


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

Sitzung vom Nr. 1153
 Seduta del
 17/12/2019

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landeshauptmannstellvertr.
 Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
 Arnold Schuler
 Giuliano Vettorato
 Philipp Achammer
 Waltraud Deeg
 Maria Hochgruber Kuenzer
 Thomas Widmann

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
 Vicepresidente
 Vicepresidente
 Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Änderungen und Ergänzungen zum
 Beschluss der Landesregierung Nr. 1411
 vom 18.12.2018

Oggetto:

Modifiche ed integrazioni alla deliberazione
 della Giunta Provinciale n. 1411 del
 18.12.2018

Vorschlag vorbereitet von
 Abteilung / Amt Nr.

23.3

Proposta elaborata dalla
 Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Mit eigenem Beschluss Nr. 1411 vom 18.12.2018 wurden das Tarifverzeichnis und das Finanzierungssystem der territorialen ambulanten und halbstationären bzw. stationären Leistungen im Bereich der psychischen Störungen ab dem 01.01.2019 genehmigt.

Das neue Finanzierungssystem, welches hauptsächlich auf einer leistungsabhängigen Vergütung basiert, hat insbesondere zu einer internen Reorganisation der klinischen und verwaltungstechnischen Aspekte der akkreditierten privaten Einrichtungen geführt.

Erstens wurden von den Ämtern des Sanitätsbetriebes und akkreditierten privaten Erbringern Maßnahmen zur Umsetzung eines Informationssystems ergriffen, das die Kodierung und Berichterstattung der in den Verzeichnissen enthaltenen territorialen ambulanten Leistungen ermöglicht.

Zweitens war es notwendig, die Erbringer selbst auf die Einführung eines neuen Verfahrens zur Festlegung und Planung des Bedarfs zu schulen; außerdem überarbeiteten die akkreditierten privaten Erbringer auch den Personalbestand und entwickelten neue Methoden zur individuellen und gruppenweisen Behandlung psychosomatischer Störungen und Essstörungen;

Aus dieser Übergangsphase und aus der genauen Erhebung aller durchgeführten Tätigkeiten ergab sich die Notwendigkeit einer Überarbeitung des Finanzierungssystems durch die Aufnahme in das Verzeichnis neuer territorialer ambulanter Leistungen und indirekter und unterstützender Tätigkeiten, die bisher nicht vorgesehen waren.

Es ergab sich auch die Notwendigkeit, die Vergütung für halbstationäre und stationäre Tätigkeiten zu regeln, da in den ersten Monaten der Tätigkeit eine große Anzahl an vorübergehenden Abwesenheiten erhoben wurde und da die Betreuungspfade unter den Nutzern sehr unterschiedlich sind. In Bezug auf stationäre Tätigkeiten wurde vereinbart, einen Teil des Tarifs bei Abwesenheiten anzuerkennen, der vom Facharzt des Sanitätsbetriebes, welcher den Patienten im Pfad betreut, genehmigt wurde. Für halbstationäre Tätigkeiten wurde hingegen eine Regelung gewählt, die eine bessere Nutzung der Einrichtung durch die Betreuung

La Giunta Provinciale

Con propria deliberazione n. 1411 del 18.12.2018 approvava a decorrere dal 01.01.2019 il nomenclatore tariffario ed il sistema di finanziamento delle prestazioni territoriali ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali erogate nell'ambito dei disturbi mentali.

Il nuovo sistema di finanziamento, basato principalmente sulla remunerazione a prestazione, ha portato in particolar modo il privato accreditato ad una riorganizzazione interna di carattere clinico ed amministrativo.

In primo luogo sono state adottate dagli uffici dell'Azienda sanitaria e dagli erogatori privati accreditati misure volte all'implementazione di un sistema informatico che permettesse la codifica e la rendicontazione delle prestazioni territoriali ambulatoriali contenute nei cataloghi.

In secondo luogo è stato necessario sensibilizzare gli stessi erogatori all'adozione di una nuova procedura per la definizione e programmazione del fabbisogno; è stato inoltre rivisto dall'erogatore privato accreditato l'organico del personale concependo nuove modalità di trattamento individuale e di gruppo dei disturbi psicosomatici e del comportamento alimentare.

È emersa da tale fase transitoria e dalla rilevazione puntuale di tutte le attività svolte l'esigenza di revisionare il sistema di finanziamento prevedendo nel catalogo nuove prestazioni territoriali ambulatoriali e attività indirette e di supporto prima non contemplate.

È emersa altresì l'esigenza di regolamentare la remunerazione dell'attività semiresidenziale e residenziale a fronte dell'alto tasso di assenze temporanee registrate nei primi mesi di attività e dell'alta variabilità dei percorsi tra utenti. Con riferimento all'attività residenziale si è convenuto di riconoscere una quota parte della tariffa in caso di assenza a carattere terapeutico, autorizzata dal medico specialista dell'Azienda sanitaria che segue il percorso, mentre per l'attività semiresidenziale è stata scelta una regolamentazione che favorisca un maggiore utilizzo della struttura, mediante l'assistenza di più pazienti per giornata di degenza.

mehrerer Patienten pro Aufenthaltstag ermöglicht;

Nach einer eingehenden Beratung mit dem klinischen- und Verwaltungspersonal des Sanitätsbetriebes und mit den akkreditierten privaten Erbringern und mit dem Ziel, eine Finanzierung zu gewährleisten, welche die Besonderheiten der angebotenen Tätigkeit so weit wie möglich widerspiegelt und eine angemessene Flexibilität bei der Erreichung der klinischen und verwaltungstechnischen Ziele fördert, schlägt die Landesverwaltung folgendes vor:

- A. die Leistungsverzeichnisse in Anhang A, Teile 1A und 1B anzupassen, um eine vollständigere Aufzeichnung gemäß klinischem und organisatorischem Inhalt auf dem Territorium zu erstellen; diese Änderungen ergänzen die Verzeichnisse der Leistungen auf dem Territorium und zuhause in Anhang C des Beschlusses Nr. 2568 der Landesregierung vom 15.06.1998;
- B. den in Anhang A Teil 3 Absatz 2.1.1.1 "Kosten des medizinischen Personals für direkte und indirekte Tätigkeiten" festgelegten Prozentsatz der indirekten Tätigkeit zu erhöhen, da dieser als nicht repräsentativ gilt, was zu einer Anpassung der in den Tarifverzeichnissen in Anhang A Teil 1A und 1B festgelegten Höchstsätze führt;
- C. das Verzeichnis der unterstützenden Tätigkeiten, welche gemäß den Regeln in Anhang A Teil 3 Absatz 3.1 aus dem Haushalt vergütet werden, zu ergänzen;
- D. einen Tarif für die Vergütung vorübergehender Abwesenheiten der Nutzer, welche stationär betreut werden, festzulegen, unter gleichzeitiger Beibehaltung der in Anhang B genehmigten Tarifbeträge für die Vergütung von teilstationären und stationären Tätigkeiten;
- E. die in Anhang B aufgeführten Regeln für die Vergütung von teilstationären und stationären Tätigkeiten detaillierter beschreiben, auch um das Problem der Abwesenheiten zu lösen;
- F. die Definitionen und Konzepte in den Anhängen A, B und C zu erläutern, um etwaige Interpretationsprobleme, die während der Antragsphase aufgetreten sind, zu klären.

A seguito di un fattivo confronto con il personale clinico ed amministrativo aziendale e con gli erogatori privati accreditati, nell'ottica di garantire un finanziamento che rispecchi il più possibile le peculiarità dell'attività erogata e che favorisca adeguata flessibilità per il raggiungimento degli obiettivi clinico-amministrativi, l'amministrazione provinciale propone di:

- A. adeguare i cataloghi delle prestazioni di cui all'Allegato A, Parte 1A e 1B, prevedendo un elenco più esaustivo e conforme al contenuto clinico ed organizzativo offerto sul territorio; tali modifiche integrano l'elenco delle prestazioni territoriali e domiciliari contenute nell'Allegato C della deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.1998;
- B. aumentare, poiché ritenuta poco rappresentativa, la percentuale di attività indiretta definita all'Allegato A, Parte 3, Paragrafo 2.1.1. "Costi del personale sanitario per attività diretta e indiretta" con conseguente adeguamento delle tariffe massime di cui ai nomenclatori tariffari contenuti all'Allegato A, Parte 1A e 1B;
- C. integrare l'elenco delle attività di supporto remunerate a budget secondo le regole contenute all'Allegato A, Parte 3, Paragrafo 3.1;
- D. definire una tariffa per la remunerazione delle assenze temporanee degli utenti in carico in regime residenziale, mantenendo al contempo invariati gli importi tariffari di remunerazione delle attività semiresidenziale e residenziale approvate con l'Allegato B;
- E. dettagliare le regole di remunerazione delle attività semiresidenziali e residenziali di cui al succitato Allegato B, anche per far fronte al problema delle assenze;
- F. esplicitare definizioni e concetti presenti agli Allegati A, B e C al fine di chiarire dubbi interpretativi sorti nella fase applicativa.

beschließt

delibera

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

a voti unanimi legalmente espressi:

1. Die Anhänge des Beschlusses Nr. 1411 der Landesregierung vom 18.12. 2018 zu aktualisieren und sie vollständig durch die entsprechenden Anhänge A, B und C, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, zu ersetzen und zwar aus den in der Einleitung zu diesem Gesetz genannten Gründen.
2. Anhang C des Beschlusses der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.1998 mit den in Anhang A, Teil 1A und 1B fettgedruckten Änderungen, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses zusammenzufügen.
3. Festzuhalten, dass der gegenständliche Beschluss am 01.01.2020 in Kraft tritt.
4. Festzuhalten, dass diese Maßnahme keine Mehrausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes bewirkt.
5. Dem Sanitätsbetrieb die vorliegende Maßnahme elektronisch zu übermitteln, damit er für seine Implementierung und die Übermittlung an alle betroffenen internen und externen Dienste sorgt.
6. Diesen Beschluss gemäß Artikel 4, Absatz 1, Buchstabe d) des Regionalgesetzes vom 19. Juni 2009, Nr. 2, in geltender Fassung im Amtsblatt der Region zu veröffentlichen, da die entsprechende Maßnahme an die Allgemeinheit gerichtet ist.

1. Di aggiornare gli allegati alla deliberazione della Giunta provinciale n. 1411 del 18.12.2018 sostituendoli integralmente con i corrispondenti Allegati A, B e C, parte integrante della presente deliberazione, sulla base delle motivazioni espresse nelle premesse al presente atto.
2. Di integrare l'Allegato C della deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.1998 con le modifiche riportate in grassetto all'Allegato A, Parte 1A e 1B, parte integrante della presente deliberazione.
3. Di dare atto che il presente provvedimento entrerà in vigore il 01.01.2020.
4. Di dare atto che il presente provvedimento non comporta maggiori spese a carico del bilancio provinciale.
5. Di trasmettere digitalmente all'Azienda Sanitaria il presente provvedimento affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni interessati.
6. Di provvedere alla pubblicazione della presente delibera nel Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera d) della legge regionale 19 giugno 2009, n. 2, in quanto trattasi di un atto destinato alla generalità dei cittadini.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALESEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ANLAGE A

AMBULANTE TERRITORIALE LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN BZW. ESSSTÖRUNGEN

TEIL 1 - TARIFVERZEICHNIS DER AMBULANTEN TERRITORIALEN LEISTUNGEN IM BEREICH DER PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN UND ESSSTÖRUNGEN

In den beiden Tarifverzeichnissen "TEIL 1A - TARIFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN" und "TEIL 1B - TARIFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT ESSSTÖRUNGEN" sind die Leistungen enthalten, die von den öffentlichen (Psychiatrische und Psychologische Dienste auf dem Territorium) bzw. privaten akkreditierten im Auftrag und zulasten des Landesgesundheitsdienstes tätigen Einrichtungen im Bereich der psychosomatischen Störungen und Essstörungen erbracht werden können.

Die im Tarifverzeichnis enthaltenen Leistungen ermöglichen die Gewährung der Wesentlichen Betreuungsstandards gemäß DMP 12.01.2017 „Festlegung und Aktualisierung der Wesentlichen Betreuungsstandards (...)“, Art. 26 „Territoriale ambulante und häusliche sozial-gesundheitliche Betreuung von Personen mit psychischen Störungen“. Diese Leistungen fallen nicht in den Bereich der fachärztlichen Leistungen im engeren Sinne. Sie werden im LA-Modell unter den Posten Sprengelbetreuung / territoriale ambulante und häusliche Betreuung von Personen mit psychischen Störungen angeführt.

Die Leistungen für psychosomatische Störungen entsprechen dem Typ "TD-PS" und jene für Essstörungen dem Typ "TD-DCA"; sie ergänzen das Verzeichnis der territorialen und häuslichen Leistungen, die in der Anlage C des Beschlusses der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.1998 enthalten sind.

ALLEGATO A

PRESTAZIONI TERRITORIALI AMBULATORIALI EROGABILI A PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOSOMATICI E DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

PARTE 1 - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI TERRITORIALI AMBULATORIALI EROGABILI NELL'AMBITO DEI DISTURBI PSICOSOMATICI E DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le prestazioni erogabili dalle strutture pubbliche (Servizi psichiatrici e psicologici territoriali) e private accreditate operanti a carico e per conto del Servizio Sanitario Provinciale nell'ambito dei disturbi psicosomatici e/o dei disturbi del comportamento alimentare sono contenute nei nomenclatori tariffari di cui alla Parte 1A - "Nomenclatore tariffario delle prestazioni per persone affette da disturbi psicosomatici" e Parte 1B - "Nomenclatore tariffario delle prestazioni per persone affette da disturbi del comportamento alimentare".

Le prestazioni ivi contenute permettono di soddisfare i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (...)" art. 26 – "Assistenza sociosanitaria territoriale ambulatoriale e domiciliare alle persone con disturbi mentali".

Tali prestazioni non si configurano come attività specialistica in senso stretto, bensì sono classificabili nel modello LA dentro la voce Assistenza distrettuale / Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare per pazienti affetti da disturbi mentali.

Le prestazioni relative ai disturbi psicosomatici sono identificate con il tipo "TD-PS" mentre quelle afferenti ai disturbi del comportamento alimentare con il tipo "TD-DCA" ed integrano l'elenco delle prestazioni territoriali e domiciliari contenute nell'Allegato C della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2568 del 15.06.1998.

TEIL 1A - TARIFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN
PARTE 1A - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOSOMATICI

PHASE DER ANAMNESE UND DIAGNOSE / FASE ANAMNETICA E DIAGNOSTICA								
ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-PS	1500.02	Psychologisch-klinisches Einzelgespräch für eine anamnetische und diagnostische Erstbewertung (einschließlich der Zeit für die Erstellung der Krankenakte) Colloquio psicologico-clinico individuale di prima valutazione anamnetica e diagnostica (include il tempo dedicato all'apertura della cartella clinica)	Patient / paziente		80	Psychologe / psicologo	63,90	25,00
TD-PS	1500.03	Psychologisch-klinisches Einzelgespräch Colloquio psicologico-clinico individuale	Patient / paziente		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-PS	1500.04	Psychologisch-klinisches Familien- oder Paargespräch für eine anamnetische und diagnostische Erstbewertung (einschließlich der Zeit für die Erstellung der Krankenakte) Colloquio psicologico-clinico familiare o di coppia di prima valutazione anamnetica e diagnostica (include il tempo dedicato all'apertura della cartella clinica)	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari		80	Psychologe / psicologo	63,90	25,00
TD-PS	1500.05	Psychologisch-klinisches Familien- oder Paargespräch Colloquio psicologico-clinico familiare o di coppia	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-PS	1500.06	Durchführung/Beurteilung von psychodiagnostischen Tests Somministrazione/valutazione di test psico-diagnostici	Patient / paziente		30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00

BEHANDLUNGSPHASE / FASE DI TRATTAMENTO								
ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-PS	1500.07	Einzelpsychotherapie Psicoterapia individuale	Patient / paziente	Pro Sitzung / per seduta	60	Psychotherapeut / psicoterapeuta	48,00	0,00
TD-PS	1500.08	Psychotherapie für Paare oder Familien Psicoterapia familiare o di coppia	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari	Pro Sitzung / per seduta	100	Psychotherapeut / psicoterapeuta	79,90	0,00
TD-PS	1500.09	Gruppenpsychotherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 90 Minuten Psicoterapia di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 90 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	90	Psychotherapeut / psicoterapeuta	9,60	0,00
TD-PS	1500.10	Gruppenpsychotherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 60 Minuten Psicoterapia di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 60 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	60	Psychotherapeut / psicoterapeuta	6,40	0,00
TD-PS	1500.11	Psychologische Einzeltherapie Terapia psicologica individuale	Patient / paziente	Pro Sitzung / per seduta	60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-PS	1500.12	Psychologische Gruppentherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 90 Minuten Terapia psicologica di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 90 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	90	Psychologe / psicologo	9,60	0,00
TD-PS	1500.18	Psychologische Gruppentherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 60 Minuten Terapia psicologica di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 60 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	60	Psychologe / psicologo	6,40	0,00
TD-PS	1500.19	Psychologische individuelle- oder Familienberatung - auch telefonisch (Voraussetzung ist die Aufnahme des Patienten; sieht die Aktualisierung der Krankenakte vor) Consulenza psicologica individuale o familiare anche telefonica (presuppone la presa in carico del soggetto; prevede l'aggiornamento della cartella clinica)	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari	Pro Sitzung / per seduta	30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00

TEIL 1A - TARIFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN
PARTE 1A - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOSOMATICI

ANDERE LEISTUNGEN / ALTRE PRESTAZIONI								
ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-PS	1500.13	Ausführlicher Bericht für andere Körperschaften/Dienste über den einzelnen klinischen Fall Relazione complessa ad enti esterni sul singolo caso clinico	Landesgericht, fachärztliche Krankenhausdienste, Dienst für Rechtsmedizin, Ärzte für Allgemeinmedizin Tribunale, servizi specialistici ospedalieri, servizio medicina legale, MMG	Die Leistung kann nur einmal pro Fall erbracht werden / Codificabile per il caso trattato una sola volta	50	Psychologe / psicologo	40,00	0,00
TD-PS	1500.14	Kurzer Bericht für andere Körperschaften/Dienste über den einzelnen klinischen Fall Relazione breve ad enti esterni sul singolo caso clinico	Landesgericht, fachärztliche Krankenhausdienste, Dienst für Rechtsmedizin, Ärzte für Allgemeinmedizin Tribunale, servizi specialistici ospedalieri, servizio medicina legale, MMG	Die Leistung kann nur einmal pro Fall erbracht werden / Codificabile per il caso trattato una sola volta	20	Psychologe / psicologo	16,00	0,00
TD-PS	1500.15	Klinisch-institutionelles Treffen mit anderen Partnern des Netzwerkes Incontri clinici a carattere istituzionale con altri soggetti della rete	Psychiatrische und psychologische Dienste im Krankenhaus oder auf dem Territorium, fachärztliche Krankenhausdienste, Sozialdienste Servizi Psichiatrici e Psicologici territoriali ed ospedalieri, servizi specialistici ospedalieri, Servizi Sociali		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-PS	1500.16	Besprechung des Falles mit anderen Partnern des Netzwerkes Discussione del caso con altri soggetti della rete	Psychiatrische und psychologische Dienste im Krankenhaus oder auf dem Territorium, Familienberatungsstellen, Ärzte für Allgemeinmedizin Servizi Psichiatrici e Psicologici territoriali ed ospedalieri, consultori familiari, MMG		30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00
TD-PS	1500.17	Psychologische Visite in Einrichtungen für stationäre und Krankenhausbetreuung Visita dello psicologo in strutture residenziali e di ricovero	Psychiatrische Krankenhausdienste, fachärztliche Krankenhausabteilungen, stationäre Einrichtungen auf dem Territorium, therapeutische Rehabilitationsgemeinschaften Servizi psichiatrici ospedalieri, reparti specialistici ospedalieri, strutture residenziali e comunità terapeutico-riabilitative e sociosanitarie		90	Psychologe / psicologo	71,90	0,00

TEIL 1B - TARIFFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT ESSTÖRUNGEN
PARTE 1B - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

PHASE DER ANAMNESE UND DIAGNOSE / FASE ANAMNETICA E DIAGNOSTICA								
ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-DCA	1600.01	Psychologisch-klinisches Einzelgespräch für eine anamnetische und diagnostische Erstbewertung (einschließlich der Zeit für die Erstellung der Krankenakte) Colloquio psicologico-clinico individuale di prima valutazione anamnetica e diagnostica (include il tempo dedicato all'apertura della cartella clinica)	Patient / paziente		80	Psychologe / psicologo	63,90	25,00
TD-DCA	1600.02	Psychologisch-klinisches Einzelgespräch Colloquio psicologico-clinico individuale	Patient / paziente		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-DCA	1600.03	Psychologisch-klinisches Familien- oder Paargespräch für eine anamnetische und diagnostische Erstbewertung (einschließlich der Zeit für die Erstellung der Krankenakte) Colloquio psicologico-clinico familiare o di coppia di prima valutazione anamnetica e diagnostica (include il tempo dedicato all'apertura della cartella clinica)	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari		80	Psychologe / psicologo	63,90	25,00
TD-DCA	1600.04	Psychologisch-klinisches Familien- oder Paargespräch Colloquio psicologico-clinico familiare o di coppia	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-DCA	1600.05	Durchführung/Beurteilung von psychodiagnostischen Tests Somministrazione/valutazione di test psico-diagnostici	Patient / paziente		30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00

BEHANDLUNGSPHASE / FASE DI TRATTAMENTO								
ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-DCA	1600.06	Einzelpsychotherapie Psicoterapia individuale	Patient / paziente	Pro Sitzung / per seduta	60	Psychotherapeut / psicoterapeuta	48,00	0,00
TD-DCA	1600.07	Psychotherapie für Paare oder Familien Psicoterapia familiare o di coppia	Patient und Familienmitglieder / paziente e suoi familiari	Pro Sitzung / per seduta	100	Psychotherapeut / psicoterapeuta	79,90	0,00
TD-DCA	1600.08	Gruppenpsychotherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 90 Minuten Psicoterapia di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 90 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	90	Psychotherapeut / psicoterapeuta	9,60	0,00
TD-DCA	1600.09	Gruppenpsychotherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 60 Minuten Psicoterapia di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 60 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	60	Psychotherapeut / psicoterapeuta	6,40	0,00
TD-DCA	1600.10	Psychologische Einzeltherapie Terapia psicologica individuale	Patient / paziente	Pro Sitzung / per seduta	60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-DCA	1600.11	Psychologische Gruppentherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 90 Minuten Terapia psicologica di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 90 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	90	Psychologe / psicologo	9,60	0,00
TD-DCA	1600.17	Psychologische Gruppentherapie - von 5 bis 10 Patienten für jede einzelne Sitzung - Dauer 60 Minuten Terapia psicologica di gruppo - min. 5 e max. 10 pazienti per seduta da 60 min.	Patient / paziente	Pro Sitzung und pro Teilnehmer / per seduta e per partecipante	60	Psychologe / psicologo	6,40	0,00

TEIL 1B - TARIFFVERZEICHNIS DER LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT ESSTÖRUNGEN
PARTE 1B - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

TD-DCA	1600.18	Psychologische individuelle- oder Familienberatung - auch telefonisch (Voraussetzung ist die Aufnahme des Patienten; sieht die Aktualisierung der Krankenakte vor) Consulenza psicologica individuale o familiare anche telefonica (presuppone la presa in carico del soggetto; prevede l'aggiornamento della cartella clinica)	Patient oder Familienmitglieder / paziente o i suoi familiari	Pro Sitzung / per seduta	30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00
--------	---------	--	---	--------------------------	----	------------------------	-------	------

ANDERE LEISTUNGEN / ALTRE PRESTAZIONI

ART / TIPO	CODE / CODICE	LEISTUNG / PRESTAZIONE	NUTZER / UTENZA	ERBRINGUNGSKRITERIEN / CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	DAUER (in Minuten) / DURATA (in minuti)	BERUFSBILD / FIGURA PROFESSIONALE	TARIF (in Euro) / TARIFFA (in euro)	KOSTENBETEILIGUNG (in Euro) / COMPARTICIPAZIONE (in euro)
TD-DCA	1600.12	Ausführlicher Bericht für andere Körperschaften/Dienste über den einzelnen klinischen Fall Relazione complessa ad enti esterni sul singolo caso clinico	Stationäre Einrichtungen im Bereich Essstörungen, Schulen, Jugendgericht oder anderes zu diesem Zwecke ernannte Rechtssubjekt (Vormund) Strutture residenziali DCA, scuole, Tribunale dei Minori o altro soggetto all'uopo nominato (tutore)	Die Leistung kann nur einmal pro Fall erbracht werden / Codificabile per il caso trattato una sola volta	50	Psychologe / psicologo	40,00	0,00
TD-DCA	1600.13	Kürzer Bericht für andere Körperschaften/Dienste über den einzelnen klinischen Fall Relazione breve ad enti esterni sul singolo caso clinico	Stationäre Einrichtungen im Bereich Essstörungen, Schulen, Jugendgericht oder anderes zu diesem Zwecke ernannte Rechtssubjekt (Vormund) Strutture residenziali DCA, scuole, Tribunale dei Minori o altro soggetto all'uopo nominato (tutore)	Die Leistung kann nur einmal pro Fall erbracht werden / Codificabile per il caso trattato una sola volta	20	Psychologe / psicologo	16,00	0,00
TD-DCA	1600.14	Klinisch-institutionelles Treffen mit anderen Partnern des Netzwerkes Incontri clinici a carattere istituzionale con altri soggetti della rete	Psychiatrische und Psychologische Dienste im Krankenhaus und auf dem Territorium, fachärztliche Krankenhausabteilungen, Einrichtungen im Bereich Prävention, Jugendgericht oder anderes zu diesem Zwecke ernannte Rechtssubjekt (Vormund) Servizi Psichiatrici e Psicologici ospedalieri e territoriali, reparti specialistici ospedalieri, strutture operanti nell'ambito della prevenzione, Tribunale dei Minori o altro soggetto all'uopo nominato (tutore)		60	Psychologe / psicologo	48,00	0,00
TD-DCA	1600.15	Besprechung des Falles mit anderen Partnern des Netzwerkes Discussione del caso con altri soggetti della rete	Psychiatrische und Psychologische Dienste im Krankenhaus und auf dem Territorium, fachärztliche Krankenhausabteilungen, Ärzte für Allg.med. und Kinderärzte freier Wahl, stationäre Einrichtungen und therapeutische Rehabilitationsgemeinschaften sowie soziosanitäre Gemeinschaften im Bereich Essstörungen, Familienberatungsstellen, Jugendgericht oder anderes zu diesem Zwecke ernannte Rechtssubjekt (Vormund) Servizi Psichiatrici e Psicologici ospedalieri e territoriali, reparti specialistici ospedalieri, MMG e pediatri di libera scelta, strutture residenziali e comunità terapeutico-riabilitative e socio-sanitarie per DCA, consultori familiari, Tribunale dei Minori o altro soggetto all'uopo nominato (tutore)		30	Psychologe / psicologo	24,00	0,00
TD-DCA	1600.16	Psychologische Visite in Einrichtungen für stationäre und Krankenhausbetreuung Visita dello psicologo in strutture residenziali e di ricovero	Psychiatrische Dienste sowie fachärztliche Abteilungen im Krankenhaus, stationäre Einrichtungen auf dem Territorium, therapeutische Rehabilitationsgemeinschaften sowie soziosanitäre Gemeinschaften im Bereich Essstörungen Servizi psichiatrici ospedalieri, reparti specialistici ospedalieri, strutture residenziali, comunità terapeutico-riabilitative e socio-sanitarie per DCA		90	Psychologe / psicologo	71,90	0,00

TEIL 2 - LEITLINIEN FÜR DIE ERBRINGUNG DER AMBULANTEN TERRITORIALEN LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN UND ESSSTÖRUNGEN

1. RECHTLICHE UND INHALTSBEZOGENE VERWEISE

Das DPMR vom 12.01.2017 "Festlegung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Art. 1 Absatz 7 des Gesetzesdekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992" in Artikel 26 gewährleistet die territoriale Betreuung und zu Hause und den direkten Zugang für Menschen mit psychischen Störungen. Es wird vorausgesetzt, dass sich ein multidisziplinäres Team um das Thema kümmert und ein individuelles Therapieprogramm erstellt, das nach Behandlungsintensität, Komplexität des Falles und Dauer der Behandlung, zu der auch spezialisierte medizinische, diagnostische, therapeutische, psychologische, psychotherapeutische und rehabilitative Dienstleistungen gehören, mit Methoden und Instrumenten auf der Grundlage modernster wissenschaftlicher Erkenntnisse differenziert ist.

Die vom zuständigen Ministerium herausgegebenen Richtlinien NICE (National Institute of Health and Care Excellence), APA (American Psychiatric Association) und psychische Gesundheit sowie die für Essstörungen spezifischen Richtlinien (Quaderni del Ministero della Salute Nr. 29. September 2017) sind eine Bezugsquelle für den Arzt bei der Bewertung, Überwachung und Behandlung dieser Erkrankungen.

2. BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT

Die Tätigkeit für Menschen mit psychischen Störungen wird in Südtirol von den territorialen psychiatrischen und psychologischen Diensten und von akkreditierten privaten Einrichtungen durchgeführt, die im Auftrag und Zulasten des Landesgesundheitsdienstes tätig sind (nachfolgend "Privatpersonen" genannt). Trotz der Tatsache, dass psychische Störungen eine gemeinsame Klassifikation haben (von der APA entwickeltes DSM V-System), zeigen die von den Bezirken des Sanitätsbetriebes umgesetzten Eingriffe und Betreuungspfade erhebliche Unterschiede aufgrund von organisatorischen Faktoren, Wissen und Kompetenz.

In Übereinstimmung mit den ministeriellen Leitlinien und im Einklang mit der wachsenden Nachfrage aufgrund der Entwicklung von Störungen in der Bevölkerung Südtirols soll diese Maßnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Situationen auf dem Territorium den Mindestinhalt der Betreuungspfade zur Übernahme und multidisziplinären Behandlung von Personen mit psychosomatischen Störungen und Essstörungen festlegen. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist für die Festlegung der Protokolle und Betreuungspfade entsprechend dem sozialen und organisatorischen Kontext, in dem die verschiedenen Dienste tätig sind, verantwortlich.

a) Betreuungspfade für Personen mit psychosomatischen Störungen (in Anwendung des Beschlusses der L.R. 1486/2001, Anlage A):

Die in Südtirol umgesetzten Betreuungspfade im Bereich der psychosomatischen Störungen, inspiriert durch das deutsche Modell, bieten einen integrierten Ansatz durch psychoedukative und psychotherapeutische Behandlungen in Kombination mit Maßnahmen, die darauf abzielen, dem Patienten ein größeres Bewusstsein des eigenen Körpers zu vermitteln bzw. eine Selbsterziehung durch Bewegung und Selbstentspannung. Der vorgeschlagene Ansatz ist eine Alternative oder Ergänzung zur psychiatrischen und pharmakologischen Behandlung.

Der Einsatz ist intensiv und kurz (die Behandlungsdauer hängt von der Komplexität des Falles und der möglichen Komorbidität der Störungen ab) und richtet sich an Menschen mit Erkrankungen wie leichte oder mittlere Depressionen, Angststörungen (Panikattacken), Sozialphobie, spezifische Phobien und generalisierte Angststörung), Zwangsstörung, somatoforme Störung, bei chronischen Schmerzen ohne Befund und/oder mit psychosomatischer Komponente (Fibromyalgie, Kopfschmerzen) und posttraumatischer Störung oder damit verbundenem Stress.

Die Patienten sind klinisch stabil und müssen nicht in Krankenhäuser oder Pflegeheime aufgenommen werden. Der Zugang zu öffentlichen Diensten erfolgt auf freiwilliger und direkter Basis, d.h. ohne Zusendung vonseiten des Hausarztes. Um die klinische Angemessenheit zu gewährleisten ist für den Zugang zu privaten Einrichtungen eine Verschreibung des Allgemeinmediziners, des Facharztes des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Psychologischen Diensten erforderlich.

Für die Erhebung und Abrechnung der oben beschriebenen Tätigkeit ist das in Teil 1A genannte Tarifverzeichnis zu verwenden.

Die Heterogenität der behandelten Fälle und die geringe Neigung zur medizinischen Behandlung führen oft zu Absagen und nicht erbrachten Leistungen, die die Bildung standardisierter Leistungspakete nicht zulassen. Zur therapeutischen Angemessenheit sieht das auf Betriebsebene erstellte Tätigkeitsprotokoll jedenfalls eine maximale Anzahl von Behandlungszyklen vor.

b) Betreuungspfade für Personen mit Essstörungen:

Essstörungen sind seit einigen Jahren Gegenstand der Aufmerksamkeit der Wissenschaft aufgrund der zunehmenden Verbreitung unter den jüngeren Bevölkerungsgruppen. Essstörungen sind oft von schweren körperlichen Komplikationen begleitet, die in den schwerwiegendsten Fällen zu einem erheblichen Sterberisiko führen können. Zu den häufigen Essstörungen gehören Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Essucht oder Binge eating (BED) und andere Störungen (Pica, Vermeidung bzw. Einschränkung der Nahrungsaufnahme, etc.).

Die internationalen und nationalen Richtlinien sehen die Übernahme und Behandlung durch ein multidisziplinäres Team vor, das für die unverzichtbare Anwesenheit des Ernährungsmediziners oder des Internisten, des Ernährungstherapeuten, des Psychologen und des Psychotherapeuten und, je

nach klinischem Fall und angewendetem Organisationsmodell, der Anwesenheit zusätzlicher Berufsbildern wie des Psychiaters und/oder des Neuropsychiaters sorgt.

Diese Leitlinien und Richtlinien analysieren auch die geeigneten Betreuungsebene, die den Patienten vom Auftreten der Erkrankung (Akutphase) bis zur ambulanten Rehabilitation (Stabilisierungsphase) begleiten. Die ambulante Behandlung ist in der postakuten Phase und im Krisenfall entscheidend.

Die diagnostisch -therapeutischen Betreuungspfade (DTBP), die teilweise bereits auf Betriebsebene festgelegt sind, sollen an den soziodemografischen Kontext und die spezifischen klinischen und organisatorischen Merkmale jeder Situation auf dem Territorium angepasst werden und müssen den folgenden Mindestinhalt aufweisen:

- Phase 1 – diagnostische Einstufung: beinhaltet die klinische Bewertung des Ernährungsmediziners, Labortests, Bewertung des Ernährungsverhaltens und der Ernährungstherapie des Ernährungstherapeuten, psychopathologische Bewertung auch durch Diagnosetests;
- Phase 2 - Behandlung und Überwachung: Multidisziplinärer Ansatz durch den therapeutischen Eingriff des Ernährungstherapeuten, des Psychotherapeuten und der Überwachung von Mediziner;
- Phase 3 - Follow-up: Auswertung der mittel- und langfristigen Ergebnisse der Behandlungen.

Für die Festlegung des Standards und der angemessenen Behandlungsdauer entsprechend der Erkrankung und Schwere des klinischen Falles basieren die Betreuungspfade auf den Mindeststandards, die durch die NICE-Richtlinien und nationale Richtlinien festgelegt sind.

Die DTBP sehen auch Fälle vor, in denen eine Behandlung in einem anderen Versorgungssystem als der ambulanten Behandlung notwendig und angemessen ist.

Das Verzeichnis in Teil 1B basiert auf dem Mindestinhalt des oben beschriebenen Betreuungspfad und beschreibt jede Phase durch die Erbringung spezifischer Leistungen für jedes Berufsbild, die von öffentlichen und privaten Einrichtungen bereitgestellt werden.

Auch in diesem Bereich führen die Heterogenität der behandelten Fälle und die geringe Neigung zur medizinischen Behandlung oft zu Absagen, zu nicht erbrachten Leistungen, welche die Bildung standardisierter Leistungspakete nicht zulassen.

Der in Teil 1B enthaltene Katalog der Essstörungen sieht in diesem Stadium und bis zur Festlegung der spezifischen Kriterien für die Akkreditierung vorerst nur die Tätigkeit des Psychologen und Psychotherapeuten vor.

Für Leistungen im Zusammenhang mit anderen Fachpersonen des multidisziplinären Teams (Ernährungsmediziner/Internist, Ernährungstherapeut, Psychiater bzw. Neuropsychiater) wird auf einen

zusätzlichen Vergleich mit den Ärzten und die entsprechende Aktualisierung des Verzeichnisses mit einer späteren Maßnahme vonseiten der Landesverwaltung verwiesen.

TEIL 3 - FINANZIERUNG PRIVATER AKKREDITIERTER EINRICHTUNGEN, WELCHE IM AUFTRAG UND ZULASTEN DES LANDESGESUNDHEITSDIENSTES AMBULANTE TERRITORIALE LEISTUNGEN IM BEREICH DER PSYCHOSOMATISCHEN ESSSTÖRUNGEN ERBRINGEN

1. BESCHREIBUNG DES FINANZIERUNGSMODELLES

Das Finanzierungsmodell der akkreditierten privaten Einrichtungen, welche Dienstleistungen für Menschen mit psychosomatischen Störungen bzw. Essstörungen erbringen, sieht ein gemischtes Leistungsbezogenes und Budgetbezogenes Vergütungssystem vor. Die Tarife der Leistungen sind als maximale Tarife dargestellt.

2. LEISTUNGSBEZOGENE FINANZIERUNG

2.1.1. Personalkosten für direkte und indirekte Tätigkeit

Die Personalkosten für direkte und indirekte Tätigkeiten werden pro Leistung, aufgrund der in vorliegender Anlage A Teil 1A und 1B angegebenen Tarife des Tarifverzeichnisses, vergütet.

Die Tarife werden auf der Grundlage der Standardstundensätze der direkt an der Erbringung von Leistungen beteiligten Gesundheitsberufsbilder berechnet sowie eines zusätzlichen Prozentsatzes, der die indirekte Tätigkeit dieser Berufsbilder, vergütet:

Berufsbild	Standardstundensatz	Zusätzlicher %satz für indirekte Tätigkeit
Psychologe/Psychotherapeut	€ 44,00- (Euro vierundvierzig /00)	9%

Als indirekte Tätigkeit gilt jede Tätigkeit der beteiligten medizinischen Fachkräfte, die nicht bereits in der direkten Tätigkeit (Leistungen im Katalog), oder in der Unterstützungstätigkeit enthalten ist, die gemäß den folgenden Absätzen im Budget erkennbar ist. Ein Beispiel für Indirekte Tätigkeit ist die Zeit, die für verpasste Termine, Vorbereitung von Einzel- und Gruppensitzungen usw. verwendet wird.

2.1.2. Vergütung der Leistungen mit Kopräsenz

Bei Leistungen, die in Kopräsenz von mehr als einem Berufsbild erbracht werden, wird die Leistung der Hauptfigur kodiert und die Standardkosten des sekundären Berufsbild werden vergütet, entsprechend den tatsächlichen Minuten, die von diesem bereitgestellt werden, und um den zusätzlichen Prozentsatz der indirekten Tätigkeit erhöht.

3. FINANZIERUNG ANHAND EINES AUSGABENBUDGETS

3.1. Ausgabenbudget für Gesundheitspersonal und unterstützende Tätigkeiten

Die vom Gesundheitspersonal in der unterstützenden Tätigkeit tatsächlich geleisteten Stunden werden innerhalb des vereinbarten Stundenbudgets vergütet. Die für jede Kategorie von unterstützenden Tätigkeiten veranschlagten Stunden dürfen sich nicht mit den für direkte und indirekte Tätigkeiten oder für andere unterstützenden Tätigkeiten veranschlagte Stunden überschneiden. Das Budget wird für jedes Berufsbild aufgrund folgender Kriterien festgelegt:

Tätigkeits-kodex	Beschreibung Tätigkeit	Berufsbild	Erbringungsbedingung	Berechnungskriterium *
a)	Klinische Teambesprechungen (wöchentliche Treffen zur Behandlung von klinischen Fällen und zur Festlegung von Behandlungsplänen)	Psychologe/ Psychotherapeut	Anerkennung von maximal 2 Stunden pro Woche und 92 pro Jahr	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl
b)	Treffen und Arbeitsgruppen organisatorischer Natur	Psychologe/ Psychotherapeut	Die jährliche Stundenanzahl wird jährlich mit dem Sanitätsbetrieb vereinbart	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl
c)	Geplante und nicht geplante Treffen zur Besprechung der einzelnen klinischen Fälle (außerordentliche klinische Treffen zur Behandlung in Ausnahmefällen von Rückfällen und Krisen der behandelten Patienten)	Psychologe/ Psychotherapeut	Die jährliche Stundenanzahl wird jährlich mit dem Sanitätsbetrieb vereinbart	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl
d)	Ausbildung **	Psychologe/ Psychotherapeut	Anerkennung von maximal 70 Weiterbildungsstunden, die ca. 50 CME-Credits entsprechen	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl
e)	Überprüfung (spezifische Schulung / Audit zur Qualitätskontrolle)	Psychologe/ Psychotherapeut	Die jährliche Stundenanzahl wird jährlich mit dem Sanitätsbetrieb vereinbart	Standardstundensatz des Berufsbildes (Tabelle Abs. 2.1.1) mal vereinbarte jährliche Stundenanzahl

f)	Koordination (Stunden für die Koordination des lokalen ambulanten Dienstes)	Psychologe/ Psychotherapeut	Die maximale jährliche Stundenanzahl wird jährlich mit dem Sanitätsbetrieb vereinbart	Standardstundenkosten der einzelnen Berufsbilder (Tabelle Abs. 2.1.1) multipliziert mit dem vereinbarten jährlichen Stundensatz.
g)	Tutoring (Stunden für die Ausbildung von Praktikanten)	Psychologe/ Psychotherapeut	Die maximale jährliche Stundenanzahl wird jährlich mit dem Sanitätsbetrieb vereinbart	Standardstundenkosten der einzelnen Berufsbilder (Tabelle Abs. 2.1.1) multipliziert mit dem vereinbarten jährlichen Stundensatz.

* Der Standardstundensatz wie in Absatz 2.1.1 angegeben und ohne zusätzlichen %satz für indirekte Tätigkeit

** Die von der privaten Einrichtung an den Arbeitnehmer oder Selbständigen für die Ausbildungstätigkeit gezahlten Stunden werden anerkannt.

In Bezug auf die Tätigkeit im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen kann der Sanitätsbetrieb auch ein Stundenbudget (Stunden direkter und unterstützender Tätigkeiten) bezüglich Behandlungen zum Körperbewusstsein, Bewegung und Entspannung mitwirkend zur psychologischen und psychotherapeutischen Therapie erkennen. Diese Tätigkeiten sind gemäß Beschluss der L.R. 711/1996, ergänzt durch Beschluss der L.R. Nr. 1183 vom 13.10.2015, für Personal mit einer angemessenen Ausbildung im Hinblick auf die klinischen und sozialen Bedürfnisse der Nutzer anzuerkennen, die höchstens (d.h. mit Obergrenze) zu den für die Berufsbilder der Therapeuten und der Erzieher festgelegten Standardkosten, d.h. maximal 32,00 Euro pro Stunde, vergütet werden.

3.2. Budget für spezifische Kosten

Dabei handelt es sich um direkte, objektive und ausschließlich für die ambulante Tätigkeit anfallende Kosten, deren Quantifizierung ohne die Festlegung von Verrechnungskriterien erfolgt: die Kosten für das Gesundheitspersonal können nicht berücksichtigt werden.

Es sind die im Abschnitt "3.4 Typologien von spezifischen und Gemeinkosten" beispielsweise angeführten Kosten. Typischerweise handelt es sich um Kosten für Verbrauchsmaterialien im Zusammenhang mit der Tätigkeit, Mieten, Instandhaltung, Versicherung und Steuern im Zusammenhang mit dem Gebäude, in dem die Leistungen erbracht werden, Verwaltungs- oder nicht-gesundheitliches Personal, das in ambulanten Tätigkeiten beschäftigt ist, usw.

Die Höchstgrenze des zu erfassenden Betrags beträgt 100% der geschätzten Kosten und ergibt sich aus der Anwendung eines durchschnittlichen Standardkosten pro Maßeinheit des Produktionsfaktors und einer durchschnittlichen Standardmenge, die für die Durchführung der Tätigkeit erforderlich ist.

3.3. Budget für Gemeinkosten

Dabei handelt es sich um angefallene Kosten, die unterschiedslos auf alle von der Einrichtung angebotenen Tätigkeiten bezogen werden, die keine direkte, objektive und ausschließliche Beziehung zu einer bestimmten Tätigkeit haben. Die Zuordnung zu einer bestimmten Tätigkeit erfordert zwangsläufig die Anwendung eines oder mehrerer Verrechnungskriterien.

Dies sind die im Abschnitt "3.4 - Typologien von spezifischen- und Gemeinkosten" beispielsweise aufgeführten Kosten. Typischerweise handelt es sich um Kosten im Zusammenhang mit Führungsgehältern oder Verwaltungspersonal, die für die gesamte Einrichtung arbeiten, usw.

Die **Berechnung der veranschlagten Gemeinkosten** erfolgt durch die Anwendung durchschnittlicher Standardkosten pro Maßeinheit des Produktionsfaktors und eine durchschnittliche Standardmenge, die für die Durchführung der verschiedenen gemeinsamen Tätigkeiten der Struktur erforderlich sind.

Die **Obergrenze des veranschlagten Betrags für die ambulanten Tätigkeiten ergibt sich aus der Anwendung eines maximalen Prozentsatzes auf die gesamten veranschlagten Gemeinkosten der gesamten Einrichtung**, wie im folgender Berechnung dargestellt:

<p>maximaler %-Wert, der auf die Summe der veranschlagten Gemeinkosten der gesamten Einrichtung anzuwenden ist</p>	<p>=</p>	<p>Gesamtkosten des Gesundheitspersonals für direkte, indirekte und unterstützende Tätigkeiten und anderer spezifischer Kosten (Punkt 3.2), die sich aus dem mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Budget ergeben und <u>spezifisch und eng mit der ambulanten territorialen Tätigkeit verbunden sind</u></p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>Gesamtkosten des Gesundheitspersonals für direkte, indirekte und unterstützende Tätigkeiten und anderer spezifischer Kosten (Punkt 3.2), die sich aus dem mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Haushalt <u>für alle von der Einrichtung bereitgestellten Tätigkeiten</u> ergeben.</p>
---	-----------------	--

3.4. Typologien von spezifischen- und Gemeinkosten

Die folgenden Typologien von Kosten sind als "spezifisch" oder "gemeinsam" zu betrachten, je nachdem, ob sie der Einteilung in die Kategorien in Punkt 3.2, oder 3.3 entsprechen:

a) Ausgaben für den Ankauf von Gütern

- Putzmaterial, Büromaterial /Verbrauchs- und Druckmaterial, didaktisches Material
- Energie und Heizung, Treibstoff, kleine Reparaturen und Instandhaltung des Autos
- Andere Ausgaben

b) Ausgaben für den Ankauf von Dienstleistungen

- Mobilfunk-, Fixtelefon- und Internetgebühren
- Instandhaltung und Reparatur von Hardware und Büromaschinen
- Beitrag für buchhalterische- und Arbeitsberatung
- Ordentliche Instandhaltung und kleine Reparaturen
- Versicherung und Brandschutz
- Andere Ausgaben

c) Nutzung von Gütern Dritter

- Miete und Betriebskosten
- Andere Ausgaben

d) Verwaltungskosten

- Verwaltungstätigkeiten und Verwaltungspersonal
- Führungskräfte
- Andere Personalkosten (Reisen, Unterkunft und reisebedingte Mahlzeiten, Anmeldegebühren für Schulungen, usw.)

3.5. Nicht zulässige und nicht finanzierbare Kosten

Die angeführten Kosten sind nicht zulässig und folglich nicht finanzierbar

- Investitionskosten (bei Kapitalfinanzierungen wird auf das Landesgesetz Nr. 7 vom 05.03.2001 verwiesen);
- Finanzaufwendungen (Passivzinsen usw.);
- Verwaltungsstrafen;
- Repräsentationskosten (Essen, Geschenke);
- Spenden und Geschenke im Allgemeinen;
- Material für Ausstattungen, Dekorationen, Blumen, fotografische Dienste und Ähnliches;
- In Abzug gebrachte MwSt.;
- Ertragsteuern;
- Verlust der Vorjahre;
- Essenskosten für ehrenamtliche Mitarbeiter;
- Kosten für nicht-sanitäres, bedienstetes Personal, die jene aus den Gehaltstabellen des Bereichsübergreifenden Kollektivvertrages für Landesangestellte in der entsprechenden Funktionsebene übersteigen;
- Honorar-, Reise-, Unterkunft- und Verpflegungskosten, welche die Außendienstvergütung gemäß bereichsübergreifendem Kollektivvertrag vom 09.04.2008 übersteigen.

4. AUSGABENBUDGET

Die private Einrichtung stellt ein Budget der jährlichen Ausgaben für alle Tätigkeiten der Einrichtung und der gemeinsamen Kosten vor, der mit den Werten des vergangenen Jahres und mit spezifischem Hinweis für alle Einnahmen, die sich aus der Kostenbeteiligung des Patienten ergeben, für alle anderen Beiträge, die auf der Grundlage von Gesetzen (Land, Region oder Staat) oder Beiträgen anderer öffentlicher Verwaltungen ausgezahlt werden, sowie für alle Mittel, die in früheren Zeitpunkten ausgezahlt und nicht ausgegeben wurden, vereinbar ist.

5. AUSGABENHÖCHSTGRENZE

Auf der Grundlage des auf Betreuungsbedarf berechneten Produktionsplan der Leistungen und auf der Grundlage des von der Einrichtung in der im vorherigen Absatz beschriebenen Weise vorgelegten Ausgabenbudgets und unter Bezugnahme auf die nachstehend genannten Elemente bestimmt der Sanitätsbetrieb eine jährliche Ausgabenobergrenze für ambulante territoriale Tätigkeiten, die sich aus der Summe der folgenden Werte ergibt:

Beschreibung der Ausgabe	Berechnungskriterium	Finanzierungskriterium	
1) Produktionsplan der territorialen ambulanten Leistungen	Anzahl Leistungen x Tarif	Finanzierung pro Leistung (Teil 3, Abs. 2)	+
2) Spezifische Personalkosten im Zusammenhang mit der unterstützenden Tätigkeit für die territoriale ambulante Tätigkeit	Anzahl Stunden x Standardtagessatz der Berufsbilder	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.1)	+
3) Andere spezifische Kosten für die territoriale ambulante Tätigkeit	Anzahl x Standardkosten	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.2)	+
4) Betrag der allgemeinen Gemeinkosten – im Bezug zur ambulanten Tätigkeit	Je nach maximalem berechneten % in Abs.3.3 - Budget der Gemeinkosten	Budgetfinanzierung (Teil 3, Abs. 3.3)	=
AUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR DIE TERRITORIALE AMBULANTE TÄTIGKEIT			

Bei der Festlegung der Ausgabenhöchstgrenze wird auch ein angemessenes Verhältnis zwischen den allgemeinen Betriebskosten und dem Umfang der geplanten Tätigkeiten sowie den durchschnittlichen Standardkosten und nicht erkennbaren Kosten gemäß Nummer 3.5, berücksichtigt.

Die Endfinanzierung der tatsächlichen Ausgaben der Einrichtung (ohne Einnahmen) liegt immer innerhalb der Obergrenze der zuvor berechneten Ausgabenhöchstgrenze.

Als Kosten und Erlöse versteht man monetäre Kosten (Ausgaben) und monetäre Erträge (Einnahmen), die im betrachteten Zeitabschnitt tatsächlich angefallen oder eingenommen wurden.

PARTE 2 - LINEE GUIDA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERRITORIALI AMBULATORIALI EROGATE A PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOSOMATICI E DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1. RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTENUTISTICI

Il DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" all'art. 26 garantisce l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare ad accesso diretto a favore di persone con disturbi mentali. Essa presuppone la presa in carico del soggetto da parte di un'equipe multidisciplinare la quale elabora un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità di cura, complessità del caso e durata del trattamento, che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche nonché riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

Le linee guida NICE (National Institute of Health and Care Excellence), APA (American Psychiatric Association) e di indirizzo per la Salute Mentale emesse dal competente Ministero nonché quelle specifiche dei disturbi del comportamento alimentare (Quaderni del Ministero della Salute n. 29 settembre 2017) rappresentano fonte di riferimento per il clinico nella valutazione, monitoraggio e trattamento dei disturbi in oggetto.

2. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

L'attività rivolta alle persone affette da disturbi mentali è erogata in Provincia di Bolzano dai Servizi psichiatrici e psicologici territoriali e dai soggetti privati accreditati operanti per conto e a carico del Servizio Sanitario Provinciale (di seguito denominati "soggetti privati"). Nonostante i disturbi mentali abbiano una comune classificazione (Sistema DSM V elaborato dall'APA), gli interventi e i percorsi attuati dai Comprensori dell'Azienda sanitaria presentano differenze significative dovute a fattori organizzativi, di conoscenza e competenza.

In conformità con gli indirizzi ministeriali ed in linea con la richiesta crescente, dovuta agli sviluppi dei disturbi nella popolazione altoatesina, con il presente provvedimento si intende inquadrare, nel rispetto delle differenti realtà territoriali, i contenuti minimi dei percorsi di presa in carico e trattamento multidisciplinare dei soggetti affetti da disturbi psicosomatici e del comportamento alimentare. All'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è demandata la declinazione dei protocolli e dei percorsi a seconda del contesto sociale ed organizzativo in cui operano i diversi servizi.

a) Percorsi per persone affette da disturbi psicosomatici (in applicazione della deliberazione della G.P. 1486/2001, Allegato A):

I percorsi istituiti in Provincia di Bolzano nell'ambito dei disturbi psicosomatici, ispirati al modello tedesco, prevedono un approccio integrato attraverso trattamenti psicoeducativi e psicoterapici uniti ad interventi finalizzati ad infondere nel soggetto una maggiore consapevolezza del proprio corpo,

all'autoeducazione attraverso il movimento e all'autorilassamento. L'approccio proposto si pone come alternativa o integrazione al trattamento psichiatrico e farmacologico.

L'intervento è intensivo e di breve durata (il protrarsi del trattamento dipende dalla complessità del caso e dalla eventuale comorbidità dei disturbi) e si rivolge alle persone affette da disturbi quali depressione lieve o di media entità, disturbi d'ansia (attacchi di panico, fobia sociale, fobie specifiche e disturbo d'ansia generalizzati), disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo somatoforme, per dolori cronici senza referto diagnostico e/o con componente psicosomatica (fibromialgia, cefalea) e disturbo post-traumatico o stress correlato.

I soggetti sono stabilizzati da un punto di vista clinico e non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o residenziali. L'accesso ai Servizi pubblici avviene su base volontaria e diretta, quindi senza l'invio da parte del MMG. Per l'accesso alle strutture private, al fine di garantire l'appropriatezza clinica, è comunque richiesto l'invio da parte del medico di medicina generale, del medico specialista del Servizio pubblico o da parte dei Servizi psicologici.

Al fine della rilevazione e tariffazione dell'attività sopra descritta si prevede l'utilizzo del nomenclatore tariffario di cui alla Parte 1A.

L'eterogeneità dei casi trattati nonché la scarsa propensione al trattamento sanitario portano spesso a disdette e mancate prestazioni che non permettono la creazione di pacchetti di prestazioni standardizzati. Ai fini dell'appropriatezza terapeutica, il protocollo d'attività elaborato a livello aziendale prevede comunque un numero massimo di cicli di trattamento.

b) Percorsi per persone con disturbi del comportamento alimentare:

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono da diversi anni oggetto di attenzione da parte del mondo scientifico in ragione della crescente diffusione tra le fasce più giovani della popolazione. I DCA sono spesso accompagnati da gravi complicanze fisiche che nei casi più gravi possono comportare un significativo rischio di mortalità. Tra i più comuni DCA rientrano l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), il disturbo da alimentazione incontrollata o Binge eating (BED) e altri disturbi (pica, evitante/restrittivo dell'introito di cibo, ecc.).

Le linee guida internazionali e nazionali di riferimento prevedono la presa in carico ed il trattamento attraverso un'equipe multidisciplinare che prevede la presenza indispensabile del medico dietologo oppure del medico internista, del dietista, psicologo e psicoterapeuta e, a seconda del caso clinico e del modello organizzativo adottato, la presenza di ulteriori figure professionali quali il medico psichiatra e/o del medico neuropsichiatra.

Le stesse linee guida e di indirizzo analizzano inoltre i regimi assistenziali appropriati per l'accompagnamento del soggetto dall'insorgenza del disturbo (fase acuta) sino alla riabilitazione ambulatoriale (fase di stabilizzazione). Il trattamento in regime ambulatoriale è determinante in fase post-acuta e nel caso di insorgenza di crisi.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA), in parte già istituiti a livello aziendale, sono da adattare al contesto sociodemografico e alle specifiche caratteristiche clinico-organizzative di ciascuna realtà territoriale e devono prevedere il seguente contenuto minimo:

- Fase 1 - inquadramento diagnostico: comprende valutazione clinica del medico dietologo, esami di laboratorio, valutazione della condotta alimentare e dietoterapia del dietista, valutazione psicopatologica anche attraverso test diagnostici;
- Fase 2 – Trattamento e monitoraggio: approccio multidisciplinare attraverso l'intervento terapeutico del dietista, dello psicoterapeuta e monitoraggio delle figure mediche;
- Fase 3 – Follow up: valutazione degli esiti dei trattamenti a medio e lungo termine.

Per la definizione della durata standard ed appropriata dei trattamenti in funzione del disturbo e della gravità del caso clinico, i percorsi si rifanno agli standard minimi definiti dalle linee guida NICE e dalle linee di indirizzo nazionali.

I PDTA prevedono inoltre i casi in cui è necessario ed appropriato un trattamento in un regime assistenziale diverso da quello territoriale ambulatoriale.

Il catalogo di cui alla Parte 1B ricalca il contenuto minimo del percorso appena descritto e declina ogni fase dello stesso tramite la previsione di prestazioni specifiche di ogni figura professionale erogabili dalle strutture pubbliche e private.

Anche in quest'ambito l'eterogeneità dei casi trattati nonché la scarsa propensione al trattamento sanitario portano spesso a disdette, mancate prestazioni che non permettono la creazione di pacchetti di prestazioni standardizzati.

Il catalogo dei DCA contenuto alla Parte 1B prevede in questa fase, e sino alla definizione degli specifici criteri di accreditamento, esclusivamente l'attività erogata dallo psicologo e dallo psicoterapeuta.

Per le prestazioni afferenti alle altre figure professionali facenti parte dell'equipe multidisciplinare (medico dietologo/medico internista, dietista, medico psichiatra e/o neuropsichiatra) occorre rinviare alla trattazione specifica con i clinici e al conseguente aggiornamento del catalogo con provvedimento ad hoc.

PARTE 3 - FINANZIAMENTO DEI SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI EROGANTI LE PRESTAZIONI TERRITORIALI AMBULATORIALI A FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOSOMATICI E DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE PER CONTO E A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

1. DESCRIZIONE DEL MODELLO DI FINANZIAMENTO

Il modello di finanziamento del soggetto privato accreditato erogante le prestazioni a favore delle persone affette da disturbi psicosomatici e/o da disturbi del comportamento alimentare prevede un sistema di remunerazione misto a tariffa per prestazione e a budget di spesa. Le tariffe relative alle prestazioni costituiscono tariffe massime.

2. FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE

2.1.1. Costi del personale sanitario per attività diretta ed indiretta

I costi del personale sanitario per l'attività diretta e indiretta sono remunerati a prestazione tramite le tariffe contenute nei nomenclatori tariffari di cui al presente all'Allegato A - Parte 1A e 1B.

Le tariffe sono valorizzate sulla base del costo orario standard delle figure professionali sanitarie direttamente coinvolte nell'erogazione delle prestazioni oltre ad una quota percentuale aggiuntiva che remunera l'attività indiretta delle stesse figure professionali:

Figura professionale	Costo orario standard	Quota % aggiuntiva standard per attività indiretta
Psicologo o psicoterapeuta	€ 44,00.- (euro quarantaquattro/00)	9%

Per attività indiretta s'intende ogni attività erogata dalle figure professionali sanitarie coinvolte che non è già ricompresa nell'attività diretta (prestazioni a catalogo) o nell'attività di supporto riconoscibile a budget ai sensi dei paragrafi seguenti.

A titolo di esempio l'attività indiretta ricomprende il tempo dedicato ai mancati appuntamenti, alla preparazione delle sedute individuali e di gruppo, ecc.

2.1.2. Remunerazione delle prestazioni di co-presenza

Per le prestazioni erogate in copresenza da più figure professionali si codifica la prestazione della figura principale e si remunera il costo standard della figura professionale secondaria commisurata ai minuti effettivi prestati dalla stessa ed aumentata della percentuale aggiuntiva di attività indiretta.

3. FINANZIAMENTO SULLA BASE DI UN BUDGET DI SPESA

3.1. Budget dei costi del personale sanitario per attività di supporto

Sono remunerate, nel limite del budget previsionale orario concordato, le ore effettivamente erogate dal personale sanitario nell'attività di supporto. Le ore preventivate per ciascuna categoria di attività di supporto non possono sovrapporsi alle ore programmate per l'attività diretta e indiretta nonché a quelle preventivate in altre voci di attività di supporto. Il budget previsionale viene determinato per ogni figura professionale sanitaria secondo i criteri di seguito indicati:

Codice attività	Descrizione attività	Figura professionale	Condizione di erogabilità	Criterio di calcolo *
a)	Riunioni cliniche d'equipe (riunioni settimanali volte alla trattazione dei casi clinici e alla definizione dei piani di trattamento)	psicologo/ psicoterapeuta	Riconosciute massimo 2 ore settimanali per un massimo di 92 ore annue	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
b)	Incontri e gruppi di lavoro interni a carattere organizzativo	psicologo/ psicoterapeuta	Il monte ore annuo massimo viene concordato annualmente con l'Azienda sanitaria	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
c)	Incontro programmato e non programmato per la discussione del singolo caso clinico (riunioni cliniche straordinarie per la gestione in via straordinaria di ricadute e crisi degli utenti trattati)	psicologo/ psicoterapeuta	Il monte ore annuo massimo viene concordato annualmente con l'Azienda sanitaria	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
d)	Formazione**	psicologo/ psicoterapeuta	Riconosciute massimo 70 ore formative annue corrispondenti a circa 50 crediti ECM	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
e)	Supervisione (formazione specifica / audit volto al controllo della qualità)	psicologo/ psicoterapeuta	Il monte ore annuo massimo viene concordato annualmente con l'Azienda sanitaria	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
f)	Coordinamento (ore dedicate al coordinamento del servizio territoriale ambulatoriale)	psicologo/ psicoterapeuta	Il monte ore annuo massimo viene concordato annualmente con l'Azienda sanitaria	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato
g)	Tutoring (ore dedicate alla formazione dei tirocinanti / praticanti)	psicologo/ psicoterapeuta	Il monte ore annuo massimo viene concordato annualmente con l'Azienda sanitaria	Costo orario standard della singola figura professionale (tabella par. 2.1.1) moltiplicato per il monte ore annuo concordato

* I costi orari standard sono quelli contenuti al paragrafo 2.1.1 senza la quota % aggiuntiva standard per attività indiretta.

** Vengono riconosciute le ore pagate dalla struttura privata al professionista dipendente o lavoratore autonomo per l'attività di formazione.

Con riferimento all'attività nell'ambito dei disturbi psicosomatici, l'Azienda sanitaria può riconoscere inoltre alla struttura un budget orario (ore di attività diretta e di supporto) riferibili ai trattamenti volti alla consapevolezza del proprio corpo, al movimento ed al rilassamento, coadiuvanti rispetto alla terapia psicologica e psicoterapeutica. Tali attività sono da riconoscere, ai sensi della DGP 711/1996 così come integrata dalla DGP n. 1183 del 13.10.2015, a personale con adeguata formazione rispetto ai fabbisogni clinico-assistenziali dell'utenza, da remunerare al massimo (limite superiore) al costo standard definito per le figure professionali dei terapisti e degli educatori professionali, cioè pari a massimo 32,00 euro/ora.

3.2. Budget dei costi specifici

Sono costi direttamente, oggettivamente ed esclusivamente sostenuti per l'attività ambulatoriale la cui quantificazione avviene senza adozione di criteri di ripartizione: non possono essere inclusi i costi del personale sanitario.

Sono i costi elencati a titolo esemplificativo al paragrafo "3.4 Tipologie di costi specifici e comuni". Tipicamente sono costi per materiale di consumo riferito all'attività, affitti, manutenzioni, assicurazioni, e imposte riferiti all'immobile in cui vengono erogate le prestazioni, personale amministrativo o non sanitario occupato nell'attività ambulatoriale ecc.

Il limite massimo dell'importo riconoscibile è del 100% del costo preventivato e risulta dall'applicazione di un costo standard medio per unità di misura del fattore produttivo ed una quantità standard media necessaria per svolgere l'attività.

3.3. Budget dei costi generali – comuni

Sono costi sostenuti e riferiti indistintamente a tutte le attività erogate dalla struttura, che non hanno una relazione diretta, oggettiva ed esclusiva con una particolare attività. L'imputazione ad una certa attività richiede necessariamente l'applicazione di uno o più criteri di ripartizione.

Sono i costi elencati a titolo esemplificativo al paragrafo "3.4 - Tipologie di costi specifici e comuni".

Tipicamente sono costi relativi agli stipendi dirigenziali, alle figure amministrative che operano per l'intera struttura, ecc.

La loro **valorizzazione a preventivo** deve avvenire applicando un costo standard medio per unità di misura del fattore produttivo ed una quantità standard media necessaria per svolgere le diverse attività comuni alla struttura.

Il limite massimo dell'importo a preventivo riferito all'attività ambulatoriale risulta dall'applicazione ai costi comuni preventivati per l'intera struttura a preventivo di una percentuale massima risultante dal seguente rapporto:

<p>valore % massimo da applicare al totale dei costi comuni - generali dell'intera struttura a preventivo</p>	<p>=</p>	<p>somma di costi del personale sanitario per attività diretta, indiretta e di supporto e altri costi specifici (punto 3.2) risultanti dal budget concordato con l'Azienda sanitaria, <u>specifici e strettamente inerenti l'attività territoriale ambulatoriale</u></p> <hr/> <p>somma di costi del personale sanitario per attività diretta, indiretta e di supporto e altri costi specifici (punto 3.2) risultanti dal budget concordato con l'Azienda sanitaria <u>relativi a tutte le attività erogate dalla struttura</u></p>
--	-----------------	---

3.4. Tipologie di costi specifici e comuni

Le seguenti tipologie di costi sono da considerarsi “specifici” o “comuni” a seconda della loro classificazione nelle categorie di cui al punto 3.2 o al punto 3.3:

a) Costi per acquisto di beni

- Materiale di pulizia, Materiale d'ufficio / di consumo e di stampa, Materiale didattico
- Energia, riscaldamento e carburante, piccole riparazioni e manutenzioni auto
- Altri costi

b) Costi per acquisto di servizi

- Cellulari, telefono fisso e internet
- Manutenzione riparazione hardware e apparecchiature d'ufficio
- Consulenza contabile e del lavoro
- Manutenzioni ordinarie e piccole riparazioni
- Assicurazioni e antincendio
- Altri costi

c) Godimento beni di terzi

- Affitto e spese condominiali
- Altri costi

d) Costi amministrativi

- Attività amministrative e personale amministrativo
- Personale dirigenziale
- Altri costi del personale (viaggi, vitto e alloggio relativi a trasferte, costi iscrizione a corsi di formazione, ecc.)

3.5. Costi non riconoscibili e non finanziabili

Non sono riconoscibili, quindi non finanziabili:

- costi d'investimento (per i quali si fa riferimento alla legge provinciale n.7 del 05.03.2001);
- oneri finanziari (interessi passivi, di mora ecc.);
- sanzioni amministrative;
- spese di rappresentanza (pranzi, omaggi);
- offerte, omaggi in generale;
- materiale per addobbi, decorazioni, fiori, servizi fotografici e simili;
- IVA detraibile;
- Imposte sul reddito;
- deficit anno precedente;
- pranzi e cene a volontari;
- costi di personale dipendente non sanitario eccedenti i costi rilevati sulle tabelle stipendiali previste dal contratto intercompartimentale applicabile al personale dell'Amministrazione provinciale per i livelli corrispondenti alle mansioni eseguite;
- spese per onorari, viaggio, vitto e alloggio eccedenti il trattamento economico e di missione di cui Contratto collettivo intercompartimentale 09.04.2008 "disciplina di missione".

4. BUDGET DI SPESA

La struttura privata presenta un budget di spesa annuo relativo a tutte le attività della struttura e ai costi comuni, riconciliabile con i valori dell'anno passato e con specifica evidenza di eventuali ricavi monetari derivanti dalla compartecipazione dell'utente, di eventuali altri contributi da erogare in base a leggi (provinciali, regionali o statali) o da contributi di altre pubbliche amministrazioni e di eventuali finanziamenti erogati e non spesi nei periodi precedenti.

5. TETTO DI SPESA

In base al piano di produzione di prestazioni calcolato sul fabbisogno assistenziale e in base al budget di spesa presentato dalla struttura con le modalità di cui al paragrafo precedente e riferito agli elementi sotto indicati l'Azienda sanitaria determina un tetto di spesa annuo per l'attività territoriale ambulatoriale risultante dalla somma dei seguenti valori:

Descrizione voce di spesa	Criterio di calcolo	Criterio di finanziamento	
1) Piano di produzione prestazioni territoriali ambulatoriali	q.tà prestazioni x tariffa	Finanziamento a prestazione (Parte 3, paragr. 2)	+
2) Costi specifici del personale inerente l'attività di supporto per attività territoriale ambulatoriale	q.tà ore x costo standard orario fig. prof.	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.1)	+
3) Costi specifici altri per attività territoriale ambulatoriale	q.tà x costo standard	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.2)	+
4) Quota di costi comuni – generali riferita all'attività ambulatoriale	In base a % massima calcolata al paragr. 3.3 - Budget dei costi generali – comuni	Finanziamento a budget (Parte 3, paragr. 3.3)	=
TETTO DI SPESA ATTIVITÀ TERRITORIALE AMBULATORIALE			

Nel definire il tetto di spesa si tiene conto inoltre di una giusta proporzione tra costi generali di funzionamento e dei volumi delle attività preventivati e dei costi standard medi e dei costi non riconoscibili secondo il punto 3.5.

Il finanziamento a consuntivo dei costi effettivamente sostenuti dalla struttura (al netto degli eventuali ricavi) avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa preventivamente calcolato.

Per costi e ricavi si intendono i costi monetari (spese) e ricavi monetari (entrate) effettivamente sostenuti o incassati nel periodo considerato.

ANLAGE B

HALBSTATIONÄRE UND STATIONÄRE LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

1. RECHTLICHE UND INHALTLICHE HINWEISE

Das DPMR 12.01.2017 "Festlegung und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards laut Art. 1, Absatz 7 des Gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 502 vom 30. Dezember 1992" gewährleistet im Art. 33 die sozialgesundheitliche, halbstationäre und stationäre Betreuung der Personen mit psychischen Störungen. Nach einer vorherigen multidisziplinären Bewertung übernimmt der Gesundheitsdienst den Fall und legt ein individuelles Therapieprogramm bestehend aus therapeutisch-rehabilitativen und sozial-rehabilitative Behandlungen fest, die nach Intensität, Komplexität und Dauer differenziert sind.

Punkt 2 desselben Artikels legt die stationären Behandlungsarten fest und unterscheidet dabei zwischen:

- a) therapeutisch-rehabilitativen Behandlungen mit hoher rehabilitativer Intensität und hohem Gesundheitsschutz (besonders aufwändig);
- b) extensiven therapeutisch-rehabilitativen Behandlungen;
- c) sozial-rehabilitativen Behandlungen.

Die im Folgenden genannten und von der Staat-Regionen-Konferenz genehmigten Dokumente schreiben die Ziele und die Maßnahmen vor, mit denen beabsichtigt wird, das Angebot an stationärer psychiatrischer Betreuung auf gesamtstaatlicher Ebene je nach rehabilitativer und pflegerischer Intensität abzustufen. Im Besonderen seien hier erwähnt der gesamtstaatliche Aktionsplan für die psychische Gesundheit ("Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale" - PANSM), der bei der Sitzung vom 24.1.2013 und das Dokument über die psychiatrischen Heime ("Le strutture residenziali psichiatriche"), welches bei der Sitzung vom 17.10.2013 genehmigt wurde.

Den Regionen obliegt jedenfalls die Festlegung der Organisation, sowie der Standards zu Betreuung und Personal für jede einzelne Einrichtungsart.

2. FINANZIERUNG DER VON PRIVATEN AKKREDITIERTEN EINRICHTUNGEN ERBRACHTE HALBSTATIONÄRE UND STATIONÄRE EXTENSIVE THERAPEUTISCH-REHABILITATIVE BEHANDLUNG VON PERSONEN MIT PSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN

Die Autonome Provinz Bozen legt die folgenden Tarife für die Finanzierung extensiver therapeutisch-rehabilitativer Aktivitäten fest, die von akkreditierten privaten Einrichtungen zugunsten von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen durchgeführt werden:

Tätigkeit	Betreuungs- system	Allumfassender Tagessatz
a) Tageszentrum für psychiatrische Betreuung	Halbstationär	55,00.- Euro (fünfundfünfzig/00)
b1) Extensive therapeutisch-rehabilitative Gemeinschaft	Stationär	91,00.- Euro (einundneunzig/00)
b2) Leistungen bei therapeutischer Abwesenheit von der extensiven therapeutisch-rehabilitativen Gemeinschaft	Stationär	73,00.- Euro (dreiundsiebzig/00)

Die allumfassenden Tarife stellen die maximale Tagesvergütung dar, deren Höhe durch das Kriterium der Vergütung zu Standardkosten festgelegt wurde; sie beinhalten nicht die Standardkosten der Berufsbilder des Psychiaters und Psychologen, da sie direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellt werden. Der Tarif richtet sich auch nach der maximalen Kapazität, welche durch die institutionelle Akkreditierung und die Öffnungstage des Dienstes festgelegt wird. Die Tarife verstehen sich zuzüglich der Mehrwertsteuer.

Die den Tätigkeiten (a), (b1) und (b2) entsprechenden Leistungen sind als Alternativen zueinander anzusehen. Ihre Vergütung kann daher nicht über den gleichen Tag für den gleichen Benutzer kumuliert werden.

Regeln für die Vergütung der Tätigkeit im Tageszentrum

Die Finanzierung erfolgt für jeden akkreditierten Pflegeplatz durch Anerkennung des in Buchstabe a) genannten Tarifs. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, die Erreichung einer angemessenen Auslastung der teilstationären Einrichtung zu überwachen, indem die Entsendung mehrerer Nutzer mit unterschiedlichen Zugangsmodalitäten an einen akkreditierten Pflegeplatz gefördert wird.

Regeln für die Vergütung der Tätigkeit in der stationären Betreuung

Der Sanitätsbetrieb erkennt für jede tatsächliche Anwesenheit des Benutzers im Pflegeheim den in Buchstabe b1) festgelegten Tagessatz an.

Für jeden Tag vorübergehender Abwesenheit des im Pflegeheim betreuten Patienten aus ausschließlich therapeutischen Gründen (Krankenhauseinweisungen, Aufenthalte zu therapeutischen Zwecken oder andere Abwesenheit aus psychopathologischen Gründen) erkennt der Sanitätsbetrieb den in Absatz b2) genannten Tagessatz an. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, in der Vereinbarung mit der akkreditierten privaten Einrichtung die Bedingungen für die Anerkennung des Tarifs für therapeutische Abwesenheiten zu regeln.

3. AUSGABENHÖCHSTGRENZE

Die private Einrichtung legt ein jährliches Budget für die Produktion von stationären und teil-stationären Tätigkeiten vor. Ausgehend vom Betreuungsbedarf berechnet der Sanitätsbetrieb den Produktionsplan und ermittelt dementsprechend jährlich die Ausgabenhöchstgrenze.

Tätigkeit	Betreuungs- system	Berechnungskriterium
a) Psychiatrische Tagesbetreuung	Halbstationär	Anzahl Tage Aufenthalt x allumfassender Tarif
b1) Extensive therapeutisch- rehabilitative Gemeinschaft	Stationär	Anzahl Tage Aufenthalt x allumfassender Tarif
GESAMTAUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR STATIONÄRE UND TEIL-STATIONÄRE TÄTIGKEITEN		

Die Vergütung der Abwesenheiten aus therapeutischen Gründen erfolgt gemäß Tätigkeit b2) (Absatz 2) innerhalb der veranschlagten Gesamtausgabenhöchstgrenze.

Die Endfinanzierung der tatsächlich von der Struktur getragenen Betriebskosten (abzüglich der von anderen öffentlichen Einrichtungen für diese Tätigkeit ausgezahlte Einnahmen) liegt immer innerhalb der Obergrenze der zuvor berechneten Ausgabenhöchstgrenze.

ALLEGATO B

PRESTAZIONI SEMI-RESIDENZIALI E RESIDENZIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBI PSICHIATRICI

1. RIFERIMENTI NORMATIVI E CONTENUTISTICI

Il DPCM 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” all’art. 33 garantisce l’assistenza sociosanitaria, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali. Previa valutazione multidimensionale, il Servizio sanitario definisce un programma terapeutico individualizzato di presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata.

Il punto 2 dello stesso articolo definisce le tipologie di trattamento residenziale distinguendo tra:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo);
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo;
- c) trattamenti socio-riabilitativi.

Altresì i documenti nazionali di seguito menzionati e approvati dalla Conferenza Stato Regioni dettano gli obiettivi e le azioni mirate a differenziare l’offerta di residenzialità psichiatrica per livelli di intensità riabilitativa ed assistenziale sul territorio nazionale. Si richiamano nello specifico il “Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale” (PANSM) approvato nella seduta del 24 gennaio 2013 ed il documento “Le strutture residenziali psichiatriche” approvato nella seduta del 17 ottobre 2013.

Alle Regioni è demandata comunque la definizione dell’assetto organizzativo, degli standard assistenziali e di personale di ciascuna tipologia di struttura.

2. FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN REGIME SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO A CARATTERE ESTENSIVO DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICHIATRICI EROGATE DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

La Provincia autonoma di Bolzano definisce, per il finanziamento **dell'attività di tipo terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo** erogata da strutture private accreditate a favore di persone affette da disturbi psichiatrici, le seguenti tipologie tariffarie:

Attività	Regime assistenziale	Tariffa giornaliera omnicomprensiva
a) Centro diurno psichiatrico	Semiresidenziale	Euro 55,00.- (cinquantacinque/00)
b1) Comunità terapeutico riabilitativa a carattere estensivo	Residenziale	Euro 91,00.- (novantuno/00)
b2) Prestazioni in caso di assenza terapeutica presso la Comunità terapeutico riabilitativa a carattere estensivo	Residenziale	Euro 73,00.- (settantatre/00)

Le tariffe omnicomprensive costituiscono la remunerazione massima giornaliera il cui ammontare è stato definito tramite il criterio di remunerazione a costo standard; la stessa non include il costo standard delle figure professionali del medico psichiatra e dello psicologo in quanto fornite direttamente dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. La tariffa è inoltre commisurata alla capienza massima definita dall'accreditamento istituzionale e alle giornate di apertura del servizio. Le tariffe si intendono IVA esclusa.

Le prestazioni corrispondenti alle attività a), b1) e b2) sono da considerarsi alternative tra loro. La loro remunerazione non può pertanto avvenire in maniera cumulativa nell'arco della medesima giornata per un medesimo utente.

Regole di remunerazione dell'attività presso il Centro diurno

Il finanziamento avviene per ciascun posto accreditato tramite il riconoscimento della tariffa di cui alla lettera a). L'Azienda sanitaria è tenuta a monitorare il raggiungimento di un adeguato tasso di occupazione della struttura semiresidenziale favorendo l'invio su un posto accreditato di più utenti aventi modalità di accesso differenti.

Regole di remunerazione dell'attività in regime residenziale

L'Azienda sanitaria riconosce per ciascuna effettiva presenza dell'utente nella struttura residenziale la tariffa giornaliera definita alla lettera b1).

Per ogni giornata di assenza temporanea dell'utente in carico presso la struttura residenziale dovuta esclusivamente a motivi terapeutici (ricoveri ospedalieri, soggiorni utili a scopo terapeutico o altra

assenza dovuta alla psicopatologia) l’Azienda sanitaria riconosce la tariffa giornaliera di cui alla lettera b2). L’Azienda sanitaria è tenuta a disciplinare nell’accordo con la struttura privata accreditata i presupposti per il riconoscimento della tariffa per assenze terapeutiche.

3. TETTO DI SPESA

La struttura privata presenta un budget annuo preventivo di produzione di attività residenziale e semi - residenziale. In base al piano di produzione di prestazioni calcolato sul fabbisogno assistenziale l’Azienda sanitaria determina un tetto di spesa annuo.

Attività	Regime assistenziale	Criterio di calcolo
a) Centro diurno psichiatrico	Semiresidenziale	q.tà gg. degenza x tariffa omnicomprensiva
b1) Comunità terapeutico riabilitativa a carattere estensivo	Residenziale	q.tà gg. degenza x tariffa omnicomprensiva
TETTO DI SPESA COMPLESSIVO ATTIVITÀ RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE		

La remunerazione delle assenze con finalità terapeutica di cui all’attività b2) (Paragrafo 2) avviene nell’ambito del tetto di spesa massimo preventivato.

Il finanziamento a consuntivo dei costi di esercizio effettivamente sostenuti dalla struttura (al netto delle eventuali entrate erogate da altri enti pubblici per la presente attività) avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa preventivamente calcolato.

ANLAGE C

ALLGEMEINGÜLTIGE BESTIMMUNGEN ZU DEN BEREICHEN DER AMBULANTEN, HALBSTATIONÄREN UND STATIONÄREN TÄTIGKEIT AUF DEM TERRITORIUM

1. ERHEBUNG, DATENFLUSS

Die territorialen ambulanten Leistungen werden bis zur Errichtung eines eigenen landesweiten Datenflusses über ein von der Landesverwaltung oder vom Sanitätsbetrieb bereitgestelltes Formular erhoben.

Diese Leistungen sollen nicht mit dem "roten Rezeptblock" verschrieben und auch nicht vom Datenfluss der fachärztlich ambulanten Leistungen gemäß Art. 50 des Gesetzes 326/2003 erfasst werden.

Die halbstationären und stationären Leistungen werden bis zur Errichtung eines eigenen landesweiten Datenflusses über ein von der Landesverwaltung oder vom Sanitätsbetrieb bereitgestelltes Formular erhoben.

2. KOSTENBETEILIGUNG

Bei der territorialen ambulanten Tätigkeit im Rahmen der Betreuungspfade von Personen mit psychosomatischen bzw. Essstörungen wird für das psychologisch-klinische Einzel-, Familien- oder Paargespräch zur anamnetischen und diagnostischen Erstbewertung eine Selbstbeteiligung des Nutzers von **25,00 Euro** angewandt. Davon ausgenommen sind alle Freistellungen, die von den derzeit geltenden Rechtsbestimmungen vorgesehen sind.

Bei der halbstationären und stationären Tätigkeit zugunsten von Personen mit psychiatrischen Störungen (Anlage B) ist hingegen keine Selbstbeteiligung des Nutzers vorgesehen.

3. FINANZIERUNGSWEISE

Der Sanitätsbetrieb legt mit den privaten Einrichtungen eine geeignete Form der Zahlungsweise und fristen fest. Der Restbetrag zur Nettofinanzierung aufgrund der laut Anlagen A und B geleisteten Tätigkeit wird im Folgejahr ausbezahlt, nachdem der Sanitätsbetrieb eine endgültige Abschlussrechnung erhalten und genehmigt hat.

4. DOKUMENTE UND ÜBERPRÜFUNG

Die private Einrichtung legt dem Sanitätsbetrieb jährlich für die erbrachte Tätigkeit folgende Dokumente vor:

- Abschlussrechnung pro Tätigkeit
- offizielle Jahresbilanz der Einrichtung
- erreichter Leistungsumfang pro Tätigkeit
- von den sanitären Berufsbildern geleistete Stunden
- Fortbildungsstunden der sanitären Berufsbilder
- alle weiteren Dokumente oder Berichte, die vom Sanitätsbetrieb oder der Landesverwaltung für ihre Kontrolltätigkeit als zweckdienlich erachtet werden.

5. LEISTUNGSERBRINGUNG AN NICHT IN SÜDTIROL ANSÄSSIGEN PATIENTEN

Bei Patienten, die zwar vom Gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst betreut werden, aber außerhalb Südtirols ansässig sind, können die ambulanten territorialen Leistungen für psychosomatische bzw. Essstörungen (Anlage A) oder psychiatrische Störungen (Anlage B) erbracht werden, sofern eine schriftliche Genehmigung des Sanitätsbetriebes des Wohnortes des Patienten vorliegt, mit der sich jener Sanitätsbetrieb bereit erklärt, die Kosten der erbrachten Leistungen zu übernehmen. In diesem Fall stellt der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Rechnung direkt jenem Sanitätsbetrieb aus, der für das Einzugsgebiet zuständig ist, in dem der Nutzer seinen Wohnsitz hat (im Folgenden "zuständiger Sanitätsbetrieb"). Da für die Finanzierung der ambulanten Betreuung durch die privaten akkreditierten Einrichtungen ein gemischtes Modell angewandt wird, übermittelt der Südtiroler Sanitätsbetrieb dem zuständigen Sanitätsbetrieb einen allumfassenden Kostenvoranschlag, dessen Höhe auch vom produzierten Leistungsumfang abhängt.

ALLEGATO C

DISPOSIZIONI COMUNI AGLI AMBITI DI ATTIVITÀ TERRITORIALE AMBULATORIALE, SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

1. RILEVAZIONE, FLUSSO DATI

Le prestazioni territoriali ambulatoriali sono rilevate, nell'attesa della definizione di un flusso provinciale ad hoc, tramite un modello fornito dall'amministrazione provinciale o dall'Azienda sanitaria.

Le prestazioni non vanno prescritte su ricetta rossa e non entrano nel flusso della specialistica ambulatoriale ex art. 50 della L. 326/2003.

Le prestazioni semiresidenziali e residenziali sono rilevate, nell'attesa della definizione di un flusso provinciale ad hoc, tramite un modello fornito dall'amministrazione provinciale o dall'Azienda sanitaria.

2. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Per l'attività territoriale ambulatoriale erogata nell'ambito dei percorsi di presa in carico delle persone affette da disturbi psicosomatici e da disturbi del comportamento alimentare si applica una compartecipazione alla spesa posta a carico dell'utente pari ad **€ 25,00** per il colloquio psicologico clinico individuale, familiare o di coppia di prima valutazione anamnestica e diagnostica. Sono in ogni caso fatte salve le fattispecie di esenzione previste dalla normativa vigente.

Per l'attività semiresidenziale e residenziale erogata alle persone con disturbi psichiatrici (Allegato B) non è prevista nessuna compartecipazione a carico dell'utente.

3. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Con riferimento alle modalità e ai tempi di pagamento l'Azienda sanitaria stabilisce con le strutture private la modalità e le periodicità più adeguate. Il saldo annuo relativo al finanziamento netto delle attività di cui agli Allegati A e B viene erogato nell'anno seguente in seguito a presentazione ed approvazione da parte dell'Azienda sanitaria di una rendicontazione definitiva a consuntivo.

4. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLO

La struttura privata fornisce annualmente a consuntivo all'Azienda sanitaria:

- Rendiconto consuntivo per ogni attività
- Bilancio d'esercizio ufficiale della struttura
- Volumi di produzione erogati per ogni attività
- Ore erogate dalle figure professionali sanitarie
- Ore di formazione delle figure professionali sanitarie
- Ogni altra documentazione che l'Azienda sanitaria e l'Amministrazione provinciale ritengano necessaria per l'attività di controllo e verifica.

5. EROGAZIONE A SOGGETTI NON RESIDENTI IN PROVINCIA DI BOLZANO

Le prestazioni territoriali ambulatoriali per le persone affette da disturbi psicosomatici e da disturbi del comportamento alimentare (Allegato A) nonché delle prestazioni semiresidenziali e residenziali per persone affette da disturbi psichiatrici (Allegato B), in quanto incluse nei Livelli essenziali di assistenza vanno garantiti anche ad assistiti dal Servizio sanitario nazionale residenti in comuni al di fuori della Provincia di Bolzano. L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige provvede al recupero del costo sostenuto tramite fatturazione diretta all'Azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito la quale ha preventivamente autorizzato all'addebito.

Poiché il sistema di finanziamento dell'assistenza ambulatoriale delle strutture è un sistema misto, l'Azienda sanitaria presenterà all'Azienda di residenza un preventivo di costi complessivo proporzionato ai volumi di attività erogati.

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

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

Die Amtsdirektorin 12/12/2019 13:25:33 CAPODAGLIO SILVIA La Direttrice d'ufficio

Die Abteilungsdirektorin 12/12/2019 13:28:37 CAPODAGLIO SILVIA La Direttrice 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 12/12/2019 15:00:11 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

17/12/2019

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

17/12/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 40 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 40 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

17/12/2019

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