


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

Sitzung vom Nr. 480
 Seduta del
 30/06/2020

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landesräte

Generalsekretär

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

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Aktualisierung und Ergänzung des
 Fachplanes für das landesweite
 Rehabilitationsnetz

Oggetto:

Aggiornamento ed integrazione del Piano
 Provinciale della rete riabilitativa

Vorschlag vorbereitet von
 Abteilung / Amt Nr.

23

Proposta elaborata dalla
 Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016, Landesgesundheitsplan Südtirol 2016–2020, wurden die Planungsziele für die post-akute Versorgung definiert;

der Beschluss der Landesregierung Nr. 1406 vom 18. Dezember 2018 „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“, sieht im Punkt 9 die Einsetzung eines Koordinierungsgremiums vor, der in definierten Bereichen prioritär intervenieren muss, u.a. in der Bestimmung neuer Bewertungsskalen, die auf staatlicher und internationaler Ebene validiert sind, und in der Definition von Angemessenheitskriterien der Aufenthalte für Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege;

in Anwendung des oben genannten Beschlusses der Landesregierung wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Abteilung Gesundheit, des Südtiroler Sanitätsbetriebes und öffentlichen und privaten Akteuren der Rehabilitation ins Leben gerufen, die sich mit den oben genannten Themen beschäftigt hat;

der Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021 wurde daraufhin überarbeitet, die Zugangskriterien definiert und neue Bewertungsskalen eingeführt;

der gegenständliche Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025 ersetzt so den vorhergehenden Fachplan 2019-2021;

nach Einsichtnahme im Verfahren des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 2702/16 „Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte“;

der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen unternehmen müssen;

um es dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu ermöglichen, alle Verschreiber auszubilden und zu informieren, ist eine Übergangszeit von 6 Monaten vorgesehen, nach deren Ablauf dieser Beschluss in Kraft treten soll;

La Giunta Provinciale

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016 Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020, sono stati definiti obiettivi di piano per l'assistenza post-acuta;

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 1406 del 18 dicembre 2018 “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”, prevede al punto 9 l'attivazione di una cabina di regia che deve intervenire prioritariamente in ambiti definiti, fra i quali l'individuazione di nuovi strumenti di misurazione validati a livello nazionale e internazionale, e la definizione di criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza post-acuta;

in applicazione della suddetta delibera della Giunta Provinciale è stato istituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Ripartizione Salute, dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e da professionisti della riabilitazione pubblici e privati, che si è occupato dei temi suddetti;

il Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021 è stato quindi rielaborato, sono stati definiti i criteri di accesso e introdotte nuove scale di valutazione;

il presente Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025 sostituisce quindi il precedente Piano 2019-2021;

vista la procedura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 2702/16 “Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acute”;

l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dovrà provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;

per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di provvedere alla formazione e informazione di tutti i soggetti prescrittori si prevede un periodo transitorio di 6 mesi, al termine del quale la presente delibera si intende operativa;

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Den beiliegenden „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025“ als integrierenden Teil des gegenständlichen Beschlusses zu genehmigen und den „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“ zu ersetzen;
2. den Sanitätsbetrieb mit der Aufgabe zu betrauen, alle notwendigen Schritte zur Umsetzung der neuen Zugangskriterien und der Einführung der neuen Bewertungsskalen zu unternehmen;
3. eine Übergangszeit von 6 Monaten nach Genehmigung des gegenständlichen Beschlusses vorzusehen, damit der Südtiroler Sanitätsbetrieb alle Verschreiber ausbildet und informiert, und den vorliegenden Plan umsetzt;
4. gegenständlicher Beschluss bringt keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare l'allegato “Piano provinciale della rete riabilitativa 2020-2025”, quale parte integrante della presente deliberazione, e di sostituire il “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”;
2. di demandare all'Azienda Sanitaria il compito di provvedere a tutti gli adempimenti necessari all'attuazione dei nuovi criteri di accesso e all'introduzione delle nuove scale di valutazione;
3. di prevedere un periodo transitorio di 6 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per consentire all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di formare e informare tutti i soggetti prescrittori. ed implementare il presente Piano;
4. la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

FACHPLAN FÜR DAS LANDESWEITE REHABILITATIONSNETZ 2020-2025

Neuordnung des Angebots und
Zugangsmodalitäten

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	2
2. Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots	3
2.1 Intensive Rehabilitation – Code 56	4
2.2 Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75	5
2.3 Post-akute Langzeitpflege - Code 60	6
2.4 Passive Mobilität	8
2.5 Ambulante Tätigkeiten	10
2.6 Die wichtigsten Herausforderungen	10
3. Beschreibung des Planes: wie entwickelt sich das Betreuungsnetz der Rehabilitation?...11	
3.1 Extensive stationäre Rehabilitation und andere Formen der Betreuung (krankenhausextern, am Wohnort, ambulant)	12
3.1.1 Post-akute Langzeitpflege - Code 60	12
3.1.2 Krankenhausexterne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978)	13
3.1.3 Wohnortnahe Rehabilitation	13
3.1.4 Ambulante Rehabilitationsleistungen	13
3.2 Intensive Rehabilitation - Code 56	14
3.3 Hoch spezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75	17
4. Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium	20
4.1 Auftrag des Rehabilitationsdepartments	20
4.2 Aufgaben des Departments	21
4.3 Aufbau des Departments	21
4.4 Zusammensetzung des Departments	21
4.5 Direktor des Departments	22
4.6 Das Komitee des Departments	22
4.7 Vorschlag für das hochspezialisierte Intensiv-Rehabilitations-Krankenhaus in Sterzing	23
5. Kontrollsystem.....	24
6. Aus- und Weiterbildung	25
7. Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation	25
8. Bettenverteilung.....	26
9. Einsetzung einer Leitstelle	27
10. Zu aktualisierende Bestimmungen	28

1. Vorwort

Der Landesgesundheitsplan Südtirol 2016-2020 hat die wesentlichen Betreuungsziele für die Südtiroler Bevölkerung festgelegt, und dabei auf Dienste und Leistungen abgezielt, welche die realen Anliegen der Patienten berücksichtigen sowie die Qualität der Leistungen, den einheitlichen Zugang zu den Behandlungen auf Landesebene und die Nachhaltigkeit des Systems gewährleisten.

Der Plan strebt neue Modelle für die Fallübernahme der Bürger an, und sieht dabei die Stärkung des Territoriums und der darin erbrachten Tätigkeiten vor, beginnend mit einem neuen Leistungsangebot der Ärzte für Allgemeinmedizin, die in vernetzter Gruppenmedizin (VGM) zusammengeschlossen sind.

Der Landesgesundheitsdienst wird immer wohnortnäher gestaltet; das Netz der territorialen Leistungen muss um den Patienten herum aufgebaut sein, so auch die Rehabilitation, während das Krankenhaus immer mehr der Ort für ausschließlich akute Krankheitsbilder wird.

In diesem Szenarium fügt sich die Rehabilitation ein, sei es ambulant, als auch stationär, welche in Südtirol mit eigenen Leitlinien im Jahr 1999 geregelt wurde; der Beschluss der Landesregierung 3145/99 rezipiert de facto die staatlichen Leitlinien vom Jahr 1998.

In diesem Zeitraum haben die demographische Entwicklung und der damit zusammenhängende Anstieg von chronischen Krankheiten neue Gesundheitsbedürfnisse bedingt, welche unterschiedliche Betreuungsformen erfordern: Einrichtungen vor Ort, in denen die Arbeit vieler Berufsbilder (Ärzte, Krankenpfleger, Sozialassistenten, usw.) zusammenfließt, nehmen zu und demzufolge auch die Betten der wohnortnahen Versorgung, wie jene der Intermediärbetreuung, zur Betreuung von Patienten, die nicht unmittelbar nach Hause entlassen werden können.

Die Gesundheitslandschaft der 90iger Jahre war besonders auf die stationäre Versorgung fokussiert, jetzt liegt das Augenmerk zunehmend auf ambulanter Betreuung und day service, falls geeignet, was im Interesse des Patienten/der Patientin, als auch der Eindämmung von oft unangemessenen Aufenthalten dient.

In diesem Sinne liefert der Landesgesundheitsplan 2016-2020 die notwendigen Voraussetzungen zur Aktualisierung des Reha-Bereiches, um die geeigneten Betreuungsformen und die Bewertungsmethoden zu bestimmen, unter Beachtung der Vorgaben der neuen Wesentlichen Betreuungsstandards von März 2017 und des Gesundheitsabkommens 2014-2016, welches ausdrücklich auf die Wichtigkeit der Angemessenheit der Aufenthalte verweist.

Der nachstehende Plan fußt auf den Ausrichtungsplan der Rehabilitation, welcher am 11. Februar 2011 mit Abkommen zwischen Regierung, Regionen und Autonomen Provinzen genehmigt wurde, und sieht unter Einhaltung der Vorgaben des Landesgesundheitsplanes eine Neugestaltung der Rehabilitation vor, mit Ergebnisindikatoren und Angemessenheitskriterien zur Förderung eines integrierten Betreuungspfades im Rahmen eines abgestimmten Rehabilitationsprojektes.

Die Vorortversorgung mit den Ärzten für Allgemeinmedizin, den Fachärzten, Krankenpflegern, Physiotherapeuten, Sozialassistenten in Verbindung mit der Krankenhausversorgung werden im Versorgungspfad integriert. Die bessere Integration garantiert jene Betreuungskontinuität, die dem Patienten Sicherheit in bester Versorgung gewährleistet.

Auf dieser Grundlage basiert das neue landesweite Rehabilitationsdepartment, welches abgestimmte Betreuungspfade zwischen Krankenhaus und Territorium und zwischen öffentlichen und privaten Strukturen gewährleisten wird.

2. Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots

Das landesweite Rehabilitationsnetz besteht aus sanitären und soziosanitären, öffentlichen und privaten akkreditierten und vertragsgebundenen Einrichtungen (stationär und ambulant), welche den Rehabilitationsbedürfnissen bei Behinderungen/chronisch degenerativen Pathologien oder Traumata, chirurgischen Eingriffen, akuten Krankheitsbildern oder Rückfällen entsprechen und folgende Tätigkeiten anbieten:

- Extensive Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege (erste Stufe): dies beinhaltet Eingriffe niedriger Komplexität und Intensität, auch für Patienten, die nicht einer intensiven Rehabilitation unterzogen werden können;
- Intensive Rehabilitation (zweite Stufe) mit intensivem therapeutischem und rehabilitativem Einsatz;
- Intensive hoch spezialisierte Rehabilitation (dritte Stufe) für Fälle mit sehr hohem Betreuungsbedarf (Spinaleinheiten Kodex 28 sind landesweit nicht vorhanden).

Dies erfolgt in nachstehenden Betreuungsstufen:

1. vollstationärer Aufenthalt;
2. tagesklinischer Aufenthalt;
3. ambulante Betreuung;
4. krankenhausexterne Betreuung vollstationärer, halbstationärer oder tagesklinischer Natur.

Derzeit besteht kein Angebot an domizilorientierter Rehabilitation.

Nachstehend das Bettenangebot 2019:

Tabelle 1 – Beschreibung der Betten nach Code (56, 60 e 75), Jahr 2019

Krankenhauseinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	post-akute Langzeitpflege Code 60	Neuro-rehabilitation Code 75	Gesamt 2019
Krankenhaus Bozen	6		8	14
Privatklinik Bonvicini	44	42		86
Privatklinik Villa Melitta	41	25	3	69
Gesundheitsbezirk Bozen	91	67	11	169
Krankenhaus di Meran	12			12
Krankenhaus di Schlanders		4		4
Privatklinik Sankt Anna		30		30
Privatklinik Salus Center	28	18		46
Gesundheitsbezirk Meran	40	52	0	92
Krankenhaus Brixen	13	14	0	27
Krankenhaus Sterzing	11	6	15	32
Gesundheitsbezirk Brixen	24	20	15	59
Krankenhaus Bruneck	13	18	2	33
Krankenhaus Innichen	1	3		4
Gesundheitsbezirk Bruneck	14	21	2	37
Gesamt	169	160	28	357

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Im Vergleich zu den von staatlichen Normen vorgegebenen Standards (Tabelle 2, Spalte (1)) gilt das Bettenangebot (Spalte 2) als eingehalten, obwohl ein Überangebot an Betten für Neurorehabilitation Code 75 zu verzeichnen ist; dieser Bettenbestand sollte 0,02 Betten auf 1.000 Einwohner, d.h. 11 Betten betragen.

Tabelle 2 – Art von Aufenthalten, Jahr 2018

Art von Aufenthalten	Von staatlichen Normen vorgesehenen Standards (1)	Jahr 2019 (2)
Post-Akute Neuro Rehabilitation	0,02‰	0,05‰
Post-Akute Langzeitpflege	mindestens 0,2‰	0,30‰
Post-Akute Rehabilitation		0,32‰
Gesamt	0,7‰	0,67‰

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

In Südtirol wird der Rehabilitationsbedarf vorwiegend mit einem Krankenhausaufenthalt erfüllt, der grundsätzlich in den zwei Gesundheitsbezirken Bozen und Meran stattfindet, da hier ca. 70% der gesamten Bevölkerung lebt und ungefähr 75% der Rehabilitationsaufenthalte erbracht werden.

Nachstehend werden die Typologien der stationären und tagesklinischen Aufenthalte gegliedert nach Codes für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 beschrieben.

2.1 Intensive Rehabilitation – Code 56

Tabelle 3 – stationäre und tagesklinische Rehabilitationsaufenthalte (Code 56)

Krankeneinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Bozen	72	43	82
Krankenhaus Meran	159	149	168
Krankenhaus Brixen	311	309	318
Krankenhaus Bruneck	228	236	241
Krankenhaus Sterzing	198	229	282
Krankenhaus Innichen		4	49
Privatklinik Martinsbrunn	354	379	
Privatklinik Bonvicini	519	518	570
Privatklinik Villa Melitta	613	589	622
Privatklinik Salus Center	578	576	670
Gesamt	3.032	3.032	3.002

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die Privatklinik Martinsbrunn hat die Tätigkeit der stationären Rehabilitation Ende 2018 eingestellt.

Die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte beträgt ungefähr 5%. Sie werden in drei Einrichtungen Brixen, Sterzing und Bruneck erbracht.

Tabelle 4 – Art der Aufnahme Code 56, Jahr 2019

Krankenhauseinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	82		82
Krankenhaus Meran	168		168
Krankenhaus Brixen	289	29	318
Krankenhaus Bruneck	187	54	241
Krankenhaus Sterzing	242	40	282
Krankenhaus Innichen	49		49
Privatklinik Bonvicini	570		570
Privatklinik Villa Melitta	622		622
Privatklinik Salus Center	670		670
Gesamt	2.879	123	3.002
In %	95%	5%	100%

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Bei Code 56 ist anzumerken, dass der Aufenthalt in 3 Typologien unterteilt ist: Post akuter Aufenthalt, Erhaltungsaufenthalt und Bewertungsaufenthalt. Die dazu gehörenden Indikationen sind folgende:

- **Postakuter Krankenhausaufenthalt:** Dieser Code kennzeichnet Aufenthalte zur postakuten Rehabilitation im Falle von Krankheitsbildern mit Behinderung, die auf ein klar umrissenes akutes Ereignis zurückzuführen sind, wie es ein cerebraler Iktus, ein Trauma oder ein chirurgischer Eingriff sind. Der Beginn solcher Aufenthalte fällt unmittelbar in die postakute Phase, also in die ersten 30 Tage nach Entlassung aus Krankenhausabteilungen für Akutkranke oder aus Rehabilitationsabteilungen (der II. und III. Stufe).
- **Erhaltungsaufenthalt:** Der Aufenthalt stellt eine Abschlussphase des Wiederherstellungsprozesses und des Rehabilitationsvorhabens dar, kann aber auch der Verbeugung gegen eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes dienen. Es ist also das Erfordernis der Kontinuität nach der unmittelbaren postakuten Phase gegeben. Der seit der Entlassung aus dem Krankenhaus für Akutkranke verstrichene Zeitraum ist länger als 30 Tage.
- **Programmierter Bewertungsaufenthalt:** Geplanter Aufenthalt zum Zwecke der Bewertung, der maximal 10 Tage dauert, einen hohen diagnostisch-medizinischen Aufwand erfordert, der Festlegung des Therapievorhabens dient, um festzustellen, ob tatsächlich die Möglichkeit besteht, das Rehabilitationsprogramm auch durchzuführen.

Letztere Typologie wird sehr wenig verwendet (29 Aufenthalte im Jahr 2019, was 0,9% der gesamten Aufenthalte entspricht).

Für den Code 56 gibt es bis dato keinen cut-off bei der Aufnahme der Patienten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist sehr unterschiedlich zwischen den Einrichtungen.

Bezüglich der Klassifizierung MDC wird die absolute Geringfügigkeit der kardiologischen Rehabilitation (29 Aufenthalte) und der pneumologischen Rehabilitation (10 Aufenthalte) unterstrichen.

Zudem sind in der Struktur Salus Center zusätzliche 36 Betten für kardiologische Rehabilitation akkreditiert und vertragsgebunden.

2.2 Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75

In Südtirol werden keine Betten als Spinaleinheit (Code 28) geführt. Daher werden die Patienten mit spinalen Läsionen außerhalb Südtirols behandelt.

Bezüglich Code 75 wird nachstehend die Situation der Aufenthalte auf die 28 Betten dargestellt:

Tabelle 5 – stationäre und tagesklinische hochspezialisierte intensive Rehabilitationsaufenthalte (Code 75)

Krankenhauseinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Bozen	51	63	55
Krankenhaus Brixen	4	7	4
Krankenhaus Bruneck	24	18	2
Krankenhaus Sterzing	60	82	75
Privatklinik Villa Melitta	19	20	18
Gesamt	158	190	154

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Wie bereits vorweggenommen verfügt Südtirol über eine übermäßige Anzahl an Betten im Code 75 (28 Betten statt 11, wie aus gesetzlichen Normen hervorgehen würde). Es handelt sich dabei um hoch spezialisierte Betten, die einen Einsatz an technologisch komplexen Geräten und an hoch spezialisierten Personalressourcen benötigen. Die Bettenverteilung erscheint unausgewogen, mit einer höheren Konzentration der Betten im Krankenhaus Sterzing (18) gegenüber dem Krankenhaus Bozen (8), wo bekanntlich der Großteil der landesweiten Polytraumen eintreffen und wo die Neurochirurgie angesiedelt ist.

In der Stadt Bozen besteht aber eine Konvention zwischen Krankenhaus und Privatklinik Villa Melitta für 3 Betten mit Code 75.

Im Krankenhaus Bruneck sind 2 Betten Code 75 vorhanden.

Bezüglich Tagesklinik im Code 75 verfügt Bozen über 2 Day hospital Betten und tätigt 26 auf insgesamt 55 tagesklinische Aufenthalte. Die anderen Einrichtungen nutzen nicht die Tagesklinik.

Tabelle 6 – Art der Aufnahme in Code 75, Jahr 2019

Krankenhauseinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	29	26	55
Krankenhaus Brixen	4		4
Krankenhaus Bruneck	2		2
Krankenhaus Sterzing	75	1	75
Privatklinik Villa Melitta	18		18
Gesamt	128	26	154
in %	83%	17%	100%

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

2.3 Post-akute Langzeitpflege - Code 60

Tabelle 7 – stationäre Aufenthalte für post akute Langzeitpflege (Code 60)

Krankenhauseinrichtung	2017	2018	2019
Krankenhaus Brixen	313	337	274
Krankenhaus Bruneck	143	140	180
Krankenhaus Schlanders	124	148	134
Krankenhaus Sterzing	137	173	176
Krankenhaus Innichen	111	114	99
Privatklinik Villa St. Anna	351	386	466
Privatklinik Bonvicini	794	804	737
Privatklinik Villa Melitta	394	419	383
Privatklinik Salus Center	322	324	305
Gesamt	2.689	2.845	2.754

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist eindeutig höher in den akkreditierten Privatkliniken im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen (3 Wochen gegen 12 Tage in den öffentlichen Strukturen), wahrscheinlich infolge unangemessener Verlängerung der Aufenthalte in den Akutabteilungen der Krankenhäuser bzw. infolge unangemessener Aufenthalte in der post akuten Langzeitpflege.

Im Krankenhaus Schlanders¹ und in der Privatklinik Salus Center verzeichnet man zahlreiche Aufenthalte mit der Gruppierung MDC 23 “Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen”, eine sehr allgemeine Gruppierung, die es nicht ermöglicht, das Gesundheitsproblem, das behandelt werden muss, zu identifizieren.

Auf staatlicher Ebene ergibt der Bericht über die Krankenhausaufnahmen – Daten KEB 2016 des Gesundheitsministeriums, dass die Aufenthalte in post akuter Langzeitpflege insgesamt um 5,3% und die Aufenthaltstage um 4% reduziert wurden.

¹ Im Jahr 2019 wurden im Krankenhaus Schlanders 82% der Aufenthalte der Gruppierung MDC 23 zugeordnet.

2.4 Passive Mobilität

Die nachstehenden Tabellen geben Einblick in die Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich getrennt nach unterschiedlichen Kodierungen

Tabelle 8 – Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Jahr 2018		Anzahl der Aufenthalte			Tarifwert		
Wohnsitz - Gesundheitsbezirk	Abteilung	Andere Regionen Italiens	Österreich	Gesamt	Andere Regionen Italiens €	Österreich €	Gesamt €
Bozen	Physische Rehabilitation (Code 56)	170	0	170	754.032	0	754.032
	Neurorehabilitation (Code 75)	4	16	20	24.975	455.742	480.716
	Spinaleinheit (Code 28)	5	0	5	184.710	0	184.710
Bozen	Gesamt	179	16	195	963.717	455.742	1.419.459
Meran	Physische Rehabilitation (Code 56)	26	0	26	136.672	0	136.672
	Neurorehabilitation (Code 75)	4	6	10	21.966	219.483	241.449
	Spinaleinheit (Code 28)	3	0	3	30.080	0	30.080
Meran	Gesamt	33	6	39	188.718	219.483	408.200
Brixen	Physische Rehabilitation (Code 56)	11	0	11	43.725	0	43.725
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	8	8	0	254.610	254.610
Brixen	Gesamt	11	8	19	43.725	254.610	298.335
Bruneck	Physische Rehabilitation (Code 56)	13	9	22	44.700	180.412	225.112
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	1	1	0	3.046	3.046
Bruneck	Gesamt	13	10	23	44.700	183.457	228.158
Gesamt		236	40	276	1.240.860	1.113.291	2.354.151

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Tabelle 9 – Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Jahr 2017		Anzahl der Aufenthalte			Tarifwert		
Wohnsitz - Gesundheitsbezirk	Abteilung	Andere Regionen Italiens	Österreich	Gesamt	Andere Regionen Italiens €	Österreich €	Gesamt €
Bozen	Physische Rehabilitation (Code 56)	162	10	172	694.013	371.487	1.065.500
	Neurorehabilitation (Code 75)	7	7	14	23.648	155.062	178.710
	Spinaleinheit (Code 28)	1	0	1	72.380	0	72.380
Bozen	Gesamt	170	17	187	790.041	526.549	1.316.590
Meran	Physische Rehabilitation (Code 56)	36	0	36	150.216	0	150.216
	Neurorehabilitation (Code 75)	3	7	10	15.040	88.131	103.171
	Spinaleinheit (Code 28)	1	0	1	182.830	0	182.830
Meran	Gesamt	40	7	47	348.086	88.131	436.218
Brixen	Physische Rehabilitation (Code 56)	5	0	5	22.545	0	22.545
	Neurorehabilitation (Code 75)	6	12	18	8.178	140.111	148.290
Brixen	Gesamt	11	12	23	30.724	140.111	170.835
Bruneck	Physische Rehabilitation (Code 56)	17	9	26	66.174	123.309	189.483
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	5	5	0	26.378	26.378
Bruneck	Gesamt	17	14	31	66.174	149.687	215.861
Gesamt		238	50	288	1.235.025	904.478	2.139.503

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Der durchschnittliche Tarif für österreichische Aufenthalte ist sehr hoch, da ein anderes Kodifizierungs- und Tarifsysteem gilt.

Aufgrund der vorliegenden Informationen scheinen keine Aufenthalte im Code 28 im Ausland auf.

2.5 Ambulante Tätigkeiten

Tabelle 10 – Ambulante Rehabilitationsleistungen

Verabreichender Gesundheitsbezirk	2018	2019	Anzahl auf Einwohner 2019
Bozen	286.344	276.428	1,17
Meran	170.974	182.851	1,31
Brixen	96.569	98.606	1,26
Bruneck	127.777	132.637	1,66
Gesamt	681.664	690.522	1,29

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Dieser Tabelle kann man entnehmen, dass das Angebot zwischen den Gesundheitsbezirken sehr unterschiedlich ist.

Aufgrund des Beschlusses der Landesregierung 1544/2015 ist für die ambulante Rehabilitation ein Richtwert von 1,4 Leistungen pro Einwohner vorgesehen. Derzeit ist das Angebot insgesamt unterdimensioniert (1,28 Leistungen pro Einwohner).

2.6 Die wichtigsten Herausforderungen

Ansichts der dargestellten Situation werden folgende Maßnahmen festgelegt:

- wohnortnahe Lösungen als Alternative zum Krankenhaus fördern; damit sollen vermeidbare Aufenthalte eingeschränkt und eine bessere Integration zwischen Krankenhaus und Territorium zur Gewährleistung der Kontinuität der Pflege gesichert werden;
- in der Rehabilitation, Code 56, sind mehr tagesklinische Betten einzurichten;
- das Angebot an ambulanten Leistungen ist von 1,29 auf 1,4 Leistungen pro Einwohner zu erhöhen, gemäß Beschluss der Landesregierung;
- Betten für intermediäre Betreuung für weniger komplexe Fälle sind einzurichten;
- die nicht angemessenen Fälle in post akuter Langzeitpflege Code 60 müssen der intermediären Pflege oder dem Code 56 zugewiesen werden;
- Angemessenheitskriterien für die Bewertungsaufenthalte sind zu definieren;
- Angemessenheitskriterien für die tagesklinischen Aufenthalte in der Neurorehabilitation sind zu definieren;
- das Angebot an Rehabilitationsleistungen ist auf sämtliche Bereiche (Kardiologie, Urologie, Rehabilitation des Beckenbodens, des Verdauungstraktes u.a.) auszudehnen;
- eine korrekte Aufteilung und eventuell Stärkung der pneumologischen Rehabilitation ist zu sichern;
- die Kodifizierung des Code 60 ist zu verbessern und die MDC 23 nur als Restkategorie zu verwenden;
- ein cut-off bei der Aufnahme in der Rehabilitation Code 56 ist einzuführen;
- die Betten zwischen Code 56 und 75 im Krankenhaus Sterzing sind deutlich aufzuteilen;
- die Rehabilitationsleistungen am Wohnort des Patienten sind zu fördern;
- periodische Aus- und Weiterbildungstätigkeiten ist zu garantieren;
- die Angemessenheit der wohnortnahen Rehabilitationsleistungen ist zu bewerten;
- die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Akutaufenthalten in den Krankenhäusern des Landes ist zu optimieren.

3. Beschreibung des Planes: wie entwickelt sich das Betreuungsnetz der Rehabilitation?

Der gegenständliche Plan für das landesweite Rehabilitationsnetz basiert hauptsächlich auf den Leitlinien der Rehabilitation, die mit Einvernehmen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen am 11. Februar 2011 genehmigt wurden, auf das Gesundheitsabkommen 2014-2016 und auf die Vorgaben des Landesgesundheitsplanes 2016-2020.

Es werden die unterschiedlichen Betreuungsformen, die Schwellenwerte für die Aufenthaltsdauer, die Kriterien und Instrumente für den Zugang und die qualitativen und quantitativen Betreuungsstandards, die in den stationären Einrichtungen gewährleistet werden müssen, geregelt.

Alle Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit dem neuen Betreuungsnetz umgesetzt werden, benötigen ein angemessenes Informations-/Informatiksystem, welches den Austausch von Daten, die Sammlung von Informationen zur konstanten Aktualisierung und Bewertung des Netzes, zur Kontrolle der Angemessenheit und der Ergebnisse der Behandlungen ermöglicht.

Vorrangig ist der Vorschlag zur Errichtung eines Rehabilitationsdepartments, das Krankenhaus und Territorium integriert und an dem die privaten akkreditierten und vertragsgebundenen Einrichtungen teilnehmen.

Betreuungsformen

Das Rehabilitationsnetz setzt sich aus öffentlichen und vertragsgebundenen privaten Einrichtungen zusammen.

Gemäß staatlichem Ausrichtungsplan für die Rehabilitation 2011 müssen alle Strukturen ein spezifisches individuelles Projekt für die Fallübernahme der Patienten – bereits in der akuten Phase – aufgrund der Angemessenheitskriterien des gegenwärtigen Planes bei der Verschreibung und Leistungserbringung erstellen.

Hierzu wird die aktuelle Bewertungsskala mit zusätzlichen auf staatlicher und internationaler Ebene validierten Instrumenten ergänzt, damit die Angemessenheit und die Ergebnisse der Behandlung dokumentiert werden und die Betreuungskontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium gewährleistet wird.

Periodische Kontrollen werden von den zuständigen Gremien in allen öffentlichen und privaten Strukturen durchgeführt. Siehe dazu das Kapitel "Kontrollsystem".

Das Rehabilitationsnetz erfüllt die Bedürfnisse an Rehabilitation der Bevölkerung mittels:

- Extensiver Rehabilitation bzw. post akuter Langzeitpflege (Code 60);
- Intensiver Rehabilitation (Code 56);
- Hoch spezialisierter intensiver Rehabilitation (Code 28 - landesweit derzeit nicht vorhanden - und Code 75).

In folgenden Betreuungsformen:

- Stationärer Aufenthalt (Code 56, 75 und 60);
- Tagesklinischer Aufenthalt (Code 56 und 75);
- Ambulante Leistungen/day service;
- Betreuung am Wohnort;
- Krankenhausexterne Betreuung im Rahmen durchgehender stationärer, halbstationärer oder tagesklinischer Behandlung (ex art. 26, G. 833/1978).

3.1 Extensive stationäre Rehabilitation und andere Formen der Betreuung (krankenhausextern, am Wohnort, ambulant)

3.1.1 Post-akute Langzeitpflege - Code 60

Beim Code 60 handelt es sich um Einrichtungen für postakute Patienten, die eine Heilung des akuten Ereignisses erreicht haben, aber noch nicht klinisch stabilisiert sind, daher ein extensives Rehabilitationsprogramm benötigen, um ihre Rückkehr zum Wohnort zu erleichtern.

Die Patienten benötigen eine gesundheitliche Betreuung und zeigen Potenzial zur funktionellen Wiederherstellung, wie aus der multiprofessionellen Krankenhausdokumentation hervorgeht, können aber nicht von einer intensiven Rehabilitationsbehandlung profitieren oder diese vertragen und brauchen aufgrund ihrer klinischen Instabilität einen Krankenhausaufenthalt.

Darunter fallen auch, falls die intensive Behandlung nicht geeignet ist, Patienten mit hoher Komplexität, d.h. Personen mit Behinderungen, die mehrere Organe betreffen, welche aufgrund der Komorbidität aus Begleitpathologien und der Interaktion mit der rehabilitativen Prognose eine klinisch-assistentielle Komplexität aufweisen.

Das pflegerische Monitoring und die Überwachung sind rund um die Uhr gewährleistet.

Die Rehabilitationsleistung beträgt mindestens 1 Stunde am Tag und kann vom Facharzt für Rehabilitation (oder von einem Facharzt mit 2-jähriger Erfahrung in Rehabilitation), von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation, vom Krankenpflege- und Betreuungspersonal erbracht werden.

Ziel ist es, eine klinische Stabilisierung zu erreichen und die Wiedereingliederung des Patienten in sein soziales Umfeld zu fördern.

Der Zugang zu den Einrichtungen Code 60 geschieht mittels Einweisungsantrag seitens des öffentlichen Krankenhausarztes, der für die entsprechende Pathologie zuständig ist, aufgrund von einheitlichen Betreuungspfaden, welche die Fallübernahme des Patienten in der Regel innerhalb von 5 Tagen und nicht später als 15 Tage nach der Anfrage gewährleisten.

Die Einrichtung für post akute Langzeitpflege steht in enger Verbindung mit den territorialen Diensten, mit denen ein Entlassungs-/Wiedereingliederungsplan zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität definiert wird.

Der Aufenthalt beträgt ca. 3-4 Wochen bis maximal 60 Tage (nach 60 Tagen greift der Tarifabschlag).

Bei nachgewiesenem Bedarf kann mit spezifischer Ermächtigung des Verschreibers die Dauer verlängert werden.

Der Auslastungsgrad der Betten muss in der Regel über 90% liegen.

Bei Entlassung aus der Akutstation und bei der darauffolgenden Aufnahme des Patienten in die post-akute Abteilung muss die Barthel-Skala ausgefüllt werden, die anfangs eine Punktezahl von ≤ 70 Punkten aufweisen muss.

Der Patient kommt aus akuten oder post-akuten operativen Einheiten.

Patienten, die den folgenden Typologien VORWIEGEND zugeordnet werden können, sind vom Code 60 ausgeschlossen;

- Terminalpatienten, die auf das Netzwerk der Palliativmedizin zugreifen.
- Patienten mit sozialen Gründen, die den Krankenhausaufenthalt verlängern.
- langfristig stabilisierte Patienten ohne Rehabilitationspotenzial mit reinem Pflegebedarf: Diese Patienten sollen in Übergangs- oder Kurzzeitpflegebetten mit sozialer Prävalenz oder in Seniorenwohnbetten behandelt werden;
- Patienten mit spezifischen Rehabilitationsprogrammen (Code 28.00, 56.00 und 75.00)
- Psychiatrische Patienten oder Patienten mit Suchtproblemen, die Zugang zu anderen Behandlungen haben;
- Patienten mit schweren kognitiven Verhaltensstörungen
- Patienten mit diffusen Infektionskrankheiten

Für jeden Patienten müssen das Rehabilitationsprogramm und das individuelle Rehabilitationsprojekt von einem multidisziplinären Team erstellt werden, welches Ziele, Eingriffe und Ergebnisindikatoren, die im

Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigen. Das individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem Caregiver abgestimmt sein.

3.1.2 Krankenhauserne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978)

Diese Einrichtungen sozio-sanitärer Natur erbringen Rehabilitationsleistungen auf territorialer Ebene. Bis heute gelten die mit Beschluss der Landesregierung 3300/2000 definierten Zugangskriterien.

Eine Arbeitsgruppe wird sich in Kürze mit ihrer angemessenen Einordnung befassen, zum Zwecke einer korrekten Integration im Rehabilitationsnetz.

3.1.3 Wohnortnahe Rehabilitation

Diese Tätigkeit umfasst zwei Arten von Leistungen und Diensten: Die erste besteht aus der Gesamtheit der rehabilitativen Leistungen, die wohnortnah auf dem Territorium zu gewährleisten sind, die zweite bezieht sich auf Leistungen zu Hause, die von Fachpersonal erbracht werden.

Um den Vorgaben des Landesgesundheitsplans zu entsprechen wird ein erster fachärztlicher ambulanter Rehabilitationsdienst am Loew Cadonna Platz (Gesundheits- und Sozialsprengel) in Betrieb genommen, der die Aufgabe hat, die Rehabilitation auf dem Territorium zu koordinieren und begleiten. Dabei werden die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Krankenpfleger, die sich am Wohnsitz des Patienten für die Hauspflege begeben, die privaten Physiotherapeuten und die caregiver in Bezug auf die Leistungen, die am Wohnsitz des Patienten zu erbringen sind, unterstützend beraten.

3.1.4 Ambulante Rehabilitationsleistungen

Derzeit beziehen sich die Rehabilitationsleistungen auf spezifische Kodifizierungen des Landestarifverzeichnisses und sind mittels Rezept verschreibbar. Leistungen wie Beratung, Planung und Organisation der klinischen Tätigkeiten sind im Tarifverzeichnis allerdings nicht wiedergegeben. Auch die Leistungen, die mit der Abwicklung und Organisation der Arbeit zusammenhängen, sind nicht enthalten und quantifiziert.

Das ambulante Leistungsangebot ist auszubauen und die Unterschiede zwischen den Gesundheitsbezirken sind auszugleichen. Man sollte auf 1,4 Leistungen pro Einwohner abzielen, so wie vom Beschluss der Landesregierung 1544/2015 vorgesehen ist. Die Leistungen müssen im Verhältnis zur Wohnbevölkerung landesweit verteilt werden.

Die ambulanten Rehabilitationsleistungen beziehen sich auf die Fachbereiche Kardiologie, Pneumologie und andere Fachbereiche, die von einer Arbeitsgruppe definiert werden, welche auch die Angemessenheits- und Zugangskriterien bestimmen wird.

Die Leistungen können im Rahmen eines einzigen Zugangs oder in einem Zyklus erbracht werden. Mehrere Leistungen werden aufgrund von definierten Betreuungspfaden in Leistungspakete gebündelt. Die Verschreibung erfolgt seitens eines Arztes des staatlichen Gesundheitsdienstes.

Wo immer möglich und indiziert, ersetzt die ambulante Tätigkeit die tagesklinische.

3.2 Intensive Rehabilitation - Code 56

Die intensive Rehabilitation richtet sich an Patienten, die einer hohen krankenschwangerischen Unterstützung und Überwachung und ärztlichen Betreuung auf 24 Stunden bedürfen, mit dem Ziel der klinischen Stabilisierung und der Wiedererlangung der Autonomie.

Die Rehabilitation beträgt mindestens 3 Stunden täglich und wird vom Facharzt für Rehabilitation (oder von einem Facharzt mit 2-jähriger Erfahrung in Rehabilitation), von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation und vom Krankenpflege- und Betreuungspersonal erbracht, und erfordert komplexe diagnostisch-therapeutische Technologien.

Für jeden Patienten müssen das Rehabilitationsprogramm und das individuelle Rehabilitationsprojekt von einem multidisziplinären Team erstellt werden, welches Ziele, Eingriffe und Ergebnisindikatoren, die im Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigt. Das individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem Caregiver abgestimmt sein.

Zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität muss ein Entlassungs-/Wiedereingliederungsprogramm mit den territorialen Diensten definiert werden.

Die intensiven Rehabilitationsleistungen werden stationär oder tagesklinisch erbracht. Die tagesklinische Leistung ist die Alternative zum stationären Aufenthalt und kann niemals die ambulante Betreuung ersetzen, und setzt voraus, dass der Patient klinisch stabilisiert ist, aber intensive multiprofessionelle Rehabilitationsmaßnahmen benötigt. Ein individuelles Rehabilitationsprojekt muss auch während eines tagesklinischen Aufenthaltes verfasst werden. am Tag ausgearbeitet. Der Tagesklinik-Aufenthalt muss in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Entlassung aus einem stationären rehabilitativen Krankenhausaufenthalt oder mit einem kürzlich aufgetretenen Ereignis stehen.

Die intensive Rehabilitation richtet sich in einer ersten Phase an folgende MDC:

- 01 - Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- 04 - Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- 05 - Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- 08 - Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- 10 - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 11 - Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 24 - Polytraumata

Für andere MDC wird die Angemessenheit Fall für Fall überprüft.

Diese Rehabilitation ist vorwiegend an Patienten mit Beeinträchtigungen des Nervensystems, des Bewegungsapparates, des Atmungssystems und des Kreislaufsystems gerichtet.

Die Einweisung in intensiven Rehabilitationseinrichtungen erfolgt mittels Antrags seitens des öffentlichen Krankenhausarztes, der für die entsprechende Pathologie zuständig ist.

Der Patient kommt aus akuten oder post-akuten operativen Einheiten, er kann auch aus dem Domizil oder aus territorialen Einrichtungen kommen.

Der Zugang zur intensiven Rehabilitation erfordert ein cut-off <91 FIM Punkte bei der Aufnahme. Die FIM-Skala muss innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt des Patienten und innerhalb von 72 Stunden vor der Entlassung des Patienten ausgefüllt werden.

Darüber hinaus muss bei der Entlassung aus der Akutstation und bei der darauffolgenden Aufnahme des Patienten in die post-akute Abteilung, die Barthel-Skala ausgefüllt werden, die zunächst eine Punktzahl von <=70 Punkten aufweisen muss.

Der Auslastungsgrad der Betten sollte höher als 90% sein, berechnet auf 7 Tage die Woche.

Für die Aufenthaltsdauer gilt folgendes:

Krankenhausaufenthalte für orthopädische Rehabilitation (Code 56) stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts – eventuelle Verlängerung
Elektive Hüft- und Knieprothese Beginn der Rehabilitation 3 – 7 Tage nach dem chirurgischen Eingriff	Für Patienten unter 70 Jahren: 14 Tage Für Patienten über 70 Jahren: 21 Tage Maximale Verlängerung: 10 Tage
Die Abteilungen für Orthopädie und Allgemeine Chirurgie des Südtiroler Sanitätsbetriebes wenden die Prinzipien des Rapid Recovery Managements (Enhanced recovery after surgery – ERAS) bei ausgewählten Patienten an, die sich einer Knie- oder Hüftgelenkersatzoperation unterziehen. Dadurch sollen die Auswirkungen des chirurgischen Eingriffes auf den Organismus vermindert und die Selbstständigkeit des Patienten so früh wie möglich wiederhergestellt werden. Grundlegende Elemente hierfür sind eine äußerst geringe Benützung von Sonden und Drainagen, die volle Kontrolle der postoperativen Schmerzen, der frühzeitige Beginn der Nahrungsaufnahme per Os und der Mobilisierung. Zur vollen Umsetzung ist die Einbeziehung einer multiprofessionellen Equipe bestehend aus Orthopäden, Chirurgen, Anästhesisten, Reha-Ärzten, Reha-Therapeuten, Krankenpflegern, Diätassistenten, Internisten und Geriatern notwendig. Der Nutzen besteht in einer geringeren postoperativen Morbidität und kürzeren postoperativen Verweildauer.	
Schulterprothese Beginn der Rehabilitation 3 – 7 Tage nach dem chirurgischen Eingriff	21 Tage Maximale Verlängerung: 10 Tage
Bandscheiben-OP Beginn der Rehabilitation 3 – 7 Tage nach dem chirurgischen Eingriff	21 Tage Maximale Verlängerung: 10 Tage
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten von Osteoarthritis	6-20 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 20 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten von "Komplikationen von Medizinprodukten, Implantaten und Transplantaten" ergeben	11-30 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte aufgrund eines akuten Ereignisses anderer primärer klinischer Code Aggregate	11-25 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Traumatologische Schenkelhalsfraktur (falls Aufenthalt in Kodex 56.00)	Für Patienten unter 70 Jahren: 21 Tage Für Patienten über 70 Jahren: 30 Tage Maximale Verlängerung: 10 Tage
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten von Frakturen der unteren Extremitäten	11-25 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 25 Tagen angemessen *
Andere orthopädische Krankheitsbilder (außer osteoartikuläre degenerative Pathologien)	21 Tage Maximale Verlängerung: 10 Tage
Wirbelsäulen- und Beckenfrakturen (falls Aufenthalt in Kodex 56.00*)	30 Tage Maximale Verlängerung: nicht vorgesehen
Krankenhausaufenthalte für orthopädische Rehabilitation (Code 56) tagesklinisch	Es wurde eine minimale Schwelle von 12 Zugängen festgelegt.
Krankenhausaufenthalte für neurologische Rehabilitation (Code 56) stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts – eventuelle Verlängerung

Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten eines ischämischen Schlaganfalls, eines unklar definierten Schlaganfalls oder anderer Schlaganfälle (nicht ischämisch, unklar definiert und hämorrhagisch)	21-60 Tage; Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 60 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten eines hämorrhagischen Schlaganfalls	Angemessene Aufenthaltsdauer: 26-65 Tage; Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 65 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten eines intrakraniellen Traumas	21-60 Tage; Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 60 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten anderer Störungen des Nervensystems	21-60 Tage; Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen und bei Patienten mit “Cauda-equina”-Diagnose ist auch ein Aufenthalt von mehr als 60 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte infolge anderer akuter Ereignisse (andere klinische Code Aggregate):	16-45 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 45 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten von Spondylose, Bandscheibenerkrankungen und anderen Rückenerkrankungen	11-30 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte für neurologische Rehabilitation (Code 56) tagesklinisch	Es wurde eine Mindestschwelle von 12 Zugängen festgelegt, bei deren Unterschreitung das Risiko einer organisatorischen Unangemessenheit hoch eingeschätzt wird.
Krankenhausaufenthalte für pneumologische Rehabilitation (Code 56) stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts – eventuelle Verlängerung
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten respiratorischer Insuffizienz, Atemstillstand (Erwachsene)	11-40 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 40 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Bronchiektasen	11-30 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten von Lungenentzündung (mit Ausnahme derjenigen, die durch Tuberkulose oder durch sexuell übertragbare Krankheiten verursacht werden)	11-30 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte nach akutem Auftreten kongestive Herzinsuffizienz nicht aufgrund von Bluthochdruck	11-30 Tage Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte für pneumologische Rehabilitation (Code 56) tagesklinisch	Man betrachtet 6-15 Zugänge als angemessen
Krankenhausaufenthalte für kardiologische Rehabilitation (Code 56) – stationär und tagesklinisch	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts – eventuelle Verlängerung
Krankenhausaufenthalte mit kardiochirurgischem Eingriff	8-30 Tage/Zugänge Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *

Krankenhausaufenthalte mit gefäßchirurgischem Eingriff	6-30 Tage/Zugänge Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte ohne chirurgischen Eingriff mit akutem Koronarsyndrom	6-25 Tage/Zugänge Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 25 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte ohne chirurgischen Eingriff mit Herzinsuffizienz	6-30 Tage/Zugänge Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 30 Tagen angemessen *
Andere Krankenhausaufenthalte ohne chirurgischen Eingriff mit kardiologischen klinischen Code Aggregaten	6-25 Tage/Zugänge Bei Krankenhausaufenthalten, die sich auf „komplexe Patienten“ beziehen, ist auch ein Aufenthalt von mehr als 25 Tagen angemessen *
Krankenhausaufenthalte für andere Zustände (stabilisierte Spätfolgen) (Code 56) - stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts
degenerative Gehirnerkrankungen (z.B. Parkinson), demyelinisierende Erkrankungen (z.B. multiple Sklerose), Erhaltungstherapie nach Hirn- und Wirbelsäulenverletzungen, Zustand nach Poliomyelitis; bei Verschlechterung/Funktionsverlust Vorhandensein von Rehabilitationspotenzial Fehlende alternative Behandlungsmöglichkeiten	3 Wochen, maximal 1 Aufenthalt pro Jahr, wenn eine klinische Indikation vorliegt

*Im Entwurf der Verordnung über die Festlegung der "Kriterien für die Angemessenheit des Zugangs zu Rehabilitationsaufenthalten" vom 3. Juli 2019 definiert das Gesundheitsministerium eine Reihe von Diagnosen/Verfahren durch eine Liste von ICD9-CM-Codes, die den komplexen Krankenhausaufenthalt definieren. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, kann der Krankenhausaufenthalt die angegebenen Schwellenwerte überschreiten.

Eventuelle Verlängerungen müssen vom einweisenden Arzt ermächtigt werden.

Der Aufenthalt in intensiver Rehabilitation setzt einen vorhergehenden Akutaufenthalt voraus. Ansonsten muss ein diagnostisches Kongruenzkriterium eingehalten werden, d.h. es muss eine Übereinstimmung zwischen der Diagnose der Entlassung aus der Rehabilitation und den ICD9-CM-Codes bestehen, die im Verordnungsentwurf des Gesundheitsministeriums bezüglich der Definition der "Kriterien für die Angemessenheit des Zugangs zu Rehabilitationsaufenthalten" vom 3. Juli 2019 angegeben sind.

Der Bewertungs- und Erhaltungsaufenthalt werden vom Rehabilitationsdepartment neu definiert und müssen für das gesamte Landesgebiet einheitlich sein. Es wird vorgeschlagen, die Aufenthalte für die Bewertung durch Sitzungen für die Bewertung zu ersetzen.

3.3 Hoch spezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75

Diese Kategorie umfasst Patienten, der MDC 1 zugeordnet, mit schweren erworbenen Hirnläsionen jeglicher Art oder mit Folgen anderer schwerer akuter neurologischer Erkrankungen, die zu Beginn und/oder in der klinischen Evolution einen Zustand schwerer Bewusstseinsstörungen bedingen (Glasgow Coma Scale Score kleiner oder gleich 8 für mindestens 24 Stunden), einschließlich pharmakologischer Sedierung, die durch einen

Krankenhausaufenthalt in einer intensiven Umgebung notwendig wurde. In jedem Fall muss das akute Ereignis zu neurologischen Läsionen geführt haben, die schwere Behinderung und hohe Betreuungskomplexität bedingt haben.

Ziel ist es, eine klinische Stabilisierung und die Wiederherstellung der Bedingungen für die Autonomie zu erreichen oder die Reduzierung der funktionalen Abhängigkeit zu erlangen.

Die Patienten bedürfen einer intensiven krankenschweflerischen und ärztlichen Betreuung/Überwachung rund um die Uhr. Die hoch spezialisierten intensiven Rehabilitationsleistungen werden vom Facharzt für Rehabilitation (oder von einem Facharzt mit 2-jähriger Erfahrung in Rehabilitation), von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation und vom Krankenpflege- und Betreuungspersonal erbracht, und erfordern fortgeschrittene diagnostisch-therapeutische Technologien.

Die Patienten können aus Akutabteilungen (größtenteils Wiederbelebung, Intensivtherapie, Neurologie, Stroke Unit, Neurochirurgie) oder aus Rehabilitationsabteilungen kommen. Die Einweisung in hoch spezialisierte intensive Rehabilitationsabteilungen erfolgt durch den Facharzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Wiederbelebung, Neurochirurgie, Rehabilitation und andere operativen Einheiten).

Um komplexitätserhöhende Faktoren zu berücksichtigen (z.B. Tracheotomie) und um die Effizienz der Rehabilitation bei komplexeren Patienten zu messen (z.B. Entwöhnung von der Trachealkanüle) wird der Frühreha-Barthel-Index eingeführt.

Für die Neuroreha-Patienten werden somit die Bewertungsskalen Frühreha-Barthel-Index und FIM ausgefüllt, wobei beim Frühreha-Barthel-Index die Punkte zwischen -76 und -365 Patienten der Klasse A identifizieren und die Punkte zwischen -75 und +30 Patienten der Klasse B identifizieren.

Die FIM-Skala muss innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt des Patienten und innerhalb von 72 Stunden vor der Entlassung des Patienten ausgefüllt werden.

Die hoch spezialisierte intensive Rehabilitationsabteilung muss folgendes gewährleisten:

- Psychiatrische Visite;
- Neuromotorische und motorische Wiederherstellung, Hydrochinesetherapie;
- Physische Therapie: Elektroanalgesie, Elektrostimulation, exogene Thermotherapie, Ultraschalltherapie, Lasertherapie;
- Beschäftigungstherapie/Ergotherapie;
- Logopädie;
- Bettenauslastungsgrad > 90% 7 Tage die Woche;
- Einsatz von innovativen Technologien in der Rehabilitation wie z.B. die robotergestützten Gangtherapie-Systeme, auch zur Rehabilitation der oberen Extremitäten (z.B. Armeo, Lokomat, Gangtrainer, ...);
- Behandlung von Spastik mit Botulinum-Neurotoxin, durch Infiltrationstechnik und intrathekale Baclofen-Pumpen;
- Komplexe neuropharmakologische Therapie;
- Neuropsychologische Abklärung (Studie der neuropsychischen Funktionsstörungen);
- komplexe neurophysiologische Bewertung (EEG, EMG, evozierte Potentiale);
- Möglichkeit der Überwachung (EEG, pO2, PAO);
- Wissenschaftliche Tätigkeit;
- Sondenernährung und parenterale Ernährung;
- Trachealkannülenmanagement und atemunterstützende Therapie;
- Urodynamische Abklärung, Möglichkeit der neuro-urologischen Abklärung und Therapie;
- Abklärung der Dysphagie.

Etwaige Leistungen und Dienste:

- Beratung hinsichtlich Information, Bewertung, Verschreibung von Prothesen und Hilfsmittel;
- Leistungen des psychologischen Dienstes;
- Leistungen der sozialen Dienste.

Zusätzliche Dienste, Leistungen und Tätigkeiten werden vom Rehabilitationsdepartment eingeschätzt.

Für die Dauer der Aufenthalte gilt folgendes:

Krankenhausaufenthalte in Neurorehabilitation (Code 75) - stationär	Maximale Verweildauer des Rehabilitationsaufenthalts
Schädel-Hirntrauma in Remission	8 Monate
Patienten mit persistierendem Wachkoma nach SHT	6 Monate
Wachkomapatienten nach Hypoxie	6 Monate
Komplexe neurologische Defizite nach Schlaganfall oder nach neurochirurgischen Eingriffen	6 Monate
Spinale Patienten	4 Monate bei Paraplegie 6 Monate bei Tetraplegie
Krankenhausaufenthalte in Neurorehabilitation (Code 75) - tagesklinisch	Es wurde eine Mindestschwelle von 12 Zugängen festgelegt, bei deren Unterschreitung das Risiko einer organisatorischen Unangemessenheit hoch eingeschätzt wird.

Eventuelle Verlängerungen müssen vom verschreibenden Arzt genehmigt werden.

Für jeden Patienten müssen das Rehabilitationsprogramm und das individuelle Rehabilitationsprojekt von einem multidisziplinären Team erstellt werden, welches Ziele, Eingriffe und Ergebnisindikatoren, die im Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigen. Das individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem Caregiver abgestimmt sein.

Die Aufenthalte von Bruneck beziehen sich auf Sterzing als Landesbezugseinrichtung, daher werden die Betten im Code 75 in Bruneck geschlossen.

4. Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium

Der am 10. Februar 2011 von der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen verabschiedete Ausrichtungsplan für die Rehabilitation, nach dem sich das gegenständliche Dokument richtet, bestätigt die Grundprinzipien, die das System leiten:

- Die Fallübernahme der Person;
- Die Bewertung des Rehabilitations- und Betreuungsbedarfes;
- Die Ausarbeitung und Umsetzung des individuellen Rehabilitationsprojektes.

Der oben genannte Plan bestätigt insbesondere: „Im Hinblick auf die Komplexität der rehabilitativen Betreuungspfade und ihre Gliederung in unterschiedlichen Betreuungsebenen – Krankenhaus, Territorium, Gesundheit und Soziales – erscheint die Organisation der Rehabilitationstätigkeit in Department als notwendig. Das Rehabilitationsdepartment sichert die Verwirklichung eines angemessenen Betreuungspfades in der Rehabilitation für alle Personen, die es benötigen, und stellt den entscheidenden Moment der Clinical Governance dar: dem Rehabilitationsdepartment müssen die Instrumente zur Verfügung gestellt werden, damit Qualitätsziele klinischer und organisatorischer Natur im Rahmen der verfügbaren Ressourcen erreicht werden können.

Außerdem müssen die Voraussetzungen für die Steuerung der Sicherheit, der Qualität, der Weiterbildung des Personals, des Audits usw. gegeben sein. Damit garantiert das Department eine starke organisatorische Integration mit den eventuell vorhandenen privaten akkreditierten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Effizienz und Angemessenheit.“

4.1 Auftrag des Rehabilitationsdepartments

Das Department garantiert die Fallübernahme des Patienten mittels diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden, welche die Angemessenheit der Behandlung und die Betreuungskontinuität im stationären (Code 56, 60 und 75) und ambulanten Bereich gewährleisten.

Aus diesen Gründen ist das Department im Rahmen des Masterplan Chronic Care ein grundlegendes Instrument für den gemeinsamen Aufbau von homogenen Betreuungspfaden mit den verschiedenen Berufsbildern (Ärzte für Allgemeinmedizin, Physiotherapeuten, Krankenpfleger, Sozialassistenten), einschließlich der sozialen Bedürfnisse, wo diese vertreten sind.

Das funktionale Department Krankenhaus-Territorium muss die Betreuungskontinuität sichern, indem der geeignete Betreuungspfad mit Einbindung aller stationären und ambulanten Einrichtungen des Territoriums, nicht nur jene der Rehabilitation, gewährleistet wird, mit dem Ziel der häuslichen Wiedereingliederung des Patienten.

Daher garantiert das Department:

- Verhandlung mit dem Sanitätsbetrieb der für die Verwaltung erforderlichen Humanressourcen;
- Koordinierung der komplexen und einfachen operativen Einheiten des Krankenhauses und Territoriums, die zum Department gehören, und direkte Verbindung mit den privaten akkreditierten Strukturen für die einheitliche Anwendung der Zugangskriterien zu den unterschiedlichen Betreuungsformen, damit keine Unausgewogenheit in der Leistungserbringung in den verschiedenen Landesgebieten entsteht;
- Integration zwischen Krankenhaus und Territorium mittels Definition von abgestimmten Verfahren zur geschützten Entlassung, mit Einbindung der Ärzte für Allgemeinmedizin und der öffentlichen und privaten territorialen Einrichtungen, mit den Gesundheits- und Sozialsprengeln und ggf. mit den Sozialdiensten;
- Fort- und Weiterbildung des öffentlichen und privaten Personals, mit besonderer Bezugnahme auf die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

4.2 Aufgaben des Departments

Das funktionale Department für Rehabilitation Krankenhaus-Territorium hat folgende Aufgaben:

- Erbringt bedarfsgerechte stationäre und ambulante Leistungen mittels der zuständigen öffentlichen und privaten Einrichtungen und sichert die Gliederung der jeweiligen Organisationen in Betreuungspfaden für alle Betreuungsebenen stationärer und ambulanter Natur;
- Unterbreitet dem Sanitätsbetrieb den Dreijahresplan der landesweiten Rehabilitation. Dieser Plan muss mit allen Diensten des Departments abgestimmt sein. Auf dessen Grundlage erfolgt die Vertragsverhandlung mit den privaten Einrichtungen;
- Erstellt den ethischen Verhaltenskodex, um die schwerwiegenden Fälle zu schützen und die kritischen Situationen zu steuern; dieser Kodex muss dem Landesethikkomitee zur Genehmigung vorgelegt werden;
- Überprüft die korrekte Leistungserbringung aufgrund von Indikatoren, die gemeinsam erarbeitet werden und legt die Kriterien für die Verteilung der komplexesten Patienten unter Code 75 zwischen öffentlich und privat fest;
- Erarbeitet diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade, auch für Patienten der Spinalenheiten (Code 28) und definiert dabei die Fallübernahme seitens des Landes;
- Quantifiziert den Bedarf an Rehabilitationsaufenthalten im Krankenhaus aufgrund von Angemessenheits- und Effizienzparametern;
- Erarbeitet die Weisungen für die territorialen Rehabilitationszentren zur Förderung der domizilorientierten Rehabilitation;
- Erarbeitet Leitlinien für das Day hospital, sei es im Code 56, als auch im Code 75;
- Erarbeitet Leitlinien für die Bewertungs- und Erhaltungsaufenthalte;
- Überwacht die passive Mobilität zu anderen Regionen und ins Ausland und überprüft die Richtigkeit der Kodierung.

4.3 Aufbau des Departments

Folgende öffentliche und private Einrichtungen gehören zum Department:

- Operative Einheit für Neurorehabilitation für das Erwachsenen- und Entwicklungsalter (Code 75);
- Operative Einheit für intensive Rehabilitation (Code 56);
- Operative Einheit für post akute Langzeitpflege (Code 60);
- Kardiologische und pneumologische Rehabilitation;
- Private Einrichtungen;
- Ambulante Einrichtungen.

4.4 Zusammensetzung des Departments

Das Department gliedert sich in zwei Ebenen:

- Der Direktor des Departments;
- Das Komitee des Departments.

Beide Ebenen garantieren die funktionale Verbindung zwischen den gesamten öffentlichen und privaten Strukturen des Departments und sichern damit die wesentlichen Betreuungsstandards auf Landesebene.

4.5 Direktor des Departments

Der Direktor wird vom Generaldirektor des Sanitätsbetriebes unter den Verantwortlichen einer komplexen Struktur für Rehabilitation ernannt und ist für die Zielerreichung verantwortlich, wobei die Ziele auf Betriebsebene und im Einvernehmen mit dem Sanitätsbetrieb aufgrund des Bedarfs bestimmt wurden.

Insbesondere obliegen dem Direktor:

- Die Budgetverhandlungen;
- Die Überprüfung der Qualität und Angemessenheit der von den öffentlichen und privaten Strukturen erbrachten Leistungen;
- Die Überwachung der korrekten Anwendung der Zugangskriterien zu den Strukturen aufgrund von Betreuungspfaden.

4.6 Das Komitee des Departments

Stellt das Führungs- und Koordinierungsgremium des Departments dar, den Vorsitz hat der Direktor des Departments.

Es setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Die Direktoren der komplexen öffentlichen Rehabilitationsstrukturen des Departments;
- 1 Direktor der komplexen operativen Einheit in Vertretung aller Direktoren der operativen Einheiten, mit denen das Department zusammenarbeitet (Orthopädie, Pneumologie, Kardiologie, ...);
- 2 Vertretern der 26 vernetzten Gruppenmedizinen der Ärzte für Allgemeinmedizin;
- 1 Sprengeldirektor und 1 territorialer Pflegedienstleiter, die mit der Organisation der primären Betreuung betraut sind;
- 1 territorialer Pflegedienstleiter der sanitären Fachkräfte des Departments, unterstützt von 4 Koordinatoren (1 Krankenpfleger, 1 Physiotherapeut, 1 Ergotherapeut und 1 Logopäde);
- 2 Vertretern der privaten akkreditierten Einrichtungen.

Das Komitee trifft sich 2 Mal jährlich mit folgenden Aufgaben:

- Vorschlag zum Dreijahresplan der Rehabilitation auf der Grundlage der landesweiten Leitlinien und entsprechendem Jahresplan;
- Vorschlag eines Reglements zur Arbeitsweise des Departments;
- Anwendung von geeigneten Organisationsmodellen zur besten Unterbringung der Patienten im Rehabilitationsnetz;
- Koordinierung der klinischen Tätigkeiten, der Weiterbildung, der Studien und Forschungen und Überprüfung der Qualität der Leistungen;
- Aktualisierung oder Abänderung der Zugangskriterien zu den unterschiedlichen Betreuungsebenen;
- Vorschlag an den Sanitätsbetrieb für die Aktivierung von klinischen und translationalen Forschungslinien.

Die klinischen Forschungstätigkeiten richten sich nach der Prävention, Diagnose und Behandlung von neurologischen Krankheiten wie Schlaganfall, Schädeltrauma, Spinalläsionen, multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Morbus Parkinson und die häufigsten Ursachen schwerwiegender Behinderungen, und untersuchen dabei die Prinzipien des Ablaufes, der Regenerierung und der Wiedererlangung des Nervensystems, um innovative Therapien mit der Unterstützung fortschrittlicher Technologien zu entwickeln.

Neben den klinischen Forschungslinien können translationale Forschungstätigkeiten in folgenden Bereichen entwickelt werden:

- Beschäftigungs- und ergonomische Medizin und Behinderung (dreidimensionale biomechanische Studien der Bewegung und der Haltung);
- Chronische Pathologien, die Behinderungen verursachen;
- Neuromotorische rehabilitative Medizin;
- Kardiologische und pneumologische Rehabilitation.

Die Ziele sind die Entwicklung innovativer und effektiver Rehabilitationsprotokolle durch den Einsatz bewährter Technologien.

Es können auch neurobiologische Tätigkeiten für die translationale Medizin mittels Sammlung der Daten von Patienten eingeführt werden. In diesem Fall muss das Labor für biochemische Analysen ausgestattet sein (western blot, Immunfällung, Bioinformatik, Immunhistochemie und genetische und Massenspektrometrie).

4.7 Vorschlag für das hochspezialisierte Intensiv-Rehabilitations-Krankenhaus in Sterzing

Eines der wichtigsten Ziele für die Optimierung des landesweiten Rehabilitationsnetzwerks ist die Einführung innovativer Organisationsmodelle, die im konkreten Fall nicht nur durch die Einrichtung des funktionalen Departements Krankenhaus-Territorium, sondern auch durch die Stärkung und Spezialisierung des Krankenhauses in Sterzing repräsentiert werden.

Derzeit verfügt die Einrichtung über folgende Fachbereiche und Dienste, die weiterhin gesichert werden:

Stationäre Abteilungen

- Chirurgie
- Medizin
- Gynäkologie
- Pädiatrie
- Neurorehabilitation
- Post- akute Langzeitpflege
- Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung

Dienste:

- Notaufnahme
- Radiologie
- Labor
- Neurologie
- Anästhesie
- Pharmazeutischer Dienst
- Psychologischer Dienst
- Rehabilitationsdienst für das Entwicklungsalter
- Rehabilitationsdienst für Erwachsene

Mit diesem Plan wird die strategische Rolle des Krankenhauses in Sterzing als landesweites intensives hochspezialisiertes Rehabilitationszentrum und Referenzzentrum für wissenschaftliche und Ausbildungsaktivitäten bekräftigt.

Das Krankenhaus ist als solches Teil des landesweiten Rehabilitationsnetzwerks und gehört zum funktionalen Department Krankenhaus-Territorium.

Es garantiert, über die bestehenden Tätigkeiten, folgende Funktionen:

- Stationäre intensive hochspezialisierte Rehabilitation (Code 75)
- Stationäre intensive Rehabilitation (Code 56) für MDC1 (neurologische Krankheitsbilder) und MDC8 (orthopädische Krankheitsbilder)
- Ambulante und tagesklinische Rehabilitation
- Landesweites Referenzzentrum für pädiatrische Rehabilitation
- Landesweites Referenzzentrum für Blasen- und Schließmuskelfunktionsstörungen in der Neurologie
- Referenzzentrum für die Rehabilitation des Beckenbodens

- Referenzzentrum für die Koordinierung der Beziehungen mit nationalen und internationalen Einrichtungen, die Patienten in Spinalenheiten (Code 28), in Neurorehabilitation (Code 75) und intensive Rehabilitation (Code 56) aufnehmen.

Darüber hinaus ist es der Sitz des Zentrums für die Koordinierung der Forschungsaktivitäten, die sowohl am Hauptsitz als auch in den anderen Strukturen des Departments durchgeführt werden, mit besonderem Bezug zur klinischen und translationalen Forschung. Für diese Funktionen muss sich das Krankenhaus mit spezifischen Laboratorien ausstatten, wobei die derzeitige Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Strukturen verstärkt werden muss.

Weitere Funktionen können vom Sanitätsbetrieb auch auf Vorschlag des Departments festgelegt werden, wie z.B. die Bewertung der Aktivierung einer Spinalenheit im Krankenhaus von Sterzing.

FORSCHUNGSTÄTIGKEIT

Die klinischen Forschungstätigkeiten orientieren sich an der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung neurologischer Erkrankungen wie Schlaganfall, Kopfverletzungen, Rückenmarkverletzungen, Multiple Sklerose, ALS, Parkinson und den häufigsten Ursachen schwerer Behinderungen durch die Erforschung der Funktionsprinzipien, der Regeneration und der Wiederherstellung des Nervensystems, um mit Unterstützung modernster Technologien innovative Therapien zu entwickeln.

Neben den Linien der klinischen Forschungstätigkeiten können translationale Forschungstätigkeiten auf den folgenden thematischen Linien entwickelt werden:

- Arbeitsmedizin, Ergonomie und Behinderung (dreidimensionale biomechanische Studien zu Bewegung und Körperhaltung)
- chronisch behindernde Krankheiten
- neuromotorische Rehabilitationsmedizin
- kardiologische und pneumologische Rehabilitation

Die Ziele sind die Entwicklung innovativer und wirksamer Rehabilitationsprotokolle durch den Einsatz verifizierter Technologien.

Neurobiologische Aktivitäten für die translationale Medizin können auch durch das Sammeln von Patientendaten initiiert werden. In diesem Fall muss das Labor für biochemische Analysen (Western Blot, Immunpräzipitation, Bioinformatik, Immunhistochemie und Massen- und Genspektrometrie) ausgerüstet sein.

5. Kontrollsystem

Der Bedarf an Rehabilitationsaufenthalten kann nur quantifiziert werden, wenn die Aufenthalte gewissen Angemessenheits- und Effizienzkriterien entsprechen. Aus diesem Grund müssen die zuständigen Kontrollgremien (beispielsweise die betriebsweite Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung „NUVAS“) periodisch die erbrachten Aufenthalte hinsichtlich klinischer und organisatorischer Angemessenheit und Wirksamkeit überprüfen.

Orientierung dazu geben die Kriterien des Gesundheitsministeriums, Departments für Planung und Ordnung des staatlichen Gesundheitsdienstes, die in der Studie “Risultati del tavolo tecnico per la definizione dei criteri-parametri di appropriatezza dei ricoveri post-acute” vom 31. Oktober 2012 enthalten sind.

Empfohlen werden zudem periodische Kontrollen über die Angemessenheit der Kosten und der Einhaltung der Personalparameter.

6. Aus- und Weiterbildung

Eine gute Ausbildung bietet dem Patienten das breiteste Spektrum an Antworten auf seine gesundheitlichen Bedürfnisse. Die Zukunft liegt sicherlich in der Förderung multidisziplinärer Gruppenschulungen, die vor Ort mit dem Ziel durchgeführt werden, die besten Eingliederungs-/Reintegrationsprotokolle in das familiäre und soziale Umfeld der Patienten zu validieren und wirksam zu machen.

Eine ausgezeichnete Ausbildung ist auch diejenige, die es ermöglicht, die neuen Techniken und Technologien kennen zu lernen und zu vertiefen, die den Patienten in einer Perspektive der Zusammenarbeit auch mit allen Berufsbildern des Territoriums garantiert werden können.

Auf Departementsebene, und daher auch unter Einbeziehung privater Strukturen, sollen diesbezüglich spezifische Richtlinien definiert werden.

7. Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation gibt es auf lokaler Ebene zahlreiche Instrumente für die Erhebung der Qualität, doch werden sie nicht in allen Landesdiensten eingesetzt. Auch bezüglich der Informatisierung der Behandlungspfade und der Beziehungen zwischen Krankenhausdiensten und Territorium gibt es unterschiedliche Modelle der Leistungserhebung und Integration. Eine Homogenisierung muss daher stattfinden und eine Arbeitsgruppe wird demnach eingesetzt, um die diesbezüglichen Maßnahmen des IT Masterplans umzusetzen.

Infolge der Einführung neuer Bewertungsskalen (Früh-Reha-Barthel-Index und Barthel-Index) und der Aktualisierung der jeweiligen Einweisungsformulare ist eine Überarbeitung des Informationsflusses SDO_FIM erforderlich, um diesen um zusätzliche Informationen zu den verwendeten Items der Bewertungsskalen zu ergänzen.

8. Bettenverteilung

Die Bettenverteilung zwischen Rehabilitation, post akuter Langzeitpflege und Neurorehabilitation, die im Zeitraum 2020-2025 zu erreichen ist, ist folgende:

Tabelle 11 – Bettenverteilung (Daten 2019 und **neue Verteilung**)

Krankenhauseinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Post akute Langzeitpflege Code 60	Post akute Langzeitpflege Code 60	Neuro-rehabilitation Code 75	Neuro-rehabilitation Code 75	Gesamt 2019	Neuer Bettenstand
Krankenhaus Bozen	6	10			8		14	
Privatklinik Bonvicini	44	44	42	42			86	
Privatklinik Villa Melitta	41	41	25	25	3		69	
Gesundheitsbezirk Bozen	91	95	67	67	11	10	169	172
Krankenhaus Meran-Schlanders	12	24	4	0			16	
Privatklinik St. Anna			30	25			30	
Privatklinik Salus Center	28	22	18	20			46	
Gesundheitsbezirk Meran	40	46	52	45	0		92	91
Krankenhaus Brixen-Sterzing	24	30	20	13	15	20	59	
Gesundheitsbezirk Brixen	24	30	20	13	15	20	59	63
Krankenhaus Bruneck-Innichen	14	33	21	22	0	0	37	
Gesundheitsbezirk Bruneck	14	33	21	22	0	0	37	55
Gesamt	169	204	160	147	28	30	357	381

Infolge des Trends auf gesamtstaatlicher Ebene wurde die Gesamtausstattung der Betten für post akute Langzeitpflege reduziert.

Im Gegenzug sollen - mit separater Maßnahme - Intermediärbetten in allen Gesundheitsbezirken errichtet werden. Dazu kommen die bereits bestehenden 7 Betten in Sarnthein.

Die Intermediärbetten werden nicht dem Standard von 0,7‰ hinzugezählt.

Es sind zusätzliche Betten für intensive Rehabilitation Code 56 in den Krankenhäusern aller Gesundheitsbezirke vorgesehen. Diese Aufstockung erfolgt im Rahmen der verfügbaren Ressourcen.

Die Abteilung in Bozen kann infolge des Bedarfs und gemäß Vorgaben des Landesgesundheitsplans weiter aufgestockt werden.

Im Rahmen der intensiven Rehabilitation (Code 56) müssen ungefähr 10% der Aufenthalte tagesklinisch erbracht werden.

Insgesamt erhält man einen Bettenstand von insgesamt 381 Betten mit einer Verteilung auf die verschiedenen Codes, welche den staatlichen Trend widerspiegeln. Diese Ausstattung entspricht dem staatlichen Parameter.

Eventuelle Unausgewogenheiten in der Verteilung der Betten auf die Rehabilitationscodes in den Gesundheitsbezirken können infolge der neuen Einweisungskriterien und aufgrund der Neuordnung des Krankenhausnetzes infolge des COVID-19 Notstandes, gemäß Art. 2 des GD Nr. 34 vom 19. Mai 2020, behoben werden.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass diese Verteilung bei der Definition der neuen Vereinbarungen und der damit verbundenen Verträge mit den akkreditierten privaten Strukturen auf Betriebsebene berücksichtigt werden muss. Die Verträge müssen eine Gültigkeit von 3 Jahren besitzen, damit mehr Kontinuität in der Erbringung der vereinbarten Leistungen garantiert werden kann.

Auf Ebene des Gesundheitsbezirks kann man die Situation folgendermaßen zusammenfassen:

Tabelle 12 – zusammenfassende Tabelle zur Bettenverteilung

Krankenhaus-einrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Post akute Langzeitpflege Code 60	Neuro-rehabilitation Code 75	Gesamt
Gesundheitsbezirk Bozen	95	67	10	172
Gesundheitsbezirk Meran	46	45	0	91
Gesundheitsbezirk Brixen	30	13	20	63
Gesundheitsbezirk Bruneck	33	22	0	55
Gesamt	204	147	30	381

9. Einsetzung einer Leitstelle

Zum Zwecke der Überprüfung der Umsetzung des vorliegenden Plans zum landesweiten Rehabilitationsnetz wird eine Leitstelle zwischen Abteilung Gesundheit und Sanitätsbetrieb eingerichtet, welche periodisch den Stand der Dinge aufgrund einer definierten „time table“ überwachen wird. Anhand dieser wird sich der

Sanitätsbetrieb mit den folgenden vorrangigen Bereichen in enger Zusammenarbeit mit dem Ressort für Gesundheit befassen:

- Integration der krankenhausexternen Rehabilitationseinrichtungen ex Art. 26;
- Angemessenheits- und Zugangskriterien zu den ambulanten Leistungen;
- Leitlinien zu Aus- und Weiterbildung;
- Homogenisierung der Indikatoren der Qualität und der Informatisierung der Betreuungspfade.

10. Zu aktualisierende Bestimmungen

Der vorliegende Plan bestätigt die Aufhebung der folgenden Bestimmungen:

- Beschluss der Landesregierung Nr. 247 vom 28. Jänner 2008 “Genehmigung des landesweiten Bettenplans im Bereich der Rehabilitation“;
- Beschluss der Landesregierung Nr. 3145 vom 26. Juli 1999, “Errichtung eines Dienstleistungsnetzes für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen”;
- Beschluss der Landesregierung Nr. 1711 vom 19. November 2012, „Errichtung einer Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing“.

Der Sanitätsbetrieb ist angehalten, alle Verfahren, die nicht mit dem vorliegenden Plan im Einklang stehen, zu revidieren, beginnend mit dem Betriebsverfahren Nr. 2702/16 “Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte”.

PIANO PROVINCIALE DELLA RETE RIABILITATIVA 2020-2025

Riorganizzazione dell'offerta e
modalità di accesso

Indice

1. Premessa	2
2. La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale.....	3
2.1 Riabilitazione intensiva - codice 56	4
2.2 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75	5
2.3 Lungodegenza post-acuta - codice 60	6
2.4 Mobilità passiva	7
2.5 Attività ambulatoriali	9
2.6 Le principali sfide	9
3. Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa	10
3.1 Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (extraospedaliero, domiciliare, ambulatoriale).....	11
3.1.1 Lungodegenza post-acuta - codice 60	11
3.1.2 Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978)	12
3.1.3 Attività di riabilitazione orientate al domicilio	12
3.1.4 Attività ambulatoriali di riabilitazione	12
3.2 Riabilitazione intensiva - codice 56	12
3.3 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75	16
4. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio	18
4.1 Mission del Dipartimento di riabilitazione.....	18
4.2 Compiti del Dipartimento.....	19
4.3 Strutture afferenti al Dipartimento.....	19
4.4 Composizione del Dipartimento	19
4.5 Direttore del Dipartimento	20
4.6 Comitato di Dipartimento.....	20
4.7 Proposta per l'ospedale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione di Vipiteno.....	21
5. Sistema di controlli.....	22
6. Formazione ed aggiornamento	22
7. Qualità ed informatizzazione in riabilitazione	23
8. Distribuzione dei posti letto	24
9. Attivazione di una cabina di regia.....	26
10. Disposizioni da revisionare.....	26

1. Premessa

Il Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020 ha fissato i principali obiettivi di assistenza per i cittadini dell'Alto Adige puntando sostanzialmente su servizi e prestazioni "improntate alle reali esigenze dei pazienti", per garantire qualità delle prestazioni, uniformità di accesso alle cure su tutto l'ambito provinciale e sostenibilità del sistema.

Il Piano punta verso nuovi modelli di presa in carico dei cittadini, prevedendo un rafforzamento del territorio e delle attività che vi si svolgono, a partire da un nuovo assetto dell'assistenza di base offerta dai medici di medicina generale attraverso forme associative come le aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

Il Servizio sanitario provinciale si avvicina sempre più al domicilio del paziente intorno al quale deve ruotare la rete dei servizi territoriali, compresi quelli riabilitativi, mentre l'ospedale diviene la sede delle condizioni veramente acute.

In questo scenario si inserisce la riabilitazione, ambulatoriale e in regime di ricovero, che è stata disciplinata in Alto Adige con apposite linee guida nel 1999: la deliberazione della GP 3145/99 recepiva di fatto le linee guida nazionali del 1998.

In questo arco temporale l'evoluzione demografica con conseguente incremento delle patologie croniche ha determinato nuovi bisogni di salute a cui far fronte con setting assistenziali diversificati: crescono strutture territoriali nelle quali concentrare il lavoro di più figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, etc.) e aumentano i posti letto territoriali come quelli di cure intermedie dove assistere pazienti che non possono immediatamente fare rientro presso il proprio domicilio.

Se il panorama sanitario degli anni novanta si focalizzava principalmente sull'offerta residenziale, oggi l'attenzione si è spostata verso percorsi ambulatoriali o di day service - laddove possibile - sia nell'interesse del paziente, sia nell'ottica di un contenimento di ricoveri evitabili.

Il Piano sanitario provinciale 2016-2020 offre i presupposti per un aggiornamento del settore della riabilitazione per individuare i setting più appropriati di cura prevedendo strumenti di valutazione adeguati, nel rispetto delle indicazioni fornite dai nuovi Livelli essenziali di assistenza del marzo 2017 e del Patto per la salute 2014-2016, che faceva espresso riferimento alla necessità di un decreto ministeriale per individuare i criteri di appropriatezza dei ricoveri.

Il seguente Piano parte dal Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome dell'11 febbraio 2011 e propone, nel rispetto del vigente Piano sanitario provinciale, un nuovo disegno della riabilitazione, con misure di risultato e criteri di appropriatezza per promuovere un "percorso assistenziale integrato" da inserire in un progetto riabilitativo condiviso.

Le figure professionali sul territorio (medici di medicina generale, specialisti, infermieri e fisioterapisti, assistenti sociali) entrano a fare parte concretamente del percorso in sintonia con le strutture di ricovero, favorendo quella integrazione ospedale-territorio che sarà garanzia di continuità delle cure.

Su queste basi poggia il nuovo Dipartimento di riabilitazione su base provinciale a garanzia di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio e tra strutture pubbliche e private.

2. La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale

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

- Riabilitazione estensiva e lungodegenza post-acuzie, (primo livello), che prevede interventi di bassa complessità e intensità, anche in pazienti che non possono essere sottoposti a forme di riabilitazione intensiva
- Riabilitazione intensiva (secondo livello) con elevato impegno valutativo terapeutico e riabilitativo
- Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, (terzo livello) per i casi con elevatissimo impegno assistenziale (l'unità spinale codice 28 non è presente sul territorio provinciale)

e nei seguenti regimi assistenziali:

1. ricovero ordinario
2. ricovero diurno
3. ambulatoriale
4. di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno.

Ad oggi non è attiva l'assistenza riabilitativa orientata al domicilio.

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

Tabella 1 – Descrizione dei posti letto per codice (56, 60 e 75) al 2019

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale 2019
Ospedale di Bolzano	6		8	14
Casa di cura Bonvicini	44	42		86
Casa di cura Villa Melitta	41	25	3	69
Comprensorio sanitario di Bolzano	91	67	11	169
Ospedale di Merano	12			12
Ospedale di Silandro		4		4
Casa di cura Sant'Anna		30		30
Casa di cura Salus Center	28	18		46
Comprensorio sanitario di Merano	40	52	0	92
Ospedale di Bressanone	13	14	0	27
Ospedale di Vipiteno	11	6	15	32
Comprensorio sanitario di Bressanone	24	20	15	59
Ospedale di Brunico	13	18	2	33
Ospedale di San Candido	1	3		4
Comprensorio sanitario di Brunico	14	21	2	37
Totale	169	160	28	357

Fonte: SiVAS

Rispetto ai parametri previsti dalla normativa statale (tabella 2, colonna (1)), la dotazione di posti letto risulta rispettata (colonna 2), anche se va evidenziato un eccesso di offerta di posti letto di neuroriabilitazione codice 75, dotazione che dovrebbe attestarsi su 0,02 posti letto su 1.000 abitanti, ovvero 11 posti letto.

Tabella 2 – Tipologia di ricoveri al 2019

Tipologia di ricoveri	Parametri previsti dalla normativa statale (1)	Anno 2019 (2)
Post-Acuti neuro riabilitazione	0,02‰	0,05‰
Post-Acuti lungodegenza	Almeno 0,2‰	0,30‰
Post-Acuti riabilitazione		0,32‰
Totale	0,7‰	0,67‰

Fonte: SiVAS

In Alto Adige il fabbisogno di riabilitazione trova risposta prevalentemente attraverso il ricovero ospedaliero, che avviene fondamentalmente nei due Comprensori sanitari di Bolzano e Merano, dove si concentra circa il 70% della popolazione complessiva e vengono erogati approssimativamente il 75% dei ricoveri totali in riabilitazione.

Di seguito sono descritte le tipologie di ricovero per singolo codice nell'arco temporale triennale 2017-2019, ordinari e diurni.

2.1 Riabilitazione intensiva – codice 56

Tabella 3 - Ricoveri ordinari e diurni di riabilitazione (codice 56)

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bolzano	72	43	82
Ospedale di Merano	159	149	168
Ospedale di Bressanone	311	309	318
Ospedale di Brunico	228	236	241
Ospedale di Vipiteno	198	229	282
Ospedale di San Candido		4	49
Casa di cura Martinsbrunn	354	379	
Casa di Cura Bonvicini	519	518	570
Casa di Cura Villa Melitta	613	589	622
Casa di Cura Salus Center	578	576	670
Totale	3.032	3.032	3.002

Fonte: SiVAS

La casa di cura Martinsbrunn ha sospeso la sua attività di ricovero in riabilitazione con la fine del 2018. Da segnalare inoltre che il numero di ricoveri effettuati in regime diurno sono circa il 5%, concentrato in 3 strutture, Bressanone, Vipiteno e Brunico.

Tabella 4 - Regime di ricovero codice 56, anno 2019

Istituto di cura	ordinario	diurno	Totale
Ospedale di Bolzano	82		82
Ospedale di Merano	168		168
Ospedale di Bressanone	289	29	318
Ospedale di Brunico	187	54	241
Ospedale di Vipiteno	242	40	282
Ospedale di San Candido	49		49
Casa di Cura Bonvicini	570		570
Casa di Cura Villa Melitta	622		622
Casa di Cura Salus Center	670		670
Totale	2.879	123	3.002
In %	95%	5%	100%

Fonte: SiVAS

Nell'ambito del codice 56 va rilevato che la tipologia del ricovero è distinta in 3 tipologie: ricovero post-acuto, ricovero di mantenimento e ricovero di valutazione, le cui indicazioni sono sostanzialmente le seguenti:

- **ricovero post-acuto** = ricoveri di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile un evento acuto che determina la necessità di intervento riabilitativo, quale ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri devono essere effettuati nella fase dell'immediata post acuzie della malattia, ossia entro 30 giorni dalla dimissione da reparti ospedalieri per acuti o da reparti ospedalieri di riabilitazione (di II e III livello)
- **ricovero di mantenimento** = rappresenta un ricovero per la fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione o per la prevenzione della progressione della malattia. Esso non si pone in continuità con la fase dell'immediata post-acuzie della malattia. L'intervallo temporale trascorso dalla dimissione dall'ospedale per acuti supera i 30 giorni
- **ricovero programmato di valutazione** = ricovero pianificato a scopo di valutazione, che richiede al massimo 10 giorni di degenza in cui vi è un elevato impegno diagnostico medico specialistico finalizzato alla predisposizione del progetto terapeutico e alla verifica della effettiva possibilità di realizzazione dei programmi riabilitativi.

Questa ultima tipologia di ricovero è poco utilizzata (29 ricoveri nel 2019, pari allo 0,9% dei ricoveri totali).

Per il codice 56 ad oggi non è vigente un cut-off di ingresso dei pazienti.

La degenza media è molto variabile fra le strutture.

Per quanto riguarda la classificazione MDC si evidenzia la assoluta esiguità della riabilitazione cardiologica (29 ricoveri) e pneumologica (10 ricoveri).

Si segnala che presso la struttura Salus Center sono attivi anche 36 posti letto accreditati e contrattualizzati per riabilitazione cardiologica ex art. 26.

2.2 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75

In Provincia Autonoma di Bolzano non sono presenti posti letto di unità spinali (codice 28). Pertanto, i pazienti mielolesi vengono trattati fuori dalla Provincia.

Per quanto riguarda il codice di disciplina 75 la situazione dei ricoveri sui 28 posti letto è la seguente:

Tabella 5 - ricoveri ordinari e diurni di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75)

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bolzano	51	63	55
Ospedale di Bressanone	4	7	4
Ospedale di Brunico	24	18	2
Ospedale di Vipiteno	60	82	75
Casa di Cura Villa Melitta	19	20	18
Totale	158	190	154

Fonte: SiVAS

Come già anticipato, la Provincia Autonoma di Bolzano dispone di un numero eccessivo di posti letto in codice 75 (28 posti letto contro gli 11 posti letto previsti dalla normativa). Va ricordato che si tratta di posti letto ad alta specializzazione che richiedono un impiego di apparecchiature molto sofisticate e di un elevato impegno di risorse umane altamente specializzate. La maggiore concentrazione di tali posti letto è presso l'ospedale di Vipiteno (15) rispetto all'ospedale di Bolzano (8), dove come è noto giungono la maggior parte dei politraumi provinciali, anche per la presenza in tale sede della neurochirurgia.

Nella città di Bolzano comunque è attiva una convenzione tra l'ospedale e la casa di cura Villa Melitta per 3 posti letto codice 75.

Presso l'ospedale di Brunico risultano 2 posti letto codice 75.

Per quanto riguarda il ricovero diurno in codice 75 l'ospedale di Bolzano dispone di 2 posti letto in day hospital ed effettua 26 ricoveri in regime diurno su un totale di 55 ricoveri complessivi. Le altre strutture non ricorrono al regime diurno.

Tabella 6 - Regime di ricovero in codice 75, anno 2019

Istituto di cura	ordinario	diurno	totale
Ospedale di Bolzano	29	26	55
Ospedale di Bressanone	4		4
Ospedale di Brunico	2		2
Ospedale di Vipiteno	75		75
Casa di Cura Villa Melitta	18		18
Totale	128	26	154
in %	83%	17%	100%

Fonte: SiVAS

2.3 Lungodegenza post-acuta - codice 60

Tabella 7 - Ricoveri ordinari di lungodegenza post-acuta (codice 60)

Istituto di cura	2017	2018	2019
Ospedale di Bressanone	313	337	274
Ospedale di Brunico	143	140	180
Ospedale di Silandro	124	148	134
Ospedale di Vipiteno	137	173	176
Ospedale di San Candido	111	114	99
Casa di Cura Villa S. Anna	351	386	466
Casa di Cura Bonvicini	794	804	737
Casa di Cura Villa Melitta	394	419	383
Casa di Cura Salus Center	322	324	305
Totale	2.689	2.845	2.754

Fonte: SiVAS

La degenza media risulta essere decisamente maggiore nelle case di cura private accreditate rispetto al pubblico (3 settimane contro circa 12 giorni nel settore pubblico), probabilmente espressione sia del prolungamento inappropriato delle degenze nei reparti ospedalieri per acuti, sia per l'inappropriatezza del ricovero in lungodegenza post acuta.

Nell'ospedale di Silandro¹ e nella casa di cura Salus Center si evidenziano numerosi ricoveri dell'MDC 23 "fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari", un raggruppamento di diagnosi molto generico che non consente l'identificazione del problema di salute che si intende trattare.

Si sottolinea che a livello statale il Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - dati Sdo anno 2016 del Ministero della Salute evidenzia come i ricoveri in lungodegenza post-acuta siano diminuiti complessivamente del 5,3% e le giornate di degenza del 4%.

¹ Nel 2019 nell'ospedale di Silandro sono stati attribuiti all'MDC 23 l'82% dei ricoveri

2.4 Mobilità passiva

Le seguenti tabelle evidenziano i ricoveri nei diversi codici presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria.

Tabella 8 – ricoveri presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria

anno 2018		numero ricoveri			valore tariffario		
Comprensorio sanitario residenza	Reparto	Altre Regioni d'Italia	Austria	complessivo	Altre Regioni d'Italia €	Austria €	complessivo €
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	170	0	170	754.032	0	754.032
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	4	16	20	24.975	455.742	480.716
	Unità spinale (cod. 28)	5	0	5	184.710	0	184.710
Bolzano	Totale	179	16	195	963.717	455.742	1.419.459
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	26	0	26	136.672	0	136.672
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	4	6	10	21.966	219.483	241.449
	Unità spinale (cod. 28)	3	0	3	30.080	0	30.080
Merano	Totale	33	6	39	188.718	219.483	408.200
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	11	0	11	43.725	0	43.725
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	8	8	0	254.610	254.610
Bressanone	Totale	11	8	19	43.725	254.610	298.335
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	13	9	22	44.700	180.412	225.112
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	1	1	0	3.046	3.046
Brunico	Totale	13	10	23	44.700	183.457	228.158
Totale		236	40	276	1.240.860	1.113.291	2.354.151

Fonte: SiVAS

Tabella 9 – ricoveri presso strutture extraprovinciali e verso l'Austria

anno 2017		numero ricoveri			valore tariffario		
Comprendorio sanitario residenza	Reparto	Altre Regioni d'Italia	Austria	complessivo	Altre Regioni d'Italia €	Austria €	complessivo €
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	162	10	172	694.013	371.487	1.065.500
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	7	7	14	23.648	155.062	178.710
	Unità spinale (cod. 28)	1	0	1	72.380	0	72.380
Bolzano	Totale	170	17	187	790.041	526.549	1.316.590
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	36	0	36	150.216	0	150.216
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	3	7	10	15.040	88.131	103.171
	Unità spinale (cod. 28)	1	0	1	182.830	0	182.830
Merano	Totale	40	7	47	348.086	88.131	436.218
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	5	0	5	22.545	0	22.545
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	6	12	18	8.178	140.111	148.290
Bressanone	Totale	11	12	23	30.724	140.111	170.835
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	17	9	26	66.174	123.309	189.483
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	5	5	0	26.378	26.378
Brunico	Totale	17	14	31	66.174	149.687	215.861
Totale		238	50	288	1.235.025	904.478	2.139.503

Fonte: SiVAS

Va sottolineato che la tariffa media per i ricoveri austriaci è generalmente molto elevata, essendo in vigore un diverso sistema di codifica e remunerazione.

Si osserva che in base alle informazioni disponibili nessun ricovero in codice 28 risulta inviato all'estero.

2.5 Attività ambulatoriali

Tabella 10 – prestazioni riabilitative ambulatoriali

Comprensorio sanitario di erogazione	2018	2019	su residenti 2019
Bolzano	286.344	276.428	1,17
Merano	170.974	182.851	1,31
Bressanone	96.569	98.606	1,26
Brunico	127.777	132.637	1,66
Totale	681.664	690.522	1,29

Fonte: SiVAS

Da questa tabella si evince che l'offerta fra i Comprensori sanitari è diversificata.

Secondo la delibera della Giunta provinciale 1544/2015 per la riabilitazione ambulatoriale è previsto un parametro di riferimento di 1,4 prestazioni per abitante. Attualmente l'offerta risulta complessivamente sottodimensionata (1,29 prestazioni per abitante).

2.6 Le principali sfide

Alla luce della situazione presentata si identificano i seguenti ambiti di intervento:

- incentivare soluzioni territoriali alternative all'ospedale per limitare i ricoveri evitabili, garantire maggiore integrazione fra ospedale e territorio e assicurare la continuità delle cure;
- dedicare più posti letto al regime diurno (day hospital) in riabilitazione codice 56;
- incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali da 1,29 prestazioni per abitante a 1,4 come previsto da disposizioni provinciali;
- attivare posti letto di cure intermedie per la gestione di casi meno complessi;
- indirizzare i casi non appropriati in lungodegenza post-acuzie codice 60 alle cure intermedie o al codice 56;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri di valutazione;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri diurni in neuroriabilitazione;
- incrementare l'offerta di prestazioni di riabilitazione cardiologica e di altra natura (p.es. del pavimento pelvico, urologica, digestiva...);
- garantire una corretta allocazione della riabilitazione pneumologica ed eventualmente potenziarla;
- migliorare la codifica dei codici 60 utilizzando l'MDC 23 solo come categoria residuale;
- prevedere un cut off all'ingresso per la riabilitazione codice 56;
- ripartire i posti letto fra codici 56 e 75 presso l'ospedale di Vipiteno in maniera definitiva;
- incentivare le attività domiciliari di riabilitazione;
- garantire attività periodiche di formazione e aggiornamento;
- valutare l'appropriatezza delle attività di riabilitazione domiciliare;
- ottimizzare la durata media dei ricoveri per acuti negli ospedali della Provincia.

3. Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa

Il presente Piano provinciale della rete riabilitativa richiama essenzialmente il piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dall'accordo Stato Regioni e Province Autonome dell'11 febbraio 2011, il Patto per la Salute 2014-2016 e le indicazioni del Piano sanitario provinciale 2016-2020.

Sono descritti i diversi setting assistenziali, i valori soglia delle degenze, i criteri e gli strumenti di accesso, e gli standard di assistenza quali-quantitativi che devono essere garantiti nelle strutture di degenza.

Ovviamente tutte le attività che saranno implementate nella nuova rete dovranno essere sostenute da un sistema informativo/informatico adeguato, che consenta la condivisione dei dati, la raccolta di informazioni utili al continuo aggiornamento della rete, nonché alla sua valutazione e al controllo sull'appropriatezza e sugli esiti dei trattamenti.

Si propone in particolare l'attivazione del Dipartimento riabilitativo integrato ospedale-territorio con la partecipazione delle strutture private accreditate e contrattualizzate.

Setting assistenziali

Si conferma che la rete riabilitativa è costituita da tutte le strutture pubbliche e private attualmente contrattualizzate.

Secondo il piano di indirizzo nazionale per la riabilitazione del 2011 tutte le strutture devono elaborare uno specifico progetto individualizzato di presa in carico dei pazienti – da avviare contestualmente alla fase acuta - secondo i criteri di appropriatezza prescrittiva ed erogativa individuati nel presente Piano.

A tale scopo, a integrazione dell'attuale scala di misurazione, vengono introdotti ulteriori strumenti validati a livello nazionale e internazionale che documentano l'appropriatezza e gli esiti del trattamento e sono in grado di garantire la continuità delle cure tra l'ospedale e il territorio.

Controlli periodici saranno effettuati dagli organismi competenti su tutte le strutture pubbliche e private. Si veda a tale proposito il capitolo "Sistema di controlli".

La rete delle strutture riabilitative risponde ai bisogni di riabilitazione dei cittadini attraverso attività di:

- Riabilitazione estensiva e lungodegenza post-acuzie (codice 60);
- Riabilitazione intensiva (codice 56);
- Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 28 – attualmente assente sul territorio provinciale – e codice 75).

nei seguenti regimi assistenziali:

- ricovero ordinario (codice 56,75 e 60);
- ricovero diurno (codice 56 e 75);
- ambulatoriale/day service;
- domiciliare;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978).

3.1 Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (extraospedaliero, domiciliare, ambulatoriale)

3.1.1 Lungodegenza post-acuta - codice 60

La lungodegenza post-acuta è rivolta a pazienti post-acuti che hanno raggiunto la guarigione dell'evento acuto ma non sono ancora clinicamente stabilizzati, pertanto bisognosi di un programma di riabilitazione estensiva per facilitare il loro rientro al domicilio.

I pazienti devono presentare necessità assistenziali di tipo sanitario, con potenzialità di recupero funzionale, come comprovato dalla documentazione multiprofessionale ospedaliera, ma non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e inoltre richiedono di essere ospedalizzati in quanto ancora affetti da instabilità clinica.

In tale condizione trovano anche un setting, quando non appropriato in intensiva, le patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità (PAC), che presentano situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa

È garantita la assistenza/vigilanza infermieristica nelle 24 ore.

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 1 ora giornaliera, erogato da parte del medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo), dai professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico e di supporto.

L'obiettivo è quello di ottenere la stabilizzazione clinica e favorire il reinserimento del paziente nel proprio ambiente sociale.

L'accesso alle strutture di ricovero in codice 60 avviene mediante richiesta di ricovero da parte del medico specialista pubblico competente per patologia, secondo percorsi assistenziali condivisi che garantiscano la presa in carico del paziente tendenzialmente entro 5 giorni e non oltre 15 giorni dalla richiesta.

La struttura di lungodegenza post-acuta opera in forte collegamento con i servizi territoriali, con cui definisce un piano di dimissione/reinserimento per assicurare la continuità delle cure.

La degenza dura indicativamente di 3-4 settimane fino a un massimo di 60 giorni (dopo i 60 giorni scatta l'abbattimento tariffario), in caso di necessità prorogabili con specifica autorizzazione dell'inviante.

Il tasso di utilizzo dei posti letto deve essere indicativamente superiore al 90%.

Alla dimissione dal reparto di acuzie e al seguente ricovero del paziente nel reparto post-acuto va compilata la scala di Barthel, che inizialmente dovrà avere un punteggio ≤ 70 punti.

Il paziente proviene da unità operative di degenza per acuti o da unità operative di degenza riabilitativa.

Sono esclusi dal codice 60 i pazienti che siano riconducibili PREVALENTEMENTE alle tipologie sottostanti;

- pazienti terminali che accedono alla rete delle Cure palliative
- pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero
- lungodegenti stabilizzati senza potenziale riabilitativo con fabbisogno puramente assistenziale: questi pazienti vanno trattati nei posti letto temporanei e temporanei di transito a prevalenza sociale o nei posti letto residenziali per anziani;
- pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi (codice 28.00, 56.00 e 75.00)
- pazienti psichiatrici o pazienti affetti da problemi di dipendenza che accedono ad altri percorsi;
- pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali
- pazienti affetti da malattie infettive diffuse

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

3.1.2 Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978)

Tali strutture a carattere sociosanitario erogano trattamenti riabilitativi in ambito territoriale. Ad oggi vigono i criteri di accesso definiti con deliberazione della Giunta provinciale 3300/2000.

Un apposito gruppo di lavoro si occuperà al più presto della loro collocazione appropriata al fine di una corretta integrazione nella rete riabilitativa.

3.1.3 Attività di riabilitazione orientate al domicilio

Tali attività comprendono due tipologie di prestazioni e servizi: la prima è rappresentata dall'insieme delle prestazioni riabilitative da garantire sul territorio in prossimità del domicilio (wohnnortnahe Betreuung), la seconda è rappresentata dalle attività domiciliari vere e proprie eseguite da personale specializzato.

Per dare seguito a quanto previsto nel Piano sanitario provinciale sarà avviato un primo servizio riabilitativo specialistico ambulatoriale, presso la struttura di piazza Loew Cadonna (Centro sanitario e sociale), con il compito di coordinare e seguire la riabilitazione sul territorio fornendo consulenza ai medici di medicina generale e agli infermieri che si recano per l'assistenza domiciliare a casa del paziente, ai fisioterapisti privati e ai caregiver in merito alle prestazioni da attivare domiciliarmente.

3.1.4 Attività ambulatoriali di riabilitazione

Ad oggi i dati delle prestazioni riabilitative sono riferite a specifiche codifiche del tariffario provinciale e pertanto sono prescrivibili tramite ricetta. Nel tariffario non sono riportate e quantificate le attività di consulenza, programmazione e organizzazione delle attività cliniche, nonché quelle gestionali e organizzative del lavoro.

Ciò premesso l'offerta di attività ambulatoriali risulta sottodimensionata e si evidenziano differenze fra i Comprensori sanitari. Si deve pertanto tendere al raggiungimento di 1,4 prestazioni per singolo abitante, così come previsto dalla delibera della Giunta provinciale 1544/2015. Le prestazioni devono essere distribuite sul territorio in rapporto alla popolazione residente.

Le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione si intendono rivolte alle branche della cardiologia, della pneumologia e di altre branche da definire con apposito gruppo di lavoro, che definirà anche i criteri di appropriatezza e di accesso.

Possono essere erogate in un singolo accesso o a ciclo. Più prestazioni possono essere aggregate in pacchetti previsti da specifici percorsi. La prescrizione avviene da parte di un medico del Servizio sanitario nazionale.

Laddove possibile/indicato l'attività ambulatoriale sostituisce l'attività di day hospital.

3.2 Riabilitazione intensiva - codice 56

La riabilitazione intensiva è rivolta a pazienti che necessitano di elevata *assistenza/vigilanza* infermieristica e tutela medica nell'arco delle 24 ore e persegue come obiettivi il raggiungimento della stabilizzazione clinica e il ripristino di condizioni di autonomia.

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 3 ore al giorno erogate dal medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo), dai professionisti sanitari della riabilitazione e da personale infermieristico e di supporto e richiede tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate.

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

Per assicurare la continuità delle cure va definito un piano di dimissione/reinserimento con i servizi territoriali.

Le attività di riabilitazione intensiva si effettuano in regime di ricovero ordinario o diurno. Quest'ultimo deve essere alternativo al ricovero ordinario e mai al trattamento ambulatoriale e presuppone che il paziente sia clinicamente stabilizzato, ma abbia bisogno di interventi di riabilitazione intensiva multiprofessionali. Anche in regime di degenza diurna è necessaria la redazione di un progetto riabilitativo individuale. La degenza diurna deve essere in stretta correlazione temporale con la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario o con un evento indice recente.

La riabilitazione intensiva può essere rivolta in una prima fase ai seguenti MDC:

- 01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso
- 04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
- 05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio
- 08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- 10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici
- 11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie
- 24 - Traumatismi multipli rilevanti

Per altri MDC sarà fatta una valutazione caso per caso sull'appropriatezza.

Prevalentemente è indirizzata a pazienti con disabilità derivanti da patologie del sistema nervoso o dell'apparato locomotore, respiratorio e cardiovascolare.

L'invio in strutture di ricovero di riabilitazione intensiva avviene tramite medico specialista pubblico competente per patologia.

Il paziente proviene da unità operative di degenza per acuti o da unità operative di degenza riabilitativa, può anche provenire dal domicilio o da strutture territoriali.

Per accedere alla riabilitazione intensiva è previsto un cut-off <91 punti FIM all'ingresso. La compilazione della scala FIM deve avvenire entro 72 ore dall'ingresso del paziente ed entro 72 ore prima della dimissione del paziente.

Inoltre, alla dimissione dal reparto di acuzie e al seguente ricovero del paziente nel reparto post-acute, va compilata la scala di Barthel, che inizialmente dovrà avere un punteggio <=70 punti.

Il tasso di utilizzo dei posti letto deve essere indicativamente superiore al 90%, calcolato 7 giorni su 7.

Per la durata della degenza vale quanto segue:

Ricoveri di riabilitazione ortopedica - Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) regime ordinario	Durata massima del ricovero riabilitativo - eventuale proroga
<i>Protesi all'anca e al ginocchio in elezione Inizio riabilitazione dopo 3 – 7 giorni dall'intervento chirurgico</i>	<i>Paziente con meno di 70 anni: 14 giorni Paziente con più di 70 anni: 21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>I Reparti di Ortopedia e Chirurgia generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige applicano il concetto della Chirurgia a Rapido Recupero (Enhanced recovery after surgery – ERAS) a selezionati pazienti candidati ad interventi di artroprotesi dell'anca o ginocchio con l'obiettivo di minimizzare l'impatto dell'intervento chirurgico sull'organismo e di riportare il paziente al proprio livello di autonomia il prima possibile. Elementi fondamentali sono il ridotto impiego di sondini e drenaggi, il pieno controllo del dolore postoperatorio, la precoce ripresa dell'alimentazione orale e della mobilizzazione. Per la sua piena realizzazione è necessario il coinvolgimento di un'équipe multiprofessionale comprendente ortopedici, chirurghi, anestesisti, fisiatristi, terapisti della riabilitazione,</i>	

<i>infermieri, dietisti, internisti e geriatri. I benefici consistono in una riduzione della morbidità postoperatoria e della degenza postoperatoria.</i>	
<i>Protesi della spalla Inizio riabilitazione dopo 3 – 7 giorni dall'intervento chirurgico</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Esiti di intervento per ernia discale Inizio riabilitazione dopo 3 – 7 giorni dall'intervento chirurgico</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di osteoartrosi</i>	<i>6-20 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 20 giorni*</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di complicazioni di dispositivi, impianti e innesti</i>	<i>11-30 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di altri principali ACC</i>	<i>11-25 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>
<i>Frattura traumatologica del collo del femore (se ricovero in codice 56.003)</i>	<i>Paziente con meno di 70 anni: 21 giorni Paziente con più di 70 anni: 30 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Ricoveri che provengono da un evento acuto di fratture arti inferiori</i>	<i>11-25 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*</i>
<i>Altre patologie ortopediche (eccetto patologie osteoarticolari degenerative)</i>	<i>21 giorni Prolungamento massimo: 10 giorni</i>
<i>Fratture alla colonna e al bacino (se ricovero in codice 56.00)</i>	<i>30 giorni Prolungamento massimo: non previsto</i>
<i>Ricoveri di riabilitazione ortopedica (cod. 56) regime diurno</i>	<i>È stata identificata una soglia di minima di accessi pari a 12</i>
<i>Ricoveri di riabilitazione neurologica - (cod. 56) regime ordinario</i>	<i>Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di ictus ischemico, ictus mal definito oppure altri ictus (diverso da ischemico, emorragico e mal definito)</i>	<i>21-60 giorni; prolungamento massimo: 30 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di ictus emorragico</i>	<i>degenza appropriata: 26-65 giorni; nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 65 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di traumatismo intracranico</i>	<i>21-60 giorni; nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di altri disturbi del sistema nervoso</i>	<i>21-60 giorni; nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” ed a pazienti con diagnosi di “cauda equina” risulta appropriata anche una degenza superiore a 60 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da altri eventi acuti (altri ACC):</i>	<i>16-45 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 45 giorni*</i>
<i>ricoveri che provengono da un evento acuto di spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali e altri disturbi del dorso</i>	<i>11-30 giorni nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*</i>

Ricoveri di riabilitazione neurologica (cod. 56) regime diurno	soglia di minima di accessi pari a 12, al di sotto della quale i ricoveri sono da considerarsi ad alto rischio di inappropriata organizzativa
Ricoveri di riabilitazione pneumologica (cod. 56) regime ordinario	Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga
ricoveri che provengono da un evento acuto di insufficienza respiratoria, arresto respiratorio (adulti)	11-40 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 40 giorni*
ricoveri che provengono da un evento acuto di malattie polmonari croniche ostruttive e bronchiectasie	11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
ricoveri che provengono da un evento acuto di polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
ricoveri che provengono da un evento acuto di insufficienza cardiaca congestizia non da ipertensione	11-30 giorni Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
Ricoveri di riabilitazione pneumologica (cod. 56) regime diurno	È stato identificato un “range” di durata della degenza appropriata di 6-15 accessi.
Ricoveri di riabilitazione cardiologica (cod. 56) regime ordinario e diurno	Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga
ricoveri con intervento cardiocirurgico	8-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
ricoveri con intervento vascolare	6-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
ricoveri senza intervento con sindrome coronarica acuta	6-25 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*
ricoveri senza intervento con insufficienza cardiaca	6-30 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 30 giorni*
altri ricoveri senza intervento con ACC cardiologici	6-25 giorni/accessi Nei ricoveri riferiti ai “pazienti complessi” risulta appropriata anche una degenza superiore a 25 giorni*
Ricoveri di riabilitazione per altre condizioni (postumi stabilizzati) (cod. 56) regime ordinario	Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga
malattie cerebrali degenerative (es. Parkinson), malattie demielinizzanti (ad esempio sclerosi multipla), terapia di mantenimento per lesioni cerebrali e spinali, esiti di poliomielite Ingresso per peggioramento e perdita funzioni Presenza di potenziale riabilitativo Mancanza di trattamento alternativo	3 settimane, al massimo 1 ricovero all’anno, se indicazione clinica presente

* nello schema di decreto relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera” del 3 luglio 2019, il Ministero della Salute definisce una serie di diagnosi/procedure

tramite elenco di codici ICD9-CM che rendono il ricovero complesso. Se sussistono tali condizioni, la degenza del ricovero può essere maggiore delle soglie indicate.

Eventuali proroghe vengono autorizzate dal medico inviante.

Il ricovero in riabilitazione intensiva presuppone che ci sia stato un ricovero acuto precedente. In caso contrario deve essere rispettato un criterio di congruenza diagnostica, ovvero deve esserci coerenza tra la diagnosi di dimissione del ricovero di riabilitazione e i codici ICD9-CM indicati nello Schema di decreto del Ministero della salute relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera” del 3 luglio 2019.

Il ricovero di valutazione ed il ricovero di mantenimento devono essere ridefiniti dal Dipartimento di riabilitazione in maniera uniforme per tutto il territorio provinciale. Si suggerisce la sostituzione dei ricoveri di valutazione con sedute di valutazione.

3.3 Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75

In tale categoria si comprendono pazienti afferenti all’MDC 1, affetti da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) di qualunque natura, o da esiti di altre gravi patologie neurologiche acute, tali da determinare all’esordio e/o nell’evoluzione clinica una condizione di grave alterazione dello stato di coscienza (punteggio alla Glasgow Coma Scale inferiore o uguale a 8 per almeno 24 ore), inclusa la sedazione farmacologica resa necessaria dal ricovero in ambiente intensivo. In ogni caso, l’evento acuto deve aver determinato lesioni neurologiche che comportino disabilità grave ed elevata complessità assistenziale.

L’obiettivo è il raggiungimento della stabilizzazione clinica e il ripristino di condizioni di autonomia o la riduzione della dipendenza funzionale.

I pazienti necessitano di elevata assistenza/vigilanza infermieristica e tutela medica nell’arco delle 24 ore. Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono erogate da professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico e di supporto e dal medico specialista in riabilitazione (o da medico specialista con 2 anni di esperienza in ambito riabilitativo) e richiede tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate.

I pazienti possono provenire da unità operative di degenza per acuti (principalmente da rianimazione, terapia intensiva, neurologia, stroke unit, neurochirurgia) o da unità operative di degenza riabilitativa.

L’invio in strutture di ricovero di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione avviene tramite medico specialista pubblico (di rianimazione, neurochirurgia, riabilitazione, altre unità operative per acuti).

Per tenere conto di fattori aggravanti la complessità (p.es. tracheotomia) e per misurare l’efficienza della riabilitazione nei pazienti più complessi (p.es. svezzamento dalla cannula tracheale) si introduce il Frühreha-Barthel-Index.

Per i pazienti ricoverati in neuroriabilitazione vanno dunque compilate le scale di valutazione Frühreha-Barthel-Index e FIM, laddove nel Frühreha-Barthel-Index il punteggio da -76 a -365 punti identifica pazienti di classe A e il punteggio da -75 fino a +30 punti i pazienti di classe B.

La compilazione della scala FIM deve avvenire entro 72 ore dall’ingresso del paziente ed entro 72 ore prima della dimissione del paziente.

Il reparto di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione deve garantire:

- Visita fisiatrica;
- Rieducazione neuromotoria, motoria e idrochinesiterapia;
- Terapia fisica: elettroanalgesia, elettrostimolazione, termoterapia esogena, ultrasuonoterapia, laserterapia;
- Terapia occupazionale/ergoterapia;
- Terapia logopedica;

- Tasso d'utilizzo dei posti letto > 90% 7 giorni su 7;
- Uso di tecnologie innovative in riabilitazione come p.es la terapia robot assistita al cammino e all'uso degli arti superiori (p.es. Armeo, Lokomat, Gangtrainer, ...);
- Terapia della spasticità con iniezioni di tossina botulinica e pompe ad infusione intratecale di Baclofen;
- Disponibilità di terapia neurofarmacologica complessa;
- Disponibilità di valutazione neuropsicologica (studio disfunzioni neuro-psichiche);
- Disponibilità di valutazione neurofisiologica complessa (EEG, EMG Potenziali evocati);
- Disponibilità di monitoraggio (ECG, pO2, PAO);
- Attività scientifica;
- Disponibilità di alimentazione via sonda e di alimentazione parenterale;
- Disponibilità management cannule tracheali e, ove necessario, terapia respiratoria assistita;
- Valutazione urodinamica, disponibilità di valutazione neuro-urologica e gestione della vescica e alvo neurologici;
- Disponibilità valutazione della disfagia.

Eventuali prestazioni e servizi:

- Consulenza per informazione, valutazione, prescrizione di protesi ed ausili;
- Prestazioni del servizio di psicologia;
- Prestazioni del servizio di assistenza sociale.

Ulteriori servizi, prestazioni ed attività saranno valutati dal Dipartimento di Riabilitazione.

Per la durata della degenza vale quanto segue:

Ricoveri di riabilitazione neurologica – Neuroriabilitazione (cod. 75) regime ordinario	Durata massima del ricovero riabilitativo – eventuale proroga
<i>Trauma cranioencefalico in remissione</i>	<i>8 mesi</i>
<i>Coma vigile post-trauma cranioencefalico</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Coma vigile dopo ipossia</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Deficit neurologici complessi dopo ictus o interventi neurochirurgici</i>	<i>6 mesi</i>
<i>Pazienti spinali</i>	<i>4 mesi per paraplegia 6 mesi per tetraplegia</i>
Ricoveri di riabilitazione neurologica – Neuroriabilitazione (cod. 75) regime diurno	È stata identificata una soglia di minima di 12 accessi, al di sotto della quale i ricoveri sono da considerarsi ad alto rischio di inappropriata organizzazione

Eventuali proroghe vengono autorizzate dal medico inviante.

Per ogni paziente va compilato un programma riabilitativo e un progetto riabilitativo individuale (PRI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Il PRI va condiviso con il paziente e caregiver.

I ricoveri di Brunico faranno capo a Vipiteno quale struttura di riferimento provinciale, pertanto i posti letto di codice 75 di Brunico vanno dismessi.

4. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio

Il Piano di indirizzo per la riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, al quale si ispira il presente documento, conferma i principi fondamentali che governano il sistema:

- La presa in carico globale della persona;
- La valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- L'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

In particolare, il Piano afferma quanto segue: "In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile una organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione. Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza".

4.1 Mission del Dipartimento di riabilitazione

Il modello di operatività del Dipartimento ruota intorno alla presa in carico globale del paziente attraverso percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA) che assicurano appropriatezza delle cure e continuità assistenziale sia in regime di ricovero (codice 56, 60 e 75) sia in regime ambulatoriale.

Per tali ragioni, il Dipartimento entra a pieno titolo nel Piano della cronicità (Master Plan Chronic Care) quale strumento fondamentale per la costruzione congiunta con le diverse figure professionali (medici di medicina generale, fisioterapisti, infermieri, assistenti sociali) di percorsi assistenziali omogenei comprensivi dei bisogni sociali, ove rappresentati.

Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio deve assicurare la continuità delle cure, garantendo il percorso assistenziale più appropriato con il coinvolgimento delle strutture di ricovero ed ambulatoriali presenti nel territorio, non solo quelle dedicate alla riabilitazione, per un reinserimento del paziente presso il suo domicilio.

Per tali ragioni il Dipartimento garantisce:

- Rapporto con l'Azienda sanitaria per la negoziazione delle risorse umane necessarie alla gestione (budget);
- Coordinamento delle Unità operative complesse e semplici, ospedaliere e territoriali pubbliche afferenti al Dipartimento e raccordo diretto con le strutture private accreditate per la omogenea applicazione di criteri di accesso ai diversi setting assistenziali, senza che si registrino squilibri nell'erogazione delle prestazioni tra le diverse aree della provincia;
- Integrazione ospedale-territorio con la definizione di percorsi condivisi di dimissione ospedaliera protetta, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle strutture territoriali pubbliche e private di riabilitazione, con i Centri sanitari e sociali e con i servizi sociali, ove necessario;
- Formazione ed aggiornamento del personale pubblico e privato con particolare riferimento all'utilizzo dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

4.2 Compiti del Dipartimento

Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio svolge i seguenti compiti:

- Eroga attraverso le strutture pubbliche e private ad esso afferenti le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali legate al fabbisogno ed assicura la loro organizzazione in percorsi di assistenza e cura per tutti i setting assistenziali in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale;
- Propone all'azienda sanitaria il Piano triennale della riabilitazione provinciale condiviso dai componenti del Dipartimento stesso sulla base del quale l'Azienda sanitaria avvierà la contrattazione con le strutture private;
- Predispone il codice di comportamento etico per tutelare i casi più gravi e per la gestione delle criticità che dovrà essere sottoposto al Comitato etico provinciale per l'approvazione;
- Controlla la corretta erogazione delle prestazioni sulla base di una serie di indicatori condivisi e *stabilisce* i criteri di distribuzione tra pubblico e privato dei pazienti più complessi in codice 75;
- Predispone percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali PDTA anche per i pazienti afferenti alle Unità spinali (cod. 28) definendo le modalità di presa in carico in Provincia;
- Quantifica correttamente il fabbisogno di ricoveri di riabilitazione ospedaliera in base a criteri e parametri di appropriatezza ed efficienza;
- Elabora le linee di attività dei centri specialistici riabilitativi territoriali per lo sviluppo dell'assistenza riabilitativa domiciliare;
- Elabora le linee guida per il day hospital sia in codice 56, sia in codice 75;
- Elabora le linee guida per i ricoveri di valutazione e di mantenimento;
- Monitora la mobilità passiva verso altre Regioni e verso l'estero e verifica la correttezza delle codifiche.

4.3 Strutture afferenti al Dipartimento

Afferiscono al Dipartimento le seguenti strutture pubbliche e private:

- Unità di neuro riabilitazione per l'età adulta e per l'età evolutiva (cod.75);
- Unità operative di riabilitazione intensiva (cod. 56);
- Unità operative di lungodegenza post acuta (cod.60);
- Riabilitazione cardiologica e pneumologica;
- Presidi privati;
- Strutture ambulatoriali.

4.4 Composizione del Dipartimento

Il Dipartimento è articolato in due livelli:

- Il Direttore del Dipartimento;
- Il Comitato di Dipartimento.

Entrambi i livelli garantiscono il collegamento funzionale tra tutte le strutture pubbliche e private afferenti per garantire i livelli assistenziali di cura su tutto l'ambito provinciale.

4.5 Direttore del Dipartimento

Il Direttore nominato dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria tra i Direttori di struttura complessa di medicina fisica e riabilitazione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati a livello aziendale individuati di intesa con la stessa sulla base del fabbisogno.

In particolare, il Direttore:

- negozia il budget;
- verifica qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private;
- vigila sulla corretta applicazione delle modalità di accesso dei pazienti alle strutture secondo i PDTA condivisi.

4.6 Comitato di Dipartimento

Rappresenta l'organismo di direzione e coordinamento del Dipartimento ed è presieduto dal Direttore del Dipartimento.

È composto da:

- i direttori delle strutture complesse di riabilitazione pubbliche del Dipartimento;
- 1 direttore di Unità operativa complessa UOC in rappresentanza di tutti i direttori delle UO con le quali si interfaccia il dipartimento (ortopedia, pneumologia, cardiologia, ...);
- 2 referenti scelti tra i 26 referenti delle Aggregazioni funzionali territoriali AFT costituite dai medici di medicina generale;
- 1 direttore di distretto e 1 dirigente tecnico-assistenziale del territorio con compiti di organizzazione delle attività di assistenza primaria;
- 1 dirigente tecnico-assistenziale che dirige le professioni riabilitative, coadiuvato da 4 coordinatori (1 infermiere, 1 fisioterapista, 1 terapeuta occupazionale ed 1 logopedista);
- 2 rappresentanti delle strutture private accreditate.

Il Comitato si riunisce due volte l'anno con i seguenti compiti:

- proposta del piano triennale della riabilitazione sulla base delle linee guida provinciali e relativo piano su base annuale;
- proposta di regolamento di funzionamento del dipartimento;
- adozione dei modelli organizzativi più idonei per la migliore collocazione dei pazienti all'interno della rete delle strutture;
- coordinamento delle attività cliniche, di formazione, di studio e ricerca e verifica della qualità delle prestazioni;
- aggiornamento o revisione dei criteri di accesso per i diversi regimi assistenziali;
- proposta all'Azienda sanitaria di attivazione di linee di ricerca clinica e traslazionale.

Le attività di ricerca clinica sono orientate alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie neurologiche come ictus, traumi cranici, lesioni del midollo spinale, sclerosi multipla, SLA, morbo di Parkinson e le più frequenti cause di disabilità grave attraverso lo studio dei principi di funzionamento, rigenerazione e recupero del sistema nervoso, per sviluppare terapie innovative con il supporto delle tecnologie più avanzate.

Accanto alle linee di attività di ricerca clinica possono essere sviluppate attività di ricerca traslazionale sulle seguenti linee tematiche:

- medicina occupazionale, ergonomica e disabilità (studi biomeccanici tridimensionali del movimento e della postura);
- patologie croniche disabilitanti;
- medicina riabilitativa neuromotoria;
- cardiologia e pneumologia riabilitativa.

Gli obiettivi sono lo sviluppo di protocolli riabilitativi innovativi ed efficaci attraverso l'utilizzo di tecnologie verificate.

Possono essere anche avviate attività di neurobiologia per la medicina traslazionale collezionando dati dei pazienti. In questo caso il laboratorio deve essere attrezzato per analisi biochimiche (western blot, immunoprecipitazioni, bioinformatica, immunoistochimica e spettrometria di massa e genetiche).

4.7 Proposta per l'ospedale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione di Vipiteno

Uno degli obiettivi più importanti di ottimizzazione della rete riabilitativa provinciale è rappresentato dalla introduzione di modelli organizzativi innovativi che nel caso specifico sono rappresentati, oltre che dalla istituzione del Dipartimento funzionale ospedale-territorio, anche dal potenziamento e la specializzazione dell'ospedale di Vipiteno.

Ad oggi la struttura è dotata delle seguenti discipline e specialità, che saranno garantite:

Reparti di degenza:

- chirurgia
- medicina
- ginecologia
- pediatria
- neuro riabilitazione
- lungodegenza post-acuta
- riabilitazione e recupero funzionale

e dai seguenti servizi:

- pronto soccorso
- radiologia
- laboratorio
- neurologia
- anestesia
- servizio farmaceutico
- servizio psicologico ospedaliero
- servizio riabilitativo in età evolutiva
- servizio riabilitativo per adulti

Con il presente Piano si afferma il ruolo strategico dell'ospedale di Vipiteno quale centro provinciale di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione e polo di riferimento per le attività scientifiche e formative.

L'ospedale così caratterizzato è parte della rete riabilitativa provinciale ed inserito nel contesto del Dipartimento funzionale ospedale-territorio.

Esso garantisce, oltre alle altre attività in essere, le seguenti funzioni:

- Degenza di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (cod. 75)
- Degenza di riabilitazione intensiva (cod. 56) per MDC1 (condizioni neurologiche) e MDC8 (condizioni motorie)
- Riabilitazione ambulatoriale e in regime di day hospital
- Centro di riferimento provinciale per la riabilitazione pediatrica
- Centro di riferimento provinciale per le disfunzioni vescico-sfinteriali in neurologia
- Centro provinciale per la riabilitazione del pavimento pelvico
- Centro di riferimento per il coordinamento dei rapporti con le strutture nazionali ed internazionali che ospitano pazienti in Unità spinali (codice 28), in neuroriabilitazione (codice 75) e riabilitazione intensiva (codice 56).

Inoltre, è sede del Centro di coordinamento delle attività di ricerca condotte sia in sede che nelle altre strutture del Dipartimento con particolare riferimento alla ricerca clinica e traslazionale. Per tali funzioni l'ospedale si dovrà dotare di Laboratori specifici potenziando le attuali collaborazioni con strutture nazionali ed internazionali. Ulteriori funzioni potranno essere individuate dall'Azienda sanitaria anche su proposta del Dipartimento, come ad esempio la valutazione dell'attivazione di un'unità spinale presso l'ospedale di Vipiteno.

ATTIVITÀ DI RICERCA

Le attività di ricerca clinica sono orientate alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie neurologiche come ictus, traumi cranici, lesioni del midollo spinale, sclerosi multipla, SLA, morbo di Parkinson e le più frequenti cause di disabilità grave attraverso lo studio dei principi di funzionamento, rigenerazione e recupero del sistema nervoso, per sviluppare terapie innovative con il supporto delle tecnologie più avanzate.

Accanto alle linee di attività di ricerca clinica possono essere sviluppate attività di ricerca traslazionale sulle seguenti linee tematiche:

- medicina occupazionale, ergonomica e disabilità (studi biomeccanici tridimensionali del movimento e della postura)
- patologie croniche disabilitanti
- medicina riabilitativa neuromotoria
- cardiologia e pneumologia riabilitativa

Gli obiettivi sono lo sviluppo di protocolli riabilitativi innovativi ed efficaci attraverso l'utilizzo di tecnologie verificate.

Possono essere anche avviate attività di neurobiologia per la medicina traslazionale collezionando dati dei pazienti. In questo caso il laboratorio deve essere attrezzato per analisi biochimiche (western blot, immunoprecipitazioni, bioinformatica, immunoistochimica e spettrometria di massa e genetiche).

5. Sistema di controlli

Il fabbisogno di ricoveri di riabilitazione ospedaliera viene quantificato correttamente solo se tali ricoveri rispondono a criteri e parametri di appropriatezza ed efficienza. A tale scopo gli organismi preposti al controllo (si veda p.es. il Nucleo Aziendale di Verifica dell'Assistenza Sanitaria NUVAS) dovranno valutare periodicamente i ricoveri erogati rispetto a una potenziale inappropriata clinica e organizzativa nonché inefficienza.

A tale scopo si rimanda a titolo orientativo ai criteri individuati dal Ministero della salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale mediante lo studio "Risultati del tavolo tecnico per la definizione dei criteri-parametri di appropriatezza dei ricoveri post-acute" – 31 ottobre 2012.

Si raccomanda inoltre di effettuare periodicamente anche controlli sulla congruità dei costi e il rispetto dei parametri del personale.

6. Formazione ed aggiornamento

Una buona formazione consente di offrire al paziente la più ampia gamma di risposte ai suoi bisogni di salute. Il futuro è certamente da ricercarsi nella promozione della formazione di gruppo, multidisciplinare, svolta sul campo, con l'obiettivo di validare e rendere operativi i migliori protocolli di inserimento/reinserimento nell'ambito familiare e sociale dei pazienti.

Un'ottima formazione è anche quella che permette di conoscere e approfondire le nuove tecniche e tecnologie da garantire ai pazienti in un'ottica di collaborazione anche con tutte le figure professionali sul territorio.

A livello di Dipartimento, e quindi anche con il coinvolgimento delle strutture private, andranno definite linee di indirizzo specifiche a riguardo.

7. Qualità ed informatizzazione in riabilitazione

Sono presenti in riabilitazione numerosi elaborati locali con indicatori di qualità utilizzati, anche se non in tutti i servizi provinciali. Anche per quanto riguarda l'informatizzazione dei percorsi di cura e dei rapporti tra i servizi ospedalieri e territoriali esistono diversi modelli di rilevamento delle prestazioni e di integrazione. Sarà necessaria un'operazione di omogeneizzazione attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc che faccia chiarezza anche nell'ambito di quanto previsto nel Masterplan IT.

In seguito all'introduzione di nuove scale di valutazione (Früh-Reha-Barthel-Index e Barthel Index) e all'aggiornamento dei rispettivi moduli di invio si rende necessaria la revisione del flusso informativo SDO_FIM, al fine di integrarlo con informazioni aggiuntive relative agli item delle scale di valutazioni in uso.

8. Distribuzione dei posti letto

La distribuzione dei posti letto fra riabilitazione, lungodegenza post-acuta e neuroriabilitazione da ottenere nel periodo 2020-2025 è la seguente:

Tabella 11 –distribuzione dei posti letto (dati 2019 e nuova distribuzione)

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56 nuova distribuzione	Lungodegenza a post-acuta codice 60	Lungodegenza a post-acuta codice 60 Nuova distribuzione	Neuro-riabilitazione codice 75	Neuro-riabilitazione codice 75 Nuova distribuzione	totale 2019	totale nuova distribuzione
Ospedale di Bolzano	6	10			8		14	
Casa di cura Bonvicini	44	44	42	42			86	
Casa di cura Villa Melitta	41	41	25	25	3		69	
Comprensorio sanitario di Bolzano	91	95	67	67	11	10	169	172
Ospedale di Merano-Silandro	12	24	4	0			16	
Casa di cura Sant'Anna			30	25			30	
Casa di cura Salus Center	28	22	18	20			46	
Comprensorio sanitario di Merano	40	46	52	45	0	0	92	91
Ospedale di Bressanone-Vipiteno	24	30	20	13	15	20	59	
Comprensorio sanitario di Bressanone	24	30	20	13	15	20	59	63
Ospedale di Brunico-San Candido	14	33	21	22	2	0	37	
Comprensorio sanitario di Brunico	14	33	21	22	2	0	37	55
totale	169	204	160	147	28	30	357	381

In base alla tendenza in atto a livello nazionale si è ridotta la dotazione complessiva di posti letto di lungodegenza post-acuta.

Ciò avviene a favore dell'attivazione – con provvedimento separato – di posti letto di cure intermedie in tutti i Comprensori sanitari, a cui aggiungere i 7 posti letto di Sarentino.

Si sottolinea che i letti di cure intermedie non vengono computati nel parametro dello 0,7%.

Sono stati previsti ulteriori posti letto di riabilitazione intensiva codice 56 presso gli ospedali di tutti i Comprensori sanitari. Tale potenziamento sarà garantito nell'ambito delle risorse disponibili.

Il reparto di Bolzano potrà essere ulteriormente ampliato in funzione del fabbisogno, coerentemente con quanto stabilito dal Piano sanitario provinciale.

In riabilitazione intensiva (codice 56) indicativamente il 10% dei ricoveri dovrà essere erogato in regime di day hospital.

Complessivamente si ottiene una dotazione totale di 381 posti letto con una distribuzione fra le varie discipline che rispecchia le tendenze rilevate a livello nazionale. Tale assetto rispetta il parametro statale.

Eventuali disomogeneità nella distribuzione dei posti letto fra codici riabilitativi nei Comprensori sanitari possono essere riequilibrate in funzione dei nuovi criteri di invio e in base al riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, ai sensi dell'art. 2 del DL 34 del 19 maggio 2020.

Si precisa, infine, che di tale distribuzione si dovrà tener conto nella definizione, a livello aziendale, dei nuovi accordi e relativi contratti con le strutture private accreditate, che devono avere durata triennale, al fine di garantire una maggiore continuità nella garanzia delle prestazioni concordate.

A livello di Compensorio sanitario la situazione si riassume come segue:

Tabella 12 – tabella riassuntiva di distribuzione dei posti letto

	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale nuova distribuzione
Compensorio sanitario di Bolzano	95	67	10	172
Compensorio sanitario di Merano	46	45	0	91
Compensorio sanitario di Bressanone	30	13	20	63
Compensorio sanitario di Brunico	33	22	0	55
Totale	204	147	30	381

9. Attivazione di una cabina di regia

Al fine di monitorare l'attuazione del presente Piano della rete riabilitativa provinciale viene istituita una cabina di regia fra Assessorato alla Salute e Azienda sanitaria, che verificherà periodicamente lo stato dell'arte del Piano tramite una "time table" definita, sulla cui base l'Azienda Sanitaria si occuperà dei seguenti ambiti prioritari in stretta collaborazione con l'Assessorato alla Salute:

- integrazione delle strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 all'interno della rete riabilitativa provinciale;
- criteri di appropriatezza e accesso delle prestazioni ambulatoriali;
- linee di indirizzo su formazione e aggiornamento;
- omogeneizzazione di indicatori di qualità e informatizzazione dei percorsi di cura.

10. Disposizioni da revisionare

Con il presente Piano *si conferma* la revoca delle seguenti disposizioni:

- delibera della Giunta provinciale n. 247 del 28 gennaio 2008 "approvazione del piano provinciale dei posti letto in ambito riabilitativo";
- delibera della Giunta provinciale n. 3145 del 26 luglio 1999, "Istituzione di una rete di servizi che offrono prestazioni riabilitative";
- delibera della Giunta provinciale n. 1711 del 19 novembre 2012, "realizzazione dell'unità ospedaliera di degenza neuroriabilitativa presso l'ospedale di Vipiteno".

Inoltre, l'Azienda sanitaria è tenuta a revisionare tutti i procedimenti che dovessero impattare con il presente Piano, partendo dalla procedura aziendale n. 2702/16 "Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie".

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

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

Der Amtsdirektor

Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor

23/06/2020 12:38:21
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

25/06/2020 10:47:51
NATALE STEFANO

Il direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Einnahmen

Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

30/06/2020

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

30/06/2020

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.

Ausstellungsdatum

30/06/2020

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