

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

Nr. 1406  
Sitzung vom 18/12/2018  
Seduta del

## ANWESEND SIND

Landeshauptmann  
Landeshauptmannstellvertr.  
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher  
Richard Theiner  
Waltraud Deeg  
Florian Mussner  
Arnold Schuler  
Martha Stocker

Eros Magnago

## SONO PRESENTI

Presidente  
Vicepresidente  
Assessori

Segretario Generale

**Betreff:**

Fachplan für das landesweite  
Rehabilitationsnetz 2019-2021

**Oggetto:**

Piano provinciale della rete riabilitativa  
2019-2021

Vorschlag vorbereitet von  
Abteilung / Amt Nr.

23

Proposta elaborata dalla  
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung unter Berücksichtigung der nachstehenden Gesetze, Verwaltungsakte, Dokumente und Fakten:

Ausrichtungsplan für die Rehabilitation, der mit Abkommen zwischen Regierung, Regionen und Autonomen Provinzen am 11. Februar 2011 genehmigt wurde und womit der gesamte Bereich der Rehabilitation geregelt wird, und Grundsätze wie die integrierte Fallübernahme, die Angemessenheit der Rehabilitationstätigkeiten, die aktive und bewusste Teilnahme des Patienten und seiner Familie am Behandlungsprozess eingeführt werden;

Gesundheitsabkommen 2014-2016, welcher das Hauptaugenmerk auf die territoriale Betreuung und die Betreuungskontinuität richtet;

den Beschluss der Landesregierung Nr. 3145 vom 26. Juli 1999 „Errichtung eines Dienstleistungsnetzes für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen“;

den Beschluss der Landesregierung Nr. 247 vom 28. Jänner 2008 "Genehmigung des landesweiten Bettenplans im Bereich der Rehabilitation";

den Beschluss der Landesregierung Nr. 1711 vom 19. November 2012 betreffend die „Errichtung einer Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing“;

in Anwendung des oben genannten Beschlusses der Landesregierung konnte die Abteilungskodifizierung auf die entsprechenden Betten schwanken und dies ermöglichte nicht die genaue Trennung zwischen Code 56 und Code 75 aus informatischer Sicht. Der vorliegende Plan soll die Zuweisung der Betten auf korrekte und definierte Weise bestimmen;

den Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016, Landesgesundheitsplan Südtirol 2016–2020, der Planungsziele für die post-akute Versorgung definiert und den Ausbau der wohnortnahen Rehabilitation fördert;

La Giunta Provinciale ha preso in considerazione i seguenti atti normativi, atti amministrativi, documenti e fatti:

Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato con Accordo fra il Governo, le Regioni e le Province Autonome dell'11 febbraio 2011 che regola l'intero settore della riabilitazione introducendo i principi di presa in carico integrata, appropriatezza degli interventi riabilitativi, partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura del paziente e della sua famiglia;

Patto per la salute 2014-2016, che punta l'attenzione sull'assistenza territoriale e la continuità delle cure;

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 3145 del 26 luglio 1999 "Istituzione di una rete di servizi che offrono prestazioni riabilitative";

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 247 del 28 gennaio 2008 "Approvazione del piano provinciale dei posti letto in ambito riabilitativo";

la deliberazione della Giunta Provinciale n. 1711 del 19 novembre 2012 riguardante la "realizzazione di un'unità ospedaliera di degenza neuro riabilitativa presso l'ospedale di Vipiteno";

in applicazione della suddetta delibera della Giunta Provinciale, si assegnavano i codici di reparto in maniera fluttuante sui corrispondenti posti letto e ciò non consentiva la distinzione fra codice 56 e codice 75 dal punto di vista informativo/informatico. Con il presente Piano si ritiene opportuno regolamentare in maniera corretta e puntuale l'assegnazione dei posti letto;

la deliberazione della Giunta provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016 Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020 che definisce obiettivi di piano per l'assistenza dei post-acuti e incentiva la riabilitazione domiciliare;

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

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

den beiliegenden Plan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021, der in enger Zusammenarbeit mit dem Sanitätsbetrieb erarbeitet und mit allen Akteuren der Rehabilitation abgestimmt wurde, und welcher die Neuordnung des Angebots, die Zugangsmodalitäten und die Einrichtung von Intermediärbetten vorsieht;

l’allegato Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021, elaborato in stretta collaborazione con l’Azienda sanitaria e condiviso con tutti i professionisti della riabilitazione, che prevede la riorganizzazione dell’offerta, le modalità di accesso e l’attivazione di posti letto di cure intermedie;

beschließt

delibera

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

a voti unanimi legalmente espressi:

- 1) Den beiliegenden „Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2019-2021“ als integrierenden Teil des gegenständlichen Beschlusses zu genehmigen;
- 2) eine Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing mit maximal 15 Betten für hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Code 75) und zudem Betten für intensive Rehabilitation (Code 56) aufgrund des Bedarfs zu errichten;
- 3) den Sanitätsbetrieb mit der Aufgabe betrauen, alle Verfahren des Betriebes, die nicht mit dem vorliegenden Plan im Einklang stehen, zu revidieren, beginnend mit dem Verfahren Nr. 2702/2016 „Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte“;
- 4) ein Koordinierungsgremium zum Zwecke der Überwachung der Umsetzung und regelmäßigen Überarbeitung des vorliegenden Plans einzurichten, welches von Vertretern der Landesabteilung Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebes zusammengesetzt ist;
- 5) in folgenden Bereichen prioritär intervenieren:
  - a. Bestimmung neuer Bewertungsskalen, die auf staatlicher und internationaler Ebene

- 1) di approvare l’allegato “Piano provinciale della rete riabilitativa 2019-2021”, parte integrante della presente deliberazione;
- 2) di realizzare un’unità di degenza neuro riabilitativa presso l’ospedale di Vipiteno, che comprenda al massimo 15 posti letto dedicati alla Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75) e inoltre posti letto dedicati alla Riabilitazione intensiva (Codice 56) in base al fabbisogno;
- 3) di demandare all’Azienda Sanitaria il compito di rielaborare tutte le procedure aziendali uniformandole al presente Piano, partendo dalla procedura aziendale n. 2702/16 “Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie”;
- 4) di attivare una cabina di regia al fine di monitorare l’attuazione del presente Piano e di sottoporlo a revisione periodica, costituita da rappresentanti della Ripartizione Salute della Provincia di Bolzano e dall’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige;
- 5) di individuare i seguenti campi di intervento prioritario:
  - a. individuazione di nuovi strumenti di misurazione validati a livello nazionale e internazionale

- validiert sind;
  - b. Integration der krankenhausexternen Rehabilitationseinrichtungen ex Art. 26
  - c. Angemessenheits- und Zugangskriterien zu den ambulanten Leistungen
  - d. Angemessenheitskriterien der Aufenthalte für Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege
  - e. Leitlinien zu Aus- und Weiterbildung
  - f. Homogenisierung der Indikatoren der Qualität und der Informatisierung der Betreuungspfade
- 6) die Beschlüsse der Landesregierung Nr. 247 vom 28. Jänner 2008 "Genehmigung des landesweiten Bettenplans im Bereich der Rehabilitation", Nr. 3145 vom 26. Juli 1999, "Errichtung eines Dienstleistungsnetzes für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen" und Nr. 1711 vom 19. November 2012 betreffend die „Errichtung einer Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing“ zu widerrufen;
- 7) gegenständlicher Beschluss bringt keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALESEKRETÄR DER L.R.

- b. integrazione delle strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 all'interno della rete riabilitativa provinciale
  - c. criteri di appropriatezza e accesso delle prestazioni ambulatoriali
  - d. criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza post-acuta
  - e. linee di indirizzo su formazione e aggiornamento
  - f. omogeneizzazione di indicatori di qualità e informatizzazione dei percorsi di cura
- 6) di revocare le deliberazioni della Giunta Provinciale n. 3145 del 26 luglio 1999 "Istituzione di una rete di servizi che offrono prestazioni riabilitative", n. 247 del 28 gennaio 2008 "Approvazione del piano provinciale dei posti letto in ambito riabilitativo" e n. 1711 del 19 novembre 2012 riguardante la "realizzazione di un'unità ospedaliera di degenza neuro riabilitativa presso l'ospedale di Vipiteno";
- 7) la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.



# PIANO PROVINCIALE DELLA RETE RIABILITATIVA 2019-2021

Riorganizzazione dell'offerta,  
modalità di accesso,  
attivazione di posti letto di cure intermedie

# Indice

1.	Premessa .....	2
2.	La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale .....	3
2.1	Riabilitazione intensiva – codice 56 .....	4
2.2	Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75 .....	6
2.3	Lungodegenza post-acuta - codice 60 .....	7
2.4	Mobilità passiva .....	8
2.5	Attività ambulatoriali.....	10
2.6	Le principali sfide.....	10
3.	Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa .....	11
3.1	Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (ambulatoriale, domiciliare, cure intermedie).....	12
3.1.1	Lungodegenza post-acuta - codice 60.....	12
3.1.2	Cure intermedie .....	12
3.1.3	Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno (ex art. 26, L. 833/1978).....	13
3.1.4	Attività di riabilitazione orientate al domicilio .....	13
3.1.5	Attività ambulatoriali di riabilitazione .....	13
3.2	Riabilitazione intensiva - codice 56 .....	14
3.3	Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (neuroriabilitazione) - codice 75 .....	15
4.	Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio .....	17
4.1	Mission del Dipartimento di riabilitazione .....	17
4.2	Compiti del Dipartimento .....	18
4.3	Strutture afferenti al Dipartimento .....	18
4.4	Composizione del Dipartimento .....	18
4.5	Direttore del Dipartimento .....	18
4.6	Comitato di Dipartimento .....	19
5.	Sistema di controlli .....	20
6.	Formazione ed aggiornamento.....	20
7.	Qualità ed informatizzazione in riabilitazione .....	20
8.	Distribuzione dei posti letto .....	21
9.	Attivazione di una cabina di regia.....	23
10.	Disposizioni da revisionare .....	23

# 1. Premessa

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Su queste basi poggia il nuovo Dipartimento di riabilitazione su base provinciale a garanzia di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio e tra strutture pubbliche e private e l'attivazione di posti letto di cure intermedie, così come previsti nel Piano sanitario provinciale 2016-2020 e descritti nel Master Plan Chronic Care che si interseca con il presente Piano.

## 2. La rete riabilitativa: descrizione dell'offerta provinciale

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

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

e nei seguenti regimi assistenziali:

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

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

Nel 2017 l'offerta di posti letto era la seguente:

Tabella 1 – Descrizione dei posti letto per codice (56, 60 e 75) al 2017

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale 2017
Ospedale di Bolzano	6		8	14
Casa di cura Bonvicini	44	42		86
Casa di cura Villa Melitta	41	25	3	69
<b>Comprensorio sanitario di Bolzano</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>169</b>
Ospedale di Merano	12			12
Ospedale di Silandro		2		2
Casa di cura Sant'Anna		25		25
Casa di cura Martinsbrunn	21			21
Casa di cura Salus Center	22	20		42
<b>Comprensorio sanitario di Merano</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>102</b>
Ospedale di Bressanone	13	13	1	27
Ospedale di Vipiteno	3	5	18	26
<b>Comprensorio sanitario di Bressanone</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>53</b>
Ospedale di Brunico	13	19	2	34
Ospedale di San Candido		5		5
<b>Comprensorio sanitario di Brunico</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>39</b>
<b>Totale</b>	<b>175</b>	<b>156</b>	<b>32</b>	<b>363</b>

Fonte: SIVAS

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



Tabella 2 – Tipologia di ricoveri al 2017

Tipologia di ricoveri	Parametri previsti dalla normativa statale (1)	Anno 2017 (2)
Post-Acuti neuro riabilitazione	0,02‰	0,06‰
Post-Acuti lungodegenza	Almeno 0,2‰	0,29‰
Post-Acuti riabilitazione		0,33‰
<b>Totale</b>	<b>0,7‰</b>	<b>0,68‰</b>

Fonte: SiVAS

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

Di seguito sono descritte le tipologie di ricovero per singolo codice nell'arco temporale triennale 2015-2017, ordinari e diurni.

## 2.1 Riabilitazione intensiva – codice 56

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

Istituto di cura	2015	2016	2017
Ospedale di Bolzano	77	66	72
Ospedale di Merano	242	189	159
Ospedale di Bressanone	279	275	311
Ospedale di Brunico	204	220	228
Ospedale di Vipiteno	125	117	198
Casa di Cura Martinsbrunn	361	334	354
Casa di Cura Bonvicini	701	711	519
Casa di Cura Villa Melitta	716	701	613
Casa di Cura Salus Center		551	578
<b>Totale</b>	<b>2.705</b>	<b>3.164</b>	<b>3.032</b>

Fonte: SiVAS

La casa di cura Salus Center ha attivato il codice 56 a partire dall'anno 2016.

Nel gennaio 2017 l'Azienda sanitaria ha approvato nuovi criteri di accesso per la riabilitazione. L'effetto prodotto da questi nuovi criteri è evidente nelle case di cura di Bolzano (Bonvicini e Villa Melitta), dove si riscontra un crollo vistoso dei ricoveri in codice 56 a favore del codice 60 (si veda successiva tabella 7). Va considerato che gli effetti si sono prodotti solo nel Comprensorio di Bolzano e non in quello di Merano dove i ricoveri in codice 56 risultano in aumento.

L'incremento dei ricoveri a Vipiteno è riconducibile alla correzione sulla codifica effettuata quest'anno. La distribuzione dei ricoveri veniva infatti effettuata in applicazione della delibera della GP 1711/2012, secondo la quale si assegnavano i codici di reparto in maniera fluttuante, e ciò non consentiva la distinzione fra codice 56 e codice 75 dal punto di vista informativo/informatico: i dati del reparto di riabilitazione intensiva codice 56 venivano erroneamente attribuiti alla neuroriabilitazione codice 75 e dunque confluivano negli archivi informatici provinciali come dato cumulativo, causando delle distorsioni. Tale fenomeno è stato risolto informaticamente nel 2018.

Da segnalare inoltre che il numero di ricoveri effettuati in regime diurno sono circa il 6%, concentrato tuttavia in 3 sole strutture, Bressanone, Vipiteno e Brunico. In particolare, negli ospedali di Bressanone e Brunico si evidenzia che a parità di posti letto (3 in entrambi i casi) si effettua un numero altamente divergente di ricoveri in day hospital (36 contro 115). Inoltre, si evidenzia che Brunico ricovera metà dei suoi pazienti in regime diurno.

Tabella 4 - Regime di ricovero codice 56, anno 2017

Istituto di cura	ordinario	diurno	Totale
Ospedale di Bolzano	72		72
Ospedale di Merano	159		159
Ospedale di Bressanone	275	36	311
Ospedale di Brunico	113	115	228
Ospedale di Vipiteno	181	17	198
Casa di Cura Martinsbrunn	354		354
Casa di Cura Bonvicini	519		519
Casa di Cura Villa Melitta	613		613
Casa di Cura Salus Center	578		578
<b>Totale</b>	<b>2.864</b>	<b>168</b>	<b>3.032</b>
<b>In %</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>

Fonte: SiVAS

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

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

Questa ultima tipologia di ricovero è poco utilizzata (22 ricoveri nel 2017, pari allo 0,7% dei ricoveri totali).

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

L'età media dei pazienti ricoverati presso le strutture private risulta essere più elevata rispetto a quella degli ospedali pubblici. La degenza media è simile nelle case di cura Martinsbrunn, Villa Melitta e Bonvicini (3 settimane), si attesta sulle 2 settimane presso Salus Center, risulta in aumento in tutti gli ospedali pubblici ad eccezione di Bressanone.

Per quanto riguarda la classificazione MDC si evidenzia la assoluta esiguità della riabilitazione cardiologica (43 ricoveri, di cui 30 presso la casa di cura Bonvicini). La riabilitazione pneumologica risulta collocata solo in 2 strutture (Martinsbrunn e Salus Center). Si segnala che presso la struttura Salus Center sono attivi anche 36 posti letto accreditati e contrattualizzati per riabilitazione cardiologica ex art. 26.

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

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

Per quanto riguarda il codice di disciplina 75 la situazione dei ricoveri sui 32 posti letto è la seguente:

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

Istituto di cura	2015	2016	2017
Ospedale di Bolzano	82	78	51
Ospedale di Bressanone	8	6	4
Ospedale di Brunico	46	37	24
Ospedale di Vipiteno	93	124	60
Casa di Cura Villa Melitta	17	19	19
<b>Totale</b>	<b>246</b>	<b>264</b>	<b>158</b>

Fonte: SIVAS

La diminuzione dei ricoveri a Vipiteno è riconducibile alla correzione sulla codifica effettuata quest'anno. La distribuzione dei ricoveri veniva infatti effettuata in applicazione della delibera della GP 1711/2012, secondo la quale si assegnavano i codici di reparto in maniera fluttuante, e ciò non consentiva la distinzione fra codice 56 e codice 75 dal punto di vista informativo/informatico: i dati del reparto di riabilitazione intensiva codice 56 venivano erroneamente attribuiti alla neuroriabilitazione codice 75 e dunque confluivano negli archivi informatici provinciali come dato cumulativo, causando delle distorsioni. Tale fenomeno è stato risolto informaticamente nel 2018.

Come già anticipato, la Provincia Autonoma di Bolzano dispone di un numero eccessivo di posti letto in codice 75 (32 posti letto contro gli 11 posti letto previsti dalla normativa). Va ricordato che si tratta di posti letto ad alta specializzazione che richiedono un impiego di apparecchiature molto sofisticate e di un elevato impegno di risorse umane altamente specializzate. La distribuzione di tali posti letto appare sbilanciata con una maggiore concentrazione di tali posti letto presso l'ospedale di Vipiteno (18) rispetto all'ospedale di Bolzano (8), dove come è noto giungono la maggior parte dei politraumi provinciali, anche per la presenza in tale sede della neurochirurgia.

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

Presso gli ospedali di Bressanone e Brunico sono presenti rispettivamente 1 e 2 posti letto codice 75.

Per quanto riguarda il ricovero diurno in codice 75 l'ospedale di Bolzano dispone di 2 posti letto in day hospital ed effettua 24 ricoveri in regime diurno su un totale di 51 ricoveri complessivi. Le altre strutture non ricorrono al regime diurno.

Tabella 6 - Regime di ricovero in codice 75, anno 2017

Istituto di cura	ordinario	diurno	totale
Ospedale di Bolzano	27	24	51
Ospedale di Bressanone	4		4
Ospedale di Brunico	24		24
Ospedale di Vipiteno	60		60
Casa di Cura Villa Melitta	19		19
<b>Totale</b>	<b>134</b>	<b>24</b>	<b>158</b>
<b>in %</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIVAS

## 2.3 Lungodegenza post-acuta - codice 60

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

Istituto di cura	2015	2016	2017
Ospedale di Bressanone	235	227	313
Ospedale di Brunico	155	130	143
Ospedale di Silandro	136	151	124
Ospedale di Vipiteno	151	165	137
Ospedale di San Candido	95	67	111
Casa di Cura Villa S. Anna	325	329	351
Casa di Cura Martinsbrunn	143	131	
Casa di Cura Bonvicini	643	654	794
Casa di Cura Villa Melitta	335	306	394
Casa di Cura Salus Center		355	322
<b>Totale</b>	<b>2.218</b>	<b>2.515</b>	<b>2.689</b>

Fonte: SIVAS

La casa di cura Salus Center ha attivato il codice 56 a partire dall'anno 2016. Viceversa, la casa di cura Martinsbrunn ha chiuso il reparto di lungodegenza post-acuta nel 2017, pertanto non risultano ricoveri.

Come già segnalato sulla riabilitazione intensiva, si nota un incremento sostanziale di ricoveri in lungodegenza post-acuta nelle case di cura private di Bolzano, fenomeno riconducibile ai nuovi criteri di accesso entrati in vigore nel gennaio 2017.

La degenza media risulta essere decisamente maggiore nelle case di cura private accreditate rispetto al pubblico (3 settimane contro 8-11 giorni nel settore pubblico), probabilmente espressione sia del prolungamento inappropriato delle degenze nei reparti ospedalieri per acuti, sia per l'inappropriatezza del ricovero in lungodegenza post acuta.

Negli ospedali di Vipiteno e Silandro si evidenziano numerosi ricoveri dell'MDC 23 "fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari", un raggruppamento di diagnosi molto generico che non consente l'identificazione del problema di salute che si intende trattare.

Inoltre, si vuole sottolineare che il numero di ricoveri in lungodegenza post-acuta risulta essere crescente e in tal modo in controtendenza con quanto riscontrato a livello statale, dove il Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - dati Sdo anno 2016 del Ministero della Salute evidenzia come i ricoveri in lungodegenza post-acuta siano diminuiti complessivamente del 5,3% e le giornate di degenza del 4%.

## 2.4 Mobilità passiva

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

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

anno 2016		numero ricoveri			valore tariffario		
Compendio sanitario residenza	Reparto	Italia	Austria	Complessivo	Italia €	Austria €	Complessivo €
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	135	11	146	639.376,5	249.185,9	888.562,3
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	3	0	3	6.076,2	0,0	6.076,2
	Unità spinale (cod. 28)	3	0	3	109.980,0	0,0	109.980,0
Bolzano	<b>Totale</b>	<b>141</b>	<b>11</b>	<b>152</b>	<b>755.433</b>	<b>249.186</b>	<b>1.004.618</b>
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	29	0	29	121.075,2	0,0	121.075,2
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	4	6	10	19.018,2	82.276,3	101.294,4
Merano	<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>39</b>	<b>140.093</b>	<b>82.276</b>	<b>222.370</b>
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	13	0	13	49.058,0	0,0	49.058,0
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	13	13	0,0	152.100,8	152.100,8
Bressanone	<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>49.058</b>	<b>152.101</b>	<b>201.159</b>
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	16	8	24	50.086,3	134.647,5	184.733,7
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	2	3	5	3.096,0	22.713,6	25.809,6
	Unità spinale (cod. 28)	1	0	1	2.113,4	0,0	2.113,4
Brunico	<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>55.296</b>	<b>157.361</b>	<b>212.657</b>
<b>Totale</b>		<b>206</b>	<b>41</b>	<b>247</b>	<b>999.880</b>	<b>640.924</b>	<b>1.640.804</b>

Fonte: SiVAS

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

anno 2015		numero ricoveri			valore tariffario		
Compendio sanitario residenza	Reparto	Italia	Austria	Italia	Austria	Italia	Austria
Bolzano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	129	13	142	627.170,9	193.129,7	820.300,6
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	6	0	6	74.730,0	0,0	74.730,0
	Unità spinale (cod. 28)	3	0	3	25.850,0	0,0	25.850,0
<b>Bolzano</b>	<b>Totale</b>	<b>138</b>	<b>13</b>	<b>151</b>	<b>727.751</b>	<b>193.130</b>	<b>920.881</b>
Merano	Riabilitazione fisica (cod. 56)	42	0	42	191.563,8	0,0	191.563,8
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	3	13	16	11.638,2	150.213,6	161.851,8
<b>Merano</b>	<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>58</b>	<b>203.202</b>	<b>150.214</b>	<b>353.416</b>
Bressanone	Riabilitazione fisica (cod. 56)	11	0	11	56.677,1	0,0	56.677,1
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	0	19	19	0,0	149.775,7	149.775,7
<b>Bressanone</b>	<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>56.677</b>	<b>149.776</b>	<b>206.453</b>
Brunico	Riabilitazione fisica (cod. 56)	30	9	39	81.455,3	190.878,3	272.333,5
	Riabilitazione neurologica (cod. 75)	1	1	2	470,0	16.993,6	17.463,6
<b>Brunico</b>	<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>41</b>	<b>81.925</b>	<b>207.872</b>	<b>289.797</b>
<b>Totale</b>		<b>225</b>	<b>55</b>	<b>280</b>	<b>1.069.555</b>	<b>700.991</b>	<b>1.770.546</b>

Fonte: SiVAS

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

Per quanto riguarda il codice 75 nel 2016 sono stati inviati complessivamente 22 pazienti verso strutture austriache e 9 verso altre strutture extra provinciali. 13 di questi provengono da residenti del Compendio di Bressanone.

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

## 2.5 Attività ambulatoriali

Tabella 10 – prestazioni riabilitative ambulatoriali

Comprensorio sanitario di erogazione	2016	2017	su residenti 2017
Bolzano	295.134	285.616	1,21
Merano	183.270	164.694	1,20
Bressanone	103.854	99.859	1,33
Brunico	113.254	126.443	1,59
<b>Totale</b>	<b>695.512</b>	<b>676.612</b>	<b>1,28</b>

Fonte: SiVAS

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

Secondo la delibera della Giunta provinciale 1544/2015 per la riabilitazione ambulatoriale è previsto un parametro di riferimento di 1,4 prestazioni per abitante. Attualmente l'offerta risulta complessivamente sottodimensionata (1,28 prestazioni per abitante).

## 2.6 Le principali sfide

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

- incentivare soluzioni territoriali alternative all'ospedale per limitare i ricoveri evitabili, garantire maggiore integrazione fra ospedale e territorio e assicurare la continuità delle cure;
- dedicare più posti letto al regime diurno (day hospital) in riabilitazione codice 56;
- incrementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali da 1,27 prestazioni per abitante a 1,4 come previsto da disposizioni provinciali;
- attivare posti letto di cure intermedie per la gestione di casi meno complessi;
- contenere il numero di posti letto in neuroriabilitazione codice 75;
- contrastare l'aumento dei ricoveri in lungodegenza post-acuzie codice 60 e indirizzare i casi non appropriati alle cure intermedie o al codice 56;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri di valutazione;
- definire criteri di appropriatezza dei ricoveri diurni in neuroriabilitazione;
- incrementare l'offerta di prestazioni di riabilitazione cardiologica e di altra natura (p.es. del pavimento pelvico, urologica, digestiva...);
- garantire una corretta allocazione della riabilitazione pneumologica ed eventualmente potenziarla;
- migliorare la codifica dei codici 60 utilizzando l'MDC 23 solo come categoria residuale;
- prevedere un cut off all'ingresso per la riabilitazione codice 56;
- ripartire i posti letto fra codici 56 e 75 presso l'ospedale di Vipiteno in maniera definita;
- incentivare le attività domiciliari di riabilitazione;
- garantire attività periodiche di formazione e aggiornamento;
- valutare l'appropriatezza delle attività di riabilitazione domiciliare;
- ottimizzare la durata media dei ricoveri per acuti negli ospedali della Provincia.

### 3. Descrizione del Piano: come diventerà la rete riabilitativa

---

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

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

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

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

#### Setting assistenziali

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

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

A tale scopo uno specifico gruppo di lavoro sarà attivato per integrare l'attuale scala di misurazione con ulteriori strumenti validati a livello nazionale e internazionale che documentino l'appropriatezza e gli esiti del trattamento e sappiano garantire la continuità delle cure tra l'ospedale e il territorio.

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

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

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

nei seguenti regimi assistenziali:

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



## 3.1 Riabilitazione estensiva in regime di ricovero e in altri regimi (ambulatoriale, domiciliare, cure intermedie)

---

### 3.1.1 Lungodegenza post-acuta - codice 60

---

Per quanto riguarda il codice 60 le strutture di ricovero a bassa intensità di cura operano con sorveglianza infermieristica nelle 24 ore a favore di pazienti clinicamente instabili che necessitano di un programma di riabilitazione estensivo, non potendo essere sostenuto un programma intensivo. L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 1 ora giornaliera, erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico.

L'accesso alle strutture di ricovero in codice 60 avviene mediante richiesta di ricovero da parte dello specialista ospedaliero competente per patologia o medico di medicina generale al medico fisiatra, geriatra o internista dell'Azienda sanitaria, secondo percorsi assistenziali condivisi che garantiscano la presa in carico del paziente entro 15 giorni.

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

La degenza non può superare i 60 giorni, in caso di necessità prorogabili con specifica autorizzazione dell'inviante. Il tasso di utilizzo dei posti letto deve essere superiore al 90%.

Se la degenza media si attesta intorno ai 10-11 giorni verosimilmente si tratta di cure intermedie.

### 3.1.2 Cure intermedie

---

Le strutture intermedie sono strutture territoriali a bassa intensità di cura, rivolte a pazienti che non sono inviabili al proprio domicilio, ma devono completare la stabilizzazione clinica e pertanto necessitano di sorveglianza infermieristica nelle 24 ore e anche di interventi di tipo riabilitativo.

I posti letto di cure intermedie sono attivati sia nelle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali (anche strutture sanitarie polifunzionali) che private accreditate e contrattualizzate.

Si tratta di posti letto territoriali a gestione infermieristica e con medici di medicina generale ovvero medici interni delle strutture che assumono la responsabilità clinica. La creazione di posti letto di cure intermedie dovrebbe diminuire il numero di pazienti inviati in codice 60.

La durata della degenza non supera generalmente le 4 settimane e può essere prorogata fino a un massimo di 6 settimane.

La proposta di ricovero avviene tramite:

- Primario o medico delegato specialista ospedaliero, se il paziente proviene da reparto acuto o post-acuto ospedaliero;
- Medico di medicina generale, se il paziente proviene dal domicilio o da altra struttura territoriale;
- Primario o medico delegato di Pronto soccorso, se il paziente proviene dal Pronto soccorso.

Per quanto riguarda i criteri di eleggibilità, parametri di personale e tariffazione si rinvia alle apposite linee guida che verranno approvate con provvedimento separato.

L'attivazione di posti letto di cure intermedie potrà incidere sia sulla dotazione di posti letto post acuti, sia su quella per acuti, come previsto dal Piano sanitario provinciale.

Per quanto riguarda i posti letto per ricoveri temporanei di transito, che a differenza dei posti letto di cure intermedie afferiscono all'area sociale, si rimanda ad apposito provvedimento separato.

In una prima fase i posti letto di cure intermedie nei singoli Comprensori potranno essere distribuiti tra strutture pubbliche e private convenzionate ed eventualmente aumentati, purché ciò avvenga all'interno del tetto di posti letto previsto dal Piano sanitario provinciale. Da questo tetto massimo rimangono esclusi i 7 posti letto presso la struttura di Sarentino.

La definizione complessiva del fabbisogno di letti di cure intermedie e di posti letto temporanei verrà nell'ambito dell'attuazione del presente piano, in accordo tra i servizi sanitari e sociali.

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

---

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

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

### 3.1.4 Attività di riabilitazione orientate al domicilio

---

Tali attività comprendono due tipologie di prestazioni e servizi: la prima è rappresentata dall'insieme delle prestazioni riabilitative da garantire sul territorio in prossimità del domicilio (wohnturnahe Betreuung), la seconda è rappresentata dalle attività domiciliari vere e proprie eseguite da personale specializzato secondo le indicazioni del documento di assistenza riabilitativa domiciliare (ARD) prodotto in data 26 settembre 2017.

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

### 3.1.5 Attività ambulatoriali di riabilitazione

---

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

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

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

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

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

## 3.2 Riabilitazione intensiva - codice 56

---

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

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 3 ore al giorno erogate dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari della riabilitazione e da personale infermieristico e richiede tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate.

Va elaborato un progetto individuale (PI) da parte di un team multidisciplinare con obiettivi, programmi di intervento e indicatori di esito, di cui è responsabile il medico specialista. Tale PI va condiviso con il paziente e caregiver.

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

Le attività di riabilitazione intensiva si effettuano in regime di ricovero ordinario o diurno. Quest'ultimo deve essere alternativo al ricovero ordinario e mai al trattamento ambulatoriale e presuppone che il paziente sia clinicamente stabilizzato.

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

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

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

L'invio in strutture di ricovero di riabilitazione intensiva avviene tramite medico specialista pubblico specifico per l'MDC a cui afferisce la condizione clinica del paziente. Generalmente il paziente proviene da reparti ospedalieri per acuti.

Per accedere alla riabilitazione intensiva è previsto un cut-off <91 punti FIM all'ingresso.

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

Per la durata della degenza si fa provvisoriamente riferimento alla procedura aziendale n. 2702/16 "Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie". Un apposito gruppo di lavoro si occuperà al più presto della loro revisione.

Il ricovero in riabilitazione intensiva presuppone che ci sia stato un ricovero acuto precedente.

Il ricovero di valutazione ed il ricovero di mantenimento devono essere ridefiniti dal Dipartimento di riabilitazione in maniera uniforme per tutto il territorio provinciale.

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

---

In tale categoria si comprendono pazienti affetti da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) di natura traumatica, ischemica, emorragica, infiammatoria, o pazienti con malattie neurologiche rare, tutti con deficit neurologici complessi, tali da determinare una condizione di coma con punteggio GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave.

I pazienti necessitano di elevata sorveglianza infermieristica e tutela medica nell'arco delle 24 ore. Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione sono di almeno 3 ore giornaliere erogate da professionisti sanitari della riabilitazione, dal personale infermieristico e di supporto e dal medico specialista.

#### Criteri di accesso

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

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

All'ingresso devono essere rispettati i seguenti criteri:

1. Punteggio GCS <12 in prima giornata
2. Cut off d'ingresso del punteggio FIM <55/126

Il reparto di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione deve garantire:

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

Eventuali prestazioni e servizi:

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

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

Per la durata della degenza si fa provvisoriamente riferimento alla procedura aziendale n. 2702/16 “Criteri di appropriatezza nei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie”. Un apposito gruppo di lavoro si occuperà al più presto della loro revisione.

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

## 4. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio

---

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

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

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

### 4.1 Mission del Dipartimento di riabilitazione

---

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

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

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

Per tali ragioni il Dipartimento garantisce:

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

## 4.2 Compiti del Dipartimento

---

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

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

## 4.3 Strutture afferenti al Dipartimento

---

Afferiscono al Dipartimento le seguenti strutture pubbliche e private:

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

## 4.4 Composizione del Dipartimento

---

Il Dipartimento è articolato in due livelli:

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

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

## 4.5 Direttore del Dipartimento

---

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

In particolare, il Direttore:

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

## 4.6 Comitato di Dipartimento

---

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

È composto da:

- i direttori delle strutture complesse di riabilitazione pubbliche del Dipartimento;
- 1 direttore di Unità operativa complessa UOC in rappresentanza di tutti i direttori delle UO con le quali si interfaccia il dipartimento (ortopedia, pneumologia, cardiologia, ...);
- Dai responsabili delle unità operative semplici di riabilitazione (UOS);
- 2 referenti scelti tra i 26 referenti delle Aggregazioni funzionali territoriali AFT costituite dai medici di medicina generale;
- 2 direttori di distretto con compiti di organizzazione delle attività di assistenza primaria;
- Il coordinatore delle Professioni sanitarie del dipartimento, coadiuvato da un infermiere, 1 fisioterapista, 1 terapeuta occupazionale ed 1 logopedista;
- 2 rappresentanti delle strutture private accreditate.

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

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

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

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

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

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



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

## 5. Sistema di controlli

---

Il fabbisogno di ricoveri di riabilitazione ospedaliera viene quantificato correttamente solo se tali ricoveri rispondono a criteri e parametri di appropriatezza ed efficienza. A tale scopo gli organismi preposti al controllo dovranno valutare periodicamente i ricoveri erogati rispetto a una potenziale inappropriata clinica e organizzativa nonché inefficienza.

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

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

## 6. Formazione ed aggiornamento

---

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

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

Uno specifico gruppo di lavoro ad hoc attivato sarà incaricato di predisporre a livello Dipartimentale, e quindi anche con il coinvolgimento delle strutture private, linee di indirizzo specifiche a riguardo.

## 7. Qualità ed informatizzazione in riabilitazione

---

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

## 8. Distribuzione dei posti letto

La distribuzione dei posti letto fra riabilitazione, lungodegenza post-acuta e neuroriabilitazione da ottenere nel triennio 2019-2021 è la seguente:

Tabella 11 –distribuzione dei posti letto (dati 2017 e nuova distribuzione)

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56 nuova distribuzione	Lungodegenza post-acuta codice 60	Lungodegenza post-acuta codice 60 Nuova distribuzione	Neuro-riabilitazione codice 75	Neuro-riabilitazione codice 75 Nuova distribuzione	totale 2017	totale nuova distribuzione
Ospedale di Bolzano	6	10			8		14	
Casa di cura Bonvicini	44	44	42	42			86	
Casa di cura Villa Melitta	41	41	25	25	3		69	
Comprensorio sanitario di Bolzano	91	95	67	67	11	10	169	172
Ospedale di Merano-Silandro	12	24	2	0			14	
Casa di cura Sant'Anna			25	25			25	
Casa di cura Martinsbrunn	21	0					21	
Casa di cura Salus Center	22	22	20	20			42	
Comprensorio sanitario di Merano	55	46	47	45	0		102	91
Ospedale di Bressanone-Vipiteno	16	30	18	13	19	15	53	
Comprensorio sanitario di Bressanone	16	30	18	13	19	15	53	58
Ospedale di Brunico-San Candido	13	33	24	22	2	0	39	
Comprensorio sanitario di Brunico	13	33	24	22	2	0	39	55
<b>totale</b>	<b>175</b>	<b>204</b>	<b>156</b>	<b>147</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>363</b>	<b>376</b>

In base alla tendenza in atto a livello nazionale si è ridotta la dotazione complessiva di posti letto di lungodegenza post-acuta (-4% delle giornate di degenza trasformate in posti letto con ipotesi di occupazione al 100% per un totale di 11 posti letto in meno della dotazione 2017).

Tale riduzione è stata raggiunta con l'eliminazione di posti letto di lungodegenza post acuta di Silandro (2), Vipiteno (5) e San Candido (5). Ciò avviene a favore dell'attivazione in tutti i Comprensori sanitari di inizialmente 50 posti letto di cure intermedie, che comprendono i 7 posti letto di Sarentino, che in base al Piano sanitario provinciale non vanno computati nel tetto complessivo dei posti letto.

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

Sono stati diminuiti i posti letto di neuroriabilitazione codice 75 da 32 a 25 posti letto come da Piano sanitario provinciale, prevedendo la chiusura dei posti letto presso gli ospedali di Bressanone (1) e Brunico (2) e diminuendo l'offerta a Vipiteno a 15 posti letto.

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

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

Per il periodo transitorio di un anno il Compensorio sanitario di Merano può attivare 18 posti letto codice 56 presso la struttura convenzionata Salus Center.

In riabilitazione intensiva (codice 56) indicativamente il 9% dei ricoveri dovrà essere erogato in regime di day hospital.

Complessivamente si ottiene una dotazione totale di 376 posti letto con una distribuzione fra le varie discipline che rispecchia le tendenze rilevate a livello nazionale. Tale assetto rispetta il parametro statale.

Eventuali disomogeneità nella distribuzione dei posti letto fra codici riabilitativi nei Comprensori sanitari saranno oggetto di approfondimento anche in funzione dell'eventuale revisione dei criteri di invio.

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

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

*Tabella 12 – tabella riassuntiva di distribuzione dei posti letto*

Struttura ospedaliera	Recupero e Riabilitazione funzionale codice 56	Lungodegenza post-acuta codice 60	Neuro-riabilitazione codice 75	totale nuova distribuzione	Cure intermedie
Compensorio sanitario di Bolzano	95	67	10	172	
Compensorio sanitario di Merano	46	45	0	91	
Compensorio sanitario di Bressanone	30	13	15	58	
Compensorio sanitario di Brunico	33	22	0	55	
<b>Totale</b>	<b>204</b>	<b>147</b>	<b>25</b>	<b>376</b>	<b>50</b>

## 9. Attivazione di una cabina di regia

---

Al fine di monitorare l'attuazione del presente Piano della rete riabilitativa provinciale viene istituita una cabina di regia fra Assessorato alla Salute e Azienda sanitaria, che verificherà periodicamente lo stato dell'arte del Piano sulla base di una "time table" definita.

I seguenti ambiti necessitano di intervento prioritario:

- individuazione di nuovi strumenti di misurazione validati a livello nazionale e internazionale;
- integrazione delle strutture di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26 all'interno della rete riabilitativa provinciale;
- criteri di appropriatezza e accesso delle prestazioni ambulatoriali;
- criteri di appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza post-acuta;
- linee di indirizzo su formazione e aggiornamento;
- omogeneizzazione di indicatori di qualità e informatizzazione dei percorsi di cura.

## 10. Disposizioni da revisionare

---

Il presente Piano implica la revoca delle seguenti disposizioni:

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

In seguito alla revoca della delibera 1711/2012 si stabilisce che l'unità di degenza neuroriabilitativa presso l'ospedale di Vipiteno comprende al massimo 15 posti letto dedicati alla Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75) e inoltre posti letto dedicati alla Riabilitazione intensiva (Codice 56), da determinare in base al fabbisogno.

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



# FACHPLAN FÜR DAS LANDESWEITE REHABILITATIONSNETZ 2019-2021

Neuordnung des Angebots,  
Zugangsmodalitäten,  
Einrichtung von Intermediärbetten

# Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort .....	2
2.	Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots.....	3
2.1	Intensive Rehabilitation – Code 56.....	4
2.2	Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75 .....	6
2.3	Post-akute Langzeitpflege - Code 60.....	7
2.4	Passive Mobilität .....	8
2.5	Ambulante Tätigkeiten .....	10
2.6	Die wichtigsten Herausforderungen .....	10
3.	Beschreibung des Planes: wie entwickelt sich das Betreuungsnetz der Rehabilitation? .....	11
3.1	Extensive stationäre Rehabilitation und andere Formen der Betreuung (ambulant, am Wohnort, intermediär) .....	12
3.1.1	Post-akute Langzeitpflege - Code 60.....	12
3.1.2	Intermediärbetreuung .....	12
3.1.3	Krankenhausexterne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978) .....	13
3.1.4	Wohnortnahe Rehabilitation .....	13
3.1.5	Ambulante Rehabilitationsleistungen.....	13
3.2	Intensive Rehabilitation - Code 56 .....	14
3.3	Hoch spezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75 .....	15
4.	Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium.....	17
4.1	Auftrag des Rehabilitationsdepartments.....	17
4.2	Aufgaben des Departments .....	18
4.3	Aufbau des Departments .....	18
4.4	Zusammensetzung des Departments .....	18
4.5	Direktor des Departments .....	19
4.6	Das Komitee des Departments.....	19
5.	Kontrollsystem .....	20
6.	Aus- und Weiterbildung.....	20
7.	Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation.....	20
8.	Bettenverteilung.....	21
9.	Einsetzung eines Koordinierungsgremiums.....	23
10.	Zu aktualisierende Bestimmungen.....	23

# 1. Vorwort

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auf dieser Grundlage basiert das neue landesweite Rehabilitationsdepartment, welches abgestimmte Betreuungspfade zwischen Krankenhaus und Territorium und zwischen öffentlichen und privaten Strukturen gewährleisten wird. Zudem werden Intermediärbetten eingeführt, wie vom Landesgesundheitsplan 2016-2020 vorgesehen und vom Master Plan Chronic Care beschrieben, welcher sich mit diesem Plan überschneidet.

## 2. Das Rehabilitationsnetz: Beschreibung des landesweiten Angebots

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

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

Dies erfolgt in nachstehenden Betreuungsstufen:

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

Derzeit besteht kein Angebot an domizilorientierter Rehabilitation.

Nachstehend das Bettenangebot 2017:

Tabelle 1 – Beschreibung der Betten nach Code (56, 60 e 75), Jahr 2017

Krankeneinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	post-akute Langzeitpflege Code 60	Neurorehabilitation Code 75	Gesamt 2017
Krankenhaus Bozen	6		8	14
Privatklinik Bonvicini	44	42		86
Privatklinik Villa Melitta	41	25	3	69
<b>Gesundheitsbezirk Bozen</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>169</b>
Krankenhaus di Meran	12			12
Krankenhaus di Schlanders		2		2
Privatklinik Sankt Anna		25		25
Privatklinik Martinsbrunn	21			21
Privatklinik Salus Center	22	20		42
<b>Gesundheitsbezirk Meran</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>102</b>
Krankenhaus Brixen	13	13	1	27
Krankenhaus Sterzing	3	5	18	26
<b>Gesundheitsbezirk Brixen</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>53</b>
Krankenhaus Bruneck	13	19	2	34
Krankenhaus Innichen		5		5
<b>Gesundheitsbezirk Bruneck</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>39</b>
<b>Gesamt</b>	<b>175</b>	<b>156</b>	<b>32</b>	<b>363</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

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



Tabelle 2 – Art von Aufenthalten, Jahr 2017

Art von Aufenthalten	Von staatlichen Normen vorgesehenen Standards (1)	Jahr 2017 (2)
Post-Akute Neuro Rehabilitation	0,02‰	0,06‰
Post-Akute Langzeitpflege	mindestens 0,2‰	0,29‰
Post-Akute Rehabilitation		0,33‰
<b>Gesamt</b>	<b>0,7‰</b>	<b>0,68‰</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

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

Nachstehend werden die Typologien der stationären und tagesklinischen Aufenthalte gegliedert nach Codes für den Dreijahreszeitraum 2015-2017 beschrieben.

## 2.1 Intensive Rehabilitation – Code 56

Tabelle 3 – stationäre und tagesklinische Rehabilitationsaufenthalte (Code 56)

Krankeneinrichtung	2015	2016	2017
Krankenhaus Bozen	77	66	72
Krankenhaus Meran	242	189	159
Krankenhaus Brixen	279	275	311
Krankenhaus Bruneck	204	220	228
Krankenhaus Sterzing	125	117	198
Privatklinik Martinsbrunn	361	334	354
Privatklinik Bonvicini	701	711	519
Privatklinik Villa Melitta	716	701	613
Privatklinik Salus Center		551	578
<b>Gesamt</b>	<b>2.705</b>	<b>3.164</b>	<b>3.032</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die Privatklinik Salus Center hat den Code 56 ab 2016 in Betrieb genommen.

Im Jänner 2017 hat der Sanitätsbetrieb neue Zugangskriterien für die Rehabilitation genehmigt. Die Folgen dieser neuen Kriterien sind in den Privatkliniken des Raumes Bozen (Bonvicini und Villa Melitta) sichtbar, wo ein beträchtlicher Rückgang der Aufenthalte im Code 56 zugunsten des Code 60 zu verzeichnen ist (siehe die folgende Tabelle 7). Diese Wirkungen sind nur im Gesundheitsbezirk Bozen zu verzeichnen, während im Gesundheitsbezirk Meran die Aufenthalte im Code 56 sogar zugenommen haben.

Die Zunahme der Aufenthalte in Sterzing beruht auf der Korrektur der Kodifizierung, die heuer vorgenommen wurde. Die Zuteilung der Aufenthalte erfolgte in Anwendung des Beschlusses der LR 1711/2012, wonach die Abteilungskodifizierung schwanken konnte und dies die genaue Trennung zwischen Code 56 und Code 75 aus informatischer Sicht nicht ermöglichte: die Daten der Abteilung für intensive Rehabilitation Code 56 wurden irrtümlicherweise der Neurorehabilitation Code 75 zugeschrieben und liefen in den elektronischen Landesarchiven als Sammeldaten zusammen, woraus eine Verzerrung entstand. Dieser informatische Fehler wurde 2018 behoben.

Die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte beträgt ungefähr 6%. Sie werden nur in den 3 Einrichtungen von Brixen, Sterzing und Bruneck erbracht. Brixen und Bruneck verfügen zwar über dieselbe Bettenanzahl (jeweils 3), die

Anzahl der day hospital Aufenthalte weicht jedoch stark voneinander ab (36 zu 115). Bruneck behandelt die Hälfte seiner Patienten tagesklinisch.

Tabelle 4 – Art der Aufnahme Code 56, Jahr 2017

Krankeneinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	72		72
Krankenhaus Meran	159		159
Krankenhaus Brixen	275	36	311
Krankenhaus Bruneck	113	115	228
Krankenhaus Sterzing	181	17	198
Privatklinik Martinsbrunn	354		354
Privatklinik Bonvicini	519		519
Privatklinik Villa Melitta	613		613
Privatklinik Salus Center	578		578
<b>Gesamt</b>	<b>2.864</b>	<b>168</b>	<b>3.032</b>
<b>In %</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

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

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

Letztere Typologie wird sehr wenig verwendet (22 Aufenthalte im Jahr 2017, was 0,7% der gesamten Aufenthalte entspricht).

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

Das Durchschnittsalter der Patienten, die in Privatkliniken aufgenommen werden, ist höher als jenes der Patienten in öffentlichen Krankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in den Privatkliniken Martinsbrunn, Villa Melitta und Bonvicini ähnlich (3 Wochen), beträgt hingegen im Salus Center 2 Wochen und ist in allen öffentlichen Krankenhäusern mit Ausnahme von Brixen im Anstieg.

Bezüglich der Klassifizierung MDC wird die absolute Geringfügigkeit der kardiologischen Rehabilitation (43 Aufenthalte, davon 30 in der Privatklinik Bonvicini) unterstrichen. Die pneumologische Rehabilitation wird nur in 2 Strukturen erbracht (Martinsbrunn und Salus Center). Zudem sind in der Struktur Salus Center zusätzliche 36 Betten für kardiologische Rehabilitation akkreditiert und vertragsgebunden.

## 2.2 Hochspezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75

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

Bezüglich Code 75 wird nachstehend die Situation der Aufenthalte auf die 32 Betten dargestellt:

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

Krankenhauseinrichtung	2015	2016	2017
Krankenhaus Bozen	82	78	51
Krankenhaus Brixen	8	6	4
Krankenhaus Bruneck	46	37	24
Krankenhaus Sterzing	93	124	60
Privatklinik Villa Melitta	17	19	19
<b>Gesamt</b>	<b>246</b>	<b>264</b>	<b>158</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die Abnahme der Aufenthalte in Sterzing beruht auf die Korrektur der Kodifizierung, die heuer vorgenommen wurde. Die Zuteilung der Aufenthalte erfolgte in Anwendung des Beschlusses der LR 1711/2012, wonach die Abteilungskodifizierung schwanken konnte und dies die genaue Trennung zwischen Code 56 und Code 75 aus informatischer Sicht nicht ermöglichte: die Daten der Abteilung für intensive Rehabilitation Code 56 wurden irrtümlicherweise der Neurorehabilitation Code 75 zugeschrieben und liefen in den elektronischen Landesarchiven als Sammeldaten zusammen, woraus eine Verzerrung entstand. Dieser informatische Fehler wurde 2018 behoben.

Wie bereits vorweggenommen verfügt Südtirol über eine übermäßige Anzahl an Betten im Code 75 (32 Betten statt 11, wie aus gesetzlichen Normen hervorgehen würde). Es handelt sich dabei um hoch spezialisierte Betten, die einen Einsatz an technologisch komplexen Geräten und an hoch spezialisierten Personalressourcen benötigen. Die Bettenverteilung erscheint unausgewogen, mit einer höheren Konzentration der Betten im Krankenhaus Sterzing (18) gegenüber dem Krankenhaus Bozen (8), wo bekanntlich der Großteil der landesweiten Polytraumen eintreffen und wo die Neurochirurgie angesiedelt ist.

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

In den Krankenhäusern Brixen und Bruneck sind jeweils 1 und 2 Betten Code 75 vorhanden.

Bezüglich Tagesklinik im Code 75 verfügt Bozen über 2 Day hospital Betten und tätigt 24 auf insgesamt 51 tagesklinische Aufenthalte.

Tabelle 6 – Art der Aufnahme in Code 75, Jahr 2017

Krankenhauseinrichtung	Stationär	tagesklinisch	Gesamt
Krankenhaus Bozen	27	24	51
Krankenhaus Brixen	4		4
Krankenhaus Bruneck	24		24
Krankenhaus Sterzing	60		60
Privatklinik Villa Melitta	19		19
<b>Gesamt</b>	<b>134</b>	<b>24</b>	<b>158</b>
<b>in %</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

## 2.3 Post-akute Langzeitpflege - Code 60

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

Krankeneinrichtung	2015	2016	2017
Krankenhaus Brixen	235	227	313
Krankenhaus Bruneck	155	130	143
Krankenhaus Schlanders	136	151	124
Krankenhaus Sterzing	151	165	137
Krankenhaus Innichen	95	67	111
Privatklinik Villa St. Anna	325	329	351
Privatklinik Martinsbrunn	143	131	
Privatklinik Bonvicini	643	654	794
Privatklinik Villa Melitta	335	306	394
Privatklinik Salus Center		355	322
<b>Gesamt</b>	<b>2.218</b>	<b>2.515</b>	<b>2.689</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Die Privatklinik Salus Center hat den Code 56 seit 2016 in Betrieb genommen. Die Privatklinik Martinsbrunn hat hingegen die Abteilung für post akute Langzeitpflege im Jahr 2017 geschlossen, daher sind keine Aufenthalte zu verzeichnen.

Wie bereits in der intensiven Rehabilitation angemerkt ist eine beträchtliche Zunahme der post akuten Langzeitpflege-Aufenthalte sichtbar, die auf die neuen Zugangskriterien, die seit Jänner 2017 greifen, zurückzuführen sind.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist eindeutig höher in den akkreditierten Privatkliniken im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen (3 Wochen gegen 8-11 Tagen in den öffentlichen Strukturen), wahrscheinlich infolge unangemessener Verlängerung der Aufenthalte in den Akutabteilungen der Krankenhäuser bzw. infolge unangemessener Aufenthalte in der post akuten Langzeitpflege.

In den Krankenhäusern Sterzing und Schlanders verzeichnet man zahlreiche Aufenthalte mit der Gruppierung MDC 23 "Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen", eine sehr allgemeine Gruppierung, die es nicht ermöglicht, das Gesundheitsproblem, das behandelt werden muss, zu identifizieren.

Zudem ist hervorzuheben, dass die Anzahl der Aufenthalte in post-akuter Langzeitpflege ansteigt, dies im Gegensatz zum Trend auf staatlicher Ebene (Bericht über die Krankenhausaufnahmen – Daten KEB 2016 des Gesundheitsministeriums). Dort nehmen nämlich die Aufenthalte in post akuter Langzeitpflege insgesamt um 5,3% und die Aufenthaltstage um 4% ab.

## 2.4 Passive Mobilität

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

Tabelle 8 – Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Jahr 2016		Anzahl der Aufenthalte			Tarifwert		
Wohnsitz - Gesundheitsbezirk	Abteilung	Andere Regionen Italiens	Österreich	Gesamt	Andere Regionen Italiens €	Österreich €	Gesamt €
Bozen	Physische Rehabilitation (Code 56)	135	11	146	639.376,5	249.185,9	888.562,3
	Neurorehabilitation (Code 75)	3	0	3	6.076,2	0,0	6.076,2
	Spinaleinheit (Code 28)	3	0	3	109.980,0	0,0	109.980,0
Bozen	<b>Gesamt</b>	<b>141</b>	<b>11</b>	<b>152</b>	<b>755.433</b>	<b>249.186</b>	<b>1.004.618</b>
Meran	Physische Rehabilitation (Code 56)	29	0	29	121.075,2	0,0	121.075,2
	Neurorehabilitation (Code 75)	4	6	10	19.018,2	82.276,3	101.294,4
Meran	<b>Gesamt</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>39</b>	<b>140.093</b>	<b>82.276</b>	<b>222.370</b>
Brixen	Physische Rehabilitation (Code 56)	13	0	13	49.058,0	0,0	49.058,0
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	13	13	0,0	152.100,8	152.100,8
Brixen	<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>49.058</b>	<b>152.101</b>	<b>201.159</b>
Bruneck	Physische Rehabilitation (Code 56)	16	8	24	50.086,3	134.647,5	184.733,7
	Neurorehabilitation (Code 75)	2	3	5	3.096,0	22.713,6	25.809,6
	Spinaleinheit (Code 28)	1	0	1	2.113,4	0,0	2.113,4
Bruneck	<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>55.296</b>	<b>157.361</b>	<b>212.657</b>
<b>Gesamt</b>		<b>206</b>	<b>41</b>	<b>247</b>	<b>999.880</b>	<b>640.924</b>	<b>1.640.804</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Tabelle 9 – Aufenthalte in Einrichtungen außerhalb Südtirols und nach Österreich

Jahr 2015		Anzahl der Aufenthalte			Tarifwert		
Wohnsitz - Gesundheitsbezirk	Abteilung	Andere Regionen Italiens	Österreich	Gesamt	Andere Regionen Italiens €	Österreich €	Gesamt €
Bozen	Physische Rehabilitation (Code 56)	129	13	142	627.170,9	193.129,7	820.300,6
	Neurorehabilitation (Code 75)	6	0	6	74.730,0	0,0	74.730,0
	Spinaleinheit (Code 28)	3	0	3	25.850,0	0,0	25.850,0
Bozen	<b>Gesamt</b>	<b>138</b>	<b>13</b>	<b>151</b>	<b>727.751</b>	<b>193.130</b>	<b>920.881</b>
Meran	Physische Rehabilitation (Code 56)	42	0	42	191.563,8	0,0	191.563,8
	Neurorehabilitation (Code 75)	3	13	16	11.638,2	150.213,6	161.851,8
Meran	<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>58</b>	<b>203.202</b>	<b>150.214</b>	<b>353.416</b>
Brixen	Physische Rehabilitation (Code 56)	11	0	11	56.677,1	0,0	56.677,1
	Neurorehabilitation (Code 75)	0	19	19	0,0	149.775,7	149.775,7
Brixen	<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>56.677</b>	<b>149.776</b>	<b>206.453</b>
Bruneck	Physische Rehabilitation (Code 56)	30	9	39	81.455,3	190.878,3	272.333,5
	Neurorehabilitation (Code 75)	1	1	2	470,0	16.993,6	17.463,6
Bruneck	<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>41</b>	<b>81.925</b>	<b>207.872</b>	<b>289.797</b>
<b>Gesamt</b>		<b>225</b>	<b>55</b>	<b>280</b>	<b>1.069.555</b>	<b>700.991</b>	<b>1.770.546</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

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

2016 wurden 22 Patienten mit Code 75 nach Österreich und 9 in anderen Strukturen außerhalb Südtirol geschickt. 13 davon kommen vom Gesundheitsbezirk Brixen.

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

## 2.5 Ambulante Tätigkeiten

Tabelle 10 – Ambulante Rehabilitationsleistungen

Verabreichender Gesundheitsbezirk	2016	2017	Anzahl auf Einwohner 2017
Bozen	295.134	285.616	1,21
Meran	183.270	164.694	1,20
Brixen	103.854	99.859	1,33
Bruneck	113.254	126.443	1,59
<b>Gesamt</b>	<b>695.512</b>	<b>676.612</b>	<b>1,28</b>

Quelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

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

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

## 2.6 Die wichtigsten Herausforderungen

Angesichts der dargestellten Situation werden folgende Maßnahmen festgelegt:

- wohnortnahe Lösungen als Alternative zum Krankenhaus fördern; damit sollen vermeidbare Aufenthalte eingeschränkt und eine bessere Integration zwischen Krankenhaus und Territorium zur Gewährleistung der Kontinuität der Pflege gesichert werden;
- in der Rehabilitation, Code 56, sind mehr tagesklinische Betten einzurichten;
- das Angebot an ambulanten Leistungen ist von 1,27 auf 1,4 Leistungen pro Einwohner zu erhöhen;
- Betten für intermediäre Betreuung für weniger komplexe Fälle sind einzurichten;
- die Anzahl der Betten in der Neurorehabilitation Code 75 sind einzuschränken;
- der Zunahme an Aufenthalten in post akuter Langzeitpflege Code 60 ist entgegenzuwirken und die nicht angemessenen Fälle der intermediären Pflege oder dem Code 56 zuzuweisen;
- Angemessenheitskriterien für die Bewertungsaufenthalte sind zu definieren;
- Angemessenheitskriterien für die tagesklinischen Aufenthalte in der Neurorehabilitation sind zu definieren;
- das Angebot an Rehabilitationsleistungen ist auf sämtlichen Bereiche (Kardiologie, Urologie, Rehabilitation des Beckenbodens, des Verdauungstraktes u.a.) auszudehnen;
- eine korrekte Aufteilung und eventuell Stärkung der pneumologischen Rehabilitation ist zu sichern;
- die Kodifizierung des Code 60 ist zu verbessern und die MDC 23 nur als Restkategorie zu verwenden;
- ein cut-off bei der Aufnahme in der Rehabilitation Code 56 ist einzuführen;
- die Betten zwischen Code 56 und 75 im Krankenhaus Sterzing sind deutlich aufzuteilen;
- die Rehabilitationsleistungen am Wohnort des Patienten sind zu fördern;
- periodische Aus- und Weiterbildungstätigkeiten ist zu garantieren;
- die Angemessenheit der wohnortnahen Rehabilitationsleistungen ist zu bewerten;
- die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Akutaufenthalten in den Krankenhäusern des Landes ist zu optimieren.

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

---

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

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

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

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

#### Betreuungsformen

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

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

Hierzu wird eine spezifische Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, um die aktuelle Bewertungsskala mit zusätzlichen auf staatlicher und internationaler Ebene validierten Instrumenten zu ergänzen, damit die Angemessenheit und die Ergebnisse der Behandlung dokumentiert werden und die Betreuungskontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium gewährleistet wird.

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

Das Rehabilitationsnetz erfüllt die Bedürfnisse an Rehabilitation der Bevölkerung mittels:

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

In folgenden Betreuungsformen:

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



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

---

### 3.1.1 Post-akute Langzeitpflege - Code 60

---

Beim Code 60 handelt es sich um Einrichtungen mit geringer Behandlungsintensität, mit einer krankpflegerischen 24-Stunden-Betreuung von klinisch instabilen Patienten, die einer extensiven Rehabilitation bedürfen, weil sie eine intensive Behandlung nicht vertragen würden. Die Rehabilitationsleistung beträgt mindestens 1 Stunde am Tag und kann vom Facharzt für Rehabilitation, von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation, vom Krankenpflegepersonal erbracht werden.

Der Zugang zu den Einrichtungen Code 60 geschieht mittels Einweisungsantrag seitens des Krankenhausarztes, der für die entsprechende Pathologie zuständig ist oder seitens des Arztes für Allgemeinmedizin über den Physiatern, Geriater oder Internisten des Sanitätsbetriebes, aufgrund von einheitlichen Betreuungspfaden, welche die Fallübernahme des Patienten innerhalb von 15 Tagen gewährleisten.

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

Die Aufenthaltsdauer darf generell 60 Tage nicht überschreiten. Bei nachgewiesenem Bedarf kann mit spezifischer Ermächtigung des Verschreibers die Dauer verlängert werden. Der Auslastungsgrad der Betten muss über 90% liegen.

Falls die Aufenthaltsdauer um 10-11 Tage liegt, dann handelt es sich wahrscheinlich um intermediäre Betreuung.

### 3.1.2 Intermediärbetreuung

---

Die Strukturen für Intermediärbetreuung sind wohnortnahe Einrichtungen mit niedriger Behandlungsintensität für Patienten, die noch nicht nach Hause entlassen werden können, die jedoch die klinische Stabilität noch erreichen müssen und daher einer 24stündigen krankpflegerischen Betreuung und der Rehabilitationsleistungen bedürfen.

Die Betten für Intermediärbetreuung werden in öffentlichen Krankenhäusern, in territorialen Einrichtungen (auch sanitären Mehrzweckstrukturen), als auch in privaten, akkreditierten und vertragsgebundenen Einrichtungen vorgesehen.

Es handelt sich um Betten mit krankpflegerischer Führung und mit Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. Ärzten der Strukturen, welche die klinische Verantwortung übernehmen. Die Schaffung von Intermediärbetten sollte die Anzahl der Patienten im Code 60 verringern und Freiräume in den Abteilungen der Krankenhäuser schaffen.

Die Aufenthaltsdauer überschreitet in der Regel nicht 4 Wochen und kann um maximal 2 Wochen verlängert werden.

Der Einweisungsantrag erfolgt über:

- Primar oder beauftragter Facharzt des Krankenhauses, wenn der Patient aus einer akuten oder post-akuten Krankenhausabteilung kommt;
- Arzt für Allgemeinmedizin, wenn der Patient von seinem Wohnort oder aus einer anderen territorialen Einrichtung kommt;
- Primar oder beauftragter Arzt der Notaufnahme, wenn der Patient aus der Notaufnahme kommt.

Auswahlkriterien, Personalparameter und Tarifierung werden mit separater Maßnahme genehmigt. Die Inbetriebnahme von Intermediärbetten wirkt sich auf den Bettenbestand für akute, als auch für post-akute Betreuung, so wie vom Landesgesundheitsplan vorgesehen.

In einer ersten Phase können die Intermediärbetten in den einzelnen Gesundheitsbezirken zwischen öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen verteilt und gegebenenfalls erhöht werden, vorausgesetzt, dass dies im Rahmen des vom Landesgesundheitsplan vorgesehenen Gesamtbettenstandes erfolgt. Die Betten der Einrichtung in Sarntheim kommen dabei zur Gesamtbettenobergrenze noch hinzu.

Eine gesamthafte Definition und Bedarfsberechnung sowohl der Intermediär- als auch der Übergangsbetten erfolgt in nachgeordneten Planungsdokumenten und Maßnahmen, in Abstimmung zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales.

### 3.1.3 Krankenhausexterne, vollstationäre, halbstationäre und tagesklinische Betreuung (ex Art. 26, G. 833/1978)

---

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

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

### 3.1.4 Wohnortnahe Rehabilitation

---

Diese Tätigkeit umfasst zwei Arten von Leistungen und Diensten: Die erste besteht aus der Gesamtheit der rehabilitativen Leistungen, die wohnortnah auf dem Territorium zu gewährleisten sind, die zweite bezieht sich auf Leistungen zu Hause, die von Fachpersonal aufgrund der Anleitungen des Dokuments für Rehabilitation vom 26. September 2017 erbracht werden.

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

### 3.1.5 Ambulante Rehabilitationsleistungen

---

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

Das ambulante Leistungsangebot ist auszubauen und die Unterschiede zwischen den Gesundheitsbezirken sind auszugleichen. Man sollte auf 1,4 Leistungen pro Einwohner abzielen, so wie vom Beschluss der Landesregierung 1544/2015 vorgesehen ist.

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

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

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

## 3.2 Intensive Rehabilitation - Code 56

---

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

Die Rehabilitation beträgt mindestens 3 Stunden täglich und wird vom Facharzt für Rehabilitation, von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation und vom Krankenpflegepersonal erbracht, und erfordert komplexe diagnostisch-therapeutische Technologien.

Die individuelle Betreuung wird von einem multidisziplinären Team erarbeitet, welche Ziele, Eingriffe und Ergebnisindikatoren, die im Verantwortungsbereich des Facharztes liegen, berücksichtigen. Dieses individuelle Projekt muss mit dem Patienten und dem caregiver abgestimmt sein.

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

Die Rehabilitationsleistungen werden stationär oder tagesklinisch erbracht.

Die tagesklinische Leistung ist die Alternative zum stationären Aufenthalt und kann niemals die ambulante Betreuung ersetzen, sie setzt eine klinische Stabilisierung des Patienten voraus.

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

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

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

Die Einweisung in intensiven Rehabilitationseinrichtungen erfolgt mittels Facharzt des Gesundheitsdienstes, der für die entsprechende MDC, welche den Patienten aus klinischer Sicht betrifft, zuständig ist.

In der Regel kommt der Patient aus einer Akutabteilung eines Krankenhauses.

Der Zugang zur intensiven Rehabilitation erfordert ein cut-off <91 FIM Punkte bei der Aufnahme.

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

Für die Dauer des Aufenthaltes verweist man vorläufig auf das Verfahren des Sanitätsbetriebes Nr. 2702/16 "Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte". Eine Arbeitsgruppe wird sich in Kürze mit der Revision dieser Kriterien befassen.

Der Aufenthalt in intensiver Rehabilitation setzt einen vorhergehenden Akutaufenthalt voraus.

Der Bewertungs- und Erhaltungsaufenthalt werden vom Rehabilitationsdepartment neu definiert und müssen für das gesamte Landesgebiet einheitlich sein.

### 3.3 Hoch spezialisierte intensive Rehabilitation (Neurorehabilitation) - Code 75

---

Diese Kategorie umfasst Patienten mit schweren erworbenen Hirnläsionen traumatischer, ischämischer, hämorrhagisch, entzündlicher Natur oder Patienten mit seltenen neurologischen Krankheiten, allesamt mit komplexen neurologischen Beeinträchtigungen, welche einen Komazustand mit GCS (Glasgow Coma Scale) geringer oder gleich 8 für mindestens 8 Stunden bedingen. Zusätzlich sind schwerwiegende sensomotorische, kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten, die eine schwerwiegende Behinderung mit sich bringen, vorhanden.

Die Patienten bedürfen einer intensiven krankenschwägerischen und ärztlichen Überwachung rund um die Uhr. Die hoch spezialisierten intensiven Rehabilitationsleistungen betragen mindestens 3 Stunden täglich und werden vom Facharzt für Rehabilitation, von den sanitären Fachkräften der Rehabilitation und vom Krankenpflegepersonal erbracht.

#### Zugangskriterien

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

Bei der Aufnahme müssen folgende Kriterien gegeben sein:

1. GCS <12 am ersten Tag
2. Cut off der FIM bei der Aufnahme <55/126

Die hoch spezialisierte intensive Rehabilitationsabteilung muss folgendes gewährleisten:

- Psychiatrische Visite;
- Neuromotorische und motorische Wiederherstellung, Hydrochinesetherapie;
- Physische Therapie: Elektroanalgesie, Elektrostimulation, exogene Thermoerapie, Ultraschalltherapie, Lasertherapie;
- Beschäftigungstherapie/Ergotherapie;
- Logopädie;
- Bettenauslastungsgrad > 90% 7 Tage die Woche;
- Einsatz von innovativen Technologien in der Rehabilitation wie z.B. die robotergestützten Gangtherapie-Systeme, auch zur Rehabilitation der oberen Extremitäten (z.B. Armeo, Lokomat, Gangtrainer, ...);
- Behandlung von Spastik mit Botulinum-Neurotoxin, durch Infiltrationstechnik und intrathekale Baclofen-Pumpen;
- Komplexe neuropharmakologische Therapie;
- Neuropsychologische Abklärung (Studie der neuropsychischen Funktionsstörungen);
- komplexe neurophysiologische Bewertung (EEG, EMG, evozierte Potentiale);
- Möglichkeit der Überwachung (EEG, pO<sub>2</sub>, PAO);
- Wissenschaftliche Tätigkeit;
- Sondenernährung und parenterale Ernährung;
- Trachealkannülenmanagement und atemunterstützende Therapie;
- Urodynamische Abklärung, Möglichkeit der neuro-urologischen Abklärung und Therapie;
- Abklärung der Dysphagie.

Etwaige Leistungen und Dienste:

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

Zusätzliche Dienste, Leistungen und Tätigkeiten werden vom Rehabilitationsdepartment eingeschätzt.

Für die Dauer des Aufenthalts verweist man vorläufig auf das Verfahren des Sanitätsbetriebes Nr. 2702/16 "Angemessenheitskriterien für post-akute Rehabilitations- und Langzeitpflegeaufenthalte". Eine Arbeitsgruppe wird sich in Kürze mit der Revision der Kriterien befassen.

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

## 4. Das funktionale Rehabilitationsdepartment Krankenhaus-Territorium

---

Die Leitlinien der Rehabilitation, die am 11. Februar 2011 mit Abkommen zwischen Regierung, Regionen und Autonomen Provinzen genehmigt wurden, nach denen sich die gegenständlichen Leitlinien richten, setzen folgende Schwerpunkte:

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

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

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

### 4.1 Auftrag des Rehabilitationsdepartments

---

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

Dafür erarbeitet das Department im Rahmen des Masterplan Chronic Care Wesentliches für die Definition von homogenen Betreuungspfaden und damit zusammenhängenden sozialen Bedürfnissen mit Hilfe aller Berufsbilder (Ärzte für Allgemeinmedizin, Physiatern, Krankenpfleger, Sozialassistenten).

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

Daher garantiert das Department:

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

## 4.2 Aufgaben des Departments

---

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

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

## 4.3 Aufbau des Departments

---

Folgende öffentliche und private Einrichtungen gehören zum Department:

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

## 4.4 Zusammensetzung des Departments

---

Das Department gliedert sich in zwei Ebenen:

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

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

## 4.5 Direktor des Departments

---

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

Insbesondere obliegen dem Direktor:

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

## 4.6 Das Komitee des Departments

---

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

Es setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Die Direktoren der komplexen öffentlichen Rehabilitationsstrukturen des Departments;
- 1 Direktor der komplexen operativen Einheit in Vertretung aller Direktoren der operativen Einheiten, mit denen das Department zusammenarbeitet (Orthopädie, Pneumologie, Kardiologie, ...);
- Den Verantwortlichen der einfachen operativen Rehabilitationseinheiten;
- 2 Vertretern der 26 Gruppenmedizinen der Ärzte für Allgemeinmedizin;
- 2 Sprengeldirektoren, die mit der Organisation der primären Betreuung betraut sind;
- Einen Koordinator der sanitären Fachkräfte des Departments, unterstützt von 1 Krankenpfleger, 1 Physiotherapeuten, 1 Ergotherapeuten und 1 Logopäden;
- 2 Vertretern der privaten akkreditierten Einrichtungen.

Das Komitee trifft sich 2 Mal jährlich mit folgenden Aufgaben:

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

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

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

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



Zielsetzung ist, innovative und wirksame Protokolle zur Rehabilitation mittels Einsatz validierter Technologien zu entwerfen.

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

## 5. Kontrollsystem

---

Der Bedarf an Rehabilitationsaufenthalten kann nur quantifiziert werden, wenn die Aufenthalte an gewisse Angemessenheits- und Effizienzkriterien entsprechen. Aus diesem Grund müssen die zuständigen Kontrollgremien periodisch die erbrachten Aufenthalte hinsichtlich klinischer und organisatorischer Angemessenheit und Wirksamkeit überprüfen.

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

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

## 6. Aus- und Weiterbildung

---

Eine gute Weiterbildung ermöglicht es, dass umfassende Kenntnisse zu Wohle des Patienten eingesetzt werden können. Wichtig ist die multidisziplinäre Ausbildung vor Ort, mit dem Ziel, die Eingliederung/Wiedereingliederung im familiären und sozialen Umfeld der Patienten zu validieren, festzulegen und wirksam zu machen.

Eine gute Weiterbildung ermöglicht auch die Kenntnis und die Vertiefung neuer wirksamer Techniken und Technologien.

Eine Arbeitsgruppe auf Ebene des Departments und somit auch unter Einbeziehung der privaten Strukturen, wird spezifische Leitlinien dazu erarbeiten.

## 7. Qualität und Informatisierung in der Rehabilitation

---

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

## 8. Bettenverteilung

Die Bettenverteilung zwischen Rehabilitation, post akuter Langzeitpflege und Neurorehabilitation, die im Dreijahreszeitraum 2019-2021 zu erreichen ist, ist folgende:

Tabelle 11 – Bettenverteilung (Daten 2017 und **neue Verteilung**)

Krankenhauseinrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56 NEU	Post akute Langzeitpflege Code 60	Post akute Langzeitpflege Code 60 NEU	Neurorehabilitation Code 75	Neurorehabilitation Code 75 NEU	Gesamt 2017	Neuer Bettenstand
Krankenhaus Bozen	6	10			8		14	
Privatklinik Bonvicini	44	44	42	42			86	
Privatklinik Villa Melitta	41	41	25	25	3		69	
Gesundheitsbezirk Bozen	91	95	67	67	11	10	169	172
Krankenhaus Meran-Schlanders	12	24	2	0			14	
Privatklinik St. Anna			25	25			25	
Privatklinik Martinsbrunn	21	0					21	
Privatklinik Salus Center	22	22	20	20			42	
Gesundheitsbezirk Meran	55	46	47	45	0		102	91
Krankenhaus Brixen-Sterzing	16	30	18	13	19	15	53	
Gesundheitsbezirk Brixen	16	30	18	13	19	15	53	58
Krankenhaus Bruneck-Innichen	13	33	24	22	2	0	39	
Gesundheitsbezirk Bruneck	13	33	24	22	2	0	39	55
<b>Gesamt</b>	<b>175</b>	<b>204</b>	<b>156</b>	<b>147</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>363</b>	<b>376</b>

Infolge des Trends auf gesamtstaatlicher Ebene wurden die Betten für post akute Langzeitpflege reduziert (-4% der Aufenthaltstage wurden im Betten mit 100%iger Auslastung umgewandelt, das ergibt insgesamt 11 Betten weniger als 2017).

Diese Reduktion wurde mittels Abschaffung der Betten für post akute Langzeitpflege in Schlanders (2), Sterzing (5) und Innichen (5), erreicht. Im Gegenzug sollen vorläufig insgesamt 50 Intermediärbetten aufgeteilt auf alle Gesundheitsbezirke errichtet werden. Darunter fallen die bereits bestehenden 7 Betten in Sarnthein, die laut Landesgesundheitsplan nicht in der Gesamtbettenobergrenze enthalten sind. Die Intermediärbetten werden nicht dem Standard von 0,7‰ hinzugezählt.

Es wurden die Neurorehabilitationsbetten Code 75 von 32 auf 25 gemäß Landesgesundheitsplan reduziert, indem die entsprechenden Betten in Brixen (1) und Bruneck (2) geschlossen werden und das Angebot in Sterzing auf 15 Betten reduziert wird.

Es sind zusätzliche Betten für intensive Rehabilitation Code 56 in den Krankenhäusern aller Gesundheitsbezirke vorgesehen. Diese Aufstockung erfolgt im Rahmen der verfügbaren Ressourcen. Die Abteilung in Bozen kann infolge des Bedarfs und gemäß Vorgaben des Landesgesundheitsplans weiter aufgestockt werden.

Für die Übergangsdauer von einem Jahr wird es dem Gesundheitsbezirk Meran ermöglicht, 18 akkreditierte Betten Kodex 56 bei der konventionierten Einrichtung Salus Center einzurichten. Im Rahmen der intensiven Rehabilitation (Code 56) muss ungefähr 9% der Aufenthalte tagesklinisch erbracht werden.

Insgesamt erhält man einen Bettenstand von insgesamt 376 Betten mit einer Verteilung auf die verschiedenen Codes, welche den staatlichen Trend widerspiegeln. Diese Ausstattung entspricht dem staatlichen Parameter.

Eventuelle Unausgewogenheiten in der Verteilung der Betten auf die Rehabilitationscodes in den Gesundheitsbezirken werden noch vertieft, auch infolge der möglichen Überarbeitung der Einweisungskriterien.

Die Verteilung muss in der Definition der neuen Vereinbarungen und entsprechenden Verträgen mit den privaten akkreditierten Einrichtungen seitens des Sanitätsbetriebes einfließen. Die Verträge müssen eine Gültigkeit von 3 Jahren besitzen, damit mehr Kontinuität in der Erbringung der vereinbarten Leistungen garantiert werden kann.

Auf Ebene des Gesundheitsbezirks kann man die Situation folgendermaßen zusammenfassen:

*Tabelle 12 – zusammenfassende Tabelle zur Bettenverteilung*

Krankenhaus-einrichtung	Rehabilitation und funktionale Wiederherstellung Code 56	Post akute Langzeitpflege Code 60	Neuro-rehabilitation Code 75	Gesamt	Intermediär-betreuung
Gesundheitsbezirk Bozen	95	67	10	172	
Gesundheitsbezirk Meran	46	45	0	91	
Gesundheitsbezirk Brixen	30	13	15	58	
Gesundheitsbezirk Bruneck	33	22	0	55	
<b>Gesamt</b>	<b>204</b>	<b>147</b>	<b>25</b>	<b>376</b>	<b>50</b>

## 9. Einsetzung eines Koordinierungsgremiums

---

Zum Zwecke der Überprüfung der Umsetzung des vorliegenden Plans zum landesweiten Rehabilitationsnetz wird ein Koordinierungsgremium zwischen Abteilung Gesundheit und Sanitätsbetrieb eingerichtet, welches periodisch den Stand der Dinge aufgrund einer definierten „time table“ überwachen wird.

In folgenden Bereichen muss prioritär interveniert werden:

- Bestimmung neuer Bewertungsskalen, die auf staatlicher und internationaler Ebene validiert sind;
- Integration der krankenhausexternen Rehabilitationseinrichtungen ex Art. 26;
- Angemessenheits- und Zugangskriterien zu den ambulanten Leistungen;
- Angemessenheitskriterien der Aufenthalte für Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege;
- Leitlinien zu Aus- und Weiterbildung;
- Homogenisierung der Indikatoren der Qualität und der Informatisierung der Betreuungspfade.

## 10. Zu aktualisierende Bestimmungen

---

Der vorliegende Plan hat den Widerruf folgender Beschlüsse zur Folge:

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

Infolge des Widerrufs des Beschlusses 1711/2012 wird festgehalten, dass die Bettenstation für die Neurorehabilitation im Krankenhaus Sterzing maximal 15 Betten für hoch spezialisierte, intensive Rehabilitation (Code 75) und zudem Betten für intensive Rehabilitation (Code 56), die aufgrund des Bedarfs ermittelt werden, führen muss.

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







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

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

Der Amtsdirektor

Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor

27/12/2018 12:34:04  
SCHROTT LAURA

Il Direttore di ripartizione

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

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

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen  
ermittelt

accertato  
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

04/01/2019 09:47:13  
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

07/01/2019

Der Generalsekretär  
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

07/01/2019

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 56 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 56 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

18/12/2018

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