Beschluss der Landesregierung

Deliberazione della Giunta Provinciale

Nr. 915
Sitzung vom 05/11/2019
Seduta del

ANWESEND SIND		SONO PRESENTI
Landeshauptmann	Arno Kompatscher	Presidente
Landeshauptmannstellvertr.	Arnold Schuler	Vicepresidente
Landeshauptmannstellvertr.	Daniel Alfreider	Vicepresidente
Landesräte	Philipp Achammer	Assessori
	Massimo Bessone	
	Waltraud Deeg	
	Maria Hochgruber Kuenzer	
	Thomas Widmann	
Generalsekretär	Eros Magnago	Segretario Generale

Betreff:

Landesplan zur Verwaltung der Wartezeiten 2019-2021

Oggetto:

Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021

Vorschlag vorbereitet von Abteilung / Amt Nr. 23.2 Proposta elaborata dalla Ripartizione / Ufficio n.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Das am 21. Februar 2019 von der ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen von Trient und Bozen unterzeichnete Abkommen betreffend den „Nationalen Plan zur Steuerung der Wartezeiten für den Dreijahreszeitraum 2019-2021“ sieht vor, dass die Regionen und die Autonomen Provinzen innerhalb von 60 Tagen den Nationalen Plan übernehmen und innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Abschlusses des Abkommens den eigenen Landesplan zur Steuerung der Wartezeiten anwenden.

L’Intesa del 21 febbraio 2019 siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021” prevede che le Regioni e le Province Autonome provvedano a recepire il Piano Nazionale e ad adottare entro 60 giorni dalla stipula dell’Accordo il proprio Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa.

Artikel 15 und 16 des Dekretes des Präsidenten des Ministerrates vom 12. Januar 2017 regeln die fachärztliche Betreuung.

Gli articoli 15 e 16 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 regolamentano l’assistenza specialistica.

Die Vereinbarung der Konferenz Staat-Regionen vom 14.02.2002 legt die Prioritätskriterien für den Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Leistungen und für die Definition der maximalen Wartezeiten fest.

L'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14.02.2002 definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e per la definizione dei tempi massimi di attesa.

Artikel 52, Absatz 4, Buchstabe c) des Gesetzes Nr. 289 vom 27.12.2002 sieht vor, dass die Regionen/Autonomen Provinzen, im Rahmen der Aufgaben, die sie erfüllen müssen, für die Umsetzung von angemessenen Maßnahmen auf dem eigenem Territorium sorgen, welche, welche auf die Beseitigung oder eine signifikative Eindämmung der Wartelisten abzielen.

L’articolo 52, comma 4, lettera c) della Legge n. 289 del 27.12.2002 prevede che le Regioni/Province Autonome, tra gli adempimenti a cui sono tenute, provvedano all'attuazione sul proprio territorio di adeguate iniziative finalizzate all’eliminazione o al significativo contenimento delle liste di attesa.

Das Dokument des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialpolitik “Sistema Centro Unico di prenotazione, Linee guida ministeriali”, vom 27.10.2009, welches im Rahmen des “Programma Mattoni SSN” ausgearbeitet wurde legt die auf nationales Ebene als Bezug geltenden Leitlinien für die Realisierung und/oder Weiterentwicklung der einzigen Systeme „Einzige Vormerkungsstelle“ auf Provinzebene und/oder Betriebsebene fest.

Il documento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali “Sistema Centro Unico di prenotazione, Linee guida ministeriali”, del 27.10.2009, elaborato nell’ambito del “Programma Mattoni SSN”, definisce le linee guida di riferimento nazionali per la realizzazione e/o l’evoluzione di sistemi Centro Unico di Prenotazione a livello provinciale e/o aziendale.

Das von der Konferenz Staat- Regionen in der Sitzung vom 29.04.2010 unterzeichnete Abkommen, definiert die “Nationalen Leitlinien für das System „Einzige Vormerkungsstelle“.

L'intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29.04.2010 definisce le “Linee guida nazionali del sistema Centro Unico di Prenotazione”.

Das Dekret des Ministeriums für Wirtschaft und Finanzen vom 02. November 2011 regelt die „Digitalisierung der ärztlichen Verschreibung in Papierform, laut Artikel 11, Absatz 16, des Gesetzesdekretes Nr. 78 vom 2010“.

Il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 02 novembre 2011 regolamenta la “De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010”.

Der „Landesgesundheitsplan Südtirol 2016-2020“, unterstreicht unter anderem die Notwendigkeit, dass jeder Patientin/jedem Patienten, fußend auf der Grundlage des Prinzips des „Best Point of Service“, die

Il “Piano Sanitario Provinciale dell’Alto Adige 2016-2020” sottolinea tra l’altro la necessità che a ciascun paziente vada fornita, in base al principio del best point of service, la prestazione di cui necessita realmente nel

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Leistung, welche sie/er tatsächlich benötigt, im hinsichtlich der Qualität des Dienstes bestmöglichem Ort, und wo die Wartezeiten auf ein Mindestmaß eingegrenzt werden können geliefert werden.

miglior luogo possibile per la qualità del servizio e dove si possono ridurre al minimo i tempi d'attesa.

Der Beschluss der Landesregierung vom 23. Mai 2011, Nr. 856 genehmigt den Landesplan zur Eindämmung der Vormerkzeiten für fachärztliche Leistungen.

La delibera della Giunta Provinciale del 23 maggio 2011, nr. 856, approva il Piano Provinciale per il contenimento dei tempi di prenotazione per le prestazioni mediche specialistiche.

Der Beschluss der Landesregierung Nr. 768 vom 05.07.2016 i.d.g.F. genehmigt den Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LKVL) zum Zweck der Umsetzung der digitalisierten Verschreibung.

La delibera provinciale n. 768 del 05.07.2016 e s.m.i. approva il Catalogo Provinciale del Prescrivibile (CPP) ai fini dell'implementazione della ricetta dematerializzata.

Das Phänomen der „Wartelisten" existiert in allen Staaten, in welcher einen Gesundheitsdienst aktiv ist, der hoch entwickelte Betreuungsstandards gewährleistet, unabhängig vom effektiv angewandten Organisationsmodell.

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove è attivo un servizio sanitario che assicuri livelli di assistenza evoluti, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

Eine systematische Überwachung der Wartezeiten, wie von der entsprechenden gesamtstaatlichen Bestimmung vorgesehen, ist unverzichtbar, um einen sachlichen Nutzen der durchgeführten Maßnahmen zu erhalten und eine Vergleichsanalyse mit den Gesundheitssystemen anderer Regionen zu erleichtern.

È indispensabile un monitoraggio sistematico dei tempi di attesa, così come previsto dalla normativa nazionale di riferimento, al fine di avere un ritorno oggettivo degli interventi attuati e di agevolare un'analisi comparativa con gli altri sistemi sanitari regionali.

Kapitel 5 des Koalitionsvertrages zwischen „Südtiroler Volkspartei" und „Lega Salvini Alto Adige-Südtirol" für die Legislaturperiode 2018-2023 sieht vor, dass die Wartezeiten für fachärztliche Leistungen und Facharztvisiten kontinuierlich abgebaut werden sollen.

Il capitolo 5 dell'Accordo di Governo tra la "Südtiroler Volkspartei" e la "Lega Salvini Alto Adige-Südtirol" per la legislatura 2018-2023 prevede che i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e le visite dei medici specialisti andranno continuamente ridotti.

Vorliegender Landesplan bleibt bis zur Genehmigung des neuen „Landesplans zur Steuerung der Wartezeiten" in Kraft.

Il presente Piano provinciale rimane in vigore fino all'approvazione del nuovo "Piano provinciale per il governo delle liste di attesa".

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb muss innerhalb von 60 Tagen ab Genehmigung dieses Landesplanes einen „Betrieblichen Umsetzungsplan" erstellen.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta a presentare un "Piano attuativo aziendale" entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano Provinciale.

Dies vorausgeschickt,

Ciò premesso,

beschließt

LA GIUNTA PROVINCIALE

DIE LANDESREGIERUNG

delibera

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

a voti unanimi legalmente espressi:

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

1. den „Landesplan zur Verwaltung der Wartezeiten“ für den Dreijahreszeitraum 2019-2021 laut Anlage A, welche integrierender Bestandteil dieses Beschlusses ist, zu genehmigen;

2. die Ziele des Südtiroler Sanitätsbetriebes für den Zeitraum 2019-2022 laut Anlage B, welche integrierender Bestandteil dieses Beschlusses ist, zu genehmigen;

3. festzulegen, dass im Umsetzungsplan des Sanitätsbetriebes die Bestimmung eines Verantwortlichen für die Umsetzung der Maßnahmen, welche im vorliegenden Landesplan und im Umsetzungsplan enthalten sind, vorgesehen wird;

4. festzulegen, dass die Ziele des Sanitätsbetriebes laut Anlage B aktualisiert werden können;

5. festzulegen, dass vorliegender Landesplan bis zur Genehmigung des neuen Landesplanes zur Steuerung der Wartezeiten in Kraft bleibt;

6. den Beschluss der Landesregierung Nr. 856 vom 23. Mai 2011 zu widerrufen;

7. dass dieser Beschluss keine Ausgaben zu Lasten des Verwaltungshaushalts mit sich bringt.

8. diesen Beschluss gemäß Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe d) des Regionalgesetzes vom 19. Juni 2009, Nr. 2 im Amtsblatt der Region zu veröffentlichen, da die entsprechende Maßnahme an die Allgemeinheit gerichtet ist.

1. di approvare il Piano Provinciale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 di cui all’allegato A, che fa parte integrante della presente deliberazione;

2. di approvare l’allegato B “Obiettivi dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige per il periodo 2019-2022” che fa parte integrante della presente deliberazione;

3. di stabilire, che nel piano attuativo dell’Azienda Sanitaria venga prevista l’individuazione di un responsabile dell’implementazione delle misure indicate nel presente piano provinciale e nel piano attuativo;

4. di stabilire che gli obiettivi dell’Azienda Sanitaria cui all’allegato B potranno essere oggetto di revisione;

5. di stabilire che il presente Piano Provinciale rimane in vigore fino all’approvazione di un nuovo Piano provinciale per il governo delle liste di attesa;

6. di revocare la delibera provinciale n. 856 del 23 maggio 2011;

7. di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio finanziario gestionale;

8. di provvedere alla pubblicazione della presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, lettera d) della legge regionale 19 giugno 2009, n. 2, in quanto trattasi di un atto destinato alla generalità dei cittadini.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

ALLEGATO A

PIANO PROVINCIALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Indice

1. Premessa 3
2. Abbreviazioni 5
3. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale 6
3.1. Prestazione di primo accesso 6
3.2. Prestazione di accesso successivo 6
3.3. Tempo massimo di attesa per classe di priorità 7
3.4. Correttezza e appropriatezza prescrittiva 7
3.5. Appropriatezza organizzativa 8
3.6. Gestione delle agende di prenotazione 8
3.7. Mancata disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 9
3.8. Sospensione dell'attività di prenotazione e di erogazione 9
4. Ricoveri programmati e Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali 10
4.1. Le liste di attesa in regime di ricovero 10
4.2. I Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali 11
5. L'offerta di prestazioni 13
5.1. Pianificazione dell'offerta istituzionale 13
5.2. Misure per incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali 13
5.3. Integrazione e sviluppo di sinergie con il settore privato 14
5.4. Il potenziamento dell'assistenza primaria 14
5.5. Convenzioni con strutture private accreditate 14
5.6. Attività libero professionale intramuraria 15
5.7. Convenzioni con persone giuridiche paganti 15
5.8. Acquisto di prestazioni aggiuntive 16
5.9. Percorsi di Tutela 16
5.10. Parco Macchine 16
6. Canali di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali 17
6.1. Centro Unico di Prenotazione Provinciale 17
6.2. Prenotazione all'atto della prescrizione 17
6.3. Assistenza primaria 17
6.4. Unità operative dell'Azienda Sanitaria 17
6.5. Altri canali di prenotazione istituzionali 18
6.5.1. Prenotazione online 18
6.5.2. App mobile 18
6.5.3. Canale di prenotazione virtuale (chatbot) 18
6.5.4. Sportelli multifunzionali 18
6.6. Farmacie sul territorio 18

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

6.7. Sistema di recall/reminder 18
7. Monitoraggio 19
7.1. Oggetto del monitoraggio 19
7.2. Prestazioni ambulatoriali 19
7.2.1. Tipologia di monitoraggio 19
7.2.2. Ambito di garanzia 20
7.2.3. Monitoraggio ex ante 20
7.2.4. Monitoraggio ex post 20
7.3. Prestazioni in regime di ricovero 20
7.3.1. Tipologia di monitoraggio 20
7.3.2. Pubblicazione tempi di attesa 21
7.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione 21
7.5. Monitoraggio dei PDTA 21
7.6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ALPI 21
7.7. Monitoraggio Siti Web 21
7.8. Valutazione di concordanza 22

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

1. Premessa

La problematica dei tempi di attesa è diffusa in diversi paesi dell'OCSE e coinvolge quasi tutti gli ambiti specialistici. Trovare un buon equilibrio tra domanda, offerta, aspettative della popolazione e risorse disponibili è una sfida molto complessa e rappresenta per i sistemi sanitari un importante obiettivo strategico.

Questo fenomeno riveste particolare importanza per l'organizzazione del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni.
È fondamentale pertanto coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, che devono intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste strategie sono anche perseguibili con un puntuale e costante monitoraggio dei tempi di attesa.
Il governo delle liste di attesa deve pertanto affrontare cinque macro-aree di intervento:

- la domanda di prestazioni
- l'offerta assistenziale
- l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa
- i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni
- il monitoraggio dei tempi di attesa.

Fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la carenza di personale medico e tecnico assistenziale sul mercato e le difficoltà organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili.
Il SSP deve garantire sia un'adeguata e costante formazione dei medici in tema di appropriatezza che una continua sensibilizzazione e informazione dei cittadini, finalizzata ad una loro maggiore responsabilizzazione rispetto alla richiesta di prestazioni.
Prerequisito per un ottimale governo dei tempi di attesa è l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

Costituiscono pertanto punti cardine del Piano Provinciale per il Governo delle liste di attesa 2019-2021 i seguenti ambiti:

- il completamento del processo di riorganizzazione dei Servizi di prenotazione attraverso la creazione di un Centro Unico di Prenotazione Provinciale (CUPP)
- l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione
- la promozione di iniziative mirate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e ad una migliore collaborazione tra l'assistenza primaria e quella specialistica
- l'utilizzo sistematico delle classi di priorità per la prescrizione delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso e dei ricoveri programmati

- l’implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), in particolare quelli cardiovascolari e oncologici
- la programmazione dei volumi di prestazioni da parte dei soggetti erogatori
- la trasparenza del ciclo di pianificazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati, del monitoraggio delle prestazioni prenotate, della gestione delle liste di attesa e dell’erogazione delle prestazioni offerte dal SSP.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

2. Abbreviazioni

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale
ALPI: Attività Libero Professionale Intramuraria
CPP: Catalogo Provinciale del Prescrivibile
CUPP: Centro Unico di Prenotazione Provinciale
HTA: Health Technology Assessment
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MMG: Medico di Medicina Generale
PDTA: Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PNGLA: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
POA: Programma Operativo Annuale
PSP: Piano Sanitario Provinciale 2016-2020
RAO: Raggruppamenti di Attesa Omogenei
SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSP: Servizio Sanitario Provinciale

Nota: Per una maggiore leggibilità si rinuncia all'uso contemporaneo della forma maschile e femminile. I sostantivi riferiti a persone sono quindi da attribuire ad entrambi i sessi.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

3. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale

É di fondamentale importanza distinguere a livello di prescrizione, prenotazione ed erogazione, le prestazioni di primo accesso, per le quali devono essere rispettati i tempi massimi di attesa, dalle prestazioni di accesso successivo, per le quali il paziente è già stato preso in carico dal medico curante.

3.1. Prestazione di primo accesso

Le prime visite specialistiche e le prestazioni diagnostico strumentali di primo accesso, per essere definite tali, devono rientrare in una delle tre sottostanti categorie:

1. il problema clinico di un paziente viene affrontato per la prima volta all'interno del SSP
2. visita o prestazione strumentale di approfondimento erogata da uno specialista diverso dal primo osservatore (e richiesta dallo stesso)
3. un paziente cronico già noto al servizio presenta un nuovo problema clinico non correlato alla malattia già diagnosticata.

In tutti e tre i casi il percorso diagnostico si conclude con la stesura della necessaria documentazione clinica ed eventualmente del piano diagnostico-terapeutico.

3.2. Prestazione di accesso successivo

Per visita di controllo o prestazione diagnostico strumentale di accesso successivo si intende una prestazione successiva ad un primo inquadramento diagnostico, che deve rientrare in una delle sottostanti categorie:

1. prestazioni finalizzate a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso
2. prestazioni erogate a pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentano un nuovo problema di salute collegato alla malattia per la quale sono in carico al servizio o riacutizzazioni della stessa
3. prestazioni successive al primo inquadramento diagnostico e/o programmate dallo specialista o Medico di medicina generale (MMG) o Pediatra di libera scelta (PLS) che ha già preso in carico il paziente
4. prestazioni richieste ed erogate dalla stessa unità operativa che ha eseguito la prima visita per completare l'iter diagnostico
5. prestazioni di *follow up* (controllo continuo o periodico programmato)
6. prestazioni per l'eventuale conferma dell'esenzione per patologia
7. rivalutazioni dei piani terapeutici. Il piano terapeutico viene rivalutato preferibilmente da remoto e successivamente comunicato al paziente in modalità digitale. Se necessaria la presenza *de visu* del paziente, si invita a far coincidere il momento della rivalutazione con la visita di controllo.

Anche in questi casi la visita si conclude con l'aggiornamento o la conferma del piano diagnostico-terapeutico.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

3.3. Tempo massimo di attesa per classe di priorità

La classe di priorità è da attribuirsi esclusivamente a tutte le prestazioni ambulatoriali di primo accesso.
Sono previste le seguenti classi di priorità con i relativi tempi massimi:

- U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 24 ore
- B (Breve) da eseguire entro 10 giorni
- D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostico strumentali
- P (Programmata) prestazioni che possono essere programmate in un arco temporale maggiore, in quanto non influenzano prognosi, dolore, disfunzione o disabilità. Sono da eseguirsi oltre il tempo massimo previsto per la corrispondente prestazione differibile (D) e comunque, a partire dal 1/1/2020 entro 120 giorni.

Il tempo massimo di attesa definito per classe di priorità decorre dal momento della prenotazione.
Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, con particolare riguardo alla classe di priorità breve (B), la prestazione prescritta deve essere prenotata dall'interessato tempestivamente e, ove possibile, contestualmente al rilascio della prescrizione.
I pazienti con richiesta di prestazione urgente (U) accedono direttamente alla struttura erogante senza prenotazione, così come definito con successivo provvedimento provinciale.

3.4. Correttezza e appropriatezza prescrittiva

La correttezza prescrittiva riveste un ruolo fondamentale a garanzia della corretta erogazione dei LEA. L'atto della prescrizione non va pertanto considerato da parte del personale medico un mero adempimento burocratico, ma un vero e proprio atto sanitario, che ricade sotto la sua diretta responsabilità.
Per effettuare la prenotazione di una prestazione è obbligatoria la prescrizione medica compilata in modo corretto ad eccezione delle prestazioni ad accesso diretto, che saranno regolamentate con atto successivo.
Tutti i medici prescrittori devono obbligatoriamente indicare sulla prescrizione:

- il quesito o il sospetto diagnostico, che motiva la richiesta della prestazione
- la classe di priorità per le prime visite e le prestazioni diagnostico strumentali di primo accesso
- il codice e la descrizione della prestazione, così come previsto dal catalogo provinciale del prescrivibile (CPP)
- la tipologia di accesso, per indicare se si tratta di un primo accesso o di un accesso successivo, salvo laddove non già espressamente specificato, per le prestazioni oggetto di monitoraggio che riportano nel campo "Tipo accesso" del CPP la variabile "X".

Per le prestazioni di accesso successivo è prevista l'indicazione di un periodo entro il quale deve essere erogata la prestazione.
Qualora sulla ricetta rossa, ove non sostituita dalla ricetta dematerializzata, non sia indicata la classe di priorità, viene attribuita in automatico la classe di priorità P

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

"programmata", deducendo che il medico prescrittore non ravvisi alcuna motivazione clinica per la quale la prestazione debba essere erogata entro un determinato lasso temporale.

In ambito di appropriatezza prescrittiva è di particolare rilevanza l'applicazione del modello Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), un modello per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Tale modello, guidando il comportamento prescrittivo dei professionisti, favorisce una corretta e appropriata assegnazione della classe di priorità in linea con il reale bisogno di salute del paziente.

Le azioni in tema di appropriatezza prescrittiva riguardano i seguenti aspetti:

- aggiornamento costante dei protocolli RAO esistenti ed eventuale definizione di nuovi protocolli per le prestazioni specialistiche, che presentano lunghi tempi di attesa, in stretta collaborazione con i diversi professionisti coinvolti
- definizione ed aggiornamento dei PDTA
- adozione di tutte le misure necessarie per l'implementazione informatica dei RAO e dei PDTA all'interno dei software prescrittivi
- verifica della congruità della richiesta di prestazioni sanitarie, intesa come coerente compilazione della classe di priorità, rispetto a quanto definito nei RAO ed individuazione dei prescrittori a maggiore incidenza di prescrizioni inappropriate
- valutazione di corrispondenza su base campionaria, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista (analisi di concordanza)
- verifica della congruità delle richieste di prestazioni sanitarie, con quanto previsto e definito nei PDTA.

3.5. Appropriatezza organizzativa

Le azioni in tema di appropriatezza organizzativa devono riguardare i seguenti aspetti:

- razionalizzazione dell'offerta, separazione e pianificazione dell'offerta istituzionale e libero-professionale
- articolazione dell'offerta per tipologia di accesso
- definizione di standard aziendali di prenotazione per branca specialistica, al fine di omogenizzare le modalità di accesso alla prenotazione e le modalità di erogazione
- garanzia che le prenotazioni inerenti alle visite di controllo e alle prestazioni di accesso successivo, se richieste dallo stesso servizio che le eroga, vengano prenotate contestualmente alla loro prescrizione dagli stessi servizi eroganti.

3.6. Gestione delle agende di prenotazione

L'Azienda Sanitaria, che governa tutte le agende di prenotazione, deve realizzare una rete integrata di servizi di prenotazione finalizzata a perseguire i seguenti obiettivi:

- un'equa distribuzione delle richieste di prestazioni sanitarie ed un'equa offerta di accesso alle stesse
- un'ottimale gestione dei meccanismi di prenotazione, finalizzata al massimale riempimento delle agende anche attraverso la regola del "rincalzo"; tale regola prevede che slot offerti per una determinata prestazione e/o classe di priorità non

occupati con quanto previsto entro un lasso di tempo prestabilito possano essere occupati con prestazioni e/o classi di priorità differenti
- un'adeguata capacità di monitoraggio dei flussi di prenotazione dell'offerta e della domanda, finalizzata ad una ottimale programmazione dell'attività da parte dei vari reparti e servizi
- la ricerca della massima trasparenza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, sia nei confronti degli organi di controllo, che della popolazione.

Per il raggiungimento di questi obiettivi è fondamentale che tutte le agende di prenotazione siano digitalizzate e gestite sulla piattaforma unica aziendale ossia sul sistema informatico aziendale di gestione delle agende (CUPWEB), sia per le strutture pubbliche che private convenzionate.

3.7. Mancata disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il cittadino, che ha prenotato una prestazione ambulatoriale e non intende o non può presentarsi all'appuntamento, è tenuto a disdirlo secondo le modalità previste dalla normativa vigente, pena l'irrogazione di una sanzione amministrativa.
La sanzione viene comminata anche se il cittadino è esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito, età, patologia.

3.8. Sospensione dell'attività di prenotazione e di erogazione

La sospensione programmata dell'attività di prenotazione e di erogazione è di regola vietata. L'Azienda Sanitaria definisce un regolamento in merito alle situazioni di sospensione e ne garantisce il rispetto.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

4. Ricoveri programmati e Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali

4.1. Le liste di attesa in regime di ricovero

Nell'ambito delle prestazioni erogate in regime di ricovero programmato vengono definite liste di attesa costruite secondo criteri di appropriatezza assistenziale e classi di priorità. Per i ricoveri programmati erogati dalle strutture pubbliche e private convenzionate la Provincia adotta le seguenti classi di priorità, da riportare obbligatoriamente nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). La finalità del presente Piano è quella di diversificare il flusso dei pazienti inseriti nelle liste di attesa.

Per tale ragione l'Azienda Sanitaria deve prioritariamente:

1. adottare sistematicamente le seguenti classi di priorità nella programmazione dei ricoveri:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazione
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

2. omogeneizzare i criteri per l'assegnazione delle classi di priorità
3. introdurre eventuali criteri aggiuntivi per una più specifica stratificazione delle classi di priorità per patologie a grande diffusione o di rilevanza critica
4. adottare un modello organizzativo omogeneo a livello provinciale per la gestione delle liste, affinché sia possibile in qualsiasi momento per il paziente e gli operatori conoscere la posizione nella lista stessa e la data di ricovero programmato.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

A tal fine la Provincia provvede ad elaborare le linee guida provinciali per i diversi setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario e comprensivi di week hospital[1] (medico e chirurgico/ricovero ordinario breve 48-72 ore), ricovero diurno (day hospital[2] e day surgery[3]/one day surgery[4]) e assistenza ambulatoriale complessa (pacchetti ambulatoriali per area medica e chirurgica, chirurgia ambulatoriale). L'allocazione della prestazione di ricovero dovrà tenere in considerazione il modello integrato degli ospedali in rete, nonché il modello "un ospedale-due sedi" come previsto dal vigente Piano Sanitario Provinciale 2016-2020 (PSP).

L'Azienda sanitaria provvede inoltre a:

- definire criteri trasparenti di monitoraggio del rispetto delle priorità assegnate
- informatizzare le liste di attesa e a darne debita pubblicità a garanzia della trasparenza
- prevedere la graduale centralizzazione delle liste di attesa presso le Direzioni mediche ospedaliere.

Tutto ciò al fine di migliorare l'organizzazione delle liste d'attesa sia a livello del presidio ospedaliero che a livello aziendale favorendo l'efficienza dell'utilizzo delle sale operatorie dislocate negli ospedali provinciali e per garantire una distribuzione appropriata dei posti letto nelle diverse discipline.

Le prestazioni ambulatoriali complesse erogate in regime di day service[5], ai fini dell'applicazione delle classi di priorità, sono da equiparare alle prestazioni erogate in regime di ricovero.

4.2. I Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali

Considerata la rilevanza sanitaria e sociale delle patologie croniche si ritiene opportuno dedicare particolare attenzione e priorità nella definizione dei relativi PDTA.
Il trattamento delle patologie neoplastiche si sviluppa secondo PDTA che sono una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello di ricovero, e/o ambulatoriale e/o territoriale, con la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, l'assistenza domiciliare e l'utilizzo di tecnologie innovative quali ad esempio la telemedicina, il teleconsulto, nonché con il coinvolgimento attivo nel processo di cura del paziente e/o del suo caregiver[6].

Risultano fondamentali a tale scopo:

- lo sviluppo delle reti territoriali di assistenza
- il coinvolgimento dei MMG nella continuità assistenziale

[1] Week Hospital (medico e chirurgico): modello assistenziale e organizzativo in regime di ricovero ordinario per interventi chirurgici di bassa o media complessità e/o per l'effettuazione di procedure diagnostico-terapeutiche che prevede una degenza entro i 5 giorni
[2] Day Hospital: (in italiano ricovero diurno) è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata)
[3] Day Surgery: definisce la possibilità di effettuare interventi o altre procedure diagnostiche o terapeutiche su pazienti che vengono dimessi nella stessa giornata di ammissione in regime di anestesia locale o totale
[4] One Day Surgery: l'intervento prevede una notte in regime di ricovero
[5] Day Service: modello di assistenza specialistica ambulatoriale che gestisce casi clinici complessi, attraverso visite, esami strumentali e terapie che coinvolgono diversi professionisti e favorisce la presa in carico dei pazienti
[6] Caregiver: colui che si prende cura di una persona

- l'integrazione ospedale-territorio
- il potenziamento delle cure palliative.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.
Si darà seguito alla costruzione di PDTA per le principali patologie croniche a maggiore impatto assistenziale (diabete, scompenso cardiaco, broncopatia cronico ostruttiva, malattie reumatiche), come previsto dal Masterplan Chronic Care 2018-2020.
I PDTA che prevedono il coinvolgimento di istituzioni e organismi diversi (Azienda Sanitaria, MMG, settore sociale, associazione dei pazienti, …) saranno approvati dalla Giunta provinciale. Per quanto riguarda invece i PDTA, che coinvolgono esclusivamente servizi/unità operative interne all'Azienda Sanitaria, saranno approvati con provvedimento della stessa.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

5. L'offerta di prestazioni

5.1. Pianificazione dell'offerta istituzionale

Nell'ambito dell'offerta istituzionale, che concerne le prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate, la Provincia prevede che la pianificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero programmato, nonché i relativi tempi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità, rappresentino un LEA che l'Azienda Sanitaria è tenuta a garantire, attraverso l'articolazione dei punti di erogazione previsti nelle sue strutture o con essa convenzionate.

Presupposto per la pianificazione dell'offerta di prestazioni è la mappatura delle strutture e dei punti di erogazione che devono essere accreditati in caso di strutture pubbliche e sia accreditati che convenzionati nel caso di erogatori privati. La programmazione delle prestazioni viene effettuata avvalendosi di criteri orientati all'equità di accesso, alla qualità e sicurezza, alla trasparenza, all'appropriatezza e alla sostenibilità economica ed organizzativa. L'allocazione delle prestazioni di ricovero nelle diverse strutture, deve tenere conto del modello integrato degli ospedali in rete, nonché del modello "un ospedale-due sedi", come previsto dal vigente PSP e dal Decreto Ministeriale 70/2015 in materia di standard ospedalieri.

L'Azienda Sanitaria elabora il Piano annuale di produzione delle strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate che va allegato annualmente al Programma Operativo Annuale (POA). Il Piano della produzione deve specificare:

1. le sedi di erogazione delle prestazioni o i soggetti erogatori privati
2. la tipologia e i volumi delle prestazioni preventivate
3. il tetto di spesa preventivato o comunque il valore della produzione prevista.

Nel bilancio preventivo annuale l'Azienda Sanitaria dà riscontro circa le coperture economico-finanziarie.
Inoltre, l'Azienda Sanitaria identifica e valuta l'impatto organizzativo per le strutture di erogazione e la necessaria riallocazione delle risorse per garantire il rispetto tendenziale dei tempi di attesa.

5.2. Misure per incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali

Vengono adottati provvedimenti atti ad incrementare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali attraverso, ad esempio, l'estensione degli orari e delle modalità di utilizzo delle strutture e delle tecnologie sanitarie, con particolare riguardo alle grandi apparecchiature di imaging clinico e alle tecnologie di diagnostica funzionale. Inoltre, l'Azienda Sanitaria provvede ad introdurre tutti gli strumenti innovativi tecnico-organizzativi necessari per la messa a regime del ciclo della prescrizione dematerializzata, per l'adozione dell'Health Technology Assessment (HTA) e per l'implementazione della Telemedicina e l'Home Care.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

5.3. Integrazione e sviluppo di sinergie con il settore privato

Al fine di ottimizzare l'offerta di prestazioni specialistiche vengono promosse misure che favoriscano l'integrazione e lo sviluppo di sinergie con l'ambito delle cure primarie, con il settore privato profit e no profit, con i servizi sociali ed il volontariato, con lo stesso paziente ed i suoi familiari. Tali iniziative devono avere come obiettivo il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, la valorizzazione del ruolo della medicina generale, l'integrazione socio-sanitaria nonché la responsabilizzazione e la partecipazione attiva dei cittadini.

5.4. Il potenziamento dell'assistenza primaria

Al fine del contenimento dei tempi di attesa si rende necessario rafforzare l'assistenza primaria, tramite:

- il potenziamento della "medicina di iniziativa" attraverso la messa in rete delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle medicine di gruppo e l'adozione dei PDTA condivisi tra servizi sanitari e sociali
- la creazione sul territorio provinciale di Centri d'assistenza sanitaria e sociale
- l'avvio degli Sportelli Unici di Assistenza e Cura per l'espletamento di funzioni di informazione, valutazione del bisogno, avvio della presa in carico, nonché l'accesso ai servizi di assistenza a persone non autosufficienti, attraverso il collegamento con le Unità per la predisposizione condivisa del Piano assistenziale individuale
- la realizzazione dei Centri di servizio a supporto delle attività delle AFT
- l'attivazione di posti letto per cure intermedie, ossia prestazioni, servizi ed attivitá indicate per pazienti non ancora stabilizzati, che però non richiedono assistenza ospedaliera
- l'avvio di ambulatori delle cure primarie presso i pronto soccorso
- il supporto alla medicina di gruppo attraverso tutte le possibili articolazioni previste nella contrattazione collettiva provinciale.

5.5. Convenzioni con strutture private accreditate

Nel PSP la garanzia dei LEA è affidata all'Azienda Sanitaria. Il contributo del settore privato profit e non profit è concepito ad integrazione e sostegno del servizio pubblico.

Per far fronte al contenimento dei tempi di attesa, l'Azienda Sanitaria può ricorrere anche al privato accreditato convenzionato, in forma temporanea o di medio-lungo periodo (sistemica), tenendo conto di quanto segue:

1. l'Azienda Sanitaria valuta l'opzione di rivolgersi a terzi per l'affidamento di prestazioni no-core e non complesse, riservando al servizio pubblico l'erogazione di prestazioni strategiche sia dal punto di vista organizzativo, sia delle competenze professionali specifiche
2. l'Azienda Sanitaria valuta, nella scelta di esternalizzazione, la carenza anche temporanea di personale sanitario, le criticità di reperimento delle competenze richieste e indica quali prestazioni possono essere affidate a terzi
3. l'acquisto di prestazioni può avere anche carattere di temporaneità, avendo come riferimento gli interventi di potenziamento dell'appropriatezza clinica ed

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

organizzativa, lo sviluppo progressivo del territorio che dovranno costituire target per l'Azienda Sanitaria.

Nel caso in cui il fabbisogno non fosse coperto dalle strutture già convenzionate, la Provincia autorizza l'accreditamento di ulteriori strutture.
L'Azienda Sanitaria monitora periodicamente le attività affidate a terzi e valuta l'impatto sui tempi di attesa.

5.6. Attività libero professionale intramuraria

L'attività libero professionale intramuraria (ALPI) rappresenta un'offerta integrativa e non sostitutiva rispetto a quelle rese dall'SSP, frutto di una libera scelta del paziente e a suo totale carico. Le prestazioni erogate in ALPI devono pertanto essere parimenti fruibili anche in regime istituzionale e deve essere sempre ed in ogni caso garantito il diritto di parità di trattamento sanitario tra i pazienti in regime libero professionale e in regime di attività istituzionale.
In ogni caso, ferme restando le limitazioni orarie fissate dall'Azienda Sanitaria, l'ALPI non potrà mai superare come volumi di prestazioni l'attività resa in regime istituzionale, pena la sua sospensione.
Il Piano Attuativo Aziendale deve prevedere idonei strumenti per un costante monitoraggio delle attività in ALPI e specifiche direttive per garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e l'attività libero-professionale.
Qualora dal monitoraggio dei tempi di attesa risultasse uno sforamento dei limiti massimi già individuati a livello provinciale, l'Azienda Sanitaria, tenendo conto delle condizioni sopra indicate e degli effettivi volumi di attività libero professionale espletata in rapporto a quella istituzionale, può sospendere l'esercizio ALPI per i professionisti coinvolti che afferiscono alle unità organizzative caratterizzate dal superamento dei tempi di attesa massimi.
La sospensione deve avere carattere temporaneo e si accompagnerà alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. Per tali motivi e considerato il suo carattere di eccezionalità, la sospensione non può protrarsi per più di due mesi e complessivamente non si può adottare per più di sei mesi all'anno. All'Azienda Sanitaria viene demandata la regolamentazione di dettaglio, mentre la Provincia a sua volta stabilisce le modalità di controllo, al fine di assicurare il corretto esercizio dell'ALPI.

5.7. Convenzioni con persone giuridiche paganti

La normativa vigente permette all'Azienda Sanitaria di stipulare accordi e/o convenzioni aventi come oggetto prestazioni sanitarie a pagamento richieste da persone giuridiche, Società o Enti. L'attività svolta da parte dei dirigenti medici nell'ambito di tali convenzioni comporta un compenso per i sanitari interessati ed è assimilabile all'attività libero-professionale.
Le prestazioni effettuate concorrono alla riduzione dei tempi di attesa sulla base di programmi stabiliti dall'Azienda Sanitaria congiuntamente alle equipes delle unità operative interessate.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

L'offerta di prestazioni si rivolge a persone giuridiche individuate sulla base delle vigenti procedure amministrative, mentre le prestazioni richieste da singoli cittadini (cd. "paganti in proprio") prevedono quale modalità di erogazione il canale già previsto dell'attività libero-professionale intramoenia.

5.8. Acquisto di prestazioni aggiuntive

Per la riduzione delle liste di attesa e, in applicazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera c) dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 2010, l'Azienda Sanitaria può richiedere alle equipe mediche interessate, lo svolgimento di prestazioni aggiuntive da svolgersi oltre l'orario previsto per l'attività istituzionale. Il finanziamento di queste prestazioni aggiuntive avviene secondo specifica regolamentazione definita dall'Azienda Sanitaria.

5.9. Percorsi di Tutela

Nel caso in cui non venissero rispettati i tempi di attesa previsti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere individuati dei "percorsi di tutela". Si tratta di percorsi di accesso alternativi, già introdotti in Provincia con l'articolo 34 della Legge Provinciale 5 marzo 2001, n. 7 "Assistenza specialistica indiretta". Questi percorsi consentono al paziente residente di effettuare le prestazioni di primo accesso presso un erogatore privato autorizzato non convenzionato con il SSP, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e di ottenere un rimborso. I criteri e le modalità di attivazione del percorso di tutela verranno disciplinati con delibera provinciale.

5.10. Parco Macchine

La produttività è definita a livello provinciale seguendo le indicazioni date dal PNGLA e dal documento "Tempi Medi di Attività Modalità di Esecuzione Nomenclatore delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Territoriali" elaborato dalla Società Italiana di Medicina Specialistica (S.I.M.S.), Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (S.U.M.A.I.), Società Italiana di formazione permanente (S.I.Fo.P).
Con riferimento alle prestazioni strumentali oggetto del monitoraggio nazionale, l'Azienda Sanitaria rende sistematica l'individuazione delle eventuali situazioni critiche che coinvolgono il parco tecnologico ed implementa opportune analisi per evidenziare i fattori limitanti ed i possibili provvedimenti. Per l'effettuazione di questa analisi l'Azienda Sanitaria deve avvalersi di strumenti ad hoc predisposti dalla Provincia per la supervisione della produttività delle apparecchiature in utilizzo. Qualora le criticità non siano risolvibili con interventi di natura organizzativa (aumento dell'orario di erogazione della prestazione, aumento della dotazione di personale) dovrà essere preso in considerazione e pianificato un aumento o un ammodernamento della dotazione tecnologica finalizzato a rimuovere la criticità individuata.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

6. Canali di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

I canali di prenotazione costituiscono i principali punti di contatto dei cittadini con l'SSP ed assumono pertanto valenza strategica.
Tutti i canali di prenotazione devono garantire la soddisfazione del cittadino, la coerenza con i criteri uniformi di prenotazione indipendentemente dal canale prescelto, l'accessibilità al servizio da più punti dislocati sul territorio (farmacie, MMG/PLS, sportelli), nonché l'autogestione della prenotazione (prenotazione, spostamento, disdetta).

6.1. Centro Unico di Prenotazione Provinciale

L'Azienda Sanitaria garantisce il pieno funzionamento di un CUPP, inteso come unità organizzativa aziendale, in grado di gestire e governare l'intera offerta di prestazioni sanitarie sul territorio di riferimento.
È previsto un unico numero telefonico provinciale per le prenotazioni di prestazioni in regime istituzionale e uno unico per le prenotazioni di visite private erogate da specialisti dell'Azienda Sanitaria stessa.

6.2. Prenotazione all'atto della prescrizione

L'effettiva presa in carico del paziente, a garanzia del ciclo prescrizione-prenotazione-erogazione-refertazione, va garantita attraverso lo sviluppo di un modello organizzativo incentrato su percorsi differenziati per l'utenza, che permetta di effettuare la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali contestualmente alla loro prescrizione.

6.3. Assistenza primaria

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali per il cittadino può avvenire anche attraverso la prenotazione nell'ambito dell'assistenza primaria (MMG/PLS, AFT, medicina di gruppo e centri sanitari e sociali) secondo un modello organizzativo che prevede sia la prescrizione che la contestuale prenotazione delle prestazioni, nonché la loro eventuale successiva gestione (spostamenti/cancellazioni).
Qualora il singolo MMG/PLS ritenga necessario valutare l'evoluzione del quadro clinico e/o della malattia, la compliance e/o la responsività del paziente alla terapia farmacologica, la prescrizione della visita di controllo rimane in carico allo stesso MMG/PLS.

6.4. Unità operative dell'Azienda Sanitaria

L'Azienda Sanitaria prevede idonee modalità per far sì che le prestazioni di accesso successivo siano prenotate contestualmente alla prescrizione da parte della struttura specialistica, senza che il paziente sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, si istituiranno apposite agende per le prestazioni di accesso successivo e programmate direttamente dalla struttura, integrate nel sistema di prenotazione.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

6.5. Altri canali di prenotazione istituzionali

6.5.1. Prenotazione online

Il canale di prenotazione online avrà come punti di accesso:

- il sito internet istituzionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
- il portale del cittadino dell'Amministrazione Pubblica della Provincia Autonoma di Bolzano.

6.5.2. App mobile

Il canale di prenotazione tramite app rappresenta un canale istituzionale, per la prenotazione, gestione ed il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie, comprese le prestazioni specialistiche ambulatoriali, le vaccinazioni e quelle di screening.

6.5.3. Canale di prenotazione virtuale (chatbot)

È rivolto ad un target molto specifico (generazioni Y, Z e successive) e permette la prenotazione, modifica e disdetta dell'appuntamento tramite assistenti virtuali.

6.5.4. Sportelli multifunzionali

Per facilitare l'accesso ai servizi erogati dall'Azienda Sanitaria è necessario attivare punti di contatto multifunzionali, nei quali possano essere erogati servizi diversi, quali ad esempio, la richiesta di informazioni, l'effettuazione di una prenotazione o la disdetta/spostamento di un appuntamento, il pagamento di una prestazione sanitaria o di una eventuale sanzione amministrativa, il ritiro del referto.

6.6. Farmacie sul territorio

Il nuovo modello di farmacia, la cosiddetta "farmacia dei servizi", prevede la possibilità per l'utente di prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di gestire le proprie prenotazioni nonché di effettuare il pagamento e il ritiro dei referti. A tal fine la Provincia provvederà a stipulare il relativo contratto.

6.7. Sistema di recall/reminder

L'Azienda Sanitaria garantisce un sistema di richiamata automatizzata (recall) all'utente, che ricorda l'avvicinarsi dell'appuntamento e nel corso della quale è possibile confermare o disdire la prenotazione. Tale sistema è finalizzato a contenere il fenomeno del droup out, ossia della mancata presentazione del cittadino ad una prestazione prenotata e ad evitare che l'utente incorra nella sanzione amministrativa prevista dalla normativa vigente.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

7. Monitoraggio

L'Azienda Sanitaria ha il compito di implementare sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione e orientare i relativi comportamenti.

Dovranno essere effettuati i seguenti tipi di monitoraggio:

1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
3. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
5. Monitoraggio dei PDTA
6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (per conto e a carico dell'utente)
7. Monitoraggio della presenza sul sito Web della Provincia e dell'Azienda Sanitaria di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa
8. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUPP.

I dati risultanti sono pubblicati periodicamente sul portale del Ministero della Salute, nonché sul portale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e della Provincia. L'Azienda Sanitaria ha l'obbligo di trasmettere sistematicamente alla Provincia, nelle modalità e nei tempi da questa stabiliti, i flussi informativi di monitoraggio delle liste di attesa.

7.1. Oggetto del monitoraggio

Sono oggetto di monitoraggio:

- le prestazioni ambulatoriali
- le prestazioni in regime di ricovero
- le prestazioni inserite in PDTA.

indicate nel PNGLA.
Qualora si evidenzino aree di criticità, le suddette prestazioni potranno essere opportunamente riviste e/o integrate dalla Ripartizione Provinciale competente.
Non sono oggetto di monitoraggio le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva.

7.2. Prestazioni ambulatoriali

7.2.1. Tipologia di monitoraggio

Le prestazioni oggetto di monitoraggio comprendono esclusivamente le prime visite e le prestazioni diagnostiche-terapeutiche di primo accesso. Tale monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore:

Indicatore: Percentuale di garanzia (Percentuale di rispetto del tempo massimo di attesa).

Formula (%): numero di prenotazioni garantite entro i tempi per ogni classe di priorità e per ogni prestazione/numero di prenotazione per ogni classe di priorità e per ogni prestazione.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

7.2.2. Ambito di garanzia

L'ambito di garanzia coincide con il territorio provinciale e pertanto tutti i dati vengono elaborati e pubblicati con riferimento ad esso.
Per il calcolo del tempo di attesa sono da considerare esclusivamente le prenotazioni rispetto alle quali è stata accettata la prima disponibilità all'interno dell'ambito di garanzia, cosí come previsto dal PNGLA.

7.2.3. Monitoraggio ex ante

Si effettua solo per le prestazioni di primo accesso.
I dati sui tempi di attesa sono trasmessi alla Provincia, che poi li invia al Ministero della Salute.
È definita la seguente modalità di monitoraggio: una settimana indice a trimestre, con l'invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.

7.2.4. Monitoraggio ex post

Si effettua solo per le prestazioni di primo accesso.
Il monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali è effettuato attraverso la trasmissione alla Provincia dei dati del flusso ex articolo 50 della Legge 24 novembre 2003, n. 326, che lo trasmette a sua volta al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), con cadenza mensile entro 10 giorni del mese successivo a quello di rilevazione.
Anche il monitoraggio ex post è effettuato dalla Provincia.

7.3. Prestazioni in regime di ricovero

7.3.1. Tipologia di monitoraggio

Il monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri per acuti, programmabili con classe di priorità A e sarà effettuato attraverso la seguente misurazione dell'indicatore:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A.

Formula: numero di prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/numero di prestazioni totali per Classe di priorità A.

Il presente Piano prevede, inoltre, il monitoraggio da parte della Provincia dei tempi medi di attesa per i ricoveri programmati di classe di priorità B, C e D per i quadri patologici definiti a livello nazionale e provinciale.
Le soglie di garanzia devono valere distintamente per entrambi i regimi di ricovero.
La Provincia invia a cadenza trimestrale al Ministero della Salute i report relativi ai tempi di attesa dei ricoveri programmati.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

7.3.2. Pubblicazione tempi di attesa

La Provincia monitora la pubblicazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri oggetto di monitoraggio sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e provvede a pubblicarli anche sul proprio sito istituzionale.

7.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Sono oggetto di monitoraggio esclusivamente le sospensioni non programmate, ossia le sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte dell'Azienda Sanitaria (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In particolare, sono oggetto di monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute alla riorganizzazione dei servizi offerti.
Il monitoraggio riguarda le sospensioni relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio, nel caso in cui tale sospensione coinvolga la totale mancata erogazione di una certa prestazione all'interno dell'ambito di garanzia.
I dati dovranno essere inviati con cadenza semestrale alla Provincia, che poi li trasmette al Ministero della salute entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

7.5. Monitoraggio dei PDTA

Il Monitoraggio dei PDTA sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle linee guida elaborate dall'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa.
La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi, presenti nella Provincia di Bolzano e per i quali è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

7.6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ALPI

Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.

7.7. Monitoraggio Siti Web

Lo scopo del monitoraggio è di verificare la presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web della Provincia e dell'Azienda Sanitaria.

L'Azienda Sanitaria deve pubblicare sul proprio sito web almeno le seguenti informazioni:

- accessibilità
- presenza del Piano Attuativo Aziendale
- dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B
- dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D
- presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA
- prenotazione on-line.

I risultati del monitoraggio sono diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

7.8. Valutazione di concordanza

La valutazione di concordanza, intesa come valutazione di corrispondenza, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità (U-B-D-P) attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista, è da effettuarsi su 11 set di prestazioni stabiliti nel PNGLA, caratterizzati da un elevato impatto sociale ed una particolare rilevanza diagnostica. L'Azienda Sanitaria valuta l'eventuale estensione della valutazione di concordanza su altre prestazioni a potenziale rischio di inappropriatezza prescrittiva.

Essa prevede che per ciascun set di prestazioni oggetto di monitoraggio, debbano essere raccolte almeno 100 prescrizioni per struttura erogante (ad esempio: presidio ospedaliero, poliambulatorio distrettuale) e che tali prescrizioni debbano essere raccolte in modo consecutivo dalla data scelta come inizio dell'applicazione.

Per ciascuna delle prescrizioni raccolte, dovrà essere pertanto valutata la corrispondenza tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista (medico erogatore). È opportuno che l'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione, per evitare che l'assegnazione della classe di priorità risulti influenzata da eventuali informazioni cliniche emerse nel corso della visita. L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista dovrebbe, inoltre, essere svolta "in cieco" rispetto all'informazione della classe di priorità attribuita dal medico prescrittore.

L'Azienda Sanitaria garantisce una sistematica raccolta dei dati e la relativa analisi. La raccolta e l'analisi dei dati andrà effettuata su applicativi informatici individuati ad hoc.

ALLEGATO B

OBIETTIVI DELL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE PER IL PERIODO 2019-2022

	Obiettivo	Indicatore	valore			
			2019	2020	2021	2022
1	Presentazione del piano attuativo aziendale	Invio all'Assessorato alla Salute della bozza condivisa all'interno dell'Azienda sanitaria del Piano attuativo aziendale entro 60 giorni dall'approvazione del Piano provinciale per le liste di attesa 2019-2021; Approvazione con delibera aziendale del Piano attuativo condiviso con l'Assessorato alla Salute entro i successivi 30 giorni	SÌ/NO			
2	Diffusione capillare, sistematica e continua del Piano attuativo aziendale	Elaborato il piano di diffusione in cui sono resi esplicite, le modalitá di diffusione, la periodicitá, i tempi, i destinatari e i contenuti (ad es. modalità ed appropriatezza prescrittiva, CPP e profili, RAO)		SÌ/NO	SÌ/NO	SÌ/NO
		Report annuale in forma tabellare sintetico delle attività svolte di cui al piano di diffusione		SÌ/NO	SÌ/NO	SÌ/NO
3	Completamento del piano di diffusione della dematerializzata specialistica su tutto il territorio (anche per i MMG/PLS)	Numero di ricette dematerializzate/numero totale di ricette erogate		>=70%	>=80%	>=90%
		Numero di discipline con agende di prenotazione di prime visite a CUPP/numero totale di discipline di prime visite (l'elenco delle discipline verrà concordato tra ASDAA ed Assessorato)		>=95%	>=95%	>=95%

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

	Obiettivo	Indicatore	valore			
			2019	2020	2021	2022
4	Completamento della rete integrata di servizi di prenotazione	Numero di prestazioni diagnostico strumentali monitorate con agende a prenotazione a CUPP/numero totale di prestazioni diagnostico-strumentali monitorate		>=70%	>=85%	>=95%
5	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di prima visita oggetto di monitoraggio nazionale nell'ambito di garanzia	Numero di prenotazioni di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B/numero di prenotazione di prime visite per la classe di priorità B (escluso dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria)		>=70%	>=80%	>=90%
		Numero di prenotazioni di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B/numero di prenotazione di prime visite per la classe di priorità B per la dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria		>=90%	>=90%	>=90%
		Numero di prenotazioni di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D/numero di prenotazione di prime visite per la classe di priorità D (escluso dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria)		>=60%	>=75%	>=90%
		Numero di prenotazioni di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D/numero di prenotazione di prime visite per la classe di priorità D per la dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria		>=80%	>=90%	>=90%
		Numero di prenotazioni di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P/numero di prenotazione di prime visite per la classe di priorità P		>=10%	>=50%	>=90%
		Numero di prenotazioni per prestazioni di diagnostica strumentale garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B /numero di prenotazione di prestazioni di diagnostica strumentale per la classe di priorità B		>=60%	>=75%	>=90%

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

	Obiettivo	Indicatore	valore			
			2019	2020	2021	2022
6	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostico strumentale oggetto di monitoraggio nazionale nell'ambito di garanzia	Numero di prenotazioni per prestazioni di diagnostica strumentale garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D /numero di prenotazione di prestazioni di diagnostica strumentale per la classe di priorità D (escluso le risonanze magnetiche nucleari)		>=40%	>=70%	>= 90%
		Numero di prenotazioni per prestazioni di risonanze magnetiche nucleari garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D /numero di prenotazione di risonanze magnetiche nucleari per la classe di priorità D		>=80%	>=90%	>=90%
		Numero di prenotazioni per prestazioni di diagnostica strumentale garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P/numero di prenotazione di prestazioni di diagnostica strumentale per la classe di priorità P		>=10%	>=50%	>=90%
7	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prime visite specialistiche a Cupp non oggetto di monitoraggio nazionale	Numero di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B/numero di prime visite per la classe di priorità B		>=60%	>=70%	>=90%
		Numero di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D/numero di prime visite per la classe di priorità D		>=60%	>=70%	>=90%
		Numero di prime visite garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P/numero di prime visite per la classe di priorità P		>=10%	>=50%	>=90%
8	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prime visite specialistiche e per le prestazioni diagnostico strumentali	Elaborata la relazione annuale sull'attuazione del Piano attuativo aziendale evidenziando l'andamento dei tempi di attesa e le relative motivazioni		SÌ/NO	SÌ/NO	SÌ/NO
9	Completezza e correttezza dell' indicazione "tipo di accesso" sul totale delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni monitorate.	Numero di prescrizioni dematerializzate con indicazione "tipo di accesso" sul totale delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni monitorate		>=70%	>= 90%	>=90%

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

	Obiettivo	Indicatore	valore			
			2019	2020	2021	2022
10	Completezza e correttezza dell'indicazione "classe di priorità" sul totale delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni monitorate.	Numero di prescrizioni dematerializzate con indicazione della classe di priorità sul totale delle prescrizioni dematerializzate delle prestazioni monitorate		>=70%	>=90%	>=90%
11	Partecipazione da parte dell'Azienda sanitaria alla definizione dei diversi setting assistenziali comprensivi di week hospital (ospedale su 5 giorni), ricovero diurno e assistenza ambulatoriale complessa.	Elaborate linee guida provinciali sui diversi setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario (requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi)		SÌ/NO		
12	Partecipazione da parte dell'Azienda sanitaria alla individuazione delle tipologie di patologie per setting assistenziali e assegnazione delle classi di priorità	Partecipato all'elaborazione delle liste di patologie, relative classi di priorità e soglie di ammissibilità			SÌ/NO	
13	Applicazione dei modelli organizzativi, delle liste e dei relativi criteri di priorità nella programmazione aziendale con riferimento all'ospedale su due sedi	Distribuzione dei ricoveri/prestazioni per setting e priorità distintamente per singole sedi ospedaliere				SÌ/NO
14	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di classe A in ricovero ordinario o diurno oggetto di monitoraggio	Numero di prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti per questa classe/numero di prestazioni totali per la Classe di priorità A			>=70%	>=95%
15	Riduzione dei tempi di attesa al telefono con l'operatore CUPP per la prenotazione	Tempo medio di attesa al telefono	<= 1,5 min nel 90% dei casi	<= 1 min nel 90% dei casi	<= 1 min nel 90% dei casi	<= 1 min nel 90% dei casi
16	Attivazione di nuovi canali di prenotazione	Attivazione dei seguenti nuovi canali di prenotazione:				
		App-mobile	SÌ/NO			
		Farmacie territoriali a seguito di specifico provvedimento della Giunta provinciale	SÌ/NO			
		Release del sito aziendale per le autoprenotazioni (webapp)	SÌ/NO			

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

ANLAGE A

LANDESPLAN ZUR VERWALTUNG DER WARTELISTEN 2019-2021

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung ... 3
2. Abkürzungen ... 5
3. Fachärztliche ambulante Leistungen ... 6
3.1. Erstzugangsleistung ... 6
3.2. Folgezugangsleistung ... 6
3.3. Höchstwartezeit pro Prioritätsklasse ... 7
3.4. Begründetheit und Angemessenheit der Verschreibungen ... 7
3.5. Organisatorische Angemessenheit ... 8
3.6. Handhabung der Vormekkalender ... 9
3.7. Unterbliebene Absage der fachärztlichen ambulanten Leistungen ... 9
3.8. Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit ... 9
4. Programmierte Aufenthalte und diagnostisch- therapeutische Betreuungspfade ... 10
4.1. Die Wartelisten im Rahmen der stationären Versorgung ... 10
4.2. Die diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfade ... 11
5. Leistungsangebot ... 13
5.1. Planung des institutionellen Angebotes ... 13
5.2. Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots von ambulanten Leistungen ... 13
5.3. Integration und Entwicklung von Synergien mit Privatanbietern ... 14
5.4. Verstärkung der Grundversorgung ... 14
5.5. Konventionen mit akkreditierten Privateinrichtungen ... 14
5.6. Freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit ... 15
5.7. Konventionen mit zahlenden Rechtspersonen ... 15
5.8. Ankauf zusätzlicher Leistungen ... 16
5.9. Schutzpfade ... 16
5.10. Maschinenpark ... 16
6. Vormerkkanäle für die ambulanten fachärztlichen Leistungen ... 18
6.1. Einheitliche Landesvormerkungsstelle ... 18
6.2. Vormerkung bei der Verschreibung ... 18
6.3. Grundversorgung ... 18
6.4. Operative Einheiten des Sanitätsbetriebes ... 18
6.5. Andere institutionelle Vormerkkanäle ... 19
6.5.1. Online Vormerkung ... 19
6.5.2. App mobile ... 19
6.5.3. Kanal für virtuelle Vormerkungen (chatbot) ... 19
6.5.4. Multifunktionale Schalter ... 19
6.6. Territoriale Apotheken ... 19

6.7. Recall-/Reminder-System 19
7. Überwachung 20
7.1. Gegenstand der Überwachung 20
7.2. Ambulante Leistungen 20
7.2.1. Art der Überwachung 20
7.2.2. Garantiebereich 21
7.2.3. Überwachung ex ante 21
7.2.4. Überwachung ex post 21
7.3. Aufenthaltsleistungen 21
7.3.1. Art der Überwachung 21
7.3.2. Veröffentlichung der Wartezeiten 22
7.4. Überwachung der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten 22
7.5. Überwachung der PDTA 22
7.6. Überwachung ex ante der FIT-Leistungen 22
7.7. Überwachung der Webseiten 22
7.8. Konkordanzbewertung 23

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

1. Einführung

Das Phänomen der Wartezeiten ist in fast allen OCSE-Staaten präsent und betrifft nahezu alle fachärztlichen Bereiche. Ein gutes Gleichgewicht zwischen Nachfrage, Angebot, Erwatungen der Bevölkerung und den verfügbaren Mitteln zu finden, ist eine äußerst vielschichtige Herausforderung und stellt für die Gesundheitssysteme ein eher komplexes Ziel der Strategiepolitik dar.

Dieses Phänomen hat für die Organisation des Landesgesundheitsdiensts (LGD) eine besondere Wichtigkeit, da die Gewährleistung medizinischer Leistungen für jeden Bürger, die unter Wahrung seiner Rechte angemessen und seinen Gesundheitsbedürfnissen entsprechend sein müssen, die Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und des Prinzips gleicher Zugang zu den Leistungen für alle das vorrangige Ziel sind.
Von daher ist es grundlegend, dieses Recht des Bürgers mit angemessenen Strategien zur Verwaltungen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu verbinden, die den tatsächlichen Gesundheitsbedarf der Bevölkerung erfassen, die Unangemessenheit vermindern und die verfügbaren Mittel mit der Sicherstellung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) in Einklang bringen müssen.

Diese Strategien können auch mit einer genauen und konstanten Überwachung der Wartezeiten erreicht werden.
Die Verwaltung der Wartelisten muss daher fünf große Eingriffsbereiche bewältigen:

- die Nachfrage nach Leistungen
- das Betreuungsangebot
- die organisatorische Angemessenheit und die Angemessenheit der Verschreibung
- die Systeme für die Verschreibung, die Vormerkung und die Erbringung der Leistungen
- die Überwachung der Wartezeiten.

Unter den verschiedenen Faktoren, die zum Fortbestehen starker Unterschiede zwischen der Nachfrage (anwachsend) und dem Angebot (nicht immer angemessen) von Leistungen beitragen, sei auf die steigende Aufmerksamkeit, die die Bürger auf ihre Gesundheit richten, der Mangel an ärztlichem Personal und technischem Pflegepersonal auf dem Markt und organisatorische Defizite hingewiesen, die eine vollständige Ausnutzung der verfügbaren Mittel behindern.
Der LGD gewährleistet eine adäquate und konstante Weiterbildung der Ärzte über die Angemessenheit sowie eine ständige Information der Bürger mit dem Ziel ihre Verhaltensweise bei der gesundheitlichen Nachfrage zu sensibilisieren.
Eine optimale Verwaltung der Wartezeiten ist zudem stark an die Maßnahmen der Informatisierung der Schritte Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Dokumentation gekoppelt, bis hin zur digitalen Wiedergabe der genannten Dokumente.

Somit sind Kernpunkte des Landesplanes zur Steuerung der Vormerkzeiten 2019-2021:

- Die Vervollständigung des Verfahrens zur Neuordnung der Vormerkdienste durch die Bildung einer Einheitlichen Landesvormerkungsstelle
- die Informatisierung des Zyklus Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Dokumentation

- die Förderung von Initiativen, die auf die Verbesserung der Verschreibungsangemessenheit und auf ein besseres Zusammenwirken der Grundversorgung mit der fachärztlichen Betreuung ausgerichtet sind
- der systematische Gebrauch der Prioritätsklassen für die Verschreibung ambulanter Leistungen beim Erstzugang und bei planmäßigen Aufenthalten
- die Umsetzung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade in den Bereichen Herzgefäß-Erkrankungen und Onkologie
- die Programmierung der Leistungsvolumen von Seiten der Leistungserbringer
- die Gewährleistung der Transparenz im Planungszyklus der ambulanten Leistungen, der programmierten Aufenthalte, der Überwachung der vorgemerkten Leistungen, der Verwaltung der Wartelisten und der Erbringung der vom LGD angebotenen Leistungen.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

2. Abkürzungen

AAM/ÄAM: Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin
ELVS: Einheitliche Landesvormerkungsstelle
FIT: innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeit
HGW: Homogene Gruppierung von Wartezeiten
HTA: Health Technology Assessment
KEB: Krankenhausentlassungsbogen
KFW: Kinderarzt freier Wahl bzw. Kinderärzte freier Wahl
LGD: Landesgesundheitsdienst
LGP: Landesgesundheitsplan 2016-2020
LkVL: Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen
PDTA (ital.) PDTA: Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale)
PNGLA (ital.) PNGLA: gesamtstaatlicher Plan zur Verwaltung der Wartelisten für das Triennium 2019-2021 (Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa per il triennio (2019 -2021)
POA (ital.) POA: Jahrestätigkeitsprogramm (Programma Operativo Annuale)
VGM: Vernetzte Gruppenmedizin
WBS: wesentliche Betreuungsstandards

Anmerkung: Für eine bessere Lesbarkeit wird auf den gleichzeitigen Gebrauch der männlichen und weiblichen form verzichtet. Die Substantive, die sich auf Personen beziehen, sind daher beiden Geschlechtern zuzuordnen.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

3. Fachärztliche ambulante Leistungen

Es ist wichtig, auf Verschreibungs-, Vormerk- und Erbringungsebene die Erstzugangsleistungen, für die die Höchstwartezeiten eingehalten werden müssen, von den Nachfolgeleistungen zu unterscheiden, für die dies nicht vorgesehen ist, da der Patient bereits vom behandelnden Arzt übernommen wurde.

3.1. Erstzugangsleistung

Die fachärztlichen Erstvisiten und der Erstzugang zu diagnostisch instrumentellen Leistungen müssen zu deren Festlegung in eine der drei unten stehenden Kategorien fallen:

1. das klinische Problem eines Patienten wird zum ersten Mal innerhalb des LGD in Angriff genommen
2. vertiefende eingehende Visite oder Leistung, welche von einem Facharzt erbracht wird, der nicht der erste Betreuer ist (und von demselben angefordert wurde)
3. ein chronisch-kranker Patient, der dem Gesundheitsdienst bereits bekannt ist, hat ein neues klinisches Problem, das nicht in Zusammenhang mit der bereits festgestellten Krankheit steht.

In allen drei Fällen schließt der diagnostische Pfad mit der Ausfertigung der erforderlichen klinische Dokumentation und eventuell dem diagnostisch-therapeutischer Plan ab.

3.2. Folgezugangsleistung

Unter der Kontrollvisite oder der diagnostischen instrumentellen Folgeleistung wird eine nach der ersten diagnostischen Einstufung erfolgte Leistung verstanden und muss zu deren Festlegung in eine der unten stehenden Kategorien fallen:

1. Leistungen die darauf abzielen, den zeitlichen Verlauf der chronischen Erkrankungen zu verfolgen, um das mögliche Auftreten von Komplikationen zu beurteilen, die Stabilisierung der Krankheit oder die Stabilisierung nach einem erfolgreichen Eingriff zu überprüfen, unabhängig von der zum ersten Zugang verstrichenen Zeit
2. Leistungen, die an bekannten chronisch kranken Patienten erbracht werden, welche ein neues Gesundheitsproblem in Bezug auf die Krankheit aufweisen, für welche sie vom Gesundheitsdienst bereits übernommen sind, oder deren Zustand sich verschlimmert
3. Leistungen, die der ersten diagnostischen Einstufung folgen und/oder vom Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (AAM) oder Kinderarzt freier Wahl (KFW) programmiert werden, der den Patienten übernommen hat
4. von der selben operativen Einheit, welche die Erstvisite durchgeführt hat, geforderte und erbrachte Leistung zur Vervollständigung des diagnostischen Ablaufs,
5. Follow-up (kontinuirliche oder periodisch programmierte Nachsorge)
6. Leistungen für die etwaige Bestätigung der Ticketbefreiung aufgrund einer Pathologie
7. Neubewertung der Therapiepläne. Insofern möglich, sollte die Neubewertung des Therapieplanes mittels Fernkommunikationstechniken erfolgen und dieser in digitalisierter Form den Patienten mitgeteilt werden. Wenn die Präsenz des

Patienten erforderlich ist, sollte die Neubewertung mit der Kontrollvisite übereinstimmen.

Auch in diesen Fällen wird die Visite mit der Aktualisierung oder der Bestätigung des diagnostisch-therapeutischen Plans abgeschlossen.

3.3. Höchstwartezeit pro Prioritätsklasse

Die Prioritätsklasse ist ausschließlich allen ambulanten Leistungen beim Erstzugang zuzuschreiben.

Folgende Prioritätsklassen und Höchstwartezeiten sind vorgesehen:

- U (Dringend), in kürzest möglicher Zeit, jedoch innerhalb von 24 Stunden, durchzuführen
- B (Prioritär) innerhalb von 10 Tagen durchzuführen
- D (Aufschiebbar), innerhalb von 30 Tagen für Visiten oder 60 Tagen für diagnostisch-instrumentelle Untersuchungen durchzuführen
- P (Programmiert), Leistungen, die für einen längeren Zeitraum programmiert werden können, da sie die Prognosen nicht beeinflussen und keine Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen verursachen. Sie müssen über der Höchstzeit für die entsprechende aufschiebbare Leistung (D) und ab dem 1.1.2020 auf jeden Fall innerhalb von 120 Tagen ausgeführt werden.

Die für die Prioritätsklasse festgelegte Höchstwartezeit beginnt mit dem Datum der Vormerkung.

Um die Einhaltung der Höchstwartezeit zu sichern, mit besonderem Augenmerk auf die Prioritätsklasse B (Prioritär), muss die verschriebene Leistung vom Betroffenen in kürzest möglicher Zeit und, sofern möglich, gleichzeitig mit der Aushändigung der Verschreibung vorgemerkt werden.

Die Verschreibungen U (Dringend) haben ohne Vormerkung direkten Zugang zur erbringenden Einrichtung; dies wird von einer nachfolgenden Landesmaßnahme reglementiert.

3.4. Begründetheit und Angemessenheit der Verschreibungen

Eine begründete Verschreibung ist für die korrekte Erbringung der WBS von außerordentlicher Bedeutung. Der Verschreibungsvorgang darf daher vom ärztlichen Personal nicht als ein bloßer bürokratischer Akt angesehen werden, sondern als ein wahrer Gesundheitsvorgang, der in dessen direkter Verantwortung liegt.

Um eine Gesundheitsleistung vorzumerken ist die korrekt ausgefüllte ärztliche Verschreibung Pflicht. Eine Außnahme bilden die Leistungen mit Direktzugang die von einer nachfolgenden Landesmaßnahme reglementiert werden.

Alle Ärzte müssen in der Verschreibung Folgendes verpflichtend angeben:

- die diagnostische Fragestellung oder den diagnostischen Verdacht, welche den Leistungsantrag begründen
- die Prioritätsklasse für die Erstvisiten und Erstzugänge zu diagnostischen-therapeutischen Leistungen
- den Leistungskodex und die Beschreibung der Leistung, wie im Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LkVL) vorgesehen

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

- die Zugangsart, um anzugeben, ob es sich um einen Erstzugang oder Folgezugang handelt, außer wenn nicht bereits ausdrücklich spezifiziert. Dies gilt für die überwachten Leistungen, für welche im Feld „Zugangstyp“ des LkVLs die Variable „X“ angegeben ist.

Für die Folgezugänge ist die Angabe eines Zeitraums vorgesehen, innerhalb dessen die Leistung erbracht werden muss.
Falls die Prioritätsklasse auf dem roten Rezept, wo diese nicht durch das digitalisierte Rezept ersetzt ist, nicht explizit angegeben wird, wird die verschriebene Leistung als Leistung Typ P (Programmiert) eingestuft, in der Annahme, dass der verschreibende Arzt keinen klinischen Grund für die Erbringung der angeforderten Leistung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sieht.

Im Rahmen der Verschreibungsangemessenheit ist die Anwendung des Modells „homogene Gruppierung von Wartezeiten“ (HGW) von besonderer Wichtigkeit. Es handelt sich um ein Modell zur Verwaltung von ambulanten fachärztlichen Leistungen beim Erstzugang. Dieses Modell, das Fachärzte bei der Verschreibungsabwicklung leitet, fördert eine korrekte und angemessene Zuweisung der Prioritätsklasse gemäß des realen Gesundheitsbedarfs des Patienten.

Die Maßnahmen zur Verschreibungsangemessenheit betreffen folgende Gesichtspunkte:

- stete Aktualisierung der bestehenden HGW-Protokolle und gegebenenfalls die Festlegung neuer Protokolle für fachärztlichen Leistungen mit langen Wartezeiten in enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen beteiligten Fachärzten
- Festlegung und Aktualisierung der PDTA
- Anwendung aller Maßnahmen, die für die digitale Implementierung der HGW-Protokolle und PDTA in die Verschreibungssoftware notwendig sind
- Überprüfung der Übereinstimmung der Anfrage nach medizinischen Leistungen im Sinne einer folgerichtigen Ausfüllung der Prioritätsklasse mit den Angaben, die in den HGW-Protokollen festgelegt sind, und der Ermittlung von Verschreibern mit den meisten unangemessenen Verschreibungen
- Bewertung der Übereinstimmung, für den gleichen klinischen Fall, der vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse und der vom Facharzt zugewiesenen (Übereinstimmungsanalyse mittels Stichproben)
- Überprüfung der Übereinstimmung der Anfragen nach medizinischen Leistungen mit den in den PDTA vorgesehenen und festgelegten Angaben.

3.5. Organisatorische Angemessenheit

Die Maßnahmen zur organisatorischen Angemessenheit müssen folgende Aspekte umfassen:

- Rationalisierung des Angebots, Trennung und Planung des institutionellen und freiberuflichen Angebots
- Gliederung des Angebots nach Zugangstypen

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

- Definition von betrieblichen Vormerkstandards nach Fachbereichen, um die Zugangsmodalitäten für die Vormerkung und die Erbringungsmodalitäten zu harmonisieren
- Sicherstellung, dass die Vormerkungen von Kontrollvisiten und Folgezugängen, vom Erbringerdienst direkt Verschrieben und vorgemerkt werden

3.6. Handhabung der Vormerkkalender

Der Sanitätsbetrieb verwaltet alle Vormerkkalender, indem ein integriertes Netz von Vormerkdiensten geschaffen wird, das Folgendes zum Ziel hat:

- eine angemessene Verteilung der Anfragen nach medizinischen Leistungen und ein angemessenes Angebot für den Zugang zu ihnen
- eine optimale Verwaltung der Vormerkmechanismen mit dem Ziel, die Kalender weitestgehend zu füllen, auch mittels der „Deckungs“-Regel, wonach die für eine bestimmte Leistung und / oder Prioritätsklasse angebotenen Slots (Leerstellen), die nicht wie vorgesehen innerhalb einer vorgegebenen Zeitspanne besetzt sind, mit andersartigen Leistungen und/oder Prioritätsklassen besetzt werden
- ausreichende Kapazität zur Überwachung des Vormekrangebotes und der Nachfrage, um die Aktivitäten der verschiedenen Abteilungen und Dienste optimal zu planen
- den Versuch, größtmögliche Transparenz bei der Erbringung von medizinischen Leistungen herzustellen, sowohl gegenüber den Kontrollorganen als auch gegenüber der Bevölkerung.

Zur Erreichung dieser Ziele müssen alle Vormerkkalender auf einer einzigen Plattform des Sanitätsbetriebes digitalisiert verwaltet werden. Hierfür muss das informatische Verwaltungssystem der Vorkmerkkalender (CUPWEB), was sowohl öffentliche als auch private vertragsgebundene Einrichtungen betrifft, verwendet werden.

3.7. Unterbliebene Absage der fachärztlichen ambulanten Leistungen

Falls die Person, die eine fachärztliche ambulante Leistung vorgemerkt hat und den Termin nicht einhalten will oder kann, ist nach den geltenden Bestimmungen verpflichtet, ihn abzusagen, ansonsten wird eine verwaltungsrechtliche Sanktion verhängt.
Die Sanktion wird auch dann angewandt, wenn der Bürger von der Beteiligung an den medizinischen Kosten aufgrund seines Einkommens, Alters, Krankheit befreit ist.

3.8. Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit

Die programmierte Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit ist in der Regel verboten. Der Sanitätsbetrieb legt Richtlinien über die Aussetzung der Tätigkeit fest und garantiert deren Einhaltung.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

4. Programmierte Aufenthalte und diagnostisch- therapeutische Betreuungspfade

4.1. Die Wartelisten im Rahmen der stationären Versorgung

Auch für die bei einem stationären Aufenthalt erbrachten Leistungen werden Wartelisten festgelegt, welche nach Kriterien der Betreuungsangemessenheit und der Prioritätsklasse erstellt werden.
Für programmierte Aufnahmen, die von öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden, wendet das Land folgende Prioritätsklassen an, die verpflichtend im Krankenhausentlassungsbogen (KEB), angegeben werden müssen. Ziel dieses Planes ist eine angemessene Behandlung der in den Wartelisten eingeführten Patienten.

Vorrangige Ziele des Sanitätsbetriebes sind daher:

1. die systematische Anwendung folgender Prioritätsklassen in der Programmierung der Aufnahmen:

Prioritätsklasse für stationäre Aufnahmen	Angaben
A	Aufnahme innerhalb von 30 Tagen für klinische Fälle, die sich möglicherweise schnell verschlechtern können oder zum Notfall werden oder äußerst nachteilig für die Prognose sind
B	Aufnahme innerhalb von 60 Tagen für klinische Fälle, die starke Schmerzen oder schwere Funktionsstörungen oder schwere Behinderungen aufzeigen, die aber nicht dazu neigen, schnell auszubrechen noch durch die Wartezeit sich schwer nachteilig für die Prognose auszuwirken.
C	Aufnahme innerhalb von 180 Tagen für klinische Fälle, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen aufzeigen und nicht dazu neigen, sich zu erschweren noch durch die Wartezeit sich schwer nachteilig für die Prognose auszuwirken.
D	Aufnahme ohne festgelegte Höchstwartezeit für klinische Fälle, die keine Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen verursachen. Diese Fälle müssen dennoch innerhalb von 12 Monaten durchgeführt werden.

2. die Vereinheitlichung der Kriterien für die Angabe der Prioritätsklassen

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

3. die Einführung eventueller zusätzlicher Kriterien für eine spezifische Schichtung der Prioritätsklassen für Krankheiten mit großer Verbreitung oder mit besorgniserregender Relevanz
4. die Anwendung eines einheitlichen Organisationsmodells auf Landesebene zur Verwaltung der Wartelisten, damit es dem Patienten und dem Personal jederzeit möglich ist, die Position in der Liste und das Datum der programmierten Aufnahme zu kennen.

Hierzu ist es notwendig, dass das Land Leitlinien für die verschiedenen Betreuungssettings definiert, welche auch das „Week Hospital“[1] (ärztlich und chirurgisch, ordentliche kurze Aufnahme innerhalb von 48 bzw. 72 Stunden), Tagesklinik (Day Hospital[2] und Day Surgery[3]/one day Surgery[4]) sowie die komplexe ambulante Betreuung (ärztliches und chirurgisches Day Service und ambulante Chirurgie) umfassen und eine Alternative zur ordentlichen Aufnahme sind. Die Allokation der stationären Leistungen muss, wie vom geltenden Landesgesundheitsplan 2016-2020 (LGP) vorgesehen, auch das integrierte Modell der vernetzten Krankenhäuser sowie das Modell „ein Krankenhaus-zwei Standorte“ berücksichtigen.

Der Sanitätsbetrieb sorgt außerdem für:

- die Festlegung transparenter Richtlinien zur Überwachung der Einhaltung der angegebenen Prioritätsklassen
- die Informatisierung der Wartelisten, welche auch bekanntgegeben werden müssen, als Garantie der Transparenz
- eine stufenweise Zentralisierung der Wartelisten bei den ärztlichen Krankenhausdirektionen.

All dies, um die Organisation der Wartelisten sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Betriebssebene zu verbessern, die Effizienz der Nutzung der Operationssäle in den bestehenden Krankenhäusern zu fördern und eine angemessene Verteilung der Betten in den verschiedenen Fachbereichen zu gewährleisten.

Die ambulanten komplexen Leistungen, welche in Day Service[5] erbracht werden, sind zur Anwendung der Prioritätsklassen den stationären Leistungen gleichgestellt.

4.2. Die diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfade

In Anbetracht der sanitären und sozialen Relevanz der chronischen Krankheiten ist es von großer Bedeutung, Aufmerksamkeit und Priorität der Definition der entsprechenden PDTA

[1] Week Hospital (ärztlich und chirurgisch): Betreuungs- und Organisationsmodell bei stationären Krankenhausaufenthalten für chirurgische Eingriffe mit hoher oder mittlerer Komplexität und/oder zur Durchführung von diagnostisch-therapeutischen Prozeduren mit einem Aufenthalt von höchsten 5 Tagen;

[2] Day Hospital: (auf Deutsch Tagesklinik) es handelt sich um eine organisatorische Form der Krankenhausbetreuung, welche dem Patienten es gestattet, nur für die notwendige Zeit (normalerweise halbtägig bzw. ganztags) zur Durchführung von Therapien, Untersuchungen und Visiten in der Einrichtung zu bleiben)

[3] Day Surgery: Es handelt sich um Eingriffe oder andere diagnostisch- therapeutische Prozeduren in Teil- bzw. Vollnarkose, welche keine Krankenhausübernachtung erfordern

[4] One Day Surgery: Der chirurgische Eingriff erfordert eine Krankenhausübernachtung

[5] Day Service: es handelt sich um ein Modell in der fachärztlichen ambulanten Betreuung zur Behandlung klinischer komplexer Fälle durch Visiten, diagnostische Untersuchungen und Therapien, die unterschiedlichen Fachkräfte einbeziehen und die Patientenübernahme fördert

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

zu widmen. Die Behandlung von neoplastischen Krankheiten entwickelt sich nach PDTA, welche ein gegliederter und koordinierter Ablauf von stationären, ambulanten und territorialen Leistungen sind und bei denen die integrierte Beteiligung verschiedener Fachärzte und Fachkräfte, die Anwendung einer wohnortnahen Versorgung, von innovativen Technologien wie etwa Telemedizin, Fernberatungen, sowie die aktive Einbeziehung des Patienten und seines Care-Givers[6] in dem Betreuungsprozess erforderlich ist.

Zu diesem Zweck erweist sich als besonders wichtig:

- die Entwicklung von territorialen Betreuungsnetzen
- die Einbeziehung der ÄAM in der Betreuungskontinuität
- die Integration Krankenhaus-Territorium
- die Verstärkung der Palliativversorgung.

Bei der Festlegung der Überwachungs- und Bewertungsmethodik werden jene PDTA berücksichtigt, für die dokumentierte Leitlinien verfügbar sind und die zur Einführung in das „Neue Garantiesystem“ (ital. Nuovo Sistama di Garanzia) zur Sicherstellung der WBS erprobt wurden.
Danach werden die PDTA für die wichtigsten chronischen Krankheiten mit höherem Betreuungsaufwand (Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, rheumatische Krankheiten) ausgearbeitet, wie vom Chronic Care Masterplan 2018-2020 vorgesehen.
PDTA, welche die Einbeziehung mehrerer Institutionen und Einrichtungen (Sanitätsbetrieb, ÄAM/KFW, Soziales, Patientenvereinigungen) vorsehen, werden von der Landesregierung genehmigt. Es werden hingegen vom Sanitätsbetrieb jene PDTA genehmigt, welche ausschließlich seine Dienste und seine operativen Einheiten betreffen.

[6] Caregiver (Pflegeperson): Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

5. Leistungsangebot

5.1. Planung des institutionellen Angebotes

Im Rahmen des institutionellen Angebots der von öffentlichen und konventionierten privaten Anbietern erbrachten Leistungen sieht das Land vor, dass die Planung von ambulanten fachärztlichen Leistungen und solchen von programmierten Aufenthalten sowie die für jede Prioritätsklasse vorgesehenen relativen Wartezeiten einen WBS darstellen, den der Sanitätsbetrieb garantieren muss, indem er die verschiedenen Versorgungsstellen strukturiert, die in seinen oder in vertragsgebundenen Einrichtungen vorgesehenen sind.

Voraussetzung für die Planung der Leistungsangebote ist die Auflistung der Einrichtungen und Versorgungsstellen, die bei öffentlichen Einrichtungen akkreditiert und bei privaten Anbietern sowohl akkreditiert als auch vertragsgebunden sein müssen. Die Programmierung der Leistungen erfolgt durch Kriterien, die sich am gleichen Zugang, an der Qualität und Sicherheit, Transparenz, an der Angemessenheit und wirtschaftlichen wie organisatorischen Nachhaltigkeit orientieren. Die Zuteilung der Leistungen für einen stationären Aufenthalt in die verschiedenen Einrichtungen muss das integrierte Modell der vernetzten Krankenhäuser sowie das Modell „ein Krankenhaus - zwei Standorte“, wie vom geltenden LGP und vom Ministerialdekret 70/2015 zu den Krankhausstandards, berücksichtigen.

Der Sanitätsbetrieb erarbeitet den jährlichen Produktionsplan der öffentlichen und privaten akkreditierten vertragsgebundenen Einrichtungen, der jährlich dem Jahrestätigkeitsprogramm (POA) angehängt wird. Der Produktionsplan muss folgendes beinhalten:

1. die Sitze, in denen die Leistungen erbracht werden, oder die privaten Erbringer
2. die Art und der geschätzte Umfang der Leistungen
3. die geschätzte Kostenobergrenze oder auf jeden Fall den erwarteten Produktionswert.

Im jährlichen Haushaltsplan erstellt der Sanitätsbetrieb eine Nachprüfung der wirtschaftlich-finanziellen Deckungen.
Darüber hinaus ermittelt und bewertet der Sanitätsbetrieb die organisatorischen Auswirkungen auf die Versorgungseinrichtungen und die notwendige Neuzuordnung derselben, um tendenziell die Gewährung der Wartezeiten einzuhalten.

5.2. Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots von ambulanten Leistungen

Es werden Maßnahmen wie zum Beispeil die Ausdehnung der Zeiten, die Art der Benutzung der Einrichtungen und der medizintechnischen Geräte ergriffen, um das Angebot an ambulanten Leistungen zu erhöhen und zu optimieren, wobei dies besonders die medizintechnischen Großgeräte zur klinischen Bildgebung und die Technologien zur funktionalen Diagnostik betrifft. Der Sanitätsbetrieb veranlasst die Einführung von innovativen technischen und organisatorischen Maßnahmen, welche zur vollständigen Implementierung des Ablaufs des digitalen Rezepts, zur Anwendung von Health

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Technology Assessment (HTA) und zur Einführung von Telemedizin und Home Care notwendig sind.

5.3. Integration und Entwicklung von Synergien mit Privatanbietern

Um das Angebot an fachärztlichen Dienstleistungen zu optimieren, werden Maßnahmen unterstützt, die die Integration und Entwicklung von Synergien mit der medizinischen Grundversorgung, mit dem privatwirtschaftlichen und dem gemeinnützigen Sektor, mit sozialen Diensten und den freiwilligen Hilfsdiensten, mit dem Patienten und seiner Familie fördern. Diese Initiativen müssen die Verbesserung der Angemessenheit bei der Verschreibung und Organisation, die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin, eine sozio-sanitäre Integration sowie die Verantwortungsübernahme und aktive Beteiligung der Bürger zum Ziel haben.

5.4. Verstärkung der Grundversorgung

Zur Eindämmung der Wartezeiten ist es notwendig die Grundversorgung zu verstärken, nämlich durch:

- Verstärkung der “Initiativmedizin” durch die Zusammenarbeit und Vernetzung der ÄAM durch Vernetzte Gruppenmedizinen und Anwendung der zwischen sozialen und gesundheitlichen Diensten geteilten PDTA
- Schaffung auf Landesebene von sanitären und sozialen Betreuungszentren
- Inbetriebnahme von Anlaufstellen für Pflege und Betreuung zur Informationsbereitstellung, Bedarfsbewertung, Patientenübernahme sowie Zugang zu den Betreuungsdiensten der Pflegebedürftigen durch individuell angepasste Versorgungspläne
- die Errichtung von Dienstzentren auf dem Territorium zur Unterstützung der Tätigkeit der VGM
- Schaffung von Itermediärbetten für Leistungen und Tätigkeiten zur Pflege von noch nicht stabilisierten Patienten, welche keine Krankenhausbetreuung benötigen
- Errichtung von Ambulatorien zur Grundversorgung bei den Notaufnahmen
- die Unterstützung der Gruppenmedizin durch alle möglichen und vom Landeskollektivvertrag vorgesehen Formen der Zusammenarbeit.

5.5. Konventionen mit akkreditierten Privateinrichtungen

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.

Aus diesem Grund kann der Sanitätsbetrieb auch auf akkreditierte vertragsgebundene private Einrichtungen zurückgreifen, um die Wartezeiten zeitweise oder mittel- bis langfristig (systematisch) zu begrenzen, wobei Folgendes berücksichtigt werden sollte:

1. der Sanitätsbetrieb bewertet die Möglichkeit, sich für die Abgabe von Non-core- und nicht komplexe Leistungen an Dritte zu wenden, behält dem öffentlichen Gesundheitsdienst aber die Erbringung von Leistungen, welche aus organisatorischer Hinsicht und wegen der spezifischen Fachkompetenz strategisch sind

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

2. der Sanitätsbetrieb bewertet bei der Wahl der Auslagerung den auch zeitweisen Mangel an Gesundheitspersonal, die Probleme bei der Bereitstellung der geforderten Fachkompetenzen und gibt an, welche Leistungen an Dritte abgegeben werden können
3. der Ankauf von Leistungen kann auch auf Zeit erfolgten und bezieht sich auf Maßnahmen zur Steigerung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit und auf die fortschreitende Entwicklung des Territoriums welche als prioritäres Zielanzusehen sind.

Falls der Bedarf nicht von den bereits vertragsgebundenen Einrichtungen gedeckt ist, bewilligt das Land die Akkreditierung weiterer Einrichtungen.
Der Sanitätsbetrieb überwacht regelmäßig die an Dritte übergebenen Tätigkeiten und wertet die Auswirkung auf die Wartezeiten aus.

5.6. Freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit

Die freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit (FIT) stellt eine Angebotsergänzung dar. Sie ist kein Ersatz zu jenen Tätigkeiten, welche vom LGD erbracht werden, ist das Ergebnis einer freien Wahl des Patienten und geht vollständig zu seinen Kosten. Die in FIT erbrachten Leistungen müssen daher ebenfalls im öffentlichen System in Anspruch genommen werden können. Das Recht auf medizinische Gleichbehandlung der Patienten im freiberuflichen wie auch im öffentlichen System muss immer und in jedem Fall gewährleistet sein.
Auf jeden Fall, unbeschadet der durch den Sanitätsbetrieb festgelegten zeitlichen Begrenzungen, kann die FIT niemals als Leistungsumfang die Tätigkeiten, welche im institutionellen Regime erbracht werden, überschreiten, ansonsten erfolgt ihre Aussetzung. Der betriebliche Umsetzungsplan muss geeignete Mittel für eine konstante Überwachung der in FIT ausgeübten Tätigkeiten und spezifische Richtlinien für ein korrektes und ausgeglichenes Verhältnis zwischen institutioneller und freiberuflicher Tätigkeit enthalten.
Falls von der Überwachung der Wartezeiten eine Überschreitung der auf Landesebene bereits festgelegten Höchstgrenzen resultiert, kann der Sanitätsbetrieb, unter Berücksichtigung der oben genannten Bedingungen und des tatsächlichen Umfangs der im Verhältnis zur institutionellen Tätigkeit ausgeübten freiberuflichen Tätigkeit, die Ausübung des Betriebes „FIT“ für die beteiligten Fachkräfte veranlassen, welche die Organisationseinheiten, die durch die Überschreitung der maximalen Wartezeiten gekennzeichnet, betreffen.
Die Aussetzung muss vorübergehend sein und mit der Planung der organisatorischen und strukturellen Instrumente einhergehen, welche erforderlich sind, um das System wieder ins Gleichgewicht zu bringen und um den Fachkräften das Recht auf Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit, und den Bürgern die Möglichkeit deren Inanspruchnahme, zu gewährleisten. Aus diesen Gründen, und in Anbetracht ihres außergewöhnlichen Charakters, kann die Aussetzung nicht länger als zwei Monate andauern und insgesamt nicht länger als sechs Monate pro Jahr ergriffen werden. Dem Sanitätsbetrieb wird die detaillierte Regelung überlassen, während das Land wiederum die Kontrollmodalitäten festlegt, um die ordnungsgemäße Ausübung der FIT zu gewährleisten.

5.7. Konventionen mit zahlenden Rechtspersonen

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Nach den geltenden Bestimmungen kann der Sanitätsbetrieb Abkommen und/oder Vereinbarungen für den Ankauf von gesundheitlichen Leistungen abschließen, die von zahlenden Körperschaften, Gesellschaften und juridischen Personen nachgefragt werden. Die von den ärztlichen Führungskräften im Rahmen dieser Vereinbarungen ausgeübte Tätigkeit, für welche sie rückvergütet werden, ist als rein freiberuflich anzusehen.
Die erbrachten Leistungen ermöglichen die Verkürzung der Wartezeiten, gemäß den vom Sanitätsbetrieb selbst erstellten Programmen nach Anhörung der Teams der betreffenden operativen Einheiten.
Das Leistungsangebot muss sich an juridische Personen wenden, die anhand festgelegter Verwaltungsverfahren bestimmt werden. Die vom einzelnen Bürger nachgefragte Leistung kann nicht in diese Reihe aufgenommen werden (sog. „Selbstzahler"), da dies nicht voraussehbar und nicht programmierbar ist.

5.8. Ankauf zusätzlicher Leistungen

Zur Reduzierung der Wartelisten und in Anwendung des Art. 2, Abs. 1, Buchstabe c) des Abkommens zwischen Staat - Regionen und Autonome Provinzen aus dem Jahr 2010, kann der Sanitätsbetrieb von interessierten ärztlichen Teams die Erbringung von zusätzlichen Dienstleistungen, außerhalb der Dienstzeiten für die institutionelle Tätigkeit, in Anspruch nehmen. Die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgt aufgrund spezifischer vom Sanitätsbetrieb festgelegter Richtlinien

5.9. Schutzpfade

Für den Fall, dass die Wartezeiten für fachärztliche ambulante Leistungen nicht eingehalten werden, müssen „Schutzpfade" ermittelt werden. Es handelt sich um alternative Zugänge, die in Südtirol bereits mit Artikel 34 des LG 7/2001 „Indirekte fachärztliche Betreuung" eingeführt wurden und dem ortsansässigen Patienten ermöglichen, fachärztliche Erstvisiten und Erstzugänge zu diagnostischen-therapeutischen Leistungen bei einer zugelassenen, nicht mit dem LGD vertragsgebundenen privaten Einrichtung durchzuführen, die innerhalb der Höchstwartezeit sind, und eine Rückerstattung zu erhalten. Die entsprechenden Richtlinien und Modalitäten werden mit Beschluss der Landesregierung geregelt.

5.10. Maschinenpark

Die Produktivität wird auf Landesebene nach den Angaben des PNGLA und des Dokuments „Durchschnittliche Tätigkeitszeiten, Durchführungsmethode, Verzeichnis der territorialen ambulanten fachärztlichen Leistungen" definiert, das von der „Società Italiana di Medicina Specialistica" (S.I.M.S.), vom „Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (S.U.M.A.I.)" und von der „Società Italiana di formazione permanente S.I.Fo.P." erstellt wurde.
In Bezug auf die instrumentellen Leistungen, die der nationalen Überwachung unterliegen, werden vom Sanitätsbetrieb systematisch kritische Situationen ermittelt, die den Technologiepark betreffen, und geeignete Analysen durchgeführt, um die einschränkenden Faktoren und möglichen Maßnahmen aufzuzeigen. Zur Durchführung dieser Analyse muss der Sanitätsbetrieb Ad-hoc-Instrumente verwenden, die vom Land zur Überwachung der Produktivität der verwendeten Geräte vorbereitet werden. Wenn die kritischen Probleme nicht durch organisatorische Eingriffe gelöst werden können

(Erhöhung der Leistungserbringungszeit, Erhöhung des Personalbestands), muss eine Erhöhung oder Modernisierung der technologischen Ausrüstung berücksichtigt und geplant werden, um die festgestellten Probleme zu beseitigen.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

6. Vormerkkanäle für die ambulanten fachärztlichen Leistungen

Die Vormerkkanäle sind die wichtigsten Anlaufstellen der Bürger mit dem LGD und haben daher eine strategische Bedeutung.
Alle Vormerkkanäle müssen die Zufriedenheit des Bürgers, die Übereinstimmung mit einheitlichen Vormerkkriterien, unabhängig vom gewählten System, Dienstzugang von mehrehren auf dem Territorium verteilten Stellen (wie etwa Apotheken, ÄAM/KFW, Schaltern) sowie die Selbstverwaltung der Vormerkung (Vormerkung, Verschiebung, Absage) gewährleisten).

6.1. Einheitliche Landesvormerkungsstelle

Der Sanitätsbetrieb gewährleistet die komplette Funktionsfähigkeit einer einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS), welches als organisatorische Betriebseinheit zu verstehen ist, die das gesamte Angebot von medizinischen Leistungen im Bezugsterritorium verwalten kann.
Es ist eine einzige Telefonnummer auf Landesebene für die Leistungsvormerkungen im institutionellen Betrieb und eine einzige für die Vormerkung von Privatvisiten vorgesehen, die von Fachärzten desselben Sanitätsbetriebes erbracht werden.

6.2. Vormerkung bei der Verschreibung

Die effektive Übernahme des Patienten zur Garantie des Zyklus Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Befundung muss durch die Entwicklung eines Organisationsmodells, mit differenzierten Lösungen für die Nutzer, gewährleistet werden. Dieses Modell muss sichern, dass die Vormerkung von ambulanten Leistungen zusammen mit ihrer Verschreibung erfolgt.

6.3. Grundversorgung

Der Zugang zu den ambulanten Leistungen für den Bürger kann auch mittels Vormerkung im Rahmen der Grundversorgung (AAM/KFW, VGM, Gruppenmedizin und Gesundheits- und Sozialzentren) nach einem organisatorischen Modell erfolgen, welches sowohl die Verschreibung wie auch die gleichzeitige Vormerkung der Leistungen, sowie auch deren nachfolgende Handhabung (Verschiebungen/Löschungen), vorsieht.
Falls der einzelne AAM/KFW es als notwendig erachtet, die Entwicklung des Krankheitsbildes und/oder der Krankheit, die „Compliance“ und/oder die Reaktionsfähigkeit des Patienten auf die pharmazeutische Therapie zu bewerten, bleibt die Verschreibung der Kontrollvisite Zuständigkeit dieses AAM/KFW.

6.4. Operative Einheiten des Sanitätsbetriebes

Der Sanitätsbetrieb sieht geeignete Modalitäten vor, damit die Leistungen von darauffolgenden Zugängen gleichzeitig mit der Verschreibung durch die fachärztliche Einrichtung vorgemerkt werden, ohne dass der Patient für die Verschreibung zum AAM/KFW zurückgeschickt wird. Zu diesem Zweck werden eigene Terminkalender für die Handhabung der Leistungen von darauffolgenden Zugängen und für die durch die Einrichtung direkt programmierten Zugänge eingerichtet, welche mit dem Vormerksystem integriert sind.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

6.5. Andere institutionelle Vormerkkanäle

6.5.1. Online Vormerkung

Der Online-Vormerkkanal hat folgende Zugänge:

- Die institutionelle Internetseite des Südtiroler Sanitätsbetriebs
- Das Bürgerportal der öffentlichen Verwaltung der Provinz Bozen.

6.5.2. App mobile

Der Vormerkkanal über App ist ein institutioneller Kanal für die Vormerkung, Verwaltung und Bezahlung aller medizinischen Leistungen, einschließlich ambulanter fachärztlicher Leistungen, Impfungen und Screening.

6.5.3. Kanal für virtuelle Vormerkungen (chatbot)

Dieser Kanal richtet sich an sehr spezifische Zielgruppen (Generationen Y, Z und folgende) und erlaubt die Vormerkung, Änderung und Absage des Termins über virtuelle Assistenten.

6.5.4. Multifunktionale Schalter

Um den Zugang zu den vom Sanitätsbetrieb angebotenen Diensten zu erleichtern, müssen multifunktionale Kontaktstellen aktiviert werden, in denen verschiedene Dienste bereitgestellt werden können, wie etwa der Erhalt von Informationen, die Vormerkung, Absage oder Verschiebung eines Termins, die Zahlung einer gesundheitlichen Leistung bzw. einer Verwaltungsstrafe und die Ausgabe von Befunden.

6.6. Territoriale Apotheken

Das neue Apothekenmodell, die sogenannte „Dienstleistungsapotheke“ soll dem Kunden ermöglichen, ambulante fachärztliche Leistungen vorzumerken und seine Vormerkungen in der Apotheke zu verwalten, sowie die Bezahlung und die Befundausgabe durchzuführen. Zu diesem Zweck schließt das Land ein entsprechendes Abkommen ab.

6.7. Recall-/Reminder-System

Der Sanitätsbetrieb aktiviert ein automatisiertes Recall-System für den Burger, welches ihn an den bevorstehenden Termin erinnert und dadurch die Vormerkung bestätigt oder abgesagt werden kann. Dieses System erzielt das Phänomen des Drop-outs, das heißt das Nichterscheinen des Bürgers zu einer vorgemerkten Leistung einzudämmen und zu vermeiden, dass die von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Verwaltungsstrafen erhoben werden.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

7. Überwachung

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, Überwachungssysteme der Verschreibungsvolumen nach Leistungstyp aufzubauen um entsprechende Verhaltensweisen auszurichten.

Es werden folgende Überwachungsarten durchgeführt:

1. Überwachung ex post der ambulanten Leistungen, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
2. Überwachung ex ante der ambulanten Leistungen, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
3. Überwachung ex post der Aufenthalte, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
4. Überwachung der Aufhebungen von Erbringungstätigkeiten
5. Überwachung der PDTA
6. Überwachung ex ante der ambulanten Leistungen, die in FIT erbracht werden (im Auftrag und auf Kosten des Nutzers)
7. Überwachung der Wartezeiten und Wartelisten auf der Internetseite des Landes und des Sanitätsbetriebes
8. Überwachung der effektiven Einbeziehung aller Kalender (öffentlich, privat und freiberuflich) in das ELVS-System.

Die aus der oben genannten Überwachung resultierenden Daten werden in regelmäßigen Abständen auf dem Portal des Gesundheitsministeriums sowie auf dem Portal des Sanitätsbetrieb Südtirol und des Landes veröffentlicht. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, den Informationsfluss der Wartelistenüberwachung, in der Art und Weise und innerhalb des vom Land festgelegten Zeitrahmens systematisch an das Land zu übermitteln.

7.1. Gegenstand der Überwachung

Es werden folgende im PNGLA angegebenen Leistungen überwacht:

- ambulante Leistungen
- stationäre Aufenthaltsleistungen
- die Leistungen, die in den PDTA enthalten sind.

Wenn kritische Bereiche festgestellt werden, können die oben genannten Leistungen von der zuständigen Landesabteilung entsprechend überprüft und/oder ergänzt werden.
Die im Rahmen der Prävention angebotenen Leistungen werden nicht überwacht.

7.2. Ambulante Leistungen

7.2.1. Art der Überwachung

Zu den zu überwachenden Leistungen gehören nur die Erstvisiten und der Erstzugang zu diagnostischen therapeutischen Leistungen. Diese Überwachung wird durch Messen folgenden Indikators durchgeführt:

Indikator: Garantieprozentsatz (Prozentsatz der Einhaltung der maximalen Wartezeit).

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Formel (%): Anzahl der Vormerkungen, die innerhalb der vorgesehenen Zeiten für jede Prioritätsklasse und für jede Leistung garantiert werden/Anzahl der Vormerkungen für jede Prioritätsklasse und für jede Leistung.

7.2.2. Garantiebereich

Der Garantiebereich fällt mit dem Territorium der Provinz zusammen, daher werden alle Daten in Bezug auf dieses Gebiet erarbeitet und veröffentlicht.
Zur Berechnung der Wartezeiten werden ausschließlich die Vormerkungen berücksichtigt, für welche die erste Verfügbarkeit innerhalb des Garantiebereichs, wie vom PNGLA vorgesehen, angenommen wurde.

7.2.3. Überwachung ex ante

Sie wird nur für Erstzugangsleistungen durchgeführt.
Die Daten zu den Wartezeiten werden an das Land gesendet, das sie dann an das Gesundheitsministerium übermittelt.
Die folgende Überwachungsmethode wird festgelegt: Eine Indexwoche pro Quartal, wobei die Daten bis zum dreißigsten Tag nach Ende der Erhebungswoche übermittelt werden.

7.2.4. Überwachung ex post

Sie wird nur für Erstzugangsleistungen durchgeführt.
Die Überwachung ex post der Wartezeiten von ambulanten Leistungen erfolgt durch Übermittlung des Datenflusses gemäß Artikel 50 des Gesetzes vom 24. November 2003, Nr. 326 an die Provinz, die sie monatlich innerhalb von 10 Tagen nach dem auf den Erhebungsmonat folgenden Monat an das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen (MEF) übermittelt.
Die Überwachung ex post wird auch vom Land durchgeführt.

7.3. Aufenthaltsleistungen

7.3.1. Art der Überwachung

Die Überwachung betrifft die Wartezeiten für Krankenhausaufenthalte für Akute und für programmierbare Aufenthalte mit der Prioritätsklasse A und wird durch Messen des folgenden Indikators durchgeführt:

Indikator: Anteil der Leistungen, die unter Einhaltung der maximalen Wartezeiten für die Prioritätsklasse A erbracht werden.

Formel: Anzahl der innerhalb des vorgesehenen Höchsttermins erbrachten Leistungen mit Prioritätsklasse A/Anzahl der Gesamtleistungen mit Prioritätsklasse A.

Dieser Plan sieht auch vor, dass das Land die durchschnittlichen Wartezeiten für programmierte Aufenthalte mit der Prioritätsklassen B, C und D, für welche pathologische Krankheitsbilder auf nationaler und Landesebene festgelegt werden, überwacht.
Die Garantieschwellen gelten für beide Aufenthaltsarten.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Das Land übermittelt dem Gesundheitsministerium vierteljährliche Berichte über Wartezeiten für programmierte Aufenthalte.

7.3.2. Veröffentlichung der Wartezeiten

Das Land überwacht die Veröffentlichung der Wartezeiten für ambulante Leistungen und zu überwachende Krankenhausaufenthalte auf der institutionellen Seite des Südtiroler Sanitätsbetriebes. Diese Wartezeiten werden auch auf der institutionellen Seite des Landes veröffentlicht.

7.4. Überwachung der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten

Gegenstand der Überwachung sind ausschließlich die nicht programmierten Aufhebungen oder die Aufhebungen von Erbringungsleistungen, die in außerordentlichen Fällen durch den Sanitätsbetrieb (nur für schwere Fälle oder solchen mit außerordentlichen Gründen) und unter Einhaltung einiger Regeln angewendet werden. Insbesondere werden die Fälle der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten überwacht, die länger als einen Tag dauern, während die endgültige Aufhebung aufgrund der Neuorganisation der angebotenen Leistungen nicht überwacht wird.
Die Überwachung bezieht sich auf die Aufhebungen im Zusammenhang mit der zu überwachenden Leistung, falls eine solche Aufhebung dazu führt, dass eine bestimmte Leistung nicht im Rahmen des Garantiebereichs erbracht wird.
Die Daten müssen alle sechs Monate an das Land übermittelt werden, das sie dann innerhalb des Monats, der dem Bezugshalbjahr für die eingetretenen Ereignisse folgt an das Gesundheitsministerium übermittelt.

7.5. Überwachung der PDTA

Die Überwachung der PDTA erfolgt gemäß der Methodik, die in den von der nationalen Überwachungsstelle für Wartelisten erarbeiteten Leitlinien angegeben ist.
Als Datenquelle für die Berechnung der PDTA-Indikatoren dienen die digitalen Verwaltungsarchive des Landes für die eine Zusammenschaltung möglich ist, um die Person bei allen Zugängen zu den Gesundheitsleistungen zu ermitteln.

7.6. Überwachung ex ante der FIT-Leistungen

Die Überwachung der ambulanten Leistungen, die in freiberuflicher Tätigkeit werden, erfolgt nach den entsprechenden Leitlinien, die derzeit bei Agenas in Überarbeitung sind.

7.7. Überwachung der Webseiten

Das Ziel der Überwachung ist die Überprüfung des Vorhandenseins von Informationen über die Wartezeiten und Wartelisten auf den Internetseiten des Landes und des Sanitätsbetriebes.

Der Sanitätsbetrieb muss auf seiner Internetseite wenigstens folgende Informationen veröffentlichen:

- Zugangsmöglichkeit
- Vorhandensein des betrieblichen Umsetzungsprogramms

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

- aggregierte Daten für die ermittelten Leistungen der Prioritätsklasse B
- aggregierte Daten für die ermittelten Leistungen der Prioritätsklasse D
- Vorhandensein der Wartezeiten, auch wenn diese von denen des PNGLA abweichen
- Online-Vormerkung

Die Ergebnisse der Überwachung werden durch das Portal des Gesundheitsministeriums verbreitet.

7.8. Konkordanzbewertung

Die sich auf denselben klinischen Fall beziehende Konkordanzbewertung, die als Bewertung der Entsprechung verstanden wird, zwischen den vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse (U-B-D-P) und der vom Facharzt zugewiesenen Prioritätsklasse, wird an 11 im PNGLA festgelegten Leistungsgruppen durchgeführt, die durch eine hohe soziale Auswirkung gekennzeichnet sind und eine bestimmte diagnostische Relevanz haben. Der Sanitätsbetrieb bewertet die etwaige Ausdehnung der Konkordanzbewertung auf andere Leistung mit möglichem Risiko für eine Unangemessenheit der Verschreibung.
Sie sieht vor, dass für jede zu überwachende Leistungsgruppe mindestens 100 Verschreibungen pro Erbringungseinrichtung (zum Beispiel: Krankenhaus, Ambulatorium des Sprengels) eingeholt werden müssen, und dass diese Verschreibungen nacheinander ab dem gewählten Datum für den Anwendungsbeginn eingeholt werden müssen.
Für jede gesammelte Verschreibung muss daher die Übereinstimmung zwischen der vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse und der vom Facharzt (erbringender Arzt) zugewiesenen Prioritätsklasse bewertet werden. Die Zuordnung der Prioritätsklasse durch den Facharzt sollte vor der Erbringung der Leistung vorgenommen werden, um zu verhindern, dass die Zuordnung der Prioritätsklasse eventuelle klinische Informationen beeinflusst wird, die während der Visite entstehen. Die Zuordnung der Prioritätsklasse durch den Facharzt sollte auch „in Unkenntnis“ der Prioritätsklasse sein, die vom verschreibenden Arzt zugewiesenen wird.
Der Sanitätsbetrieb garantiert eine systematische Sammlung der Daten und die entspreche Analyse. Die Sammlung und Auswertung der Daten erfolgt mittels Informatikanwendungen.

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

ANLAGE B

ZIELE DES SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBES FÜR DEN ZEITRAUM 2019-2022

	Ziel	Indikator	Wert			
			2019	2020	2021	2022
1	Übermittlung des betrieblichen Umsetzungsplanes	Übermittlung an das Ressort Gesundheit des innerhalb des Sanitätsbetriebes vereinbarten Entwurfes zum betrieblichen Umsetzungsplan innerhalb von 60 Tagen ab Genehmigung des Landesplanes zur Verwaltung der Wartezeiten; Genehmigung mit betrieblichem Beschluss des mit dem Ressort vereinbarten betrieblichen Umsetzungsplanes innerhalb der nächsten 30 Tage	JA/NEIN			
2	Kapilläre, systematische und andauernde Verbreitung des betrieblichen Umsetzungsprogrammes	Der Verbreitungsplan ist ausarbeitet, wo explizit angegeben sind: die Verbreitungsmodalitäten, Häufigkeit, Zeitraum, Zielgruppen und Inhalt (wie z.B. Modalitäten und Angemessenheit der Verschreibung, LKVL und Profile, HGW)		JA/NEIN	JA/NEIN	JA/NEIN
		Jährlicher Report in tabellarischer und syntetischer Form über die ausgeübten Tätigkeiten betreffend den Verbreitungsplan		JA/NEIN	JA/NEIN	JA/NEIN
3	Vervollständigung des Planes zur Vebreitung auf Landesebene der digitalisierten Verschreibung (auch für die ÄAM/KWF)	Anzahl von digitalisierten Verschreibungen/Gesamtzahl von ausgestellten Verschreibungen		>=70%	>=80%	>=90%
4	Vervollständigung des integrierten Netzes der Vormerkungsdienste	Anzahl von fachärztlichen Bereichen mit Vormerkkalender der Erstvisiten auf ELVS/Gesamtzahl der Fachbereiche für Erstvisiten (Das Verzeichnis der Bereiche wird zwischen Land und Sanitätsbetrieb vereinbart)		>= 95%	>= 95%	>= 95%
		Anzahl von überwachten diagnostischen-therapeutischen Leistungen mit Vormerkkalender auf ELVS/Gesamtzahl der überwachten diagnostischen-therapeutischen Leistungen		>=70%	>=85%	>= 95%

5	Einhaltung der Höchstwartezeiten für die staatlich überwachten Erstvisiten (im Garantiebereich)	Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse B vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der Erstvisite für die Priorklasse B (ausgeschlossen: Dermatologie, Augenheilkunde und Hals- Nasen- Ohrenheilkunde)		>=70%	>=80%	>=90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse B vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der Erstvisite für die Priorklasse B (für Dermatologie, Augenheilkunde und Hals- Nasen- Ohrenheilkunde)		>=90%	>=90%	>=90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse D vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der Erstvisite für die Priorklasse D (ausgeschlossen: Dermatologie, Augenheilkunde und Hals- Nasen- Ohrenheilkunde)		>=60%	>=75%	>=90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse D vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der Erstvisite für die Priorklasse D (für Dermatologie, Augenheilkunde und Hals- Nasen-Ohrenheilkunde)		>=80%	>=90%	>=90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse P vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der Erstvisite für die Priorklasse P		>=10%	>=50%	>=90%
6	Einhaltung der Höchstwartezeiten für die staatlich überwachten diagnostischen-therapeutischen Leistungen (im Garantiebereich)	Anzahl der Vormerkungen von diagnostischen-therapeutischen Leistungen, die innerhalb der für die Priorklasse B vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der diagnostischen-therapeutischen Leistungen für die Priorklasse B		>=60%	>= 75%	>= 90%
		Anzahl der Vormerkungen von diagnostischen-therapeutischen Leistungen, die innerhalb der für die Priorklasse D vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der diagnostischen-therapeutischen Leistungen für die Priorklasse D (ausgeschlossen: Nukleare Magnetische Resonanz)		>=40%	>= 70%	>= 90%
		Anzahl der Vormerkungen von Nuklearen Magnetischen Resonanzen, die innerhalb der für die Priorklasse D vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl von Magnetresonanzen für die Priorklasse D		>=80%	>=90%	>=90%

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

		Anzahl der Vormerkungen von diagnostischen-therapeutischen Leistungen, die innerhalb der für die Priorklasse P vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden /Vormerkungszahl der diagnostischen-therapeutischen Leistungen für die Priorklasse P		>=10%	>= 50%	>= 90%
7	Einhaltung der Höchstwartezeiten für die vom Ministerium nicht überwachten Erstvisiten (auf ELVS)	Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse B vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden/Vormerkungszahl der Erstvisiten für die Priorklasse B		>= 60%	>= 70%	>= 90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse D vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden/Vormerkungszahl der Erstvisiten für die Priorklasse D		>= 60%	>= 70%	>= 90%
		Anzahl der Vormerkungen von Erstvisiten, die innerhalb der für die Priorklasse P vorgesehenen Höchstzeit erbracht werden/Vormerkungszahl der Erstvisiten für die Priorklasse P		>= 10%	>= 50%	>= 90%
8	Einhaltung der Höchstwartezeiten für Erstvisiten und für die diagnostischen-therapeutischen Leistungen	Ausarbeitung eines jährlichen Berichtes über die Umsetzung des betrieblichen Umsetzungsprogrammes, wo der Trend der Wartezeiten mit der entsprechenden Begründung hervorgehoben wird.		JA/NEIN	JA/NEIN	JA/NEIN
9	Vollständigkeit und Richtigkeit der Angabe "Zugangstyp" auf die Gesamtzahl der überwachten digitalisierten Leistungen	Anzahl der Verschreibungen mit Angabe "Zugangstyp" auf die Gesamtzahl der digitalisierten Verschreibungen		>= 70%	>= 90%	>= 90%
10	Vollständigkeit und Richtigkeit der Angabe "Priorklasse" auf die Gesamtzahl der überwachten digitalisierten Leistungen	Anzahl der Verschreibungen mit Angabe "Priorklasse" auf die Gesamtzahl der digitalisierten Verschreibungen von Erstzugängen zu ambulanten Leistungen		>= 70%	>= 90%	>= 90%
11	Teilnahme des Sanitätsbetriebes an der Definition der verschiedenen Betreuungssettings, welche auch das Week Hospital (Krankenhaus auf 5 Tagen), die Tagesklinik und die komplexe ambulante Betreuung vorsehen.	Teilnahme an der Ausarbeitung der Landesrichtlinien über die verschiedenen Betreuungssettings als Alternative zum stationären Aufenthalt (strukturelle, technologische und organisatorische Anforderungen)		JA/NEIN		
12	Teilnahme des Sanitätsbetriebes an der Festlegung der Pathologien pro Betreuungssettings und Zuordnung zur Priorklasse.	Erarbeitung der Listen von Pathologien mit den entsprechenden Priorklasse und Zulassungsschwellen			JA/NEIN	
13	Anwendung von organisatorischen Modellen im Bereich der Wartezeiten und der entsprechenden Priorklassen in der betrieblichen Programmierung (in Bezug auf ein Krankenhaus mit zwei Standorten)	Verteilung der Krankenhausaufenthalte/Leistungen pro Betreuungssetting und Priorklasse (nach einzelnem Standort unterschieden)				JA/NEIN

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

14	Einhaltung der Höchstzeiten für die vom Ministerium überwachten Leistungen mit Priorklasse A im stationären Krankenhausaufenthalt oder im Day Hospital	Anzahl der Leistungen mit Priorklasse A, die innerhalb der für diese Klasse vorgesehenen Höchstzeiten erbracht werden/Gesamtzahl der erbrachten Leistungen mit Priorklasse A			>= 70%	>= 95%
15	Reduzierung der durchschnittlichen Wartezeit am Telefon mit dem ELVS für eine Vormerkung	durchschnittliche Wartezeit am Telefon	<= 1,5 Min bei 90% der Fälle	<= 1 Min bei 90% der Fälle	<= 1 Min bei 90% der Fälle	<= 1 Min bei 90% der Fälle
16	Aktivierung von neuen Vormerkkanälen	Aktivierung folgender neuer Vormerkanäle:				
		App Mobile	JA/NEIN			
		Vormerkdienst in den territorialen Apotheken (aufgrund der ensprechenden Maßnahmen seitens der Landesregierung)	JA/NEIN			
		Realease der betrieblichen Internetseite für die online-Vormerkungen (webapp)	JA/NEIN			

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D

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

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

Der Amtsdirektor — 21/10/2019 13:17:57 ORTLER JOHANNES — Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor — 21/10/2019 13:30:20 SCHROTT LAURA — Il Direttore di ripartizione

Laufendes Haushaltsjahr — Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung

zweckgebunden		impegnato
als Einnahmen ermittelt		accertato in entrata
auf Kapitel		sul capitolo
Vorgang		operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben — 22/10/2019 12:38:30 NATALE STEFANO — Il direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Einnahmen — Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift — data / firma

Abschrift ausgestellt für — Copia rilasciata a

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Der Landeshauptmann Il Presidente	KOMPATSCHER ARNO	05/11/2019
Der Generalsekretär Il Segretario Generale	MAGNAGO EROS	05/11/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 60 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 60 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

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

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.

Ausstellungsdatum — Data di emanazione

05/11/2019

Diese Ausfertigung entspricht dem Original — Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift — Data/firma

Beschluss Nr./N. Delibera: 0915/2019. Digital unterzeichnet / Firmato digitalmente: Arno Kompatscher, 315333 - Eros Magnago, 2F2B1D