regulierbarer Gürtel	2 im Jahr	15,60 €
0644	Anatomischer Kegel und Irrigationskanüle (ISO-Klassifizierungskodex 09.18.24.101)	1 alle 6 Monate	7,29 €

#### 6. Personen, die einer Infusionstherapie zuhause unterzogen werden

#### 6.01 Set für i.v.-Infusionen

Nachstehende Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Auf der Verschreibung muss nicht der Stempel "HAT ANRECHT" angebracht werden.

0661	Set für i.V. Infusionen mit Butterflynadel	***	2,00 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 7. Personen mit chronisch-venöser Insuffizienz, Thrombophlebitis und Phlebothrombose

#### 7.01 Elastische Langzug-, Mittelzug- und Kurzugkompressionsbinden

Diese Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

Folgende Höchstmengen sind zu berücksichtigen:

Nur Binden: 2 Binden je Bein im Jahr.

Nur Strümpfe: 2 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder 2 Strumpfhosen im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose) oder 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

Binden plus Strümpfe: eine Binde im Jahr plus 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder eine Binde im Jahr plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

0701	Elastische Kompressionsbinde cm 8	2 Stück je Bein im Jahr	17,70 €
0702	Elastische Kompressionsbinde cm 10	2 Stück je Bein im Jahr	20,10 €
0703	Elastische Kompressionsbinde cm 12	2 Stück je Bein im Jahr	24,30 €

#### 7.02 Medizinische Kompressionsstrümpfe (Standardgrößen)

Diese Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

Die angeführten Vergütungspreise sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichen; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

Folgende Höchstmengen sind zu berücksichtigen:

Nur Binden: 2 Binden je Bein im Jahr.

Nur Strümpfe: 2 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder 2 Strumpfhosen im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose) oder 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

Binden plus Strümpfe: eine Binde im Jahr plus 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder eine Binde im Jahr plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

0713	Kniestrumpf Standardgröße (1 Paar)	2 Paar im Jahr	74,00 €
0715	Oberschenkelstrumpf kurzes oder langes Modell Standardgröße (1 Paar)	2 Paar im Jahr	96,00 €
0716	Halbstrumpfhose Standardgröße (1 Stück)	2 Stück im Jahr	77,00 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
0717	Strumpfhose Standardgröße (1 Stück)	2 Stück im Jahr	137,00 €
0718	Umstandsstrumpfhode Standardgröße (1 Stück)	2 Stück im Jahr	134,00 €

#### 7.03 Medizinische Kompressionsstrümpfe (Maßanfertigung)

Diese Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

Die angeführten Vergütungspreise sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichen; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

Folgende Höchstmengen sind zu berücksichtigen:

Nur Binden: 2 Binden je Bein im Jahr.

Nur Strümpfe: 2 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder 2 Strumpfhosen im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose) oder 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

Binden plus Strümpfe: eine Binde im Jahr plus 1 Paar im Jahr (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf) oder eine Binde im Jahr plus 1 Strumpfhose im Jahr (Halbstrumpfhose, Strumpfhose, Umstandsstrumpfhose).

In besonderen Fällen können die 2 Paar Maßstrümpfe (Kniestrumpf, Halbschenkelstrumpf, Oberschenkelstrumpf), eventuell mit Silikon-Haftband, auch als 4 Einzelstücke, aufgeteilt auf das ganze Jahr, verschrieben werden.

0719	Kniestrumpf Maßanfertigung (1 Paar)	2 Paar im Jahr	125,00 €
0721	Oberschenkelstrumpf kurzes oder langes Modell Maßanfertigung (1 Paar)	2 Paar im Jahr	163,50 €
0722	Halbstrumpfhose Maßanfertigung (1 Stück)	2 Stück im Jahr	158,00 €
0723	Strumpfhose Maßanfertigung (1 Stück)	2 Stück im Jahr	225,00 €
0724	Umstandsstrumpfhode Maßanfertigung (1 Stück)	2 Stück im Jahr	225,00 €

### 7.04 Zubehör für medizinische Kompressionsstrümpfe

Diese Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

Die angeführten Vergütungspreise sind als Höchstbeträge zu verstehen. Falls der Patient Produkte wählt, die einen höheren Preis als der angeführte Vergütungspreis aufweisen, hat er den Differenzbetrag zu entrichen; falls der Patient hingegen Produkte wählt, die einen niedrigeren Preis aufweisen, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

0725	Haftband Silikon (1 Paar)	2 Paar im Jahr	25,50 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis
			(MwSt. inbegriffen)

#### 7.05 Zinkleimbinden

Diese Heilbehelfe sind von sämtlichen bediensteten und vertragsgebundenen Ärzten des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar.

0753 Zinkleimbinde m 10 x cm 10	***	15.00 €

### 8. Chronische Ödeme und Folgen von Verbrennungen

Nachstehende Heilbehelfe sind von einem bediensteten oder vertragsgebundenen Facharzt des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Der Verschreibung muss ein entsprechender Vordruck für die Maßangaben beigelegt und dem Sanitätsbetrieb vorgelegt werden (ohne diesen Vordruck stellt der Sanitätsbetrieb nicht die Ermächtigung durch Anbringung auf der Verschreibung des Stempels "HAT ANRECHT" aus). Anschließend kann sich der Patient mit der Verschreibung und dem Vordruck an eine Apotheke bzw. ein Sanitätshaus, die mit dem Sanitätsbetrieb vertragsgebunden sind, wenden,

Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen, da sie je nach Kompressionsklasse und Maß schwanken.

Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

Das Verzeichnis ist modulmäßig aufgebaut, d. h. die einzelnen Extras der Massarmbandagen bzw. der Massbeinstrümpfe werden getrennt angeführt.

### 8.01 Massarmbandagen (Kompressionsklassen 1, 2, 3)

1503	Armstrumpf ohne Hand C-G (Abschluss schräg)	2 Stück/Jahr pro	156,48 €
		betroffenen Körperteil	
1510	Armstrumpf mit Hand (einteilig) ohne Finger A-G	2 Stück/Jahr pro	213,13 €
		betroffenen Körperteil	
1513	Armstrumpf mit Hand (einteilig) mit Fingern (offen/geschlossen) A-G	2 Stück/Jahr pro	341,87 €
		betroffenen Körperteil	
1517	Armstrumpf u. Hand (zweiteilig) ohne Finger A-C1 + C-G	2 Stück/Jahr pro	352,45 €
		betroffenen Körperteil	
1522	Armstrumpf u. Hand (zweiteilig) mit Fingern (offen) A-C1 + C-G	2 Stück/Jahr pro	352,45 €
		betroffenen Körperteil	

## 8.02 Extras für Massarmbandagen (Kompressionsklassen 1, 2, 3)

1523	Handteil ohne Finger A-C1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	71,04 €
1524	Handteil ohne Finger A-D1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	105,98 €

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
1525	Handteil mit Fingern (offen) A-C1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	192,70 €
1526	Handteil mit Fingern (offen) A-D1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	225,09 €
1527	Handteil mit Fingern (geschlossen) A-C1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	193,43 €
1528	Handteil mit Fingern (geschlossen) A-D1	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	225,09 €
1531	Haftbänder	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	9,64 €
1532	Haftbandstücke	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	15,56 €
1533	BH-Befestigung Schulterkappe einfach	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	40,03 €
1534	Aufschlag anatomische Schulterkappe	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	40,03 €
1535	HKH Gurt Schulterkappe	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	46,69 €
1536	Befestigungen, Abschlüsse und Erhöhungen für Handteile	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	32,08 €
1537	Reisverschluss	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	53,26 €
1538	Klett und Flausch	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	66,49 €
1539	Tasche auf Handrücken oder -innenseite	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	28,91 €
1540	Lymphad auf Handrücken oder -innenseite	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	37,49 €
1541	Pelote oder Lymphad mit Tasche in gewünschter Position (auch nachträglich)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	44,50 €
1542	Pelote mit Gurt	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	96,35 €
1543	Futterstoff in gewünschter Position (nachträglich)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	48,91 €

8.03 Massbeinstrümpfe (Kompressionsklassen 1, 2, 3, 4)

Code	Code Beschreibung Heilbehelfe		Beschreibung Heilbehelfe Höchstmeng		Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
1547	Wadenstrumpf A-D (gerader Fuss- und Unterschenkelabschluss)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	117,51 €		
1548	Halbschenkelstrumpf A-F (gerader Fuss- und Oberschenkelabschluss)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	142,19 €		
1549	Schenkelstrumpf A-G (gerader Fuss- und Oberschenkelabschluss)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	168,87 €		
1550	Strumpfhose A-T (offene Spitze-gerader Fussabschluss-Slipform normal-Lochgummiband)	2 Stück/Jahr	508,10 €		
1551	Einbeinhose A-T-E (rechts/links-offene Spitze-gerader Fussabschluss-Slipform normal-Lochgummiband)	2 Stück/Jahr	460,13 €		
1552	Radlerhose F-T/E-T (Slipform normal-Lochgummiband)	2 Stück/Jahr	462,88 €		
1553	Caprihose C-T (Slipform normal-Lochgummiband)	2 Stück/Jahr	491,89 €		
1554	Legginshose B-T (Slipform normal-Lochgummiband)	2 Stück/Jahr	505,24 €		
1555	Zehkappe A-A1 (mit kleinem Zeh-offen)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	199,57 €		
1556	Socken A-B (offene Spitze)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	80,04 €		
1557	Socken A-B1 (offene Spitze)	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	82,69 €		
1562	Beinstück E-G	2 Stück/Jahr pro betroffenen Körperteil	66,71 €		
1563	Leibbinde mit oder ohne Zwickel	2 Stück/Jahr	372,26 €		

## 8.04 Extras für Massbeinstrümpfe (Kompressionsklassen 1, 2, 3, 4)

1564	Hüftbefestigung	2 Stück/Jahr pro	32,08 €
		betroffenen Körperteil	
1565	Haftbänder	2 Stück/Jahr pro	19,00 €
		betroffenen Körperteil	
1599	Haftbandstücke	2 Stück/Jahr pro	14,50 €
		betroffenen Körperteil	
1566	Tailenband	2 Stück/Jahr	26,89 €
1567	Reissverschluss Bein (lang)	2 Stück/Jahr pro	93,17 €
		betroffenen Körperteil	
1568	Reissverschluss Bein (kurz)	2 Stück/Jahr pro	53,26 €
		betroffenen Körperteil	
1569	Klettverschluss Bein	2 Stück/Jahr pro	66,59 €
		betroffenen Körperteil	

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
1570	Reissverschluss im Leibteil (in der Mitte oder seitlich aussen rechts oder links)	2 Stück/Jahr	53,26 €
1571	Reissverschluss im Leibteil (seitlich aussen rechts und links)	2 Stück/Jahr	106,41 €
1572	Kettelnaht in der Leiste	2 Stück/Jahr	18,53 €
1573	Leibteil in anderer Kompressionsklasse	2 Stück/Jahr	25,20 €
1574	U-Hose mit nicht komprimierendem Leibteil vorne	2 Stück/Jahr	26,89 €
1575	Herrenzwickel	2 Stück/Jahr	14,83 €
1577	Offener Schritt	2 Stück/Jahr	31,13 €
1580	Komprimierendes Suspensorium	2 Stück/Jahr	40,03 €
1581	Pelotte oder Lymphad mit Tasche in gewünschter Position (auch nachträglich)	8 Stück/Jahr	44,50 €
1582	Slipform (ca. 4 oder 8 cm)	2 Stück/Jahr	18,53 €
1583	Slipform Hose ind. (= 1-4 cm e 6-10 cm)	2 Stück/Jahr	38,97 €
1584	Y Einkehren oder Elipsenform auf E	2 Stück/Jahr pro	32,08 €
	· ·	betroffenen Körperteil	·
1586	Kettelnaht hinten	2 Stück/Jahr pro	16,20 €
		betroffenen Körperteil	·
1587	Bein oder -satz in anderer Kompressionsklasse (rechts oder links)	2 Stück/Jahr pro	25,20 €
		betroffenen Körperteil	
1589	Geschlossene Spitze	2 Stück/Jahr pro	34,83 €
		betroffenen Körperteil	
1590	Schräger Fuss ohne Spitze	2 Stück/Jahr pro	26,89 €
		betroffenen Körperteil	
1591	Schräger Fuss mit Spitze	2 Stück/Jahr pro	46,69 €
		betroffenen Körperteil	
1592	Softspitze - Aufpreis zur geschlossenen Spitze	2 Stück/Jahr pro	26,89 €
		betroffenen Körperteil	
1596	Lymphpads	2 Stück/Jahr pro	15,89 €
		betroffenen Körperteil	
1600	Hallux Valgus - Relief	2 Stück/Jahr pro	30,00 €
		betroffenen Körperteil	
1601	Futterstoff in gewünschter Position (nachträglich)	2 Stück/Jahr pro	49,91 €
		betroffenen Körperteil	
1602	Unterfußverlängerung bei offener oder geschlossener Fussspitze (Lx/Rx)	2 Stück/Jahr pro	11,00 €
		betroffenen Körperteil	

8.05 Kompressionsgesichtsmaske nach Maß

1597	Kompressionsgesichtsmaske nach Maß	2 Stück/Jahr	635,25 €

Kompressionsjacke nach Maß mit Body- und Reißverschluss und kurzen/langen Ärmeln

970,00€

2 Stück/Jahr

Code	Beschreibung Heilbehelfe	Höchstmenge	Vergütungspreis (MwSt. inbegriffen)
1598 Kompressionshals	kinnbandage nach Maß	2 Stück/Jahr	365,95 €
8.06 Kompressions	acke nach Maß		
1603 Kompressionsjacke	nach Maß mit Reißverschluss und kurzen/langen Ärmeln	2 Stück/Jahr	720.00 €

<sup>5.</sup> Personen, die an chronischen Geschwüren verschiedener Ursache, sezernierenden Fisteln, Dekubitalulcera, sezernierenden Ekzemen, chronischen Zuständen nach chirurgischen und nichtchirurgischen Eingriffen leiden

Nachstehende Heilbehelfe sind von einem bediensteten Facharzt des Landesgesundheitsdienstes verschreibbar. Die Vergütungspreise nachfolgender Produkte sind als Höchstpreise zu verstehen. Falls der Patient Produkte mit einem höheren Preis in Anspruch nimmt, hat er den Preisunterschied zu bezahlen; falls er hingegen Produkte mit einem niedrigeren Preis in Anspruch nimmt, ist dem Landesgesundheitsdienst der entsprechende Verkaufspreis anzulasten.

#### 5.30 Einwegmedizinprodukt für die Vakuumtherapie

1604

1605	Einwegmedizinprodukt für die Vakuumtherapie	4 p	oro Patient	250,00 €

Codice Descrizione presidi Quantità massima Prezzo di rimborso mensile unitario (IVA compresa)

#### 1. Persone tracheostomizzate

I prezzi di rimborso indicati sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

#### 1.01 Accessori

3013	nastro di fissaggio	30 pezzi	3,20 €
3014	filtro umidificatore (naso artificiale)	30 pezzi	0,47 €
3015	scovolini per la pulizia della cannula	5 pezzi	2,90 €
3016	compressa tracheo sterile	30 pezzi	0,97 €
3017	filtro HME - solo per pazienti con una laringectomia totale	30 pezzi	2,49 €
3018	adesivo di ancoraggio del filtro HME - solo per pazienti con una laringectomia totale	15 pezzi	3,49 €

(erogabili mensilmente)

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

#### 3. Incontinenti e persone con ritenzione urinaria

I prezzi di rimborso indicati sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

## 3.01 Raccoglitori per urina

0127	Sacca di raccolta per urina da gamba, impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola	30 pezzi	0,89 €
	antiriflusso, con sistema antisciabordio, con o senza rivestimento in TNT, con o senza sistema		
	antitorsione monouso (cod. class. ISO 09.27.04.003)		
0085	Sacca di raccolta per urina da gamba, impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola	8 pezzi	3,09 €
	antiriflusso, con sistema antisciabordio, con o senza rivestimento in TNT, con o senza sistema		
	antitorsione riutilizzabile (cod. class. ISO 09.27.04.006)		
0188	Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed	30 pezzi	0,84 €
	indicazione del volume prestampato monouso (cod. class. ISO 09.27.07.003)		
0086	Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed	8 pezzi	3,26 €
	indicazione del volume prestampato riutilizzabile (cod. class. ISO 09.27.07.006)		
0102	Sacca raccogli urina con rubinetto da litri 2 x 30 pezzi	1 confezione	32,14 €
0103	Sacca raccogli urina da letto, sterile, a circuito chiuso, con valvola antiriflusso (cod. class. ISO	3 pezzi	6,30 €
	09.27.07.006)	·	
0105	Sacca urinaria per pene retratto x 10 pezzi	3 confezioni	49,78 €
0113	Sacca raccogli urina da gamba, sterile (cod. class. ISO 09.27.04.006) (confezione da 8 pezzi)	1 confezione	51,73 €

#### 3.02 Cateteri vescicali

0186	Catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100 %, trasparente, a due vie con	2 pezzi	18,90 €
	scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri (UNI		
	EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.03.003)		
	Catetere tipo nelaton per donna e bambino, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie	120 pezzi	0,60 €
	lunghezze e diametro, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.003)		
	(prescrivibile in un multiplo da 30 pezzi)		
0120	Catetere tipo nelaton per uomo, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e	120 pezzi	0,65 €
	diametro, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.006) (prescrivibile in un		
	multiplo da 30 pezzi)		

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima mensile	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0133	Catetere monouso per neonati fino a un anno, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.009) (prescrivibile in un multiplo da 30 pezzi)	180 pezzi	3,66 €
0106	Catetere monouso per bambini fino a 6 anni, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.010) (prescrivibile in un multiplo da 30 pezzi)	150 pezzi	3,33 €
0107	Catetere monouso per donna e bambino oltre 6 anni, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.011) (prescrivibile in un multiplo da 30 pezzi)	120 pezzi	3,66 €
0108	Catetere monouso per uomo, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.012) (prescrivibile in un multiplo da 30 pezzi)	120 pezzi	3,66 €
0110	Catetere monouso integrato in una sacca graduata, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confezione singola sterile (UNI EN 1616) (cod. class. ISO 09.24.06.015) (prescrivibile in un multiplo da 20 o 30 pezzi)	60 pezzi	6,85 €
0187	Catetere/tutore per ureterocutaneostomia in materiale sintetico o silicone, con foro centrale e fori di drenaggio, due alucce per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio (pr EN 12182) (cod. class. ISO 09.24.06.018)	2 pezzi	59,85 €
0104	Catetere monouso per neovescica con 4 fori x 30 pezzi (ad esaurimento)	5 confezioni	91,50 €
0121	Catetere monouso per neovescica con 4 fori x 1 pezzo	150 pezzi	3,05 €
	3.03 Cateteri esterni		
0155	Catetere (condom) in gomma naturale o sintetica, ipoallergenica, autocollante o con striscia biadesiva (pr EN 12182) (cod. class. ISO 09.24.09.003) (confezione da 30 pezzi)	1 confezione	73,20 €
	3.04 Cateteri rettali		
0122	Catetere per irrigazione transanale (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	219,60 €
	Catetere per irrigazione transanale (confezione da 15 cateteri + 1 sacca)	1 confezione	366,00 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

3.05 Presidi da indossare con sistema ad assorbenza "usa e getta"

Tali presidi sono tra loro integrativi; complessivamente non possono essere prescritti più di 120 pezzi al mese.

Gli stessi, insieme alle traverse salvamaterasso, nel quantitativo massimo mensile di 60 pezzi, sono da intendersi alternativi ai presidi del sistema ad assorbenza "riutilizzabile" di cui al 2° gruppo.

Qualora invece il paziente intenda utilizzare il sistema misto ("usa e getta" più "riutilzzabile"), i quantitativi massimi previsti sono da intendersi ridotti della metà (60 pezzi di presidi da indossare insieme a 30 traverse salvamaterasso).

In ogni caso il paziente all'atto del ritiro può scegliere, nell'ambito del proprio budget mensile, i prodotti a lui più confacenti. In questi casi il personale addetto alla consegna dei presidi deve trascrivere nell'apposita attestazione i prodotti effettivamente consegnati, le relative quantità e i relativi importi.

0401	Pannolone a mutandina per adulti formato grande (cod. class. ISO 09.30.04.003)	120 pezzi	0,77 €
0478	Pannolone a mutandina per adulti formato medio (cod. class. ISO 09.30.04.006)	120 pezzi	0,66 €
0479	Pannolone a mutandina per adulti formato piccolo (cod. class. ISO 09.30.04.009)	120 pezzi	0,54 €
0461	Pannolone sagomato formato grande (cod. class. ISO 09.30.04.012)	120 pezzi	0,66 €
0480	Pannolone sagomato formato medio (cod. class. ISO 09.30.04.015)	120 pezzi	0,57 €
0481	Pannolone sagomato formato piccolo (cod. class. ISO 09.30.04.018)	120 pezzi	0,53 €
0451	Pannolone rettangolare formato unico (cod. class. ISO 09.30.04.021)	150 pezzi	0,28 €

#### 3.06 Mutandina

0452	Mutandina a rete (confezione da 3 pezzi)	1 confezione	5,90 €

#### 3.07 Accessori per letti: traverse assorbenti

Complessivamente possono essere prescritte mensilmente 60 traverse (30 del formato cm 80 x cm 180 e 30 del formato cm 60 x cm 90).

Gli stessi, insieme ai presidi da indossare con sistema ad assorbenza "usa e getta", nel quantitativo massimo mensile di 120 pezzi, sono da intendersi alternativi ai presidi del sistema ad assorbenza "riutilizzabile" di cui al 2° gruppo.

Qualora invece il paziente intenda utilizzare il sistema misto ("usa e getta" più "riutilzzabile"), i quantitativi massimi previsti sono da intendersi ridotti della metà (60 pezzi di presidi da indossare insieme a 30 traverse salvamaterasso).

In ogni caso il paziente all'atto del ritiro può scegliere, nell'ambito del proprio budget mensile, i prodotti a lui più confacenti. In questi casi il personale addetto alla consegna dei presidi deve trascrivere nell'apposita attestazione i prodotti effettivamente consegnati, le relative quantità e i relativi importi.

0471	Traversa salvamaterasso rimboccabile (formato cm 80 x cm 180) (cod. class. ISO 18.12.15.003)	30 pezzi	0,53 €
0453	Traversa salvamaterasso non rimboccabile (formato cm 60 x cm 90) (cod. class. ISO 18.12.15.006)	30 pezzi	0,50 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima mensile	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
	3.08 Pannoloni a mutandina "usa e getta" per bambini (esclusivamente per incontinenza di tipo patologico)		
0413	Pannolone a mutandina formato piccolo	4 confezioni	14,00 €
0414	Pannolone a mutandina formato medio	4 confezioni	14,00 €
0415	Pannolone a mutandina formato grande	4 confezioni	14,00 €
	3.09 Tamponi anali per incontinenza fecale		
0402	Tamponi anali in schiuma di poliuretano x 10 pezzi	6 confezioni	43,68 €

## 3.10 Accessori

0.470		1	00.54.0
	Mastice adesivo tubo da 28 g	1 pezzo	22,54 €
	Garza sterile cm 10 x cm 10 circa (confezione da circa 50 pezzi)	***	10,45 €
0111	Garza sterile cm 7,5 x cm 7,5 circa (confezione da circa 50 pezzi)	***	7,90 €
	Siringa da 50 ml per lavaggio catetere	8 pezzi	2,75 €
0190	Lubrificante per cateterismo (confezione da 25 monodosi à ca. 10 ml)	4 confezioni	90,75 €
0112	Guanti in lattice o nitrile monouso (varie misure) x 100 pezzi	1 confezione	13,40 €
0116	Connettore Luer-Lock LLN 2047 da 10 cm per pazienti con nefrostomia (confezione da 20 pezzi)	1 confezione	158,71 €
0117	Urotainer NaCl 0,9% 100 ml x 10 pezzi	3 confezioni	44,16 €
0118	Urotainer Suby G 100 ml x 10 pezzi	2 confezioni	44,16 €
0119	Urotainer Solutio R 100 ml x 10 pezzi	1 confezione	44,16 €
0123	Valvola per catetere	1 pezzo	25,21 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

#### 4. Colo-, ileo- e urostomizzati

#### 4.01 Sistema a un pezzo per colo- ed ileostomia (cod. class. ISO 09.18.04)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0209	Sacca a fondo chiuso con o senza filtro (cod. class. ISO 09.18.04.003)	60 pezzi	2,92 €
0206	Sacca a fondo aperto con o senza filtro (cod. class. ISO 09.18.04.006) (per pazienti colostomizzati)	60 pezzi	3,86 €
0254	Sacca a fondo aperto con o senza filtro (cod. class. ISO 09.18.04.006) (per pazienti ileostomizzati)	90 pezzi	6,26 €
	Sacca a fondo aperto con o senza filtro (cod. class. ISO 09.18.04.006) (per pazienti ileostomizzati) Sacca a fondo aperto o chiuso con placca convessa per stomi introflessi (cod. class. ISO 09.18.04.009)	90 pezzi 60 pezzi	6,26 € 11,00 €

#### 4.02 Sistema a due pezzi per colo- ed ileostomia (cod. class. ISO 09.18.05)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico. Il paziente che utilizza il sistema a due pezzi (placca + sacca) ha la facoltà di poter scegliere, all'atto dell'ottenimento di tali prodotti, la quantità degli stessi, non superando il relativo budget di spesa mensile.

0228	Placca con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.003) (per pazienti colostomizzati)	10 pezzi	4,63 €
	Placca con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.003) (per pazienti ileostomizzati o con trasversostomia)	15 pezzi	6,35 €
0203	Placca convessa con o senza flangia per stomi introflessi (cod. class. ISO 09.18.05.006) (per pazienti colostomizzati)	10 pezzi	9,57 €
0208	Placca convessa con o senza flangia per stomi introflessi (cod. class. ISO 09.18.05.006) (per pazienti ileostomizzati o con trasversostomia)	15 pezzi	9,57 €
0219	Sacca a fondo chiuso con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.009) (per pazienti colostomizzati)	60 pezzi	1,68 €
0210	Sacca a fondo aperto con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.012) (per pazienti colo- ed ileostomizzati)	90 pezzi	3,27 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

4.03 Sistema a un pezzo per urostomia (cod. class. ISO 09.18.07)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0344	Sacca per urostomia con dispositivo antireflusso (cod. class. ISO 09.18.07.003)	30 pezzi	7,00 €
0204	Sacca per urostomia con placca convessa per stomi introflessi (cod. class. ISO 09.18.07.006)	30 pezzi	10,50 €

4.04 Sistema a due pezzi per urostomia (cod. class. ISO 09.18.08)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico. Il paziente che utilizza il sistema a due pezzi (placca + sacca) ha la facoltà di poter scegliere, all'atto dell'ottenimento di tali prodotti, la quantità degli stessi, non superando il relativo budget di spesa mensile.

1040	Placca con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.003)	20 pezzi	4,63 €
0205	Placca convessa con o senza flangia per stomi introflessi (cod. class. ISO 09.18.05.006)	15 pezzi	9,57 €
0301	Sacca di raccolta con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.08.009)	30 pezzi	4,74 €

4.05.01 Sistema ad irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24) (presidi erogabili mensilmente: sacca di scarico)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0287 Sacca di scarico (cod. class. ISO 09.18.24.009)	30 pezzi	1,98 €
--	----------	--------

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

4.05.02 Sistema ad irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24) (presidi erogabili mensilmente: dispositivo di chiusura a un pezzo; alternativo al dispositivo di chiusura a due pezzi)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico. Per pazienti, i quali utilizzano solamente il seguente mini sacchetto post-irrigazione, contrassegnato dal codice 0321 (cod. class. ISO 09.18.24.015) e nussun altra sacca o nessun tappo ad espansione, la quantità massima mensile è aumentata a 90 pezzi.

0321	Mini sacchetto post-irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24.015)	30 pezzi	2,65 €
0211	Sacca a fondo chiuso con filtro (cod. class. ISO 09.18.04.003) (alternativa al tappo autoportante ad	30 pezzi	2,92 €
	espansione di cui al codice successivo 0297)		
0297	Tappo autoportante ad espansione (cod. class. ISO 09.18.24.018) (alternativo alla sacca a fondo chiuso	30 pezzi	4,89 €
	con filtro di cui al codice precedente 0211)		

4.05.03 Sistema ad irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24) (presidi erogabili mensilmente: dispositivo di chiusura a due pezzi; alternativo al dispositivo di chiusura ad un pezzo)

I sistemi monopezzo, a due pezzi e ad irrigazione sono tra loro alternativi. Le quantità massime mensili indicate sono da intendersi per ogni stomia. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0291	Placca con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.24.006)	10 pezzi	4,63 €
0295	Sacca a fondo chiuso con o senza flangia (cod. class. ISO 09.18.05.009) (alternativa al tappo ad	30 pezzi	1,67 €
	espansione di cui al codice successivo 0293)		
0293	Tappo ad espansione (cod. class. ISO 09.18.24.024) (alternativo alla sacca a fondo chiuso con filtro di	30 pezzi	4,89 €
	cui al codice precedente 0295)		

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

#### 4.06 Accessori per stomia

I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato, è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico. In ogni caso il paziente all'atto del ritiro può scegliere, nell'ambito del proprio budget mensile, i prodotti a lui più confacenti. In tal caso il personale addetto alla consegna dei presidi deve trascrivere nell'apposita attestazione i prodotti effettivamente consegnati, le relative quantità e i relativi importi.

0319	Pasta protettiva (tubo da 60 g)	2 tubi	19,00 €
0320	Polvere protettiva (flacone da 25 g)	1 flacone	21,94 €
0213	Pasta modellabile (in strisce) (confezione da 10 strisce)	2 confezioni	12,38 €
0201	Prodotto protettivo peristomale	1 confezione	44,14 €
0088	Anelli protettivi	30 pezzi	4,49 €
0410	Cerotto elastico idrocolloidale (confezione da 20 pezzi)	2 confezioni	28,29 €
0411	Prodotto per la rimozione dell'adesivo	2 confezioni	21,35 €
0412	Garza non sterile (confezione da circa 100 pezzi)	***	18,00 €
0817	Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato monouso (cod. class. ISO 09.27.07.003)	30 pezzi	0,82 €
0818	Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato riutilizzabile (cod. class. ISO 09.27.07.006)	8 pezzi	3,26 €
0819	Bustine gelificanti anti-odore (barattolo con 100 bustine)	1 confezione	46,13 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

5. Persone affette da ulcere croniche di varia genesi, da fistole secernenti, da piaghe da decubito, da eczemi secernenti, da esiti cronicizzati da ferite chirurgiche e non

I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi guali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato, è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico. In ogni caso il paziente all'atto del ritiro può scegliere, nell'ambito del proprio budget mensile, i prodotti a lui più confacenti. In tal caso il personale addetto alla consegna dei presidi deve trascrivere nell'apposita attestazione i prodotti effettivamente consegnati, le relative quantità e i relativi importi.

#### 5.01 Garze in cotone o TNT

0501	Garza sterile cm 10 x cm 10 circa (confezione da circa 10 pezzi)	***	3,10 €
0503	Garza sterile cm 36 x cm 40 circa (confezione da circa 12 pezzi)	***	4,60 €
0515	Garza sterile cm 15 x cm 15 circa (confezione da circa 50 pezzi)	***	3,20 €
0516	Garza sterile m 1 circa (confezione singola)	***	2,50 €
0618	Garza non sterile (confezione da 1 kg circa)	***	22,00 €
0566	Garza non adesiva cm 10 x cm 10 circa (confezione da circa 10 pezzi)	***	11,82 €

#### 5.02 Bende

0507	Benda orlata in cotone m 5 x cm 5 circa (confezione da 1 pezzo)	***	1,80 €
0508	Benda orlata in cotone m 5 x cm 7 circa (confezione da 1 pezzo)	***	2,10 €
0509	Benda orlata in cotone m 5 x cm 10 circa (confezione da 1 pezzo)	***	2,70 €
0568	Benda elastica cm 7 circa (confezione da 1 pezzo)	***	3,10 €
0569	Benda elastica cm 10 circa (confezione da 1 pezzo)	***	4,34 €
0570	Benda elastica cm 15 circa (confezione da 1 pezzo)	***	5,50 €
0619	Benda elastica autoaderente cm 10 circa (confezione da 1 pezzo)	***	6,20 €

#### 5.03 Cerotti

0510	Cerotto in TNT m 9,2 x cm 2,5 circa	***	6,50 €
0511	Cerotti in TNT m 9,2 x cm 5 circa	***	10,60 €
0513	Cerotto aerato m 5 x cm 2,5 circa	***	8,00 €
0520	Cerotto in seta cm 2,5 x m 5 circa	***	7,80 €
0521	Cerotto in seta cm 5 x m 5 circa	***	12,20 €
0523	Cerotto microperforato m 5 x cm 2,5 circa	***	7,80 €
0517	Sistema di fissaggio autoadesivo non elastico m 10 x cm 10 circa	1 confezione	28,70 €

## Supplementa nd all Boll grupper. gen. del 20/12/2018 / Beiblatt Nr. 4 zum ABI. vom 20.12.2018, Nr. 51/Allg. Skt. (erogabili mensilmente)

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima mensile	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0518	Sistema di fissaggio autoadesivo non elastico m 10 x cm 15 circa	1 confezione	41,60 €
0620	Sistema di fissaggio autoadesivo elastico (stretch) m 10 x cm 10 circa	1 confezione	25,70 €
0622	Sistema di fissaggio autoadesivo elastico (stretch) m 10 x cm 15 circa	1 confezione	34,40 €
0570	5.04 Bende tubolari		10.00.6
0572	Benda tubolare in diverse misure (confezione singola)	1 confezione	19,60 €

## 5.05 Alginati

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0537	Alginati in piastra, placca o compressa cm 5 x cm 5 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	27,60 €
0535	Alginati in piastra, placca o compressa cm 10 x cm 10 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	50,90 €
0536	Alginati in piastra, placca o compressa cm 15 x cm 15 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	80,40 €
0543	Alginati in tampone g 2 circa x 5 pezzi	4 confezioni	49,50 €
0540	Alginati in nastro (confezione da 5 o 6 pezzi)	3 confezioni	51,00€

#### 5.06 Medicazioni altamente assorbenti

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0608	Medicazione sterile altamente assorbente cm 10 x 10 circa (confezione da 25 pezzi)	1 confezione	113,00 €
0611	Medicazione sterile altamente assorbente cm 10 x 20 circa (confezione da 25 pezzi)	1 confezione	157,50 €
0097	Medicazione sterile altamente assorbente cm 10 x 10 (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	70,00 €
0098	Medicazione sterile altamente assorbente cm 20 x 25 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	180,56 €
0076	Medicazione sterile altamente assorbente cm 15 x 20 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	43,29 €

## 5.07 Idrocolloidi

0548	Idrocolloidi in compressa sterile cm 10 x cm 10 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	40,87 €
0549	Idrocolloidi in compressa sterile cm 20 x cm 20 circa (confezione da 5 o 6 pezzi)	2 confezioni	115,90 €
0534	Idrocolloidi in compressa sterile di forma sagomata (confezione da 5 o 6 pezzi)	2 confezioni	86,00 €
0527	Idrocolloidi in pasta o in polvere	2 pezzi	9,14 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

5.08 Idrogeli

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0529 Idrogel in tubo, dispenser o dosatore da 15 g circa ciascuno x 10 pezzi	1 confezione	96,75 €
--	--------------	---------

5.09 Medicazioni a microaderenza selettiva imbevute o non imbevute

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

	Medicazioni di contatto in compressa sterile cm 7,5 x 10 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	61,00 €
0575	Medicazioni di contatto in compressa sterile cm 10 x 20 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	113,00 €
0058	Medicazione assorbente sterile cm 10 x 10 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	36,50 €
0059	Medicazione assorbente sterile cm 15 x 15 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	75,00 €
0060	Medicazione assorbente sterile con o senza bordo adesivo per il tallone (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	77,59 €
0061	Medicazione assorbente sottile sterile cm 10 x 10 circa (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	33,50 €
0062	Medicazione assorbente sterile con o senza bordo adesivo per il sacro (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	114,50 €
0063	Medicazione drenante sterile cm 15 x 20 circa (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	119,50 €
0064	Medicazione drenante sterile cm 20 x 50 circa (confezione da 2 pezzi)	1 confezione	121,00 €
0065	Medicazione assorbente sterile cm 10 x 10 circa con carbone e/o argento (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	109,80 €
0066	Medicazione assorbente sterile cm 20 x 20 circa con carbone e/o argento (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	268,40 €

## 5.10 Pellicole trasparenti

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0550	Pellicola trasparente in film sterile cm 6 x cm 7 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	12,00 €
0551	Pellicola trasparente in film sterile cm 10 x cm 12 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	25,50 €
0552	Pellicola trasparente in film sterile cm 15 x cm 20 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	58,96 €
0514	Pellicola trasparente in film non sterile in rotolo centimetrato da 10 cm x 10 m circa	1 pezzo	69,80 €

## 5.11 Schiume di poliuretano

0554	Schiume di poliuretano in compressa sterile cm 10 x 10 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	60,39 €
0578	Schiume di poliuretano in compressa sterile cm 15 x 15 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	97,60 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)
0589	Schiume di poliuretano in compressa sterile cm 15 x 20 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	119,50 €
0555	Schiume di poliuretano in compressa sterile circolare o tubolare x 1 pezzo	15 pezzi	32,94 €

#### 5.12 Medicazioni assorbenti al carbone attivo con o senza rilascio d'argento

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0544	Medicazioni assorbenti al carbone attivo in compressa sterile cm 10 x cm 10 circa (confezione da 10	1 confezione	103,36 €
	pezzi)		
054	Medicazioni assorbenti al carbone attivo in compressa sterile cm 15 x cm 20 circa (confezione da 5	2 confezioni	125,20 €
	pezzi)		

## 5.13 Sistema compressivo multistrato di bendaggio o di calze

0606	Sistema compressivo multistrato di bendaggio	***	30,00 €
0820	Sistema compressivo multistrato di calze ulcer kit (2 sottocalze + 1 sopracalza)	***	90,28 €
0821	Confezione di ricambio ulcer kit (2 sottocalze)	***	44,40 €

#### 5.14 Medicazioni altamente assorbenti con rilascio d'argento

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0561	Medicazioni assorbenti all'argento cm 10 x cm 10 circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	112,68 €
0600	Medicazioni assorbenti all'argento cm 15 x cm 15 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	119,77 €
0604	Medicazioni assorbenti all'argento in striscia o nastro (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	89,01 €

## 5.15 Sacca e accessori per fistola secernente

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni fistola.

0525	Sacca con valvola di scarico	30 pezzi	16,12 €
0822	Pasta protettiva (tubo da 60 g)	2 tubi	19,00 €
0823	Polvere protettiva (flacone da 25 g)	1 flacone	21,94 €
0824	Pasta modellabile (in strisce) (confezione da 10 strisce)	2 confezioni	12,38 €
0825	Prodotto protettivo peristomale	1 confezione	44,14 €
0826	Anelli protettivi	30 pezzi	4,49 €
0827	Cerotto elastico idrocolloidale (confezione da 20 pezzi)	2 confezioni	28,29 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima mensile	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0828	Prodotto per la rimozione dell'adesivo	2 confezioni	21,35 €

#### 5.16 Soluzione per la detersione delle lesioni

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0588	Soluzione per la detersione delle lesioni cutanee		oezzo	7 52 €
0300	Coldzione per la detersione delle lesioni editane	' '	00220	7,52 C

#### 5.17 Prodotti per la disinfezione delle lesioni cutanee non citotossici

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0079 Soluzione o gel disinfettante battericida e virucida non citotossica/o per lesioni cutanee	1 flacone	67,00 €
---	-----------	---------

## 5.18 Medicazioni all'acido ialuronico e/o collagene e suoi derivati

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0075	Medicazione in polvere o spray a base di acido ialuronico o collagene con o senza argento colloidale	2 confezioni	19,70 €
0077	Medicazione in crema/gel/unguento a base di acido ialuronico anche in associazione	2 confezioni	67,10 €
0800	Medicazione assorbente in tessuto fibroso a base di HYAFF (estere dell'acido ialuronico) cm 10 x cm 10 (confezione da 1 pezzo)	2 confezioni	31,50 €
0081	Medicazione assorbente in tessuto fibroso a base di HYAFF (estere dell'acido ialuronico) cm 5 x cm 5 (confezione da 3 pezzi)	2 confezioni	29,50 €
0832	Medicazione contenente acido ialuronico e mesoglicano cm 8 x cm 12 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	22,00 €
0835	Medicazione a base di collagene e acido ialuronico cm 5 x cm 5 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	49,00 €
0836	Medicazione a base di collagene e acido ialuronico cm 10 x cm 10 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	157,00 €

## 5.19 Medicazioni a captazione batterica

0082	Medicazione in busta individuale sterile cm 4 x cm 6 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	25,00 €
0083	Medicazione in busta individuale sterile cm 2 x cm 50 circa (confezione 20 pezzi)	1 confezione	233,00 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

#### 5.20 Medicazioni avanzate 100% naturale

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0091	Flacone 10 ml (formulazione oleosa con erogatore aerosol spray)	1 pezzo	29,00 €
0092	Flacone 50 ml (formulazione oleosa con contagocce o erogatore aerosol spray)	1 pezzo	69,00 €
0093	4 monodose 5 ml (formulazione oleosa)	1 confezione	20,57 €
0094	Gel spray 100 ml	1 pezzo	46,90 €
0095	Gel tubo 30 ml	1 pezzo	19,96 €
0096	Garze medicate cm 10 x cm 10 (confezione da 10 pz.)	1 confezione	35,00 €

## 5.21 Schiume di poliuretano con antisettico

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0072	Schiume di poliuretano con antisettico compressa cm 5 x cm 5 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	77,50 €
0073	Schiume di poliuretano con antisettico compressa cm 10 x cm 10 circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	173,00 €
0074	Schiume di poliuretano con antisettico tampone cm 2 x cm 21 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	197,00 €

## 5.22 Medicazioni sterili assorbenti in fibre gelificanti a base di carbossi-metil-cellulosa

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0558	Medicazione sterile assorbente in fibre gelificanti a base di carbossi-metil-cellulosa cm 2 x cm 45	2 confezioni	63,42 €
	(confezione da 5 o 6 pezzi)		
0559	Medicazione sterile assorbente in fibre gelificanti a base di carbossi-metil-cellulosa cm 10 x cm 10 x 5	2 confezioni	41,47 €
	pezzi		

#### 5.23 Crema barriera a base di dimeticone

0530 Crema barriera a base di dimeticone in tubetto max 115 g	2 pezzi	26,50 €

_			
Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		mensile	(IVA compresa)

#### 5.24 Medicazioni acriliche trasparenti assorbenti

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0556	Medicazione acrilica trasparente assorbente 15 cm x 15 cm circa x 5 pezzi	2 confezioni	83,20 €
0617	Medicazione acrilica trasparente assorbente 20 cm x 20 cm circa x 5 pezzi	2 confezioni	124,80 €

#### 5.25 Schiuma assorbente con rilascio di ibuprofene

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0829	Schiuma assorbente con rilascio di ibuprofene cm 10 x cm 10 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	64,66 €
0830	Schiuma assorbente con rilascio di ibuprofene cm 10 x cm 20 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	103,46 €
0831	Schiuma assorbente con rilascio di ibuprofene cm 15 x cm 15 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	103,46 €

#### 5.26 Medicazione interattiva in poliuretano o poliestere

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0850	Medicazione 10 cm x 10 cm circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	127,27 €
0851	Medicazione 15 cm x 15 cm circa (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	283,50 €
0857	Medicazione 5 cm x 7 cm circa (confezione da 3 pezzi)	4 confezioni	19,90 €

# 5.27 Medicazioni di contatto in compressa sterile con argento o con barriera antimicrobica e nanocristalli d'argento o con miele

0852	Medicazione 10 cm x 12 cm circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	34,00 €
0853	Medicazione 15 cm x 15 cm circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	38,00 €
0590	Medicazione 10 cm x 10 cm (confezione da 12 pezzi)	1 confezione	235,94 €
0591	Medicazione 10 cm x 20 cm (confezione da 12 pezzi)	1 confezione	361,20 €
0592	Medicazione 10 cm x 12,5 cm (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	235,24 €
0858	Medicazione 10 cm x 10 cm (confezione da 10 pezzi)	1 confezione	75,00 €
0859	Medicazione 10 cm x 20 cm (confezione da 5 pezzi)	1 confezione	120,00 €

Codice Descrizione presidi Quantità massima Prezzo di rimborso mensile (IVA compresa)

5.28 Medicazione assorbente, idrodetergente, sbrigliante, a base di poliacrilato non tessuto gelificante e argento

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

085	Medicazione 6 cm x 6 cm circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	36,45 €
085	Medicazione 10 cm x 10 cm circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	43,77 €
085	Medicazione 15 cm x 15 cm circa (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	92,27 €

#### 5.29 Inibitori delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa)

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

0860	Inibitore delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa) small (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	182,57 €
0861	Inibitore delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa) large (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	324,58 €

#### 5.30 Inibitori delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa+argento oppure collagene con miele)

Le quantità massime mensili dei seguenti prodotti sono da intendersi riferite ad ogni zona sottoposta a lesione cutanea.

(	0614	Inibitore delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa+argento) small (confezione da 10 pezzi)	1 confezioni	391,38 €
(	0615	Inibitore delle metallo-proteasi (ORC+cellulosa+argento) large (confezione da 10 pezzi)	1 confezioni	715,16 €
	0862	Inibitore delle metallo-proteasi (collagene con miele) 5 cm x 5 cm (confezione da 3 pezzi)	2 confezioni	48,00 €

#### 5.31 Altre medicazioni

0581	Versiva XC medicazione adesiva (Convatec) cm 10 x cm 10 x 10 pezzi	1 confezioni	73,97 €
0582	Versiva XC medicazione adesiva (Convatec) cm 14 x cm 14 x 10 pezzi	1 confezione	109,18 €
0616	Cadesorb unguento (Smith & Nepehew) x 20 g	10 confezioni	37,06 €
0526	Cavilon (3M) film barriera non irritante in tampone da 1 ml x 5 pezzi	6 confezioni	7,70 €
0528	Cavilon (3M) film barriera non irritante in spray da 28 ml	5 pezzi	11,90 €
0500	Cavilon (3M) salviette x 8 pezzi	15 confezioni	5,90 €
0067	Xelma (Mölnlycke) applicatore da 0,5 ml	4 confezioni	147,42 €
0068	Mepitac (Mölnlycke) cm 4 x 1,5 metri x 1 pezzo	1 pezzo	18,00 €
0069	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) compressa cm 5 x cm 5 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	65,50 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima mensile	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0070	10 1 V (1 2 D 1 2 2 2 2 2 2	0 (	100.00.0
0070	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) compressa cm 9 x cm 9 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	132,00 €
0071	Suprasorb X (Lohmann & Rauscher) tampone cm 2 x cm 21 (confezione da 5 pezzi)	2 confezioni	173,00 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
		annuale	unitario
			(IVA compresa)

#### 1. Persone tracheostomizzate

I seguenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

# 1.02 Cannule (salvo diversa indicazione medica può essere prescritto solo uno dei prodotti di questa categoria)

3001	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4 pezzi	43.83 €
3001	(Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.003)	4 pezzi	45,05 €
3002	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, fenestrata	4 pezzi	43.83 €
3002	(Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.006)	4 pezzi	45,65 €
3003	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, non fenestrata, con o senza controcanula, con o senza	4 pezzi	82,91 €
	Cuff (Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.009)	•	02,91 €
	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, fenestrata, con o senza controcanula, con o senza	4 pezzi	82,91 €
3004	Cuff (Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.012)		
3005	cannula tracheale in metallo cromato o argentato in due o tre pezzi	2 pezzi	102,50 €
3003	(Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.015)	2 ρθ22ί	102,30 €
3006	cannula tracheale in argento 900/1000 in tre pezzi	2 pezzi	355.34 €
3000	(Codice di Classificazione ISO: 09.15.03.018)	z pezzi	333,34 €

#### 1.03 Accessori

3007	filtro per doccia	1 pezzo	46,31 €
3008	valvola automatica freehands - solo per pazienti con una laringectomia totale con protesi fonatoria	1 pezzo	704,76 €
3009	filtro HME per la valvola automatica - solo per pazienti con una laringectomia totale con protesi fonatoria	240 pezzi	4,57 €
3010	scovolini per la pulizia della protesi fonatoria - solo per pazienti con una laringectomia totale con protesi fonatoria	42 Stück	2,96 €
3011	salviette per la rimozione dell'adesivo	400 pezzi	0,19€
3012	salviette per l'applicazione dell'adesivo	400 pezzi	1,11 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
			(IVA compresa)

#### 3. Incontinenti e persone con ritenzione urinaria

#### 3.11 Set d'irrigazione transanale

I sequenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

0124	Set d'irrigazione transanale completo	2 all'anno	195,20 €
0833	Set d'irrigazione transanale completo elettronico	1 ogni 2 anni	732,00 €
0834	Set di tubi per irrigatore elettronico (confezione da 2 pezzi)	2 all'anno	43,92 €

#### 3.12 Accessori

I seguenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

0621	Supporto per sacche per pazienti alettati	2 all'anno	1,50 €
0625	Lacci sostegno sacca da gamba	10 all'anno	1,56 €
0628	Lubrificante spray al silicone (codice N.T. 09.21.18.006)	1 flacone al mese	15,60 €

#### 3.13 Presidi con sistema ad assorbenza "riutilizzabile"

I seguenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

I presidi del sistema ad assorbenza "riutilizzabile", comprendente il quantitativo massimo di 14 pezzi il primo anno e di 8 pezzi per gli anni successivi, per il pannolone a mutandina, di 6 pezzi il primo anno e di 4 pezzi per gli anni successivi, per la traversa salvaletto, sono da intendersi alternativi ai presidi del sistema ad assorbenza "usa e getta" di cui al 1° gruppo. Qualora invece il paziente intenda utilizzare il sistema misto ("riutilizzabile" più "usa e getta"), tale quantitativo massimo è da intendersi ridotto della metà (7 pezzi il primo anno e 4 per gli anni successivi, per i presidi indossabili e 3 pezzi il primo anno e 2 pezzi per gli anni successivi, per la traversa salvaletto).

In ogni caso il paziente all'atto del ritiro può scegliere, nell'ambito del proprio budget, i prodotti a lui più confacenti. In questi casi il personale addetto alla consegna deve trascrivere nell'apposita prescrizione i prodotti effettivamente consegnati, le relative quantità e i relativi importi.

0405	Pannolone a mutandina riutilizzabile e lavabile (large)	14 pezzi il primo anno, 8	55,72 €
		pezzi per gli anni	
		successivi	
0406	Pannolone a mutandina riutilizzabile e lavabile (medium)	14 pezzi il primo anno, 8	55,72 €
		pezzi per gli anni	
		successivi	

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0407	Pannolone a mutandina riutilizzabile e lavabile (small)	14 pezzi il primo anno, 8 pezzi per gli anni successivi	55,72 €
	Traversa salvaletto 3 strati, antiscivolo con lembi, riutilizzabile e lavabile a 95°, in poliestere con barriera impermeabile in poliuretano laminato a caldo in 4 fasi, dimensioni cm 75 x cm 90 (con lembi cm 165 x cm 75), assorbenza 1.200 ml, peso g 420, impermeabile a liquidi 200 mbar	6 pezzi il primo anno, 4 pezzi per gli anni successivi	28,12 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
			(IVA compresa)

#### 4. Colo-, ileo- e urostomizzati

4.05.04 Sistema ad irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24) (presidi erogabili non mensilmente)

I seguenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati. I prezzi di rimborso dei prodotti che segueno sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0641	Set d'irrigazione completo (cod. class. ISO 09.18.24.003)	1 ogni 6 mesi	70,71 €
0643	Irrigatore semplice (cod. class. ISO 09.18.24.004) (alternativo al set d'irrigazione completo di cui al	1 ogni 6 mesi	40,32 €
	codice precedente 0641)		
0645	Sacca per acqua	1 ogni 6 mesi	37,71 €

#### 4.07 Accessori per stomia (presidi erogabili non mensilmente)

I seguenti presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0642	Cintura regolabile	2 all'anno	15,60 €
0644	Cono anatomico e cannula da irrigazione (cod. class. ISO 09.18.24.101)	1 ogni 6 mesi	7,29 €

#### 6. Persone sottoposte a terapia infusionele a domicilio

## 6.01 Set per fleboclisi

Il seguente presidio è prescrivibile da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati. Sulla relativa prescrizione non è necessario far apporre l'apposito timbro con la dicitura "HA DIRITTO".

0661 Set per fleboclisi completo c/ago a farfalla	***	2,00 €
---	-----	--------

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
			(IVA compresa)

#### 7. Persone affette da insufficienza cronica venosa, da tromboflebite e flebotrombosi

#### 7.01 Bende elastiche compressive ad estensione lunga, media e corta

Tali presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

Vanno rispettate le seguenti quantità massime:

Solo bende: 2 bende per gamba all'anno.

Solo calze: 2 paia all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 2 collant all'anno (monocollant, collant, collant maternity) oppure 1 paio all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) più 1 collant all'anno (monocollant, collant maternity).

Bende più calze: 1 benda all'anno più 1 paio di calze all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 1 benda all'anno più 1 collant all'anno (monocollant, collant, collant maternity).

0701	Benda elastica compressiva cm 8	2 pezzi per gamba	17,70 €
		all'anno	
0702	Benda elastica compressiva cm 10	2 pezzi per gamba	20,10 €
		all'anno	
0703	Benda elastica compressiva cm 12	2 pezzi per gamba	24,30 €
		all'anno	

## 7.02 Calze a compressione terapeutiche (misure standard)

Tali presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

I prezzi di rimborso indicati sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

Vanno rispettate le seguenti quantità massime:

Solo bende: 2 bende per gamba all'anno.

Solo calze: 2 paia all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 2 collant all'anno (monocollant, collant maternity) oppure 1 paio all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) più 1 collant all'anno (monocollant, collant maternity).

Bende più calze: 1 benda all'anno più 1 paio di calze all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 1 benda all'anno più 1 collant all'anno (monocollant, collant, collant maternity).

0713	Gambaletto misura standard (1 paio)	2 paia all'anno	74,00 €
0715	Calza coscia modello corto o lungo misura standard (1 paio)	2 paia all'anno	96,00 €
0716	Monocollant misura standard (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	77,00 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
0717	Collant misura standard (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	137,00 €
0718	Collant maternity misura standard (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	134,00 €

#### 7.03 Calze a compressione terapeutiche (su misura)

Tali presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

I prezzi di rimborso indicati sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

Vanno rispettate le seguenti quantità massime:

Solo bende: 2 bende per gamba all'anno.

Solo calze: 2 paia all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 2 collant all'anno (monocollant, collant, collant maternity) oppure 1 paio all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) più 1 collant all'anno (monocollant, collant maternity).

Bende più calze: 1 benda all'anno più 1 paio di calze all'anno (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia) oppure 1 benda all'anno più 1 collant all'anno (monocollant, collant, collant maternity).

In casi particolari le 2 paia di calze su misura (gambaletto, sopra ginocchio, con coscia), eventualmente con fascia di sostegno in silicone, possono essere prescritte anche come 4 singoli pezzi, suddivisi nell'arco dell'anno.

0719	Gambaletto su misura (1 paio)	2 paia all'anno	125,00 €
0721	Calza coscia modello corto o lungo su misura (1 paio)	2 paia all'anno	163,50 €
0722	Monocollant su misura (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	158,00 €
0723	Collant su misura (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	225,00 €
0724	Collant maternity su misura (1 pezzo)	2 pezzi all'anno	225,00 €

#### 7.04 Accessorio per calze a compressione terapeutiche

Tali presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

I prezzi di rimborso indicati sono da intendersi quali importi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

0725	Fascia di sostegno in silicone (1 paio)	2 paia all'anno	25,50 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso
			(IVA compresa)

#### 7.05 Bende alla colla di zinco

Tali presidi sono prescrivibili da tutti i medici dipendenti del Servizio sanitario provinciale o con lo stesso convenzionati.

0753	Benda alla colla di zinco m 10 x cm 10	***	15,00 €
------	--	-----	---------

#### 8. Edemi cronici ed esiti di ustioni

I seguenti presidi sono prescrivibili da un medico specialista dipendente del Servizio Sanitario Provinciale o convenzionato con lo stesso. La prescrizione deve essere accompagnata da un apposito modulo per l'indicazione delle misure (senza tale modulo l'Azienda Sanitaria non rilascia l'autorizzazione mediante apposizione sulla prescrizione del timbro "HA DIRITTO"). Successivamente il paziente può rivolgersi con la prescrizione ed il modulo ad una farmacia o sanitaria convenzionata con l'Azienda Sanitaria.

I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi, in quanto oscillano a seconda della classe di compressione o della misura. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

L'elenco è composto in modo modulare, vale a dire che i singoli optionals delle calze su misura per braccio o per gamba sono indicati separatamente.

#### 8.01 Bracciali e guanti su misura (classi di compressione 1, 2, 3)

1503	Bracciale senza mano C-G (finale diagonale)	2 pezzi/anno per parte	156,48 €
		del corpo interessata	
1510	Bracciale con palmare (unito) senza dita A-G	2 pezzi/anno per parte	213,13 €
		del corpo interessata	
1513	Bracciale con palmare (unito) con dita (aperte/chiuse) A-G	2 pezzi/anno per parte	341,87 €
		del corpo interessata	
1517	Bracciale e palmare (separato) senza dita A-C1 + C-G	2 pezzi/anno per parte	352,45 €
		del corpo interessata	
1522	Bracciale e palmare (separato) con dita (aperte) A-C1 + C-G	2 pezzi/anno per parte	352,45 €
		del corpo interessata	

#### 8.02 Optionals per bracciali e guanti su misura (classi di compressione 1, 2, 3)

1523	Palmare senza dita A-C1	2 pezzi/anno per parte	71,04 €
		del corpo interessata	
1524	Palmare senza dita A-D1	2 pezzi/anno per parte	105,98 €
		del corpo interessata	

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
		T -	T
1525	Palmare con dita (aperte) A-C1	2 pezzi/anno per parte	192,70 €
		del corpo interessata	
1526	Palmare con dita (aperte) A-D1	2 pezzi/anno per parte	225,09 €
		del corpo interessata	
1527	Palmare con dita (chiuse) A-C1	2 pezzi/anno per parte	193,43 €
		del corpo interessata	
1528	Palmare con dita (chiuse) A-D1	2 pezzi/anno per parte	225,09 €
		del corpo interessata	
1531	Bordi autoreggenti	2 pezzi/anno per parte	9,64 €
		del corpo interessata	
1532	Placche autoreggenti	2 pezzi/anno per parte	15,56 €
		del corpo interessata	
1533	Fissaggio al reggiseno con spallaccio semplice	2 pezzi/anno per parte	40,03 €
		del corpo interessata	
1534	Supplemento per spallaccio anatomico	2 pezzi/anno per parte	40,03 €
		del corpo interessata	
1535	Cintura torace HKH spalla	2 pezzi/anno per parte	46,69 €
		del corpo interessata	
1536	Ancoraggi, finali e allungamenti per palmari	2 pezzi/anno per parte	32,08 €
		del corpo interessata	
1537	Chiusura a lampo	2 pezzi/anno per parte	53,26 €
	·	del corpo interessata	
1538	Chiusura a velcro	2 pezzi/anno per parte	66,49 €
		del corpo interessata	,
1539	Borsa su dorso o palmo della mano	2 pezzi/anno per parte	28,91 €
	'	del corpo interessata	,
1540	Lymphad su dorso o palmo della manao	2 pezzi/anno per parte	37,49 €
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	del corpo interessata	_ ,
1541	Pelotta personalizzata nella posizione richiesta (anche successiva)	2 pezzi/anno per parte	44,50 €
-		del corpo interessata	,
1542	Pelotta con cinturino	2 pezzi/anno per parte	96,35 €
		del corpo interessata	
1543	Fodera su posizione richiesta (successiva)	2 pezzi/anno per parte	48,91 €
		del corpo interessata	

8.03 Calze per gamba su misura (classi di compressione 1, 2, 3, 4)

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
1547	Gambaletto A-D (punta aperta finale dritto-parte superiore dritta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	117,51 €
1548	Calza mezza coscia A-F (punta aperta finale dritto-parte superiore dritta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	142,19 €
1549	Calza coscia A-G (punta aperta finale dritto-parte superiore dritta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	168,87 €
1550	Calza collant A-T (punta aperta finale dritto-forma slip normale-cinghietta elastica forata)	2 pezzi/anno	508,10 €
1551	Calza collant monogamba A-T-E (destra/sinistra-punta aperta finale dritto-forma slip normale-cinghietta elastica forata)	2 pezzi/anno	460,13 €
1552	Pantalone ciclista F-T/E-T (forma slip normale-cinghietta elastica forata)	2 pezzi/anno	462,88 €
1553	Pantalone "Capri" C-T (forma slip normale-cinghietta elastica forata)	2 pezzi/anno	491,89 €
1554	Pantalone "Leggin" B-T (forma slip normale-cinghietta elastica forata)	2 pezzi/anno	505,24 €
1555	Puntale piede A-A1 (con mignolo-aperto)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	199,57 €
1556	Calzetto A-B (punta aperta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	80,04 €
1557	Calzetto A-B1 (punta aperta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	82,69 €
1562	Cosciale E-G	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	66,71 €
1563	Ventriera con o senza gherone	2 pezzi/anno	372,26 €

## 8.04 Optionals per calze per gamba su misura (classi di compressione 1, 2, 3, 4)

1564	Ancoraggio alla vita	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	32,08 €
1565	Bordi autoreggenti	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	19,00 €
1599	Placche autoreggenti	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	14,50 €
1566	Cinturino alla vita	2 pezzi/anno	26,89 €
1567	Chiusura a lampo gamba (lunga)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	93,17 €
1568	Chiusura a lampo gamba (corta)	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	53,26 €
1569	Chiusura a velcro gamba	2 pezzi/anno per parte del corpo interessata	66,59 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
1570	Chiusura a lampo ventre (centrale o laterale esterna dx o sx)	2 pezzi/anno	53,26 €
1571	Chiusura a lampo ventre (laterale esterna dx e sx)	2 pezzi/anno	106,41 €
1572	Cucitura supplementare nell'inguine	2 pezzi/anno	18,53 €
1573	Ventre in classe di compressione differenre	2 pezzi/anno	25,20 €
1574	Mutanda gestante senza parte ventre compressiva	2 pezzi/anno	26,89 €
1575	Gherone uomo	2 pezzi/anno	14,83 €
1577	Cavallo aperto	2 pezzi/anno	31,13 €
1580	Sospensorio compressivo	2 pezzi/anno	40,03 €
1581	Pelotta personalizzata nella posizione richiesta (anche successiva)	8 pezzi/anno	44,50 €
1582	Forma "slip" (ca. 4 o 8 cm)	2 pezzi/anno	18,53 €
1583	Forma "slip" su mutanda (= 1-4 cm e 6-10 cm)	2 pezzi/anno	38,97 €
1584	Risvolto a Y o forma "Elipsen" su E	2 pezzi/anno per parte	32,08 €
		del corpo interessata	,
1586	Cucitura supplementare posteriore	2 pezzi/anno per parte	16,20 €
		del corpo interessata	,
1587	Gamba o parziale gamba in altra classe di compressione (dx o sx)	2 pezzi/anno per parte	25,20 €
		del corpo interessata	,
1589	Punta chiusa	2 pezzi/anno per parte	34,83 €
		del corpo interessata	·
1590	Piede diagonale senza punta	2 pezzi/anno per parte	26,89 €
		del corpo interessata	,
1591	Piede diagonale con punta	2 pezzi/anno per parte	46,69 €
		del corpo interessata	,
1592	Punta in tessuto "soft" - Supplemento su punta chiusa	2 pezzi/anno per parte	26,89 €
		del corpo interessata	,
1596	Cuscinetti	2 pezzi/anno per parte	15,89 €
		del corpo interessata	,
1600	Alluce valgo - Rilievo	2 pezzi/anno per parte	30,00 €
		del corpo interessata	
1601	Fodera su posizione richiesta (successiva)	2 pezzi/anno per parte	49,91 €
		del corpo interessata	<u> </u>
1602	Prolunga sottopiede con punta aperta o chiusa (Sx/Dx)	2 pezzi/anno per parte	11,00 €
		del corpo interessata	<u> </u>

8.05 Maschera compressiva per viso su misura

1597	Maschera compressiva per viso su misura	2 pezzi/anno	635,25 €

Codice	Descrizione presidi	Quantità massima	Prezzo di rimborso (IVA compresa)
1598	Fascia di compressione su misura per il mento e il collo	2 pezzi/anno	365,95 €
	8.06 Giacca di compressione su misura		
1603	Giacca di compressione su misura con cerniera e maniche corte/lunghe	2 pezzi/anno	720,00 €
1604	Giacca di compressione su misura con chiusura a body e cerniera con maniche corte/lunghe	2 pezzi/anno	970,00 €

5. Persone affette da ulcere croniche di varia genesi, da fistole secernenti, da piaghe da decubito, da eczemi secernenti, da esiti cronicizzati da ferite chirurgiche e non

I seguenti presidi sono prescrivibili da un medico specialista dipendente del Servizio sanitario provinciale. I prezzi di rimborso dei prodotti che seguono sono da intendersi quali prezzi massimi. Qualora il paziente si orienti verso prodotti con prezzo superiore a quello indicato è tenuto a pagare la differenza di prezzo; qualora, invece, il pazienti si orienti verso prodotti con prezzo inferiore a quello indicato, al Servizio Sanitario Provinciale deve essere addebitato il relativo prezzo al pubblico.

5.30 Dispositivo monouso per la vacuum-terapia

1605 Dispositivo monouso per la vacuum-terapia 4 a paziente 250,00 €
--

## 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	29/11/2018 11:41:56 ORTLER JOHANNES	Il Direttore d'ufficio			
Der Abteilungsdirektor	04/12/2018 16:12:26 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	05/12/2018 10:35:23 NATALE STEFANO	Il direttore dell'Ufficio spese			
Der Direktor des Amtes für Einnahmen		Il direttore dell'Ufficio entrate			
Diago Al	and a second	nia			
Diese At entspricht dem C		ppia me all'originale			
Datum / U	nterschrift data / firr	na			

#### AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



#### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Der Landeshauptmann Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

11/12/2018

Der Vizegeneralsekretär Il Vice Segretario Generale MATHA THOMAS

11/12/2018

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 64 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewährt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

> nome e cognome: Arno Kompatscher codice fiscale: IT:KMPRNA71C19D571S certification authority: InfoCert Firma Qualificata 2 numeri di serie: 315333 data scadenza certificato: 04/01/2020

Am 17/12/2018 erstellte Ausfertigung

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 64 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: Thomas Matha' codice fiscale: IT:MTHTMS72E29A952J certification authority: InfoCert Firma Qualificata 2 numeri di serie: 31C6FB data scadenza certificato: 10/01/2020

Copia prodotta in data 17/12/2018

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

Ausstellungsdatum

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

11/12/2018

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma

