



Beschluss der Landesregierung

Deliberazione della Giunta Provinciale

Nr. 1098
Sitzung vom 14/12/2021

Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Vizegeneralsekretärin

Arno Kompatscher
Waltraud Deeg
Giuliano Vettorato
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Massimo Bessone
Maria Hochgruber Kuenzer
Arnold Schuler
Thomas Widmann

Marion Markart

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Vicesegretaria generale

Betreff:

Planungsdokument für die Festsetzung des Gesundheitsbedarfs für den Zeitraum 2021-2024

Oggetto:

Atto di programmazione per la determinazione del fabbisogno sanitario per il periodo 2021-2024

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Das gesetzesvertretende Dekret Nr. 502/1992, in geltender Fassung („Neuregelung der Bestimmungen im Gesundheitsbereich“), verweist im Artikel 1 auf die Grundsätze der Wahrung des Rechts auf Gesundheit, der Gesundheitsplanung und der Festlegung der wesentlichen und einheitlichen Betreuungsstandards.

Artikel 37, Absatz 3 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, i.g.F, sieht vor, dass die Landesregierung unter anderem, im Einklang mit den staatlichen und den auf Landesebene vorgegebenen Planungsrichtlinien, die Voraussetzungen für die Erbringer von Gesundheitsleistungen bestimmt.

Artikel 8, Absatz 1 der Anlage A zum Beschluss der Landesregierung (in der Folge „BLR“ genannt) vom 17. Februar 2003, Nr. 406, („Regelung der Bewilligung und Akkreditierung der medizinischen Einrichtungen und des freiberuflichen Fachpersonal im Gesundheitswesen“) sieht vor, dass öffentliche und private Einrichtungen oder Freiberufler, die ansuchen, um die institutionelle Akkreditierung anerkannt zu bekommen, die Mindest- und zusätzliche Qualifikationsanforderungen erfüllen müssen. Vorab muss die Erfüllung von drei Bedingungen überprüft werden, darunter auch die Zweckmäßigkeit hinsichtlich der Ziele der Gesundheitsplanung auf Landesebene und des Betreuungsbedarfs.

Absatz 2 desselben Artikels sieht außerdem vor, dass die Landesregierung die Parameter des Betreuungsbedarfs unter Bezugnahme auf den in der Gesundheitsplanung festgelegten medizinischen Bedarf bestimmt, damit die zu akkreditierenden Einrichtungen aufgrund der Planungsrichtlinien bewertet werden können.

In Erwartung der Genehmigung des Landesgesundheitsplans (in der Folge „LGP“ genannt) 2016-2020, der erst später mit Beschluss vom 29. November 2016, Nr. 1331, genehmigt worden ist, hatte die Landesregierung mit Beschluss vom 22.12.2015, Nr. 1544, und unter Berücksichtigung der im Dekret des Gesundheitsministeriums Nr. 70/2015 genannten Parameter, die Kriterien und Parameter des Bedarfs für die Planung der institutionellen Akkreditierung bis zum 31.12.2016 vorgeschrieben.

Mit dem oben genannten Beschluss Nr. 1544/2015 hat die Landesregierung in erster Linie den Inhalt des auf der Staats-Regionen-

La Giunta Provinciale

Il decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni (“Riordino della disciplina in materia sanitaria”) richiama all’articolo 1 i principi di tutela del diritto alla salute, di programmazione sanitaria e di definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

L’articolo 37, comma 3 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 e s.m.i., prevede che la Giunta provinciale determini, tra gli altri, i requisiti dei soggetti erogatori e le procedure per la concessione dell’accreditamento coerentemente con gli indirizzi della programmazione nazionale e provinciale.

L’articolo 8, comma 1, dell’Allegato A della deliberazione della Giunta provinciale (di seguito denominata “DGP”) 17 febbraio 2003, n. 406 (“Disciplina dell’autorizzazione e dell’accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari”) stabilisce che per ottenere l’accreditamento istituzionale quale riconoscimento alle strutture pubbliche e private o ai professionisti che ne facciano richiesta sia basato sul possesso dei requisiti minimi e ulteriori di qualificazione, previa verifica della sussistenza di tre condizioni, tra le quali anche la funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione provinciale e al fabbisogno di assistenza.

Al comma 2 del medesimo articolo si prevede inoltre che la Giunta Provinciale determini i parametri relativi ai fabbisogni sanitari, con riferimento alle esigenze sanitarie individuate nella programmazione provinciale, per permettere di valutare le strutture da accreditare rispetto agli indirizzi programmatori.

Nelle more dell’approvazione del Piano Sanitario Provinciale (di seguito denominato “PSP”) 2016-2020, solo successivamente approvato con delibera n. 1331 del 29 novembre 2016, la Giunta aveva provveduto a dettare con deliberazione n. 1544 del 22.12.2015 i criteri e i parametri di fabbisogno ai fini della programmazione dell’accreditamento istituzionale fino al 31.12.2016, tenendo conto dei parametri di cui al decreto del Ministero della Salute n. 70/2015.

Con la suddetta deliberazione n. 1544/2015 la Giunta provinciale ha provveduto in primis a recepire i contenuti dell’Intesa n. 32 siglata in

Konferenz vom 19. Februar 2015 unterzeichneten Abkommens Nr. 32 umgesetzt, um die Landesregelung an die auf staatlicher Ebene geltende Regelung des Genehmigungs- und Akkreditierungssystems von Gesundheitseinrichtungen anzugleichen.

Der von Artikel 30 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 vorgesehene LGP 2016-2020 enthält als wichtigstes Instrument für die strategische Planung des gesamten Gesundheitsbedarfs einige allgemeine Schwerpunkte betreffend die Parameter für die Betreuung im Krankenhaus, die Betreuung von akuten und postakuten Patienten sowie die Festlegung des Bedarfs an Bettenplätzen für die wohnortnahe Betreuung. Der LGP unterstreicht außerdem die Notwendigkeit, dass jeder Patient, nach dem Grundsatz des *"best point of service"*, die Leistung bekommt, welche er tatsächlich benötigt, am hinsichtlich der Qualität des Dienstes bestmöglichem Ort und dort, wo die Wartezeiten auf ein Mindestmaß eingegrenzt werden können. An mehreren Stellen betont der LGP, dass die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten unter Beachtung der Angemessenheit der Versorgung und der Überprüfung ihrer Wirksamkeit berücksichtigt werden müssen.

Diese Planung, die für die Festlegung des gesundheitlichen Bedarfs vorgegeben worden war, wurde durch den pandemischen Notfall, der durch das Covid-19-Virus ausgelöst wurde, völlig umgeworfen. Um diese Situation zu bewältigen, war es zunächst vorrangig, die Tätigkeit auf den Intensivstationen und in pflegeintensiven Betreuungsbereichen zu intensivieren, wie es vom Artikel 2 des Gesetzesdekrets Nr. 34 vom 19. Mai 2020, umgewandelt in Gesetz Nr. 77/2020, "Dringende Maßnahmen im Bereich Gesundheit, Unterstützung von Arbeit und Wirtschaft sowie Sozialpolitik im Zusammenhang mit dem epidemiologischen Notfall von COVID-19" vorgesehen wurde. Dies ist durch den "Plan zur Neuorganisation des Covid-19 Notfallkrankenhausnetzes", mit dem BLR vom 16. Juni 2020, Nr. 437, erfolgt.

Besonders bezeichnend für die Auswirkungen der Pandemie auf das gesamte Gesundheitssystem ist die Veröffentlichung des mit BLR vom 22. Dezember 2020, Nr. 1050, genehmigten operativen Landesplans zum Abbau der Wartelisten gemäß Art. 29 des in Gesetz Nr. 126 vom 13. Oktober 2020 umgewandelte Gesetzesdekret Nr. 104/2020.

Dieser Plan setzt die Bereiche fest, in denen es am dringendsten ist, die von den wesentlichen Betreuungsstandards (sog.

Conferenza Stato-Regioni del 19 febbraio 2015, al fine di uniformarsi al sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie definito a livello nazionale.

Il PSP 2016-2020, previsto all'articolo 30 della legge provinciale n. 7/2001, quale principale strumento di pianificazione strategica del fabbisogno sanitario complessivo, ha stabilito alcuni generali punti-chiave relativi ai parametri sull'assistenza in regime di ricovero, oltre a fissare il fabbisogno di posti letto territoriali. Il PSP sottolinea inoltre la necessità che a ciascun paziente vada fornita, in base al principio del *"best point of service"*, la prestazione di cui necessita realmente nel miglior luogo possibile per la qualità del servizio e là dove si possono ridurre al minimo i tempi di attesa.

In più punti del PSP si parla infine di considerare il fabbisogno reale ed effettivo dei pazienti, tenendo presente l'appropriatezza dell'assistenza e la verifica della sua efficacia.

Questa pianificazione, predisposta per la determinazione del fabbisogno sanitario, è stata del tutto stravolta dall'emergenza pandemica generata dal virus Covid-19. Per fronteggiare questo evento si è provveduto in primo luogo ad incrementare l'attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cure, come previsto dall'art. 2 del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77/2020, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", attraverso il "Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19", con la DGP del 16 giugno 2020, n. 437.

Particolarmente indicativo dell'impatto che la pandemia ha avuto sull'intero sistema sanitario è l'approvazione con DGP del 22 dicembre 2020, n. 1050 del Piano operativo provinciale per il recupero delle liste d'attesa ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge n. 104/2020, convertito in legge n. 126 del 13 ottobre 2020.

Questo Piano evidenzia i settori ove più urgente è la necessità di recuperare le prestazioni sanitarie, così come riconosciute dai Livelli essenziali di Assistenza (i c.d.

"Neue LEAs", gemäß Dekret des Präsidenten des Ministerrats 12. Januar 2017, in der Folge WBS genannt) vorgesehenen Gesundheitsleistungen, die aufgrund der Pandemie-Notlage nicht erbracht werden konnten, aufzuholen.

Bereits vor der Pandemie hatte die Landesregierung mit Beschluss vom 05. November 2019, Nr. 915, den Landesplan für die Verwaltung der Wartezeiten 2019-2021 verabschiedet, in dem die maximalen Wartezeiten für die ambulanten fachärztlichen Leistungen und für die im Rahmen einer Aufnahme im Krankenhaus erbrachten Leistungen genehmigt wurden. Dieser Plan wurde durch den Beschluss des Sanitätsbetriebes Nr. 84 vom 04. Februar 2020 umgesetzt.

Im LGP ist die Sicherstellung der WBS dem Sanitätsbetrieb anvertraut. Der Beitrag des privatwirtschaftlichen Profit- und non-Profit-Sektors ist als Ergänzung und als Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes anzusehen. Zu diesem Punkt wird auch auf das Landesgesetz vom 21. April 2017, Nr. 3 („Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes“) verwiesen, welches im Artikel 1, Absätze 3 und 4 vorsieht:

(3) Das Land Südtirol verfolgt das Ziel, einen Gesundheitsdienst zu gewährleisten, der höchstmögliche Sicherheit, Qualität, Angemessenheit und Nachhaltigkeit bietet.

(4) Zur Erreichung der Ziele laut Absatz 3 kann das Land Südtirol auch auf die Ressourcen privater akkreditierter Einrichtungen zurückgreifen, die den öffentlichen Dienst zur Deckung des Gesamtbedarfs an Betreuung unterstützen und ergänzen.

Aus den angeführten Gründen stuft man die Ausarbeitung eines Dokuments, das die Ausrichtung und Planung des Gesundheitsbedarfs detaillierter betrachtet, als besonders wichtig und dringend ein. Dies auch im Hinblick auf etwaige Bewertungen im Bereich der Akkreditierung und vertraglichen Vereinbarungen mit privaten Gesundheitseinrichtungen zur Erbringung von aufgeschobenen Leistungen, die u.a. im Verhältnis mit den geltenden Bestimmungen, zur effektiven Nachfrage sowie den verfügbaren Ressourcen stehen müssen. Unter „privaten Erbringern“ versteht man sowohl Erbringer aus dem Profit-Bereich als auch jene aus dem Non-Profit-Bereich, ohne dabei die Rolle der Sozialdienste, der Freiwilligenarbeit und auch der Patienten selbst und deren Familien außer Acht zu lassen.

“Nuovi LEA”, DPCM 12 gennaio 2017) e rimaste inattese a causa dell'emergenza pandemica.

Già prima della pandemia, la Giunta provinciale con delibera n. 915 del 05 novembre 2019 aveva varato il Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021 con cui si approvano i tempi di attesa massimi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni erogate in regime di ricovero. Tale piano è stato tradotto a livello attuativo dalla delibera dell'Azienda sanitaria n. 84 del 04 febbraio 2020.

Nel PSP la garanzia dei LEA è affidata all'Azienda Sanitaria. I contributi del settore privato profit e no profit sono concepiti ad integrazione e sostegno del servizio sanitario pubblico. A tal proposito si rinvia anche alla legge provinciale del 21 aprile 2017, n. 3 (“Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale”), ove all'articolo 1, commi 3 e 4 si dice:

(3) La Provincia persegue l'obiettivo di garantire un Servizio sanitario della massima sicurezza, qualità, appropriatezza e sostenibilità.

(4) Per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 la Provincia può avvalersi anche delle risorse del settore privato accreditato, che supportano e integrano il servizio pubblico nel coprire il fabbisogno complessivo di assistenza.

In considerazione di quanto precede, risulta particolarmente importante ed urgente la predisposizione di un atto di indirizzo e di programmazione provinciale che analizzi più nel dettaglio il fabbisogno sanitario, anche in vista di eventuali valutazioni in tema di accreditamento e accordi contrattuali con strutture sanitarie private per il recupero delle prestazioni rimaste inattese, rapportato tra il resto ai vincoli normativi vigenti, all'effettivo livello della domanda nonché alle risorse disponibili. Per “settore privato” si intende quello profit come quello no profit, senza dimenticare il ruolo svolto dai servizi sociali, dal volontariato e infine dagli stessi pazienti e dalle loro famiglie.

Auch für die Zeit nach der Pandemie besteht das erklärte Ziel dieses Dokuments darin, der erste Teil eines organischen und vereinfachten Systems zu sein, eines regelrechten Verfahrensprozesses. Dieser Prozess beginnt mit der Feststellung des Bedarfs, geht in der Akkreditierungsphase weiter und reicht bis zum Abschluss der vertraglichen Vereinbarung mit Einrichtungen außerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens.

Mit der Festsetzung dieses Ablaufs will man auch weiterhin eine präventive Sicherheit aller an die Leistungserbringer im Gesundheitsbereich zugewiesenen Ressourcen schaffen und in der Folge auch eine Ausgabensicherheit für den Südtiroler Sanitätsbetrieb und die Landesverwaltung.

Die Covid-19-Pandemie hat zwar die Schwächen des Gesundheitssystems deutlich gemacht, andererseits aber auch zu einem Umdenken bei der Planung und den Modalitäten der Betreuung geführt, und zwar vor dem Hintergrund eines verstärkten Augenmerks auf die Ausgaben und die Verwendung der verfügbaren Finanzmittel.

Zu diesem Zweck hat der Sanitätsbetrieb die Aufgabe, die Verwendung der verfügbaren Mittel umzuschichten, das Angebot zu verstärken und das öffentliche Angebot, wo es lückenhaft ist, durch Vertragsbindungen mit privaten Anbietern zu verstärken. Der Einsatz letzterer ist als flexibles Planungsinstrument zu verstehen und ihre Beteiligung steht in engem Zusammenhang mit der Verwirklichung der in den WBS zum Ausdruck gebrachten Betreuungsziele.

Mit dem staatlichen Plan für den Aufschwung und die Resilienz (in der Folge „PNRR“ genannt), der von der Europäischen Kommission genehmigt wurde und innerhalb 2026 umzusetzen ist, wird das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Territorium neu festgesetzt. Es sind einige strukturelle Eingriffe (Gemeinschaftshäuser und -krankenhäuser und territorialen Koordinierungszentralen) vorgeschrieben, aber auch die Stärkung der Hauspflege wird vorgesehen. Die Anstrengungen des Sanitätsbetriebs für das Aufholen und die Optimierung der Gesundheitsleistungen müssen den Rahmen des PNRR berücksichtigen und innerhalb der Grundgedanken und der Ausrichtungen, die von ihm festgesetzt worden sind, erfolgen.

Es wird festgehalten, dass dieser Beschluss keine Mehrausgaben zu Lasten des Verwaltungshaushalts des Landes für den

Anche per il periodo post-pandemico, l'obiettivo dichiarato con questo atto è quello di predisporre la prima parte di un sistema organico e semplificato, un vero e proprio iter procedurale, che parte dalla rilevazione del fabbisogno per proseguire alla fase dell'accREDITAMENTO, sino alla conclusione dell'accordo contrattuale con strutture esterne al servizio sanitario pubblico.

Prevedendo tale sistema si intende continuare a dare certezza preventiva di tutte le risorse assegnate agli erogatori di prestazioni sanitarie e conseguentemente anche certezza di spesa da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e da parte dell'Amministrazione provinciale.

La pandemia da Covid-19, se da un lato ha messo in evidenza le fragilità del sistema sanitario, dall'altro ha generato un ripensamento della programmazione e delle modalità di assistenza, in un contesto di forte attenzione alla spesa e all'uso delle risorse finanziarie disponibili.

In quest'ottica l'Azienda sanitaria avrà il compito di rimodulare l'impiego delle risorse a disposizione, efficientando l'offerta e ricorrendo al privato in termini di integrazione dell'offerta pubblica ove carente. La funzione di questi ultimi va intesa quale strumento flessibile di programmazione ed il loro coinvolgimento è strettamente legato alla realizzazione degli obiettivi di cura espressi nei LEA.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito denominato “PNRR”) approvato dalla Commissione Europea e da attuare entro l'anno 2026, si riscrive il rapporto tra ospedale e territorio, fissando alcuni interventi strutturali (Case e Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali), oltre a prevedere il rafforzamento delle cure domiciliari. Gli sforzi dell'Azienda Sanitaria per il recupero e lo sviluppo delle prestazioni sanitarie dovranno considerare la cornice del PNRR ed operare all'interno delle logiche e delle prospettive da esso diseguate.

Si prende atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi di spesa a carico del bilancio finanziario gestionale del

Dreijahreszeitraum 2021-2023 mit sich bringt. Dies wurde im Schreiben des Amtes für Gesundheitsbetreuung vom 28.10.2021 (Prot. Nr. 835814) an den Direktor des Südtiroler Sanitätsbetriebs, der dies zur Kenntnis genommen und seine Genehmigung für das Dokument erteilt hat, mitgeteilt. Im Einzelnen wurde im Hinblick auf das Haushaltsjahr 2021 das Aufholen von Tätigkeiten im Gesundheitsbereich, Stand vor der Pandemie, bereits mittels Übertragung der Ressourcen in die ungebundenen Zuweisungen auf Kapitel U13011.0000, zweckgebunden mit BLR Nr. 979/2020, finanziert, wobei dies eine Ermächtigungsgrenze für die Ausgabenprognosen darstellt.

Für die Jahre 2022 und 2023 ist die Deckung der Ausgaben mittels Zurverfügungstellung auf dem Kapitel U13011.0000 der entsprechenden Abrechnungszeiträume gesichert. Diese werden im Rahmen der nachfolgenden Beschlüsse für die ungebundenen Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zweckgebunden.

triennio 2021-2023, come comunicato nella lettera dell'Ufficio Assistenza Sanitaria del 28.10.2021 (n. prot. 835814) al Direttore dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige il quale ne ha preso atto e ha dato il suo nulla osta al documento. In dettaglio, per quanto riguarda l'esercizio 2021, il ripristino delle attività sanitarie pre-pandemia, è già stato finanziato mediante il trasferimento dei fondi a titolo di assegnazione indistinta impegnata sul capitolo U13011.0000 con Deliberazione della Giunta provinciale n. 979/2020, la quale costituisce limite autorizzatorio alle previsioni di spesa. Per gli anni 2022 e 2023, la copertura della spesa è garantita mediante gli stanziamenti sul capitolo U13011.0000 dei rispettivi esercizi finanziari, che saranno impegnati nell'ambito delle future delibere di assegnazione a destinazione indistinta all'Azienda sanitaria.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Das Dokument in der Anlage 1, welches wesentlichen und integrierenden Bestandteil der vorliegenden Maßnahme bildet und den Betreuungsbedarf gemäß den Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) unter Bezugnahme auf die gesundheitlichen Anforderungen für die stationäre und ambulante Betreuung sowie auf einige Formen der Betreuung auf dem Territorium festlegt, wird genehmigt. Damit soll dem Südtiroler Sanitätsbetrieb eine Bewertung im Sinne der Planungsrichtlinien von privaten Einrichtungen, mit denen Vertragsabkommen abgeschlossen werden, ermöglicht werden.
2. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb verweist im Jahrestätigkeitsprogramm (POA), welches unter Beachtung des strukturellen Rahmens, den der staatliche Plan für den Aufschwung und die Resilienz (PNRR) vorgibt, erstellt wird, auf dieses Dokument der Gesundheitsplanung auf Landesebene und nimmt es auch als Grundlage für die Umsetzung seines Produktionsplans der öffentlichen und privaten Einrichtungen bzw.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si approva il documento di cui all'Allegato 1, che costituisce parte essenziale ed integrante del presente provvedimento e che definisce il fabbisogno sanitario, a copertura dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), con riferimento all'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale, nonché per alcune forme di assistenza territoriale, per permettere così all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di valutare le strutture private con cui firmare accordi contrattuali rispetto agli indirizzi programmatori;
2. si stabilisce che l'Azienda Sanitaria dell'Alto-Adige faccia riferimento nel Programma Operativo annuale (POA), nel rispetto della cornice strutturale predisposta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al presente atto programmatico provinciale quale base anche per il Piano annuale di produzione delle strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate;

akkreditierter und vertraglich gebundener privater Einrichtungen.

3. Die Beobachtungsstelle für Gesundheit unterstützt die Landesabteilung Gesundheit im Sinne von Artikel 4 des Landesgesetzes Nr. 7/2001, i.g.F., das Ausmaß des vom Südtiroler Sanitätsbetrieb abgedeckten Betreuungsbedarfs zu überwachen.
 4. Die Kosten für die Durchführung des Planungsdokuments für das Haushaltsjahr 2021 sind finanztechnisch durch die Mittel abgedeckt, welche mit BLR Nr. 979/2020 in die ungebundenen Zuweisungen auf Kapitel U13011.0000 übertragen und zweckgebunden worden sind, wobei dies eine Ermächtigungsgrenze für die Ausgabenprognosen darstellt. Für die Jahre 2022 und 2023, ist die Deckung der Ausgaben mittels Zurverfügungstellung auf dem Kapitel U13011.0000 der entsprechenden Abrechnungszeiträume gesichert. Diese werden im Rahmen der nachfolgenden Beschlüsse für die ungebundenen Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zweckgebunden.
 5. Der vorliegende Beschluss ist dem Südtiroler Sanitätsbetrieb mitzuteilen und wird auch auf der institutionellen Homepage der Landesabteilung Gesundheit veröffentlicht.
3. si prevede che l'Osservatorio per la Salute supporti la Ripartizione Salute, ai sensi dell'articolo 4 della L.P. n. 7/2001 e s.m.i., nel monitorare lo stato del fabbisogno coperto dall'Azienda sanitaria dell'Alto-Adige;
 4. i costi per l'attuazione del documento programmatico relativi all'esercizio 2021 sono finanziariamente coperti dalle risorse trasferite tramite l'assegnazione in quota indistinta impegnata sul capitolo U13011.0000 con DGP n. 979/2020 del bilancio finanziario gestionale per l'esercizio 2021, che costituisce limite autorizzatorio alle relative previsioni di spesa. Per gli anni 2022 e 2023, la copertura della spesa è garantita mediante gli stanziamenti sul capitolo U13011.0000 dei rispettivi esercizi finanziari, che saranno impegnati nell'ambito delle future delibere di assegnazione a destinazione indistinta all'Azienda sanitaria.
 5. si comunica all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige la presente deliberazione, la quale viene anche pubblicata sul sito web istituzionale della Ripartizione provinciale salute.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.



Planungsdokument für die Festsetzung des gesundheitlichen Betreuungsbedarfs

Zeitraum 2021-2024

November 2021

Ausgearbeitet vom Amt für Gesundheitsbetreuung und der Beobachtungsstelle für Gesundheit
Abteilung Gesundheit – Autonome Provinz Bozen
gesundheitsbetreuung@provinz.bz.it – Tel. 0471-418070

Inhaltsverzeichnis

1	Voraussetzungen und Ziele.....	4
2	Rechtlicher Rahmen.....	5
3	Die Covid-19- Pandemie in der Provinz Bozen.....	7
4	Die Reorganisationspläne des Gesundheitsdienstes in der Provinz Bozen infolge des Notstandes Covid-19.....	9
5	Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Tätigkeit des Gesundheitsdienstes in Südtirol.....	10
5.1	Krankenhausbetreuung für Akut-Patienten.....	11
5.2	Krankenhausbetreuung für Post-akute Patienten	14
5.2.1	Rehabilitation (Operative Einheit Kodex 56).....	14
5.2.2	Neurorehabilitation (Operative Einheit Kodex 75).....	16
5.2.3	Langzeitpflege (Operative Einheit Kodex 60)	19
5.3	Fachärztliche Betreuung	22
5.4	Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	25
6	Festsetzung des Betreuungsbedarfs für Präventionstätigkeiten und die Öffentliche Gesundheit, für die territoriale und die Krankenhausbetreuung	28
6.1	Krankenhausbetreuung für Akut- und Post-Akutkranke vor der Pandemie	28
6.1.1	Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	29
6.2	Planung der fachärztlichen ambulanten Leistungen	31
6.2.1	Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	31
6.3	Planung der gesundheitlichen und sozio-sanitären ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung auf dem Territorium	33
6.3.1	Medizinische Grundversorgung auf dem Territorium.....	33
6.3.2	Hauspflege.....	34
6.3.3	Palliativbetreuung	36
6.3.4	Übergangspflege.....	37
6.3.5	Psychische Gesundheit.....	38
6.3.6	Betreuung im Bereich Abhängigkeiten	43
6.3.7	Betreuung von Personen, die an AIDS und anderen chronischen Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen ausgelöst wurden, erkrankt sind.	45
6.4	Weiterer Betreuungsbedarf	46

1 Voraussetzungen und Ziele

Mit **Beschluss der Landesregierung** (in der Folge *BLR genannt*) vom **17. Februar 2003, Nr. 406**, wird die unter **seiner Anlage A** angeführte „**Regelung der Bewilligung und Akkreditierung der medizinischen Einrichtungen und des freiberuflichen Fachpersonals im Gesundheitswesen**“ genehmigt. Dieses Dokument regelt unter anderem die institutionelle Akkreditierung der Gesundheitseinrichtungen und der anderen Berufe im Gesundheitswesen gemäß Artikel 37, 39 und 40 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, i.g.F..

Das obgenannte Landesgesetz sieht unter Artikel 39, Absatz 2 vor, dass die Landesregierung Folgendes festlegt:

- a. **die Parameter des gesamten Betreuungsbedarfs** mit Bezug auf die Bedürfnisse im Gesundheitsbereich, wie von der Landesplanung festgesetzt, zum Zwecke der Bewertung der zu akkreditierenden Einrichtungen im Verhältnis zu den programmatischen Richtlinien,
- b. die Bewertungskriterien, auch auf der Grundlage von Indikatoren, der von den akkreditierten Einrichtungen abgewickelten Tätigkeiten und der erzielten Ergebnisse, zum Zwecke der Aufrechterhaltung der Akkreditierung,
- c. die weiteren Voraussetzungen für die Qualifizierung, die mindestens alle 3 Jahre bestätigt oder aktualisiert werden müssen.

Der **gesamte Betreuungsbedarf** wird regelmäßig vom Landesgesundheitsplan und den verschiedenen Fachplänen festgesetzt. Außerdem hat der **BLR Nr. 1544 vom 22. Dezember 2015** die **Parameter betreffend den Gesundheitsbedarf zum Zwecke der Planung** und die Kriterien für die Bewertung der abgewickelten Tätigkeit festgelegt, auch zum Zwecke der Aufrechterhaltung und der Erneuerung der institutionellen Akkreditierung.

Im Besonderen wurde im Beschluss Folgendes festgelegt:

- a. die Parameter des Betreuungsbedarf unter Bezugnahme auf die medizinischen Bedürfnisse für die stationären und fachärztlichen sowie einige territoriale Tätigkeiten, um die Bewertung der zu akkreditierenden Einrichtungen gemäß Planungsrichtlinien zu ermöglichen.
- b. die Kriterien für die Bewertung der abgewickelten Tätigkeit und der erzielten Ergebnisse zum Zwecke der Akkreditierung;
- c. die Kriterien für die Festlegung der Vertragsabkommen seitens des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit den privaten Einrichtungen, die notwendig sind, damit nicht rein die Tatsache, dass ein Subjekt akkreditiert worden ist, schon ausreicht, um eine Vertragsvereinbarung mit dem Sanitätsbetrieb einzugehen.

In Bezug auf die Vertragsbindungen mit privaten Erbringern ist auch die Bestimmung unter Satz eins des Artikels 15, Absatz 14 des in das Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135 umgewandelte Gesetzesdekret vom 6. Juli 2012, Nr. 95 zu beachten. Sie schreibt die Einhaltung einer Ausgabenobergrenze für private vertragsgebundene Erbringer vor und gibt einen genauen Prozentsatz für die jährliche Ersparnis im Verhältnis zu den genehmigten Ausgaben im Jahr 2011 vor.¹

¹ Die gesetzliche Bestimmung, welche die Einhaltung der Ausgabenobergrenze für private vertragsgebundene Einrichtungen vorgeschrieben hat, ist der erste Satz des Artikels 15, Absatz 14 des Gesetzesdekrets Nr. 95 vom 06. Juli 2012: „Auf alle geltenden Verträge und Abkommen für den Ankauf von Gesundheitsleistungen von privaten vertragsgebundenen Erbringern betreffend die ambulanten Facharztleistungen und Betreuung im Krankenhaus, gemäß Artikel 8-quinquies des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, welche im Jahr 2012 Wirksamkeit haben, wird eine Minderung des von der Region oder autonomen Provinz festgesetzten Betrages und der entsprechenden eingekauften Menge angewandt. Die Minderung erfolgt in dem Ausmaß, dass die jährliche

Ausgehend vor allem von der Analyse der nicht erbrachten Leistungen aufgrund der Covid-19-Pandemie, hat dieses Dokument zur Zielsetzung, die Anwendung einer standardisierten Prozedur für die Festlegung des Bedarfs einzuführen, die hauptsächlich auf **der regelmäßigen Schätzung aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten beruht**.

Hierbei kommen neben der Datenanalyse auch die **Parameter** der Bemessung der Einrichtung in Funktion des Einzugsgebiets, die sei es auf staatlicher Ebene (wenn auch im Rahmen der organisatorischen Autonomie des Landes), sei es jener auf lokaler Ebene vom Landesgesundheitsplan und den geltenden abgeleiteten Fachplänen und Umsetzungsdokumenten in den einzelnen Bereichen zur Anwendung.

Und schließlich muss die Festlegung des Bedarfs an Leistungen und von Einrichtungen, ausgerichtet sein auf die Möglichkeit für den Südtiroler Sanitätsbetrieb eventuell zusätzliche Vertragsabkommen mit privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen abzuschließen oder die regelmäßig bestehende Vereinbarungen neu zu verhandeln, um das Angebot immer effizienter zu gestalten und dabei Rechnung folgender allgemeiner **Bewertungskriterien** tragen, die es erlauben die vorhandenen Daten zu kontextualisieren:

- a. die derzeitige Gestaltung des Angebots und seine Verteilung auf dem Territorium,
- b. der effektive Stand der Anfrage,
- c. die verfügbaren Ressourcen,
- d. das Ausmaß der Tätigkeiten,
- e. die Flüsse der interregionalen Mobilität und der Mobilität innerhalb der Bezirke,
- f. die bei den Hauptleistungen erhobenen Wartezeiten,
- g. sowie die Bedürfnisse, die der Südtiroler Sanitätsbetrieb in Absprache mit den einzelnen Gesundheitsbezirken in Bezug auf sein Einzugsgebiet für fachärztliche Leistungen vertreten hat.

2 Rechtlicher Rahmen

Mit **BLR Nr. 13 vom 29. November 2016** hat das Land den **Landesgesundheitsplan 2016-2020** genehmigt. Mit diesem werden die wesentlichen Strategien festgelegt, die eine qualitativ hohe Gesundheitsbetreuung über die Jahre sichern sollen. Insbesondere ist es vorrangig, eine kapillare Gesundheitsbetreuung auf dem ganzen Landesgebiet sicherzustellen, allen einen angemessenen Zugang zu einer hoch spezialisierten Medizin zu sichern und die Gesundheitsbetreuung als integriertes System zwischen verschiedenen Subjekten, seien sie öffentlich, privat oder aus dem Bereich des Ehrenamtes, aufzustellen. Grundlegende Voraussetzungen hierfür sind die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung und der Dienste innerhalb des Netzwerks der Gesundheitseinrichtungen auf dem gesamten Landesgebiet. Primäres Ziel ist es, die derzeitige Betreuung, die vor allem in den Krankenhäusern erbracht wird und das Hauptgewicht auf die Akutbehandlung und die Wartezeiten legt, mit einer **proaktiven wohnortnahen Gesundheitsbetreuung zu ergänzen, die möglichst nahe an der Person erbracht wird und dem effektiven Bedarf entspricht**.

In der Folge wurde der **Masterplan Chronic Care**, mit **BLR Nr. 1281 vom 04. Dezember 2018** genehmigt, der die Richtlinien zur Stärkung der Dienste und der auf dem Territorium organisierten Tätigkeiten enthält. Die Autonome Provinz Bozen setzt sich mit genanntem Plan das Ziel das bestehende Modell der Betreuung der Personen mit chronischen Krankheiten, mit besonderem Augenmerk auf pflegedürftige Personen, wobei eine erweiterte Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sowie zwischen Diensten in und außerhalb des Krankenhauses gefördert werden soll, zu stärken. Insbesondere fördert sie die Stärkung der vor Ort erbrachten Leistungen durch den Ausbau und die Schaffung von Strukturen und Einrichtungen in Wohnortnähe (Aktivierung von Betten für die intermediäre Betreuung, Häuser

Gesamtausgabe, im Verhältnis zu der genehmigten Ausgabe für das Jahr 2011, um 0,5 Prozent für das Jahr 2012, 1 Prozent für das Jahr 2013 und 2 Prozent ab dem Jahr 2014 sinkt.

der Gesundheit) und die Stärkung der Hauspflege, die in all ihren Formen, auch unter Beteiligung des Privatsektors, umgesetzt werden muss.

Im Rahmen der Hauspflege ist der Miteinbezug auch der Leistungen aus dem sozialen Bereich unumgänglich, denn nur so kann man eine weitestgehende Autonomie und Unabhängigkeit der älteren/behinderten Person in der eigenen Wohnung erreichen und dementsprechend die Anzahl der nicht angemessenen Institutionalisierungen verringern.

Die Pandemie hat einige kritische Punkte bei Aspekten der Organisation und der sozio-sanitären Integration noch deutlicher zutage treten lassen, die künftig durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsversorgung aufgrund der demografischen, epidemiologischen und sozialen Trends noch verschärft werden.

Außerdem gibt es auf dem Landesgebiet Unterschiede bei der Erbringung der Dienste, insbesondere was die Prävention und die wohnortnahe Betreuung, ein nicht angemessenes Zusammenspiel zwischen den Krankenhaus-, den territorialen und den Sozialdiensten, sowie erhöhten Wartezeiten für einige Leistungen, angeht.

Der pandemische Notstand hat deutlich hervorgehoben, dass es notwendig ist, die Kapazität des Gesundheitsdienstes und angemessene Dienste auch auf dem Territorium anzubieten. Die Problempunkte, die während des Notstands hervorgetreten sind, haben aufgezeigt, dass das Hauptaugenmerk in den nächsten Jahren die Stärkung des Landesgesundheitsdienstes insbesondere durch

- die Organisation von Netzwerken von Diensten, die dem Bedarf der Gesellschaft und der Patienten entsprechen,
- die Stärkung der Einrichtungen und der wohnortnahen Gesundheitsdienste und der Hauspflegedienste, indem zwischen diesen ein bestmögliches Zusammenspiel erreicht wird, das in homogener Form auf Landesebene erbracht wird

sein muss.

Durch die Vorstellung des **Plans für die Stärkung und die Reorganisation des Territoriums** an das Ministerium, welcher nach den Richtlinien des Artikels 1 des in Gesetz Nr. 77 vom 17 Juli 2020 umgewandelte Gesetzesdekrets Nr. 34 vom 19. Mai 2020, erstellt worden ist, hat das Land einen weiteren Impuls in diese Richtung gegeben. Dieser Plan, welcher mit dem im vom Artikel 18, Absatz 1 des Gesetzesdekretes Nr. 18 vom 17. März 2020 vorgesehen Operationsplan (**BLR Nr. 677 vom 02. September 2020**) rezipiert worden ist, verfolgt insbesondere folgende Hauptziele:

- Errichtung und Funktionsweise der Sondereinheiten für die Betreuungskontinuität (USCA);
- Stärkung der integrierten Hauspflege oder gleichwertigen Modelle;
- Stärkung der Pflegedienste, insbesondere jenes des Familienpflegers;
- Einrichtung der Operativen Einheit für die Koordinierung (UOC).

Ein anderer wichtiger Fachplan, der auf die Stärkung des Zusammenspiels aller Gesundheits- sowie sozio-sanitärer Dienste, die auf dem Territorium tätig sind, abzielt, indem er integrierte Betreuungspfade fördert, ist der **Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025 (BLR Nr. 480 vom 30. Juni 2020)**. Er schlägt ein neues Konzept der Rehabilitation vor, das Ergebnisindikatoren und Angemessenheitskriterien enthält, um einen „integrierten Pflegedienst“ zu fördern, der Teil eines gemeinsamen Rehabilitationsprojekts ist, das über das Rehabilitationsnetz des Landes und die verschiedenen vor Ort tätigen Berufsgruppen, die alle im Einklang arbeiten, umgesetzt werden soll, um die Integration von Krankenhaus und Territorium zu fördern, als Garantie der Betreuungskontinuität.

Das landesweite Rehabilitationsnetz besteht aus öffentlichen und privaten akkreditierten und vertragsgebundenen ambulanten und stationären Einrichtungen, Gesundheits- und sozio-sanitären Einrichtungen, die dem Rehabilitationsbedarf aufgrund von Behinderungen/chronisch degenerativen Erkrankungen, oder Traumata, chirurgischen Eingriffen, akuten Erkrankungen oder wiederaufgeflammter Akutisierungen entsprechen.

Ein weiteres und wichtiges Element im Rahmen der Stärkung der wohnortnahen Betreuung ist die **Intermediär-Betreuung** als neues Betreuungs-Setting (Gemeinschaftskrankenhaus). Ein

Gemeinschaftskrankenhaus ist eine Gesundheitseinrichtung des territorialen Netzes, die für Patienten bestimmt sind, die Gesundheitsmaßnahmen mittlerer/geringer klinischer Intensität und kurze Krankenhausaufenthalte benötigen.

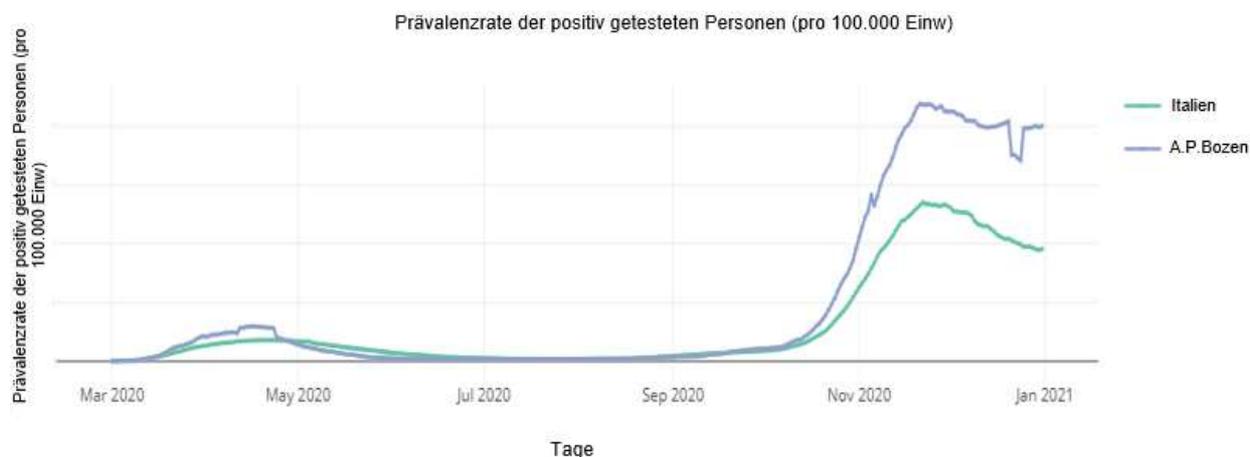
Im Bereich der psychischen Gesundheit, für die Betreuung von Personen, die an Störungen des Autismusspektrums leiden, wird auf das Planungsdokument **“Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen-“** Bezug genommen. Das mit **BLR Nr. 638 vom 23. Juli 2019** genehmigte Dokument ist ein Landesfachplan, der auf eine Betreuung, die auf die Bedürfnisse im Laufe des gesamten Lebens aufgebaut ist und die Umsetzung des Abkommens Nr. 53/CU **“Aktualisierung der staatlichen Richtlinien für die Förderung und die Verbesserung der Qualität und der Angemessenheit der Betreuungsmaßnahmen bei Störungen des Autismusspektrums“**, das von der Vereinigten Konferenz verabschiedet worden ist, darstellt. Ziel des Plans ist es, Betreuungsmodelle sowie Sozial- und Gesundheitsdienste auf Landesebene zugunsten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen neu zu organisieren, zu stärken und zu integrieren, indem ihr jeweiliger Bedarf festgesetzt wird.

Für jene Personen, die an Störungen des Essverhaltens, einem Phänomen, das im Übrigen auch in Südtirol im Wachsen ist, leiden, hat das Land mit dem **BLR Nr. 858 vom 5. Oktober 2021** das Netz der Dienste für die Behandlung der Störungen des Essverhaltens in Südtirol festgelegt. Dort wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die intensive ambulante Therapie auszubauen, die in Form von Tageszentren und erweiterter stationärer rehabilitativer Betreuung zu erbringen ist. Eine wichtige Priorität für das Land, die es zu verfolgen gilt, ist die Bereitstellung von Einrichtungen für die stationären und die teilstationären Aufenthalte, sowie von Tageszentren auf dem Territorium, die eine wichtige Rolle bei der Kontinuität der Behandlung und der Minimierung des Risikos einer chronischen Erkrankung spielen.

3 Die Covid-19- Pandemie in der Provinz Bozen

Seit März 2020 hat das Land Südtirol der Covid-19-Pandemie entgegenhalten müssen. Die Prävalenzrate der Positiv- Getesteten ist von knapp 300 auf 100.000 Einwohner in der zweiten Dekade des Monats April auf Werte von unter 20 zwischen Juni und Juli gesunken, um dann, ab Oktober, wieder auf Spitzenwerte von 2000 zwischen Mitte November und Anfang Dezember zu steigen, was auch über dem staatlichen Wert gelegen war (Grafik 3.1).

Grafik 3.1 – Entwicklung der Prävalenzrate der Positiv- Getesteten (März-Dezember 2020)

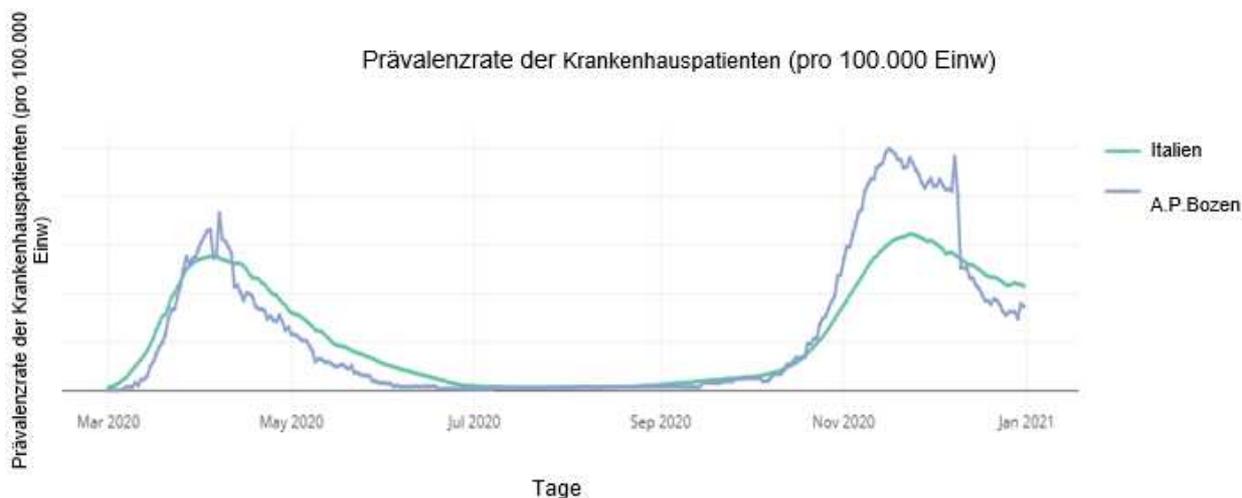


Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

Die Auswirkung auf die Krankenhäuser führte Anfang April zu einer Prävalenzrate der stationären Patienten von über 70 pro 100.000 Einwohner, die dann in den Sommermonaten auf

ausgesprochen niedrige Werte sank, dann wieder anstieg und im November etwa 100 erreichte, ein Wert, der über der nationalen Rate lag (Grafik 3.2).

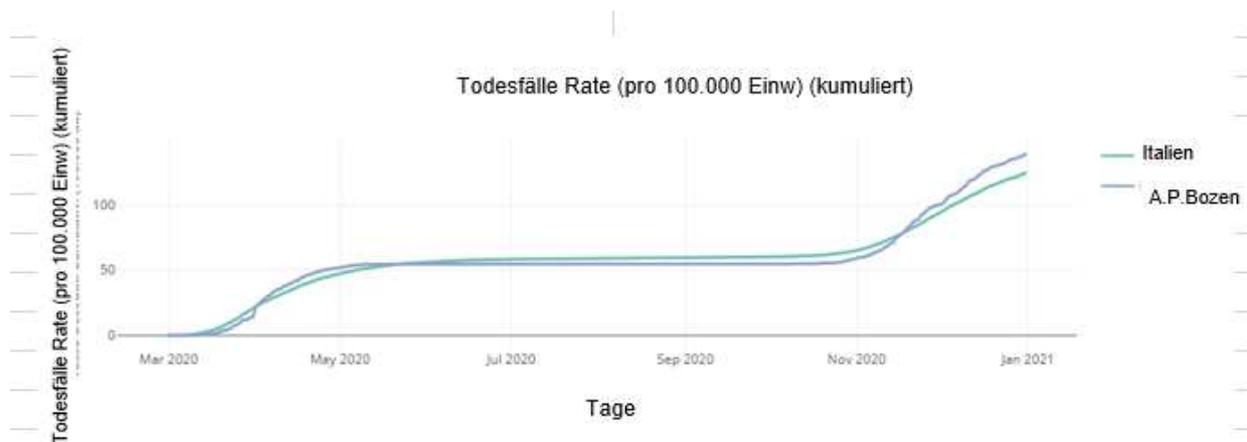
Grafik 3.2 – Entwicklung der Prävalenzrate der im Krankenhaus Aufgenommenen (März-Dezember 2020)



Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

Die Anzahl der COVID- Todesfälle hat von März bis Mai eine wachsende Tendenz gezeigt. Von Juni bis Juli ist sie nahezu unverändert geblieben, um dann zwischen November und Dezember deutlich im Vergleich zu den Anfangsmonaten zu steigen. Ende Dezember war die Kumulativrate an COVID-Todesfällen 139 auf 100.000 Einwohner, was über dem staatlichen Wert war, der bei 124 lag (Grafik 3.3).

Grafik 3.3 – Entwicklung der Kumulativrate der Todesfälle (März- Dezember 2020)



Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

4 Die Reorganisationspläne des Gesundheitsdienstes in der Provinz Bozen infolge des Notstandes Covid-19

Bei der jüngsten Covid-19- Pandemie gehörte Italien zu den am stärksten vom Virus betroffenen Ländern. Der epidemiologische Notstand hat deutlich gemacht, dass ein strukturiertes territoriales Netz, das angemessen koordiniert und mit dem Krankenhaussystem und dem Notfallnetzwerk integriert ist, die Grundvoraussetzung für die Steuerung der Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitswesen ist.

In der ersten Notfallphase von Covid-19 wurden mehrere Hebel angesetzt, um das Betreuungsangebot der Anfrage anzupassen:

- die regulären Krankenaufnahmen und die fachärztlichen Leistungen, die aufgeschoben werden konnten, wurden ausgesetzt,
- einige Organisationseinheiten und Operationssäle wurden umfunktioniert,
- Neuorganisation der Bettenplätze,
- Covid-19-Patientenbetten wurden aktiviert.

Südtirol war in der Lage, die erste Phase der Pandemie sicher zu bewältigen, zum einen dank einer bereits anfänglich angemessenen Ausstattung von Betten, insbesondere im medizinischen Bereich und zum anderen dank der beschleunigten Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses neben dem bestehenden Krankenhaus Bozen, das es ermöglichte die Covid-Intensivtherapien in Betrieb zu nehmen.

Um dem laufenden epidemischen Notstand angemessen durch den Ausbau der Tätigkeiten im Rahmen der Aufnahmen auf der Intensivstation und in Bereichen mit hohem Betreuungsbedarf, so wie von Artikel 2 des in Gesetz Nr. 77 vom 17. Juli 2020 umgewandelten Gesetzesdekrets Nr. 34 vom 19. Mai 2020 („wichtige Maßnahmen im Bereich Gesundheit, Unterstützung der Arbeit und der Wirtschaft sowie des Sozialbereichs im Zusammenhang mit dem epidemiologischen Covid-19-Notstand“) entgegenzutreten zu können, hat das Land mit **BLR Nr. 437 vom 16. Juni 2020** den „**Plan zur Reorganisation des Krankenhausnetzes infolge des Covid-19- Notstandes**“ genehmigt.

Die Maßnahmen für die Neuordnung des Krankenhausnetzes und der organisatorischen Abläufe setzen sich als Ziel den Landesgesundheitsdienst auf der Krankenhausebene strukturell zu stärken und einen Großteil der Maßnahmen zu strukturieren und organisieren, damit die Betreuung und die Betreuungskontinuität multidisziplinär und unter Einbeziehung der verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden kann.

Die Intensivstationen sind daher an die neuen Standards, die vom Gesetzesdekret Nr. 34/2020, umgewandelt in Gesetz Nr. 77/2020, vorgeschrieben worden sind, und zwar 0,14 Bettenplätze auf tausend Einwohner, angepasst worden. Insgesamt wurden 77 Intensiv-Betten (mit einer Erhöhung um 40 Bettenplätze zu den 37 bereits vorhandenen) und 37 Subintensiv-Betten, welche durch eine Umwandlung von Betten in der Abteilung Infektionskrankheiten und Pneumologie, die mit der Vorrichtung für den Anschluss der Hilfsgerätschaften für die Beatmung ergänzt worden sind, in Betrieb genommen und ausgestattet.

Allerdings kann zum heutigen Stand nur eine Neudefinition des öffentlichen und privaten Krankenhausnetzes mit dem Ziel, es mit den vor Ort angebotenen Diensten zu integrieren, eine angemessene Antwort auf die steigende Nachfrage nach medizinischer Versorgung bieten. Dies nicht nur in Bezug auf die derzeitige Infektionslage, sondern auch in Bezug auf die normalen Tätigkeiten, die deutlich zurückgegangen sind.

Es muss daher im Vordergrund stehen, bereits jetzt die Gesundheitsdienste neu zu planen und in Richtung einer Wiederaufnahme der ordentlichen Tätigkeit der mittleren bis hochkomplexen Chirurgie (wobei die Notwendigkeit auf der Grundlage einer Bewertung seitens des Sanitätsbetriebs ermittelt wird), der Facharztvisiten, der diagnostischen Medizin, der Tätigkeiten in der physischen Rehabilitation und der post-akuten Langzeitbetreuung zu gehen und dabei

auch die Betreuungspfade neu zu definieren.

Abschließend, immer als Reaktion auf die Pandemie, wurde im Dezember 2020 mit BLR Nr. 1050 der **Operative Plan für den Abbau der Wartelisten** gemäß Artikel 29 des in Gesetz Nr. 126 vom 13.10.2020 umgewandelte Gesetzesdekret Nr. 104/2020 genehmigt.

Um der Nachfrage nach Facharztleistungen, Screenings und stationären Aufenthalten, die während der Notstandsphase nicht erbracht worden waren, zeitnahe gerecht zu werden und gleichzeitig die Wartelisten für dieselben Leistungen abzubauen, hat sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb um mehrere operative Maßnahmen hierfür bemüht, die im obengenannten Plan besser erklärt werden.

Ein wichtiges Referenzdokument ist schließlich der staatliche **Plan für den Aufschwung und die Resilienz/Recovery Plan** (in der Folge „PNRR“ genannt). Er enthält einen detaillierten Bericht der Reformen, die der Staat innerhalb 2026 durchführen will, um der inländischen Wirtschaft zu helfen die vom Corona-Virus ausgelöste Krise zu überwinden und der ihn berechtigt, Finanzmittel von der Europäischen Union zu erhalten.

Die durchzuführenden Reformen und die damit verbundenen Investitionen sind in sechs thematische Missionen und 16 Teilbereiche gegliedert.

Für die Mission 6 „Gesundheit“, wurden **15,6 Milliarden €** zur Verfügung gestellt, um allen Bürgern den Zugang zur Gesundheitsbetreuung zu sichern und das Netz der Gesundheitseinrichtungen und -dienste zu stärken. Ziel ist es, die Prävention und die Gesundheitsdienste vor Ort zu stärken, das Gesundheitssystem zu modernisieren und zu digitalisieren und einen gleichberechtigten Zugang zur Betreuung zu sichern.

Das tiefgreifende und radikale Umdenken des öffentlichen Gesundheitswesens ist daher auch in Südtirol nun sehr eng an den PNRR und seine Umsetzung auf Landesebene gebunden. Der Kernpunkt des neuen Gesundheitssystems wird die Hauspflege sein. Mit der Aufstockung der staatlichen Finanzierung (auf staatlicher Ebene sind es 4 Mrd. der insgesamt für die Gesundheitsmission vorgesehenen 15,6 Mrd. €) sollen 10% der über 65-Jährigen Patienten mit chronischen Krankheiten und/oder nicht selbstständige Patienten bis Mitte 2026 zu Hause betreut werden. Andere Eckpfeiler innerhalb des Aktionsbereiches „Nahversorgungsnetze, Intermediäre Einrichtungen und Telemedizin für die territoriale Gesundheitsversorgung“ sind die Gemeinschaftshäuser, für die eine Investition von 2 Milliarden € vorgesehen ist, und die Stärkung der intermediären Gesundheitsversorgung und ihrer Einrichtungen (Gemeinschaftskrankenhäuser), für die 1 Milliarde € vorgesehen ist. Um diesen Kurswechsel in die Praxis umzusetzen, ist eine umfangreiche Investition in die Telemedizin vorgesehen, das technologische Instrument zur Modernisierung der Kommunikations-Datenübertragungsmöglichkeiten. Für die technologische und digitale Modernisierung sind auf staatlicher Ebene 7,36 Milliarden € vorgesehen.

5 Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Tätigkeit des Gesundheitsdienstes in Südtirol

Die Auswirkungen, die die Covid-19 Pandemie auf die Sterberate und das Gesundheitssystem gehabt hat, sind bekannt. In der Zwischenzeit sind nun auch die indirekten Auswirkungen, die dieselbe auf die verschiedenen Bereiche der Betreuung gehabt hat, bekannt.

Sie hat einige organisatorische Mängel in den Krankenhäusern aufgezeigt, die teilweise den Zugang von nicht-Covid-Patienten erschwert haben. Ein ähnliches Schicksal erfuhren auch die Ambulatorien, insbesondere jene, die innerhalb der Krankenhauseinrichtungen angesiedelt sind. Auch das medizinische und Pflegepersonal, sowie das Gesundheitspersonal im Allgemeinen konzentrierten sich auf die Behandlung der Auswirkungen des Virus, was zu einem signifikativen Rückgang bei den Tätigkeiten der ordentlichen und geplanten Versorgung führte.

Nachfolgend wird eine Datenanalyse zur stationären Krankenhausversorgung und der fachärztlichen ambulanten Betreuung vorgestellt, mit der Zielsetzung die Auswirkungen von

Covid-19 auf das Südtiroler Gesundheitssystem zu analysieren. Hierbei werden die Daten vom Jahr 2020 mit jenen aus dem Zweijahreszeitraum 2018/2019 verglichen, die Unterschiede sind in absolutem und prozentuellem Wert ausgedrückt.

Es wurden drei verschiedene Zeiträume für die Beobachtungen berücksichtigt:

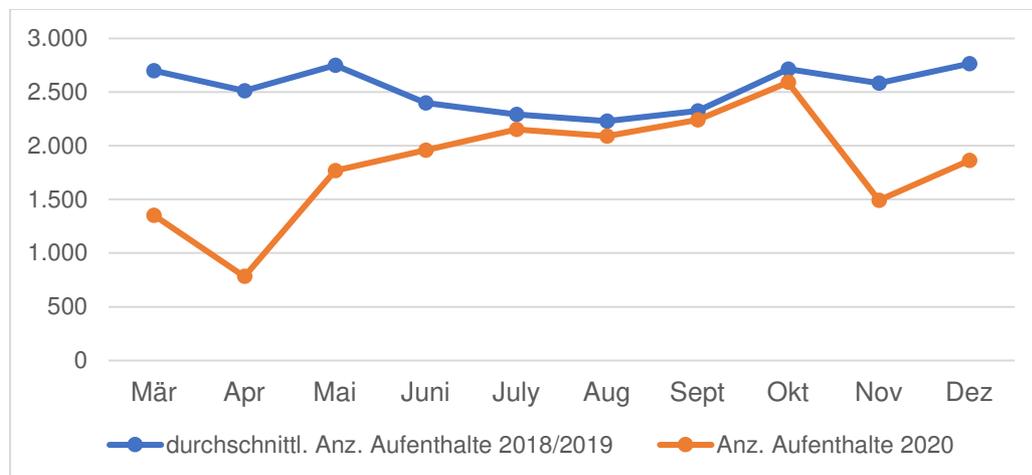
- März - Mai 2020 (erste Covid-19- Welle)
- Juni – September 2020 (“Erholungszeitraum”)
- Oktober – Dezember 2020 (zweite Covid-19-Welle).

Die Daten wurden aus den Datenflüssen der Gesundheitsverwaltung herausgezogen, die von der Beobachtungsstelle für die Gesundheit der Landesabteilung Gesundheit verwaltet und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb eingespeist werden. Die Lieferung dieser Daten ist auch eine Verpflichtung gegenüber dem NSIS („Nuovo Sistema Informativo Sanitario“) auf staatlicher Ebene.

5.1 Krankenhausbetreuung für Akut-Patienten

Allgemein gesehen hat die Krankenhaustätigkeit für Akut-Patienten im Zeitraum **März-Dezember 2020** einen **Rückgang von insgesamt 21,7 %** verzeichnet, wenn man sie mit dem Durchschnitt der stationären Aufenthalte im gleichen Zeitraum der Jahre 2018 und 2019 vergleicht. Der Rückgang ist in den ersten drei Monaten der Analyse (März-Mai) mit einer Minderung von 35,1 % der Aufenthalte von Akut-Patienten am ausgeprägtesten (mehr als 7.300 Aufenthalte weniger im Vergleich zum selben Zeitraum der Jahre 2018/2019). Setzt man das Augenmerk auf die **programmierten Aufenthalte von Akut-Patienten, die ihren Wohnsitz in der Provinz haben**, zeigt sich ein Rückgang von 51% für die ersten drei Monate der Beobachtung, während der Rückgang der programmierten Tätigkeiten für die drei Folgemonate weniger einschneidend war (Grafik 5.1).

Grafik 5.1 – Programmierte Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen (Gegenüberstellung 2020 -Durchschnittliche Aufenthalte 2018/2019)



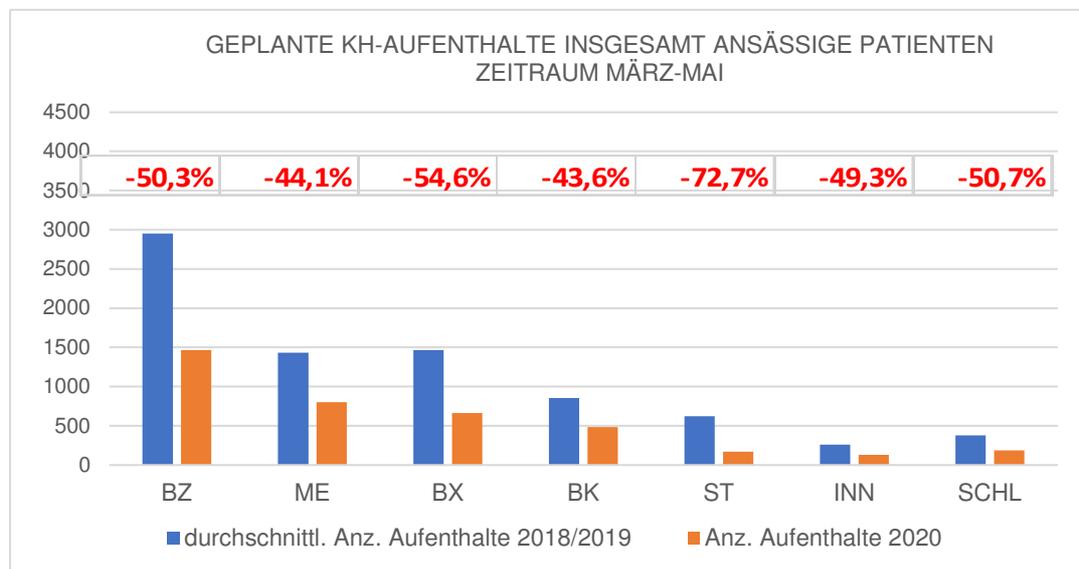
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Der gesamte Rückgang der geplanten Aufenthalte für den Zeitraum März- Dezember 2020 im Vergleich zum selben Zeitraum der Jahre 2018 und 2019 liegt bei **-27,6%**.

Wenn man die sieben öffentlichen Krankenhäuser im Detail betrachtet, kann man einen unterschiedlich ausgeprägten Rückgang der Aufenthalte in den einzelnen Einrichtungen erkennen, sei es während der ersten Notstandsphase (Grafik 5.2), sei es in der “Erholungsphase” (Grafik 5.3) und auch in der Phase der sog. zweiten Welle (Zeitraum Oktober-Dezember, Grafik 5.4). Das Krankenhaus Sterzing scheint mit mehr als 72% weniger als im selben Vergleichszeitraum der Jahre 2018/2019, als jenes auf, das den größten Rückgang seiner gewöhnlichen Tätigkeit im Rahmen der geplanten Aufenthalte im ersten Analysezeitraum verzeichnet. Im Zeitraum Juni-September kann keine Einrichtung die versäumte Tätigkeit in der

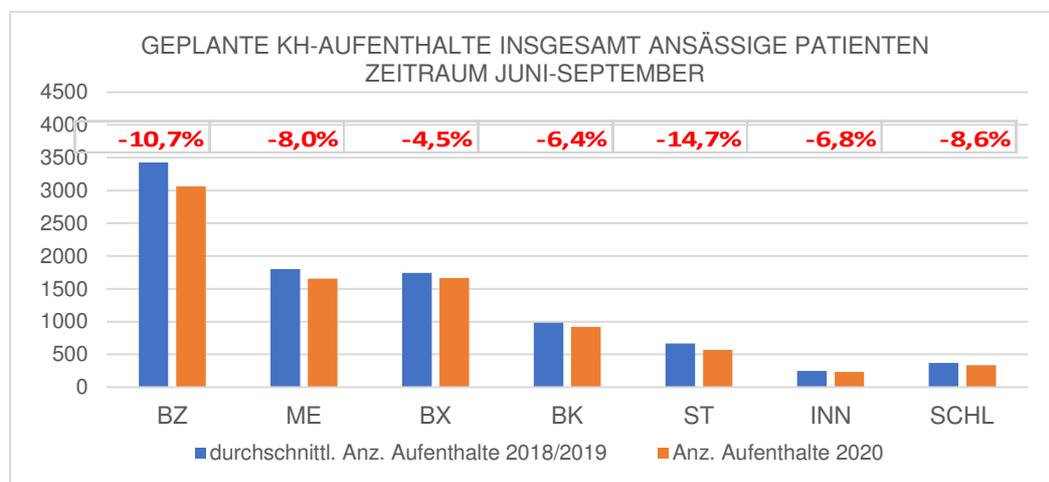
ersten Phase der Pandemie aufholen und keine kann das Tätigkeitsvolumen der vorangehenden Jahre erreichen.

Grafik 5.2 – Geplante Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in Südtirol (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der geplanten Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **erste Welle März-Mai**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

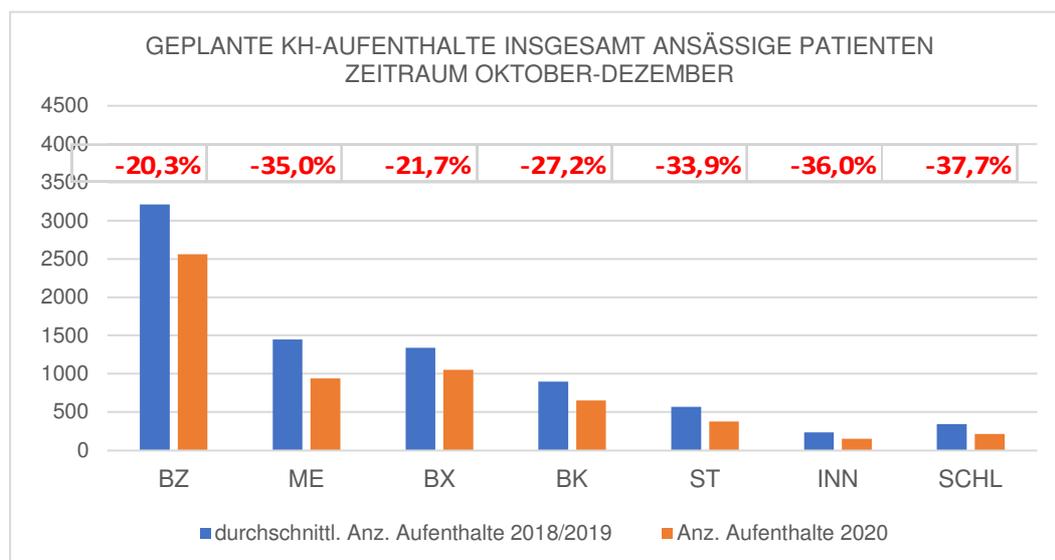
Grafik 5.3 – geplante Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in der Provinz Bozen (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **Juni- September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Während der zweiten Welle wurde erneut ein genereller Rückgang der geplanten Aufenthalte verzeichnet, mit Spitzen die in den Krankenhäusern Meran, Innichen und Schlanders die - 35%-Marke erreichen oder überschreiten.

Grafik 5.4 –geplante Aufenthalte für Akut-Patienten mit Wohnsitz in Südtirol (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der geplanten Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Bei der Analyse der geplanten Aufenthalte in den öffentlichen Einrichtungen des Landes nach Wohnsitzadresse der Patienten (Tabelle 5.1) zeigt sich, hauptsächlich im ersten Trimester der Analyse, ein größerer Rückgang für wohnhafte Patienten in den Gesundheitsbezirken von Bozen (-56%) und Brixen (-55%).

Die Bevölkerung des Gesundheitsbezirks Bruneck scheint den Mangel an Möglichkeit eines geplanten Aufenthaltes weniger verspürt zu haben, auch wenn für diese im Zeitraum März-Mai 2020 ein Rückgang von 40% der geplanten Aufenthalte verzeichnet wird.

Wie schon in der Analyse nach einzelner Aufenthaltseinrichtung beobachtet, ist der Rückgang im Sommer (Juni-September) weniger ausgeprägt, wobei die im Gesundheitsbezirk Brixen ansässige Wohnbevölkerung den kleinsten Rückgang (-2%) im Vergleich zur restlichen Landesbevölkerung erfahren hat.

Im Zeitraum der zweiten Pandemie-Welle war insbesondere ein Rückgang der geplanten stationären Versorgung für im Gesundheitsbezirk Meran ansässige Patienten zu verzeichnen, während sich für das übrige Landesgebiet ein Rückgang von weniger als 25% eingependelt hat.

Tabelle 5.1- Rückgang in % der geplanten Aufenthalte von ansässigen Akut-Patienten im Zeitraum März-Dezember 2020, im Vergleich zum Durchschnitt der geplanten Aufenthalte desselben Zeitraums in den Jahren 2018 und 2019, aufgeteilt nach den Gesundheitsbezirken, in dem der Wohnort der Patienten liegt.

Zeitraum	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				Gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
1. Welle März-Mai	-55,8 %	-47,2%	-54,6%	-40,1%	-51,0%
Juni- September	-14,1%	-5,7%	-2,1%	-5,8%	-8,7%
2. Welle Oktober-Dezember	-24,5%	-33,3%	-22,5%	-23,0%	-26,1%
März -Dezember 2020	-30,5%	-27,5%	-25,1%	-22,1%	-27,6%

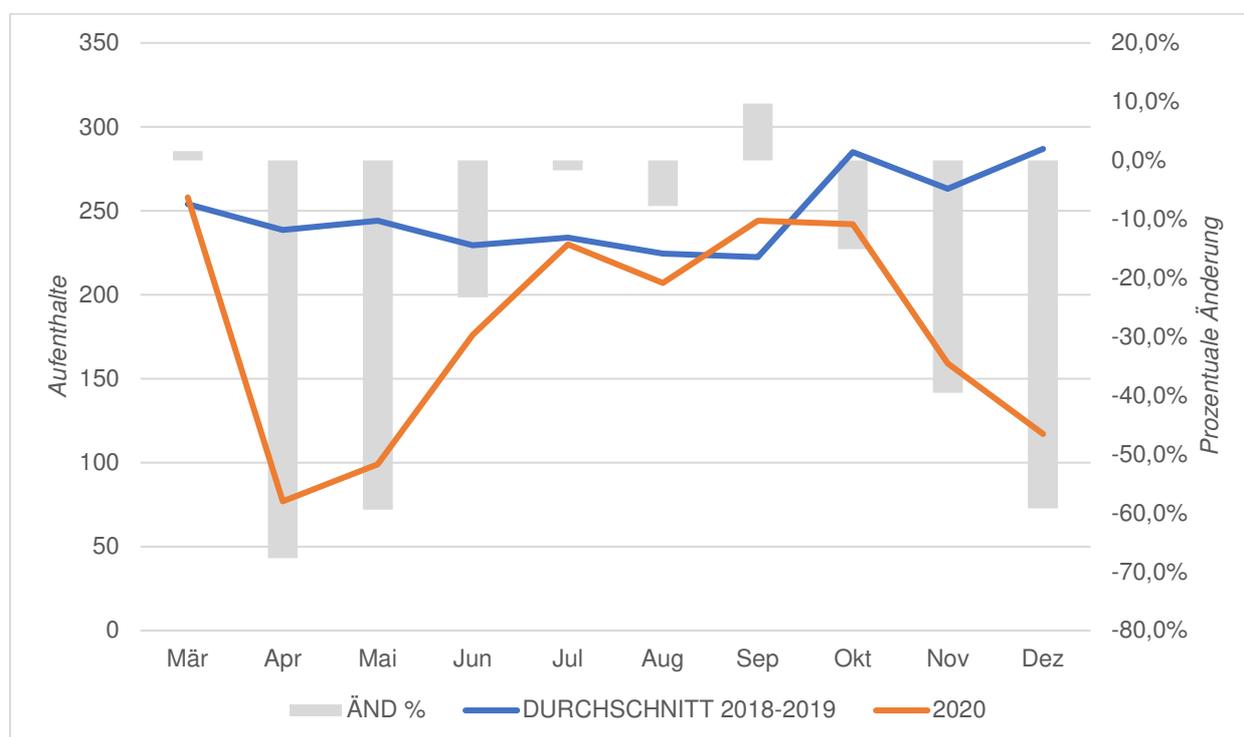
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.2 Krankenhausbetreuung für Post-akute Patienten

5.2.1 Rehabilitation (Operative Einheit Kodex 56)

Wenn man den Durchschnitt der Aufenthalte der Jahre 2018-2019 in der post-akuten Rehabilitation mit den Werten im Zeitraum März-Dezember 2020 vergleicht, tritt ein **Gesamtrückgang von 27,1%** zutage. Die Abnahme ist in den ersten drei Monaten der Analyse (erste Welle, März- Mai) und in den letzten Monaten (zweite Welle, Oktober- Dezember) markant, es kann jeweils ein Rückgang von ca. 40% beobachtet werden (für jeden der beiden Zeiträume macht dies einen Rückgang von ca. 300 Aufenthalten gegenüber dem selben Trimester der Jahre 2018/2019 aus). Während der Erholungsphase Juni-September war der Rückgang kleiner, und zwar gleich 6%. Insgesamt wurden **673 Aufenthalte weniger** verzeichnet (Grafik 5.5.).

Grafik 5.5 – Aufenthalte für die Rehabilitation, welche in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht wurden (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019)



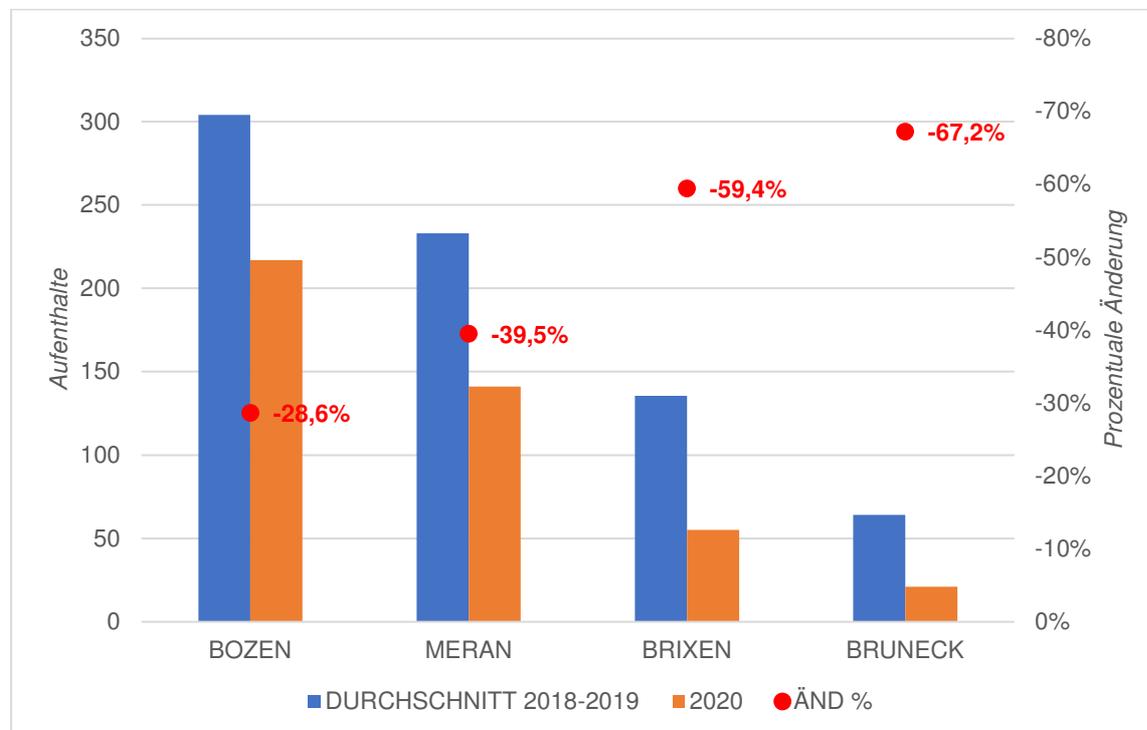
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Auf der Ebene der Gesundheitsbezirke beobachtet man in den drei Zeiträumen, die die Entwicklung der Pandemie durchlaufen hat, verschiedene Tendenzen. Während der ersten Welle (März- Mai) war der Rückgang in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck mit Werten von über 50% höher, während in die Gesundheitsbezirke Meran und Bozen einen kleineren Rückgang der Aufenthalte verzeichneten (Grafik 5.6). Im Zeitraum Juni-September hat nur der Gesundheitsbezirk Meran einen größeren Rückgang von über 20% verzeichnet, während die Rückgänge für Brixen und Bruneck gemäßigt waren. Im Gegensatz dazu konnte der Gesundheitsbezirk Bozen dank dem Beitrag der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen einen Zuwachs von 8% verzeichnen (Grafik 5.7). Und schließlich, während des dritten Zeitraums (zweite Welle, Oktober-Dezember), betraf der größte Rückgang von über 60% wieder den Gesundheitsbezirk Bruneck, während Bozen und Brixen sich bei ca. 40% bewegten. Im Gegensatz dazu war Meran mit ähnlichen Werten wie im Zeitraum Juni-September aufgestellt (Grafik 5.8).

Wenn wir die Auswirkung bezogen auf den Wohnsitz des Patienten bewerten, tritt hervor, dass diejenigen, die in den verschiedenen berücksichtigten Zeiträumen am wenigsten von den Folgen

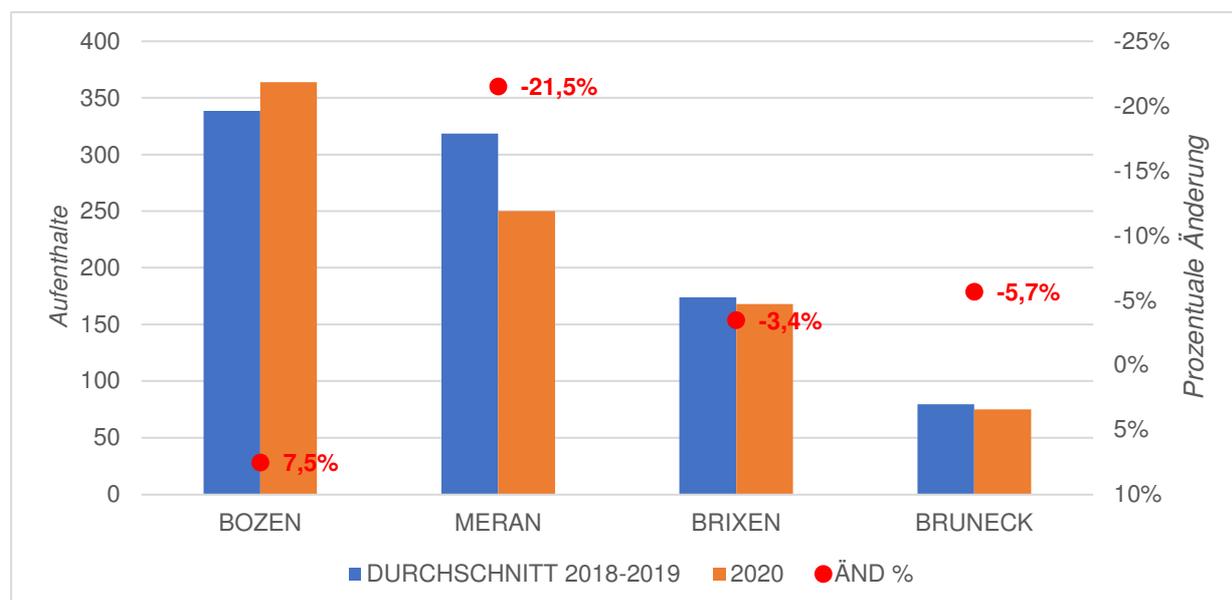
der Pandemie gespürt haben, die Patienten sind, die ihren Wohnsitz im Gesundheitsbezirk Bozen haben. Diese erlitten von März bis Dezember einen Gesamtrückgang von ungefähr 18%, im Gegensatz zu den Patienten in den anderen Gesundheitsbezirken, wo der Rückgang zwischen 30% und 40% lag (Tabelle 5.2).

Grafik 5.6 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **erste Welle März-Mai**



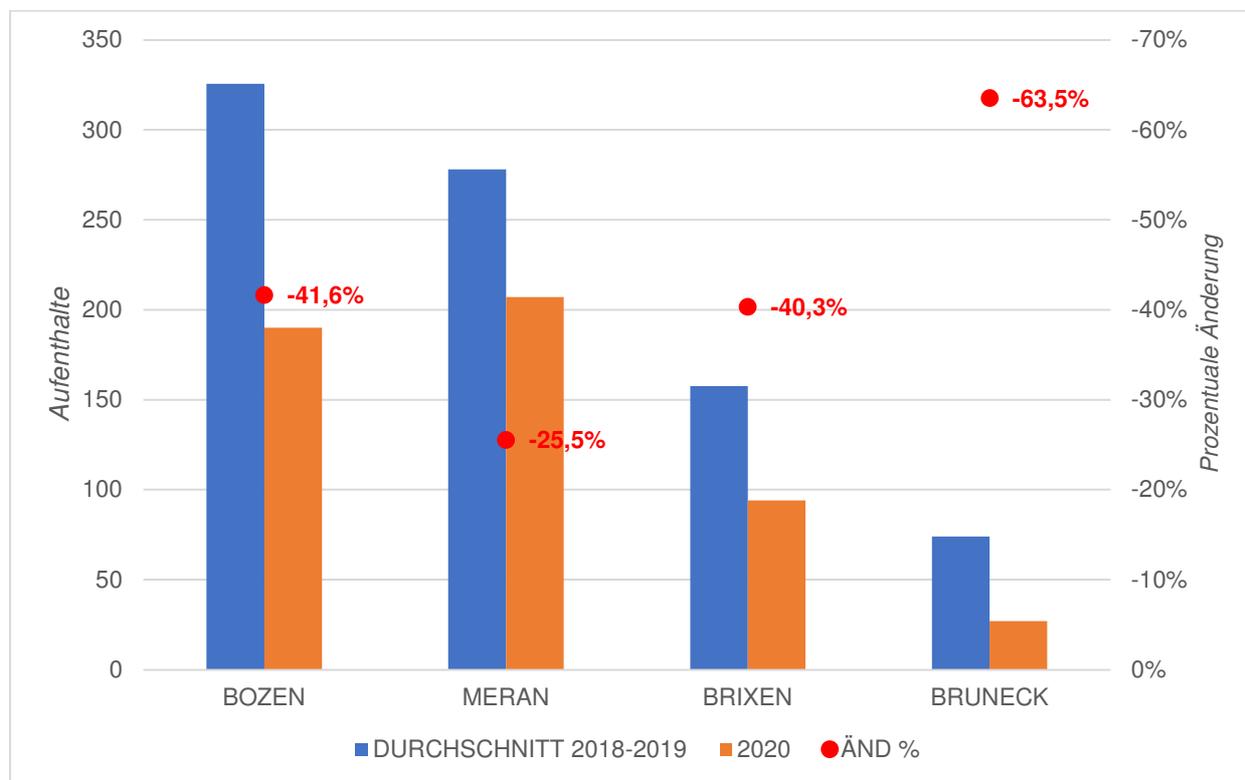
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.7 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.8 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk der Erbringung (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.2: in Südtirol erbrachte Aufenthalte für die Rehabilitation an die ansässige Bevölkerung, unterteilt nach Ansässigkeitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - Änderung in Prozenten

Zeitraum	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				Gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
1. Welle März-Mai	-65,4%	-64,9%	-44,8%	-33,3%	-58,9%
Juni- September	+6,7%	-25,7%	-5,1%	-6,9%	-6,9%
2. Welle Oktober-Dezember	-28,8%	-42,1%	-41,8%	-60,8%	-38,0%
März -Dezember 2020	-17,8%	-33,8%	-32,7%	-43,0%	-27,1%

Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

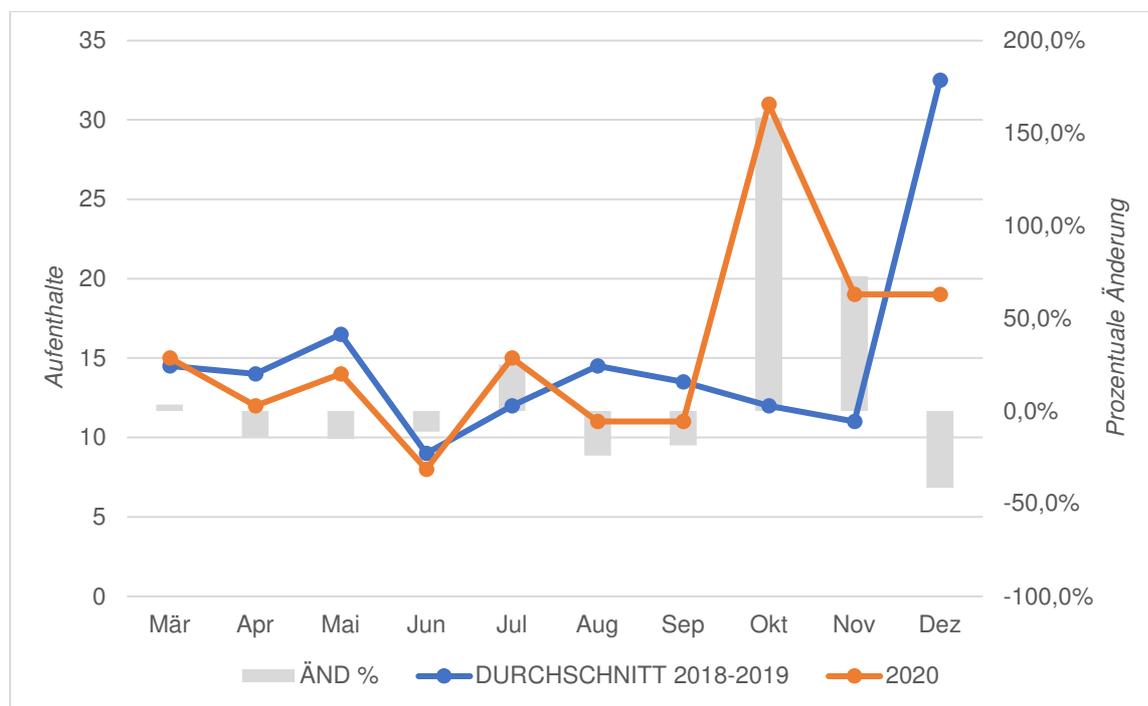
5.2.2 Neurorehabilitation (Operative Einheit Kodex 75)

Die Anzahl an Aufenthalten in den operativen Einheiten der Neurorehabilitation kennzeichnet sich durch eine leichte Zunahme von 3,7% im Zeitraum März- Dezember 2020, verglichen mit dem Durchschnitt der Jahre 2018-2019.

Die im letzten Zeitraum des Jahres (zweite Welle Oktober-Dezember) beobachtete Zunahme schlägt sich mit 24% in den Daten nieder. Dies setzte sich den Minderungen von 10% während der vorangehenden Zeiträume entgegen, sei es in den Monaten der ersten Welle (März-Mai) als

auch in der Erholungsphase (Juni-September). Insgesamt gesehen gab es **5 Aufenthalte** mehr als im Vergleich zum selben Trimester der Jahre 2018/2019 (Grafik 5.9).

Grafik 5.9 – Aufenthalte für die Neurorehabilitation, die in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019)



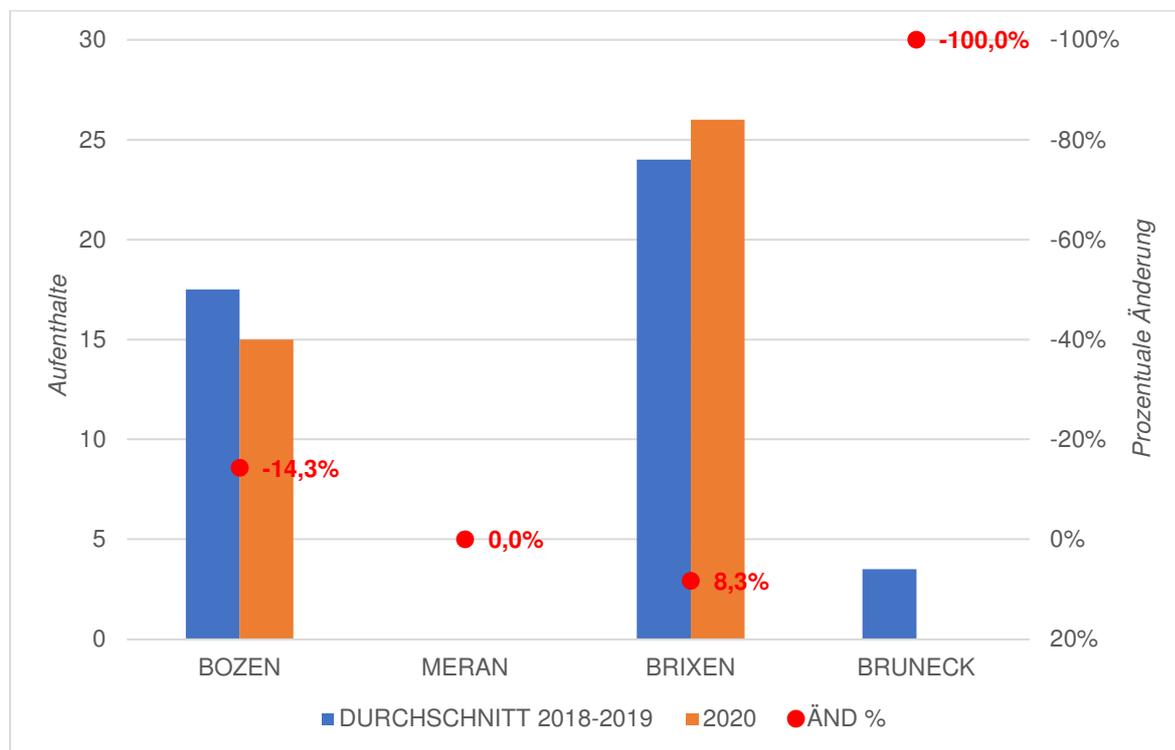
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Die Analyse der Aufenthalte, die nun folgt, bezieht sich ausschließlich auf die Gesundheitsbezirke Bozen und Brixen. Im Gesundheitsbezirk Meran gibt es nämlich keine Einrichtung mit aktiven Neurorehabilitationseinheiten, und im Gesundheitsbezirk Bruneck war die Anzahl der Aufenthalte kaum vorhanden (letzteres entspricht jedoch dem Landes-Rehabilitations-Plan, der die Auflösung der Neurorehabilitationseinheit vorsieht). Außerdem muss man berücksichtigen, dass die prozentualen Änderungen in einigen Fällen von den kleineren Fallzahlen bedingt sind.

Im Laufe der ersten Welle (März-Mai), hatten die beiden Gesundheitsbezirke entgegengesetzte Verläufe. Auf der einen Seite gab es für Brixen eine Steigerung von 8% und auf der anderen einen Rückgang von 14% für den Gesundheitsbezirk Bozen (Grafik 5.10). Im Laufe des Zeitraums Juni-September war die Tendenz nicht nur unverändert, sie ist, betreffend die prozentuale Relevanz, gestiegen. In der Tat gab es im Gesundheitsbezirk Brixen eine Steigerung von 31% gegenüber einem Rückgang von mehr als 40% im Gesundheitsbezirk Bozen (Grafik 5.11). Dieser Gegensatz setzte sich auch im dritten Zeitraum (zweite Welle, Oktober-Dezember) fort, deutlicher mit einem Rückgang von 34% für Gesundheitsbezirk Bozen und einer Steigerung von mehr als dem Doppelten für den Gesundheitsbezirk Brixen (Grafik 5.12).

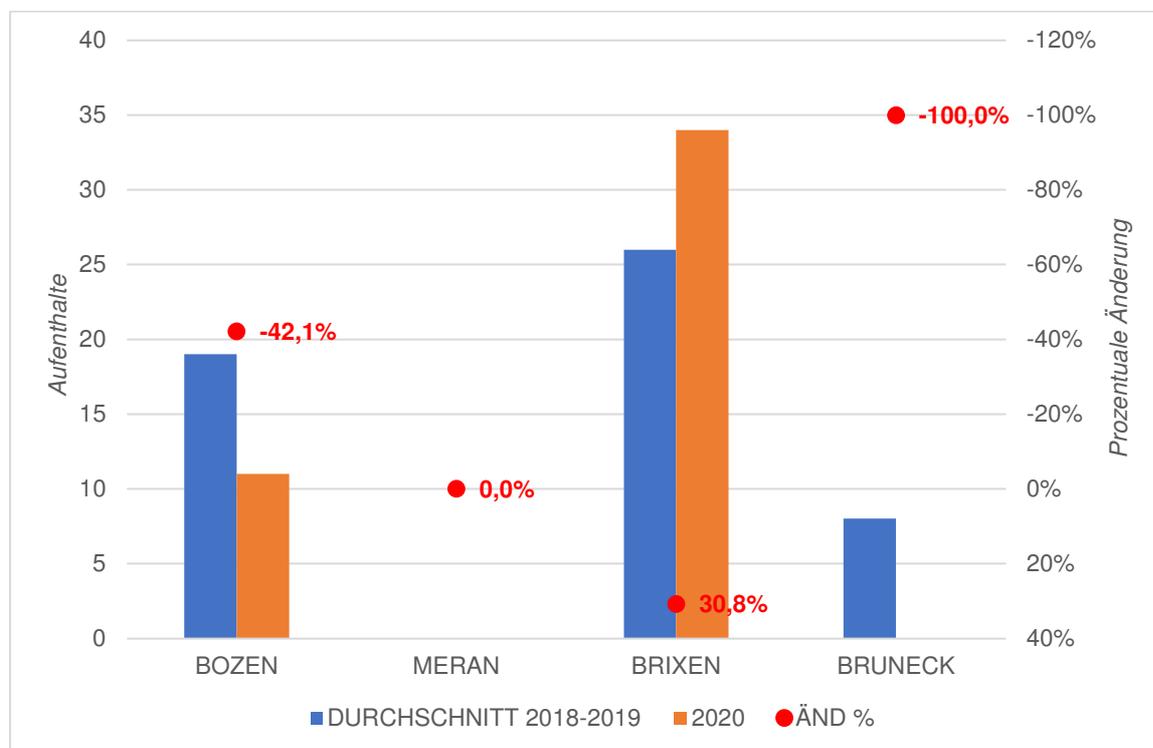
Die Analyse nach Ansässigkeits-Bezirk des Patienten zeigt für den Gesundheitsbezirk Bozen eine gewisse Stabilität, eine Steigerung von über 40% für den Gesundheitsbezirk Meran, der sich ab Mai gezeigt hat und dann, eine ähnlichen Rückgang um weniger als 20% für die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck. (Tabelle 5.3).

Grafik 5.10 – Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **erste Welle, März-Juni**



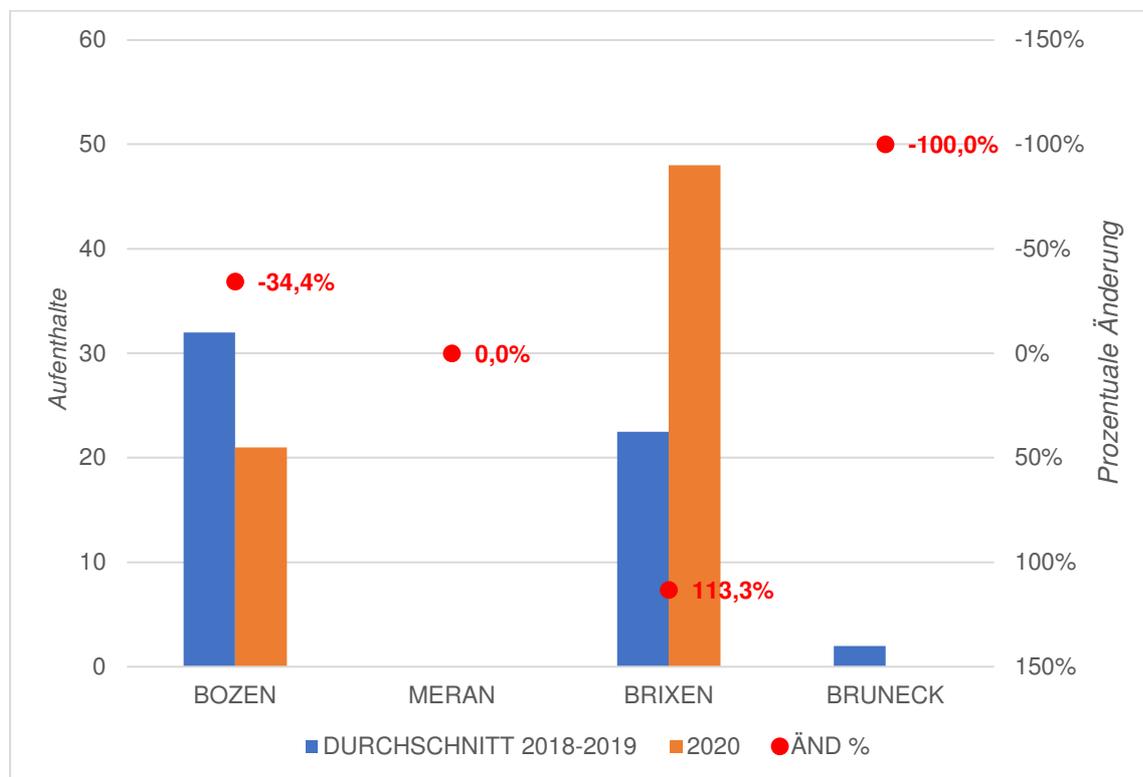
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.11 – Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.12 Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **zweite Welle, Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.3 Aufenthalte für die Neurorehabilitation, welche in Südtirol zu Gunsten der ansässigen Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt nach Ansässigkeits-Bezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019- Änderung in Prozent)

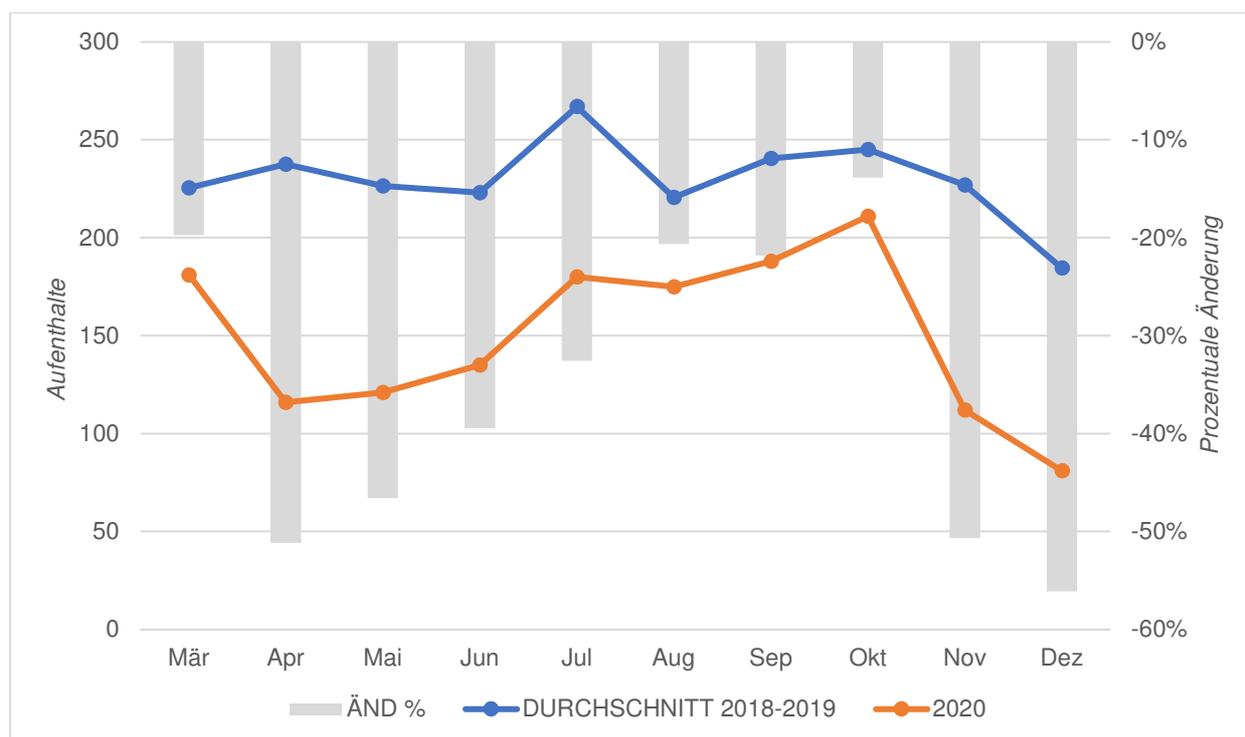
Zeitraum	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				Gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
1. Welle März-Mai	-13,0%	+6,7%	0,0%	-27,3%	-8,9%
Juni- September	-9,4%	+73,3%	-40,0%	-60,0%	-8,2%
2. Welle Oktober-Dezember	+18,8%	+46,2%	-6,7%	+66,7%	+24,3%
März -Dezember 2020	+0,6%	+42,9%	-17,0%	-18,5%	+3,7%

Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.2.3 Langzeitpflege (Operative Einheit Kodex 60)

Für den Zeitraum März-Dezember 2020 gab es in den operativen Einheiten für Langzeitpflege einen **Rückgang der Aufenthalte von 34,7%** im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019. In analoger Weise zur Rehabilitation ist der Rückgang in den ersten drei (erste Welle März-Mai) und den letzten drei Monaten (zweite Welle, Oktober-März) der Analyse markant, während die Minderung in der Erholungsphase ca. 40% betragen hat. Insgesamt erfolgten **797 Aufenthalte weniger als im Durchschnitt der Jahre 2018/2019**.

Grafik 5.13 – Langzeit-Aufenthalte, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind. (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019)



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

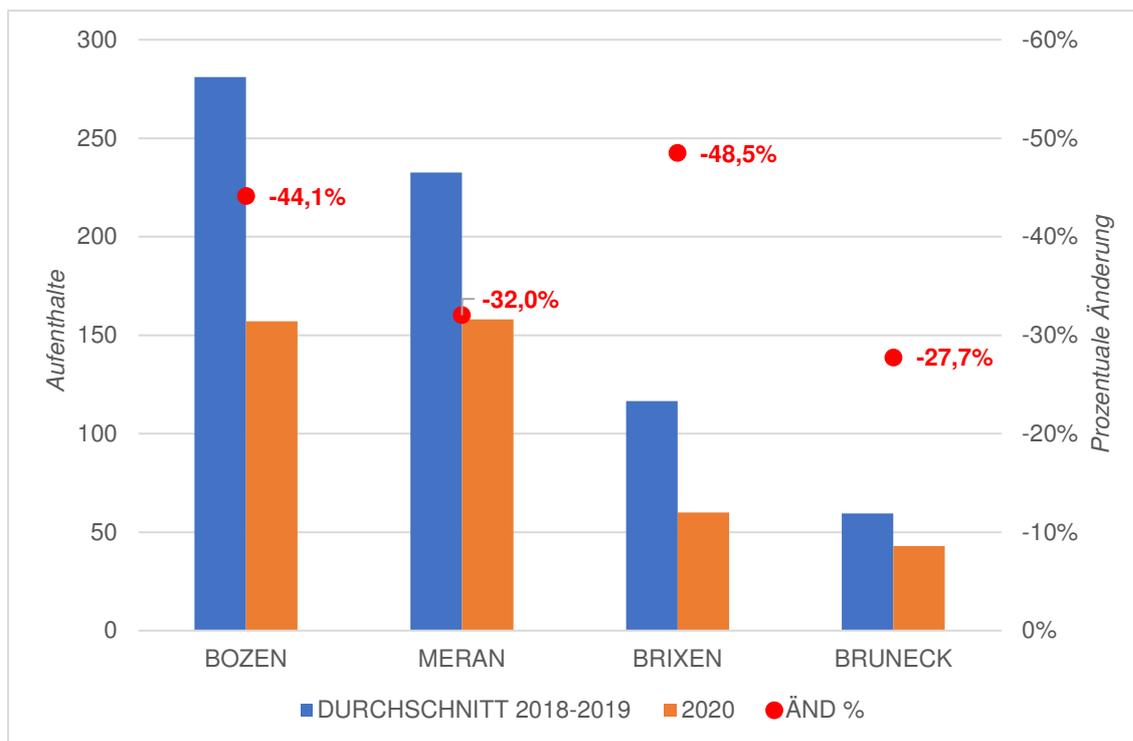
Die Analyse auf Bezirksebene muss davon Rechnung tragen, dass im Gesundheitsbezirk Bozen die Langzeitaufenthalte in den privaten vertragsgebundenen Betreuungseinrichtungen erbracht werden. Auch für die Langzeitaufenthalte kann man in den drei Zeiträumen, die die Entwicklung der Pandemie beschrieben haben, verschiedene Tendenzen beobachten.

Im Laufe der ersten Welle (März-Mai), hat der Rückgang den Gesundheitsbezirk Bruneck mit 28% weniger und den Gesundheitsbezirk Brixen mit 49% mehr betroffen, während die Gesundheitsbezirke Bozen und Meran eine negative Änderung von 44% bzw. 32% verzeichnet haben (Grafik 5.14).

Im Zeitraum Juni-September verzeichnete der Gesundheitsbezirk Bruneck den größten Rückgang, und zwar um 42%, während Meran mit ungefähr 17% der Gesundheitsbezirk mit dem kleinsten Rückgang war. Bozen und Brixen verzeichneten einen Rückgang von über 30% (Grafik 5.15). Schließlich, im dritten Zeitraum (zweite Welle, Oktober- Dezember), war der größte Rückgang mit 64% im Gesundheitsbezirk Bruneck zu verzeichnen, während die anderen drei Gesundheitsbezirke Rückgänge von ungefähr 35% zu verzeichnen hatten (Grafik 5.16).

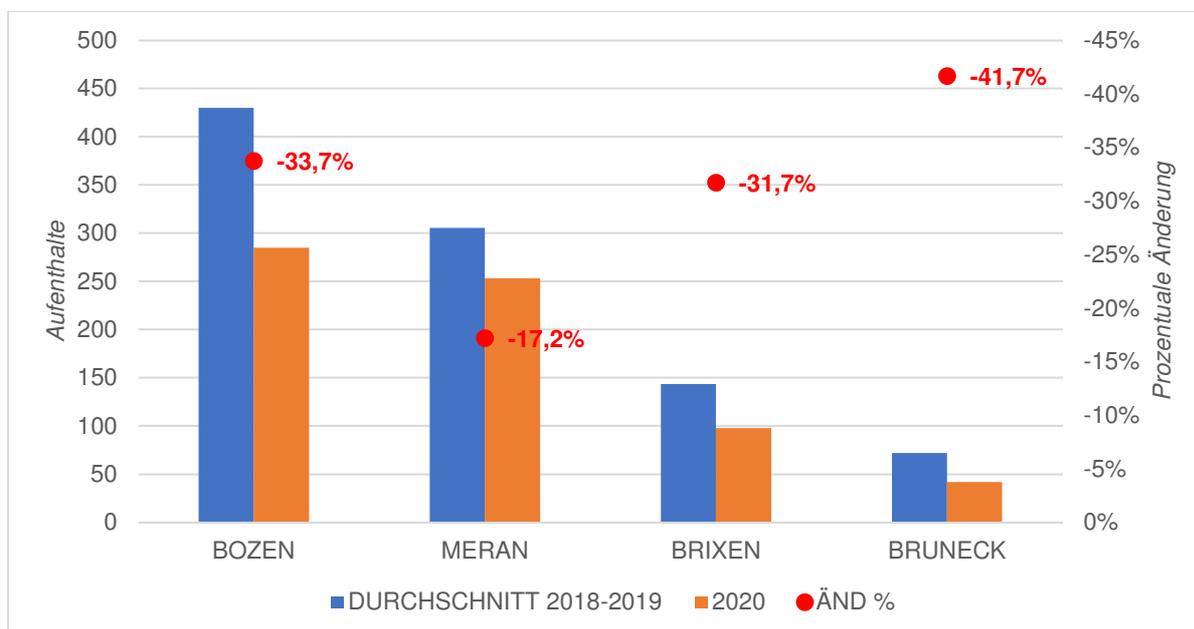
Bewertet man die Auswirkung auf der Grundlage des Wohnortes des Patienten, hat nur der Gesundheitsbezirk Meran Rückgänge von weniger als 30% für den gesamten Zeitraum März-Dezember zu verzeichnen. In Bozen und Brixen gab es Werte um die 36%, während Bruneck mit über 40% den größten Rückgang, der sich ab dem Monat Mai noch verstärkte, zu verzeichnen hatte (Tabelle 5.4).

Grafik 5.14 – Langzeit-Aufenthalte, welche in Südtirol zu Gunsten der ansässigen Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt auf Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte den Jahren 2018/2019) - **erste Welle, März- Mai**



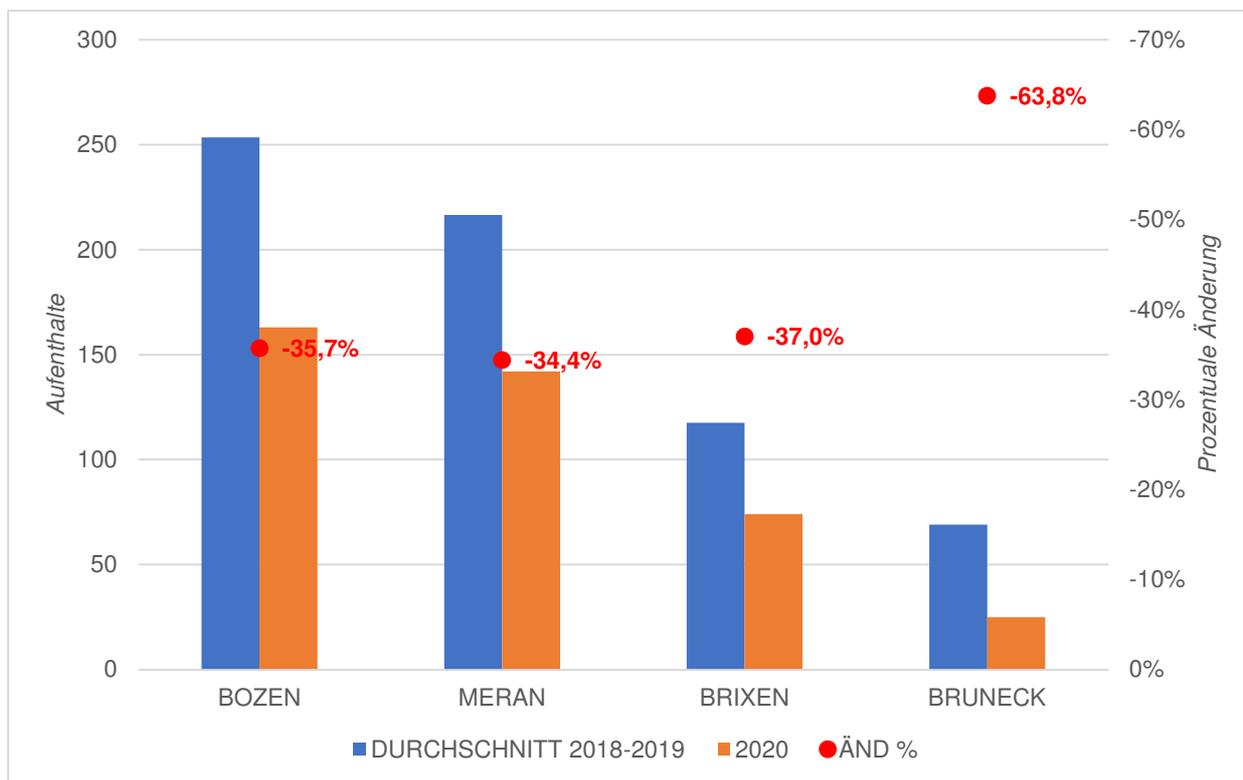
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.15 – Langzeit-Aufenthalte, welche in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind, (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.16 – Langzeit-Aufenthalte, die für ansässige Patienten in Südtirol erbracht wurden, unterteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.4 Langzeit-Aufenthalte, die für ansässige Patienten in Südtirol erbracht wurden, unterteilt in Gesundheitsbezirk der Ansässigkeit (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019- prozentuale Änderung)

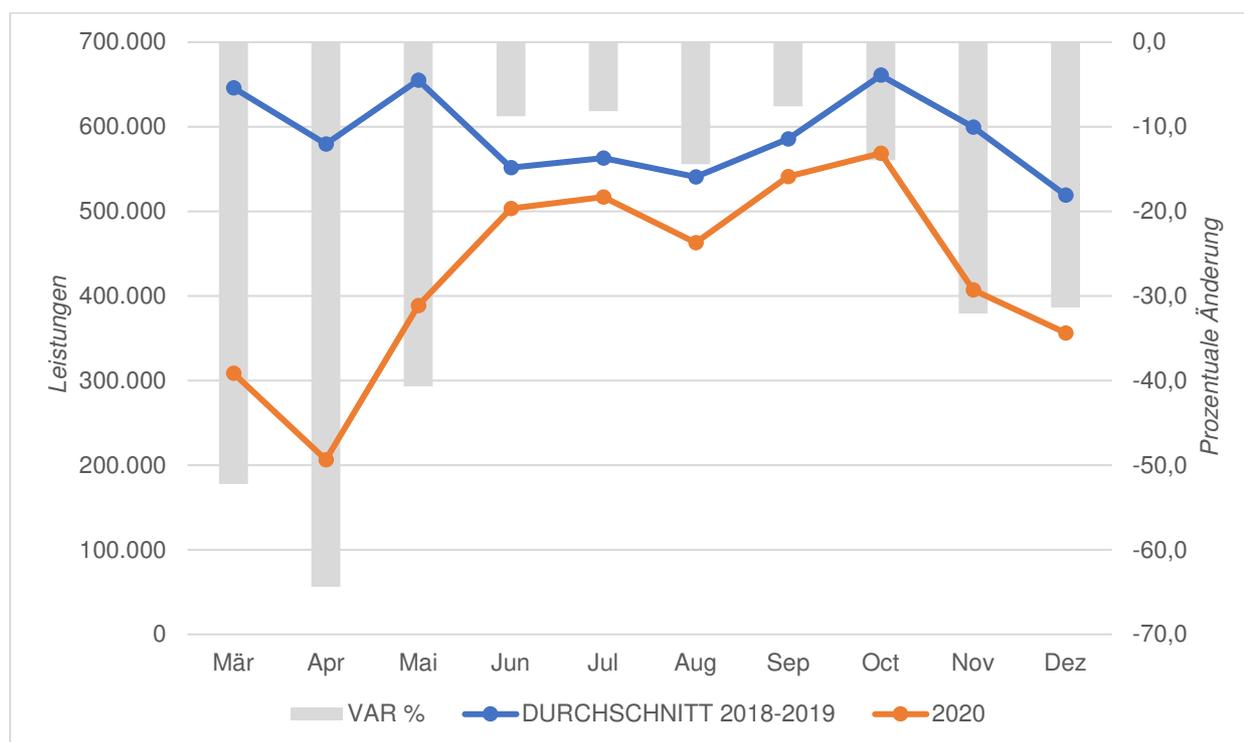
Zeitraum	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				Gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
1. Welle März-Mai	-41,7%	-35,9%	-47,0%	-28,1%	-39,4%
Juni- September	-35,5%	-12,4%	-30,7%	-36,0%	-28,7%
2. Welle Oktober-Dezember	-29,6%	-41,7%	-36,4%	-65,6%	-38,5%
März -Dezember 2020	-35,7%	-28,5%	-37,4%	-43,6%	-34,7%

Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.3 Fachärztliche Betreuung

Die Anzahl der erbrachten fachärztlichen Leistungen hat hervorgehoben, dass es im Zeitraum März-Dezember einen **Gesamtrückgang von 27,8 %** für den Zeitraum März-Dezember 2020 gegeben hat, wenn er mit dem Durchschnitt der erbrachten fachärztlichen Leistungen im gleichen Zeitraum der Jahre 2018-2019 verglichen wird. Der bedeutendste Rückgang war in den ersten drei Monaten der Analyse (erste Welle, März- Mai) zu verzeichnen, als ein Rückgang von mehr als 50% zu verzeichnen war (ein **Rückgang von über 970.000 Leistungen** im Vergleich zum selben Trimester der Jahre 2018-2019). Dieser prozentuale Rückgang vermindert sich auf 10% in der Erholungsphase von Juni- September, um dann ab Oktober (zweite Welle) wieder auf 25% zu steigen (Grafik 5.19).

Grafik 5.17 – ambulante fachärztliche Leistungen, welche in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019)

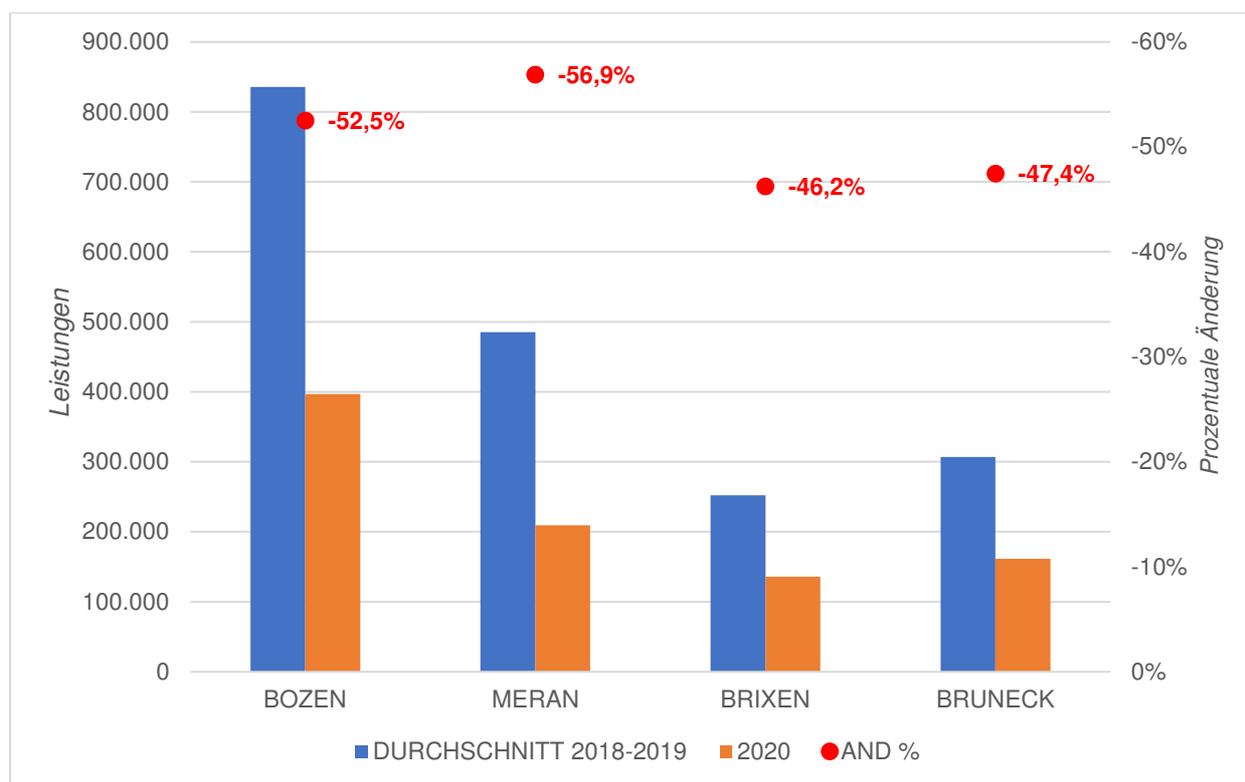


Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Analysiert man die vier Gesundheitsbezirke, in denen die Leistungen erbracht worden sind, einzeln, kann man in den drei Zeiträumen, in denen sich die Pandemie entwickelt hat, unterschiedliche Tendenzen beobachten. Während der ersten Welle (März-Mai), gab es in allen Gesundheitsbezirken einen beträchtlichen Rückgang mit Werten um die 50% und einer Spitze von 57% im Gesundheitsbezirk Meran (Grafik 5.18). Im Laufe des Zeitraums Juni-September konnte man in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran Rückgänge von über 10% und in Bruneck einen sehr kleinen Rückgang beobachten, während im Gesundheitsbezirk Brixen ein kleiner Zuwachs verzeichnet wurde (Grafik 5.19). Schließlich, während des dritten Zeitraums (zweite Welle, Oktober-Dezember), gab es die ausgeprägtesten Abnahmen mit über 30% in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran, während sie in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck mit Werten um die 5% und 12% weniger relevant waren (Grafik 5.20).

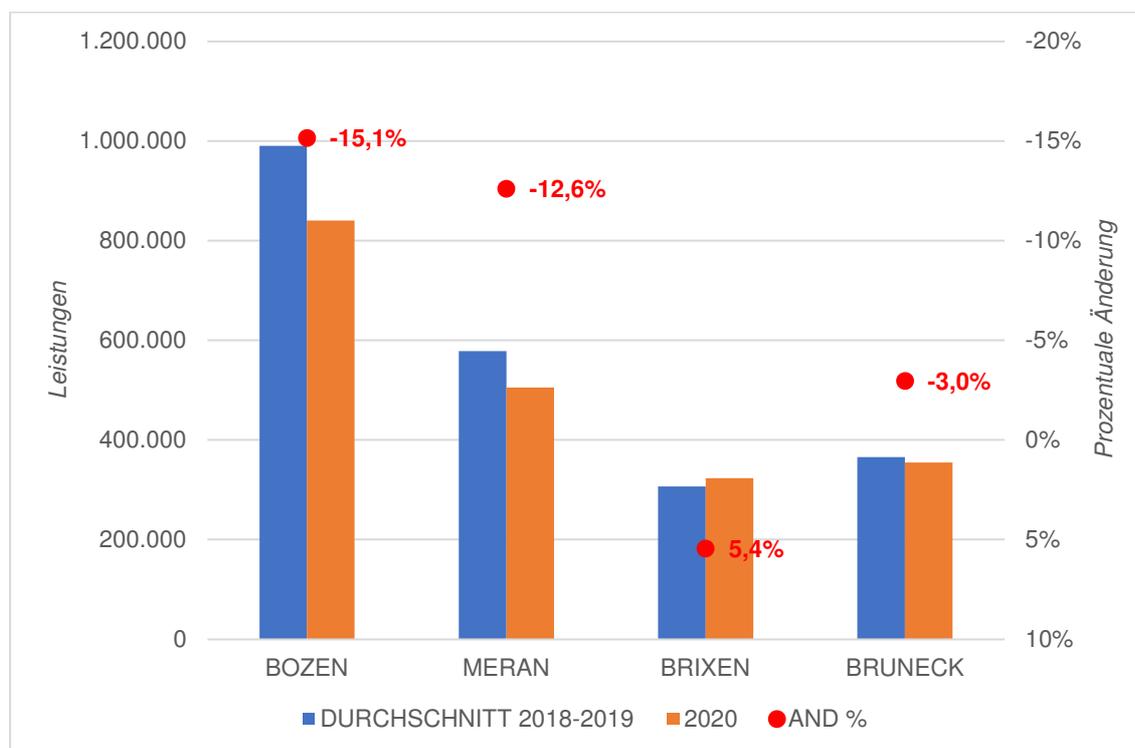
Bei der Bewertung der Auswirkungen nach dem Wohnort der Patienten zeigt sich, dass diejenigen, die während der verschiedenen betrachteten Zeiträume am stärksten unter den Folgen der Pandemie zu leiden hatten, die Ansässigen in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran sind, da sie von März bis Dezember insgesamt einen Rückgang von mehr als 30% hinnehmen mussten. Bedeutend geringer scheint die Auswirkung auf die ansässige Bevölkerung in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck gewesen zu sein (Tabelle 5.5).

Grafik 5.18 – Ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018-2019) – **erste Welle März bis Mai**



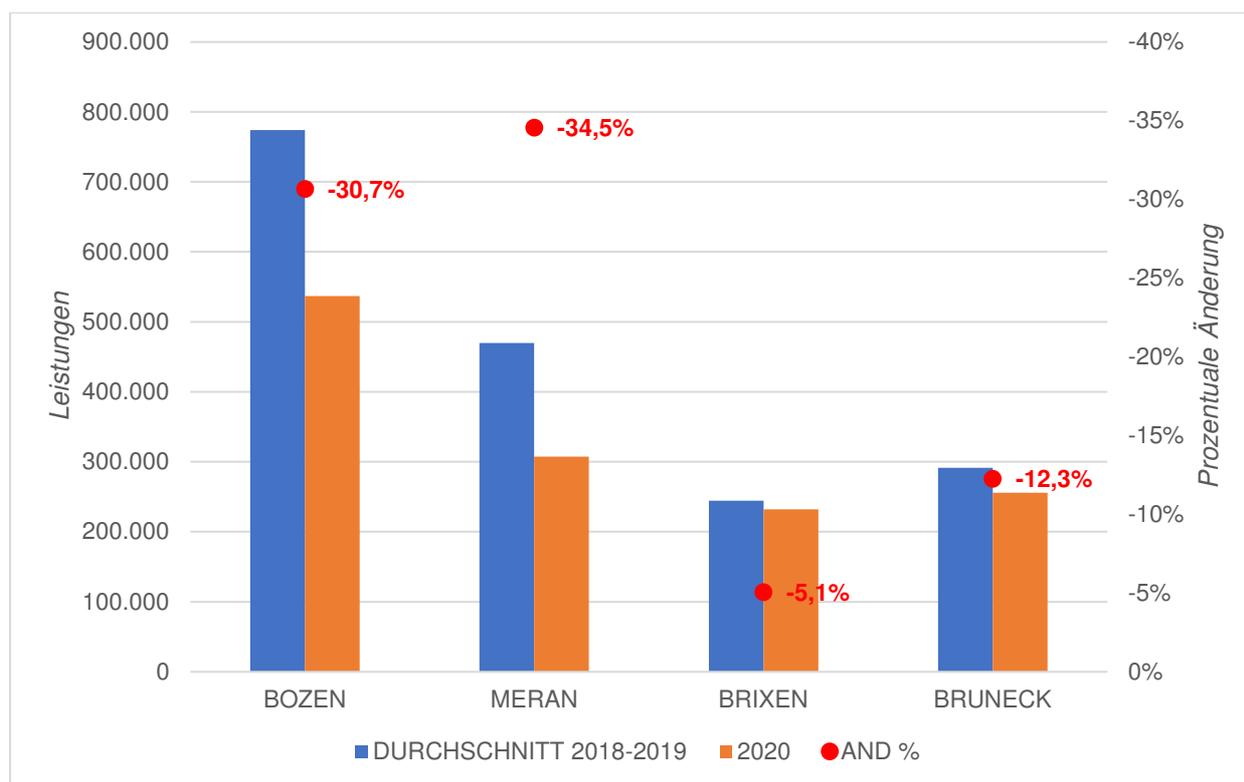
Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Grafik 5.19 – ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019) – **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Grafik 5.20 – ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk– zweite Welle Oktober bis Dezember (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019)



Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Tabelle 5.5 – in Südtirol erbrachte ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Ansässigkeitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019- prozentuale Änderung)

Zeitraum	Ansässigkeit der Patientin/ des Patienten im Gesundheitsbezirk				Gesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
1. Welle März-Mai	-46,6%	-43,9%	-55,3%	-52,8%	-48,0%
Juni- September	-14,8%	-11,7%	+5,5%	-4,9%	-9,7%
2. Welle Oktober-Dezember	-30,7%	-33,3%	-5,6%	-13,1%	-25,2%
März -Dezember 2020	-31,9%	-32,4%	-13,5%	-20,8%	-27,8%

Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

5.4 Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Das Ziel der Analyse in den vorangehenden Abschnitten und in den nachfolgenden Kapiteln ist es, zu ermitteln und aufzuzeigen, wie das **Landesgesundheitsystem** eine **gewisse Widerstandsfähigkeit** in bestimmten Bereichen gezeigt hat und gleichzeitig die Bereiche zu ermitteln, in denen das **Angebot** im Jahr 2020 **zurückgegangen** ist. In diesen Bereichen muss bei der Planung der **Wiederankurbelung des Systems** **Priorität** eingeräumt werden, um auf proaktive Weise auf jene Bedürfnisse der Bürger zu antworten, die während des Hauptausbruches der Covid-19-Pandemie vernachlässigt wurden. Wie aus einer Studie der Agenas² (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali- Staatliche Agentur für die regionalen

² <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza>

Gesundheitsdienste) und des "Laboratorio Mes"³ der Hochschule (*Scuola Superiore*) Sant'Anna di Pisa, zum Vergleich auf staatlicher Ebene hervorgeht, **hat sich für die Provinz Bozen herausgestellt, dass sie auf Ebene der Betreuung im Krankenhaus, und zwar bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen, weniger stark als die anderen Regionen/Provinzen des Netzwerkes unter den Auswirkungen des Covid-19 gelitten hat.** In der betreffenden Umfrage wurden die im Jahr 2019 erbrachten Krankenhausleistungen mit jenen des gesamten Jahres 2020 verglichen. Eine Vertiefung der verfügbaren Daten hat ergeben, dass die Gesundheitsdienste aus den **Erfahrungen der ersten Epidemiewelle gelernt haben und es ihnen gelungen ist, in der zweiten Jahreshälfte eine wirksamere Antwort** auf die Pflegebedürfnisse der Bürger zu geben, obwohl die Pandemie territorial weiter verbreitet war. Insgesamt hat unser nationales Gesundheitswesen jedenfalls in Hinblick auf die Erbringung der Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit Covid-19 stehen, eine beträchtliche Widerstandsfähigkeit gezeigt. Bekanntlich hat Covid-19 die italienischen Regionen im Jahr 2020 nicht homogen getroffen: Die Daten zeigen jedoch, dass selbst Realitäten, in denen eine hohe Inzidenz verzeichnet wurde, **wie etwa die autonome Provinz Bozen** und die Region Venetien, nicht nur in der Lage waren, den „Covid Tsunami effektiv einzudämmen, sondern auch besser darauf zu reagieren als Regionen, die weniger unter den Infektionen gelitten haben. Konkret: Im Bereich der geplanten Krankenhausaufnahmen hat der durch die Pandemie bedingte Stopp einen abrupten Rückgang verursacht: - 50%. Durch weitreichende Schließungen hat Molise den Zugang zu den Krankenhäusern stark eingeschränkt (-73,6%), aber auch in Apulien und in der Basilikata wurden die ordentlichen Krankenhausaufenthalte um etwa 60% reduziert, dicht gefolgt von Kalabrien, den Marken und der Lombardei (-57%). Hingegen konnten **Bozen (-35,5%)**, das Latium (-36,4%) und Venetien (-38%) Antworten geben, die über dem italienischen Durchschnitt lagen. Noch einmal: Die nationalen Vorgaben haben im Jahr 2020 einige "unverzichtbare" Leistungen definiert, für welche die regionalen Gesundheitssysteme Anstrengungen unternehmen sollten, die Anzahl der Leistungen so wenig wie möglich zu reduzieren. Dies ist beispielsweise bei onkologischen Leistungen der Fall: Chirurgische Eingriffe bei Brustkrebs (Prioritätsklasse A) sanken im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um durchschnittlich 14%, aber es gibt Realitäten wie die Marken und Friaul-Julisch Venetien, in denen die erbrachten Leistungen auf unter 2% geschrumpft sind, und **die autonome Provinz Bozen, die sogar einen Anstieg verzeichnen konnte (+7%)**. In diesem Fall folgte auf einen Leistungsrückgang im Zeitraum März - Juni 2020 eine Wiederaufnahme im Zeitraum Juli und September sowie zwischen Oktober und Dezember. Ein letztes Beispiel: Im Vergleich zu 2019 sanken chirurgische Eingriffe bei Lungenkrebs (Prioritätsklasse A) in den Regionen des betroffenen Netzwerkes im Durchschnitt um 19%, mehr als 20% in Apulien, Umbrien, Lombardei und Ligurien, während sie in anderen **stabil geblieben (Bozen)** oder sogar leicht gestiegen sind (Toskana: + 1,4%).

Der Sanitätsbetrieb hat **ab dem Jahr 2021** die Aufgabe seine Tätigkeit neu planen, um diejenigen zu versorgen, die während der Pandemie nicht behandelt worden waren, also die sog. Patienten mit *anderen* Krankheiten, jene mit chronischen Krankheiten, wie z.B. die Herzkranken, die Diabetiker, die onkologischen Patienten, Personen mit psychischen Störungen, aber auch all jene, die auf einen nicht dringenden chirurgischen Eingriff warteten und noch warten. Diese Neuplanung muss für jeden Fachbereich gesondert bewertet werden. Dabei sind die etwaigen und möglichen Schwierigkeiten, die bei der Aufhol-Tätigkeit auftauchen können, zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung des Personalmangels und des Verlaufs der Pandemie muss der Sanitätsbetrieb jene Bereiche festlegen, in denen es den größten Bedarf an akuter und post-akuter sowie fachärztlicher Betreuung gibt. Dabei muss das Angebot schrittweise hinaufgefahren werden, wobei auf die nötige Qualität und Angemessenheit geachtet werden muss. Es müssen

³ <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

die wesentlichen Betreuungsstandards erreicht werden, die schon vor der Pandemie erreicht worden waren.

Der Landesgesundheitsdienst war gezwungen die Dienste und Betten für die Bedürfnisse dieser Personen vorübergehend zu verringern, obwohl sie vor der Pandemie auf jeden Fall angemessen waren.

Der Sanitätsbetrieb muss daher angesichts des erhöhten Bedarfs, der aufgrund der Notwendigkeit entstanden ist, die nicht erbrachte Gesundheitsversorgung während der Pandemiephase wieder aufzuholen, prüfen, ob es notwendig ist, **für einen begrenzten Zeitraum neue Vertragsvereinbarungen mit Gesundheits- und sozio-sanitären Einrichtungen, „dritten“ zu jenen des öffentlichen Systems, abzuschließen.**

Derzeit, sowie auch in der post-pandemischen Phase, ist der Zugang zu den privaten Erbringern von Gesundheitsleistungen durch die geltenden Bestimmungen im Bereich auf Staats- und Landesebene geregelt.

Diese sehen als Regelfall den öffentlichen Erbringer vor und den zum Sanitätsbetrieb externen privaten Erbringer lediglich zum Zwecke der Unterstützung der Tätigkeit von ersterem. Der Sanitätsbetrieb ist hauptsächlich für die Erbringung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS), die vom staatlichen Gesundheitswesen auf dem gesamten Staatsgebiet in homogener Art anerkannt werden, zuständig.

Auch in einer Datenanalyse⁴, die von OASI (*Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*- Beobachtungsstelle der Betriebe und des italienischen Gesundheitswesens) auf der Grundlage der Informationen, die vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt worden sind, durchgeführt worden ist, wurde hervorgehoben, dass auf der Grundlage dieser Voraussetzungen die Autonome Provinz Bozen im Vergleich mit den italienischen Regionen und autonomen Provinzen als eine jener Regionen dasteht, die, im Vergleich zu den anderen weniger auf die externen privaten Anbieter zurückgreifen müssen.

Diese gewählte Art und Weise der Sicherung des Bedarfs der Bürger, die auch in Zukunft weiterhin fortgeführt werden soll, findet sich in den verfügbaren Daten wieder.

Geht man vom ersten Indikator der Relevanz des privaten vertragsgebundenen Sektors und damit des Gewichts, der dieser an der Gesamtausgabe des staatlichen Gesundheitsdienstes ausmacht, so kann man erkennen, dass dieser sich von Region zu Region merklich ändert. Am höchsten ist der Anteil in der Lombardei (27,8%), dem Latium (24,7%) und dem Molise (23,8%), am niedrigsten mit 6,9% im Aostatal, in der autonomen Provinz Bozen (7,7%) und dem Friaul-Julisch Venetien (8,6%). Diese drei sind die einzigen Regionen, die unter dem Wert von 10% liegen. Diese Prozentmarke soll für die autonome Provinz Bozen auch einen grundsätzlichen Grenzwert für die Zukunft für den Anteil der privaten Erbringer an der Gesundheitsausgaben des Landes darstellen.

Was allgemeiner gesehen die Zusammensetzung der Landesgesundheitsausgaben, die durch die vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden, betrifft, sind 38,5% der Gesamtausgabe (139 € pro Kopf) auf die Krankenhausaufenthalte in vertragsgebundenen Einrichtungen zurückzuführen, während 32,7% der anderen vertragsgebundenen Betreuung vordergründig der wohnortnahen sozio-sanitären Betreuung in Wohneinrichtungen

⁴ “La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata” (*valori pro capite – 2017*), “Die Ausgaben den öffentlichen Gesundheitswesens für die private vertragsgebundene Gesundheitsbetreuung“ (pro-Kopf-Ausgabe 2017), auf Seite 183 des Berichts OASI 2018 (Beobachtungsstelle der Betriebe und des italienischen Gesundheitswesens, herausgegeben von CERGAS-Bocconi, Kapitel 4: “Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grand player ospedalieri”, „Die vertragsgebundenen privaten Erbringer: Einordnung und Entwicklung der großen Player im Krankenhausbereich“)

zuzuschreiben ist. Analysiert man die Zusammensetzung der Ausgabe selbst, führt der Bericht erneut die autonome Provinz Bozen in Zusammenhang mit der Rehabilitations-Tätigkeit an. Dabei wird hervorgehoben, dass diese fast ausschließlich durch öffentliche Einrichtungen erbracht wird (wie auch in der autonomen Provinz Trient, in der Emilia-Romagna und dem Veneto, alle mit einer pro-Kopf- Ausgabe bei Vertragsgebundenen von weniger als 10 € gegenüber einer durchschnittlichen-pro-Kopf-Ausgabe auf staatlicher Ebene von 28 €).

Eine Maßnahme, die der Sanitätsbetrieb durchführen muss, wobei die höchste Aufmerksamkeit auf die Qualität und die Angemessenheit der von ihnen erbrachten Leistungen zu widmen ist, die nur durch die Realisierung und Implementierung eines strammen und strukturierten Systems der Kontrolle der Tätigkeit der privaten Gesundheitseinrichtungen gewährleistet werden kann. Anders ausgedrückt, bedeutet eine gute *Governance*-Fähigkeit auch Wirksamkeit der Überwachungstätigkeit und Überprüfung der von den „Drittanbietern“ erbrachten Diensten, wobei auf jeden Fall die Finanzierbarkeit des Systems gewährleistet sein muss (eventuell müssen die Ausgaben in anderen Bereichen rationalisiert werden).

6 Festsetzung des Betreuungsbedarfs für Präventionstätigkeiten und die Öffentliche Gesundheit, für die territoriale und die Krankenhausbetreuung

6.1 Krankenhausbetreuung für Akut- und Post-Akutkranke vor der Pandemie

Die im vorliegenden Dokument enthaltenen Planungsrichtlinien sehen die Aufwertung des Angebots im Sinne einer immer besseren Zugänglichkeit, Angemessenheit und organisatorischer Zweckmäßigkeit vor. Dies unter anderem mit dem Ziel, angemessene Standards für die Ausstattung von Akutbetten, Betten für die post-akute Rehabilitation und Betten für Langzeitaufenthalte innerhalb der vom Landesgesundheitsdienst garantierten Betreuungsstandards, der verfügbaren Ressourcen und der Haushaltsbedingungen zu erreichen.

Zum Zwecke der Gesundheitsplanung werden die in den staatlichen Bestimmungen vorgegebenen Betreuungsstandards herangezogen. Insofern werden für die Krankenhauseinrichtungen, die Krankenhaus-, ordentliche und Tagesaufenthalte erbringen, folgende Parameter des Bedarfs angewandt:

- a. bei den Einrichtungen für Akutkranke ist die maximale Bettenausstattung gleich 3,00 je tausend Einwohner;
- b. bei den Einrichtungen für Rehabilitation und Langzeitaufenthalten ist die maximale Bettenausstattung gleich 0,70 je tausend Einwohner;
- c. die maximale Hospitalisierungsrate ist gleich 160 je tausend Einwohner.

Im Jahr 2019 haben die Einrichtungen des Landes die Nachfrage nach Krankenhausaufenthalten mit einer Ausstattung von insgesamt 1.641 Akutbetten (davon 93,6% in öffentlichen Einrichtungen) gedeckt, was 3,1 pro 1.000 Einwohnern entspricht. Die Hospitalisierungsrate der

Einwohner der Provinz Bozen im Jahr 2019 betrug 139,3 Akutbetten je 1.000 Einwohner (109,7 ordentliche Krankenhausaufenthalte und 29,7 Tagesaufenthalte – bei den Krankenhausaufenthalten in der Provinz werden in der Berechnung die Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Einrichtungen und in vertraglich gebundenen Abteilungen der privaten Kliniken berücksichtigt, bei den Krankenhausaufenthalten außerhalb der Provinz sind Krankenhausaufenthalte im Ausland und in anderen italienischen Regionen miteinberechnet).

Um den epidemischen Notstand angemessen zu bewältigen, war es notwendig, die Krankenhauseinrichtungen neu zu organisieren, indem die Tätigkeiten betreffend Krankenhausaufenthalte verstärkt wurden. Diese Maßnahmen betrafen sowohl die Intensivstation als auch die Bereiche mit hoher Pflegeintensität, die daraufhin an die neuen Standards des Gesetzesdekrets Nr. 34/2020 angepasst wurden, und zwar 0,14 Betten je 1000 Einwohner, was zur Verfügbarkeit und Ausstattung von 77 Intensivbetten führte (mit einem Zuwachs von 40 Betten im Vergleich zu den 37 bereits vorhandenen), zu denen noch 37 Subintensivbetten hinzukamen. Die Maßnahmen zur Reorganisation des Krankenhausnetzes und der organisatorischen Abläufe zielten darauf ab, den Landesgesundheitsdienst im Krankenhausbereich strukturell zu stärken und einen Großteil der Interventionen, die zunehmend auf die Pflegeintensität und die multidisziplinäre und multiprofessionelle Kontinuität der Versorgung ausgerichtet werden müssen, organisch und strukturell zu machen.

In der Zeit vor der Pandemie war der Bedarf an stationärer Krankenhausbetreuung für Akutkranke in der Provinz Bozen insgesamt gedeckt.

Für die Krankenhausbetreuung von Post-Akutkranken wurden im Jahr 2019 insgesamt 357 vertraglich gebundene Betten reserviert, die sich wie folgt aufschlüsseln: 126 in öffentlichen Einrichtungen (35,3%) und 231 in privaten Einrichtungen (64,7%).

Im Jahr 2019 war das Bettenangebot wie folgt:

Tabelle 6.1 – Betten – Jahr 2019

	Rehabilitation (Abteilungskodex 56)	Langzeitpflege (Abteilungskodex 60)	Neurorehabilitation (Abteilungskodex 75)
Provinz Bozen	169	160	28
*1.000 Einwohner	0,32‰	0,30‰	0,05‰

Zur Zeit ist eine umfassende Neufestsetzung der gesamten Funktionen betreffend die Rehabilitation und die post-akute Langzeitbetreuung im Gange (siehe Fachplan des Rehabilitationsnetzes 2020-2025 – Beschluss der Landesregierung, Nr. 480 vom 30. Juni 2020), wobei auch eine mögliche Überwindung von heute bestehenden Funktionen - unter Berücksichtigung der Kriterien der Angemessenheit der Eingriffe, der Kontinuität der Betreuungspfade und der Rationalität bei der Nutzung der Ressourcen - ins Auge gefasst wird. Insbesondere werden derzeit die Grundsteine für die Realisierung des Bereiches der Betreuungskontinuität sanitärer Art bei den nicht spitalsärztlichen Tätigkeiten und die nachfolgende Aktivierung der intermediären Betreuung, auch durch Umwandlung der Betten für post-akute Betreuung, gelegt.

6.1.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In den kommenden Jahren muss der Südtiroler Sanitätsbetrieb alle notwendigen Maßnahmen umsetzen, um schrittweise die Wiederaufnahme der Pflege- und stationären Krankenhaustätigkeiten und die Wiederherstellung des Betreuungsangebotes, wie es in der Zeit vor der Covid-19-Pandemie war, zu gewährleisten.

Es wird daher vorgesehen, dass der Sanitätsbetrieb – im Einklang mit den Verpflichtungen zur Sicherstellung der WBSs, wie sie im Landesgesundheitsplan 2016-2020 vorgesehen sind - **die nicht erbrachten stationären Krankenhausleistungen zu sichern und darauf hinwirkt, diese aufzuholen, sofern die Evidenz der klinischen Notwendigkeit besteht.**

Hierfür wird eine **Ausnahmeregelung für die Beschränkungen vorgesehen, die durch die zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieses Planungsaktes geltenden staatlichen- und Landesbestimmungen für die Höchstsätze für Hospitalisierungsraten vorgegeben sind.**

Um die während des Pandemiejahres 2020 nicht durchgeführten Tätigkeiten aufzuholen, wird dem Südtiroler Sanitätsbetrieb erlaubt Pläne zur Erhöhung des gesundheitlichen Angebots im stationärem Bereich zu erstellen, die sowohl durch die eigenen Krankenhauseinrichtungen als auch durch die Unterstützung privater Einrichtungen, die im Rahmen einer Vereinbarung stationäre Krankenhausbetreuung anbieten, umgesetzt werden sollen.

Die hier beschriebenen geplanten stationären Leistungen sind auf jeden Fall nicht als erschöpfend anzusehen, wenn es darum geht, Pläne zum Aufholen der Tätigkeit des Sanitätsbetriebes anzusehen; sie können je nach neu auftretendem spezifischen Bedarf und/oder anderen Prioritäten jederzeit ergänzt werden können.

Der Sanitätsbetrieb plant – vorbehaltlich der von ihm erstellten Dokumentation und unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs in Bereichen, die nicht in den obgenannten Verzeichnissen enthalten sind – die Ausweitung seiner stationären Krankenhaustätigkeit, sowohl durch die Stärkung seines Betreuungsangebotes als auch durch Vereinbarungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen und freiberuflichen Fachleuten, wobei die Kriterien der Angemessenheit und Qualität eingehalten werden müssen. Abgesehen von der Phase der Pandemie soll die Möglichkeit neue Vertragsabkommen mit akkreditierten Subjekten abzuschließen vom Sanitätsbetrieb so bewertet werden, wie es auch heute schon geschieht: Die Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Erbringer ist nur zur Unterstützung der Sicherstellung der WBS gemäß den geltenden Bestimmungen in Betracht zu ziehen. Dabei muss man sich auf jeden Fall innerhalb der bereits von den verfügbaren Daten hervorgehobenen prozentualen Grenzwerte (grundsätzlich bis zu einem Höchstwert von 10% der Gesamtausgabe) bewegen.

Der Anstieg der gesamten geplanten stationären Aufenthalte darf jedoch die in diesem Dokument genannten „verlorenen“ stationäre Aufenthalte aufgrund der Pandemie nicht überschreiten.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe am Ende eines jeden Jahres im Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm (POA) – für die Gültigkeitsdauer dieses Planungsdokuments – über die geplante und folglich durchgeführte Krankenhaustätigkeit zum Zweck des Aufholens der im Covid- Zeitraum 2020 verlorenen stationären Aufenthalte zu **berichten**.

Für jeden Bereich/Einsatzbereich, in dem die akute und post-akute Krankenhausbetreuung verstärkt werden soll, muss im Performanceplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes und im Jahrestätigkeitsprogramm Folgendes angegeben werden:

- Planungs-/Verwaltungsmaßnahmen, die zur Erweiterung des Betreuungsangebots erstellt und beschlossen wurden und die für die Wiederherstellung der nicht durchgeführten programmierten stationären Aufenthalte nützlich sind (Aufstockung der Bettenanzahl, Anpassung der Budgetziele für die beteiligten operativen Einheiten, Ausbau der Einrichtungen und des Personalstands usw.);
- die Kriterien für die Festlegung etwaiger Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen;
- Dokumentation der effektiven Tätigkeiten, die über den Referenzwert für die Hospitalisierungsraten hinausgeht und zum Aufholen der aufgrund der Pandemie nicht erbrachten stationären Aufenthalte durchgeführt wurden, mit Angabe der für diese Tätigkeit eingesetzten Einrichtungen und operativen Einheiten, aufgeschlüsselt nach Interventionsbereichen.

Bei der **Planung der Wiederherstellung der post-akuten Betreuung** muss jedoch auch der Bedarf an post-akuter Betreuung für **SARS-CoV-2-Patienten**, sogenannte Long-COVID-Patienten, berücksichtigt werden.

Im Jahr 2020 betrug die Zahl der post-akuten Krankenhausaufenthalte nach stationären COVID-Aufenthalten 170; das entspricht 10% der stationären Neurorehabilitations- und 5% der Rehabilitations- und Langzeitaufenthalten. Diese Krankenhausaufenthalte sind zwar zahlenmäßig gering, weisen jedoch eine relativ lange Dauer auf, die im Durchschnitt 30 Tage übersteigt und führen folglich zu einer erheblichen Pflegeintensität.

Die rasche Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion und die hohe Komplexität, Heterogenität und Persistenz von Störungen, die mit der Covid-19-Krankheit in Verbindung stehen, erfordern seitens des Sanitätsbetriebs die Ausarbeitung und Implementierung eines im gesamten Landesgebiet homogenen Behandlungspfades, der nicht nur die Krankenhausphase, sondern auch mehrere Betreuungsstandards und verschiedene klinische Fachgebiete umfasst, und zwar auf integrierte, multidisziplinäre Weise und dabei auf die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbaut.

6.2 Planung der fachärztlichen ambulanten Leistungen

6.2.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In den kommenden Jahren muss der Sanitätsbetrieb alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um die Wiederaufnahme der ambulanten Tätigkeit und das Aufholen des Betreuungsangebots zu gewährleisten, die dem Betreuungsangebot aus der Zeit vor der Covid-19-Pandemie entspricht, unter Einhaltung des Plans zur Eindämmung der Wartezeiten.

Es wird daher angeordnet, - dass der Sanitätsbetrieb - in Erfüllung der Verpflichtungen zur Gewährleistung der WBSs und der Einhaltung der Wartezeiten, wie sie im Landesplan zur Verwaltung der Wartezeiten vorgesehen sind – dafür sorgt, dass die fachärztlichen Visiten und die nicht erbrachten ambulanten Leistungen sichergestellt und aufgeholt werden, wobei das Hauptaugenmerk auf die fachärztlichen Erstvisiten und die Instrumental- Untersuchungen gelegt wird, die für den operativen Plan für den Abbau der Wartelisten überwacht werden.

Um die während des Pandemiejahres 2020 nicht durchgeführten Tätigkeiten aufzuholen, ist es dem Sanitätsbetrieb erlaubt Pläne zur Erhöhung des ambulanten fachärztlichen Betreuungsangebotes auszuarbeiten, die sowohl durch seine eigenen Krankenhauseinrichtungen als auch durch die Unterstützung seitens privater Einrichtungen, mit denen Vereinbarungen abgeschlossen werden können, durchzuführen sind.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb **plant** – vorbehaltlich der von ihm erstellten Dokumentation – die **Ausweitung seiner ambulanten fachärztlichen Tätigkeit** (auch dank der Telemedizin), sowohl durch die Stärkung seines Betreuungsangebots, als auch durch Vereinbarungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen und freiberuflichen Fachleuten, wobei die Kriterien der Angemessenheit und Qualität eingehalten werden müssen. Abgesehen von der Phase der Pandemie soll die Möglichkeit neue Vertragsabkommen mit akkreditierten Subjekten abzuschließen vom Sanitätsbetrieb so bewertet werden, wie es auch heute schon geschieht: Die Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Erbringer ist nur zur Unterstützung der Sicherstellung der WBS gemäß den geltenden Bestimmungen in Betracht zu ziehen. Dabei muss man sich auf jeden Fall innerhalb der bereits von den verfügbaren Daten hervorgehobenen prozentualen Grenzwerte (grundsätzlich bis zu einem Höchstwert von 10% der Gesamtausgabe) bewegen.

Der Sanitätsbetrieb **ist verpflichtet**, am Ende eines jeden Jahres im Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm (POA) über die geplante und folglich durchgeführte ambulante Tätigkeit **zu berichten**, mit dem Zweck die nicht erbrachten Tätigkeiten im Zeitraum Covid 2020 aufzuholen.

Für jeden Bereich/Einsatzbereich, in dem die fachärztliche ambulante Betreuung verstärkt werden soll, muss im Performanceplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes und im Jahrestätigkeitsprogramm Folgendes angegeben werden:

- Planungs-/Verwaltungsmaßnahmen, die zur Erweiterung des Betreuungsangebots erstellt und beschlossen wurden und die für die Wiederherstellung der nicht durchgeführten ambulanten programmierten Leistungen nützlich sind (Anpassung der Budgetziele für die beteiligten operativen Einheiten, Ausbau der Einrichtungen und des Personalstands usw.),
- die Kriterien für die Festlegung etwaiger Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen (die Resultate sind im Jahrestätigkeitsprogramm anzuführen).

6.3 Planung der gesundheitlichen und sozio-sanitären ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung auf dem Territorium

6.3.1 Medizinische Grundversorgung auf dem Territorium

Die Pandemie hat die Notwendigkeit der Erneuerung einiger Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung zu Tage gebracht. In Anbetracht des demografischen und epidemiologischen Wandels, der eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsbetreuung aufgrund komplexer Bedürfnisse nach sich zieht, sind effiziente Antworten etwa in Form von integrierten Diensten vor allem durch das territoriale Betreuungsnetz notwendig.

Die Hauptmängel, welche die Covid-19 Pandemie aufgezeigt hat, sind:

- signifikante territoriale Ungleichheiten bei den Gesundheitsleistungen, insbesondere in den Bereichen Prävention und territoriale Betreuung,
- eine mangelhafte Integration zwischen den Krankenhaus-, den territorialen und den sozialen Diensten,
- erhöhte Wartezeiten für die Erbringung einiger Leistungen. Auch auf territorialer Ebene wurde eine Zunahme der Fälle auf den Wartelisten registriert, die auf das Aussetzen der Leistungen zurückzuführen ist.

Das beste Betreuungs-Setting für chronische Patienten, Menschen mit Behinderungen und Senioren ist jenes der Grund- und wohnortnahen Versorgung, das in der Lage ist, den Bedürfnissen der Patienten zuhause oder in einer Wohneinrichtung nachzukommen, auch mittels Maßnahmen der Gesundheitsprävention/-förderung und -erziehung.

Mehr Prävention und bessere Betreuung auf dem Territorium, Modernisierung des Gesundheitssystems mit gewichtigen Investitionen in die Digitalisierung, Gleichheit beim Zugang zur Betreuung: diese sind das Herzstück des staatlichen Plans für den Aufschwung und die Resilienz (Piano nazionale di ripresa e resilienza, in der Folge „PNRR“), der darauf abzielt, in den nächsten Jahren jenen Bereich zu verändern, der im Zentrum der Pandemie stand und in dieser Zeit deutliche organisatorische und Systemmängel offenbart hat.

Im Einklang mit dem PNRR und den Empfehlungen der Europäischen Kommission sind innerhalb des ersten Halbjahres 2026 Maßnahmen für den Ausbau der Leistungen auf dem Territorium mittels Potenzierung und Schaffung von territorialen Einrichtungen, Stärkung der Hauspflege, Weiterentwicklung der Telemedizin und eine effizientere Integration mit allen sozio-sanitären Diensten vorgesehen.

Der PNRR hat einen umfangreichen Leitfaden zu den chronischen Krankheiten ausgearbeitet. Die größte Herausforderung besteht nun darin eine echte Betreuungskontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium aufzubauen.

Im Sinne einer personenzentrierten Gesundheitsbetreuung in allen Lebensabschnitten und unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitszustandes kommt dem **Gemeinschaftshaus** (vormals „Haus der Gesundheit genannt“), das mit seinen Öffnungszeiten rund um die Uhr in einer einzigen Stadtvierteleinrichtung Hausärzte, Fachärzte, Pflegepersonal und Sozialassistenten vereint, eine entscheidende Rolle zu. Diese Einrichtung ermöglicht es somit, alle angebotenen Dienste insbesondere für chronisch Kranke zu koordinieren. Es ist die einzige Anlaufstelle (Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie – PUA) für multidimensionale Bewertungen durch soziosanitären Dienste, die als ständiger Bezugspunkt für die Bevölkerung fungiert und über eine IT-Struktur sowie eine Entnahmestelle mit multidisziplinärer Instrumental-Ausstattung verfügt. Auch können dort andere soziale und Betreuungsdienste untergebracht werden, die sich vorrangig an Senioren richten. **Die Hauptcharakteristik des Gemeinschaftshauses ist seine Kapillarität: auf der Grundlage des hub/spoke- Modells sind mittel bis große Einrichtungen (hubs) mit einer Öffnungszeit von bis zu 24 Std. am Tag und bis zu sieben Tage die Woche und kleine Einrichtungen (spokes) mit einer Öffnungszeit für die Bürger von 12 Stunden am Tag vorgesehen.**

Die Aufgabe, alle Berufsgruppen aufzuwerten und zu koordinieren, um so die sozio-sanitäre Integration zu fördern, wird dem neuen Organisationsmodell COT (territoriale Koordinationszentrale) übertragen: es ist das Gehirn, das Herz und der Motor des Ganzen. Obwohl es nur ein virtueller Raum ist, der selbst keine Leistungen erbringt, ist es dennoch eine Plattform, die es ermöglicht, die Einrichtungen auf territorialer Ebene zu vernetzen, um so die Betreuungskontinuität zu garantieren. Der Dienst, der sich vorrangig an die Mitarbeiter richtet, organisiert beispielsweise den Betreuungspfad nach der Krankenhausentlassung und ist das „terminal“ für die Telemedizin. Durch die territoriale operative Zentrale kann das Gesundheitspersonal durchgehend rund um die Uhr mit den anderen Fachkräften auf dem Territorium in Kontakt treten, um gemeinsam die schnellste und effektivste Lösung für den Patienten zu finden.

Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

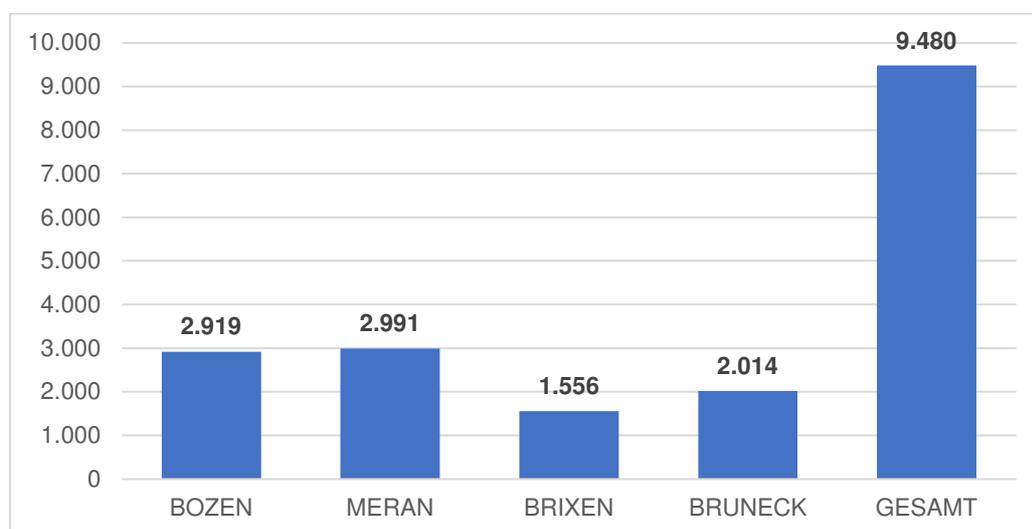
Der Sanitätsbetrieb realisiert im Einvernehmen mit dem Land Einrichtungen für die sozio-sanitäre Betreuung in Wohnortnähe (Gemeinschaftshäuser) zum Zwecke der Stärkung der gesundheitlichen, sozio-sanitären und sozialen Netzwerke auf dem Territorium sowie der Dienste für Prävention. Auf diese Weise soll die Betreuungskontinuität sowie die Übernahme und Rehabilitation von besonders fragilen Patientengruppen garantiert werden.

6.3.2 Hauspflege

Der soziodemographische und epidemiologische Wandel, der in den großen Industrieländern zu einer steigenden Alterung der Gesellschaft und zu einer Zunahme der chronischen und Mehrfacherkrankungen mit einem erhöhten Risiko einer Behinderung und des Pflegebedarfs geführt hat, stellen die nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme bereits vor der Pandemie vor große Herausforderungen. Im Jahr 2035 wird die Anzahl der chronisch Kranken in der Provinz von derzeit 151.000 auf ca. 191.000 ansteigen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen heute bei 4% der Bevölkerung mit ca. 20.000 Personen gegenüber den 2,3% laut den Daten von 2005 liegt. Was die Pflegebedürftigen im Seniorenalter betrifft, ist es notwendig, in die Stärkung der territorialen sozialen Dienste und gesundheitlichen Dienste zu investieren, um so der Institutionalisierung vorzubeugen und die Autonomie der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten.

Im Laufe des Jahres 2020 erhielten 9.480 Personen mindestens einmal eine integrierte Hausbetreuung (Grafik 6.4).

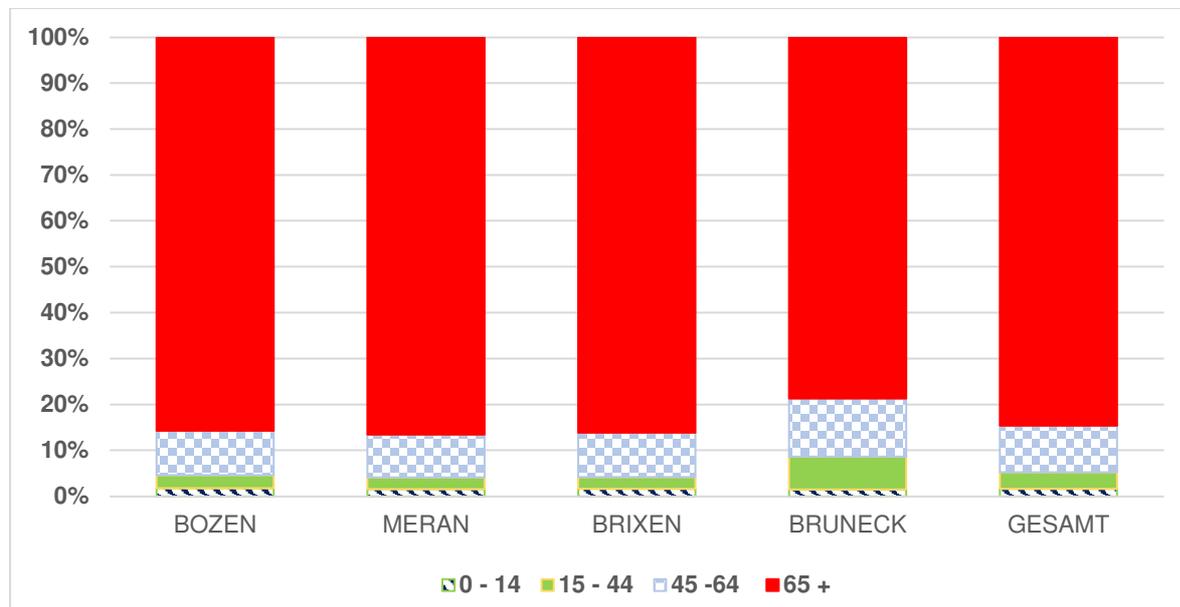
Grafik 6.4 – Anzahl der Betreuten mit mindestens einer Hausbetreuung nach Gesundheitsbezirk - Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

85% der Betreuten mit mindestens einer integrierten Hausbetreuung gehören der Altersgruppe „65-Jahre und älter“ an (Grafik 6.5) und ca. 95% von diesen leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung.

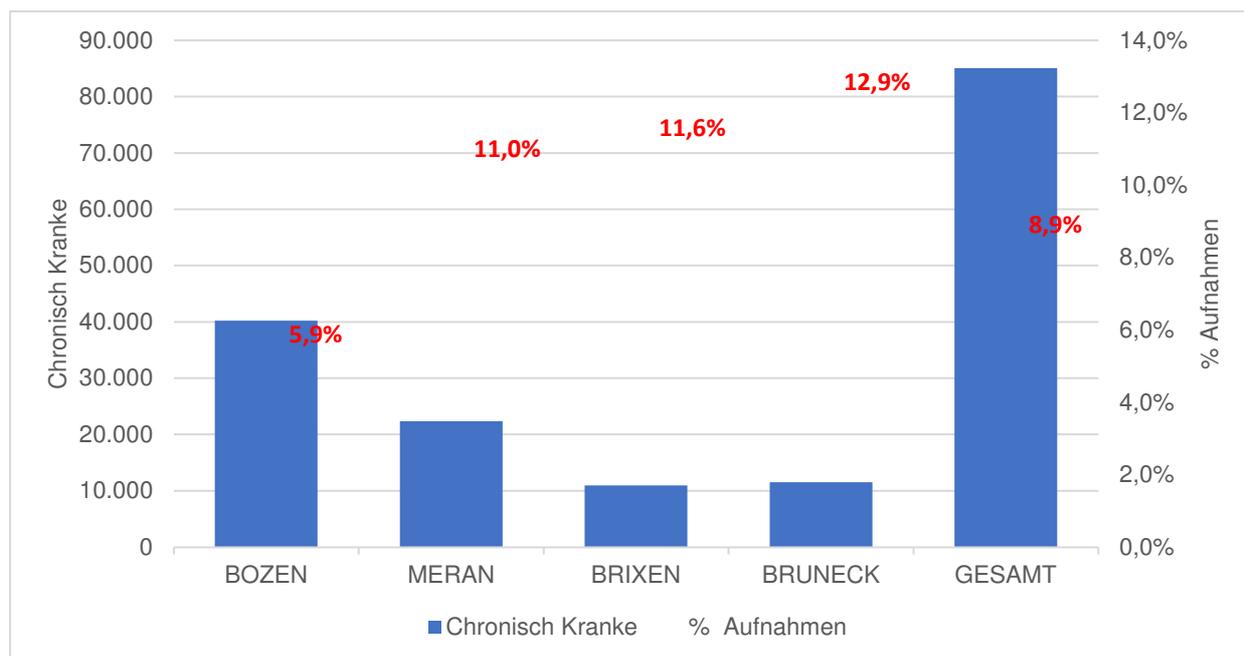
Grafik 6.5 – Zusammensetzung in % der Betreuten mit einer Hausbetreuung nach Altersklasse – Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

Die prozentuale Verteilung der über 65-Jährigen mit mindestens einer chronischen Erkrankung (Grafik 6.6) zeigt einen Wert von knapp 9% der Bevölkerung, die zu Hause betreut wird. Dieser Wert, liegt ca. 1 Prozentpunkt unter den 10%, den das Gesundheitsministerium als Ziel vorgegeben hat. Es gilt aber darauf hinzuweisen, dass es hinsichtlich dieses Wertes einen Unterschied zwischen dem Gesundheitsbezirk Bozen (5,9%) und den anderen drei Gesundheitsbezirken mit Werten über 10% (Grafik 6.6) gibt.

Grafik 6.6 – Betreute über 65 mit mind. einer chronischen Erkrankung in Hausbetreuung - Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Potenzierung der Hauspflegedienste und die Verstärkung der bürgernahen Dienste sowie jene zur Unterstützung der Hausbetreuung sind grundlegende Ziele, die der Sanitätsbetrieb erreichen sollte.

Im Einklang mit dem PNRR und den Empfehlungen der Europäischen Kommission sollten innerhalb des Halbjahres von 2026 10% der über 65-jährigen Bevölkerung mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu Hause betreut werden können.

Nur durch die Integration der gesundheitlichen Hauspflege mit den sozialen Interventionsmaßnahmen können ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung die Autonomie und Unabhängigkeit bewahren, um so unangemessene stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Die Planung und Erbringung von integrierten Therapieleistungen kann nur mit informatischer Unterstützung funktionieren, mit welcher die Programmierung der sozio-sanitären Leistungen, die Abstimmung der involvierten Akteure und das Monitoring der Betreuungspfade mittels geeigneter Indikatoren gewährleistet werden können.

Die Art der Erbringung von gesundheitlichen und sozio-sanitären Leistungen mittels Telemedizin sind grundlegend in diesem Sinne. Sie leisten einen Beitrag für den gleichen Zugang zu den Behandlungen in abgelegenen Gebieten, die Unterstützung im Umgang mit der Chronizität, den Zugang zu hochspezialisierten Leistungen sowie eine wichtige Hilfe für die Notfalldienste.

Die Aktivierung des Systems erfolgt anhand eines organisatorisch-operativen Modells, das für den Patienten eine personalisierte, bedürfnisorientierte Bewertung unter Berücksichtigung seiner Krankheit und eventueller Begleiterkrankungen vorsieht.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe Richtlinien auszuarbeiten und diese zu implementieren, um in den kommenden Jahren stufenweise die Anzahl der Personen, die älter als 65 Jahre sind, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden und die in Hausbetreuung sind, zu erhöhen. Innerhalb 2026 soll der Prozentsatz von 10% der chronischen und gebrechlichen Patienten erreicht werden.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe ein gemeinsames Modell für die Erbringung von Leistungen der Hausbetreuung welches die Möglichkeiten der neuen Technologien (Telemedizin, Wohnautomation, Digitalisierung) bestmöglich nutzt, zu definieren, entwickeln und implementieren.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe die territorialen operativen Zentralen (COT) zu aktivieren, welche die Funktion haben, die Dienste der Hausbetreuung mit den anderen Gesundheitsdiensten zu koordinieren und dabei Schnittstelle mit den Krankenhäusern und dem Netz der Notfallbetreuung zu sein.

6.3.3 Palliativbetreuung

Man schätzt, dass in Südtirol jährlich ca. 5.000 Patienten eine Palliativbetreuung benötigen. Für diese Patienten ist die am besten geeignete Art der Betreuung und Therapie ein Betreuungsnetz bestehend aus verschiedenen Knotenpunkten (Wohnort, Hospiz, Krankenhaus), das die Patienten in den verschiedenen Betreuungssettings und auf dem gesamten Landesgebiet erreichen kann.

Die Entwicklung dieses Netzwerks muss auf der Grundlage der geltenden Gesetzeslage und der in den vergangenen Jahren gemachten Erfahrungen auf lokaler Ebene erfolgen.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Sanitätsbetrieb definiert und genehmigt ein Grundsatzdokument für die Palliativbetreuung auf Betriebsebene für die Realisierung des Netzwerks für Palliativbetreuung auf dem gesamten Landesgebiet, um der Bevölkerung eine homogene Betreuung und einen gleichen Zugang zur Palliativbetreuung zu gewährleisten.

In Anwendung des Gesetzes Nr. 38/2010 und der nachfolgenden Durchführungsdekrete sollen im Dokument die Kernpunkte des Netzwerks, die Zugangskriterien, die Modalitäten der Übernahme und die angewandten Instrumente für das Funktionieren des Dienstes definiert werden.

6.3.4 Übergangspflege

Der staatliche Plan für den Aufschwung und die Resilienz PNNR sieht im Rahmen der Mission 6C1 Gesundheit unter Punkt 1.3 die Verstärkung der gesundheitlichen Übergangspflege und der entsprechenden Einrichtungen (Gemeinschaftskrankenhäuser) vor: die Investition zielt auf den Ausbau des Angebots der gesundheitlichen Übergangspflege auf territorialer Ebene durch die Aktivierung des Gemeinschaftskrankenhauses oder einer Gesundheitseinrichtung des territorialen Netzes für einen kurzzeitigen, stationären Aufenthalt der Patienten, die einer klinischen medizinischen Betreuung mittlerer bis niedriger Intensität benötigen.

Es handelt sich um eine Einrichtung mit kurzer Aufenthaltsdauer für Patienten nach einer akuten Phase mit dem Ziel, einem Prozess der Chronifizierung entgegenzuwirken, richtet sich aber auch an Patienten mit einer erneuten akuten Episode einer bestehenden chronischen Erkrankung. Diese Patienten benötigen medizinische Betreuung niedriger Intensität, welche grundsätzlich zuhause erbracht werden könnte, aber aufgrund der Unmöglichkeit im spezifischen Fall, eine ambulante oder Hausbetreuung zu gewährleisten, werden sie in besagten Einrichtungen untergebracht, welche eine kontinuierliche, medizinisch/krankenpflegerische Betreuung und Überwachung, auch in den Nachtstunden, garantieren können.

Die Einrichtungen, die vorrangig von der Krankenpflege geführt werden, tragen zu einer höheren Angemessenheit der Behandlung bei, weil unangemessene Zugänge zu anderen Einrichtungen wie der Notaufnahme oder anderer Krankenhauseinrichtungen und die Inanspruchnahme anderer fachärztlicher Leistungen reduziert werden und folglich unangemessene Institutionalisierungen vermieden oder reduziert werden können.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Übergangsbetten müssen je nach Bedarf aktiviert und in einem ausgewogenen Maße auf die einzelnen Gesundheitsbezirke verteilt werden.

Bei der Übergangspflege wird ein Standard von 0,4‰ Einwohner herangezogen, was ca. 214 Betten für das ganze Land Südtirol entspricht. Diese Betten sind in Krankenhauseinrichtungen, akkreditierten und vertragsgebundenen Pflegeeinrichtungen sowie in territorialen Wohneinrichtungen vorzusehen.

Die Bedarfserhebung muss mit der Gesundheitsplanung in den Bereichen Rehabilitation und postakute Langzeitpflege abgestimmt werden.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe stufenweise Einrichtungen und Bettenplätze für die Intermediärbetreuung einzurichten. Dies kann auch mittels einer Umwandlung von Post-Akut-Bettenplätzen im gesamten Landesgebiet im Rahmen der verfügbaren Ressourcen und innerhalb der Gesamtanzahl an Bettenplätzen, wie vom Landesgesundheitsplan 2016-2020 festgesetzt, geschehen.

6.3.5 Psychische Gesundheit

Obwohl weltweit die Erkenntnisse über die Auswirkungen der aktuellen Pandemie auf die psychische Gesundheit noch begrenzt sind bzw. nur teilweise mit Erfahrungen, die etwa mit SARS oder Ebola gemacht wurden, vergleichbar sind, ist es wahrscheinlich, dass die Nachfrage nach psychosozialen Leistungen in den nächsten Monaten und Jahren erheblich steigen wird.

Die Investition in Dienste und Programme für die psychische Gesundheit ist heute wichtiger denn je. Die letzten Monate waren eine große Herausforderung, insbesondere für Mitarbeiter im Gesundheitsbereich, Schüler und Studenten, Familienangehörige von an COVID-19 Erkrankten, psychisch Kranke, sozio-ökonomisch Benachteiligte und Arbeiter/Angestellte, deren Einkünfte nicht mehr sicher waren.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie beeinträchtigen nicht nur das ökonomische Wachstum, sondern können auch negative Auswirkungen auf die soziale Teilhabe und die psychische Gesundheit haben. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Verlust des Arbeitsplatzes ein Hauptfaktor für die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens ist.

Es gibt zahlreiche Initiativen und Interventionsprogramme, um den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit entgegenzuwirken und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen oder einem erhöhten Risiko für Angststörungen und Depressionen auffangen zu können.

Betreuung durch die psychologischen Dienste

Eine Makroanalyse der von den psychologischen Diensten bereitgestellten Daten der Jahre 2016 bis 2019 hat einen kontinuierlichen Anstieg bei der Anzahl der von den Diensten betreuten Patienten sowie in den von diesen erbrachten Leistungen ergeben.

Während der Zugang zur Krankenhauspsychologie und zur Notfallpsychologie garantiert ist, reichen die durchschnittlichen Wartezeiten für den Zugang zu den territorialen Leistungen von 4 Wochen für Psychotherapie und Beratung bis zu 15 Wochen für neurodiagnostische Leistungen, psychologische Gutachten und Abklärungen (für Schule, Sozialdienste, Gericht...).

Tabelle 6.13 – Patienten und Leistungen der psychologischen Dienste und der Krankenhauspsychologie

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020*
Patienten	14.855	15.222	15.484	15.506	13.890
Leistungen	88.381	87.216	93.443	97.553	88.964

**Niedrige Daten aufgrund veränderter Datenerhebung*

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Im Pandemiejahr 2020 scheint es eine deutliche Abnahme sowohl bei den Patientenzahlen als auch bei der Anzahl der erbrachten Leistungen gegeben zu haben. Dem ist jedoch nicht so. Tatsächlich sind sowohl die Anfragen als auch die erbrachten Leistungen gestiegen.

Die Diskrepanz zwischen den Daten laut oben angeführter Tabelle und den tatsächlich erbrachten Leistungen ist einer veränderten Art der Erbringung der Leistungen geschuldet, welche aufgrund der Pandemie fast nur mehr mittels Telefon- oder Videokonferenzen erbracht werden konnten. Diese Leistungen wurden von den Diensten am Anfang der Pandemie entweder überhaupt nicht registriert oder nur dann, wenn eine spätere Übernahme des Patienten erfolgte. Außerdem liefen sehr viele telefonische Beratungen und Kontakte über das Portal „Psy-Help Covid 19“.

Das Netzwerk Psy-Help COVID-19, das im April 2020 aktiviert wurde, bietet psychologische Unterstützung und therapeutische Behandlung für besonders gefährdete Gruppen wie psychisch Kranke, Menschen mit Abhängigkeitsproblemen, aber auch Trauernden und Hinterbliebenen. Außerdem bietet das Netzwerk Mitarbeitern des Gesundheitswesens genauso wie Covid-19 Erkrankten oder Covid-Positiven zu Hause und in Quarantänesituationen psychologische Betreuung an. Das Netzwerk steht aber auch der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung und fördert Verhaltensweisen, die für die Bewältigung der Krise von Nutzen sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich aufgrund der Pandemie im Jahr 2020 die Art und Weise der Erbringung der Leistungen geändert hat und neben den Einsätzen der Notfallpsychologie, die sich gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt haben, vor allem telefonische Beratungen und Videokonferenzen erbracht wurden, die nur in Ausnahmefällen zu einer stationären Aufnahme der Patienten in den Fachdiensten geführt haben.

Tabelle 6.14 – Einsätze und telefonische Beratungen/Videokonferenzen des Dienstes für Notfallpsychologie

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Einsätze vor Ort	66	58	75	55	93 + 295*

* Telefonische Beratungen/Videokonferenzen
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Gezielte und rechtzeitige Maßnahmen bei psychischen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art kann das Leid von Betroffenen erheblich verringern, sei es in diesen besonderen Zeiten der Pandemie, aber auch generell im alltäglichen Leben.

Da davon auszugehen ist, dass sich die Pandemie und die Anstrengungen, diese zu kontrollieren, noch über mehrere Monate ziehen werden, ist es, auch in Hinblick auf die ökonomischen und sozialen Auswirkung der Pandemie wahrscheinlich, dass die Menschen und ihre Familien in den nächsten Jahren vermehrt psychologische Unterstützung benötigen werden. Voraussichtlich werden sich die psychologischen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit und des Verlustes des Arbeitsplatzes, der Trauerfälle und die über einen langen Zeitraum anhaltende Isolation erst verspätet und noch für längere Zeit manifestieren.

Davon abgesehen sind die Anfragen nach psychologischen Leistungen in den Bereichen Demenz/Alzheimer, Essstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen u.a. seit Jahren kontinuierlich im Steigen.

In diesem Sinne hat der Sanitätsbetrieb die Aufgabe, den entsprechenden Bedarf in der Südtiroler Bevölkerung zu überwachen und zu erheben, im Bedarfsfall auch Modalitäten für die Reorganisation der Übernahme und Betreuung der Patienten zu definieren, Formen der autonomen, koordinierten und kontinuierlichen Zusammenarbeit zu aktivieren und freiberufliche Psychologen und Psychotherapeuten zu rekrutieren, welche die Betreuung der Patienten integrieren und unterstützen und deren Betreuungskontinuität gewährleisten.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, in einer eigenen Maßnahme/ einem eigenen Dokument das Ausmaß des Betreuungsbedarfs zu erheben und die Maßnahmen festzusetzen, um das aktuelle Betreuungsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu erweitern.

Der Sanitätsbetrieb definiert und erarbeitet Protokolle der Zusammenarbeit, um so die verschiedenen privaten Partner, allen voran die Familienberatungsstellen, zu integrieren.

Der Sanitätsbetrieb definiert umfassende diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private)

zwischen den Diensten (psychologische, psychiatrische etc.) zwischen den Settings (Krankenhaus, Territorium und Art des territorialen Settings), zwischen dem Sanitätsbetrieb und den Gesundheitsbezirken usw. klären.

Betreuung der psychiatrischen Dienste

Die Analyse einiger von den Zentren für psychische Gesundheit übermittelten Daten zeigen bis zum Jahr 2019 eine stetige Zunahme der Personen, die sich an die Dienste wenden.

Tabelle 6.15 – von den Zentren für psychische Gesundheit betreute Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Patienten	9.884	10.446	8.927*	10.939	10.623
Werte pro 1.000 Einwohner	18,9	19,8	19,8*	20,5	19,9

*es fehlen die Daten des psychiatrischen Dienstes Bruneck für 2018

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Auch die Zentren für psychische Gesundheit haben im Laufe des Jahres 2020 aufgrund der Pandemie die Leistungen in veränderter Form erbracht. Viele Beratungen erfolgten über das Notfallportal "Psy-Help Covid 19". Außerdem wurden Patienten, die bereits in den Diensten in Behandlung waren, vor allem über Telefonberatungen und Psychotherapie bzw. psychiatrische Kontrollvisiten mittels Videokonferenzen betreut. Zahlreich waren auch die Hausvisiten: allein im psychiatrischen Dienst Meran waren es über 3.000.

Grundsätzlich weisen die Zentren für psychische Gesundheit keine nennenswerten Wartezeiten auf: es sind durchschnittlich sieben Tage für Meran, Bruneck und Brixen und max. 14 Tage für Bozen.

In den psychiatrischen Diensten gibt es aber Betreuungsbedarf für chronisch psychisch Kranke, die nicht mehr in der Lage sind, ohne Begleitung ihren Alltag alleine zu bewältigen. Oft handelt es sich dabei um Patienten, die noch nicht das Alter für die Aufnahme in einem Seniorenwohnheim erreicht haben, in anderen Fällen ist die Betreuung im Seniorenwohnheim aufgrund der Komplexität der Störung nicht geeignet.

Da es auf dem Landesgebiet derzeit keine geeigneten Einrichtungen für diese Patienten gibt, kommt es oft zu unangemessenen Unterbringungen in anderen psychiatrischen Reha- und Wohneinrichtungen oder zu Überweisungen in spezielle Gesundheitseinrichtungen in Nachbarprovinzen, weit weg vom bisherigen Lebensumfeld mit den entsprechenden Problemen für die Patienten und deren Angehörige.

Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In Anbetracht einer konstant steigenden Nachfrage für diese Patienten definiert der Sanitätsbetrieb in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialwesen ein bedarfsgerechtes, angemessenes Betreuungsangebot. Dafür sollen alternative Wohn- und Betreuungsmodelle angedacht bzw. bereits bestehende Wohnmöglichkeiten, wie etwa die Anmietung von IPES Wohnungen, ausgebaut werden. Der Sanitätsbetrieb definiert diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private), den Diensten und den verschiedenen Settings klären. Der Sanitätsbetrieb führt das Instrument des „Gesundheitsbudgets“ ein, um individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsprojekte für Menschen mit komplexen psycho-sozialen Betreuungsbedürfnissen durchführen und deren Inklusion fördern zu können.

Betreuung der Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die Tätigkeit der Dienste für Kinder- Jugendpsychiatrie gilt dasselbe, was bereits in den vorherigen Kapiteln erläutert wurde. Der Rückgang, der im Jahr 2020 erbrachten Leistungen laut untenstehender Tabelle ist auf eine nicht erfolgte Registrierung derselben zurückzuführen, die wiederum der veränderten Art und Weise der Erbringung der Leistungen geschuldet ist.

Tabelle 6.16 – von den Diensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie betreute Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Patienten	1.081	1.117	1.074	1.153	1.128
Leistungen	6.739	6.513	7.124	7.466	5.371

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Seit Jahren ist in den Diensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein konstant steigender Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung festzustellen.

Die Pandemie hat zudem Störungen ausgelöst, die unweigerlich zu einer erhöhten Nachfrage in diesen Diensten geführt hat und noch führen wird. Insbesondere Störungen wie Selbstverletzungen, sozialer Rückzug, Essstörungen und Drogenmissbrauch haben zugenommen. Dieser Trend führt zwangsläufig zu einer Zunahme an Zugängen und Anfragen von Seiten der Bevölkerung, mit denen der Landesgesundheitsdienst konfrontiert wird.

In diesem Sinne sieht der Art. 33 des in Gesetz Nr. 106 vom 17. Juli 2021 umgewandelten Gesetzesdekretes N. 73/2021 ("Decreto sostegni-bis") Finanzierungen im Ausmaß von insgesamt 246.006 Euro für den Südtiroler Sanitätsbetrieb vor, die innerhalb 31. Dezember 2021 für die Potenzierung von territorialen und Krankenhausdiensten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Prävention und die multidisziplinäre Betreuung der Patienten und deren Familien sowie für den Schutz der psychischen Gesundheit und das individuelle und kollektive psychische Wohlbefinden mittels außerordentlicher Rekrutierung von Fachleuten wie Sozialassistenten und Psychologen zu verwenden sind.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, mit einer eigenen Maßnahme/einem eigenen Dokument, das Ausmaß des Betreuungsbedarfs zu erheben und die notwendigen Maßnahmen zu definieren, um das aktuelle Betreuungsangebot zugunsten von Kindern und Jugendlichen zu erweitern.

Angesichts der steigenden Anzahl von jungen Menschen mit psychischen Störungen, die sowohl sozialer, als auch gesundheitlicher Betreuung in spezifischen Einrichtungen bedürfen, definiert der Sanitätsbetrieb gemeinsam mit der Abteilung Soziales, den Bezirksgemeinschaften und dem Sozialbetrieb Bozen den Neubedarf an integrierten Plätzen in sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Einrichtungen.

Der Sanitätsbetrieb definiert diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private), den Diensten und den verschiedenen Settings klären.

Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

In den letzten Jahren haben Autismus-Spektrum-Störungen sowohl international, aber auch italienweit und in Südtirol zugenommen.

Eine Erhebung der in diesen Bereich in Südtirol tätigen Fachdienste aus dem Jahr 2017 hat ergeben, dass diese rund 400 Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen betreuen. Diese Zahl ist Ende 2020 auf rund 650 Personen (davon ca. 500 Kinder und Jugendliche und 150 Erwachsene) gewachsen, was einer Zunahme von über 60% entspricht.

Die steigenden Zahlen sind zum einen auf eine höhere Sensibilität für die Problematik im Allgemeinen und von Seiten der Dienste zurückzuführen, aber auch auf eine bessere und genauere diagnostische Erfassung, die es ermöglicht, Fälle frühzeitig zu erkennen.

Mit **BLR Nr. 638 vom 23. Juli 2019** wurde das Betreuungsnetz für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen für den Gesundheitsbereich festgesetzt und beschrieben.

Der Start und die vollständige Umsetzung des Netzwerkes gestaltet sich derzeit aufgrund begrenzter Personalressourcen der Gesundheits- und Sozialdienste als schwierig. Das führt zu langen Wartezeiten bei der Früherkennung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Kleinkindern und beim Angebot von therapeutisch-rehabilitativen Leistungen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen.

Auch besteht dringender Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für Familien in sehr komplexen Situationen, die sich bereits öfters an die lokalen Dienste gewandt haben, um auf ihre großen Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Betreuungsangebote hinzuweisen. Mit einer zeitweisen Betreuung ihrer Kinder in einer Tagesstätte und/oder einer Wohneinrichtung könnte auch einer möglichen Überforderung und Überlastung (Burnout) der Eltern vorgebeugt werden.

Ebenso muss die soziale Inklusion von Minderjährigen durch integrative Maßnahmen zwischen der gesundheitlichen Betreuung, der Schule und dem sozialen Netz gefördert werden.

Auch gilt der aktiven Mitarbeit der Familien durch Unterstützungs- und Bildungsmaßnahmen sowie deren Einbindung in den therapeutischen Prozess große Aufmerksamkeit zu schenken.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In enger Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Bezirksgemeinschaften definiert und benennt der Sanitätsbetrieb für die einzelnen Gesundheitsbezirke die entsprechenden Einrichtungen sowie Gesundheits- und sozialen Dienste und die entsprechenden Personalressourcen, um den Bedürfnissen der Betroffenen und deren Familien gerecht zu werden. Diese Einrichtungen spielen eine wichtige Rolle in der Betreuungskontinuität und der Wiederherstellung und Erhaltung der Funktionen.

Der Sanitätsbetrieb hat weiters die Aufgabe, ein angemessenes Betreuungsnetz, sowohl durch eigene Dienste und Fachambulanzen als auch durch die Unterstützung privater, vertragsgebundener spezialisierter Dienstleister zu realisieren und entsprechende Protokolle zum Zwecke der Integration und der aktiven Zusammenarbeit auszuarbeiten.

Außerdem müssen fehlende Betreuungs-Settings wie Tagesstätten, stationäre Einrichtungen sowie die Potenzierung des ambulanten und sozialen Betreuungsangebotes vorgesehen werden.

Der Sanitätsbetrieb setzt planungs- und verwaltungstechnische Maßnahmen zum Zwecke der Erweiterung des Betreuungsangebotes, um Betroffenen und ihren Familien eine angemessene Antwort auf deren Bedürfnisse zu geben.

Betreuung von Menschen mit Essstörungen

Im Jahr 2020 waren südtirolweit insgesamt 400 Personen mit Essstörungen in den Fachdiensten in Behandlung, davon waren 176 Neuerkrankungen.

Wie aus der untenstehenden Tabelle ersichtlich, handelt es sich hierbei um ein Phänomen, das stark im Steigen begriffen ist.

Tabelle 6.17 – Neue Fälle, die in den Fachambulanzen aufgenommen wurden

Jahr	2017	2018	2019	2020
Neuaufnahmen	124	122	196	179

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Grund für den Rückgang der Fälle im Jahr 2020 ist vorrangig auf die Angst einiger Patienten vor einer Corona-Infektion zurückzuführen, die deshalb die Fachambulanzen nicht mehr aufgesucht haben.

Man kann folglich in den kommenden Monaten von einem erneuten Anstieg der Zugänge ausgehen. Essstörungen treten immer häufiger und bei immer jüngeren Menschen auf. Allerdings sind zwei Drittel der Fälle immer noch älter als 18 Jahre.

Das derzeitige Angebot für die Behandlung von Essstörungen in Südtirol kann als ausreichend bezeichnet werden, was die ambulante Betreuung in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck betrifft. Diese Teams sind aktiv und können komplexe Betreuungsvorgänge gut abwickeln.

Anders sieht die Situation in den Gesundheitsbezirken Meran und Bozen aus, wo es aufgrund der strukturellen Komplexität eine klarere Organisationsstruktur bzw. eine personelle Verstärkung geben muss.

Große Lücken hingegen weist das Betreuungsnetz in ganz Südtirol sowohl für Kinder und Jugendliche, als auch für Erwachsene mit Essstörungen in der intensiven ambulanten Betreuung in Tagesstätten sowie in der territorialen extensiven Betreuung auf.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Schaffung von territorialen teilstationären und stationären Einrichtungen und Tagesstätten im Sinne der Betreuungskontinuität und der damit verbundenen Risikominimierung für eine Chronifizierung der Erkrankung stellt für den Sanitätsbetrieb eine Priorität dar, der während der Laufzeit der Gültigkeit dieses Dokuments nachgekommen werden soll.

Um ein angemessenes ambulantes Betreuungsangebot auf dem gesamten Territorium zu gewährleisten, hat der Sanitätsbetrieb auch die Aufgabe alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um der Bevölkerung in den Gesundheitsbezirken Meran und Bozen ein strukturiertes, bedarfsgerechtes und mit dem notwendigen Personal ausgestattetes Betreuungsangebot im ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen.

6.3.6 Betreuung im Bereich Abhängigkeiten

Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen oder anderes Suchtverhalten stellt ein komplexes und besorgniserregendes aktuelles Problem dar, dem mit einem sozio-sanitären Betreuungsnetz von öffentlichen und privaten Diensten auf drei integrierten Ebenen (Gesundheit/Prävention/Soziales) begegnet wird.

Die Aufgaben des Betreuungsnetzes basieren zum einen auf den Leitlinien für die Suchtpolitik in Südtirol (BLR Nr. 3043/2003), zum anderen auf den detaillierteren Vorgaben des Fachplans für Abhängigkeiten (BLR Nr. 106/2013).

Beide dieser wichtigen Planungsdokumente werden derzeit auf Anregung der landesweiten Koordinierungseinheit im Bereich Abhängigkeitserkrankungen (Kollegialorgan laut Landesgesetz Nr. 3/2006 mit der Aufgabe, Maßnahmenpläne in seiner Funktion als Beratungsorgan der Landesregierung auszuarbeiten) überarbeitet.

In Erwartung der Überarbeitung und Genehmigung der obgenannten Pläne wurden auf der Grundlage von Rückmeldungen der Fachdienste jene Bereiche der Abhängigkeiten definiert, in denen es derzeit sowohl an Einrichtungen und folglich auch an dem dafür notwendigen spezialisiertem Personal fehlt.

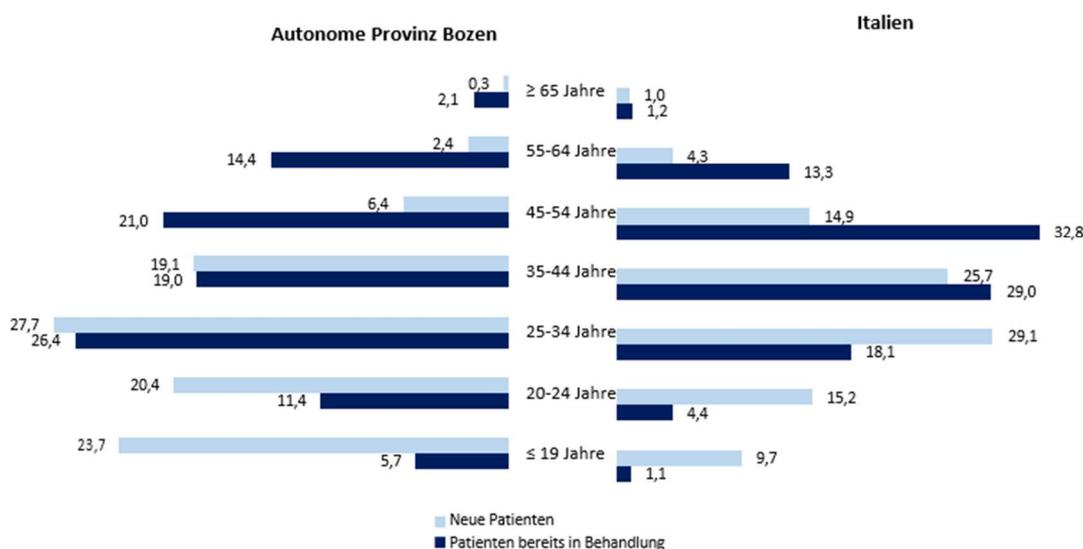
Tabelle 6.18 – Neue Fälle in den Fachambulanzen

Jahr	2016	2017	2018	2019
Patienten	1.288	1.295	1.322	1.414
Leistungen	193.086	191.259	209.479	211.389

Quelle: Datenflüsse SIND und DfA - Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Trend der letzten Jahre zeigt, dass die Patienten der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) in Südtirol gestiegen sind (siehe auch den jährlichen Bericht des Parlaments zur Drogenabhängigkeit in Italien von 2020).

Grafik 6.7 – von den DfA betreute Patienten (Werte %)



Quelle: Gesundheitsministerium – NSIS (<https://nsis.sanita.it/>) – Zugang zum Portal am 09/02/2021

In Südtirol fehlen **Bettenplätze** für spezifische Bedürfnisse im Bereich der Abhängigkeiten, die **schnellstmöglich** geschaffen werden müssen. Dieser Bedarf wurde während der Pandemie noch dringlicher und offensichtlicher.

Die Tatsache, dass die einzige für die **Entgiftung** der Patienten vorgesehene Einrichtung auf Landesebene diese nicht mehr aufnimmt, stellt die territorialen Dienste und Ambulanzen vor eine große Herausforderung, da sie auf kein Alternativangebot zurückgreifen können.

Zum einen fehlen in mehreren Einrichtungen Bettenplätze für die Entgiftung der Patienten, zum anderen die Möglichkeiten des notwendigen stationären Aufenthaltes zur **Stabilisierung** derselben.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Vor dem Hintergrund eines veränderten Drogenkonsums müssen so bald wie möglich Betreuungsplätze geschaffen werden, um auf psychosoziale Krisen und den Kontrollverlust über den Drogenkonsum reagieren zu können. Es braucht aber auch Projekte zur Stabilisierung der Symptome und um Phasen der Abstinenz zu gewährleisten, um andere medizinische Maßnahmen, wie z.B. die Behandlung von Infektions- oder internistischen Krankheiten, Facharztvisiten für die Feststellung einer Invalidität usw. gewährleisten zu können.

Um diesen Patienten eine angemessene Betreuung zukommen zu lassen, erhebt der Sanitätsbetrieb den Bedarf an Plätzen für die Entgiftung und die Stabilisierung außerhalb des Krankenhauses und schließt mit privaten Einrichtungen eventuelle Vertragsvereinbarungen ab.

Die Pandemie hat eine weitere Problematik aufgezeigt und verschärft, nämlich die Behandlung von **Ausländern** ohne gültigen Aufenthaltsstatus (STP).

Derzeit gibt es in Südtirol keinen strukturierten Behandlungspfad und keine geeignete Behandlungsangebote für diese Patientenkategorie, so wie eigentlich von den geltenden staatlichen Bestimmungen (Gesetzesdekret Nr. 286/1998, Artikel 35) im Sinne einer angemessenen gesundheitlichen Betreuung bzw. lebensrettender Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten (einem Krankheitsbild, das sehr oft wegen einer Begleiterkrankung psychischer Art erschwert wird) vorgesehen.

Der Sanitätsbetrieb legt den obgenannten Betreuungspfad fest und erstellt das entsprechende Dokument.

6.3.7 Betreuung von Personen, die an AIDS und anderen chronischen Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen ausgelöst wurden, erkrankt sind.

Derzeit werden die HIV-positiven Personen, die mit AIDS infiziert sind, in einer Wohngemeinschaft mit sozio-sanitärem Charakter, mit hohem Anteil an gesundheitlicher Integration, die auch andere Personen mit chronischen Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen (Drogen und Alkohol) ausgelöst worden sind, aufgenommen hat, betreut. Zur Zeit kann diese Einrichtung, wie vom Vertragsabkommen mit dem Sanitätsbetrieb vorgesehen, höchstens 14 Personen gleichzeitig aufnehmen.

Tabelle 6.19 – in der Wohngemeinschaft aufgenommene Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Bewohner	16	19	17	20	23
Anwesenheitstage im Jahr	4.786	4.329	4.011	4.348	4.226

Quelle: Sanitätsbetrieb

Um die Lebensqualität der Betreuten zu erhalten oder zu verbessern, decken die Aufnahme und die Dienste, die für diese Benutzergruppe gesichert sind, den ganzen Tag ab, bzw. sind rund um die Uhr für sie geöffnet.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Um die Tätigkeit, die während des Pandemie-Jahres 2020 nicht erbracht worden ist, aufzuholen, ist es dem Sanitätsbetrieb gestattet, Pläne und Dokumente für den steigenden Bedarf sowie

Leitlinien zu erstellen um das derzeitige Angebot zu Gunsten von Personen, die von der HIV-Positivität, der Krankheit AIDS und anderer chronischer Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen (Drogen und Alkohol) ausgelöst worden sind, stark beeinträchtigt sind.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, mittels der Einheit für die Infektionskrankheiten, die Notwendigkeit, eine **Erweiterung** des Angebots, bzw. der **Aufnahme**, sei es im Tageszentrum oder auch im Wohnheim zu bewerten und diesen Bedarf zu quantifizieren. Es geht hierbei nämlich um die Integration und die Erweiterung der Betreuung für diese Benutzergruppe, die mit einer angemessenen Unterstützung und einer besseren Strukturierung des Alltagslebens, die mit dem Einsatz eines Ergotherapeuten möglich wäre, weitgehend selbständig leben könnte.

6.4 Weiterer Betreuungsbedarf

Ein weiterer Betreuungsbedarf, der aktuell noch nicht erhoben bzw. in dem vorliegenden Dokument noch nicht beschrieben wurde, kann vom Sanitätsbetrieb jederzeit aufgezeigt und anhand entsprechender Unterlagen dokumentiert und in der Folge das Gesundheitsressort ersucht werden, das dafür notwendige Akkreditierungsverfahren in die Wege zu leiten.

Sofern mit diesem Planungsdokument vereinbar, wird das Gesundheitsressort gegenständliches Dokument ergänzen und die Bereiche, in denen noch zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht, auf seiner Webseite anführen.



Documento programmatico per la definizione del fabbisogno sanitario

Periodo 2021-2024

Novembre 2021

A cura dell'Ufficio Assistenza sanitaria e dell'Osservatorio per la Salute
Ripartizione Salute – Provincia Autonoma di Bolzano
assistenzasanitaria@provincia.bz.it – tel. 0471-418070

Indice

1	Premesse e Obiettivi	4
2	Quadro normativo	5
3	La pandemia Covid-19 in Provincia di Bolzano	6
4	I piani di riorganizzazione del Servizio sanitario della Provincia di Bolzano in emergenza Covid-19.....	8
5	L'impatto della pandemia Covid-19 sull'attività sanitaria in Provincia di Bolzano	9
5.1	Assistenza ospedaliera per acuti.....	9
5.2	Assistenza ospedaliera per post acuti	12
5.2.1	Riabilitazione (unità operativa codice 56)	12
5.2.2	Neuroriabilitazione (unità operativa codice 75).....	15
5.2.3	Lungodegenza (unità operativa codice 60).....	18
5.3	Assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale	21
5.4	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	24
6	Definizione dei fabbisogni sanitari per le attività di prevenzione e sanità pubblica, per l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera.....	26
6.1	Assistenza ospedaliera in acuzie e post acuzie nel periodo pre-pandemia	26
6.1.1	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	27
6.2	Programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	28
6.2.1	Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.....	28
6.3	Programmazione assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale	30
6.3.1	Cure primarie e assistenza sanitaria sul territorio.....	30
6.3.2	Cure domiciliari	31
6.3.3	Cure palliative	33
6.3.4	Cure intermedie	34
6.3.5	Salute mentale	34
6.3.6	Assistenza sanitaria nel settore delle dipendenze	40
6.3.7	Assistenza a persone malate di AIDS e altre patologie croniche derivanti dall'abuso di sostanze tossiche	42
6.4	Ulteriori fabbisogni sanitari	42

1 Premesse e Obiettivi

Con **deliberazione della Giunta provinciale (di seguito DGP) 17 febbraio 2003, n. 406**, viene approvato, all'Allegato A, il documento "**Disciplina dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari**". Questo documento regola, tra gli altri, l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti, in attuazione degli articoli 37, 39 e 40 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7 e s.m.i..

L'articolo 39, comma 2 della succitata legge provinciale prevede che la Giunta Provinciale determini:

- a. i **parametri relativi ai fabbisogni sanitari**, con riferimento alle esigenze sanitarie individuate nella programmazione provinciale, per permettere di valutare le strutture da accreditare rispetto agli indirizzi programmatori;
- b. i criteri per la valutazione, anche sulla base di indicatori, dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture accreditate ai fini del mantenimento dell'accreditamento;
- c. i requisiti ulteriori di qualificazione, da confermare o aggiornare almeno ogni tre anni.

Il **fabbisogno sanitario complessivo** è definito periodicamente dal Piano sanitario provinciale e dai diversi Piani di settore. Al di fuori di questi, è stata elaborata la **DGP n. 1544 del 22 dicembre 2015** la quale ha definito i **parametri relativi al fabbisogno sanitario ai fini della programmazione** ed i criteri di valutazione dell'attività svolta, anche ai fini della concessione e del rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

In particolare, nella delibera sono stati definiti:

- a. i parametri relativi ai fabbisogni sanitari, con riferimento alle esigenze sanitarie per le attività ospedaliere ed ambulatoriali, nonché per alcune attività territoriali, per permettere di valutare le strutture da accreditare rispetto agli indirizzi programmatori;
- b. i criteri per la valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti ai fini dell'accreditamento;
- c. i criteri per la definizione degli accordi contrattuali da parte dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige con le strutture private, necessari a fronte del fatto che la qualità di soggetto accreditato non costituisce, da sola, diritto a sottoscrivere un accordo contrattuale con l'Azienda.

Con riferimento alle convenzioni con erogatori privati si osservi qui la disposizione di cui al primo periodo dell'articolo 15, comma 14 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135. Essa impone il rispetto di un limite al tetto di spesa per privati convenzionati, indicando a tal fine una determinata e precisa percentuale di risparmio annuale rispetto alla spesa consuntivata all'anno 2011¹.

Partendo soprattutto dall'analisi delle mancate prestazioni causate dalla pandemia Covid-19, il presente documento si pone l'obiettivo di introdurre l'applicazione di una procedura standardizzata per la definizione del fabbisogno, basata in prima **linea sulla stima periodica dei dati disponibili**.

All'analisi dei dati si affiancano, in questa operazione, i **parametri** di dimensionamento delle strutture in funzione del bacino di utenza, fissati sia a livello nazionale (seppur nell'ambito dell'autonomia organizzativa provinciale), sia quelli introdotti a livello locale dal Piano sanitario provinciale e dai conseguenti piani e atti attuativi di settore in vigore.

¹ Il riferimento normativo che ha imposto il rispetto del limite al tetto di spesa per i privati convenzionati è il DL n. 95 del 06.07.2012, articolo 15, comma 14, primo periodo: "Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014".

Infine, la determinazione del fabbisogno di prestazioni e di strutture, finalizzata alla possibilità da parte dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di concludere eventualmente ulteriori accordi contrattuali con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie o di rimodulare periodicamente accordi già esistenti efficientando sempre più il sistema dell'offerta, deve tener conto dei seguenti **criteri di valutazione** generali che permettono la contestualizzazione dei dati disponibili:

- a. l'attuale configurazione dell'offerta e della sua dislocazione territoriale;
- b. l'effettivo livello della domanda;
- c. le risorse disponibili;
- d. i volumi di attività erogati;
- e. i flussi di mobilità intraregionale e intracomprendoriali;
- f. i tempi d'attesa rilevati nelle principali prestazioni;
- g. nonché le esigenze rappresentate dall'Azienda sanitaria, in accordo con i singoli Comprensori, rispetto al proprio territorio per le prestazioni ambulatoriali.

2 Quadro normativo

Con **DGP n. 13 del 29 novembre 2016** la Provincia di Bolzano ha approvato il **Piano sanitario provinciale 2016-2020**, in cui sono definite le principali strategie per garantire nel tempo un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo. In particolare, è prioritario garantire un'assistenza sanitaria capillare in tutto il territorio provinciale, assicurare a tutti un accesso adeguato alla medicina di alta specializzazione, strutturare l'assistenza sanitaria come sistema integrato fra soggetti diversi, pubblici, privati e del volontariato. Presupposti fondamentali a tale scopo sono il coordinamento e l'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni e dei servizi all'interno della rete delle strutture sanitarie di tutto il territorio provinciale. L'obiettivo primario, infatti, è di integrare l'assistenza attuale, prestata soprattutto negli ospedali e incentrata prevalentemente sulle acuzie e sull'attesa, **con un'assistenza sanitaria territoriale proattiva, erogata il più vicino possibile alla persona e più rispondente al reale fabbisogno.**

È seguito quindi il **Masterplan Chronic Care**, approvato con **DGP n. 1281 del 04 dicembre 2018**, il quale traccia le direttive del potenziamento dei servizi e delle attività organizzate sul territorio. La Provincia Autonoma di Bolzano, attraverso il suddetto piano, 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. In particolare, promuove il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (attivazione dei posti letto di cure intermedie, case della salute) e il rafforzamento delle cure domiciliari, che devono essere implementate in tutte le loro forme, anche con la partecipazione del privato.

Nell'ambito delle cure domiciliari risulta fondamentale l'integrazione con gli interventi di tipo sociale, perché solo così si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, e ridurre le istituzionalizzazioni inappropriate.

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale e di integrazione, che in futuro saranno sempre più aggravati dall'aumento della domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono ancora delle disparità sul territorio provinciale nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali e tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

Anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica, che ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del Servizio sanitario di fornire servizi adeguati sul territorio, l'obiettivo principale nei prossimi anni dovrà essere il potenziamento del Servizio sanitario provinciale, attraverso in particolare:

- l'organizzazione di reti di servizi allineate ai bisogni della comunità e dei pazienti

- il rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e dei servizi domiciliari, garantendo tra questi massima integrazione e omogeneizzazione sul territorio.

La Provincia di Bolzano ha dato ulteriore impulso in questa direzione, attraverso la presentazione al Ministero della salute del “**Piano di potenziamento e riorganizzazione dell’assistenza territoriale**”, redatto secondo le indicazioni dell’articolo 1 del Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 e della Legge n. 77 del 17 luglio 2020. Il Piano, recepito nel programma operativo richiamato all’articolo 18, comma 1, del Decreto-Legge n. 18 del 17 marzo 2020, **approvato con DGP n. 677 del 02 settembre 2020**, prevede in particolare i seguenti obiettivi principali:

- istituzione e funzionamento delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA);
- potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata o equivalenti;
- rafforzamento dei servizi infermieristici, in particolare dell’infermiere di famiglia;
- l’attivazione dell’unità operativa di coordinamento (UOC).

Altro importante piano di settore che punta al potenziamento dell’integrazione di tutti i servizi sanitari e sociosanitari che operano sul territorio promuovendo percorsi assistenziali integrati è **il Piano della rete riabilitativa 2020-2025 (DGP n. 480 del 30 giugno 2020)**. Esso propone un nuovo disegno della riabilitazione, con misure di risultato e criteri di appropriatezza per promuovere un “percorso assistenziale integrato” da inserire in un progetto riabilitativo condiviso, che si realizza attraverso la rete riabilitativa provinciale e le diverse figure professionali attive sul territorio che operano tutti in sintonia, favorendo l’integrazione ospedale-territorio, quale garanzia di continuità delle cure.

La rete riabilitativa provinciale è costituita da strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate e convenzionate, ambulatoriali e di ricovero, che rispondono ai bisogni di riabilitazione conseguenti a esiti disabilitanti/patologie cronico-degenerative oppure traumi, interventi chirurgici, patologie acute o riacutizzate.

Un ulteriore ed importante tassello nel quadro di potenziamento dell’assistenza territoriale sono **le Cure intermedie**, quale nuovo setting assistenziale (Ospedale di Comunità), ovvero strutture sanitarie della rete territoriale destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica per degenze di breve durata.

Per l’area della salute mentale, in particolare per l’assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, un importante atto programmatico di riferimento è il documento “**Diagnosi, trattamento ed assistenza di persone affette da disturbo dello spettro autistico (DSA)**”. Si tratta di un piano provinciale per un’assistenza basata sui bisogni nel corso di tutta la vita, che è stato approvato **con DGP n. 638 del 23 luglio 2019**, predisposto in attuazione dell’accordo n.53/CU sancito dalla Conferenza Unificata “Aggiornamento delle Linee guida nazionali di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico”. L’obiettivo del piano è riorganizzare, potenziare ed integrare modelli assistenziali e i servizi sociosanitari a livello provinciale a favore delle persone affette da disturbo dello spettro autistico, attraverso una definizione del relativo fabbisogno.

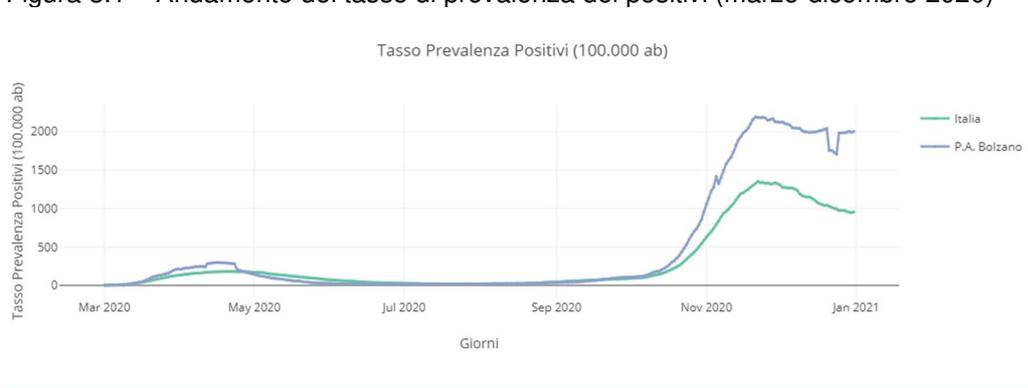
Per le persone affette da disturbi del comportamento alimentare, fenomeno peraltro in crescita, anche la Provincia di Bolzano ha definito in apposita deliberazione (**DGP n. 858 del 5 ottobre 2021**) la rete dei servizi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Provincia di Bolzano, in cui si evidenzia la necessità di potenziare la terapia ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l’assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo. Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell’ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per la Provincia di Bolzano una priorità da perseguire.

3 La pandemia Covid-19 in Provincia di Bolzano

Fin dal mese di marzo 2020, la provincia di Bolzano ha dovuto fronteggiare la pandemia da COVID-19. Il tasso di prevalenza dei positivi è passato da valori poco sotto 300 per 100 mila abitanti nella seconda decade del mese di aprile a valori sotto 20 tra giugno e luglio per poi

risalire a partire dal mese di ottobre, arrivando a punte di oltre 2000 tra metà novembre ed inizio dicembre, risultando superiore anche al valore nazionale (Figura 3.1).

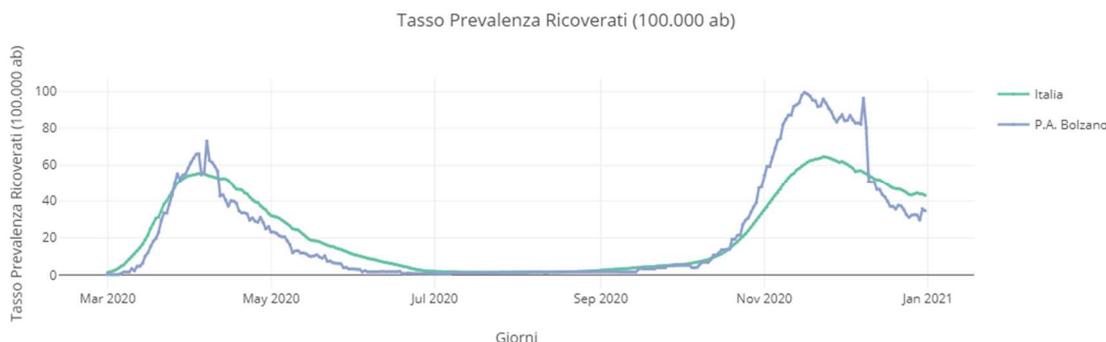
Figura 3.1 – Andamento del tasso di prevalenza dei positivi (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

L'impatto ospedaliero, si è tradotto in un tasso di prevalenza di ricoverati di oltre 70 per 100 mila abitanti ad inizio aprile, sceso poi a valori decisamente minimi durante i mesi estivi, ma risalito successivamente fino ad arrivare a circa 100 nel mese di novembre, valore superiore al tasso nazionale (Figura 3.2).

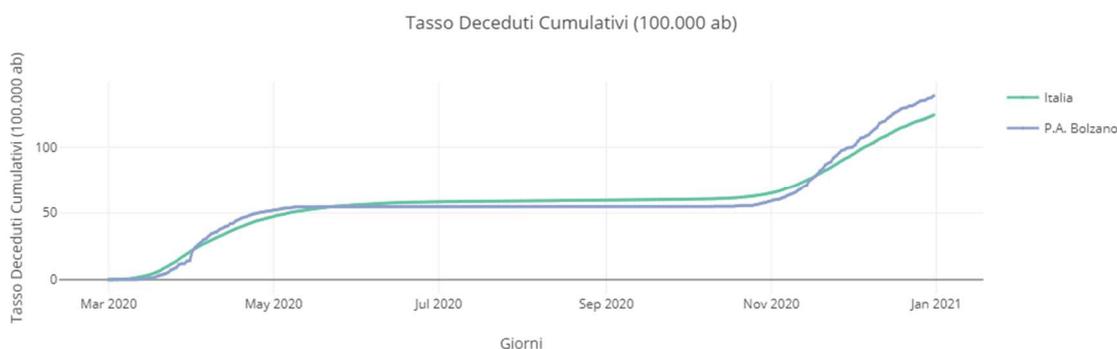
Figura 3.2 – Andamento del tasso di prevalenza dei ricoverati (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

Il numero di decessi COVID ha evidenziato un trend crescente da marzo a maggio, rimanendo sostanzialmente invariato da giugno a ottobre, per poi risalire tra novembre e dicembre in misura più marcata rispetto ai mesi iniziali. A fine dicembre, il tasso cumulato di decessi COVID è risultato pari a 139 per 100 mila abitanti, superiore al dato nazionale pari a 124 (Figura 3.3)

Figura 3.3 – Andamento del tasso cumulato di decessi (marzo-dicembre 2020)



Fonte: Associazione Italiana Epidemiologia, Monitoraggio e Analisi dei Dati dell'Epidemia (MADE)

4 I piani di riorganizzazione del Servizio sanitario della Provincia di Bolzano in emergenza Covid-19

La recente pandemia Covid-19 ha visto l'Italia tra i Paesi maggiormente colpiti dal virus e l'emergenza epidemiologica ha messo in chiara evidenza che il presupposto fondamentale per il governo dell'impatto della pandemia sul servizio sanitario, fosse rappresentato da una rete territoriale strutturata, adeguatamente coordinata e integrata con il sistema ospedaliero e con la rete dell'emergenza urgenza.

Nella prima fase emergenziale di Covid-19, al fine di adeguare l'offerta assistenziale alla domanda, sono state utilizzate più leve:

- la sospensione dell'attività ordinaria di ricovero ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, che potevano essere procrastinate;
- la riconversione di diverse unità operative e sale operatorie;
- riorganizzazione delle aree di degenza;
- l'attivazione di posti letto per la gestione dei pazienti Covid-19.

La Provincia di Bolzano ha potuto affrontare la prima fase della pandemia in sicurezza sia grazie ad una adeguata dotazione di partenza di posti letto, in particolare di area medica, ma anche grazie ad un'accelerazione della messa in funzione della nuova clinica, adiacente all'Ospedale di Bolzano, che ha permesso di far entrare a regime le terapie intensive Covid.

Per fronteggiare adeguatamente l'emergenza epidemica in corso, attraverso l'incremento dell'attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, come previsto dall'art. 2 del Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", la Provincia di Bolzano ha approvato con **DGP n. 437 del 16 giugno 2020 il "Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19"**.

Le misure di riordino della rete ospedaliera e dei percorsi organizzativi hanno l'obiettivo di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario provinciale in ambito ospedaliero e rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che sempre di più devono andare verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

Le terapie intensive sono state dunque adattate ai nuovi standard previsti dal Decreto-legge 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, dello 0,14 posti letto per mille abitanti, portando ad attivare e attrezzare 77 posti letto di terapia intensiva (con un aumento di 40 posti letto rispetto ai 37 preesistenti) e 37 posti letto di area semi-intensiva, scaturiti dalla riconversione di posti letto di malattie infettive e pneumologia, dotandoli di impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Tuttavia, solo una ridefinizione della rete ospedaliera pubblica e privata in un'ottica di integrazione con i servizi del territorio potrà oggi offrire una risposta adeguata alla crescente domanda di assistenza non solo riferita alla situazione infettivologica in corso, ma anche a quella relativa all'attività ordinaria, che ha visto una significativa riduzione.

Diventa prioritario, pertanto, fin da subito riprogrammare i servizi sanitari ed andare verso un recupero delle attività ordinarie di chirurgia a medio-alta complessità (di cui permanga l'evidenza della necessità sulla base di valutazioni da parte dell'Azienda sanitaria), delle visite specialistiche, della diagnostica, delle attività di riabilitazione fisica e lungodegenza post acuzie e ridefinire anche i percorsi assistenziali.

Infine, sempre in reazione alla pandemia, nel dicembre 2020 con DLP n.1050 è stato approvato il Piano operativo della Provincia Autonoma di Bolzano ai sensi dell'articolo 29 Decreto-Legge n. 104/2020 convertito in Legge del 13.10.2020, n. 126, il c.d. **Piano operativo per il recupero delle liste di attesa**.

Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica e, contestualmente, per abbattere i tempi di attesa ad essi riferiti, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige si è attivata, a livello operativo, attraverso una serie di misure, meglio esplicitate nel suddetto Piano.

Infine, un importante documento di riferimento è il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (di seguito denominato "PNRR"/**Recovery Plan**), che riporta un dettagliato resoconto delle riforme che il Paese intende avviare, entro il 2026, per risollevare l'economia interna dalla crisi provocata dalla pandemia da coronavirus e che darà diritto a ricevere i finanziamenti messi a disposizione dall'Unione Europea.

Le riforme da attuare e i relativi investimenti sono organizzati in 6 missioni, suddivise per aree tematiche, e 16 componenti.

In particolare, per la Missione 6 Salute sono stanziati **15,6 miliardi** per garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure mediche e potenziare la rete di strutture e servizi sanitari. L'obiettivo è quello di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il ripensamento della sanità pubblica in una prospettiva profonda e radicale anche nella Provincia autonoma di Bolzano è quindi adesso strettamente legato al PNRR e alla sua realizzazione a livello provinciale. Il perno della nuova sanità sarà l'assistenza domiciliare e con la spinta del finanziamento (a livello nazionale, ben 4 miliardi dei 15,6 complessivi previsti per la Missione Salute) si dovrà curare a casa il 10% dei cronici e/o non autosufficienti over 65 entro la metà del 2026. Altri capisaldi all'interno del filone "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sono le **Case della Comunità** per un investimento di 2 mld € e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (**Ospedali di Comunità**): 1 mld €. Per attuare concretamente questo cambio di rotta è stato previsto un fortissimo investimento nella **telemedicina**, lo strumento tecnologico che permetterà di ammodernare le possibilità di comunicazione e trasferimento dei dati. Per l'aggiornamento tecnologico e digitale sono previsti a livello nazionale 7,36 mld €.

5 L'impatto della pandemia Covid-19 sull'attività sanitaria in Provincia di Bolzano

È noto l'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla mortalità e sul sistema sanitario, ma è ormai altrettanto noto anche l'impatto indiretto che la stessa ha avuto su diversi ambiti assistenziali. Essa ha messo a nudo alcune carenze organizzative degli ospedali che a volte hanno reso più difficile l'accesso a pazienti non-Covid. Sorte simile hanno avuto le strutture ambulatoriali, particolarmente quelle dislocate all'interno delle strutture ospedaliere. Anche il personale medico, infermieristico ed in generale sanitario è stato concentrato sulla cura degli effetti del virus, provocando una riduzione significativa delle attività nell'assistenza ordinaria e programmata.

Di seguito è presentata un'analisi dei dati per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'obiettivo di analizzare l'impatto del COVID-19, sul sistema sanitario della Provincia di Bolzano, attraverso un confronto dei dati osservati nel 2020 con quelli del biennio 2018/2019 attraverso sia la variazione a livello assoluto che percentuale.

Sono stati individuati tre differenti periodi di osservazioni:

- marzo – maggio 2020 (prima ondata COVID-19)
- giugno – settembre 2020 (periodo di "recupero")
- ottobre – dicembre 2020 (seconda ondata COVID-19).

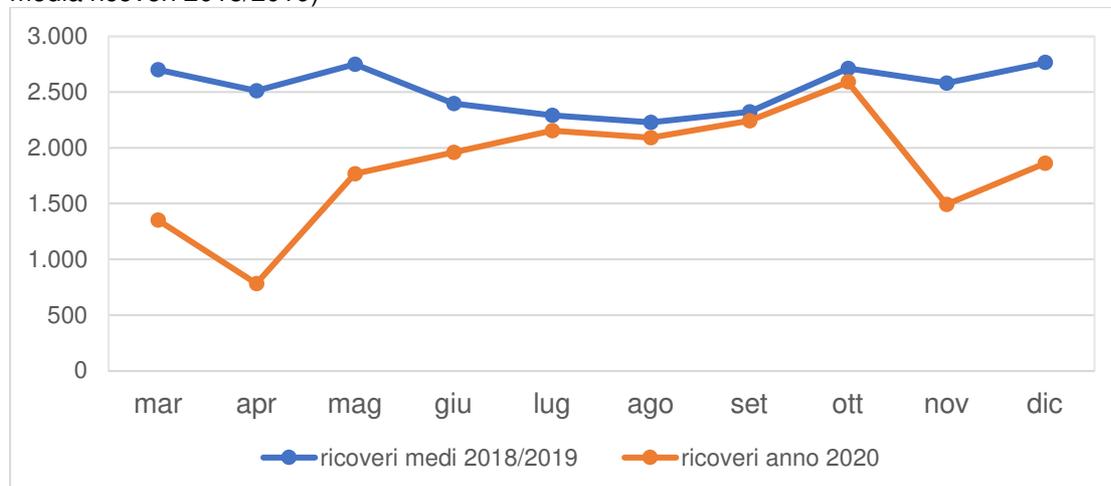
I dati sono estratti a partire dai flussi amministrativi sanitari gestiti dall'Osservatorio per la Salute della Ripartizione Salute della Provincia di Bolzano, alimentati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che costituiscono anche debito informativo verso NSIS ("Nuovo Sistema Informativo Sanitario") a livello nazionale.

5.1 Assistenza ospedaliera per acuti

In generale l'attività ospedaliera per acuti ha registrato **un calo del 21,7% complessivo** per il periodo **marzo-dicembre 2020** se confrontato con la media dei ricoveri dello stesso periodo degli anni 2018 e 2019. Il calo è più marcato nei primi tre mesi di analisi (marzo-maggio), dove si registra una diminuzione del 35,1% dei ricoveri per acuti (oltre 7.300 ricoveri in meno rispetto

allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Concentrando l'attenzione sui soli ricoveri **programmati per acuti di soli pazienti residenti**, emerge un calo del 51% per i primi tre mesi di osservazione, mentre il calo delle attività programmate è risultato meno incisivo nei tre mesi successivi (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Ricoveri programmati per acuti in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media ricoveri 2018/2019)



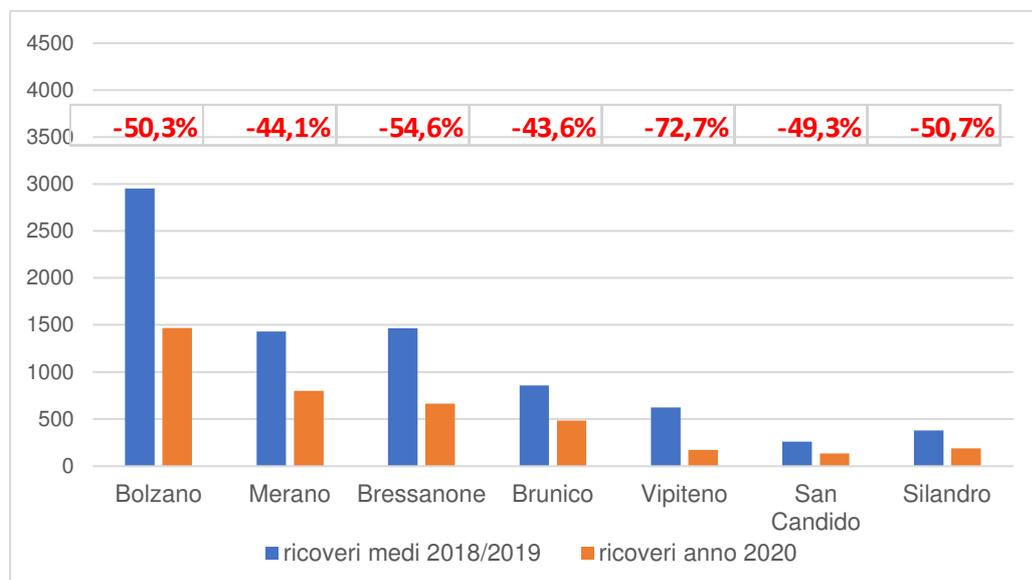
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Il calo complessivo dell'attività di ricovero programmata per il periodo marzo-dicembre 2020 rispetto allo stesso periodo degli anni 2018 e 2019 si attesta al **-27,6%**.

Verificando nel dettaglio per i sette ospedali pubblici, emerge un impatto non omogeneo della riduzione dei ricoveri nelle strutture, sia nel primo periodo di emergenza (Figura 5.2), sia nella fase di cosiddetto "recupero" (Figura 5.3) che infine nella fase della cosiddetta seconda ondata (periodo ottobre-dicembre – Figura 5.4).

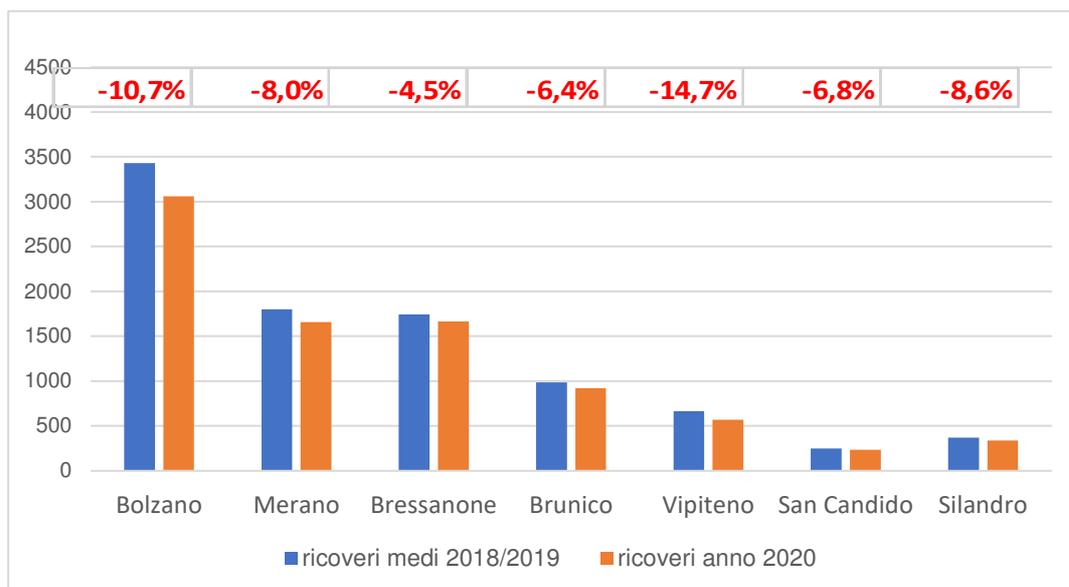
L'ospedale di Vipiteno risulta essere quello con la riduzione maggiore della sua attività abituale di ricoveri programmati nel primo periodo di analisi, con oltre il 72% in meno rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2018/2019. Nel periodo giugno-settembre nessuna delle strutture riesce a recuperare l'attività persa durante la fase 1 della pandemia, e nessuna riesce neppure a raggiungere i livelli di attività degli anni precedenti.

Figura 5.2 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) – 1^a ondata marzo-maggio



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

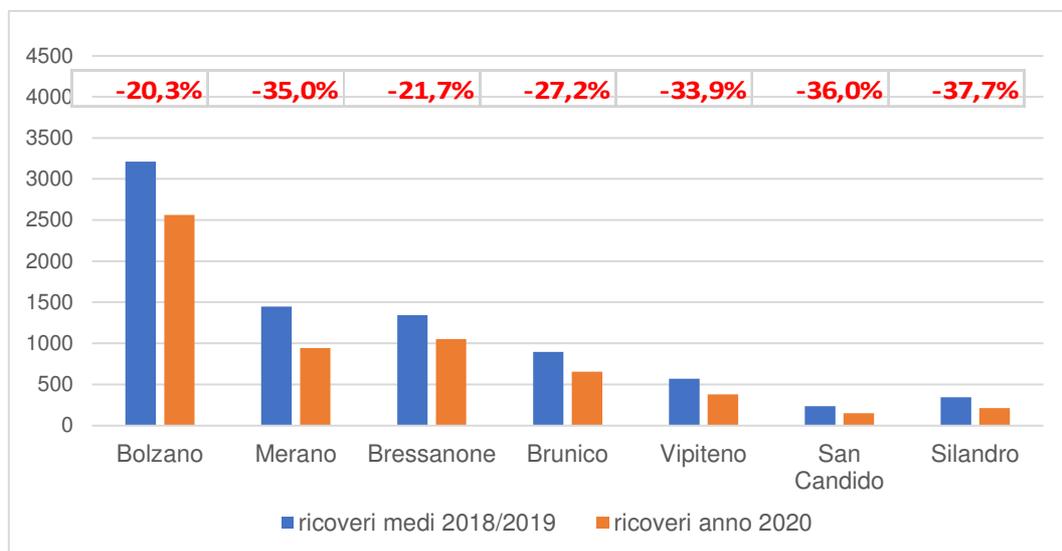
Figura 5.3 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) - **giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nel periodo della seconda ondata, si registra di nuovo un calo generalizzato dei ricoveri programmati, con punte che raggiungono o superano il **-35%** negli ospedali di Merano, San Candido e Silandro.

Figura 5.4 – Ricoveri programmati per acuti di residenti in provincia di Bolzano (2020 vs media ricoveri 2018/2019) – **2^a ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nell’analisi dei ricoveri programmati presso le strutture pubbliche della Provincia per residenza dei pazienti (Tabella 5.1), emerge – soprattutto nel primo trimestre di analisi - un calo maggiore per i pazienti residenti dei Comprensori sanitari di Bolzano (-56%) e Bressanone (-55%). La popolazione afferente al Comprensorio sanitario di Brunico sembra aver “sofferto” della mancanza di disponibilità per ricoveri programmati in maniera “meno grave”, sebbene comunque per essa risulti nel periodo marzo-maggio 2020 un calo del 40% dei ricoveri programmati. Come osservato nell’analisi per singola struttura di ricovero, il calo risulta meno incisivo nel periodo estivo (giugno-settembre), con la popolazione afferente al Comprensorio sanitario di Bressanone ad aver subito il calo minore (-2%) rispetto al resto della popolazione provinciale.

Il periodo della seconda ondata pandemica ha visto in particolare un calo dell'attività di ricovero programmata per i pazienti residenti nel Comprensorio sanitario di Merano, mentre per il restante territorio, il calo si è assestato ovunque con valori inferiori al 25%.

Tabella 5.1- Riduzione % dei ricoveri programmati per acuti di pazienti residenti nel periodo marzo-dicembre 2020, rispetto alla media dei ricoveri dello stesso periodo degli anni 2018 e 2019, per Comprensorio sanitario di residenza

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 ^a ondata marzo - maggio	-55,8 %	-47,2%	-54,6%	-40,1%	-51,0%
Giugno-settembre	-14,1%	-5,7%	-2,1%	-5,8%	-8,7%
2 ^a ondata ottobre - dicembre	-24,5%	-33,3%	-22,5%	-23,0%	-26,1%
Marzo – dicembre 2020	-30,5%	-27,5%	-25,1%	-22,1%	-27,6%

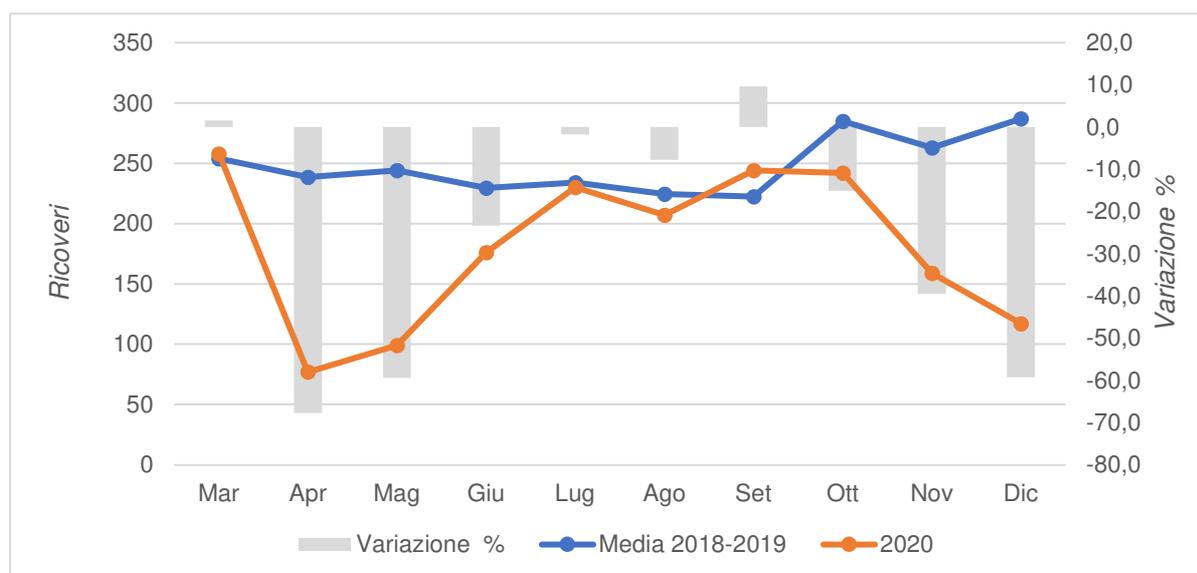
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

5.2 Assistenza ospedaliera per post acuti

5.2.1 Riabilitazione (unità operativa codice 56)

Confrontando la media degli anni 2018-2019 dei ricoveri in riabilitazione post acuta con i valori del periodo marzo-dicembre 2020, si evidenzia **una riduzione complessiva del 27,1%**. Il calo è marcato nei primi tre mesi di analisi (1^a ondata marzo-maggio) e negli ultimi mesi (2^a ondata ottobre-dicembre), dove si osserva una diminuzione attorno al 40% (per ciascuno dei due periodi, ha significato una riduzione di circa 300 ricoveri rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Durante il periodo di recupero giugno-settembre tale riduzione è stata minore, pari al 6%. Complessivamente si sono registrati **673 ricoveri in meno** (Figura 5.5).

Figura 5.5 – Ricoveri di riabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



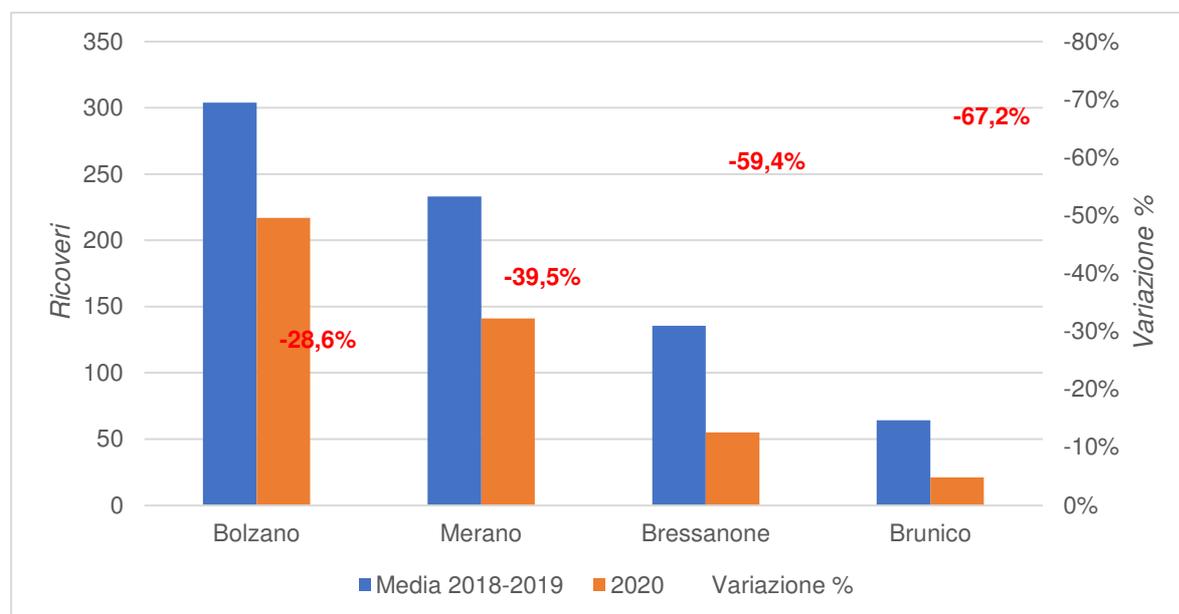
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

A livello comprensoriale, si osservano diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia. Nel corso della 1^a ondata (marzo-maggio) la riduzione è stata maggiore per i comprensori di Bressanone e Brunico con valori ben oltre il 50%; mentre

i comprensori di Merano e Bolzano hanno riportato una riduzione dei ricoveri inferiore (Figura 5.6). Nel corso del periodo giugno-settembre, solo il comprensorio di Merano ha evidenziato la riduzione maggiore, oltre il 20%, mentre le riduzioni sono state contenute per Bressanone e Brunico; per contro invece il comprensorio di Bolzano ha evidenziato un incremento pari all'8%, grazie al contributo delle strutture private accreditate (Figura 5.7). Infine, nel terzo periodo (2^a ondata ottobre-dicembre), il calo maggiore, oltre il 60%, ha riguardato nuovamente il comprensorio di Brunico, mentre Bolzano e Bressanone si sono attestate attorno al 40%; per contro invece Merano si è posizionata su valori simili a quelli del periodo tra giugno e settembre. (Figura 5.8).

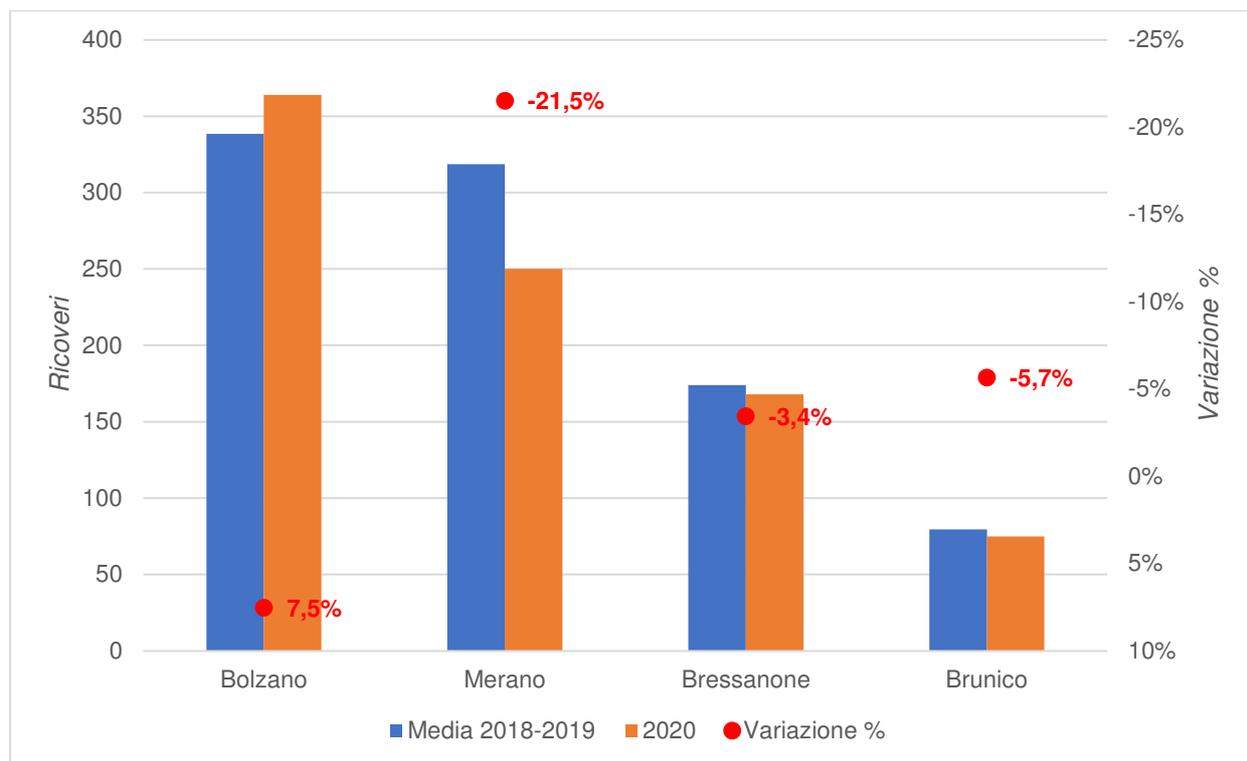
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, emerge come coloro che hanno risentito in misura inferiore delle conseguenze della pandemia nei diversi periodi considerati, sono i residenti nel comprensorio sanitario di Bolzano, che complessivamente da marzo a dicembre ha subito delle riduzioni attorno al 18%, contrariamente agli altri comprensori dove le variazioni si sono attestate tra il 30% e 40% (Tabella 5.2).

Figura 5.6 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – 1^a ondata marzo-maggio



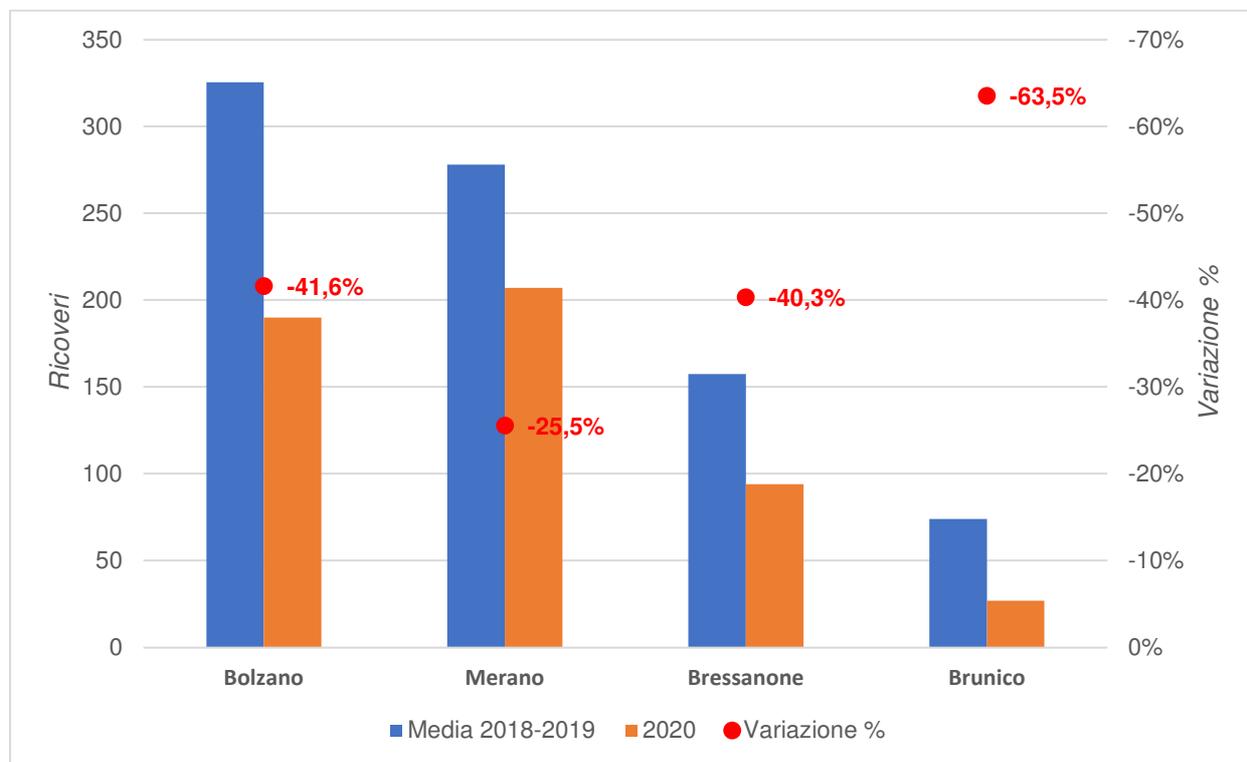
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.7 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.8 – Ricoveri di riabilitazione di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2^a ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.2 Ricoveri di riabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 ^a ondata marzo - maggio	-65,4%	-64,9%	-44,8%	-33,3%	-58,9%
Giugno-settembre	+6,7%	-25,7%	-5,1%	-6,9%	-6,9%
2 ^a ondata ottobre - dicembre	-28,8%	-42,1%	-41,8%	-60,8%	-38,0%
Marzo – dicembre 2020	-17,8%	-33,8%	-32,7%	-43,0%	-27,1%

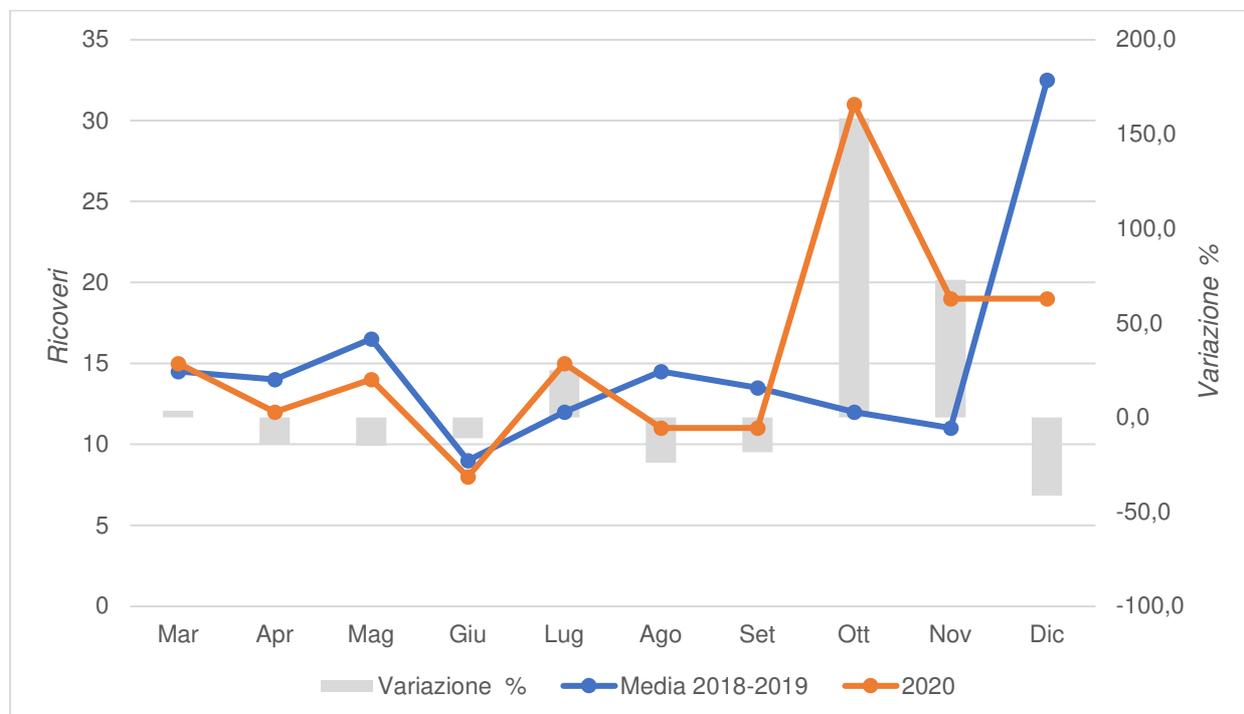
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

5.2.2 Neuroriabilitazione (unità operativa codice 75)

Il numero di ricoveri erogati presso le unità operative di neuroriabilitazione è stato caratterizzato da **un leggero incremento del 3,7%** per il periodo marzo-dicembre 2020 se confrontato con la media degli anni 2018 e 2019.

Il dato risente dell'aumento osservato nell'ultimo periodo dell'anno (2^a ondata ottobre-dicembre) pari al 24%, che si è contrapposto alle riduzioni dei periodi precedenti pari al 10% sia per i mesi della prima ondata (marzo-maggio) che nel periodo di recupero (giugno-settembre). Complessivamente vi sono stati **5 ricoveri in più** rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019 (Figura 5.9).

Figura 5.9 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

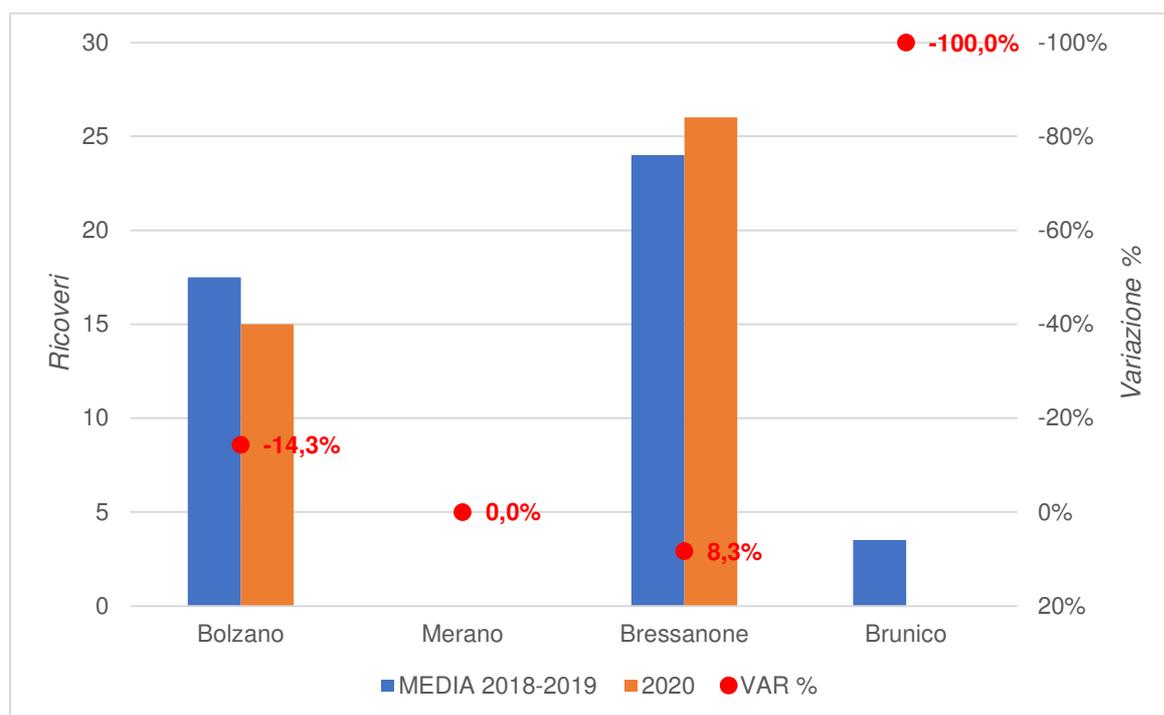
L'analisi dei ricoveri, che segue, si riferisce esclusivamente ai comprensori di Bolzano e Bressanone. Presso il comprensorio di Merano, infatti, non vi sono strutture con attive unità

operative di neuroriabilitazione e presso il comprensorio di Brunico nel 2019 i volumi di ricovero sono stati minimi (quest'ultimo, comunque in linea con il piano della rete riabilitativa, che prevede la dismissione dell'unità di neuroriabilitazione). Inoltre, bisogna considerare che le variazioni percentuali risentono in alcuni casi di numerosità ridotte.

Nel corso della 1^a ondata (marzo-maggio), i due comprensori hanno osservato andamenti contrapposti; da un lato un aumento dell'8% per Bressanone e dall'altro una riduzione del 14% per il comprensorio di Bolzano (Figura 5.10). Nel corso del periodo giugno-settembre, non solo la tendenza è rimasta uguale, ma è aumentata in termini di rilevanza percentuale; infatti, il comprensorio di Bressanone ha evidenziato un aumento del 31% a fronte di una riduzione di oltre il 40% per il comprensorio di Bolzano (Figura 5.11). Tale contrapposizione è proseguita anche nel terzo periodo (2^a ondata ottobre-dicembre), in misura più marcata con una riduzione del 34% per Bolzano e con un aumento di oltre il doppio per il comprensorio di Bressanone (Figura 5.12).

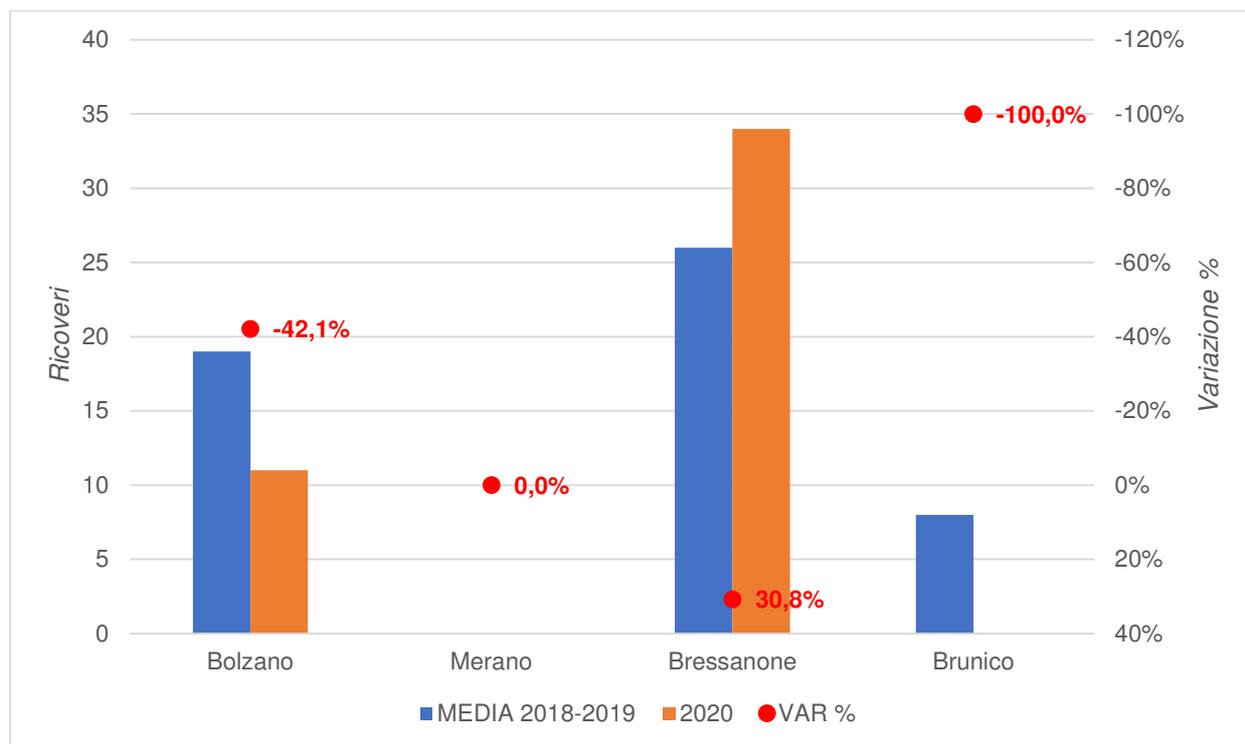
L'analisi per comprensorio di residenza del paziente mette in luce una sostanziale stabilità per il comprensorio di Bolzano, un incremento di oltre il 40% per il comprensorio di Merano, realizzatosi dai mesi di maggio in poi, ed una riduzione simile, inferiore al 20% per i comprensori di Bressanone e Brunico (Tabella 5.3).

Figura 5.10 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **1^a ondata marzo-maggio**



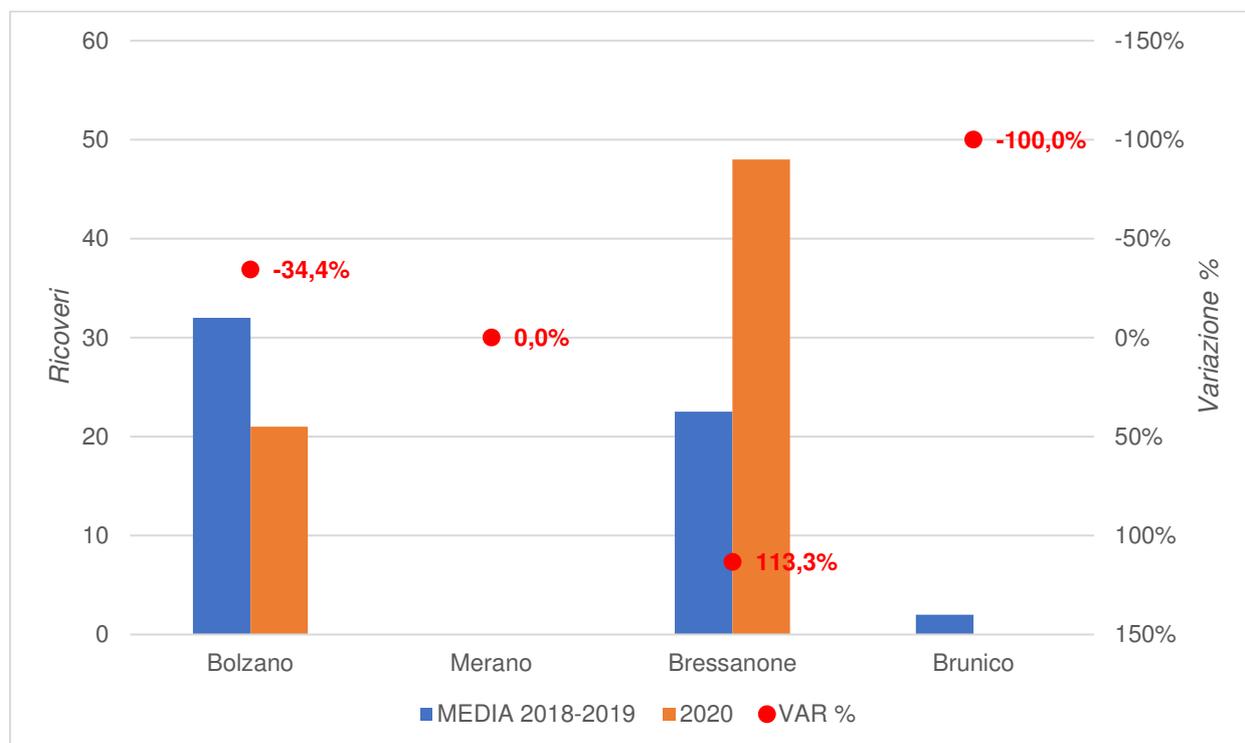
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.11 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.12 – Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.3 Ricoveri di neuroriabilitazione erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

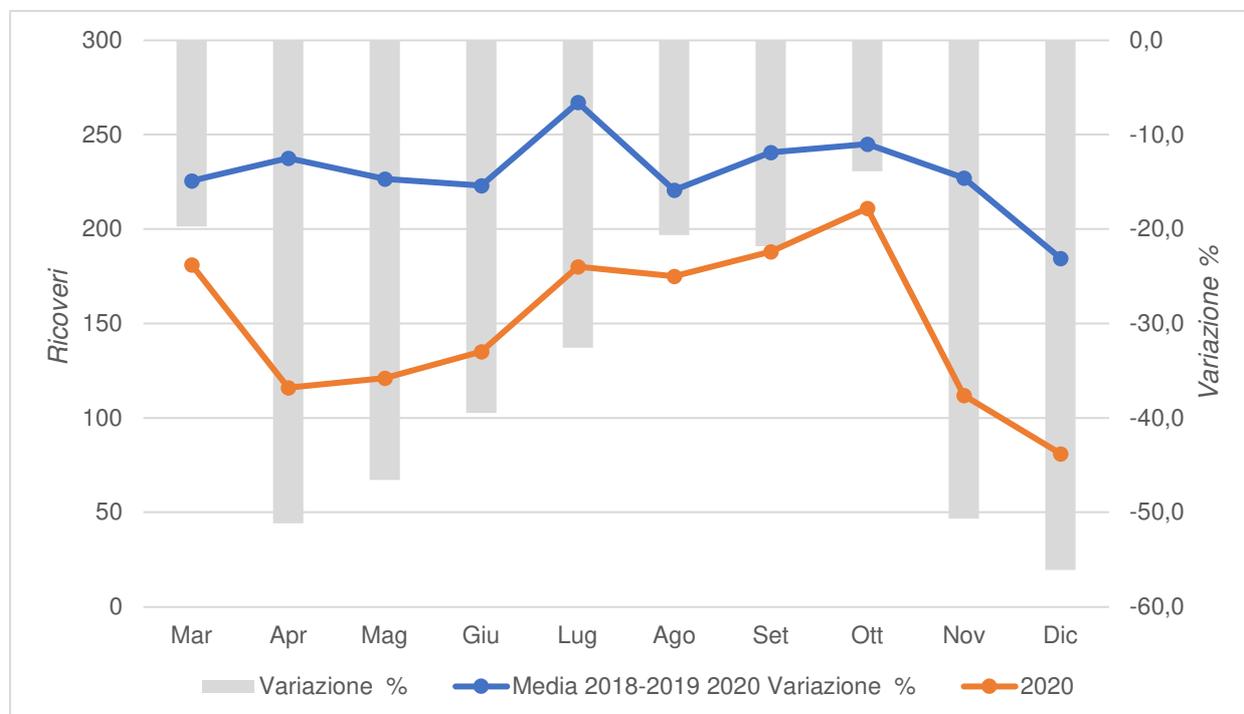
Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 ^a ondata marzo - maggio	-13,0%	+6,7%	0,0%	-27,3%	-8,9%
Giugno-settembre	-9,4%	+73,3%	-40,0%	-60,0%	-8,2%
2 ^a ondata ottobre - dicembre	+18,8%	+46,2%	-6,7%	+66,7%	+24,3%
Marzo – dicembre 2020	+0,6%	+42,9%	-17,0%	-18,5%	+3,7%

Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

5.2.3 Lungodegenza (unità operativa codice 60)

Per il periodo marzo-dicembre 2020 presso le unità operative di lungodegenza si è registrata **una riduzione dei ricoveri complessiva del 34,7%** rispetto alla media degli anni 2018 e 2019. Analogamente alla riabilitazione, il calo risulta marcato nei primi tre mesi di analisi (1^a ondata marzo-maggio) e negli ultimi mesi (2^a ondata ottobre-dicembre), mentre una riduzione di circa il 40% ha contraddistinto il periodo di recupero giugno-settembre. Complessivamente sono stati erogati **797 ricoveri in meno rispetto alla media degli anni 2018 e 2019**.

Figura 5.13 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente (2020 vs media 2018/2019)



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

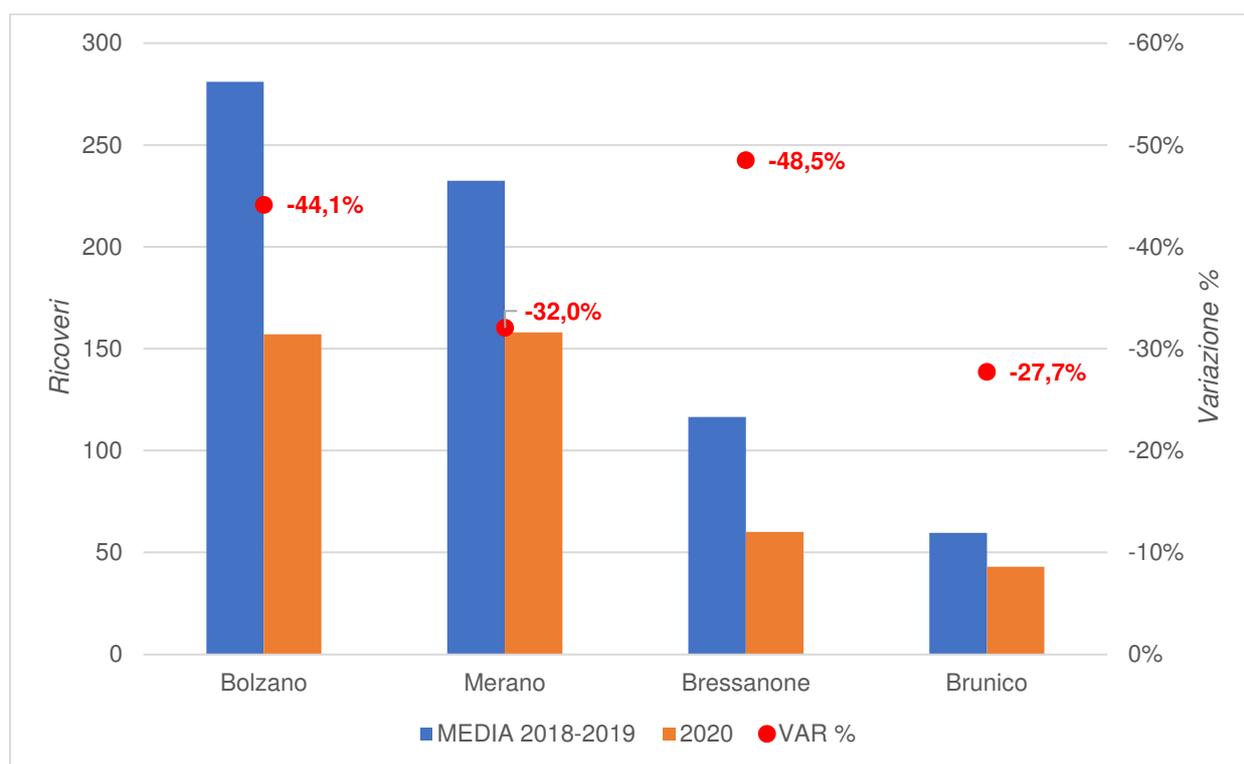
L'analisi a livello comprensoriale deve tener conto che presso il comprensorio di Bolzano, i ricoveri in lungodegenza vengono erogati presso le strutture di cura private convenzionate.

Anche per i ricoveri in lungodegenza si osservano diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia.

Nel corso della 1^a ondata (marzo-maggio), la riduzione ha riguardato meno il comprensorio di Bolzano, con il 28% e maggiormente il comprensorio di Bressanone con il 49%, mentre Bolzano e Merano hanno registrato variazioni negative, rispettivamente, del 44% e 32% (Figura 5.14). Nel corso del periodo giugno-settembre invece è stato il comprensorio di Bolzano a registrare la maggiore riduzione, pari al 42%, mentre Merano è risultato il comprensorio con la riduzione inferiore, circa il 17%. Bolzano e Bressanone si sono posizionate sopra il 30% (Figura 5.15). Infine, nel terzo periodo (2^a ondata ottobre-dicembre), la riduzione maggiore ha ancora caratterizzato il comprensorio di Bolzano, con il 64%, mentre gli altri tre comprensori hanno evidenziato riduzioni attorno al 35% (Figura 5.16).

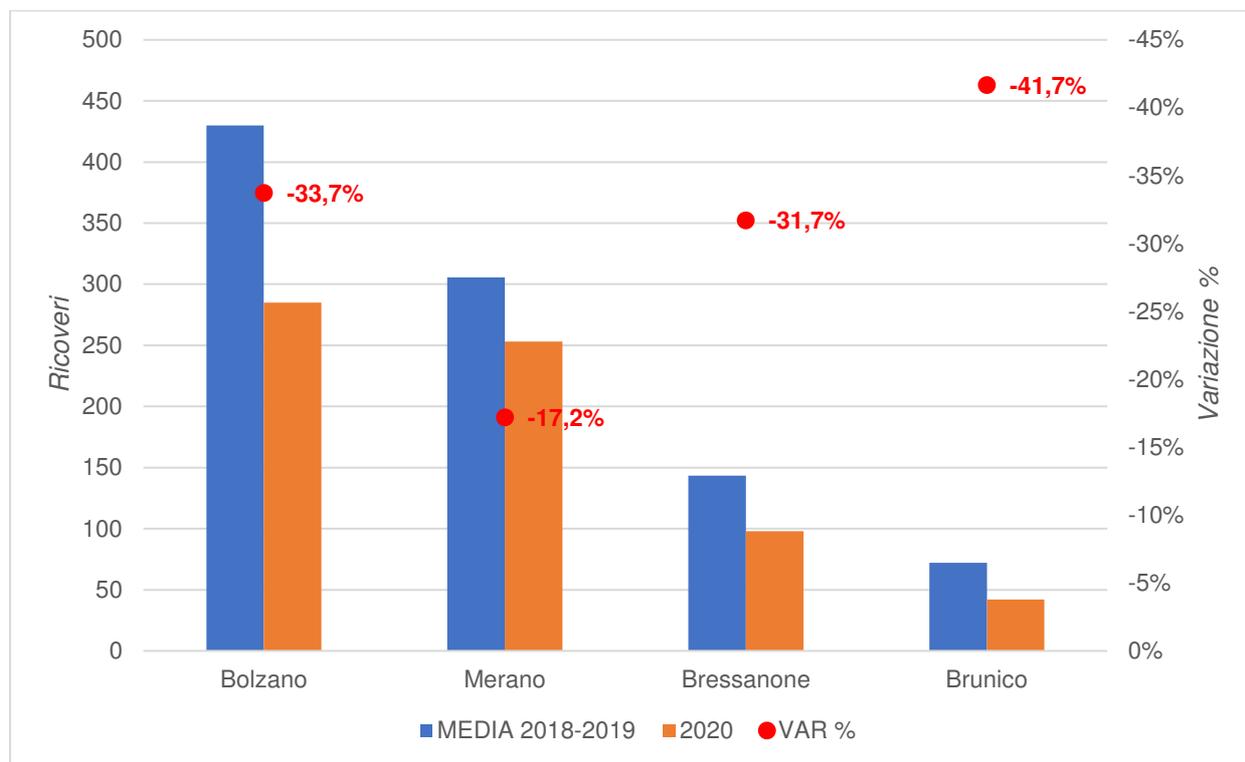
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, solo il comprensorio di Merano ha evidenziato riduzioni sotto il 30% per l'intero periodo marzo-dicembre; Bolzano e Bressanone hanno mostrato valori simili attorno al 36%, mentre Bolzano con oltre il 40% ha registrato la riduzione maggiore, che è andata ad aumentare ulteriormente a partire dal mese di maggio (Tabella 5.4).

Figura 5.14 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **1^a ondata marzo-maggio**



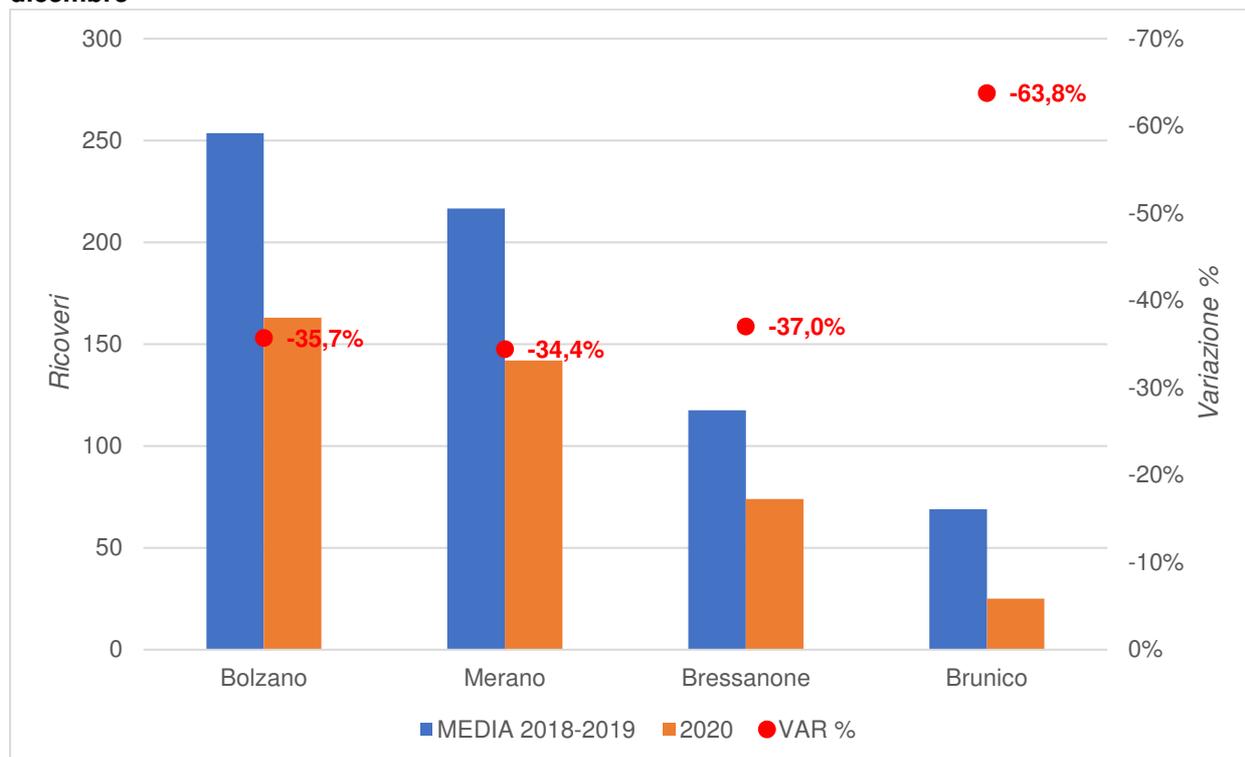
Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.15 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Figura 5.16 – Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2^a ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Tabella 5.4 Ricoveri di lungodegenza erogati in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

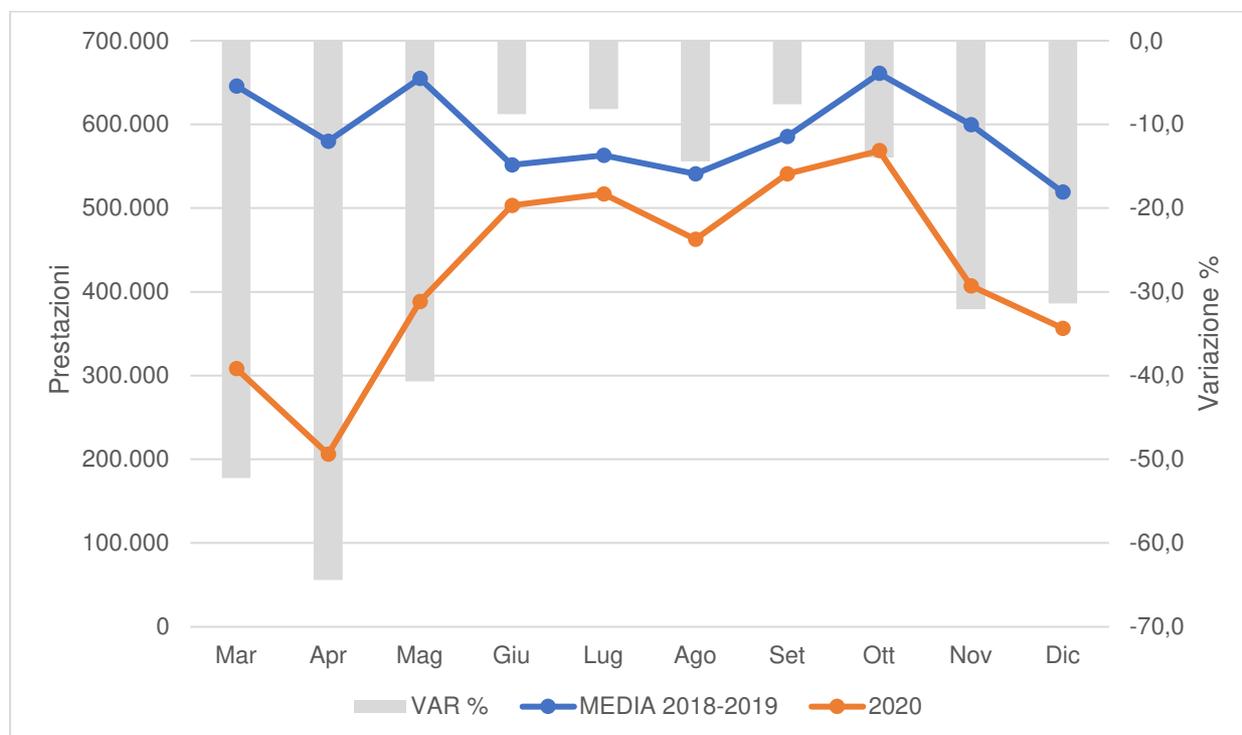
Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 ^a ondata marzo - maggio	-41,7%	-35,9%	-47,0%	-28,1%	-39,4%
Giugno-settembre	-35,5%	-12,4%	-30,7%	-36,0%	-28,7%
2 ^a ondata ottobre - dicembre	-29,6%	-41,7%	-36,4%	-65,6%	-38,5%
Marzo – dicembre 2020	-35,7%	-28,5%	-37,4%	-43,6%	-34,7%

Fonte: Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

5.3 Assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale

Il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ha evidenziato **una riduzione complessiva del 27,8%** per il periodo marzo-dicembre 2020 se confrontato con la media delle prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo degli anni 2018 e 2019. Il calo risulta più marcato nei primi tre mesi di analisi (1^a ondata marzo-maggio), dove si osserva una diminuzione di oltre il 50% (oltre **970 mila prestazioni in meno** rispetto allo stesso trimestre degli anni 2018/2019). Tale riduzione percentuale si riduce al 10% durante il periodo di recupero giugno-settembre, per poi risalire al 25% a partire da ottobre (2^a ondata ottobre-dicembre) (Figura 5.19).

Figura 5.17 – Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in provincia di Bolzano a residenti (2020 vs media 2018/2019)



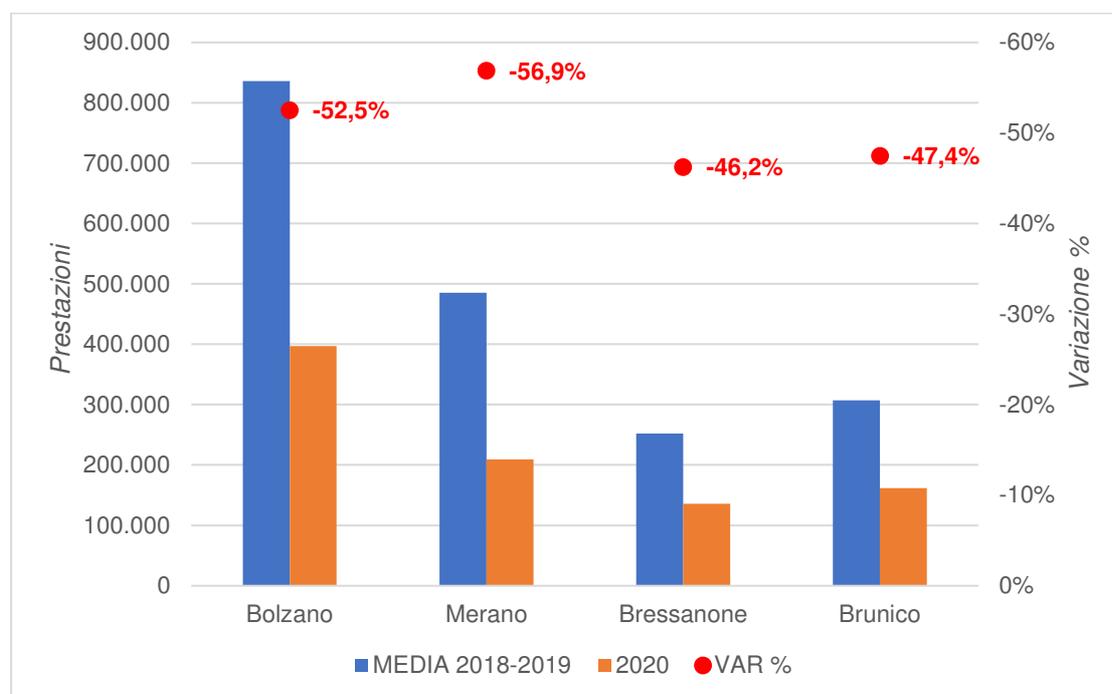
Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Analizzando distintamente i quattro comprensori sanitari di erogazione, si possono osservare diverse tendenze nel corso dei tre periodi che hanno caratterizzato l'evoluzione della pandemia.

Nel corso della 1^a ondata (marzo-maggio), la riduzione è stata rilevante in tutti i comprensori sanitari, con valori che si sono posizionati attorno al 50%, con una punta del 57% per il comprensorio di Merano (Figura 5.18). Nel corso del periodo giugno-settembre, si è assistito da un lato a riduzioni superiori al 10% per i comprensori di Bolzano e Merano, ma dall'altro ad una riduzione minima del comprensorio di Brunico, mentre nel comprensorio di Bressanone si è invece registrato un leggero incremento (Figura 5.19). Infine, nel terzo periodo (2^a ondata ottobre-dicembre), i cali più marcati, oltre il 30%, hanno colpito i comprensori di Bolzano e Merano, mentre meno rilevanti sono state nei comprensori di Bressanone e Brunico, rispettivamente con valori attorno al 5% e al 12% (Figura 5.20).

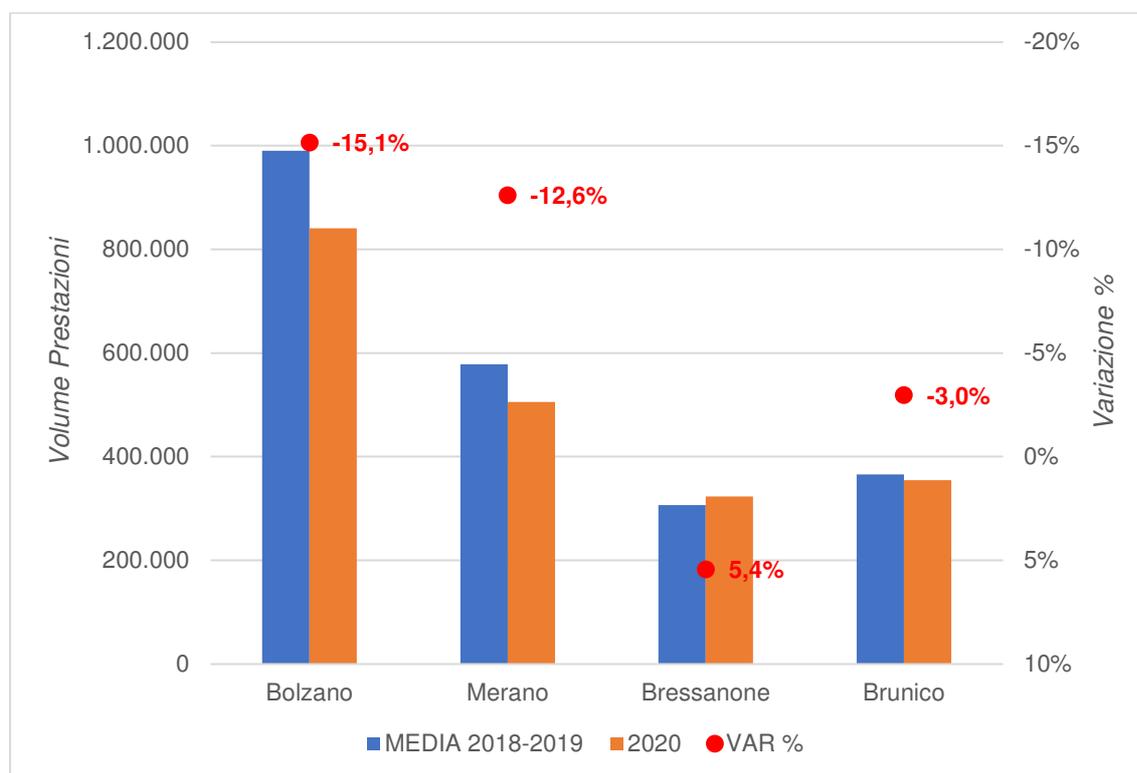
Se valutiamo l'impatto, sulla base della residenza del paziente, emerge come coloro che hanno più risentito delle conseguenze della pandemia in tutti i diversi periodi considerati, sono i residenti nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano, che complessivamente da marzo a dicembre hanno subito delle riduzioni superiori al 30%. Decisamente inferiore appare essere stato l'impatto sulla popolazione residente nei comprensori di Bressanone e Brunico (Tabella 5.5).

Figura 5.18 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – 1^a ondata marzo-maggio



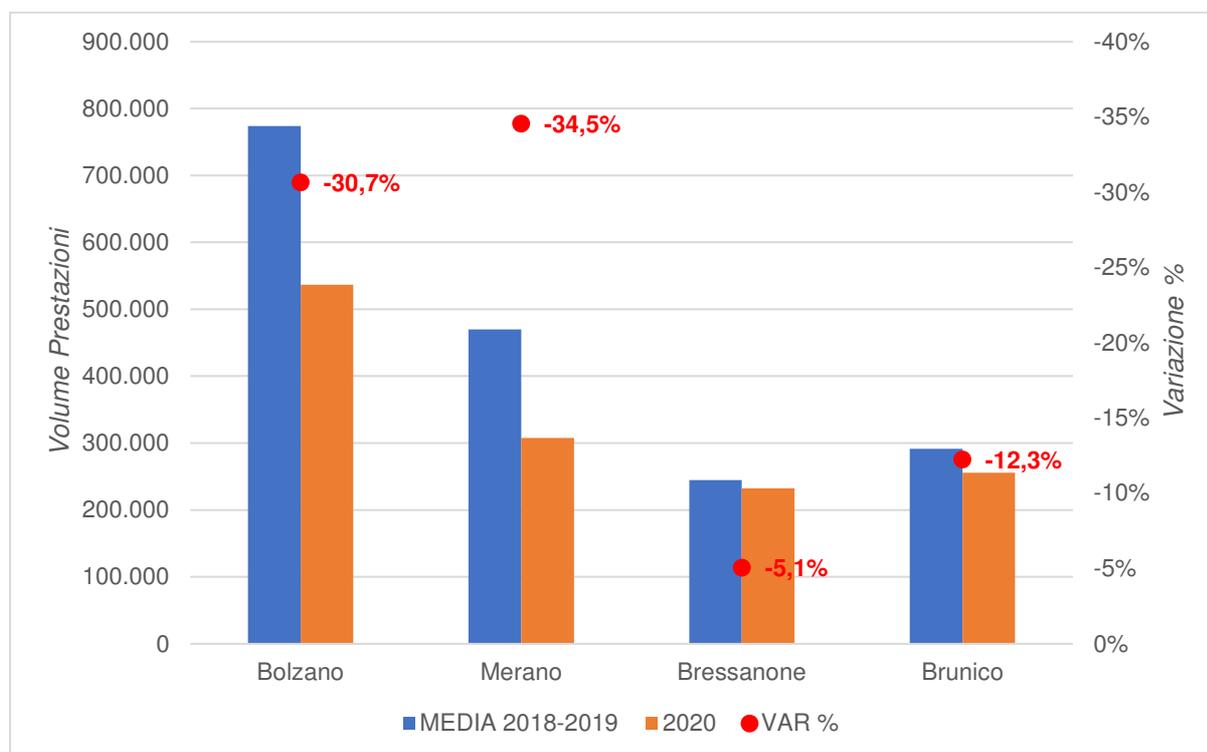
Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Figura 5.19 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) - **periodo giugno-settembre**



Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Figura 5.20 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali di residenti per comprensorio sanitario di erogazione (2020 vs media 2018/2019) – **2ª ondata ottobre-dicembre**



Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

Tabella 5.5 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in provincia di Bolzano per la popolazione residente suddivise per comprensorio di residenza (2020 vs media 2018/2019 - variazione percentuale)

Periodo	Comprensorio sanitario di residenza				Totale
	Bolzano	Merano	Bressanone	Brunico	
1 ^a ondata marzo - maggio	-46,6%	-43,9%	-55,3%	-52,8%	-48,0%
Giugno-settembre	-14,8%	-11,7%	+5,5%	-4,9%	-9,7%
2 ^a ondata ottobre - dicembre	-30,7%	-33,3%	-5,6%	-13,1%	-25,2%
Marzo – dicembre 2020	-31,9%	-32,4%	-13,5%	-20,8%	-27,8%

Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale (SPA)

5.4 Indirizzi per l’Azienda sanitaria dell’Alto Adige

L’obiettivo delle analisi riportate nei precedenti paragrafi e nei capitoli successivi, è individuare e valorizzare come il sistema sanitario provinciale abbia dato prova di una certa capacità di resilienza per alcune aree e, al tempo stesso, individuare le aree rispetto alle quali si siano registrati invece cali di offerta nel corso del 2020. A questi ambiti deve essere infatti data priorità nel pianificare il rilancio del sistema, per rispondere in maniera proattiva a quelle necessità dei cittadini, che siano state trascurate durante le principali fasi di recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Da un confronto a livello nazionale, come riportato da studi condotti da Agenas² e dal laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa³, rispetto alle altre regioni/province del Network, **la provincia di Bolzano ha evidenziato di aver risentito in misura inferiore degli effetti del Covid-19 a livello di sistema ospedaliero, e dunque in termini di erogazione delle prestazioni sanitarie. L’indagine in questione ha messo a confronto le prestazioni ospedaliere erogate nel corso del 2019 con quelle di tutto il 2020.** Dall’approfondimento dei dati a disposizione è emersa la capacità dei servizi sanitari di **trarre esperienza dalla prima ondata epidemica, riuscendo, nella seconda parte dell’anno, ad organizzare una risposta più efficace** alle esigenze di cura dei cittadini, nonostante l’ondata pandemica sia stata più diffusa sul territorio. Il nostro Servizio sanitario nazionale nel suo complesso ha comunque dimostrato, per quanto riguarda l’erogazione delle prestazioni diverse da quelle imposte dal Covid, una notevole capacità di resilienza. Ma è altresì noto che il Covid-19 non abbia colpito in modo omogeneo le regioni italiane nel 2020: il dato che emerge, però, è che anche realtà che hanno registrato un’alta incidenza, come la **provincia autonoma di Bolzano** e regione Veneto, non soltanto hanno saputo arginare in maniera efficace lo tsunami che si sono trovate ad affrontare, **ma hanno anzi risposto relativamente meglio rispetto a regioni meno flagellate dall’infezione.** In concreto: sul fronte ricoveri programmati lo stop determinato dalla pandemia ha provocato una brusca frenata: - 50%. E con chiusure importanti, il Molise ha contingentato pesantemente l’accesso agli ospedali (-73,6%), ma anche in Puglia e in Basilicata i ricoveri ordinari sono stati tagliati di circa il 60%, seguire a stretto giro da Calabria, Marche e Lombardia (-57%). Hanno invece dimostrato di dare risposte superiori alla media italiana **Bolzano (-35,5%)**, Lazio (-36,4%), Veneto (-38%).

E ancora. Le indicazioni nazionali hanno individuato nel 2020 alcune prestazioni “**non comprimibili**”, per le quali i sistemi sanitari regionali sono stati chiamati a fare uno sforzo per ridurre il meno possibile i volumi erogati. È il caso, per esempio, delle prestazioni oncologiche: gli interventi chirurgici per tumore alla mammella (classe di priorità A) calano in media del 14% nel 2020, rispetto al 2019, ma ci sono realtà come Marche e Friuli-Venezia Giulia, che hanno contratto l’erogazione sotto il 2%, e **la provincia autonoma di Bolzano che registra addirittura un incremento (+7%)**. In questo caso, a un calo delle prestazioni nel periodo marzo - giugno

² <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza>

³ <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

2020 è seguito un rimbalzo sia nel periodo tra luglio e settembre, sia in quello tra ottobre e dicembre. Un ultimo esempio: gli interventi chirurgici per tumore al polmone (classe di priorità A) calano in media – tra le regioni del network preso in oggetto – del 19%, con riduzioni superiori al 20% in Puglia, Umbria, Lombardia e Liguria e realtà, al contrario, **stabili (Bolzano)** o addirittura in leggera crescita, rispetto al 2019 (Toscana: +1.4%).

L'azienda sanitaria **a partire dal 2021** ha il compito di riprogrammare la propria attività, al fine di assistere coloro i quali, durante la fase pandemica, non sono stati presi in carico, i cosiddetti ammalati di “*altro*”, quelli con malattie croniche come, ad esempio, i cardiopatici, i diabetici, gli oncologici, i disturbi mentali, ma anche tutti coloro che erano e sono rimasti in attesa di essere sottoposti ad interventi chirurgici non urgenti. Tale riprogrammazione dovrà essere valutata per ciascun ambito specialistico, tenendo conto delle eventuali e potenziali difficoltà che possono sorgere nell'attività di recupero.

In considerazione della carenza di personale e dell'andamento della pandemia l'azienda sanitaria dovrà identificare le aree di maggior fabbisogno nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti e della specialistica ambulatoriale, aumentando gradualmente l'offerta assistenziale, tenendo conto di qualità e appropriatezza dovuta, ma con l'obiettivo di garantire i livelli assistenziali già raggiunti nel periodo pre-pandemico.

Il Servizio sanitario provinciale è stato costretto a ridurre momentaneamente i servizi e i posti letto per i bisogni di queste persone, che in fase pre-pandemia erano comunque adeguati.

L'azienda sanitaria deve dunque valutare, a fronte di un maggior fabbisogno, dovuto alla necessità di un recupero di un'assistenza sanitaria non erogata durante la fase pandemica, **la necessità di ricorrere per un periodo limitato di tempo** ad accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati al di fuori dell'Azienda sanitaria.

Come avviene attualmente, così anche nel periodo post-pandemia, il ricorso agli erogatori privati di presentazioni sanitarie è regolato dalle vigenti norme nazionali e provinciali in materia.

Queste prevedono di regola l'intervento degli erogatori pubblici e privati esterni rispetto all'Azienda sanitaria unicamente al fine di supportare ed integrare l'azione di quest'ultima, impegnata in prima linea a garantire la copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA) riconosciuti dal SSN allo stesso modo su tutto il territorio nazionale. È sulla base di queste premesse che la Provincia autonoma di Bolzano, secondo anche quanto rilevato da un'elaborazione dati effettuata da OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) sulla base delle informazioni messe a disposizione dallo stesso Ministero della Salute⁴, è tra le Regioni e P.A. italiane una tra quelle che meno di altre ha bisogno di fare ricorso all'intervento di erogatori esterni.

Questa tendenza, anche prospettica per il futuro, quale modalità prescelta per rispondere ai bisogni dei cittadini, trova riscontro nei dati disponibili.

Partendo dal primo indicatore sulla rilevanza del settore del privato accreditato e cioè il peso che quest'ultimo gioca all'interno della spesa complessiva del SSN, questo valore varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lombardia (27,8%), Lazio (24,7%) e Molise (23,8%), al minimo del 6,9% in Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano (7,7%) e Friuli Venezia Giulia (8,6%) – uniche tre Regioni sotto il valore del 10 per cento, percentuale che per la P.A. di Bolzano rappresenta una tendenza anche per il futuro, quale indicazione di massima per la partecipazione degli erogatori privati alla spesa della sanità provinciale.

Per quel che riguarda più in generale la composizione della spesa del SSN gestita da erogatori accreditati, il 38,5% della spesa complessiva (139 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 32,7% è da imputare ad altra assistenza accreditata, legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali. Analizzando nel dettaglio la composizione della spesa stessa, il Rapporto cita nuovamente la Provincia Autonoma di Bolzano a proposito dell'attività riabilitativa, evidenziando

⁴ “La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata” (valori pro capite – 2017), a pagina 183 del Rapporto OASI 2018 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano, a cura di CERGAS-Bocconi, capitolo 4: “Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grand player ospedalieri”).

come essa sia quasi interamente erogata da strutture pubbliche (come avviene anche in P.A. di Trento, Emilia-Romagna e Veneto, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro, su una spesa media pro capite a livello nazionale pari a 28 euro).

Un'operazione che l'azienda sanitaria deve porre in essere, ponendo la massima attenzione alla qualità e all'appropriatezza delle cure prestate dalle stesse, che potrà garantire solo attraverso la realizzazione e l'implementazione di un robusto e strutturato sistema di controlli dell'attività erogata dalle strutture sanitarie private, quindi di una buona capacità di governance dei servizi erogati da "terzi fornitori", garantendo in ogni caso la sostenibilità del sistema (eventualmente razionalizzando le spese in altri settori).

6 Definizione dei fabbisogni sanitari per le attività di prevenzione e sanità pubblica, per l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera

6.1 Assistenza ospedaliera in acuzie e post acuzie nel periodo pre-pandemia

Gli indirizzi programmatori contenuti nel presente atto prevedono la riqualificazione dell'offerta nell'ottica di una sempre maggiore accessibilità, appropriatezza e razionalità organizzativa, con l'obiettivo tra l'altro di raggiungere standard congrui relativi alla dotazione di posti letto per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza e al tasso di ospedalizzazione per acuti e post acuti. Questo nei limiti dei livelli di assistenza garantiti dal servizio sanitario provinciale, delle risorse disponibili e dei vincoli di bilancio.

Ai fini della programmazione sanitaria il riferimento sono i livelli standard indicati dalle disposizioni nazionali. Pertanto, per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, ordinario e diurno, i seguenti parametri di fabbisogno sono:

- a. per le strutture per acuti la dotazione di posti letto massima è pari a 3 per mille abitanti;
- b. per le strutture per riabilitazione e lungodegenza la dotazione di posti letto massima è pari a 0,7 per mille abitanti;
- c. il tasso di ospedalizzazione massimo in acuzie e post acuzie è pari a 160 per mille abitanti.

Nel 2019 le strutture provinciali hanno fatto fronte alla domanda di ricovero con una dotazione complessiva di 1.641 posti letto per acuti (di cui il 93,6% pubblici), pari a 3,1 per 1.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione dei residenti in Provincia di Bolzano nel 2019 è stato di 139,3 ricoveri acuti per 1.000 abitanti (109,7 relativi al regime ordinario e 29,7 a quello diurno - per i ricoveri effettuati in Provincia sono considerati nel calcolo i ricoveri effettuati in strutture pubbliche e presso reparti convenzionati delle case di cura private, per i ricoveri extra provinciali sono inclusi i ricoveri all'estero e in altre regioni italiane).

Per fronteggiare adeguatamente l'emergenza epidemica, si è reso necessario procedere ad una riorganizzazione dei presidi ospedalieri attraverso l'incremento dell'attività in regime di ricovero. Tale intervento ha riguardato sia il settore di terapia intensiva che le aree di assistenza ad alta intensità di cure, che quindi sono state adattate ai nuovi standard previsti dal Decreto-Legge n. 34/2020 nella misura di 0,14 posti letto per mille abitanti, portando a rendere disponibili ed attrezzare 77 posti letto di terapia intensiva (con un aumento di 40 posti letto rispetto ai 37 preesistenti) ai quali si aggiungono 37 posti letto di area semi-intensiva. Le misure di riordino della rete ospedaliera e dei percorsi organizzativi hanno avuto l'obiettivo di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario provinciale in ambito ospedaliero e rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che sempre di più devono andare verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

Nel periodo pre-pandemia il fabbisogno per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti in Provincia di Bolzano era complessivamente soddisfatto.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per post-acuti, ad essa sono stati riservati complessivamente 357 posti letto convenzionati nel 2019 così suddivisi: 126 presso strutture pubbliche (35,3%) e 231 presso strutture private (64,7%).

Nel 2019 l'offerta di posti letto era la seguente.

Tabella 6.1 – Descrizione dei posti letto per codice (56, 60 e 75) - Anno 2019

	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuroriabilitazione codice 75
Provincia	169	160	28
*1.000 abitanti	0,32‰	0,30‰	0,05‰

Attualmente è in corso una ridefinizione complessiva delle funzioni della riabilitazione e lungodegenza post acuzie (vedasi il Piano della rete riabilitativa 2020-2025 - DGP n. 480 del 30.06.2020), che prevede anche il possibile superamento di funzioni oggi presenti, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di intervento, continuità dei percorsi di cure e razionalità nell'uso delle risorse.

In particolare, si stanno ponendo le basi per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria e la conseguente attivazione di cure intermedie territoriali, anche tramite riconversione dei posti letto di post-acuzie.

6.1.1 Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'Azienda sanitaria nei prossimi anni dovrà mettere in atto tutti gli interventi necessari, al fine di garantire gradualmente il recupero dell'attività di cura e ricovero e il ripristino dell'offerta assistenziale di quella erogata nel periodo antecedente la pandemia Covid-19.

Si prevede, pertanto, che l'Azienda sanitaria – in ottemperanza agli obblighi di garanzia dei LEA come previsto dal Piano sanitario provinciale 2016-2020, **provveda a garantire e adoperarsi a recuperare le prestazioni di ricovero non rese, qualora vi sia evidenza della necessità clinica.**

A tale scopo è prevista **la deroga ai vincoli dettati dai limiti dei tassi di ospedalizzazione previsti dalla normativa nazionale e provinciale in vigore al momento della stesura del presente atto programmatico.**

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020, è concesso all'Azienda sanitaria predisporre piani di incremento dell'offerta sanitaria in ambito di ricovero, da realizzare sia attraverso i propri presidi ospedalieri, sia attraverso il supporto di strutture private che esercitano attività di ricovero in regime di convenzione.

Le prestazioni di ricovero programmate qui trattate, tuttavia, non sono da considerarsi esaustive ai fini della predisposizione di piani di recupero dell'attività da parte dell'azienda sanitaria, che in base a specifiche necessità emergenti e/o altre priorità potrà sempre integrare.

L'Azienda sanitaria prevede – previa documentazione da essa prodotta e recante il fabbisogno specifico in ambiti non previsti dall'elenco di cui sopra – l'ampliamento della propria attività di ricovero, sia mediante potenziamento della propria offerta assistenziale, sia mediante accordi con strutture e professionisti privati accreditati, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza e di qualità. A prescindere dalla fase pandemica, la possibilità di definire nuovi accordi contrattuali con soggetti accreditati dovrà essere valutata da parte dell'Azienda sanitaria come avvenuto fino ad oggi, considerando cioè il ricorso agli erogatori privati al solo scopo di supporto nella copertura dei LEA secondo la normativa in vigore, in ogni caso procedendo nei limiti percentuali di impiego finora evidenziati dai dati disponibili (tendenzialmente fino ad un massimo del 10% sulla spesa complessiva).

L'incremento dell'attività di ricovero programmata complessiva non potrà comunque eccedere i volumi di ricovero "persi" causa pandemia, identificati nel presente documento.

L'Azienda Sanitaria ha il compito **di rendicontare** alla fine di ciascuna annualità nella relazione al Programma operativo annuale (POA), – per il periodo di validità del presente atto

programmatorio – l'attività ospedaliera pianificata e conseguentemente eseguita ai fini del recupero dei ricoveri persi nel periodo Covid 2020.

Per ciascun ambito / area di intervento di incremento dell'assistenza ospedaliera per acuti e post acuti andranno indicati nel Piano delle Performance aziendale e nel Programma operativo annuale:

- provvedimenti programmatori/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per il recupero dei ricoveri programmati non eseguiti (incremento posti letto, adeguamento obiettivi di budget per le unità operative coinvolte, potenziamento struttura e personale, ...);
- i criteri per la definizione di eventuali accordi contrattuali con le strutture private;
- documentazione dell'effettiva attività eccedente il parametro di riferimento del tasso di ospedalizzazione, eseguita ai fini del recupero dei ricoveri non eseguiti a causa della pandemia, indicando le strutture e le unità operative adibite a tale attività, dettagliando per area di intervento.

La **programmazione del recupero dell'assistenza post acuta**, tuttavia, deve tener conto anche del fabbisogno di assistenza post acuta per i **pazienti colpiti dal virus SARS-CoV-2**, cosiddetti pazienti Long-COVID.

Nel corso del 2020 il numero di ricoveri post acuti successivi a ricoveri COVID è stato pari a 170, pari al 10% dei ricoveri di neuroriabilitazione, e al 5% dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza. Tali ricoveri, seppur contenuti nel numero, sono caratterizzati da degenze piuttosto lunghe, superiori in media anche ai 30 giorni, e generano conseguentemente un carico assistenziale rilevante.

La rapida diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e la notevole complessità, eterogeneità e persistenza di disturbi correlati alla patologia Covid-19 necessita dell'elaborazione e implementazione da parte dell'azienda sanitaria di un percorso di cura che coinvolga non solo la fase ospedaliera, ma più livelli assistenziali e più discipline cliniche, in modo quindi integrato, multidisciplinare, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, ed omogeneo su tutto il territorio provinciale.

6.2 Programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

6.2.1 Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Nei prossimi anni l'Azienda sanitaria dovrà mettere in atto tutti gli interventi necessari, al fine di garantire il recupero dell'attività ambulatoriale e il ripristino dell'offerta assistenziale erogata nel periodo antecedente la pandemia Covid-19, nel rispetto del piano di contenimento dei tempi di attesa.

Si dispone, pertanto, che l'Azienda sanitaria – in ottemperanza agli obblighi di garanzia dei LEA e del rispetto dei tempi di attesa, come previsto dal Piano provinciale per il governo delle liste di attesa, provveda a garantire e adoperarsi a recuperare le visite specialistiche e le prestazioni ambulatoriali non rese, con una particolare attenzione alle prime visite specialistiche e agli esami strumentali, oggetto di monitoraggio del PPGLA.

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020, è concesso all'Azienda sanitaria predisporre piani di incremento dell'offerta sanitaria in ambito di specialistica ambulatoriale, da realizzare sia attraverso i propri presidi ospedalieri, sia attraverso il supporto di strutture private con cui stipulare accordi contrattuali.

L'Azienda sanitaria **prevede** – previa documentazione da essa prodotta – **l'ampliamento della propria attività** di specialistica ambulatoriale, sia mediante potenziamento della propria offerta assistenziale (anche grazie alla Telemedicina), sia mediante accordi con strutture e professionisti privati accreditati, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza e di qualità. A prescindere dalla fase pandemica, la possibilità di definire nuovi accordi contrattuali con soggetti accreditati

dovrà essere valutata da parte dell'Azienda sanitaria come avvenuto fino ad oggi, considerando cioè il ricorso agli erogatori privati al solo scopo di supporto nella copertura dei LEA secondo la normativa in vigore, in ogni caso procedendo nei limiti percentuali di impiego finora evidenziati dai dati disponibili (tendenzialmente fino ad un massimo del 10% sulla spesa complessiva).

L'Azienda Sanitaria ha l'**obbligo di rendicontare** alla fine di ciascuna annualità, nella relazione al Programma operativo annuale (POA), l'attività ambulatoriale, pianificata e conseguentemente eseguita ai fini del recupero dell'attività persa nel periodo Covid 2020.

Per ciascun ambito / area di intervento di incremento dell'assistenza di specialistica ambulatoriale andranno indicati nel Piano delle Performance aziendale e nel Programma operativo annuale:

- provvedimenti programmatori/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per il recupero delle prestazioni ambulatoriali programmate non eseguite (adeguamento obiettivi di budget alle unità operative coinvolte, provvedimenti per potenziare struttura e personale, ...);
- i criteri per la definizione di eventuali accordi contrattuali con le strutture private (dando riscontro dei risultati nella Relazione al POA).

6.3 Programmazione assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale

6.3.1 Cure primarie e assistenza sanitaria sul territorio

La pandemia ha riportato alla luce la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del Servizio sanitario, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

Le principali criticità che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere sono:

- significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni (anche sul territorio si è registrato, infatti, un aumento di casi in lista d'attesa, causato dalla sospensione delle attività).

Il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, persone con disabilità e anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute.

Più prevenzione e migliore assistenza sul territorio, modernizzazione del sistema sanitario con importanti investimenti nella digitalizzazione, equità di accesso alle cure: questo è il cuore della sesta missione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito "PNRR"), che mira a cambiare nell'arco dei prossimi anni il volto di un settore pesantemente al centro della pandemia, che ha chiaramente evidenziato le mancanze organizzative e di sistema.

In linea con il PNRR e con le raccomandazioni della Commissione Europea entro la metà del 2026 sono previsti interventi per rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Il PNRR ha predisposto una filiera per la cronicità molto ricca e la sfida più grande è adesso costruire una continuità vera tra ospedale e territorio.

Nell'ottica di permettere una visione personalizzata dell'assistenza sanitaria che metta al centro la singola persona durante tutte le fasi della sua vita e che si adatti al suo stato di salute, un ruolo cruciale è affidato alla **Casa della Comunità** (prima chiamata "Casa della Salute"), la quale, aperta h24, riunisce in un'unica struttura di quartiere i medici di famiglia, gli specialisti, infermieri e assistenti sociali. La Casa diviene quindi lo strumento con cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È la sede del Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari), diventando quindi il Punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica e un punto prelievi con strumentazione polispecialistica. Vi potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani. **La capillarità della Casa della Comunità è la sua caratteristica principale: sulla base del modello hub/spoke sono previste strutture medio-grandi aperte fino a 24 ore al giorno/7 su 7 giorni (hub), mentre per le strutture più piccole un orario di apertura al pubblico almeno di 12 ore al giorno/6 su 7 giorni (spoke).**

Il compito di valorizzare e coordinare tutte le professionalità, favorendo l'integrazione sociosanitaria, è demandato al **nuovo modello organizzativo della COT (Centrale operativa territoriale)**: essa è il cervello, il cuore, il motore di tutto. Luogo anche solo virtuale che non eroga servizi sanitari ma è una piattaforma di interconnessione delle strutture presenti sul territorio. È il raccordo stesso che assicura la continuità assistenziale. È un servizio rivolto prevalentemente agli operatori, che organizza ad esempio il percorso dopo le dimissioni ospedaliere ed è il "terminal" per la telemedicina. Attraverso la COT il personale sanitario ha un

servizio aperto h24 per entrare in contatto con gli altri operatori sul territorio ed assieme trovare la soluzione più veloce ed efficace per il paziente.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'azienda sanitaria in accordo con la Provincia realizza strutture di prossimità (Casa della Comunità) allo scopo di rafforzare le reti sanitarie, sociosanitarie e sociali del territorio, nonché i servizi di prevenzione e realizzare percorsi di continuità delle cure, nonché per realizzare la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone fragili.

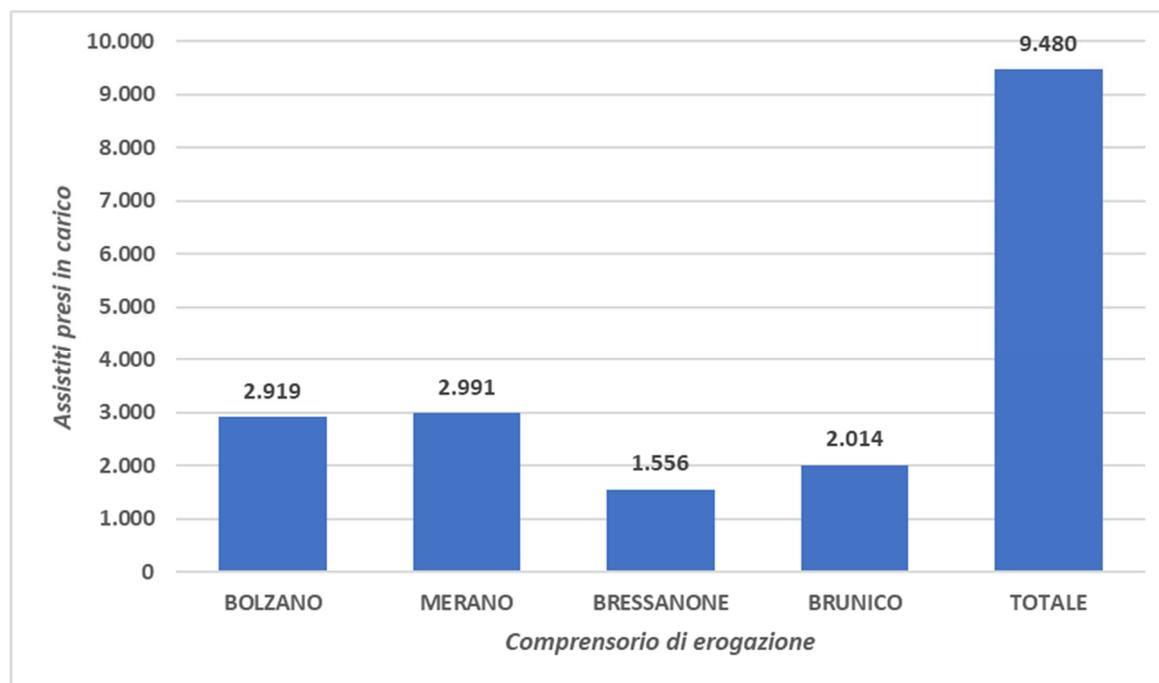
6.3.2 Cure domiciliari

Il cambiamento sociodemografico ed epidemiologico, che nei principali Paesi industrializzati ha determinato un progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento delle patologie croniche e della multi-morbilità, accompagnato da un elevato rischio di disabilità, nonché l'incremento del fabbisogno assistenziale, rappresentano la sfida più importante per tutti i sistemi sanitari e sociali nazionali, già in fase pre-pandemica. 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.

Per le persone anziane non autosufficienti, è necessario investire sul rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma, attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio.

Nel corso del 2020, gli assistiti con almeno una presa in carico in assistenza domiciliare (integrata, programmata o infermieristica) sono stati pari a 9.480 (Figura 6.4).

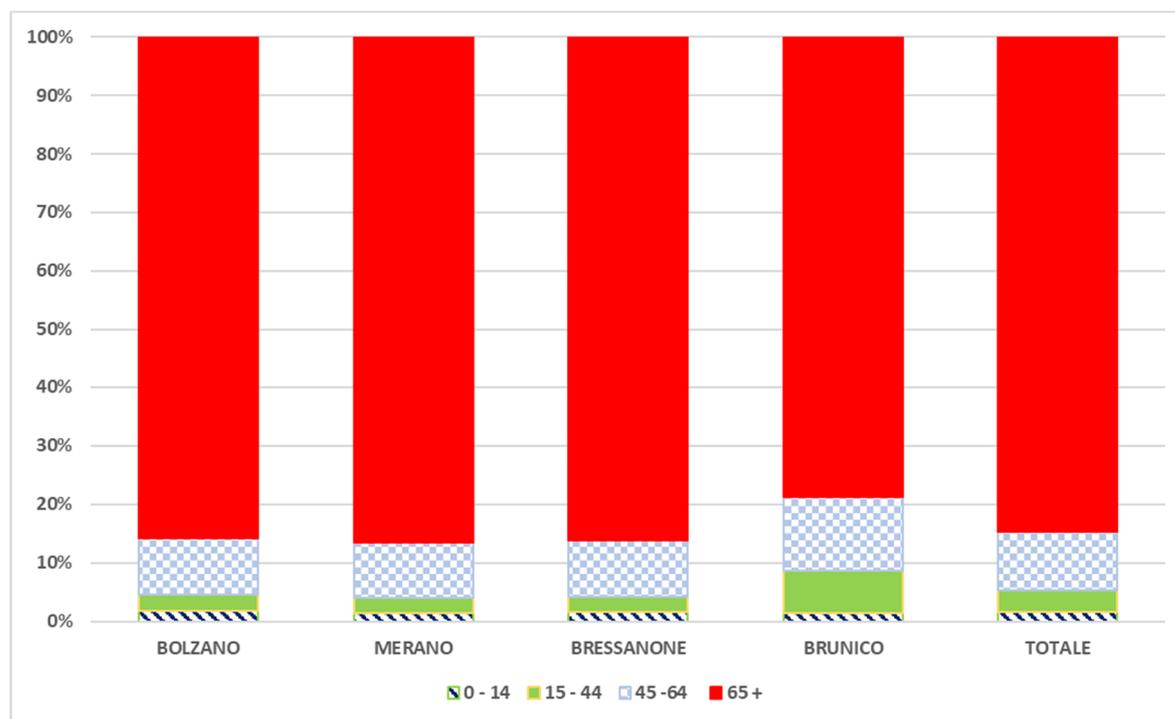
Figura 6.4 – Numeri di assistiti con almeno una presa in carico sul territorio nel corso del 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

Circa l'85% degli assistiti con almeno una presa in carico in assistenza domiciliare appartiene alla fascia di età maggiore o uguale a 65 anni (Figura 6.5), e circa il 95% di questi è affetto da almeno una patologia cronica.

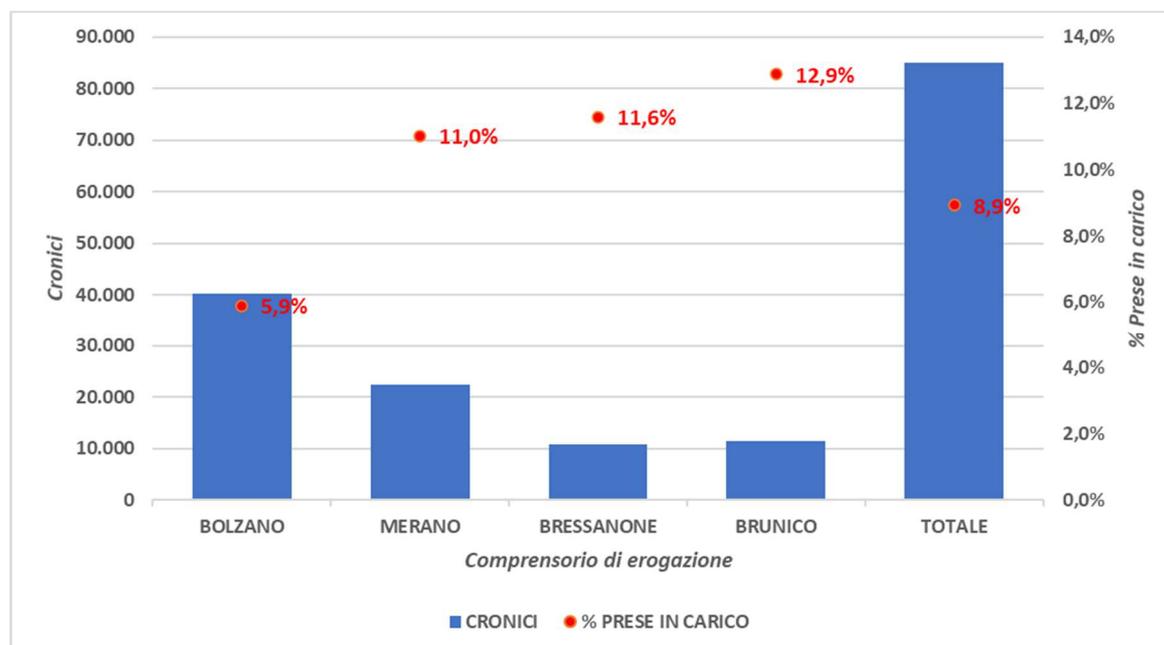
Figura 6.5 – Composizione % degli assistiti con una presa in carico territoriale per classi di età – Anno 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

La distribuzione percentuale delle persone affette da almeno una patologia cronica di età superiore a 65 anni (Figura 6.6) fa registrare un valore poco sotto al 9% della popolazione presa in carico in assistenza domiciliare, valore al di sotto di circa un punto percentuale dall'obiettivo fissato dal Ministero della salute, pari al 10%. Va tuttavia segnalato la differenza di tale valore tra il comprensorio di Bolzano (5,9%) rispetto agli altri tre comprensori che mostrano valori superiori al 10% (Figura 6.6).

Figura 6.6 – Prese in carico territoriali di persone affette da almeno una patologia cronica over 65 anni - Anno 2020



Fonte: Flussi Assistenza Domiciliare

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Il potenziamento dei servizi domiciliari e il rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare sono obiettivi fondamentali, che l'azienda sanitaria deve perseguire. In linea con il PNRR e con le raccomandazioni della Commissione Europea entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore a 65 anni con una o più patologie croniche deve essere presa in carico in assistenza domiciliare.

Solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati.

I processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate possono funzionare soltanto con il supporto di soluzioni informatizzate che permettano una pianificazione delle prestazioni sociosanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nel percorso, il monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso strumenti di misurazione adeguati.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, nonché un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Il sistema va attivato secondo un modello organizzativo-operativo che prevede di fornire al paziente una valutazione personalizzata sulla base dei bisogni, della patologia e delle eventuali comorbidità.

L'azienda sanitaria ha il compito di predisporre un documento/linea guida e di implementarlo a regime, al fine di garantire gradualmente nei prossimi anni l'incremento della popolazione di età superiore a 65 anni con una o più patologie croniche in assistenza domiciliare e raggiungere entro il 2026 la percentuale del 10% dei pazienti cronici o fragili.

L'azienda sanitaria ha il compito di definire, sviluppare e implementare a regime un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione).

L'azienda sanitaria ha il compito di attivare le Centrali Operative Territoriali (COT), con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

6.3.3 Cure palliative

Si stima che ogni anno in Provincia di Bolzano circa 5.000 pazienti hanno bisogno di cure palliative. Per tutti questi pazienti la tipologia di assistenza e cura più appropriata è un sistema di rete di cure palliative composto da diversi nodi (domicilio, hospice, ospedale) capace di raggiungere i pazienti nei diversi setting assistenziali e sull'intero territorio provinciale.

Lo sviluppo del sistema di rete deve avvenire in base a quanto previsto dalla normativa vigente e all'esperienza accumulata nel corso degli anni a livello locale.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'azienda sanitaria ha il compito di definire e approvare il "Documento di base sulle cure palliative a livello aziendale" per la realizzazione della rete di cure palliative su tutto il territorio provinciale, al fine di garantire un'assistenza omogenea ed un'equità di accesso alle cure palliative a tutta la popolazione residente.

Nel documento devono essere definiti i nodi della rete, i criteri di accesso, la modalità di presa in carico, gli strumenti utilizzati per il funzionamento del servizio, in recepimento di quanto previsto dalla Legge n. 38/2010 e dai successivi decreti attuativi.

6.3.4 Cure intermedie

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza PNNR trasmesso prevede nell'ambito della missione 6 C1 Salute al punto 1.3 il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità): l'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Si tratta di una struttura di ricovero breve rivolta a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie, della riacutizzazione di patologie croniche, o per contrastare il processo involutivo di patologie croniche necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che nell'impossibilità di effettuare un trattamento ambulatoriale o domiciliare vengono ricoverati in queste strutture e necessitano di assistenza/vigilanza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Tale struttura a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche, evitando e riducendo così anche l'istituzionalizzazione in ambienti non idonei.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

I posti letto di cure intermedie devono essere attivati in funzione del fabbisogno e deve essere garantita una distribuzione equilibrata fra i diversi Comprensori sanitari.

Per le cure intermedie si fa riferimento a uno standard di 0,4‰ abitanti, pari a circa 214 posti letto su tutto il territorio provinciale, da istituire presso strutture ospedaliere, case di cura accreditate e convenzionate, strutture territoriali residenziali.

Il fabbisogno dovrà essere definito coerentemente con la programmazione sanitaria nell'area della riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

L'azienda sanitaria ha il compito di provvedere ad attivare gradualmente strutture e posti letto di cure intermedie, anche attraverso una riconversione dei posti letto di post acuzie su tutto il territorio nell'ambito delle risorse disponibili e all'interno del totale dei posti letto definiti dal Piano sanitario provinciale 2016-2020.

6.3.5 Salute mentale

Benché in tutti i Paesi le conoscenze sull'impatto della pandemia sulla salute mentale siano ancora limitate e perlopiù derivate da esperienze solo parzialmente assimilabili all'attuale epidemia, come quelle che si riferiscono alle epidemie di SARS o Ebola, è verosimile che la domanda di interventi psicosociali aumenterà notevolmente nei prossimi mesi e anni. L'investimento nei servizi e in programmi di salute mentale è quindi ora più importante che mai. Gli ultimi mesi hanno comportato molte sfide, in particolare per gli operatori sanitari, gli studenti, i familiari dei pazienti affetti da COVID-19, le persone affette da disturbi mentali e più in generale le persone che versano in condizioni socioeconomiche svantaggiate, e i lavoratori i cui mezzi di sussistenza sono stati minacciati. L'impatto economico sostanziale della pandemia può infatti ostacolare oltre che i progressi verso la crescita economica anche quelli verso l'inclusione sociale

e il benessere mentale. Numerosi studi mostrano che la perdita di produttività lavorativa è tra i principali determinanti della cattiva salute mentale.

Numerose sono le iniziative a livello nazionale e provinciale per promuovere programmi di intervento per gestire l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sulla salute mentale, finalizzati alla presa in carico delle persone con disturbi psichiatrici o a elevato rischio di disturbi d'ansia e depressione.

Assistenza psicologica

Da una macroanalisi di alcuni dati forniti dai servizi psicologici si evince che negli anni tra il 2016 e il 2019 si è registrato un continuo aumento del numero degli utenti seguiti dai servizi e delle relative prestazioni.

Mentre l'accesso al servizio di psicologia ospedaliera e di emergenza è garantito, più critico è quello ai servizi psicologici territoriali, caratterizzati da tempi di attesa, che possono andare da quattro settimane per psicoterapia e consulenza fino a quindici settimane per servizi neuro diagnostici, valutazioni psicologiche e consulenze alle scuole, ai servizi sociali, al tribunale ecc.

Tabella 6.13 – Pazienti in carico e prestazioni erogate dai servizi psicologici in regime di ricovero e ambulatoriale

Anno	2016	2017	2018	2019	2020*
Pazienti	14.855	15.222	15.484	15.506	13.890
Prestazioni	88.381	87.216	93.443	97.553	88.964

**Dato fortemente sottostimato causa difficoltà iniziale nella registrazione*

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Nel corso dell'anno 2020 della pandemia, sembra esserci stato un calo significativo sia nel numero di pazienti assistiti che nel numero di prestazioni erogate. In realtà, le cose sono andate ben diversamente: sia i pazienti che il numero di prestazioni sono di fatto aumentate.

La discrepanza tra i dati riportati nella suddetta tabella e le prestazioni realmente erogate è dovuta ad una modifica nella modalità di erogazione delle stesse, che causa pandemia si sono potute erogare unicamente attraverso contatti telefonici e/o video chiamate. Tali prestazioni purtroppo, inizialmente non state registrate dai servizi, se non successivamente ad una presa in carico del paziente da parte degli stessi. Inoltre, un gran numero di contatti e consulenze ha e ha avuto luogo anche attraverso il portale "Psy-Help Covid 19".

La rete provinciale Psy-Help COVID-19, attivata in aprile 2020 è orientata ad offrire un supporto psicologico e trattamenti terapeutici a gruppi di persone particolarmente vulnerabili affetti da malattie psichiche, a persone con problemi di dipendenza ma anche a coloro che in questo periodo hanno subito una perdita e stanno affrontando un lutto.

La rete garantisce inoltre assistenza psicologica ad operatori sanitari impegnati nell'assistenza alle persone malate, a pazienti colpiti dal virus, a soggetti positivi o a quelli sottoposti a misure di quarantena; la rete è a disposizione della popolazione e ha l'obiettivo di promuovere comportamenti adeguati e utili a gestire nel miglior modo la crisi che si sta attraversando.

Nel corso del 2020, quindi, la modalità di erogazione degli interventi causa pandemia si è modificata, e accanto ad interventi di emergenza sul campo, che si sono quasi raddoppiati rispetto all'anno precedente, sono state prevalentemente fornite consulenze telefoniche e video conferenze, che solo in casi eccezionali si sono trasformate in invii presso gli ambulatori specialistici.

Tabella 6.14 – Interventi e consulenze telefoniche/videoconferenze erogate dal servizio psicologico di emergenza

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Interventi sul posto	66	58	75	55	93 + 295*

*Consulenze telefoniche e video conferenze

Fonte: Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Un intervento mirato e precoce su eventuali malesseri psicologici di varia natura può ridurre notevolmente la sofferenza delle persone che ne sono affette, sia in questo particolare momento di pandemia che in generale nella vita di tutti i giorni.

Visto il protrarsi ancora per alcuni mesi della pandemia, e il protrarsi dell'adozione delle misure volte a tenere sotto controllo l'andamento della stessa, e considerate le conseguenze economiche e sociali che la pandemia ha causato, è verosimile attendersi che nei prossimi anni saranno necessari importanti interventi di supporto psicologico alle persone e alle loro famiglie.

Si prevede che le conseguenze psicologiche causate dalla disoccupazione, dalla perdita del posto di lavoro, dai lutti e dai prolungati isolamenti, possano avere una manifestazione ritardata e prolungata nel tempo.

Inoltre, sono in continuo aumento richieste di interventi psicologici in aree di assistenza in forte crescita, come ad esempio interventi a persone affette da demenza/Alzheimer, da disturbi del comportamento alimentare, o a persone affette dal disturbo dello spettro autistico e quant'altro.

L'azienda sanitaria ha il compito di monitorare e stimare il fabbisogno in tal senso nella popolazione residente in Provincia di Bolzano e, in caso di necessità, individuare anche modalità per una riorganizzazione della presa in carico e dell'assistenza, nonché attivare forme di lavoro autonome, di collaborazione coordinata e continuativa, per il reclutamento di psicologi e psicoterapeuti liberi professionisti, che possano integrare e supportare l'assistenza alle persone che ne abbisognano e garantire loro la continuità delle cure.

L'azienda sanitaria ha il compito di definire in apposito atto/documento la dimensione del fabbisogno e le linee di intervento da mettere in atto al fine di ampliare l'attuale offerta di servizi a favore dei bambini, degli adolescenti e adulti. L'azienda sanitaria deve definire e predisporre protocolli di collaborazione integrandosi anche con i diversi partner privati, in primis i con i consultori familiari. L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, il più possibile definiti, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati), tra servizi (psicologico-psichiatrico, etc.) e tra setting (ospedaliero, territoriale e se territoriale di che tipo), aziendale/comprenditoriale, etc.

Assistenza sanitaria erogata dai servizi psichiatrici

Da una macroanalisi di alcuni dati forniti dai centri di salute mentale fino al 2019 si registra un leggero e costante aumento degli utenti che si rivolgono ai centri.

Tabella 6.15 – Pazienti in carico ai centri di salute mentale

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Pazienti	9.884	10.446	8.927*	10.939	10.623
Valori per 1.000 abitanti	18,9	19,8	19,8*	20,5	19,9

*manca il dato 2018 del Comprensorio di Brunico

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

Anche per i centri di salute mentale nel corso del 2020, la modalità di erogazione degli interventi causa pandemia si è modificata, tante consulenze sono state fornite attraverso il portale di emergenza "Psy-Help Covid 19"; inoltre sono state effettuate consulenze telefoniche e video conferenze a pazienti già in carico ai servizi, ai quali sono state garantite anche prestazioni di psicoterapia e valutazioni di controllo psichiatrico. Numerose sono state le visite a domicilio, nel solo servizio psichiatrico di Merano queste sono state oltre 3.000.

Va segnalato, che comunque i tempi di attesa per l'accesso ai centri di salute mentale sono mediamente contenuti: circa sette giorni per Merano, Brunico e Bressanone e massimo 14 giorni per Bolzano.

I servizi psichiatri rilevano un fabbisogno assistenziale per le persone affette da disturbi mentali cronici, non più in grado di gestirsi in autonomia. Queste persone possono essere casi anche piuttosto complessi da un punto di vista assistenziale, altre volte non hanno ancora raggiunto l'età per essere eventualmente prese in carico dalle residenze per anziani.

La mancanza sul territorio provinciale di strutture idonee a tal fine, rende spesso necessario il ricovero presso strutture di riabilitazione o strutture residenziali, di fatto non adatte a questa tipologia di casistica. Queste persone vengono talvolta trasferite presso residenze sanitarie assistenziali ubicate nelle province limitrofe, lontane dal proprio ambiente di vita, con conseguenti disagi per loro e i loro familiari.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

In considerazione di un costante e continuo aumento della domanda per questa tipologia di casistica, l'azienda sanitaria deve adoperarsi, in stretta collaborazione con i servizi sociali, a creare un'offerta di strutture adeguate a soddisfare tale fabbisogno e adoperarsi, affinché siano individuati modelli alternativi di alloggio e di assistenza per queste persone, anche ampliando le attuali possibilità abitative (es. case IPES). L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati), tra servizi e tra i vari setting. L'Azienda sanitaria introduce lo strumento del "budget di salute" per gestire progetti terapeutico-riabilitativi individuali per persone con fabbisogni psico-sociali complessi e per promuovere la loro inclusione.

Assistenza sanitaria erogata dai servizi di psichiatria dell'età evolutiva

Le stesse considerazioni di cui sopra si lasciano valere anche per l'attività erogata dai servizi di psichiatria dell'età evolutiva, i cui dati sono riportati nella tabella sottostante. Il calo delle prestazioni erogate nel 2020 è attribuibile ad una mancata registrazione delle stesse, dovuto al cambio della modalità di erogazione (come spiegato sopra ai paragrafi precedenti).

Tabella 6.16 – Pazienti in carico ai servizi di psichiatria dell'età evolutiva

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Pazienti	1.081	1.117	1.074	1.153	1.128
Prestazioni	6.739	6.513	7.124	7.466	5.371

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

I servizi di psichiatria dell'età evolutiva stanno da anni assistendo ad un continuo e costante aumento del fabbisogno di assistenza psichiatrica a bambini e adolescenti. La pandemia ha generato poi ulteriori disturbi, che inevitabilmente stanno portando e porteranno ad un ulteriore aumento della domanda da parte della popolazione verso questi servizi. In particolare, oggi si assiste ancora di più a continui e significativi aumenti dei fenomeni quali l'autolesionismo, il ritiro sociale, i disturbi del comportamento alimentare, l'uso di sostanze. Questo trend avrà

inevitabilmente come conseguenza un aumento degli accessi e delle richieste di contatti da parte della popolazione, a cui il Servizio sanitario provinciale dovrà necessariamente far fronte.

Sia per potenziare i servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (garantendo la prevenzione e la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie), sia per tutelare la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo attraverso il reclutamento straordinario di professionisti sanitari quali ad esempio assistenti sociali e psicologi, per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, ai sensi dell'articolo 33 del decreto-legge n. 73/2021 ("Decreto Sostegni-bis"), convertito in legge 17 luglio 2021, n. 106, vengono previsti finanziamenti statali utilizzabili esclusivamente entro il 31.12.2021, per un totale di 246.006 €.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'azienda sanitaria ha il compito di definire in apposito atto/documento la dimensione del fabbisogno e le linee di intervento da mettere in atto al fine di ampliare l'attuale offerta di servizi a favore dei bambini e degli adolescenti.

In particolare, visto il crescente fabbisogno di giovani affetti da disturbi mentali, che hanno bisogno di assistenza sociale ma anche sanitaria in specifiche strutture, l'azienda sanitaria deve definire insieme alla Ripartizione Sociale, alle comunità comprensoriali e all'azienda dei servizi sociali di Bolzano, il nuovo fabbisogno di posti letto integrati presso le comunità socio-pedagogiche e socioterapeutiche. L'azienda sanitaria ha il compito di definire percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, che chiariscano i rapporti e le sinergie tra erogatori (pubblici e privati) e tra servizi, setting, etc.

Assistenza alle persone affette dai disturbi dello spettro autistico

Negli ultimi anni, i disturbi dello spettro autistico ha ricevuto una crescente attenzione sia a livello internazionale, ma anche a livello nazionale e nella Provincia di Bolzano.

Un'indagine condotta nel 2017 presso i servizi specialistici, che erogano assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico ha riportato che mediamente sono circa 400 le persone prese in carico. Un numero in crescita, che ha raggiunto nel 2020 la quota di circa 650 persone (circa 500 bambini e adolescenti e 150 adulti), registrando un incremento di più del 60% rispetto all'anno precedente.

Dietro a questo aumento c'è sicuramente oltre ad una maggior sensibilità verso la problematica a livello di comunità e di servizi, anche un'attività diagnostica più accurata, che permette di identificare i casi più precocemente.

La rete dei servizi specialistici sanitari per la cura delle persone con disturbo dello spettro autistico è definita e descritta nel Piano provinciale approvato dalla Giunta provinciale con propria deliberazione (**DGP n. 638 del 23 luglio 2019**).

Tuttavia, attualmente la rete ha grosse difficoltà a decollare e ad essere realizzata appieno, a causa di un numero limitato di risorse di personale, che deve operare nei servizi sanitari e sociali. Ciò causa lunghi tempi di attesa per la diagnosi precoce del disturbo dello spettro autistico nei bambini, così come anche per garantire le necessarie prestazioni terapeutico-riabilitative sia a bambini e adolescenti che a persone adulte.

Vi è inoltre un'urgente necessità di misure di sostegno e soccorso per le famiglie in situazioni molto complesse, che più volte hanno segnalato alle diverse istituzioni locali le gravi difficoltà che si trovano a dover affrontare per mancanza di strutture, idonee a erogare un'assistenza temporanea per il proprio figlio (centri diurni o strutture residenziali), preservandole da possibili sovraccarichi (burnout).

È necessario promuovere il reinserimento e l'integrazione del minore nella vita sociale mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso interventi sulla rete sociale formale e informale.

Molta attenzione deve essere prestata alla partecipazione attiva della famiglia, con interventi di sostegno, formazione ed orientamento ad essa dedicati e coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

L'azienda sanitaria, in stretto accordo con i servizi sociali delle comunità comprensoriali ha il compito di definire e identificare, distintamente per comprensorio sanitario, le strutture ed i servizi sanitari e sociali e le relative risorse di personale necessarie, al fine di garantire una risposta adeguata a questa tipologia di utenza e alle loro famiglie. Queste strutture svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e nel recupero e nel mantenimento della funzionalità.

L'azienda sanitaria ha il compito di realizzare un'adeguata rete dei servizi sia attraverso i propri servizi ed ambulatori specialistici, sia attraverso il supporto di strutture private specializzate con cui stipulare accordi contrattuali, sviluppando percorsi di integrazione e collaborazione fattiva. Inoltre, vanno previsti i setting mancanti, quali i centri diurni, posti letto residenziali oltre che il potenziamento dell'offerta ambulatoriale e socioassistenziale.

L'Azienda sanitaria deve indicare i provvedimenti programmatici/amministrativi emanati e adottati per l'ampliamento dell'offerta assistenziale, utile per dare una risposta appropriata a questa tipologia di utenza e alle loro famiglie.

Assistenza alle persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Nel 2020 in Provincia di Bolzano sono stati presi in carico dai servizi operanti sul territorio provinciale complessivamente 400 persone con disturbi del comportamento alimentare, di cui 176 nuovi casi.

Il fenomeno negli ultimi anni è in forte crescita come si evidenzia nella tabella.

Tabella 6.17 – Nuovi casi presi in carico negli ambulatori specialistici

Anno	2017	2018	2019	2020
Nuove prese in carico	124	122	196	179

Fonte: Azienda sanitaria Alto Adige

Il calo registrato nel corso del 2020 è facilmente imputabile alla pandemia, che ha portato molte persone a non recarsi presso gli ambulatori specialistici per timore di un possibile contagio.

Ciò porterà sicuramente ad aspettarsi nei prossimi mesi una significativa ripresa del fenomeno, caratterizzato anche da un numero sempre maggiore di casi a esordio precoce. I disturbi del comportamento alimentare sono in aumento e la casistica è sempre più giovane. Due terzi dei casi è comunque rappresentato da adulti di età maggiore di 18 anni.

L'attuale offerta di servizi per la cura dei DCA in Provincia di Bolzano può considerarsi sufficiente per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale erogata nei comprensori di Bressanone e Brunico. Qui i team sono attivi e hanno in gestione processi di cura complessi.

Diversa è la situazione per i comprensori di Bolzano e Merano, dove è necessario dare maggior strutturazione organizzativa all'offerta ambulatoriale, dotandola anche di personale dedicato.

Per le persone affette da DCA, siano esse bambini o adolescenti o persone adulte, la rete provinciale dei servizi, invece, è attualmente insufficiente per quanto riguarda la terapia

ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l'assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per l'Azienda sanitaria una priorità da perseguire nel corso di validità del presente provvedimento.

Inoltre, al fine di garantire un'adeguata rete di servizi ambulatoriali su tutto il territorio, l'Azienda sanitaria ha il compito di mettere in atto tutte le misure necessarie affinché anche l'offerta ambulatoriale per i residenti nei comprensori di Bolzano e Merano sia adeguatamente strutturata e dotata del personale necessario a rispondere ai bisogni della popolazione.

6.3.6 Assistenza sanitaria nel settore delle dipendenze

Le dipendenze da sostanze psicoattive o da comportamenti compulsivi costituiscono un problema complesso e di preoccupante attualità, al quale risponde un sistema sociosanitario di intervento costituito da servizi pubblici e del privato, integrati tra loro su tre livelli (sanitario/prevenzione/sociale).

Il lavoro della Rete Assistenziale trova il suo fondamento da un lato nelle Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto-Adige (DGP n. 3043/2003), dall'altro nelle più dettagliate istruzioni contenute nel Piano di settore Dipendenze (DGP n. 106/2013).

Entrambi questi importanti documenti di programmazione provinciale si trovano in fase di aggiornamento, soprattutto grazie all'impulso dell'Unità di Coordinamento provinciale sulle Dipendenze (organo collegiale incaricato con Legge Provinciale n. 3/2006 a elaborare piani di intervento nell'ambito della sua funzione consultiva per la Giunta Provinciale).

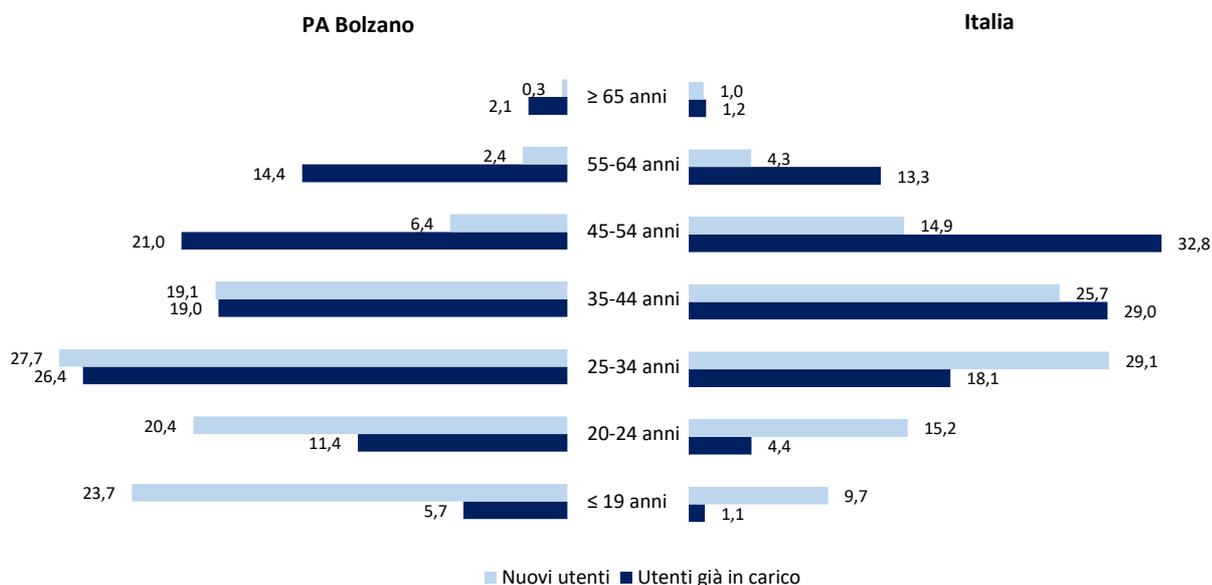
Nelle more di approvazione e aggiornamento dei piani sopra citati, si procede ad individuare quei settori delle dipendenze che, sulla base di riscontri avuti dai servizi, evidenziano al momento carenze dal punto di vista delle strutture sanitarie e conseguentemente di personale specializzato.

Tabella 6.18 – Nuovi casi presi in carico negli ambulatori specialistici

Anno	2016	2017	2018	2019
Pazienti	1.288	1.295	1.322	1.414
Prestazioni	193.086	191.259	209.479	211.389

Fonte: Flusso SIND e Ser.D - Azienda sanitaria Alto Adige

Il trend degli ultimi anni mostra gli utenti dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) in aumento nella nostra Provincia (vedasi anche la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2020).



Fonte: Ministero della Salute – NSIS (<https://nsis.sanita.it/>) - accesso 09/02/2021

In Provincia di Bolzano si riscontra il fabbisogno di **posti letto** per specifiche esigenze nel settore delle dipendenze, da realizzare **in tempi rapidi**; esigenza che è diventata ancor più urgente ed emergente durante tutte le fasi della pandemia.

In particolare, dato il rifiuto di accogliere pazienti da parte dell'unica struttura ospedaliera a livello provinciale dedicata alle **disintossicazioni**, i servizi e gli ambulatori sul territorio si sono trovati in forte difficoltà, non potendo contare su una rete sviluppata di offerte alternative.

Se da un lato mancano posti letto dislocati in più strutture, dedicati alla disintossicazione da sostanze, d'altro canto anche le possibilità di ricoveri necessari alla **stabilizzazione** dei pazienti risultano attualmente carenti.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Dato che stanno cambiando le modalità di consumo di sostanze stupefacenti, servono posti letto disponibili in tempi rapidi per gestire crisi psicosociali, perdite di controllo sull'uso di sostanze, soprattutto eccitanti e progetti di stabilizzazione del sintomo, ma anche per poter garantire periodi di astensione necessari per proseguire altri obiettivi di salute, p.e. trattamenti di altre patologie infettivologiche o internistiche, effettuare visite specialistiche per ottenere un'invalità civile ecc.

Al fine di riuscire a garantire un'adeguata assistenza a questa categoria di utenza l'Azienda sanitaria deve quantificare il fabbisogno di posti letto extraospedalieri per la disintossicazione e la stabilizzazione dei pazienti e stipulare eventuali accordi contrattuali con strutture private.

Inoltre, una particolare criticità riscontrata ed acuitasi durante il periodo pandemico riguarda il trattamento dei **cittadini stranieri** senza permesso di soggiorno (STP).

Attualmente in Provincia di Bolzano manca un percorso strutturato ed idoneo circa l'offerta di cure per questa tipologia di utenza, in attuazione anche delle disposizioni nazionali (D. Lgs. n. 286/1998, art. 35) e che permetta a questi pazienti di ricevere un'adeguata assistenza sanitaria

c.d. salvavita nel settore delle dipendenze (molto spesso aggravate dalla comorbilità con una psicopatologia).

L'Azienda sanitaria deve definire e predisporre un documento che definisca il suddetto percorso.

6.3.7 Assistenza a persone malate di AIDS e altre patologie croniche derivanti dall'abuso di sostanze tossiche

Al momento le persone sieropositive e affette da AIDS sono trattate in una comunità alloggio a carattere sociosanitario ad alta integrazione sanitaria, che ospita anche altre persone affette da patologie croniche derivanti da abuso di sostanze tossiche (droga e alcool). Attualmente la struttura può ospitare al massimo 14 ospiti contemporaneamente, come stabilito nell'accordo contrattuale con l'azienda sanitaria.

Tabella 6.19 – Pazienti in carico alla comunità alloggio

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Ospiti	16	19	17	20	23
Giornate di presenze anno	4.786	4.329	4.011	4.348	4.226

Fonte: Azienda sanitaria

Al fine di cercare di mantenere o migliorare la qualità di vita degli ospiti, l'accoglienza e i servizi garantiti a questa tipologia di utenza ricoprono l'intera giornata, ossia sono garantiti 24h/24h.

Indirizzi per l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Al fine del recupero dell'attività non eseguita nel corso dell'anno pandemico 2020 è concesso all'Azienda sanitaria di predisporre piani e documenti per il fabbisogno crescente e linee di intervento da mettere in atto per ampliare l'attuale offerta di servizi a favore di persone gravemente compromesse dalla sieropositività, malate di AIDS e altre persone con patologie croniche derivanti da abuso di sostanze tossiche (droga e alcool).

L'azienda sanitaria ha il compito di **valutare**, tramite l'unità operativa di malattie infettive, la necessità di **ampliare** l'offerta, ossia l'**accoglienza**, sia presso il centro diurno, che presso la struttura residenziale e quantificare tale esigenza. Si tratta, infatti, di integrare e ampliare l'assistenza a questa tipologia di utenza, che potrebbe vivere in autonomia, con un adeguato supporto e una maggior strutturazione del quotidiano, possibile attraverso una figura professionale quale l'ergoterapista.

6.4 Ulteriori fabbisogni sanitari

Qualora l'Azienda sanitaria evidenziasse nuovi fabbisogni, non rilevabili attualmente e non riportati in questo documento, potrà in ogni momento segnalarli, supportandoli con adeguata documentazione, e richiedere all'Assessorato alla salute di avviare il processo di accreditamento rispetto alla tipologia di assistenza da soddisfare.

L'Assessorato procederà – se ritenuto compatibile col quadro di programmazione provinciale – ad integrare il presente documento e a segnalare sul portale provinciale della Salute gli ambiti in cui è rilevato un fabbisogno ancora non soddisfatto.

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

Die Amtsdirektorin 21/12/2021 11:48:28 La Direttrice d'ufficio
MELANI CARLA

Der Abteilungsdirektor 21/12/2021 11:51:56 Il Direttore di ripartizione
ORTLER JOHANNES

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

Rientra in precedente impegno /
Bereits zweckgebunden
Delibera/Beschluss nr./Nr. 979
del/vom 2020 € 1.230.000.000,00,
Cap./Kap. U13011.0000_U0001266.

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 21/12/2021 16:40:23 Il Direttore dell'Ufficio spese
PELLE LORENZO

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

Der Direktor des Amtes für Einnahmen Il Direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

23/12/2021

Die Vizeregenssekretärin
La Vice Segretaria Generale

MARKART MARION

23/12/2021

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 96 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 96 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: Marion Markart

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

Ausstellungsdatum

14/12/2021

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

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

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma