

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

Nr. 529
Sitzung vom 14/07/2020 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

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

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Leitlinien für das Informationsverfahren der
Noteinsatzleistungen (EMUR)

Oggetto:

Linee Guida del flusso informativo
Emergenza e Urgenza (EMUR)

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Mit Dekret des Gesundheitsministers vom 17.12.2008 „Einführung des Informationssystems für die Überwachung der erbrachten Noteinsatzleistungen“ wurde auf gesamtstaatlicher Ebene offiziell das Informationsverfahren „Datenfluss für die Überwachung der erbrachten Noteinsatzleistungen (EMUR)“ eingeführt.

Dieses Dekret sieht vor, dass sich die Regionen und Autonomen Provinzen, mit Einführung des Informationsflusses EMUR im Rahmen des Neuen Gesundheitsinformationssystems (NSIS) verpflichten, die Daten über die erbrachten Noteinsatzleistungen gemäß vorgegebenen Modalitäten und Zeiten an das Gesundheitsministerium zu übermitteln.

Dieses Dekret sieht vor, dass die Daten innerhalb Ende des auf den Bezugszeitraum der Ereignisse folgenden Monats übermittelt werden.

Mit Beschluss Nr. 1626 vom 24.10.2011 wurde die Aktualisierung der Leitlinien für das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen (EHB)“ genehmigt.

Der Artikel 37 des Dekrets des Ministerpräsidenten vom 12. Januar 2017 betreffend die „Bestimmung und Aktualisierung der Wesentlichen Betreuungsstandards, gemäß Artikel 41, Absatz 7, des Gesetzesdekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992“ sieht vor, dass der Gesundheitsdienst im Bereich Erste Hilfe auch die Notfalldiagnostik und -therapie gewährleistet. Innerhalb der Ersten Hilfe ist die Intensivbeobachtungseinheit (O.B.I.) zur Sicherstellung komplexer Betreuungspfade angesiedelt.

Das Dekret des Gesundheitsministers vom 12.03.2019 betreffend „Das neue Qualitätssicherungs- und Überwachungssystem der Gesundheitsbetreuung“ sieht eine Reihe von Indikatoren vor, die die Erbringung der Leistungen und der Dienste im Bereich der „Ersten Hilfe“ des wesentlichen Betreuungsstandards der „Krankenhausversorgung“ bewerten und überwachen.

Im Staat-Regionen Abkommen vom 01.08.2019 sind drei Dokumente verankert,

La Giunta Provinciale

Con il decreto del Ministro della Salute del 17.12.2008 „Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza“ è stato ufficialmente istituito su tutto il territorio nazionale il flusso informativo „Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR)“.

Il decreto prevede che le Regioni e Province Autonome, con l'istituzione del flusso informativo EMUR nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) si impegnano a trasmettere nelle modalità e nei tempi previsti i dati relativi all'assistenza sanitaria di emergenza urgenza.

Il decreto prevede la trasmissione mensile dei dati, in particolare entro il mese successivo al periodo di riferimento, in cui si sono verificati gli eventi stessi.

La deliberazione della Giunta Provinciale n. 1626 del 24.10.2011 ha approvato l'aggiornamento delle Linee Guida per la procedura informativa „Scheda di Pronto Soccorso (SPS)“.

L'articolo 37 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 che concerne la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 41, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992", n. 502, prevede che il Servizio sanitario garantisca nell'ambito dell'attività di Pronto Soccorso (PS), l'esecuzione degli interventi diagnostici terapeutici di urgenza. All'interno dei PS è assicurata anche la funzione di Osservazione Breve Intensiva (OBI), a garanzia dei percorsi assistenziali più complessi.

Il Decreto del Ministero della Salute del 12.03.2019 „Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria“ prevede un set di indicatori finalizzati anche a valutare e monitorare l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nell'area „Pronto Soccorso“ del livello essenziale di „Assistenza ospedaliera“.

L'Accordo Stato-Regioni del 01.08.2019 ha definito tre documenti contenenti linee di

die als italienweite Leitlinien für die krankenhausinterne Triage, die Intensivbeobachtung und die Erstellung des Plans zur Bewältigung der überfüllten Notaufnahmen dienen.

Mit dem Beschluss der Generaldirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 634 vom 24.09.2019, wurde das Pilotprojekt „Ambulatorium für die Grundversorgung (AGV)“ in der Notaufnahme des Krankenhauses Bozen genehmigt. Das Ziel des AGV ist es, die Zugangsmöglichkeiten zur Grundversorgung zu erweitern, um den überfüllten Notaufnahmen entgegenzuwirken und die Behandlung der Patienten mit nicht dringendem Triage-Farbcode zu beschleunigen.

Mit Beschluss Nr. 983 vom 19.11.2019 hat die Landesregierung die Bestimmungen über die Beteiligung an den Gesundheitskosten der Notaufnahme erlassen, die mit 01.12.2019 in Kraft getreten sind.

Die gegenständlichen Leitlinien wurden im Einverständnis mit den klinischen Referenten der Notaufnahmen der Südtiroler Krankenhäuser verfasst.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. obige Ausführungen in den Prämissen als Bestandteil dieses Beschlusses zu genehmigen;
2. das beiliegende Dokument „Leitlinien für das Informationsverfahren zur Überwachung der Noteinsatzleistungen - das Informationsverfahren des Datenflusses EMUR Notaufnahme“ zu genehmigen, das das Dokument Leitlinien für das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ (EHB), mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1626 vom 24.10.2011 genehmigt, ersetzt;
3. dass die beiliegenden Leitlinien gemäß Vorgaben des Gesundheitsministers mit 01.08.2020 in Kraft treten;
4. dass dieser Beschluss keine Ausgaben zu Lasten des Verwaltungshaushalts des

Indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione Breve Intensiva e sullo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Con la delibera del Direttore generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige n. 634 del 24.09.2019, è stato avviato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale centrale di Bolzano, il progetto sperimentale "Ambulatorio Cure Primarie (ACP)". L'obiettivo dell'ACP è allargare le modalità di accesso all'assistenza primaria, educando da un punto di vista sanitario la popolazione e contribuendo a velocizzare il trattamento dei codici triage minori presso il Pronto Soccorso.

Con delibera n. 983 del 19.11.2019, la Giunta provinciale ha emanato disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria del Pronto Soccorso, entrate in vigore a partire dal 01.12.2019.

Le allegate Linee Guida sono state discusse e condivise con i referenti clinici del Pronto Soccorso degli ospedali provinciali e con i referenti della Ripartizione Informatica dell'Azienda sanitaria.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare quanto esposto nelle premesse quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare il documento allegato "Linee Guida per il flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza - la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso", che sostituisce il documento "Linee Guida per la procedura informativa Scheda di Pronto Soccorso (SPS)", approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1626 del 24.10.2011;
3. di stabilire l'entrata in vigore delle Linee Guida allegate a partire dal 01.08.2020, come da indicazioni del Ministero della Salute;
4. di prendere atto che la presente deliberazione non comporta oneri di spesa

Landes mit sich bringt.

a carico del bilancio finanziario gestionale provinciale.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Linee guida

per la procedura informativa del flusso

EMERGENZA-URGENZA Pronto Soccorso (EMUR)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

Linee guida per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso

Luglio 2020

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:

Ripartizione Salute – Osservatorio per la Salute

Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO

Tel. 0471 – 41.80.40

Fax 0471 – 41.80.48

e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

PAG.

1. INTRODUZIONE	4
2. DEFINIZIONE	4
3. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO	5
3.1. TRIAGE	6
3.2. FAST TRACK	7
3.3. AMBULATORIO CURE PRIMARIE	7
3.4. INVIO DIRETTO	7
4. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO).....	8
5. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	8
6. TIPOLOGIE DI ACCESSO	9
6.1. ACCESSO DI PAZIENTE "INSTABILE"	9
6.2. ACCESSO DI PAZIENTE "STABILE" CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)	9
6.2.1. PAZIENTE VISITATO DAL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO	9
6.2.2. PAZIENTE INVIATO DIRETTAMENTE AGLI AMBULATORI/REPARTI/SERVIZI.....	9
6.3. ACCESSO DI PAZIENTE "STABILE" CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ..	10
6.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI	10
7. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO	11
8. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO	11
9. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET).....	11
10. TRASMISSIONE DEI DATI	12
10.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	12
10.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	12
11. TRATTAMENTO DEI DATI	12
12. ALLEGATI TECNICI.....	13

1. INTRODUZIONE

A livello nazionale è stato definito un programma di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza sanitaria. Al fine di garantire una risposta sanitaria tempestiva ed interventi assistenziali efficaci ed efficienti a fronte di situazioni improvvise di rischio per la salute del cittadino, sono state approvate le Linee Guida per l'organizzazione sul territorio nazionale di un vero e proprio "sistema di emergenza sanitaria" per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del Pronto Soccorso e del 118 (D.P.R. 27/03/1992).

Tenuto conto della complessità gestionale che caratterizza tale sistema di emergenza e anche dell'obiettivo di definire strumenti in grado di poter garantire la disponibilità e lo scambio di informazioni, risulta fondamentale uno sviluppo di un'adeguata rete di informatizzazione.

La procedura informativa è stata definita al fine di raccogliere informazioni sul paziente, sulle prestazioni a cui è stato sottoposto e sulle caratteristiche del servizio di emergenza erogate. La prima direttiva provinciale per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione degli accessi di Pronto Soccorso è stata approvata con deliberazione della Giunta provinciale n. 4824 del 18/12/2006 ed è entrata in vigore il 1° febbraio 2007. Nel 2009, le Linee Guida sono state aggiornate in occasione dell'introduzione dell'"Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)" prevista con deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008 e successive modifiche; dal 1° gennaio 2012 sono state modificate secondo il disciplinare tecnico "*Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*" contenente le specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso, redatte dal Ministero della Salute, in quanto l'invio dei dati al NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario è divenuto obbligatorio (DM 17/12/2008). La Conferenza Stato Regioni del 01/08/2019 ha approvato tre documenti contenenti linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) e sullo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Al fine di avere un quadro più dettagliato del trattamento ricevuto da parte di un utente in Pronto Soccorso è necessario collegare il flusso del Pronto Soccorso (SPS) con il flusso della Specialistica ambulatoriale (flusso SPA, deliberato in G.P. del 23/03/1998, n.1071 e successive modifiche) in cui vengono registrate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e quindi anche le prestazioni erogate al paziente dal Pronto Soccorso nell'ambito del medesimo accesso.

A completamento del percorso emergenza urgenza, le "Linee guida per la rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (118)" definiscono una serie di informazioni che la centrale operativa 118 deve acquisire e gestire durante la missione di soccorso, con l'obiettivo di definire gli strumenti per la valutazione dell'attività assistenziale nei sistemi di emergenza sanitaria territoriale.

Linkando quindi i flussi 118 e Specialistica ambulatoriale con quello di Pronto Soccorso, è possibile fornire indicazioni precise su tutto il percorso di assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

Con le presenti Linee Guida si intende fornire ai servizi di Pronto Soccorso tutte le indicazioni necessarie per una corretta ed uniforme trasmissione delle informazioni richieste dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

Le linee guida sono articolate in due parti:

1. la prima descrive le caratteristiche generali del percorso di assistenza in Pronto Soccorso attraverso le informazioni raccolte dal flusso EMUR Pronto Soccorso ("Linee guida per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso");
2. la seconda illustra i contenuti informativi della procedura EMUR Pronto Soccorso, il tracciato record per la trasmissione dei dati e i controlli di qualità sulle informazioni raccolte (Allegato tecnico "Specifiche tecniche per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso").

2. DEFINIZIONE

La procedura informativa "EMUR Pronto Soccorso" costituisce lo strumento ordinario di raccolta di un dataset minimo di informazioni utile per documentare l'assistenza prestata agli utenti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso e che successivamente possono essere trattati in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).

I dati raccolti attraverso tale procedura vengono utilizzati a fini conoscitivi e valutativi dei servizi di Pronto Soccorso nell'ambito della programmazione sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. I dati raccolti sono relativi al seguente set di informazioni legate alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza da parte degli ospedali:

- struttura erogatrice;

- accesso e dimissione;
- identificazione dell'assistito;
- diagnosi e prestazioni erogate;
- valorizzazione economica dell'accesso.

L'ambito di adozione della procedura si estende a tutti i Pronto Soccorso presenti negli ospedali pubblici della Provincia di Bolzano.

Comprensorio di Bolzano	► Pronto Soccorso dell'Ospedale centrale di Bolzano
Comprensorio di Merano	► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Merano
	► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di Silandro
Comprensorio di Bressanone	► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Bressanone
	► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di Vipiteno
Comprensorio di Brunico	► Pronto Soccorso dell'Ospedale aziendale di Brunico
	► Pronto Soccorso dell'Ospedale di base di San Candido

Come indicato nell'atto del Ministero della Salute del 17 maggio 1996 in applicazione del D.P.R. del 27 marzo 1992, i servizi di Pronto Soccorso e di accettazione svolgono:

1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

La procedura informativa deve essere compilata per tutti i pazienti **presi in carico** dal Pronto Soccorso.

Costituisce **unità di rilevazione** il singolo utente che accede in Pronto Soccorso e che viene preso in carico dal servizio, esclusi gli accessi programmati per visite di controllo e/o medicazioni successive al primo accesso.

3. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL PRONTO SOCCORSO

Nel modello organizzativo il processo decisionale in ingresso integra valutazioni di priorità clinica e di complessità assistenziale per indirizzare il paziente fin dal triage al percorso più idoneo.

Il percorso assistenziale di un paziente che accede al Pronto Soccorso è costituito da tre fasi distinte:

- **Fase di accoglienza/accettazione**

Corrisponde all'accesso in Pronto Soccorso del paziente. Questa fase comprende l'accettazione del paziente e la valutazione della sua gravità (triage).

- **Fase diagnostica/terapeutica**

Corrisponde all'analisi della sintomatologia e delle condizioni cliniche del paziente e all'erogazione delle prestazioni necessarie. In questa fase, una volta preso in carico il paziente, il medico del Pronto Soccorso valuta la necessità di trasferire il paziente in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). L'O.B.I. si pone come obiettivo l'osservazione longitudinale del paziente in modo da garantire un adeguato approfondimento diagnostico-terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell'assistenza erogata in Pronto Soccorso. L'O.B.I. si configura come un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un'alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali utilizzati in forma concentrata nel tempo (vedi deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008 e successive modifiche).

• Esito intervento

Corrisponde alla fase di dimissione dell'utente dal Pronto Soccorso.

Nel caso in cui il paziente sia trattato in O.B.I., la dimissione dall'O.B.I. coinciderà con la dimissione dal Pronto Soccorso.

Nel caso in cui il paziente venga ricoverato, la data di ricovero coinciderà con la dimissione dal Pronto Soccorso.

3.1. TRIAGE

La valutazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso la priorità-gravità attribuita all'accoglienza rappresenta uno strumento indispensabile per la gestione dei pazienti e per garantire la risposta tempestiva e adeguata in base alle problematiche cliniche in situazioni in cui possono generarsi lunghe liste di attesa.

Il triage deve avere la funzione di primo momento di accoglienza e di selezione dei pazienti. Deve essere effettuato al primo contatto con il paziente da personale infermieristico adeguatamente formato.

I codici di priorità di intervento assegnati dal Pronto Soccorso a ciascun utente previsti dal Manchester Triage System (MTS)¹, in linea con la nuova codifica nazionale, sono riportati di seguito:

CODICE TRIAGE	DESCRIZIONE	CODIFICA NAZIONALE
"N" (nero)	Il paziente è deceduto	Decesso
"R" (rosso)	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali (stato molto critico)	1 - Emergenza (Rosso)
"A" (arancione)	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizioni stabile con rischio evolutivo o dolore severo (stato critico)	2 - Urgenza (Arancione)
"G" (giallo)	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (stato mediamente critico)	3 - Urgenza differibile (Azzurro)
"V" (verde)	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche (stato poco critico)	4 - Urgenza minore (Verde)
"B" (blu)	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica (stato non critico)	5 - Non urgenza (Bianco)

Se per gli ospedali con più di 25.000 accessi all'anno il modello organizzativo adottato dai rispettivi Servizi di Pronto Soccorso non prevede una vera e propria procedura di triage, per mancanza di risorse (strutturali e/o umane) o perché il personale che opera è in grado di assistere tutti gli utenti senza produrre tempi di attesa, deve essere comunque definito un codice di gravità del paziente all'accesso attraverso una valutazione sintetica del paziente da parte di personale sanitario (adeguatamente istruito).

Se gli accessi sono meno di 25.000 la compilazione del triage è facoltativa.

L'infermiere di triage assegna e documenta il codice di priorità in funzione di:

"condizioni cliniche" valutate attraverso anamnesi e rilievi obiettivi, conseguente "rischio evolutivo", "assorbimento delle risorse" e "bisogni assistenziali".

Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico e che comportano un minor assorbimento di risorse, valutati solitamente con codice di priorità blu (non urgenza) o verde (urgenza minore), possono essere indirizzati ad un percorso specifico a bassa complessità clinico-assistenziale secondo i protocolli in uso (si veda paragrafi 3.2 e 3.3).

¹ A partire dal 01.03.2016, con comunicazione del direttore generale dell'Azienda Sanitaria (lettera del 04.01.2016 prot. 0000256-BZ).

3.2. FAST TRACK

Per fast-track si intende un modello di risposta assistenziale mono-specialistica (ad esempio: oculistica, otorinolaringoiatria, odontoiatria, ginecologia/ostetricia, dermatologia), alla quale nella fase di triage sia stata attribuita una codifica di urgenza minore. Il percorso si avvia dal triage ed è condotto sulla base di specifiche linee guida e protocolli validati localmente, che consentono di inviare il paziente direttamente allo specialista competente.

I presupposti per l'avvio del fast-track sono:

- attivazione da parte del triagista senza necessità di una visita preliminare del medico di Pronto Soccorso;
- attribuzione di una codifica di triage di accesso blu o verde;
- pertinenza mono specialistica (dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, odontoiatria, ginecologia-ostetricia, pediatria);
- predisposizione e osservanza di procedure e protocolli validati localmente negli ospedali in relazione alle attività specialistiche ivi presenti;
- orari definiti in base alle caratteristiche del Pronto Soccorso e dell'ospedale di riferimento. Ove possibile il fast-track deve essere attivato 7 giorni su 7.

Laddove siano rispettati tali presupposti, il triagista, in relazione alle attività specialistiche presenti nell'ospedale di riferimento e alla casistica attesa per la disciplina in oggetto, senza ricorrere preventivamente alla visita preliminare da parte del medico di Pronto Soccorso, seleziona la modalità fast track e trasferendo la pratica e la relativa responsabilità clinica direttamente allo specialista. La pertinenza mono specialistica del caso non esclude la possibilità, se necessario, di richiedere in regime di emergenza esami di laboratorio e/o indagini strumentali.

Una volta concluso il percorso lo specialista, utilizzando l'applicativo gestionale del Pronto Soccorso, emette il referto, chiude il verbale, lo sottoscrive, e consegna al paziente la documentazione clinica ed eventualmente quella necessaria al pagamento del ticket.

Se durante il percorso di fast-track emergono problematiche che richiedono l'intervento del medico di Pronto Soccorso, la pratica dovrà essere ritrasmessa al Pronto Soccorso.

3.3. AMBULATORIO CURE PRIMARIE

Con delibera aziendale 634 del 24.09.2019 è stato approvato il progetto sperimentale "Ambulatorio Cure Primarie (ACP)" presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale centrale di Bolzano. Obiettivo dell'ACP è ampliare le modalità di accesso all'assistenza primaria, educando la popolazione ad un accesso al servizio sanitario più appropriato e ottimizzando il trattamento dei codici triage minori presso il Pronto Soccorso. L'ambulatorio, presso il quale operano medici di medicina generale incaricati, è aperto tutti i giorni della settimana dalle 8 alle 20 ed è allocato presso i locali del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano. L'accesso avviene dopo la valutazione del codice triage; il paziente deve essere autosufficiente, sintomatico, ma non sofferente, e deve avere una sufficiente capacità cognitiva. Il medico di medicina generale dell'ACP chiude la scheda di Pronto Soccorso.

3.4. INVIO DIRETTO

In alcuni servizi è prevista la procedura di invio diretto del paziente agli ambulatori specialistici o alle unità operative senza valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. Tale procedura organizzativa è in genere attivata in situazioni di continuo affollamento del Pronto Soccorso, al fine di erogare una risposta sanitaria tempestiva ed appropriata. Per invio diretto si intende l'accesso agli ambulatori specialistici pertinenti con richiesta (U24h) di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente prescritta dal MMG, dal PLS o dal medico di continuità assistenziale dove previsto e negli orari concordati a livello di singola struttura erogatrice. Il paziente che, munito di ricetta U24h senza transitare per il Pronto Soccorso, acceda agli ambulatori ospedalieri negli orari di apertura degli stessi, verrà assoggettato al regime di specialistica ambulatoriale e al pagamento del ticket connesso con tale regime di assistenza. Qualora il paziente acceda al Pronto Soccorso, l'impegnativa U24h decadrà al momento dell'apertura del verbale e risulterà presa in carico ed erogata in Pronto Soccorso, dove saranno applicate le regole di partecipazione alla spesa ivi vigenti.

4. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO)

Ogni accesso non programmato (esclusi accessi per visite di controllo e/o medicazioni) ai servizi di Pronto Soccorso che determina una valutazione clinica del paziente effettuata dal medico presente in Pronto Soccorso, rappresenta una “presa in carico” del paziente da parte del servizio.

L’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso” deve avvenire ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso.

“Aprire una scheda di Pronto Soccorso” significa redigere un documento clinico firmato dal medico di Pronto Soccorso contenente un minimo dataset standardizzato di informazioni (variabili obbligatorie del flusso “EMUR Pronto Soccorso”) valido per tutti i Pronto Soccorso e con valenza medico legale.

5. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Attualmente, ai fini del calcolo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del paziente e della compensazione della mobilità interregionale, le prestazioni erogate nell’ambito dello stesso accesso devono essere organizzate per branca specialistica e per impegnativa. Considerato che una doppia registrazione, oltre a comportare un utilizzo poco efficiente delle risorse, genera errori e difficoltà nella manutenzione e allineamento degli archivi, si rende necessario prevedere, per quanto riguarda le prestazioni, un unico archivio alimentato dal flusso della specialistica e dalle prestazioni erogate ai pazienti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso. Pertanto, la registrazione di tutte le prestazioni erogate al paziente dal Pronto Soccorso e/o dall’O.B.I. e/o da altri servizi/unità operative ospedaliere nell’ambito del medesimo accesso, deve avvenire anche nell’archivio della specialistica ambulatoriale secondo le linee guida della specialistica (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012).

Ne segue quindi la necessità che la procedura informativa “EMUR Pronto Soccorso” si interfacci con l’archivio della specialistica ambulatoriale. Tale collegamento è possibile attraverso le variabili chiave “comprensorio inviante”, “istituto” e “Identificativo accesso” presenti in entrambe le procedure informative. Questi campi identificano univocamente l’accesso all’interno della medesima struttura ospedaliera e vengono assegnati dalla procedura “EMUR Pronto Soccorso” ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso e per gli invii diretti alle unità operative/ambulatori. Si fa presente che in virtù di quanto sopradescritto, le prestazioni dovranno essere indicate e codificate secondo il nomenclatore della specialistica ambulatoriale (delibera G.P. n. 241 del 02.04.2019).

Nella “Scheda di Pronto Soccorso” vengono registrati gli accessi di:

- persone senza impegnativa che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso;
- persone che accedono con impegnativa urgente (U24h) che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso durante l’orario di chiusura degli ambulatori (in casi rari, anche durante l’orario di apertura).

Nell’archivio della specialistica dovrà essere specificato il campo “Modalità di accesso” = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero) e dovrà essere riportato il codice “identificativo di accesso” di Pronto Soccorso.

Per gli “invii diretti” dal Pronto Soccorso agli ambulatori specialistici (ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria, oculistica, psichiatria, otorinolaringoiatria,...) il servizio deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all’ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del Pronto Soccorso la registrazione dei dati anagrafici dell’utente e la compilazione della variabile “invio diretto”, senza, però, dar luogo all’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

L’ambulatorio specialistico può visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell’accesso in Pronto Soccorso. È compito del medico specialista procedere per questi pazienti all’autoprescrizione di un’impegnativa (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012); le prestazioni vengono registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale. Deve, inoltre, essere riportato il numero di “identificativo di accesso” del Pronto Soccorso.

La scelta di non prevedere l’apertura della “Scheda di Pronto Soccorso” per gli accessi di pazienti inviati direttamente agli ambulatori è stata dettata sia da considerazioni su aspetti medico legali sia dalla necessità di rilevare, all’interno del flusso, l’effettiva attività del Pronto Soccorso non gra-

vando il servizio della rilevazione di prestazioni erogate dagli ambulatori e considerate di specialistica "urgenti".

6. TIPOLOGIE DI ACCESSO

6.1. ACCESSO DI PAZIENTE "INSTABILE"

Il paziente "instabile" che presenta un'alterazione dei parametri vitali e che necessita di un intervento sanitario immediato, trasportato al Pronto Soccorso con mezzi privati oppure con ambulanza/eliambulanza in seguito a chiamata del 118, viene trattato nel più breve tempo possibile dal personale medico del servizio. L'accesso determina una presa in carico del paziente da parte del servizio, e, quindi, l'apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso". Le prestazioni dovranno essere registrate ed archiviate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I.), a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero. Deve essere riportato, inoltre, il codice "identificativo di accesso" al Pronto Soccorso.

6.2. ACCESSO DI PAZIENTE "STABILE" CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

6.2.1. PAZIENTE VISITATO DAL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

Nel caso di paziente che accede spontaneamente al Pronto Soccorso (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che viene valutato dal medico del servizio, l'accesso determina una presa in carico del paziente e, quindi, l'apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso".

Negli ospedali in cui il Pronto Soccorso non è dotato di personale medico autonomo, le prestazioni specialistiche effettuate dal medico dell'unità operativa durante il turno in Pronto Soccorso, vengono considerate prestazioni di Pronto Soccorso, per cui l'accesso determina l'apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso".

Devono essere considerati, pertanto, accessi di Pronto Soccorso tutti i primi interventi non programmati erogati dal personale medico in turno in Pronto Soccorso a persone che si presentano spontaneamente senza richiesta del medico di medicina generale. Nel caso in cui, successivamente alla visita in Pronto Soccorso o in O.B.I., il paziente venga inviato all'ambulatorio specialistico, sarà compito del medico specialista informare il Pronto Soccorso dell'esito (a domicilio, ricovero, ...) della visita, che verrà registrato nella "Scheda di Pronto Soccorso".

A fronte di una codifica triage blu o verde e di una pertinenza mono specialistica (dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, odontoiatria, ginecologia-ostetrica, pediatria), il paziente può essere indirizzato verso il percorso fast-track o verso l'ambulatorio di cure primarie.

Le prestazioni verranno registrate ed archiviate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero). Deve essere riportato, inoltre, il codice "identificativo di accesso" al Pronto Soccorso.

6.2.2. PAZIENTE INVIATO DIRETTAMENTE AGLI AMBULATORI/REPARTI/SERVIZI

Il paziente "stabile" che accede al Pronto Soccorso spontaneamente (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che presenta una sintomatologia specialistica (oculistica, odontoiatrica, otorinolaringoiatrica, ginecologica, ...) può essere inviato direttamente all'ambulatorio specialistico o all'unità operativa senza una valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. In questo caso, l'accesso non determina una presa in carico del paziente da parte del servizio e quindi non viene aperta una "Scheda di Pronto Soccorso".

In considerazione del fatto che l'ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia nell'Ospedale di Bressanone svolge anche la funzione di "pronto soccorso specialistico", gli invii e gli accessi urgenti all'ambulatorio senza impegnativa devono essere considerati accessi di Pronto Soccorso.

Diversamente, gli accessi all'ambulatorio di pazienti con impegnativa "urgente" non danno luogo ad apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso".

Per gli “invii diretti” agli ambulatori specialistici, il Pronto Soccorso deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all’ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del Pronto Soccorso la registrazione dei dati anagrafici dell’utente e la compilazione della variabile “invio diretto”, senza apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”. L’ambulatorio specialistico potrà, così, visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell’accesso in Pronto Soccorso. Sarà compito del medico specialista procedere per questi pazienti all’autoprescrizione di un’impegnativa e alla registrazione delle prestazioni nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione del numero di “identificativo accesso” di Pronto Soccorso. Nel caso in cui lo specialista rinvi il paziente in Pronto Soccorso per esami di approfondimento oppure per una rivalutazione del caso, il servizio dovrà prendere in carico il paziente ed aprire una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate ed archiviate nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso” = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero. Dovrà essere riportato, inoltre, il codice “identificativo di accesso” al Pronto Soccorso.

6.3. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il paziente “stabile” che accede al Pronto Soccorso con richiesta del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica di laboratorio o di radiologia urgente (U24h), può seguire due differenti percorsi.

- viene preso in carico dal Pronto Soccorso (triage, eventuale percorso fast-track, ambulatorio cure primarie). Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate anche nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso = 1 o 2 paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), e dovrà essere riportato il numero “identificativo dell’accesso” di Pronto Soccorso. Per le prescrizioni dematerializzate, queste dovranno essere chiuse indicando come modalità di tipologia di erogazione “P = Pronto Soccorso”;
- viene, in genere, inviato direttamente agli ambulatori specialistici, durante l’orario di apertura, senza valutazione del medico di Pronto Soccorso (delibera G.P. n. 965 del 25/06/2012). L’accesso non determina una presa in carico del paziente da parte del servizio e non deve essere aperta una “Scheda di Pronto Soccorso”. Le prestazioni verranno registrate solo nel flusso della specialistica ambulatoriale a cura dell’ambulatorio con la specificazione di “Modalità di accesso = 5 specialistica con impegnativa del MMG/PLS o altro specialista.

6.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI

Gli accessi successivi in Pronto Soccorso per visite di controllo e/o per medicazioni devono essere considerati “accessi programmati” e, quindi, non determinano una presa in carico del paziente da parte del servizio e non deve essere pertanto aperta una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Il paziente potrà usufruire della prestazione di controllo e/o della medicazione solo previa prenotazione avvenuta tramite l’impegnativa rilasciata dal medico di Pronto Soccorso al termine del primo accesso.

Le prestazioni dovranno essere registrate solo attraverso il flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso” = 5 specialistica con impegnativa del MMG/PLS o altro specialista.

Fig. 1: Tipologie di accesso al Pronto Soccorso e apertura della Scheda di PS

TIPOLOGIA DI ACCESSO	PRESA IN CARICO DEL PS	APERTURA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO
Accesso di paziente “instabile”	Sì	Sì
Accesso di paziente “stabile” che si presenta spontaneamente e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso o dal medico di turno in Pronto Soccorso, che accede al fast track o all’ambulatorio di cure primarie	Sì	Sì
Accesso di paziente “stabile” che si presenta spon-	NO	NO

taneamente e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici		
Accesso di paziente “stabile” che si presenta con impegnativa del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (U24h) e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici <i>(durante l’orario di apertura degli ambulatori)</i>	NO	NO
Accesso di paziente “stabile” che si presenta con impegnativa del medico di medicina generale (U24h) e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso	Sì	Sì
Accesso per visite di controllo e/o medicazioni	NO	NO

7. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO

La “Scheda di Pronto Soccorso” deve essere chiusa dal Pronto Soccorso dopo la valutazione del caso e dell’erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche necessarie al paziente, in tutti i casi in cui vi è stata una presa in carico da parte del servizio indipendentemente dall’invio o meno del paziente all’O.B.I. o ad altre unità operative/servizi esitata con dimissione a domicilio, con ricovero ospedaliero, con trasferimento ad altro istituto oppure con decesso. Si precisa che nel caso di presa in carico del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso e successivo invio agli ambulatori per prestazioni specialistiche, sarà compito del medico specialista comunicare l’esito (a domicilio, ricovero, ...) della visita al Pronto Soccorso. Si evidenzia, inoltre, che gli invii diretti agli ambulatori specialistici senza valutazione del medico di Pronto Soccorso o del medico di turno al Pronto Soccorso, non danno luogo ad apertura della “Scheda di Pronto Soccorso”.

8. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO

Per tutti gli accessi di Pronto Soccorso che esitano in ricovero (nella stessa struttura), indipendentemente dall’invio o meno del paziente in O.B.I. o ad altre unità operative/servizi, deve essere registrato il codice nosografico del paziente nel flusso della specialistica ambulatoriale. Attraverso il collegamento tra le procedure “Scheda di Pronto Soccorso”, “Specialistica Ambulatoriale” e “Schede di Dimissione Ospedaliera”, sarà possibile stabilire il collegamento tra le informazioni relative all’accesso e il successivo iter terapeutico ospedaliero del paziente. In particolare, sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve in Pronto Soccorso sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve intensiva in unità operativa l’inizio del ricovero coincide con l’ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nell’unità operativa di ricovero².

9. COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)

Con deliberazione n. 983 del 19/11/2019, la Giunta Provinciale ha emanato disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria del Pronto Soccorso nella Provincia Autonoma di Bolzano, entrate in vigore il 1° dicembre 2019.

La delibera prevede l’applicazione dei seguenti addebiti:

- nessun ticket per gli accessi seguiti da ricovero ospedaliero/decesso del paziente;
- nessun ticket per gli accessi codificati in accesso con codici di priorità verde, giallo, arancione, rosso;
- un ticket pari a 25,00 Euro (12,50 Euro per i figli a carico) per gli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero codificati con codice di priorità blu o bianco, salvo esenzioni previste a livello nazionale e provinciale e ulteriori cause di esclusione dalla compartecipazione (minori di 14 anni, traumatismi, avvelenamenti acuti, infortuni sul lavoro e a scuola, accessi inviati dal triagista all’ambulatorio cure primarie, accessi nei casi considerati dal DPCM 24/11/2017 e vittime di violenza).

Laddove il paziente si debba ripresentare al Pronto Soccorso nelle 24 ore successive al primo accesso su specifica richiesta del medico del Pronto Soccorso, la compartecipazione fissa è da applicare limitatamente all’accesso originario.

² Deliberazione della G.P. n. 1396 del 01.12.2015 “Aggiornamento delle Linee Guida provinciali per la gestione dell’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)”.

Le nuove disposizioni in materia di compartecipazione si applicano anche all'Osservazione Breve Intensiva (Delibera G.P. n. 3610 del 06.10.2008), la cui valorizzazione comprende una quota fissa pari a euro 250,00, a copertura delle spese alberghiere e la somma delle tariffe delle prestazioni erogate come da nomenclatore tariffario provinciale.

10. TRASMISSIONE DEI DATI

10.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

Per gestire in maniera soddisfacente la procedura informativa occorre delineare i compiti e le responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione. Nella registrazione dei dati relativi alla "Scheda di Pronto Soccorso", vengono coinvolti diversi soggetti:

- le informazioni anagrafiche del paziente possono essere inserite da **personale amministrativo o infermieristico**;
- la registrazione dei dati di triage e di quelli relativi all'accesso deve essere effettuata da **personale sanitario** (adeguatamente istruito);
- le informazioni cliniche (comprese quelle relative agli incidenti) devono essere inserite dal **personale medico** del Pronto Soccorso che si occupa della visita e del trattamento del paziente.

Ciascun soggetto avrà la responsabilità dell'inserimento dei dati di propria competenza.

Ogni "Scheda di Pronto Soccorso" dovrà contenere la firma del responsabile del servizio e del medico di Pronto Soccorso che ha trattato il paziente.

Alla Provincia spetta il compito di definire, aggiornare e distribuire:

- le linee guida per la compilazione della "Scheda di Pronto Soccorso";
- i tracciati per lo scambio dei dati;
- le tabelle di dominio (nomenclatore provinciale, codici dei centri di costo, ...).

L'Azienda Sanitaria ha il compito di trasmettere i dati relativi agli accessi di Pronto Soccorso alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. (SIAG), all'uopo nominata responsabile del trattamento dei dati dall'Azienda stessa, in base alle **"Specifiche tecniche per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso"**.

La SIAG ha il compito di:

- controllare la qualità dei dati trasmessi;
- assegnare a ciascun assistito il codice identificativo univoco a livello provinciale e per la trasmissione dei dati al Ministero della Salute;
- preparare i tracciati dei dati da trasmettere al Ministero della salute per la Provincia Autonoma di Bolzano;
- rendere disponibili i dati nel Datawarehouse della Provincia Autonoma di Bolzano.

10.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso SIAG, invia al Ministero della Salute, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Nazionale (NSIS), le informazioni che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale.

In base all'articolo 5 del Decreto Ministeriale del 17/12/2008, "le informazioni devono essere rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza sanitaria e trasmesse al NSIS, con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi". Oltre a questo giorno, la Provincia avrà altri 30 giorni per inviare variazioni, integrazioni e cancellazioni relative all'invio. Una volta inviati i dati di un periodo ed acquisiti definitivamente dal sistema informativo ministeriale, non sarà più possibile inviare a livello provinciale dati per quello stesso periodo.

11. TRATTAMENTO DEI DATI

Le modalità e le procedure di sicurezza, previste dal sistema informativo EMUR Pronto Soccorso nell'ambito della trasmissione e del trattamento dei dati, al fine di garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente, fanno riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche ed alle dispo-

sizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 per l'adeguamento della normativa nazionale a quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.

12. ALLEGATI TECNICI

Obiettivo di queste Linee Guida è di fornire una descrizione funzionale chiara e consistente del funzionamento del flusso EMUR Pronto Soccorso e dei singoli campi che compongono il tracciato. Informazioni più dettagliate dal punto di vista tecnico, riguardanti le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi e le modalità di trasferimento delle informazioni che costituiscono il flusso, sono contenute negli allegati tecnici al presente documento. In particolare, gli allegati definiscono i tracciati di invio dei dati tra gli attori coinvolti nel processo, i controlli automatici per la qualità dei dati, le tabelle di dominio e di transcodifica utili per la compilazione di alcuni campi.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Leitlinien

für das Informationsverfahren

EMUR Erste Hilfe

Herausgegeben von der Beobachtungstelle für Gesundheit

Leitlinien für das Informationsverfahren EMUR Erste Hilfe

Juli 2020

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen

Abteilung Gesundheitswesen

Beobachtungstelle für Gesundheit

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen – Beobachtungstelle für Gesundheit

Kanonikus Michael Gamperstraße, 1 – 39100 BOZEN

Tel. 0471 – 41.80.40

Fax 0471 – 41.80.48

e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Herunterzuladen unter:

<http://www.provincia.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung>

INHALT

SEITE

1. EINFÜHRUNG.....	4
2. DEFINITION.....	4
3. VERSORGUNG DES ERSTE HILFE-PATIENTEN	5
3.1. TRIAGE	5
3.2. FAST TRACK	6
3.3. AMBULATORIUM FÜR DIE GRUNDVERSORGUNG	7
3.4. DIREKTE ZUSENDUNG.....	7
4. ANLEGEN DES ERSTE HILFE-BOGENS (ERSTE HILFE-PROTOKOLL).....	7
5. REGISTRIERUNG DER LEISTUNGEN	8
6. ZUGANGSARTEN.....	8
6.1. ZUGANG EINES „INSTABILEN“ PATIENTEN.....	8
6.2. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN, DER SICH SPONTAN EINFINDET (OHNE ANSUCHEN DES ALLGEMEINMEDIZINERS)	9
6.2.1. PATIENT, DER VOM ERSTE-HILFE_ARZT UNTERSUCHT WIRD.....	9
6.2.2. PATIENT, DER DIREKT IN DIE AMBULANZEN/ABTEILUNGEN/DIENSTE EINGEWIESEN WIRD.....	9
6.3. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN MIT VERSCHREIBUNG DES ALLGEMEINMEDIZINERS.....	10
6.4. ZUGANG ZWECKS KONTROLLVISITEN UND/ODER NACHBEHANDLUNGEN.....	10
7. SCHLIESSEN DES ERSTE HILFE-BOGENS.....	11
8. ZUGÄNGE MIT AUFENTHALT.....	11
9. KOSTENBETEILIGUNG (TICKET)	12
10. DATENÜBERMITTLUNG.....	12
10.1. DATENQUALITÄTSKONTROLLE, ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSKODEX UND DATENÜBERMITTLUNG AN DIE PROVINZ.....	12
10.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM	13
11. DATENVERARBEITUNG.....	13
12. TECHNISCHE ANLAGEN	13

1. EINFÜHRUNG

Auf gesamtstaatlicher Ebene wurde ein Programm zur Neuordnung des Krankenhausnetzes und der medizinischen Notfalldienste erarbeitet. Die nationalen Leitlinien für die Organisation des „Medizinischen Notfallsystems“ sollen den Bürgern eine rechtzeitige und effiziente medizinische Versorgung in Notlagen gewährleisten. Dieses Notfallsystem dient zur Überwachung der erbrachten Leistungen im Bereich Notfallversorgung der Ersten Hilfe und der Notrufzentrale 118.

Unter Berücksichtigung der Komplexität dieses Notfallsystems und des Ziels, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, dass die Verfügbarkeit und den Austausch der Informationen ermöglicht, ist die Entwicklung eines angemessenen Informationssystems grundlegend. Dieses Informationsverfahren ermöglicht die Erhebung von Informationen über die Patienten, die erbrachten Leistungen und die Merkmale des Notfalldienstes. Eine erste Richtlinie zur Regelung der Zugänge zur Ersten Hilfe ist auf Landesebene mit Beschluss der L.R. Nr. 4824 vom 18/12/2006 genehmigt worden und ab 01/02/2007 in Kraft getreten. Im Jahr 2009 wurden diese Leitlinien anlässlich der Einführung einer neuen Betreuungsform, die so genannte „Intensivbeobachtung“ (O.B.I.), mit Beschluss der Landesregierung Nr. 3642 vom 06/10/2008 genehmigt, aktualisiert.

Ab 01/01/2012 wurden diese Leitlinien aufgrund des Ministerialen Dekrets vom 17/12/2008 „Errichtung des Informationssystems zur Überwachung der erbrachten Leistungen im Bereich Notfallversorgung“ abgeändert. Dieses Dekret enthält die Funktionsspezifikationen für die Informationsverfahren 118 und Erste Hilfe, die vom Gesundheitsministerium festgelegt worden sind, da die Übermittlung der Daten an das NSIS (Neues Gesundheitsinformationssystem) obligatorisch wurde. Im Rahmen der Staat-Regionen-Konferenz vom 01/08/2019 wurden drei Dokumente genehmigt: die nationalen Leitlinien zur Triage, zur Intensivbeobachtung (O.B.I.) und zur Entwicklung des Managementplans für der Überfüllung der Ersten Hilfe. Um einen Überblick über den Verlauf und die Behandlung eines Patienten in der Ersten Hilfe zu gewinnen, ist es notwendig, den Datenfluss der fachärztlichen ambulatorischen Versorgung (Datenfluss SPA, genehmigt mit Beschluss der L.R. Nr. 1071 vom 23/03/1998) mit dem Datenfluss der Ersten Hilfe (EHB) zu verbinden. Während im SPA-Datenfluss alle vom Erste-Hilfe-Dienst erbrachten Leistungen erhoben werden, beinhaltet der Datenfluss des EHBs die Informationen über den Zugang. Die „Leitlinien zur Erhebung der erbrachten Leistungen im Bereich Notfallversorgung (118)“ bestimmen eine Reihe von Informationen, die die Notrufzentrale 118 während der Hilfeleistung erheben und verwalten muss, mit dem Ziel Instrumente zur Beurteilung der Betreuungstätigkeiten der territorialen Notfallsysteme zu definieren. Verbindet man daher den Datenfluss der Notrufzentrale 118 und den Datenfluss der fachärztlichen ambulatorischen Versorgung mit jenem der Ersten Hilfe, kann eine genaue Beschreibung des Verlaufs der Notfallversorgung gegeben werden. Diese Leitlinien enthalten alle notwendigen Angaben für die Ersten Hilfe Dienste zur korrekten und homogenen Übermittlung der vom Assessorat für Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen angeforderten Informationen.

Die Leitlinien gliedern sich in zwei Teile:

- im ersten Teil werden die allgemeinen Merkmale des „EMUR-Erste Hilfe“ Verfahrens dargelegt;
- im zweiten Teil wird der Inhalt des Informationsverfahrens „EMUR-Erste Hilfe“, der Datensatz für die Datenübertragung und die Qualitätskontrollen auf die erfassten Informationen erläutert (Anlage „Technische Leitlinien für das Informationsverfahren EMUR Erste Hilfe“.

2. DEFINITION

Das Informationsverfahren „EMUR Erste Hilfe“ dient der Sammlung eines Mindest-Datensatzes, um die den Patienten in der Ersten Hilfe und anschließend in der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) geleistete Versorgung zu belegen. Die über dieses Verfahren gesammelten Daten werden zu Kenntnis- und Bewertungszwecken der Erste Hilfe-Dienste im Rahmen der gesundheitlichen Planung der Autonomen Provinz Bozen verwendet.

Dieser Mindestdatensatz beinhaltet Informationen über die erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen von Seiten der Krankenhäuser:

- Identifikation der versorgenden Struktur;
- Daten bezüglich des Zugangs und der Entlassung;
- Identifikation des Patienten;
- Daten bezüglich der Diagnose und der erbrachten Leistungen;
- wirtschaftliche Daten des Zugangs.

In den Anwendungsbereich des Verfahrens fallen alle Erste Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser.

Gesundheitsbezirk Bozen	► Erste Hilfe des Krankenhauses Bozen
Gesundheitsbezirk Meran	► Erste Hilfe des Krankenhauses Meran
	► Erste Hilfe des Krankenhauses Schlanders
Gesundheitsbezirk Brixen	► Erste Hilfe des Krankenhauses Brixen
	► Erste Hilfe des Krankenhauses Sterzing
Gesundheitsbezirk Bruneck	► Erste Hilfe des Krankenhauses Bruneck
	► Erste Hilfe des Krankenhauses Innichen

Wie im Dokument des Gesundheitsministeriums vom 17. Mai 1996 in Anwendung des DPR vom 27. März 1992 angegeben leisten die Erste Hilfe- und Notaufnahmedienste folgende Tätigkeiten:

1. Aufnahme der Wahlfälle und programmierten Fälle;
2. Aufnahme der Fälle, die sich spontan in der Ersten Hilfe efinden und keinen Dringlichkeits- oder Notfallcharakter haben;
3. Aufnahme von Patienten mit aufschiebbarer Dringlichkeit;
4. Aufnahme von Patienten mit unaufschiebbarer Dringlichkeit;
5. Aufnahme von Notfall-Patienten

Der „Erste Hilfe-Bogen“ muss für alle vom Erste Hilfe-Dienst aufgenommenen Patienten ausgefüllt werden. Jeder Patient, der sich in der Ersten Hilfe efindet und vom Dienst aufgenommen wird, ausgeschlossen die programmierten Zugänge zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen, stellt eine Erfassungseinheit dar.

3. VERSORGUNG DES ERSTE HILFE-PATIENTEN

Im Organisationsmodell integriert der Entscheidungsprozess die Bewertung der klinischen Priorität und der Komplexität der Versorgung, um den Patienten von der Triage auf den am besten geeigneten Betreuungspfad hinzuführen.

Die Versorgung eines Erste Hilfe-Patienten gliedert sich in drei Phasen:

- Annahme/Aufnahme

Entspricht dem Zugang des Patienten zur Ersten Hilfe. Diese Phase umfasst die Aufnahme des Patienten und die Bewertung seines Schweregrades (Triage).

- Diagnose/Therapie

Entspricht einer symptomatischen und klinischen Analyse des Patienten und der Erbringung von notwendigen Leistungen.

Zum Zeitpunkt der Übernahme des Patienten, entscheidet der Notarzt ob eine Überstellung an die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) notwendig ist.

Die Intensivbeobachtung sieht eine longitudinale Beobachtung des Patienten, und damit eine akurate diagnostisch-therapeutische Erhebung und effektivere Hilfeleistung in der Ersten Hilfe vor.

Die Intensivbeobachtung ist ein Bündel diagnostischer und therapeutischer Leistungen, deren Ziel die rasche Erfassung des klinischen Zustandes des Patienten ist. Sie setzt intensive Pflege, großen Einsatz des Personals und effiziente, zeitlich konzentrierte Untersuchungen voraus (siehe Beschluss der Landesregierung Nr. 3642 vom 06/10/2008 in der geltenden Fassung).

- Ausgang

Entspricht der Entlassung des Patienten aus der Ersten Hilfe.

Falls der Patient in der O.B.I. behandelt wird, stimmt die Entlassung aus der O.B.I mit der Entlassung aus der Ersten Hilfe überein.

Falls der Patient in eine Abteilung des Krankenhauses eingewiesen wird, stimmt das Datum der Aufnahme mit dem der Entlassung aus der Ersten Hilfe überein.

3.1. TRIAGE

Die Bewertung der Priorität/des Schweregrades der Erste Hilfe-Zugänge ist für die rechtzeitige klinische Versorgung der Patienten in Situationen, in denen lange Wartelisten entstehen können, unerlässlich. Die Triage hat die Funktion der Annahme und Erstauswahl der Patienten. Es wird von Krankenpflegepersonal, das für die erste Kontaktaufnahme mit dem Patienten eigens geschult ist,

geleistet. Die Prioritätscodes, die jeden Patienten von der Ersten Hilfe zugewiesen werden (gemäß „Manchester Triage System¹ (MTS)“) sind:

TRIAGE-CODE	BESCHREIBUNG	NATIONALER CODE
“N” (schwarz)	der Patient ist verstorben	Tod
“R” (rot)	Unterbrechung oder Beeinträchtigung einer oder mehrerer lebenswichtiger Funktionen (sehr kritischer Zustand)	1 - Notfall (Rot)
“A” (orange)	Gefahr der Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionen. Stabile Bedingungen mit Entwicklungsrisiko oder starken Schmerzen (kritischer Zustand)	2 – Dringender Fall (orange)
“G” (gelb)	Stabiler Zustand ohne evolutionäres Risiko mit Leiden und Ausfällen im allgemeinen Zustand, der normalerweise eine komplexe Leistung erfordert (mittelkritischer kritischer Zustand)	3 – Aufschiebbarer dringender Fall (hellblau)
“V” (grün)	Stabiler Zustand ohne Entwicklungsrisiko, der normalerweise einfache monospezialisierte therapeutische Diagnoseleistungen erfordert (wenig kritischer Zustand)	4 - Weniger dringender Fall (grün)
“B” (blau)	Nicht dringendes Problem oder von minimaler klinischer Relevanz (unkritischer Zustand)	5 – Nicht dringend (weiß)

Für Krankenhäuser mit mehr als 25.000 Zugängen im Jahr (Krankenhäuser Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) sollte das von den Erste Hilfe-Diensten (Krankenhäuser für die Grundversorgung) angewendete Organisationsmodell kein eigentliches Triage-Verfahren vorsehen - weil es an strukturellen Ressourcen und/oder Humanressourcen mangelt oder weil das Personal alle Patienten ohne längere Wartezeiten zu versorgen imstande ist - muss dem Patient bei der Aufnahme trotzdem ein Triage Code anhand einer Kurzbewertung durch entsprechend geschultes Gesundheitspersonal zugewiesen werden.

Falls die Zugänge weniger als 25.000 sind, ist das Ausfüllen der Triage fakultativ.

Das Triage-Krankenpflegepersonal vergibt und dokumentiert den Prioritätscode nach den "klinischen Zustand", der anhand von Anamnese und den objektiven Befunden bewertet wird und den daraus resultierenden "Evolutionsrisiko", "Ressourcenaufnahme" und "Pflegebedarf". Laufende Patienten und / oder Patienten mit reduziertem Pflegebedarf, die keinen schnellen therapeutisch-diagnostischen Eingriff erfordern und eine geringere Ressourcenaufnahme aufweisen (normalerweise blauer (unkritischer Zustand) oder grüner (wenig kritischer Zustand) Prioritätscode), erhalten einen spezifischen Betreuungspfad mit geringer Komplexität der klinischen Versorgung gemäß den verwendeten Protokollen (siehe Absätze 3.2 und 3.3).

3.2. FAST TRACK

Unter Fast-Track versteht man ein Modell einer Pflegemaßnahme innerhalb einer einzigen Fachrichtung (z.B. Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Zahnmedizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Dermatologie), die während der Triage mit einem weniger dringendem Code versehen wird.

Der Pfad beginnt bei der Triage und basiert auf spezifischen, vor Ort festgelegten Richtlinien und Protokollen, womit es möglich ist, den Patienten mit einer weniger dringenden Pathologie, direkt zum zuständigen Facharzt zu schicken.

Die Voraussetzungen für den Start des Verfahrens sind:

- Start durch das Krankenpflegepersonal in der Triage ohne vorherige Untersuchung durch einen Arzt der Notaufnahme;
- Zuweisung eines blauen oder grünen Codes;
- Relevanz für ein einzelnes Fachgebiet (Dermatologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Urologie, Zahnheilkunde, Gynäkologie - Geburtshilfe, Pädiatrie);
- Vorbereitung und Einhaltung von vor Ort festgelegten Verfahren und Protokollen in den verschiedenen Krankenhäusern in Bezug auf die dort vorhandenen Fachrichtungen;

¹ Seit 01/03/2016, mit Mitteilung von Generaldirektor von Sanitätsbetrieb (04/01/2016 prot. 0000256-BZ).

- Zeitpläne, die je nach Merkmalen des Dienstes der Notaufnahme und des Bezugskrankenhauses festgelegt sind. Wenn möglich, sollte das Fast-Track für 7 Tage die Woche aktiviert werden.

Sind die Voraussetzungen für das Verfahren erfüllt, wählt das Triage-Krankenpflegepersonal je nach den im Bezugskrankenhaus vorhandenen Fachbereichen und den für die jeweilige Fachmedizin zu erwartenden Fällen -ohne vorher auf eine Voruntersuchung durch den Arzt der Notaufnahme zurückgreifen zu müssen- den Fast-Track-Modus innerhalb des Informationssystems der Notaufnahme, indem das Verfahren und die damit verbundene klinische Verantwortung direkt dem Facharzt weitergeleitet werden. Fälle innerhalb eines einzelnen Fachgebietes schließen nicht aus, dass bei Bedarf Labortests im Rahmen der Notaufnahme bzw. instrumentelle Untersuchungen verlangt werden können. Nach Abschluss des Betreuungspfades erstellt der Facharzt mit Hilfe des Informationssystems der Notaufnahme den Befund, schließt das Protokoll ab, unterzeichnet ihn und übergibt dem Patienten die klinischen Unterlagen und eventuelle für die Bezahlung des Tickets nötige Unterlagen. Wenn während des Fast-Track Pfades Probleme auftreten, wofür der Einsatz eines Arztes der Notaufnahme gefragt wird, soll der Fall an die Notaufnahme zurückgeschickt werden.

3.3. AMBULATORIUM FÜR DIE GRUNDVERSORGUNG

Mit dem Beschluss der Generaldirektion 634 von 24.09.2019, ist das Pilotprojekts „Ambulatorium für die Grundversorgung“ in der Notaufnahme des Krankenhauses Bozen bei dem Gesundheitsbezirk Bozen genehmigt worden. Ziel dieses Ambulatoriums für die Grundversorgung ist es die Zugangsmodalitäten zur Grundversorgung auszuweiten, durch die Aufklärung der Bevölkerung zu einem angemesseneren Zugang zum Gesundheitswesen und die Beschleunigung der Behandlung der nicht dringenden Triage-Codes in der Notaufnahme. Dieses Ambulatorium, in der die beauftragten Allgemeinmediziner arbeiten, ist täglich von 8 bis 20 geöffnet und befindet sich in den von der ärztlichen Direktion des Krankenhauses ausgewiesenen Räumen im Bereich der Notaufnahme des Krankenhauses Bozen. Der Zugang erfolgt über die Triage der Notaufnahme; der Patient muss selbstständig sein, Symptome aufweisen, aber nicht leidend sein und über ausreichend kognitive Fähigkeiten verfügen. Der Arzt, der im Ambulatorium arbeitet, schließt den Erste-Hilfe-Bogen ab. Für alle ihm zugewiesenen Fälle erstellt der Arzt einen ärztlichen Befund in den Patientenakten der Notaufnahme, den der Patient seinem behandelnden Arzt übergeben kann.

3.4. DIREKTE ZUSENDUNG

Bei einigen Ersten Hilfen ist das Verfahren der direkten Zusendungen zu den jeweiligen Fachambulanzen oder Abteilungen, ohne Bewertung des Arztes der Ersten Hilfe vorgesehen.

Dieses Verfahren ist normalerweise in Situationen einer ständigen Überfüllung der Ersten Hilfe aktiviert, um eine rechtzeitige und angemessene Gesundheitsantwort zu gewährleisten.

Bei der direkten Zusendung erfolgt der Zugang zu den jeweiligen Fachambulanzen in den in jeder einzelnen Einrichtung vereinbarten Zeiten, wobei eine Verschreibung (U24h) für eine dringende Fachuntersuchung oder diagnostische Leistung vom Hausarzt, Kinderarzt freier Wahl oder Arzt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vorhanden ist. Patienten, die eine U24h-Verschreibung haben und die Ambulanzen des Krankenhauses während dessen Öffnungszeiten aufsuchen, ohne durch die Notaufnahme zu gehen, unterliegen der Regelung der ambulanten Fachmedizin (ambulanten Fachbetreuung) und der Bezahlung des damit verbundenen Tickets. Betritt der Patient die Notaufnahme, entfällt die U24h Verschreibung zum Zeitpunkt der Öffnung des Erste-Hilfe-Protokolls und der Patient wird von der Ersten-Hilfe übernommen und unterliegt der dort geltenden Regelungen der Kostenbeteiligung.

4. ANLEGEN DES ERSTE HILFE-BOGENS (ERSTE HILFE-PROTOKOLL)

Jeder nicht programmierte Zugang (ausgenommen die Zugänge zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen) zu den Erste Hilfe-Diensten führt zu einer klinischen Bewertung des Patienten durch den anwesenden Arzt und stellt eine „Aufnahme“ des Patienten dar.

Bei jeder Aufnahme eines Patienten in die Erste Hilfe muss ein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt werden. „Ein Erste Hilfe-Bogen anlegen“ bedeutet, ein klinisches Dokument mit einem standardisierten Mindest-Datensatz (obligatorische Variablen des Datenflusses „EMUR Erste Hilfe“) zu erstellen, das vom Erste Hilfe-Arzt unterzeichnet wird, für alle Erste Hilfe-Dienste gilt und rechtsmedizinische Gültigkeit hat.

5. REGISTRIERUNG DER LEISTUNGEN

Zur Berechnung der Kostenbeteiligung der Patienten und der Kompensation der überbetrieblichen Mobilität müssen, die im Rahmen eines Zuganges erbrachten Leistungen nach Fachbereich und Verschreibung gegliedert werden. Da eine doppelte Registrierung nicht nur eine Ressourcenverschwendung, sondern auch Fehler und Schwierigkeiten bei der Instandhaltung und Angleichung der Archive mit sich bringt, muss für die Leistungen ein einziges Archiv angelegt werden, in welches die Datenflüsse der den Patienten erbrachten fachärztlichen Versorgung und Erste Hilfe-Leistungen fließen. Alle dem Patient vom Erste Hilfe-Dienst und/oder der O.B.I. und/oder anderen Diensten/Krankenhausabteilungen im Rahmen eines Zuganges erbrachten Leistungen müssen im Archiv der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung gemäß vorgegebenen Leitlinien registriert werden (Beschluss L.R. Nr. 965 vom 25/06/2012).

Das Informationsverfahren „EMUR Erste Hilfe“ muss also für die Registrierung und Archivierung der Leistungen mit dem Archiv der fachärztlichen Versorgung ohne Datenduplikationen verknüpft werden. Diese Verknüpfung erfolgt über die in beiden Informationsverfahren enthaltene Schlüsselvariablen „Übermittelnder Sanitätsbezirk“, „Krankenanstalt“ und „Zugangs-ID“. Diese Felder identifizieren den Zugang in einer selben Krankenanstalt eindeutig und werden vom „EMUR Erste Hilfe“-Verfahren bei jeder Aufnahme in die Erste Hilfe oder direkten Einweisung in die Abteilungen/Ambulanzen zugewiesen. Die Leistungen müssen gemäß fachärztlichem Leistungsverzeichnis angegeben und kodiert werden (Beschluss L.R. Nr. 241 vom 02/04/2019).

Im „Erste Hilfe-Bogen“ werden die folgenden Zugänge registriert:

- Patienten ohne Verschreibung, die vom Erste Hilfe-Arzt bewertet werden;
- Patienten mit „dringender“ Verschreibung, die vom Erste Hilfe-Arzt während der Schließzeiten der Ambulanzen bewertet werden (in Ausnahmefällen auch während der Öffnungszeiten).

Um diese Zugänge mit den fachärztlichen Leistungen zu verknüpfen, muss im Archiv der fachärztlichen Versorgung das Feld „Zugangsart“= 1 oder 2 (in der Ersten Hilfe behandelter Patient mit oder ohne nachfolgendem Krankenhausaufenthalt) oder 11 oder 12 (in der O.B.I. behandelter Patient mit oder ohne nachfolgendem Krankenhausaufenthalt) und der Code „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

Für die „direkten Einweisungen“ von der Ersten Hilfe in die fachärztlichen Ambulanzen (Geburtshilfe und Gynäkologie, zahnärztliche Ambulanz, Pädiatrie, Augenheilkunde, Psychiatrie, HNO,...) muss der Dienst dem Patient ein Anfrageformular für die dringende fachärztliche Untersuchung aushändigen, das bei der Ambulanz vorzulegen ist; in diesen Fällen registriert der Erste Hilfe-Dienst die meldeamtlichen Daten des Patienten und füllt die Variable „Direkte Einweisung“ aus, ohne jedoch einen „Erste Hilfe-Bogen“ anzulegen.

Die fachärztliche Ambulanz kann, die beim Erste Hilfe-Zugang eingegebenen meldeamtlichen Daten des Patienten abrufen. Der Facharzt stellt diesen Patienten eine Verschreibung gemäß Landesrezeptverzeichnis aus (Beschluss L.R. Nr. 965 vom 25/06/2012) und registriert die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden.

Die Entscheidung, keinen „Erste Hilfe-Bogen“ für die Zugänge von Patienten anzulegen, die direkt in die Ambulanzen eingewiesen werden, gründet auf rechtmedizinischen Betrachtungen und auf der Notwendigkeit, im Fluss die effektive Tätigkeit der Ersten Hilfe zu erfassen, ohne den Dienst mit der Erfassung der von den Ambulanzen erbrachten, „dringenden“ fachärztlichen Leistungen zu belasten.

6. ZUGANGSARTEN

6.1. ZUGANG EINES „INSTABILEN“ PATIENTEN

Ein „instabiler“ Patient - d.h. ein Patient mit beeinträchtigten lebenswichtigen Parametern, der einer unmittelbaren medizinischen Versorgung bedarf -, der zur Ersten Hilfe mit privaten Mitteln oder mit Rettungswagen/Rettungshubschrauber infolge des Anrufes der Nummer 118 gebracht wird, wird in der kürzest möglichen Zeit vom ärztlichen Personal der Ersten Hilfe behandelt. Der Zugang führt zu einer Aufnahme des Patienten und somit zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“. Die Leistungen müssen im Fluss der fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“= 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelter Patient, registriert und archiviert werden, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

6.2. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN, DER SICH SPONTAN EINFINDET (OHNE ANSUCHEN DES ALLGEMEINMEDIZINERS)

6.2.1. PATIENT, DER VOM ERSTE-HILFE ARZT UNTERSUCHT WIRD

Im Fall eines Patienten, der sich spontan in der Ersten Hilfe einfindet (ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes für eine fachärztliche Untersuchung oder einer dringenden Diagnoseleistung) und der vom dienstleistenden Arzt bewertet wird, führt der Zugang zur Aufnahme des Patienten und somit zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“. In den Krankenhäusern, in denen die Erste Hilfe über kein eigenes ärztliches Personal verfügt, sondern die Rotation der Krankenhausärzte vorgesehen ist, werden die fachärztlichen Leistungen, die vom Abteilungsarzt während seines Bereitschaftsdienstes in der Ersten Hilfe für von sich spontan einfindenden Patienten erbracht werden, als Erste Hilfe-Leistungen angesehen, weshalb der Zugang zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ führt. Als Zugänge zur Ersten Hilfe gelten demnach alle nicht programmierten Ersteingriffe, die vom dienstleistenden ärztlichen Personal in der Ersten Hilfe zugunsten von Patienten erbracht werden, die sich dort spontan, ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners, einfinden. Wird nach der Untersuchung in der Ersten Hilfe oder in der O.B.I. der Patient in eine fachärztliche Ambulanz eingewiesen, hat der Facharzt den Erste Hilfe-Dienst über den Ausgang (Entlassung nach Hause, Krankenhausaufenthalt, ...) der Untersuchung zu informieren, die im „Erste Hilfe-Bogen“ registriert wird. Im Fall einer Zuweisung eines blauen oder grünen Codes und einer einzigen Fachrichtung (z.B. Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Urologie, Zahnmedizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie), kann der Patient zum Fast Track-Verfahren oder zum Ambulatorium für die Grundversorgung weitergeleitet werden. Die Leistungen werden im Fluss der fachärztlichen Versorgung mit der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelter Patient, registriert und archiviert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

6.2.2. PATIENT, DER DIREKT IN DIE AMBULANZEN/ABTEILUNGEN/DIENSTE EINGEWIESEN WIRD

Ein „stabiler“ Patient, der sich spontan in der Ersten Hilfe einfindet (ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes der fachärztlichen Untersuchung oder dringenden Diagnoseleistung) und der eine fachärztliche Symptomatologie aufweist (Augenheilkunde, Zahnheilkunde, HNO, Gynäkologie, ...), kann direkt in die fachärztliche Ambulanz oder Abteilung ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt eingewiesen werden. In diesem Fall führt der Zugang nicht zur Aufnahme des Patienten, und somit wird kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt. Da die orthopädische und traumatologische Ambulanz des Krankenhauses Brixen auch die Funktion der „fachärztlichen Ersten Hilfe“ innehat, müssen die Einweisungen und dringenden Zugänge zur Ambulanz ohne Verschreibung als Erste Hilfe-Zugänge betrachtet werden. Für die Zugänge zur Ambulanz mit „dringender“ Verschreibung wird hingegen kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt. Für die „direkten Einweisungen“ von der Ersten Hilfe in die fachärztlichen Ambulanzen muss der Erste Hilfe-Dienst den Patienten ein Anfrageformular für die dringende fachärztliche Untersuchung aushändigen, das in der Ambulanz vorzulegen ist; in diesen Fällen registriert der Erste Hilfe-Dienst die meldeamtlichen Daten des Patienten und füllt die Variable „Direkte Einweisung“ aus, ohne einen „Erste Hilfe-Bogen“ anzulegen. Die fachärztliche Ambulanz kann die beim Erste Hilfe-Zugang eingegebenen, meldeamtlichen Daten des Patienten abrufen. Der Facharzt stellt für diese Patienten eine Selbstverschreibung oder eine Verschreibung gemäß Landesrezeptverzeichnis aus und registriert die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe. Schickt der Facharzt den Patienten für weitere Untersuchungen oder eine Neubewertung des Falls wieder in die Erste Hilfe zurück, muss der Dienst den Patienten aufnehmen und einen „Erste Hilfe-Bogen“ anlegen. Für diese Zugänge werden die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung registriert und archiviert mit Angabe der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

6.3. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN MIT VERSCHREIBUNG DES ALLGEMEINMEDIZINERS

Ein „stabiler“ Patient, der sich in der Ersten Hilfe mit einer Verschreibung des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes für eine fachärztliche Untersuchung oder eine dringende (U24h) Diagnoseleistung (Labor oder Radiologie) einfindet, kann zwei verschiedene Pfade folgen.

- der Patient muss vom Erste Hilfe-Arzt bewertet werden (Triage, eventuell Fast Track oder Ambulatorium für Grundversorgung). Die Leistungen werden im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelter Patient, registriert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt; außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden. Digitalisierte Verschreibungen müssen mit Erbringungscode „P = Erste Hilfe“ geschlossen werden;
- der Patient wird in der Regel während der Öffnungszeiten der fachärztlichen Ambulanz direkt in die Ambulanzen eingewiesen, ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt (Beschluss L.R. Nr. 965 vom 25/06/2012). Der Zugang führt nicht zu einer Aufnahme des Patienten, und somit muss kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt werden. Die Leistungen werden im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung von der Ambulanz mit Angabe der „Zugangsart“ = 5, fachmedizinische Versorgung mit Verschreibung eines Allgemeinmediziners/Kinderarzt freier Wahl oder eines anderen Facharztes, registriert.

6.4. ZUGANG ZWECKS KONTROLLVISITEN UND/ODER NACHBEHANDLUNGEN

Die Folgezugänge zur Ersten Hilfe zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen gelten als „programmierte Zugänge“; sie führen also nicht zu einer Aufnahme des Patienten, und es wird auch kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt. Der Patient kann die Kontrollen und/oder Nachbehandlungen nur auf Vormerkung und mit einer Verschreibung, die vom Erste Hilfe-Arzt nach dem ersten Zugang ausgestellt wird, in Anspruch nehmen. Die Leistungen müssen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung von der Ambulanz mit Angabe der „Zugangsart“ = 5, fachmedizinische Versorgung mit Verschreibung eines Allgemeinmediziners/Kinderarzt freier Wahl oder eines anderen Facharztes, registriert werden.

Ab. 1: Arten der Erste Hilfe-Zugänge und Anlegen des Erste Hilfe-Bogens

ZUGANGSART	AUFNAHME DES PATIENTEN	ANLEGEN EINES „ERSTE HILFE BOGENS“
Zugang eines „instabilen“ Patienten	JA	JA
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich spontan einfindet und vom Erste Hilfe-Arzt oder vom in der Ersten Hilfe dienstleistenden Abteilungsarzt untersucht wird, und der Fast Track oder Ambulatorium für die Grundversorgung eingewiesen wird.	JA	JA
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich spontan in der Ersten Hilfe einfindet und direkt in die fachärztlichen Ambulanzen eingewiesen wird	NEIN	NEIN
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich mit Verschreibung des Allgemeinmediziners (U24h) in der Ersten Hilfe einfindet und direkt in die fachärztlichen Ambulanzen eingewiesen wird (während der Öffnungszeiten der Ambulanzen)	NEIN	NEIN
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich mit Verschreibung des Allgemeinmediziners in der Ersten Hilfe einfindet und vom Erste Hilfe-Arzt untersucht wird	JA	JA
Zugang zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen	NEIN	NEIN

7. SCHLIESSEN DES ERSTE HILFE-BOGENS

Der „Erste Hilfe-Bogen“ muss in allen Fällen, in denen der Patient vom Erste Hilfe-Dienst aufgenommen wurde, nach der Bewertung des Falls und der Erbringung der nötigen Diagnose-Therapieleistungen vom Dienst geschlossen werden, unabhängig von der eventuellen Einweisung des Patienten in die Intensivbeobachtungsstation oder in andere Abteilungen/Ambulanzen/Radiologie, die mit einer Entlassung nach Hause, Einweisung in die Krankenanstalt, Verlegung in eine andere Krankenanstalt oder Tod geendet ist. Im Fall der Aufnahme des Patienten durch den Erste Hilfe-Dienst und darauffolgender Einweisung in die fachärztlichen Ambulanzen, teilt der Facharzt dem Erste Hilfe-Dienst den Ausgang mit (Entlassung nach Hause, Krankenhausaufenthalt, ...). Bei direkten Einweisungen in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt oder durch den in der Ersten Hilfe dienstleistenden Arzt wird kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt.

8. ZUGÄNGE MIT AUFENTHALT

Für alle Zugänge zur Ersten Hilfe mit anschließendem stationären Aufenthalt (in derselben Krankenanstalt), unabhängig von der eventuellen Einweisung des Patienten in die O.B.I. oder in anderen Abteilungen/Ambulanzen/Radiologie, muss die Nummer des Krankenhausesentlassungsbogens (KEB) des Patienten im Datenfluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung registriert werden. Anhand der Verknüpfung der drei Verfahren „Erste Hilfe-Bogen“, „Fachärztliche Versorgung“ und „KEB“ können die Informationen über den Zugang und die darauffolgende Therapiebehandlung des Patienten im Krankenhaus zusammengelegt werden. Zu beachten, sei es im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Ersten Hilfe, als auch im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Abteilung, beginnt der Krankenhausaufenthalt mit der Uhrzeit und dem Datum der effektiven Zuweisung eines Bettes in der Versorgungseinheit².

² Beschluss der LR n. 1396 von 01/12/2015, „Aktualisierung der Richtlinien des Landes für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.).“

9. KOSTENBETEILIGUNG (TICKET)

Mit Beschluss Nr. 983 von 19/11/2019 hat die Landesregierung die Bestimmungen in Bezug auf die Notaufnahme in Südtirol genehmigt, die ab 1. Dezember 2007 in Kraft getreten sind.

Der Beschluss sieht folgende Kostenbeteiligungen für Zugänge zur Notaufnahme vor:

- keine Kostenbeteiligung ("Ticket") bei Zugang mit anschließendem Krankenhausaufenthalt bzw. Tod des Patienten;
- keine Kostenbeteiligung bei Zugang, der mit Prioritätscode grün, gelb, orange oder rot gekennzeichnet wird;
- Kostenbeteiligung von 25,00 Euro bzw. von 12,50 Euro für unterhaltsberechtigte Kinder: bei Zugang, der mit Prioritätscode blau oder weiß gekennzeichnet wird und dem kein (unmittelbarer) Krankenhausaufenthalt folgt; ausgenommen sind die auf gesamtstaatlicher bzw. Landesebene festgesetzten Befreiungen, sowie weitere besondere Gründe (Minderjährige bis zu 14 Jahren, Traumata, akute Vergiftungen, Unfälle in der Schule und am Arbeitsplatz, Weiterleitung durch den Triage-Pfleger an das Ambulatorium für Grundversorgung, Fälle laut DPMR 24/11/2017, Gewaltopfer).

Außerdem, falls der Patient auf besonderen Antrag des Arztes der Notaufnahme innerhalb von 24 Stunden nach dem ersten Zugang in die Notaufnahme zurückkehren muss, wird die fixe Kostenbeteiligung und der eventuelle zusätzliche Betrag nur auf den ersten Zugang verrechnet.

Die neuen Bestimmungen in Bezug auf die Kostenbeteiligungen gelten auch für die Intensivbeobachtungsstation (Beschluss L.R. nr.3610 von 06/10/2008); falls keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird ein Pauschalpreis von Euro 250,00 für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation verrechnet, zur Abdeckung der Verpflegungskosten nach dem Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (genehmigt mit Beschluss der Landesregierung N. 2568/1998 in geltender Fassung).

10. DATENÜBERMITTLUNG

10.1. DATENQUALITÄTSKONTROLLE, ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSKODEX UND DATENÜBERMITTLUNG AN DIE PROVINZ

Für eine gute Verwaltung des Informationssystems müssen die Aufgaben und Zuständigkeiten des in die Erfassung miteinbezogenen Personals festgelegt werden. Für die Registrierung der Daten des „Erste Hilfe-Bogens“ sind verschiedene Subjekte zuständig:

- die meldeamtlichen Daten des Patienten können vom **Verwaltungs- oder Krankenpflegepersonal** eingegeben werden;
- die Triage- und Zugangsdaten müssen von (angemessen geschultem) **Gesundheitspersonal** eingegeben werden;
- die klinischen Daten (einschließlich der Daten zu Unfällen) müssen vom **Ärztepersonal** der Ersten Hilfe, dass die Untersuchung und Behandlung des Patienten vornimmt, eingegeben werden.

Jedes Subjekt übernimmt die Verantwortung für die Eingabe der jeweiligen Daten.

Jeder „Erste Hilfe-Bogen“ muss die Unterschrift des Verantwortlichen des Dienstes und des Erste Hilfe-Arztes, der den Patienten behandelt hat, enthalten.

Der Provinz obliegt die Aufgabe:

- die Leitlinien für die Ausfüllung des „Erste Hilfe-Bogens“;
- die Datensätze für den Datenaustausch;
- die Tabellen (Landesverzeichnis, Codes der Kostenstellen, ...)

festzulegen, zu aktualisieren und zu verteilen.

Der Sanitätsbetrieb übermittelt die Daten der Südtiroler Informatik AG (SIAG) gemäß der „Technischen Leitlinien für das Informationsverfahren EMUR Erste Hilfe“. Die SIAG wird vom Sanitätsbetrieb als Verantwortliche der Datenverarbeitung ernannt und hat nachfolgende Aufgaben:

- die Qualität der übermittelten Daten zu kontrollieren;
- jedem Patienten einen auf Landesebene eindeutigen Identifikationscode zuzuweisen für die Übermittlung der Daten an das Gesundheitsministerium;
- für die Autonome Provinz Bozen den Datensatz für die Übermittlung der Daten an das Gesundheitsministerium auszuarbeiten;
- die Daten im Datawarehaus der Autonomen Provinz Bozen zur Verfügung zu stellen.

10.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM

Die Provinz übermittelt mit Hilfe der Südtiroler Informatik AG dem Gesundheitsministerium, gemäß der im Rahmen des nationalen Gesundheitsinformationssystems vereinbarten Modalitäten und Zeiten, eine Reihe von Informationen, die den Informationsbedarf auf zentraler Ebene decken.

Art. 5 des Ministerialdekrets Nr. 118 vom 17/12/2008 besagt, dass „Die Informationen zur Vervollständigung der Notfalleinsätze erhoben und an das NSIS monatlich (spätestens ein Monat nach dem Ereignis) übermittelt werden müssen“. Nach dieser Frist hat die Provinz weitere 30 Tage zur Verfügung, um Änderungen, Integrationen und Löschung der übermittelten Daten durchzuführen. Sobald die Daten eines Zeitraumes übermittelt und im ministerialen Informationssystem als definitiv gespeichert werden, können auf Landesebene keine Daten dieses Zeitraumes mehr übermittelt werden.

11. DATENVERARBEITUNG

Die Sicherheitsmethoden und -verfahren, die das EMUR Erste Hilfe Informationssystem im Rahmen der Übermittlung und Verarbeitung von Daten vorsieht, um die Einhaltung der Privacy gemäß den geltenden Rechtsvorschriften zu gewährleisten, beziehen sich auf den „Kodex zum Schutz personenbezogener Daten“ des Legislativdekretes Nr. 196 vom 30/06/2003 und nachfolgenden Änderungen sowie auf die Bestimmungen des Legislativdekretes Nr. 101 vom 10/08/2018, betreffend die Anpassung der nationalen Gesetzgebung an die Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/79 des Europäischen Parlaments und Rates vom 27/04/2016.

12. TECHNISCHE ANLAGEN

Ziel dieser Leitlinien ist es eine klare und umfassende Beschreibung der Funktionsweise des EMUR-Erste-Hilfe-Flusses und der einzelnen Felder des Datensatzes bereitzustellen. Detailliertere Informationen technischer Natur zu den Funktionsregeln für ein korrektes Ausfüllen der Felder und zu den Methoden zur Übertragung der Informationen, aus denen der Fluss besteht, sind in den technischen Anhängen zu diesem Dokument enthalten. Insbesondere definieren die Anhänge die Datenübertragungspfade zwischen den am Prozess beteiligten Subjekten, die automatischen Überprüfungen der Datenqualität, die Domaintabellen und die Transcodierungstabellen, die zum Ausfüllen einiger Felder nützlich sind.

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 01/07/2020 08:43:41 Il Direttore d'ufficio
GASSER DAGMAR

Der Abteilungsdirektor 01/07/2020 10:00:19 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

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

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 07/07/2020 11:31:32 Il direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

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

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

14/07/2020

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

14/07/2020

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 32 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 32 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

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

Ausstellungsdatum

14/07/2020

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

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

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma