

Die Landesregierung

Mit der Betriebsprozedur Nr. ID-2552/2022 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb (in der Folge *Sanitätsbetrieb* genannt) das Dokument „*Das betriebliche Netzwerk der Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich*“ genehmigt, das unter Berücksichtigung der neuesten staatlichen Vorschriften die Organisationsmodalitäten des Landesnetzes festlegt.

Mit Beschluss der Landesregierung (in der Folge *BLR* genannt) Nr. 907/2022 "Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022" wurden die Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz betreffend die Akkreditierung der Netzwerke der Palliativbetreuung (Rep. Atti Nr. 118/CSR vom 27. Juli 2020) und die Akkreditierung der Netzwerke der Schmerztherapie (Rep. Atti. Nr. 119/CSR vom 27. Juli 2020) im Einklang mit den in der Autonomen Provinz Bozen geltenden allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen, formell übernommen.

Mit anschließendem BLR Nr. 517/2023 wurde die formelle Umsetzung des Abkommens zwischen Staat und Regionen über die Akkreditierung des pädiatrischen Schmerztherapie- und Palliativversorgungsnetzes (Rep. Atti Nr. 30/CSR vom 25. März 2021) vorgesehen.

Das Gesetz vom 29. Dezember 2022, Nr. 197 (*Staatshaushalt für das Haushaltsjahr 2023 und Mehrjahreshaushalt für den Dreijahreszeitraum 2023–2025*) sieht unter Art. 1, Absatz 83 die Einfügung eines neuen Absatz 4-bis im Gesetz vom 15. März 2010, Nr. 38 vor. Der Artikel 1, Absatz 4-bis des Gesetzes Nr. 38 vom 15. März 2010 enthält Bestimmungen zur Gewährleistung des Zugangs zu Palliativversorgung und Schmerztherapie.

Genannter Absatz 4-bis sieht vor: „*Die Regionen und Autonomen Provinzen Trient und Bozen legen bis zum 30. Januar eines jeden Jahres einen Plan zur Verbesserung der Palliativversorgung vor, damit innerhalb des Jahres 2028 90 Prozent der betroffenen Bevölkerung erreicht werden können. Die Überwachung der Umsetzung des Plans wird der Nationalen Agentur für regionale Gesundheitsdienste übertragen, die sie alle sechs Monate durchführt. Die Vorlage des Plans und seine Umsetzung stellen die Umsetzung auf lokaler Ebene dar, um Zugang zur zusätzlichen Finanzierung aus dem Nationalen Gesundheitsdienst zu Lasten des Staates zu erhalten*“.

Die Koordinierungsgruppe der

La Giunta Provinciale

Con procedura aziendale Nr. ID-2552/2022 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (di seguito denominato *Azienda Sanitaria*) ha approvato il Documento "*La rete aziendale delle cure palliative per l'adulto*", il quale definisce, alla luce delle normative nazionali più recenti, le modalità organizzative della rete a livello provinciale.

Con Deliberazione della Giunta Provinciale (di seguito denominata *DGP*) n. 907/2022 "Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento del DM n. 77/2022" si è provveduto a recepire formalmente anche l'Accordo Stato-Regioni sull'accREDITAMENTO delle reti di cure palliative (Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020) e sull'accREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020), compatibilmente con i requisiti generali o speciali già vigenti all'interno della normativa provinciale. Con successiva DGP n. 517/2023 è stato previsto il recepimento formale dell'Accordo Stato-Regioni sull'accREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatrica (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021).

La legge 29 dicembre 2022, n. 197 (*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025*) ha previsto all'art. 1, c. 83 l'inserimento di un nuovo c. 4-bis all'interno della legge statale 15 marzo 2010, n. 38. L'art. 1, comma 4-bis della legge 15 marzo 2010, n. 38, contiene disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Detto comma 4-bis dispone: "*Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato*".

Il Coordinamento della Commissione Salute,

Gesundheitskommission hat durch Schreiben Prot. Nr. 79076 vom 30.01.2023 beim Gesundheitsministerium ausdrücklich eine Verlängerung der Frist für die Vorlage des oben genannten Plans nur für das Jahr 2023 beantragt.

Der staatliche Plan für den Aufschwung und den Wiederaufbau (PNRR) hat die Genehmigung der Reform der wohnortnahen Betreuung im Rahmen der Mission 6 – Komponente 1 vorgesehen. Diese Reform, nun im MD Nr. 77/2022 („*Verordnung zur Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst*“) enthalten, setzt die neuen Anforderungen und Standards der wohnortnahen Gesundheitsbetreuung fest, u.a. auch für die Palliativbetreuung.

Die Nationale Agentur für regionale Gesundheitsdienste (in der Folge AGENAS genannt), vom Gesundheitsministerium als Verantwortliche für die Überwachung der Standards des M.D. Nr. 77/2022, das auch die Palliativversorgung umfasst, beauftragt, hat den Regionen und Autonomen Provinzen auch für das Jahr 2024 einen Leitfaden für die Ausarbeitung des Plans zur Stärkung des Palliativversorgungsnetzwerks zur Verfügung gestellt.

Dank dieses Leitfadens, der die Mindestinhalte des oben genannten Plans festlegt, wurden die Regionen und Autonomen Provinzen in die Lage versetzt, auf staatlicher Ebene ein einheitliches und gemeinsames Dokument zu erstellen.

Mit Schreiben des Generaldirektors des Sanitätsbetriebes (Prot. Nr. 0676247-BZ REG01 vom 28.12.2022) ist die Ernennung der landesweiten Koordinierungsgruppe „Palliativnetzwerk“ gemäß Art. 3 des Gesetzes Nr. 38/2010 und der Staat-Regionen-Abkommen vom 16.12.2010, 25.07.2012 und 27.07.2020 erfolgt.

Zu den Aufgaben der oben genannten Gruppe gehört die Koordinierung des Entwicklungsprozesses der Palliativversorgung, um homogene Ansätze und eine Gleichheit in der Versorgung auf dem gesamten Landesgebiet zu gewährleisten, indem der Landesabteilung für Gesundheit Vorschläge für die kontinuierliche Verbesserung des Netzwerkes unterbreitet werden.

In der Staat-Regionen Vereinbarung vom 27. Juli 2020 wird festgelegt, dass die Provinz zusätzlich zur Einrichtung der Koordinierungsgruppe die Figur des

tramite nota prot. n. 79076 del 30.01.2023, ha fatto richiesta esplicita di proroga al Ministero della Salute del termine per la presentazione del suddetto Piano solo per l'anno 2023.

Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) ha previsto l'approvazione della Riforma dell'assistenza territoriale all'interno della Missione 6 – Componente 1. Tale riforma, ora contenuta nel DM n. 77/2022 (*“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*), definisce i nuovi requisiti e standard dell'assistenza sanitaria territoriale, tra cui anche quelli delle cure palliative.

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (di seguito denominata AGENAS), quale incaricato dal Ministero della Salute e responsabile per il monitoraggio degli standard del D.M. n. 77/2022 che includono anche le cure palliative, ha messo a disposizione delle Regioni e Province Autonome anche per l'annualità 2024 uno schema orientativo per la redazione del Piano sul potenziamento della rete di cure palliative.

Grazie a tale vademecum che individua i contenuti minimi del suddetto Piano, le Regioni e le Province Autonome sono state messe nella condizione di stilare un documento in modo omogeneo e condiviso a livello nazionale.

Con lettera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria (prot. n. 0676247-BZ REG01 del 28.12.2022) è avvenuta la nomina del Gruppo di coordinamento provinciale “Rete delle Cure palliative”, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 38/2010 e degli Accordi Stato-Regioni del 16.12.2010, del 25.07.2012 e del 27.07.2020.

Tra i suoi compiti, il Gruppo succitato ha quello di coordinare il processo delle cure palliative al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema, formulando proposte per il miglioramento continuo della rete alla Ripartizione Salute della Provincia. Nell'Accordo del 27.07.2020 si stabilisce che la Provincia, oltre ad istituire il Gruppo di coordinamento, identifica la figura del Coordinatore che assieme al Gruppo opera per garantire la reale operatività della Rete.

Koordinators benennt, der gemeinsam mit der Gruppe daran arbeitet, den tatsächlichen Betrieb des Netzwerks zu gewährleisten.

Im Hinblick auf das Ziel bis 2028 eine Abdeckung von 90% der palliativ versorgten Bevölkerung zu erreichen, wird es die Aufgabe der Koordinierungsgruppe des Landes sein, bis zum 30. Januar eines jeden Jahres den jährlichen Plan für die Stärkung zu erstellen.

Mit dem oben genannten BLR Nr. Nr. 517/2023 wurde der Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung für das Jahr 2023 erstellt.

Auf der Grundlage des von AGENAS bereitgestellten Leitfadens hat die Landeskoordinierungsgruppe den Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung auch für das Jahr 2024 erstellt, der den „Anhang A“ zu diesem Beschluss als dessen wesentlicher und integrierender Bestandteil darstellt.

Das Ministerialdekret vom 23. Januar 2023 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik vom 06.03.2023) über die Mittelzuweisung im Zusammenhang mit der Investition M6-C1-1.2.1 „Das Zuhause als bevorzugter Betreuungsort (ADI)“ des PNRR soll diesen Entwicklungsprozess der Palliativversorgung auf dem Landesgebiet unterstützen.

Die durch dieses Dekret zur Verfügung gestellten Ressourcen, insbesondere jene für die häusliche Palliativversorgung (sogenannte UCP-DOM), können indirekt dazu beitragen, das Ziel von 90% der Patienten bis 2028 zu erreichen.

Da die Autonome Provinz Bozen nicht am staatlichen Gesundheitsfonds teilnimmt und daher weder Zugang zur Zusatzfinanzierung noch zur Umsetzung der Zielvorgaben aus dem staatlichen Gesundheitsplan gebundenen Geldmittel (siehe Vereinbarung und Abkommen Staat-Regionen, Rep. Atti Nr. 280 und 281/CSR für das Jahr 2022) hat, stellen die Vorlage und die Umsetzung des Planes ihrerseits keine Erfüllung zum Zweck der Beschaffung zusätzlicher Ressourcen dar.

Für den Verwaltungshaushalt des Landes 2024 werden keine Mehrausgaben, die sich aus der Umsetzung des Plans zur Stärkung des Netzwerks der Palliativversorgung ergeben, geschätzt. Betreffend jene Pläne, die bis zum 30. Januar eines jeden Jahres bis 2028 genehmigt werden müssen, muss von Jahr zu Jahr der Bedarf an zusätzlichen Mitteln aus dem Haushalt des Landes

In vista dell'obiettivo di raggiungere la copertura del 90% della popolazione destinataria di cure palliative entro il 2028, sarà compito del Gruppo di coordinamento provinciale stilare l'annuale Piano di potenziamento, entro il 30 gennaio di ogni anno.

Con la già citata DGP n. 517/2023 è stato predisposto il Piano provinciale di potenziamento delle cure palliative per l'anno 2023.

Sulla base del vademecum fornito da AGENAS in data 02.10.2023, il Gruppo di coordinamento provinciale ha predisposto anche per l'anno 2024 il Piano di potenziamento delle cure palliative, quale "Allegato A" alla presente deliberazione e parte integrante di essa.

A sostegno di questo processo di sviluppo delle cure palliative sul territorio provinciale è da intendersi il DM 23 gennaio 2023 (pubblicato in G.U. 06.03.2023) sulla ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del PNRR.

Le risorse messe a disposizione da tale decreto, in particolare quelle dedicate alle cure palliative domiciliari (c.d. UCP-DOM), potranno contribuire indirettamente al raggiungimento dell'obiettivo del 90% dei pazienti entro il 2028.

La presentazione e attuazione del Piano da parte della Provincia Autonoma di Bolzano, non aderendo essa al Fondo sanitario nazionale e quindi non avendo l'accesso al finanziamento integrativo né alle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale (vedi Intesa ed Accordo Stato-Regioni, Rep. Atti n. 280 e 281/CSR per l'anno 2022), non costituiscono quindi un adempimento ai fini dell'ottenimento di risorse integrative.

Per il bilancio gestionale provinciale 2024 non sono stimate ulteriori costi derivanti dall'attuazione del piano per il rafforzamento della rete cure palliative. Per quanto riguarda i piani che sono da approvare entro il 30 gennaio di ogni anno fino al 2028, sarà necessario valutare di volta in volta la necessità di risorse aggiuntive a carico del bilancio provinciale.

bewertet werden.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. Der Anhang A „Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung für das Jahr 2024“ (gemäß Gesetz Nr. 197 vom 29. Dezember 2022, Art. 1, Absatz 83) wird als wesentlicher und integrierender Bestandteil dieses Beschlusses genehmigt.
2. Die landesweite Koordinierungsgruppe „Palliativnetzwerk“ wird von einer Vertreterin/einem Vertreter der Abteilung Gesundheit (Amt für Gesundheitsbetreuung) geführt, welche/welcher die Rolle der Koordinatorin/des Koordinators übernimmt. Die Direktorin/der Direktor der Abteilung Gesundheit ist ermächtigt, die Ernennung der Koordinatorin/des Koordinators durchzuführen. Diese wird dem Südtiroler Sanitätsbetrieb mitgeteilt.
3. Diese Maßnahme wird digital an den Sanitätsbetrieb übermittelt, sodass diese umgesetzt und an alle beteiligten internen und externen Dienste weitergeleitet werden kann.
4. Gegenständlicher Beschluss bringt keine Mehrausgaben zu Lasten des Verwaltungshaushalts der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol mit sich.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. si approva l'Allegato A “Piano provinciale di potenziamento della Rete di cure palliative per l'anno 2024” (ai sensi della legge 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, comma 83), quale parte essenziale e integrante della presente deliberazione;
2. si dispone che il Gruppo di Coordinamento provinciale “Rete delle Cure palliative” sia presieduto da una/un rappresentante della ripartizione salute (ufficio assistenza sanitaria), che ne assume il ruolo di Coordinatrice/Coordinatore. Si delega alla Direttrice/al Direttore della ripartizione salute la nomina della Coordinatrice/del Coordinatore, che va comunicata all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige;
3. il presente provvedimento è trasmesso digitalmente all'Azienda sanitaria, affinché provveda alla sua implementazione e diffusione a tutti i servizi interni ed esterni;
4. si dà atto che il presente provvedimento non comporta spese aggiuntive a carico del bilancio della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

Piano di potenziamento delle cure palliative della Provincia Autonoma di Bolzano per l'anno 2024

(ai sensi della legge 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, comma 83)¹

Riferimenti normativi

- Nazionali:

- Legge n. 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore”;
- Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sulla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento di strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
- Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 “Conoscenze, competenze e abilità dei professionisti operanti nelle reti di cure palliative”;
- legge n. 219/2017 sul testamento biologico (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Intesa Stato-Regioni del 9 luglio 2020 in tema di “modalità per la formazione uniforme del volontariato in cure palliative e terapia del dolore”;
- Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020: Accredimento delle reti di cure palliative e terapia del dolore;
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 in tema di accreditamento delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatriche;
- Decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77 convertito in legge 29 luglio 2021 n. 108: governo del piano nazionale di ripresa e resilienza;
- Legge n. 106 del 23 luglio 2021 (conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021 n. 73, art. 35, comma 2-bis);
- Decreto Ministeriale (di seguito denominato *DM*) 23 maggio 2022 n. 77: definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del SSN;
- Legge 29 dicembre 2022 n. 197: bilancio di previsione dello Stato per l’anno 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025;
- Decreto 23 gennaio 2023 - Ripartizione delle risorse relative all’investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (G.U. Serie Generale n. 55 del 06-03-2023);
- Legge di Bilancio 2024 - commi 244-246: Ulteriori misure in materia di potenziamento del servizio sanitario nazionale e dell’assistenza territoriale.

¹ comma 83. All'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, dopo il comma 4 è inserito il seguente: « 4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell'attuazione del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato».

- **Provinciali:**

- Deliberazione della Giunta Provinciale (di seguito denominata *D.G.P.*) n. 608/2013 *“Linee Guida per la gestione del flusso informativo per i ricoveri di Hospice (HOSPICE)”*;
- D.G.P. n. 1214/2015 *“La rete Provinciale di Cure Palliative per adulti e bambini”*;
- Delibera aziendale del direttore generale 2015-A-000088 del 11.06.2015: *“Attivazione del Team di cure palliative (TCP) per bambini ed adolescenti all'interno dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e contestuale nomina del responsabile medico ed infermieristico”*;
- D.G.P. n. 1133/2016 *“Aggiornamento della Deliberazione di Giunta provinciale n.1214 del 20 ottobre 2015 e determinazione delle tariffe dell'attività residenziale, semiresidenziale e domiciliare relativa alle cure palliative in Provincia Autonoma di Bolzano”*;
- D.G.P. n. 1353/2017 *“Approvazione del programma planivolumetrico per la struttura provinciale di cure palliative per bambini e minori”*;
- D.G.P. n. 507/2018 *“Applicazione della Legge Provinciale del 28 giugno 1983, n.19, della Legge Provinciale del 19 maggio 2015, n.6, e del Piano Sanitario Provinciale 2016-2020” (nell'ambito delle cure palliative viene: 1) istituita una struttura complessa come servizio aziendale; 2) prevista per ciascun distretto sanitario un posto di medico per le cure palliative; 3) prevista in ogni Comprensorio sanitario l'equipe di cure palliative)”*;
- D.G.P. n. 1016/2020 *“Aggiornamento delle tariffe e dei parametri del personale per le cure palliative in Hospice”*;
- D.G.P. n. 874/2021 *“Certificazione dei requisiti di idoneità a operare nelle reti, pubbliche o private accreditate, dedicate alle cure palliative (in attuazione dell'art.1, comma 522 della legge 30 dicembre 2018, n.145)”*;
- Procedura aziendale ID 2552/2022 *“La rete aziendale delle cure palliative per l'adulto”* (modalità organizzative della rete a livello provinciale);
- D.G.P. n. 907/2022 *“Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento del DM n. 77/2022, dei criteri di accreditamento delle reti di cure palliative, di terapia del dolore e delle cure domiciliari. Criteri di autorizzazione e accreditamento delle nuove strutture PNRR”*.;
- D.G.P. n. 517/2023 *“Piano provinciale di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2023”*.

Elenco degli acronimi

Acronimo	Definizione
ADI	Assistenza domiciliare integrata
CP	Cure Palliative
CPP	Cure palliative pediatriche
DGP	Delibera Giunta provinciale
DM	Decreto ministeriale
MMG/PLS	Medico di medicina generale/Pediatra di libera scelta
PL	Posto letto
TD	Terapia del dolore
UCP-DOM	Unità cure palliative domiciliari

Obiettivi/Identificazione bisogni

- *Raggiungimento degli standard del DM n. 77/2022 entro giugno 2026*

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (di seguito *Azienda Sanitaria*) è suddivisa in quattro Comprensori Sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico).

Il Servizio di Cure Palliative dell'adulto (CP) è una Struttura Complessa Aziendale, mentre quello pediatrico è una struttura semplice aziendale ed entrambi afferiscono all'Area Territoriale. Il Servizio di Cure palliative dell'adulto ha il compito di coordinare e monitorare l'attività delle reti locali operanti nei singoli Comprensori. Questi ultimi gestiscono le attività dei distretti sanitari che rappresentano le unità organizzative più piccole del Servizio Sanitario provinciale. Il servizio di Cure palliative pediatriche fa parte di un'unica rete territoriale di cui coordina e monitorizza l'attività.

La rete locale delle Cure Palliative, nell'ambito delle risorse umane disponibili, agisce sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza nell'ambito delle strutture di degenza ospedaliera, a domicilio del paziente, nelle strutture residenziali e negli Hospice.

Le cure palliative sono dedicate a tutti i malati di ogni età con patologie cronic-degenerative ad elevata complessità e devono affiancare le cure attive fin dalle fasi più precoci per poter dare tutto il supporto necessario nella gestione dei sintomi fisici, psicologici, spirituali e sociali. **Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPDOM)** hanno il compito di garantire la continuità di cura e l'assistenza domiciliare con équipe assistenziali multiprofessionali, integrate con il medico di medicina generale/ pediatra di libera scelta e il personale dell'assistenza domiciliare specificamente formato. Le cure domiciliari si articolano su due livelli, base e specialistico, in base alla complessità della situazione clinico-psico-sociale e assistenziale.

Il DM n. 77/2022 prevede per l'adulto una Unità di cure palliative domiciliari ogni 100.000 abitanti senza tuttavia definire lo standard numerico degli operatori che la compongono ai quali è richiesta una continuità assistenziale sulle 24 ore.

Nell'ambito del monitoraggio degli standard DM n. 77/2022 condotto da Agenas per conto del Ministero della Salute è richiesto un piano dei fabbisogni di personale deliberato tenendo conto delle nuove strutture territoriali che deve necessariamente includere un potenziamento delle reti di cure palliative.

Questo passaggio rimane un aspetto fondamentale per la realizzazione degli obiettivi previsti che senza un numero adeguato di professionisti sanitari non possono assolutamente essere raggiunti.

Nel corso del 2023 (al 30.09.) sono state attivate in PAB n. 5.775 ADI di cui 978 erano UCPDOM, dedicate pertanto a persone con necessità di cure palliative. Per quanto riguarda la rete di cure palliative, che mostra una radicata presenza sul territorio, l'obiettivo di intercettare 435 persone a fine 2023 (6% del 10% degli ultra-sessantacinquenni) è raggiunto e non vi saranno difficoltà nell'ottenere analogo risultato nel 2024 (611 persone).

- *Raggiungimento dell'obiettivo della legge di Bilancio n. 197/2022 entro il 2028 (90% della popolazione interessata) (335 pz/100.000 residenti, standard da parere tecnico CTS)*

Le persone con necessità di Cure Palliative **Specialistiche** ammontano a 335 pazienti ogni 100.000 abitanti. Il restante bisogno di cure palliative dovrebbe essere gestito con il contributo delle cure primarie e delle strutture residenziali territoriali per anziani.

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica, la prevalenza è di 30-54 bambini su 100.000 abitanti di ogni età, di questi 18 minori ogni 100.000 abitanti necessitano di cure palliative specialistiche, di cui 3 su 100.000 sono pazienti oncologici e 15 su 100.00 sono pazienti non oncologici.

Prevalenza di patologie eleggibili a cure palliative pediatriche 160-289 minori (0-18 anni), di cui specialistiche: 18 minori / 100.000 abitanti = 96 minori;

Il 90% degli aventi diritto corrisponde pertanto a: $(1.792 + 96) \times 90\% = 1.699$ persone.

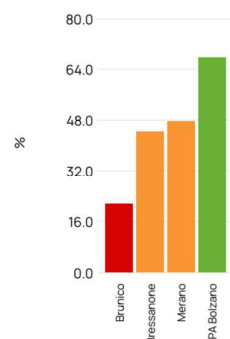
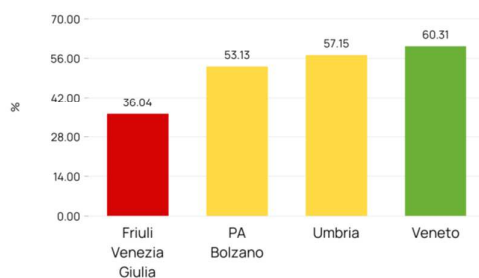
Nel corso del 2023 (al 30.09.) la rete delle cure palliative ha preso in carico in Hospice e sul territorio circa n. 1.800 persone, raggiungendo pertanto l'obiettivo fissato dalla legge di bilancio per il 2028. Per il 2024 tale risultato dovrebbe essere mantenuto e, qualora il personale medico e infermieristico operante nella rete fosse potenziato, sarebbe possibile migliorare ulteriormente tale performance.

Lo *standard* complessivo di operatori (medici ed infermieri) per il livello specialistico della rete di Cure Palliative proposto per 100.000 abitanti adulti va calcolato sommando la stima del fabbisogno generale di personale e la stima di quello specifico per i posti letto Hospice previsti dal DM n. 77/2022 e per l'assistenza negli ospedali. Il fabbisogno **complessivo** di personale medico e infermieristico per il livello specialistico delle Reti stimato per 335 persone/100.000 abitanti adulti/anno con bisogni di cure palliative specialistiche è quantificabile in **10,4 infermieri e 3,5 medici palliativisti** in linea. A questo fabbisogno di personale va aggiunto quello necessario per il presidio dell'hospice. Con il riferimento allo *standard minimo* rapportato al dato di almeno 8 posti-letto ogni 100.000 abitanti indicato nel DM n. 77/2022, il fabbisogno è quantificabile in **almeno 1,6 medici palliativisti e 7,4 infermieri**.

Lo *standard* di personale deve essere incrementato alla luce delle modalità organizzative e dei volumi di attività richiesti nel *setting* ospedaliero. Questi standard proposti dalla Società Italiana di Cure Palliative sono in linea con la normativa vigente e coerenti con gli obiettivi di sviluppo posti dal DM n. 77/2022 e dalla legge di Bilancio n. 197/2022.

Va sottolineato come in ambito adulto esistano differenze importanti tra i quattro Comprensori sanitari in merito alla presa in carico dei malati che necessitano di cure palliative. Facendo riferimento ai soli pazienti oncologici, analizzando i dati del sistema bersaglio della Scuola S. Anna di Pisa, la percentuale di malati in carico alla rete è del 53% (dato che posiziona la PAB ai primi posti per copertura del territorio in Italia). Tuttavia, nei diversi comprensori sanitari la situazione è differente a causa sia della struttura del territorio (montagna), sia della carenza di personale nelle zone più periferiche.

C28.1 - Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative
Regioni - Anno 2022



Analisi dell'esistente e criticità

- *Epidemiologia dei bisogni di salute rilevati/stimati (adulti e pediatrici) – bisogni di cure palliative prevalenti nella popolazione target*

In una Provincia con circa 535.000 abitanti, la popolazione adulta con bisogno di cure palliative è di 3.556 persone (40% oncologici, 60% non oncologici). Il 45% di loro dovrebbe avere la possibilità di morire a domicilio in carico alla rete di cure palliative ed il 20% in Hospice.

- Stato di attuazione di norme pre-vigenti²:
 - Istituzione con D.G.P. n. 1214/2015 de *“La rete Provinciale di Cure Palliative per adulti e bambini”*.
 - Organizzazione della Rete provinciale dell’adulto – con la procedura aziendale Nr. ID-2552/2022 l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige ha approvato il Documento *“La rete aziendale delle cure palliative per l’adulto”*. La Rete è operante su tutto il territorio provinciale e comprende tutti i nodi previsti dalla normativa. Il Gruppo di coordinamento della Rete di cure palliative è stato nominato ed è formato da professionisti medici ed infermieri che lavorano nelle reti di cure palliative, da rappresentanti dell’Assessorato provinciale alla sanità, da rappresentanti della direzione aziendale e da partner del mondo del volontariato. Il gruppo di coordinamento è una **cabina di regia** che ha il compito di coordinare il processo di sviluppo delle cure palliative al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema, formulando le proposte per il miglioramento continuo della rete, fornire supporto tecnico necessario all’Azienda Sanitaria nel monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali e nella valutazione della loro attività, sostenere lo sviluppo del sistema informativo provinciale sulle cure palliative attraverso il monitoraggio di indicatori quali-quantitativi delle prestazioni erogate secondo quanto previsto dalle normative, promuovere programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative e monitorare le attività di diffusione culturale e di ricerca in cure palliative.
 - Accredimento delle reti - con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 907/2022 *“Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento del DM n. 77/2022”* si è provveduto a recepire l’Accordo Stato-Regioni sull’accredimento delle reti di cure palliative (Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020) e sull’accredimento delle reti di terapia del dolore dell’adulto (Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020), compatibilmente con i requisiti generali o speciali già vigenti all’interno della normativa provinciale. Nell’ambito della succitata deliberazione n. 907 non è stato previsto il recepimento dell’Accordo Stato-Regioni sull’accredimento delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatrica (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021), che è stato invece formalizzato con la delibera che ha approvato il Piano di potenziamento 2023 (DGP n. 517/2023).
Sono state concluse le procedure per l’accredimento istituzionale delle cure domiciliari (Decreto Direttrice di Dipartimento n. 11030/2023) nelle quali rientra anche la parte relativa alle cure palliative e partirà l’analisi dei requisiti per l’accredimento istituzionale delle reti di cure palliative. L’Azienda Sanitaria è impegnata contestualmente nel percorso di accreditamento all’eccellenza *“Accreditation Canada”* che coinvolge la rete delle cure palliative.
È inoltre attivo un gruppo di lavoro che sta riscrivendo le linee guida provinciali per l’assistenza domiciliare nel quale sono coinvolti anche rappresentanti del servizio cure palliative per la parte dedicata a questo settore (adulti e bambini).
 - Formazione multidisciplinare dei professionisti - nel corso del 2024 verranno offerti percorsi formativi a favore del personale che opera nelle reti di cure palliative

² Sono riportate le principali azioni, già oggetto del monitoraggio Agenas 2021, non esaustive delle varie previsioni normative.

sull'uso degli strumenti per l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative, sulla valutazione multidimensionale e sulla stratificazione dei pazienti in base alla complessità e sulla rilevazione dei bisogni al fine di realizzare i PAI (Progetto assistenziale integrato) e per l'ambito pediatrico la Pianificazione Condivisa delle Cure. Verranno inoltre offerti percorsi formativi multidisciplinari per personale sanitario (due corsi annuali di 280 ore di lezione frontali e 24 di tirocinio per 50 posti totali) e altri corsi per il personale operante nelle strutture residenziali per anziani per facilitare le segnalazioni dei pazienti con necessità di cure palliative e favorirne la presa in carico in struttura evitando ricoveri impropri.

Vengono offerti al personale degli Hospice e delle cure domiciliari incontri di supervisione con psicologi.

- Sistema informativo comune - è stata approntata la cartella domiciliare integrata (cartacea) che permette un aggiornamento sul percorso assistenziale a tutti i professionisti della rete e sono attivi software per la registrazione dell'attività svolta in occasione degli accessi domiciliari degli operatori. Due software permettono il monitoraggio dell'attività svolta in Hospice e a domicilio per alimentare i Flussi Hospice e SIAD. È stata attivata la cartella informatizzata per l'attività ambulatoriale e sono in corso d'opera gli incontri per arrivare ad avere una cartella informatizzata sia per l'Hospice, sia per l'assistenza domiciliare. Tutta l'attività di prescrizione farmaci ed esami avviene mediante prescrizione dematerializzata.
- Rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore: è in procinto di essere pubblicato il documento aziendale "La Rete delle cure palliative pediatriche" - L'attività del servizio di CPP e terapia del dolore (TD) è volta a identificare i fabbisogni di neonati, bambini e adolescenti di tutta la Provincia Autonoma di Bolzano affetti da patologie inguaribili, ad elevata complessità assistenziale, life-limiting o life-threatening e prevede il supporto alla famiglia. Fine dell'attività del servizio di CPP è realizzare il miglior tipo di assistenza individualizzata in collaborazione con il territorio (PLS, MMG, servizi infermieristici, servizi sociali, scuola), con gli altri presidi ospedalieri della provincia, con centri di alta specializzazione nazionali ed esteri e con il servizio di emergenza-urgenza. Un ambito peculiare di attività delle cure palliative pediatriche sono le cure palliative perinatali.
- Istituzione delle reti locali e percorsi integrati di cura per l'età adulta: a livello dei quattro comprensori sanitari, sono attive le reti locali di cure palliative che erogano assistenza in tutti i nodi della rete nel rispetto di quanto previsto dal documento Aziendale ed in base alle esigenze del territorio sul quale operano. L'obiettivo è di dare una risposta più puntuale ai bisogni di cure palliative e la massima prossimità delle cure sia in ambito ospedaliero che territoriale. Per garantire la continuità assistenziale sulle 24 ore sono attivi i contatti con il servizio emergenza-urgenza (112) e il servizio di continuità assistenziale (Guardia Medica) per la copertura degli orari e delle zone nelle quali, per carenza di personale, non è possibile la presenza costante del medico palliativista.

- *Offerta presente attualmente per pazienti adulti e pediatriche: PPLL Hospice, ambulatori, Centri di riferimento, cure palliative domiciliari di base e specialistiche, attività negli ospedali.*
 - In Provincia Autonoma di Bolzano (PAB) per la popolazione adulta le UCP-DOM sono attualmente 4, una per ogni Comprensorio sanitario (area che corrisponde funzionalmente al "Distretto" nelle altre Regioni). Le UCP-DOM, composte dal medico palliativista e

dall'infermiere dell'ADI con competenze certificate, in collaborazione con i medici di medicina generale, prendono in carico a domicilio persone con bisogni di cure palliative di base e specialistiche. Gli accessi del medico palliativista sono stabiliti in base al PAI e correlati alla complessità della situazione.

- I posti disponibili in **Hospice per la PAB sono 29** (5,5 PL/100.000) dei quali 28 di degenza ordinaria ed 1 di Day Hospice. 17 PL sono collocati in strutture pubbliche e 12 PL in una struttura privata convenzionata. Per le strutture residenziali il DM n. 77/2022 prevede 8/10 posti letto Hospice ogni 100.000 abitanti: **entro il 2026 dovranno essere attivi da 42 a 53 posti letto.**
- Ambulatorio di cure simultanee in Oncologia e ambulatorio di cure palliative attivi in tutti i 4 Comprensori sanitari. L'attività ambulatoriale che nel 2023 ha realizzato oltre mille visite è il setting privilegiato per l'avvio di cure palliative precoci. Esse consentono una presa in carico graduale del paziente all'aumentare dei suoi bisogni, riducendo contemporaneamente, grazie al confronto continuo con gli specialisti di settore, l'ostinazione diagnostico-terapeutica nelle fasi avanzate delle patologie. L'attività ambulatoriale consente di individuare il percorso assistenziale più adeguato per i bisogni del paziente e della famiglia, garantendo la continuità assistenziale tra i diversi nodi della rete.
- Sono attivi un centro di riferimento per le cure palliative dell'adulto presso il Comprensorio Sanitario di Bolzano e tre centri periferici nei Comprensori sanitari di Bressanone, Brunico e Merano.
- Attività di consulenza di cure palliative per l'adulto per le unità operative mediche e chirurgiche dei sette presidi ospedalieri attivi in PAB. Le equipe di cure palliative forniscono consulenza anche nelle strutture private accreditate.
- Attività di consulenza di cure palliative con supporto per terapie sintomatiche complesse (ad esempio pompe infusive per terapia antalgica) per i residenti nelle strutture per anziani.
- Collaborazione con l'ambulatorio di Terapia del Dolore gestito dal Servizio di Anestesia e Rianimazione attivo presso l'Ospedale di Bolzano (Centro Hub).
- Per le cure palliative pediatriche e terapia del dolore è attivo un Servizio di riferimento con sede a Bolzano, che adempie le seguenti funzioni:
 - Visite ed attività domiciliari multiprofessionali;
 - Attività di consulenza di cure palliative pediatriche per le unità operative pediatriche, chirurgiche pediatriche e nei reparti di terapia intensiva nei sette ospedali attivi in PAB;
 - Attività di consulenza per terapia del dolore complesso nei sette ospedali della PAB per i pazienti in età pediatrica, anche se non affetti da patologie eleggibili a CPP;
 - Attività di consulenza e/o presa in carico dei pazienti nell'ambito delle cure palliative perinatali.

- *Fattori di forza e di debolezza*

Fattori di forza

- Forte motivazione del personale che opera nelle reti di cure palliative;
- Esteso sviluppo dell'attività di consulenza in ospedale ed in ambulatorio con presenza dalle ore 8 alle ore 20 del medico palliativista nell'ospedale di Bolzano per rispondere a richieste urgenti e pronta disponibilità dalle ore 20 alle ore 8 e festiva;
- La Rete locale di Cure Palliative garantisce l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato (quando possibile) e dei familiari per le cure prestate

durante il periodo di assistenza in Hospice (prevista l'estensione anche ai pazienti in carico a domicilio).

- Integrazione tra palliativisti, MMG, PLS e personale infermieristico ADI e strutture per anziani;
- Equipe specialistica dedicata per le Cure Palliative Pediatriche con una buona collaborazione con i servizi territoriali ed i reparti di area pediatrica dei diversi ospedali; collaborazione con le reti di CPP e TD di altre regioni e centri specialistici nazionali ed esteri;
- Interesse per le attività formative proposte sia da parte del personale della rete, sia delle altre unità operative;
- Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per diverse patologie che includono le cure palliative;
- Collaborazione intensa e proficua con le associazioni di volontariato che rappresentano pazienti con necessità di cure palliative;
- Accredimento della Rete nell'ambito dell'adulto come sede di formazione per i Master in cure palliative e sede formativa per la nuova Scuola di Specializzazione in Medicina e cure Palliative (Università di Verona);
- Informazione continua alla popolazione sulle tematiche proprie delle cure palliative, del fine vita e dei diritti previsti dalle leggi n. 38/2010 e n. 219/2017.

Fattori di debolezza

- Personale carente rispetto a quello necessario per poter garantire assistenza soprattutto nelle zone più periferiche e di montagna;
- Difficoltà a garantire la continuità assistenziale h24 a livello domiciliare, nonostante la collaborazione con i servizi di pronta disponibilità, i MMG/PLS e il servizio di emergenza-urgenza 112;
- Offerta di PL Hospice non omogenea ed inferiore rispetto alle necessità;
- Sistemi informatici carenti soprattutto nella gestione e nel passaggio delle informazioni cliniche tra i professionisti coinvolti nell'assistenza;
- Scarsa conoscenza dei sistemi di valutazione dei bisogni e della complessità da parte dei MMG, PLS, degli specialisti ospedalieri e degli infermieri dell'ADI;
- Collaborazione tra MMG/PLS e medico palliativista: la mancata attivazione del medico palliativista in situazione ad elevata complessità clinica, comporta difficoltà per il personale infermieristico che ha in carico il paziente;
- Mancanza di un hospice pediatrico e di una reperibilità per le cure palliative pediatriche 24/24;
- Mancanza di un modello omogeneo di transizione dalle cure palliative pediatriche a quelle dell'adulto;
- Non ottimale supporto alle famiglie con minori con necessità di cure palliative sia nel quotidiano, sia per l'offerta di periodi di riposo;
- Scarsità di personale con formazione specifica per l'assistenza di bambini con bisogni complessi nei vari servizi educativi.

Interventi ed azioni di miglioramento (programmazione e attuazione)

- *Descrizione del complessivo modello provinciale di cure palliative programmato*

Il modello provinciale, così come descritto sul Documento Aziendale n. 2552/2022 *“La rete aziendale delle cure palliative per l’adulto”*, prevede per la popolazione adulta la presenza di una Struttura Complessa Aziendale di Cure Palliative che coordina l’attività delle quattro reti locali di cure palliative operative nell’ambito di ogni Comprensorio Sanitario. Tale organizzazione è in grado di erogare le prestazioni necessarie in tutti i nodi previsti dal DM 77/2022 (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice). L’assistenza domiciliare viene erogata in collaborazione e integrazione con i MMG ed il personale infermieristico dell’ADI, considerando la particolarità del territorio provinciale che per la quasi totalità è costituito da aree di montagna spesso difficilmente raggiungibili. Il personale che opera nella rete è specificatamente formato come previsto dalla normativa vigente. La struttura di coordinamento esegue un monitoraggio dell’attività svolta e pianifica i percorsi formativi per i professionisti e informativi per la popolazione. L’accesso alla rete avviene dopo invio della scheda di segnalazione al punto unico di accesso (PUA) dove viene poi pianificata la presa in carico della persona. La segnalazione può essere fatta da MMG, specialisti ospedalieri, infermieri, assistenti sociali o dal paziente stesso e della sua famiglia. I medici palliativisti svolgono la loro attività in Hospice, al domicilio dei pazienti ed in ospedale dove viene garantita la consulenza e la visita ambulatoriale. Vengono effettuati anche accessi presso le strutture residenziali per anziani su chiamata del personale per la gestione delle situazioni più complesse.

Per i minori l’attività del servizio di Cure Palliative Pediatriche e terapia del dolore si svolge tramite visite ed attività domiciliari, consulenze in ospedale, qualora il bambino sia ricoverato, visite ambulatoriali, day hospital per il follow-up delle patologie e colloqui con i famigliari per il supporto al lutto. Vengono presi in carico minori affetti da patologie inguaribili ad elevata complessità, sia oncologiche che non oncologiche. Le patologie oncologiche rappresentano meno dell’11% delle diagnosi.

Il servizio di CPP è inoltre attivo dal 2017 nel percorso delle cure palliative perinatali supportando le famiglie che sono in attesa di un/a bambino/a con patologia inguaribile a prognosi infausta durante la gravidanza, alla nascita e nel periodo post-partum fino alla morte del bambino e successivamente con il supporto nell’elaborazione del lutto. Il servizio di CPP+TD svolge attività formativa ed informativa, nonché attività di ricerca in collaborazione con centri universitari nazionali.

- *Azioni programmate per l’attuazione di norme pre-vigenti (v. sopra)*
 - Aumento del personale medico ed infermieristico dedicato alle cure palliative, in particolar modo alle equipe attive a domicilio e in ospedale, attraverso reclutamento ed assunzione di medici ed infermieri;
 - Entro il 2025 devono essere completate le procedure per l’accreditamento delle reti di cure palliative dell’adulto e pediatrica, come sottoscritto in ambito di Conferenza Stato-Regioni nel 2020 e 2021;
 - Diffondere ulteriormente l’utilizzo degli strumenti di valutazione (NECPAL) che facilitano l’identificazione del paziente adulto con bisogno di cure palliative tra il personale sanitario delle unità operative ospedaliere;
 - Diffondere l’utilizzo degli strumenti di valutazione per la presa in carico dei pazienti adulti in base ai loro bisogni (IPOS) e alla loro complessità (ICD-PALL) al personale operante nella rete di cure palliative;
 - Migliorare l’approccio palliativo nelle cure primarie al fine di identificare precocemente il bisogno, soprattutto nelle malattie non oncologiche, attraverso l’uso degli strumenti di valutazione (NECPAL) anche da parte dei MMG;
 - Definire la sede del Punto Unico di Accesso (PUA) presso il quale far confluire tutte le schede di segnalazione e costruire una collaborazione con le COT;




- Disporre di una piattaforma informatica che consenta la condivisione delle informazioni tra gli operatori della rete coinvolti nell'assistenza;
 - Mettere a disposizione piattaforme e strumenti tecnologici per teleassistenza e televisita per poter raggiungere le persone residenti nelle zone più periferiche e disagiate;
 - Educazione continua di tutto il personale sanitario sui temi propri delle cure palliative al fine di diffondere i contenuti della legge n. 38/2010 e successivi decreti attuativi e migliorare le competenze di base dei sanitari sia negli ospedali, sia nelle strutture residenziali per anziani;
 - Progressiva verifica delle competenze del personale operante all'interno della rete di cure palliative in base a quanto previsto dall'Accordo in Conferenza Stato Regioni n° 87 del 10 luglio 2014 e strutturare di seguito il piano di formazione del personale;
 - Informazione alla popolazione sull'offerta di cure palliative ed i benefici derivanti dalla presa in carico da parte della rete di cure palliative.
- *Azioni ulteriori per il raggiungimento degli standard del DM 77/2022:*
- UCP-DOM per la popolazione adulta: 1 ogni 100.000 abitanti
 - Standard di processo: $\geq 45\%$ dei malati deceduti a causa di tumore seguiti dalle UCP-DOM (totale dei malati deceduti per tumore assistiti a domicilio dalle UCP-DOM/totale dei malati deceduti a causa di tumore);
 - Attivazione della quinta UCP-DOM per la parte sud del territorio provinciale (Oltradige e Bassa Atesina).
 - PpII hospice per la popolazione adulta: 8-10 ppII ogni 100.000 abitanti
 - Attivazione di 5 PL Hospice nel Comprensorio Sanitario di Bressanone in sede ospedaliera entro il 2025;
 - Standard di processo: 20% dei malati deceduti a causa di tumore seguiti in hospice;
 - Realizzazione di ulteriori 10 PL per il Comprensorio sanitario di Bolzano (collocati in sede extraospedaliera ed in prossimità delle nuove strutture sanitarie di Egna/BZ);
 - Per la popolazione pediatrica:
Attivazione dell'hospice pediatrico entro il 2027/2028.
 - Attività domiciliare h24 per 7 gg su 7
 - Istituzione di un servizio di reperibilità medico-infermieristica (adulto e pediatrico) a copertura delle 24 ore per 365 giorni /anno in tutti i comprensori sanitari entro il 2025;
 - Collaborazione con il Servizio emergenza-urgenza 112, il servizio di continuità assistenziale (guardia medica) ed i MMG per la copertura delle zone in cui è carente nelle ore notturne e festive la presenza del medico palliativista;
 - Per l'ambito adulto una equipe ospedaliera medico-infermieristica dedicata alle cure palliative con attività di consulenza specialistica e ambulatoriale è presente in tutti gli ospedali della Provincia per facilitare l'attivazione dei percorsi di cure palliative e garantire la continuità ospedale - territorio.
 - Altre attività della rete di cure palliative per l'adulto
 - Un'equipe ospedaliera medico-infermieristica dedicata alle cure palliative con attività di consulenza specialistica per i reparti e per le visite ambulatoriali (cure palliative simultanee e precoci) è presente in tutti gli ospedali della Provincia per facilitare l'attivazione dei percorsi di cure palliative e garantire la continuità ospedale - territorio;
 - Le UCP-DOM supportano le strutture residenziali per anziani al fine di erogare cure palliative per i soggetti qui residenti in base alle richieste ricevute.

- Coinvolgimento associazioni di volontariato e sociali
 - Le Associazioni di volontariato hanno un ruolo fondamentale nelle equipe multidisciplinari e multiprofessionali delle reti di cure palliative dedicate all'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie in situazioni di cronicità e di terminalità oncologica e non oncologica.
In base a quanto stabilito nell'Intesa Stato-Regioni del 9 luglio 2020 è indispensabile che sia prevista una formazione omogenea a livello nazionale per il volontariato in cure palliative al fine di garantire adeguati standard qualitativi nelle molteplici attività svolte. La Federazione Cure Palliative distingue le attività operative del volontariato in due aree: assistenziale e organizzativo-divulgativa. Tutti i volontari accedono al servizio dopo una selezione e un periodo di formazione base di almeno 20 ore di lezione alle quali seguono i tirocini presso i principali nodi della rete di cure palliative. Una volta in attività i volontari devono partecipare obbligatoriamente ai percorsi di formazione permanente previsti dall'associazione di appartenenza ed agli incontri di supervisione. Nell'ambito assistenziale svolgono un ruolo di vicinanza, sostegno e accompagnamento per le persone ammalate e le loro famiglie. Si occupano di accoglienza in Hospice e della cura dei locali comuni oppure operano a domicilio, in accordo e collaborazione con le equipe di riferimento. Nell'ambito organizzativo-divulgativo hanno il compito di informare la cittadinanza per diffondere la cultura delle cure palliative, di creare rete con altre associazioni, di mantenere i contatti con le istituzioni, di raccogliere i fondi necessari al sostegno dell'associazione stessa e delle attività della rete di cure palliative, ad esempio, attraverso la donazione di apparecchi diagnostici o di autovetture per le equipe territoriali.
- Coinvolgimento del terzo settore
 - L'attività della struttura privata convenzionata "Martinsbrunn" di Merano è integrata all'interno dell'operatività della rete di cure palliative (posti letto Hospice);
 - Entro il 2024 la Provincia produrrà un documento che ridefinisca le tariffe provinciali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito residenziale (Hospice) e domiciliare, tenuto conto di quanto definito a livello nazionale.

- *Azioni per il raggiungimento dell'obiettivo di copertura del 90% della popolazione interessata*

- Diffusione dell'informazione a MMG e PLS
 - Presentazione degli strumenti per l'identificazione dei pazienti oncologici e non oncologici con bisogno di cure palliative nelle unità operative degli ospedali e ai MMG e PLS con formazione specifica nel loro utilizzo;
 - Inserimento dei pazienti valutati precocemente nei sistemi informatici per la condivisione delle informazioni con MMG, PLS, reti di cure palliative, dipartimento emergenza-urgenza e servizi di continuità assistenziale;
 - 50% dei MMG e dei PLS del territorio su cui operano le reti di cure palliative deve aderire al progetto di identificazione precoce e presa in carico del malato fragile con bisogni di cure palliative ed inviare la scheda di segnalazione (v. diffusione del "Progetto fragilità" attuato dalla medicina di base);
 - Distinzione dei pazienti con presa in carico in cure di base e specialistiche in base alla complessità definita durante la valutazione multidimensionale effettuata al momento della presa in carico;

- Ampliamento dell'offerta di cure palliative sul territorio rinforzando la collaborazione con i MMG e i medici della continuità assistenziale;
- Collaborazione con le RSA per ampliare l'offerta di cure palliative ai residenti attraverso la formazione del personale nell'identificazione delle persone che ne hanno diritto;
- Potenziamento del personale medico ed infermieristico operante all'interno della rete di cure palliative sulla base degli standard minimi definiti dal Ministero e dalle società scientifiche di cure palliative (SICP);
- Erogazione di educazione continua in medicina per il personale delle reti di cure palliative per migliorare le competenze dei professionisti operanti nelle reti stesse;
- Viene garantita da tutti gli operatori la corretta alimentazione del flusso dati Hospice e del flusso dati SIAD per il monitoraggio costante dell'attività svolta e dei risultati attesi riguardo alle prese in carico stabilite a livello ministeriale.
- Creazione di una rete organizzativa su base geografica
 - Individuazione delle aree territoriali afferenti alle singole strutture di CP
 - Le aree territoriali afferiscono alle reti locali di cure palliative che operano in ciascun Comprensorio Sanitario;
 - Gli operatori della rete di cure palliative sono in costante contatto tra loro per far fronte a situazioni particolari (ad es. ricovero di pazienti ad elevata complessità presso il centro di riferimento Hospice di Bolzano, accoglimento di pazienti in Hospice situati fuori dal territorio di competenza della rete locale per carenza di posti letto).
 - Azioni per la strutturazione della rete locale di cure palliative dell'adulto nel sistema sanitario provinciale
 - La rete di cure palliative è parte integrante del sistema sanitario provinciale e tutte le strutture ospedaliere e del territorio fanno riferimento agli specialisti in cure palliative in caso di necessità;
 - Gli operatori della rete di cure palliative partecipano alla redazione del nuovo documento sull'organizzazione dell'ADI per la parte di loro competenza;
 - La rete si integra con altre reti operanti all'interno del sistema sanitario (rete di terapia del dolore, rete pneumologica territoriale, rete dei servizi sociali, ecc.);
 - Gli specialisti in cure palliative partecipano alla costruzione dei PDTA per differenti patologie per la parte di loro competenza.
 - Azioni per la strutturazione della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica nel servizio sanitario provinciale
 - Delibera del documento aziendale "La Rete delle cure palliative pediatriche";
 - Pubblicazione Deliberazione provinciale sull'istituzione del Centro di riferimento provinciale per le cure palliative pediatriche e terapia del dolore.
- Programmi di formazione per il personale da dedicare alla rete di cure palliative
 - Sono previsti due corsi residenziali multidisciplinari di 280 ore di lezione e 24 ore di tirocinio per la formazione degli operatori delle reti di cure palliative;
 - Sono previsti almeno 4 eventi formativi su tematiche cliniche, psicologiche, etiche proprie dei pazienti in carico alla rete di cure palliative;

-  Data attuale
-  Target o milestone da raggiungere
-  Milestone Europea da raggiungere

Costi

- *Fabbisogno di ulteriore personale e relativo costo*
 - Per sviluppare le reti di cure palliative dell'adulto e del bambino e per potenziare l'assistenza domiciliare e residenziale, sono necessari almeno altri 10 medici e 20 infermieri (FTE). Con l'attivazione delle strutture residenziali e dei nodi della Rete di cure palliative, deve essere previsto un ulteriore adeguamento del personale.
- *Costi della formazione*
 - Sono previste 500 ore di formazione annue: 80 euro/ora = 40.000 euro;

Finanziamenti

Per il 2024 non sono previste altre fonti di finanziamento aggiuntive rispetto a quello già stanziato dal Bilancio provinciale per l'anno 2024 e dal PNRR.

Monitoraggio

- *Responsabile provinciale designato*
 - Ufficio Assistenza sanitaria.
- Indicatori esistenti e previsti, compresi quelli del NSG³ e nel Questionario LEA⁴
- *I criteri di valutazione previsti per il monitoraggio dell'attività della rete di cure palliative dell'adulto comprendono inoltre altri aspetti qualitativi e quantitativi:*
 - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile.
 - Numero posti letto in hospice su numero dei deceduti per causa di tumore.
 - Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile.
 - Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito (dalla rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.
 - Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica.
 - Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.

³ **D30Z** - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (**CORE**)

D31C - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (**NO CORE**)

⁴ Vedi sezione AO del questionario LEA

- Consumo territoriale di farmaci oppioidi registrato tramite flusso art. 50 D.L. 30.09.2003 n. 269, convertito con modificazioni nella Legge 24.11.2003 n. 326. Il calcolo di tale indicatore è effettuato secondo la seguente formula: Consumo di farmaci in DDD (*defined daily dose*) della popolazione residente per fascia d'età/sexo * 1000 popolazione residente per fascia d'età/sexo.

Vengono inoltre registrati altri **indicatori** per una più completa valutazione dell'attività e del carico di lavoro svolto dagli operatori del Servizio di Cure Palliative (adulto e pediatrico):

- numero di consulenze in ospedale per il paziente adulto;
 - numero di prime visite multidisciplinari ambulatoriali e visite di controllo per cure palliative per il paziente adulto;
 - numero di ricoveri in ospedale nei pazienti oncologici in carico e non in carico alla rete di cure palliative dell'adulto negli ultimi 3 mesi di vita;
 - numero di visite domiciliari per i pazienti pediatrici in UCP-DOM base e specialistica;
 - numero di consulenze in ospedale del Centro di Riferimento provinciale di CPP e TD;
 - numero di visite ambulatoriali effettuate dal Centro di Riferimento provinciale di CPP e TD;
 - numero di accessi al PS per i pazienti pediatrici in UCP-DOM base e specialistica;
 - numero dei deceduti a domicilio per i pazienti pediatrici.
- *Flussi informativi: SIAD (assistenza cure palliative domiciliari) nella parte dedicata ai pazienti oncologici e non oncologici, Hospice, altri eventuali flussi regionali Livelli di informatizzazione esistente e prevista: cartella elettronica, telemedicina, ecc.*
- La Provincia Autonoma di Bolzano deve garantire la corretta alimentazione dei flussi previsti per le cure palliative e monitorare l'attività dei servizi con analisi del volume delle prestazioni, le caratteristiche degli utenti ed i trattamenti erogati.
 - La Provincia Autonoma di Bolzano deve monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei principi del bisogno di salute e di equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure e loro appropriatezza nonché economicità nell'impiego delle risorse.

Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung für das Jahr 2024

(im Sinne des Gesetzes vom 29. Dezember 2022, Nr. 197, Art. 1, Absatz 83)¹

Rechtsgrundlagen

- Auf staatlicher Ebene:

- Gesetz Nr. 38/2010 „Bestimmungen zur Sicherung des Zugangs zur Palliativversorgung und zur Schmerztherapie“,
- Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz vom 25. Juli 2012 zur Festlegung der Mindestanforderungen und Organisationsmethoden, die für die Akkreditierung von Betreuungseinrichtungen für unheilbar erkrankte Patienten sowie von Palliativ- und Schmerztherapieeinheiten erforderlich sind,
- Vereinbarung der Staat-Regionen-Konferenz vom 10. Juli 2014 betreffend Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Fachkräften, die in Palliativversorgungsnetzwerken arbeiten,
- Gesetz Nr. 219/2017 für die Patientenverfügungen („Regelungen zur Einwilligung nach Aufklärung und zur Vorsorgeregelung“),
- Dekret des Präsidenten des Ministerrats vom 12. Jänner 2017 (sog. „neue wesentliche Betreuungsstandards - WBS“),
- Vereinbarung der Staat-Regionen-Konferenz vom 9. Juli 2020 betreffend die Modalitäten für die einheitliche Ausbildung von Freiwilligen in der Palliativversorgung und Schmerztherapie,
- Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz betreffend die Akkreditierung der Netze der Palliativbetreuung (Rep. Atti n. 118/CSR vom 27. Juli 2020) und die Akkreditierung der Netze der Schmerztherapie (Rep. Atti n. 119/CSR vom 27. Juli 2020),
- Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz vom 25. März 2021 betreffend die Akkreditierung der Netze der pädiatrischen Schmerztherapie und jenen der pädiatrischen Palliativversorgung,
- Gesetzesdekret Nr. 77 vom 31. Mai 2021, umgewandelt in Gesetz Nr. 108 vom 29. Juli 2021: Governance des Plans für Aufschwung und Resilienz,
- Gesetz Nr. 106 vom 23. Juli 2021 (Umsetzung des Gesetzesdekrets vom 25. Mai 2021 Nr. 73, Art. 35, Absatz 2-bis, mit Änderungen),
- Ministerialdekret (in der Folge MD genannt) Nr. 77 vom 23. Mai 2022: „Standardmodelle für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst“,
- Gesetz vom 29. Dezember 2022, Nr. 197 (*Staatshaushalt für das Haushaltsjahr 2023 und Mehrjahreshaushalt für den Dreijahreszeitraum 2023–2025*),
- Gesetzesdekret vom 23. Januar 2023 – Verteilung der Mittel im Zusammenhang mit der Investition M6-C1-1.2.1. „Zuhause als erster Pflegeort (ADI)“ des PNRR (Amtsblatt Nr. 55 vom 06.03.2023),

¹ Absatz 83. Im Artikel 5 des Gesetzes vom 15. März 2010, Nr. 38, wurde nach Absatz 4 folgender Absatz hinzugefügt: « 4-bis. Die Regionen und Autonomen Provinzen Trient und Bozen legen bis zum 30. Januar eines jeden Jahres einen Plan zur Stärkung der Palliativversorgung vor, damit innerhalb des Jahres 2028 90 Prozent der betroffenen Bevölkerung erreicht werden kann. Die Überwachung der Umsetzung des Plans wird der Nationalen Agentur für regionale Gesundheitsdienste (AGENAS) übertragen, die diese alle sechs Monate durchführt. Die Vorlage des Plans und seine Umsetzung stellen die Erfüllung auf lokaler Ebene dar, um Zugang zur zusätzlichen Finanzierung aus dem Nationalen Gesundheitsdienst zu erhalten.»

- Haushaltsgesetz 2024 – Absätze 244–246: Weitere Maßnahmen zur Stärkung des staatlichen Gesundheitsdienstes und der wohnortnahen Versorgung.

- **Auf Landesebene:**

- Beschluss der Landesregierung (in der Folge *B.L.R.* genannt) Nr. 608/2013 *“Leitlinien zur Verwaltung des Informationssystems für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen (HOSPICE)”*,
- B.L.R. Nr. 1214/2015 *“Das Landesnetz zur Palliativbetreuung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen”*,
- Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes 2015-A-000088 vom 11.06.2015: *„Aktivierung des Palliative-Care-Teams (PCT) für Kinder und Jugendliche im Südtiroler Sanitätsbetrieb und Ernennung der ärztlichen und pflegerischen Verantwortlichen“*,
- B.L.R. Nr. 1133/2016 *“Aktualisierung des eigenen Beschlusses Nr. 1214 vom 20. Oktober 2015 und Festlegung der Tarife der stationären, halbstationären und der zu Hause geleisteten Tätigkeit zur Palliativbetreuung in der Autonomen Provinz Bozen”*,
- B.L.R. Nr. 1353/2017 *“Genehmigung des Raumprogramms für die landesweite Palliative-Care-Einrichtung für Kinder und Jugendliche”*,
- B.L.R. Nr. 507/2018 *“Anwendung des Landesgesetzes vom 28. Juni 1983, Nr. 19, des Landesgesetzes vom 19. Mai 2015, Nr. 6 und des Landesgesundheitsplans 2016-2020“*: im Bereich der Palliativversorgung wurde: 1) eine komplexe Struktur als betriebsweiter Dienst aufgebaut; 2) für jeden Gesundheitsbezirk eine Stelle für einen Palliativmediziner vorgesehen; 3) in jedem Gesundheitsbezirk ein Palliativversorgungsteam vorgesehen,
- B.L.R. Nr. 1016/2020 *“Aktualisierung der Tarife und Personalparameter für die Palliativversorgung im Hospice”*,
- B.L.R. Nr. 874/2021 *“Zertifizierung der Voraussetzungen für die Eignung zur Tätigkeit in akkreditierten öffentlichen und privaten Palliativbetreuungsnetzwerken (in Umsetzung des Art. 1, Absatz 522 des Gesetzes vom 30. Dezember 2018, Nr. 145)”*,
- Verfahren des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. ID-2552/2022 *„Das Netzwerk der Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich“* (organisatorische Modalitäten des Netzwerks auf Landesebene),
- B.L.R. Nr. 907/2022 *„Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022 und der Akkreditierungskriterien für die Netze der Palliativversorgung, Schmerztherapie und der Hauspflege. Zulassungs- und Akkreditierungskriterien der neuen PNRR-Einrichtungen“*.

Verzeichnis der Abkürzungen

Abkürzung	Beschreibung
ADI	Integrierte Hauspflege
CP	Palliativpflege
CPP	Kinder-Palliativpflege
BLR	Beschluss der Landesregierung
MD	Ministerialdekret
UCP-DOM	Einheiten der wohnortnahen Palliativbetreuung

Ziele/ Bedarfsermittlung

- *Erfüllung der vom MD Nr. 77/2022 vorgesehenen Standards innerhalb Juni 2026:*

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb (in der Folge *Sanitätsbetrieb* genannt) ist in vier Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) gegliedert.

Der Dienst für Palliative-Care für die Erwachsenen (CP) ist eine komplexe Struktur auf Betriebsebene, während der Palliativdienst für Kinder eine einfache Struktur auf Betriebsebene ist. Beide sind Teil der wohnortnahen Betreuung. Der Dienst für Palliative-Care sieht für die Erwachsenen die Aufgabe vor, die Aktivitäten der in den einzelnen Gesundheitsbezirke tätigen lokalen Netzwerke zu koordinieren und zu überwachen. Letztere verwalten die Aktivitäten der Gesundheitsprengel, welche die kleinsten Organisationseinheiten des Sanitätsbetriebs des Landes darstellen. Der pädiatrische Palliativdienst ist Teil eines einzigen Netzwerks in der wohnortnahen Betreuung, dessen Aktivitäten er koordiniert und überwacht.

Das lokale Netzwerk ist im Rahmen der verfügbaren Personalressourcen im Bezugsgebiet tätig. Es stellt die Versorgung in den stationären Einrichtungen des Krankenhauses, bei der Patientin/beim Patienten zu Hause, in den stationären Einrichtungen und Hospizen sicher.

Die Palliativversorgung ist an alle Patientinnen und Patienten jedes Alters mit chronisch-degenerativen Erkrankungen von hoher Komplexität gerichtet. Sie muss die aktive Behandlung bereits im Frühstadium begleiten, um bei der Bewältigung physischer, psychischer, spiritueller und sozialer Symptome die nötige Unterstützung bieten zu können. Die **Einheiten der wohnortnahen Palliativbetreuung** (in der Folge **UCPDOM** genannt) haben die Aufgabe, die Betreuungskontinuität und die häusliche Pflege sicherzustellen. Dies geschieht mit Hilfe der multiprofessionellen Pflgeteams, die mit dem Arzt/der Ärztin für Allgemeinmedizin, der Kinderärztin/ dem Kinderarzt freier Wahl und speziell geschultem häuslichen Pflegepersonal abgestimmt sind. Sie sind je nach Komplexität der klinischen, der psychischen, der sozialen und der Betreuungssituation in zwei Ebenen unterteilt: palliative Grundversorgung und spezialisierte Palliativversorgung.

Das MD Nr. 77/2022 sieht für die Erwachsenen die Einrichtung einer Einheit für die wohnortnahe Palliativbetreuung je 100.000 Einwohner vor, ohne jedoch den zahlenmäßigen Standard des beteiligten Personals, aus denen diese besteht und das die 24stündige Betreuungskontinuität gewährleisten muss, festzulegen.

Im Rahmen der von AGENAS (*Agentur für regionale Gesundheitsdienste*) im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführten Überwachung der Standards aus dem MD Nr. 77/2022 ist auch ein genehmigter Plan für den Personalbedarf unter Berücksichtigung der neuen wohnortnahen Einrichtungen erforderlich, der zwangsläufig eine Stärkung des Netzwerks der Palliativversorgung beinhalten muss. Dies bleibt ein grundlegender Schritt für die Verwirklichung der vorgesehenen Ziele, die ohne eine ausreichende Anzahl an Gesundheitspersonal absolut nicht erreicht werden können.

Im Jahr 2023 (bis zum 30. September) wurden 5.775 integrierte Hauspflege (ADI)- Fälle in Südtirol aktiviert, davon waren 978 UCP-DOM. Sie richteten sich also an Personen, die Palliativpflege benötigen. Was das Palliativversorgungsnetzwerk betrifft, das im Land stark verwurzelt ist, wurde das Ziel erreicht, bis Ende 2023 435 Menschen (6 % von 10 % der über 65-Jährigen) abzufangen, und es wird keine Probleme geben im Jahr 2024 ein ähnliches Ergebnis erzielen (611 Personen).

- *Das im Haushaltsgesetz Nr. 197/2022 vorgegebene Ziel ist es, innerhalb 2028 90% der betroffenen Bevölkerung zu erreichen.*

Auf 100.000 Einwohner kommen **335 Patienten**, die eine fachärztliche Palliativversorgung benötigen. Der verbleibende Bedarf an Palliativpflege sollte durch den Beitrag der Grundversorgung und der lokalen Wohneinrichtungen für ältere Menschen gedeckt werden.

In der pädiatrischen Bevölkerung beträgt die Prävalenz 30–54 Kinder pro 100.000 Einwohner jeden Alters, davon benötigen 18 Minderjährige pro 100.000 Einwohner eine spezialisierte Palliativversorgung. Von diesen sind 3 von 100.000 Krebspatienten und 15 von 100.000 keine Krebspatienten.

Prävalenz von Pathologien, die für eine pädiatrische Palliativversorgung infrage kommen: 160–289 Minderjährige (0–18 Jahre), davon mit spezialisierter Palliativversorgung: 18 Minderjährige/100.000 Einwohner = 96 Minderjährige;

90% der Anspruchsberechtigten entspricht also: $(1.792 + 96) \times 90\% = 1.699$ Personen.

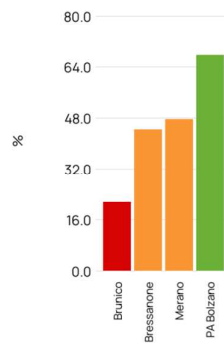
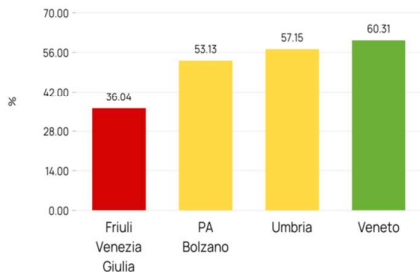
Im Jahr 2023 (bis zum 30.09.) betreute das Palliativversorgungsnetzwerk zirka Nr. 1.800 Menschen über Hospiz und durch den wohnortnahen Dienst und erreichte damit das im Haushaltsgesetz für 2028 festgelegte Ziel. Für 2024 soll dieses Ergebnis beibehalten und, sofern das im Netzwerk tätige medizinische und pflegerische Personal gestärkt wird, wäre es sogar möglich, diese Leistung noch weiter zu verbessern.

Der *Gesamtstandard* der Fachkräfte (Ärzte und Krankenschwestern) für die Fachebene des vorgeschlagenen lokalen Palliativversorgungsnetzwerks für 100.000 erwachsene Einwohner muss berechnet werden, indem die Schätzung des allgemeinen Personalbedarfs und die Schätzung des spezifischen Personalbedarfs für die durch Ministerialdekret Nr. 77/2022 vorgesehenen Hospizbetten addiert werden sowie für die Versorgung in Krankenhäusern. Der **Gesamtbedarf** an medizinischem und pflegerischem Personal für die Fachebene der Netzwerke wird auf 335 Personen/100.000 erwachsene Einwohner/Jahr mit spezialisiertem Palliativpflegebedarf geschätzt und kann mit gleichzeitig aktiven **10,4 Pflegekräften und 3,5 Palliativärzten** beziffert werden. Zu diesem Personalbedarf kommt noch der Bedarf für den Betrieb des Hospizes hinzu. Bezogen auf den **Mindeststandard** im Verhältnis zu der im Ministerialdekret Nr. 77/2022 genannten Zahl von mindestens 8 Betten pro 100.000 Einwohnern lässt sich der Bedarf auf **mindestens 1,6 Palliativärzte und 7,4 Pflegekräfte** beziffern.

Der *Personalstandard* muss angesichts der im Krankenhausumfeld erforderlichen Organisationsmethoden und Aktivitätsvolumina erhöht werden. Diese von der italienischen Gesellschaft für Palliativpflege vorgeschlagenen Standards stehen im Einklang mit der aktuellen Gesetzgebung und stehen im Einklang mit den Entwicklungszielen, die im Ministerialdekret Nr. 77/2022 und im Haushaltsgesetz Nr. 197/2022 festgelegt sind.

Hervorzuheben ist, dass es zwischen den vier Gesundheitsbezirken erhebliche Unterschiede in der Versorgung von erwachsenen Patienten gibt, die palliative Pflege benötigen. Bezieht man sich nur auf onkologische Patienten und analysiert die Daten des Bewertungssystem nach Zielen der *Scuola Superiore S. Anna- Pisa*, beträgt der Prozentsatz der vom Netzwerk verwalteten Patienten 53% (womit die Autonome Provinz Bozen in Bezug auf die Abdeckung in der wohnortnahen Betreuung an der Spitze Italiens steht). Allerdings ist die Situation in den verschiedenen Gesundheitsbezirken unterschiedlich, sowohl aufgrund der Struktur des Gebiets (Berge) als auch aufgrund des Personalmangels in den ländlichen Gebieten.

C28.1 - Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative
Regioni - Anno 2022



Grafik: C28.1 Prozentsatz der verstorbenen Onkologie-Patientinnen und Patienten, die vom Palliativnetzwerk betreut worden sind

Analyse der bestehenden Situation und kritische Aspekte

- *Epidemiologie der erkannten/geschätzten Gesundheitsbedürfnisse (Erwachsene und Kinder) – Bedarf an palliativer Pflege für Bevölkerung Südtirols*

In einer Provinz mit etwa 535.000 Einwohnern benötigen 3.556 erwachsene Personen Palliativversorgung (40% Onkologie, 60% Nicht-Onkologie). 45% von ihnen sollen die Möglichkeit haben zu Hause mit der Betreuung des Palliativpflegenetzwerks und 20% im Hospiz sterben.

- **Stand der Umsetzung** von bereits geltenden Vorschriften²:
 - Aufbau des Landesnetzes: B.L.R. Nr. 1214/2015 *"Das Landesnetz zur Palliativbetreuung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen"*;
 - Organisation des Landesnetzes für die Erwachsene: Mit der Betriebsprozedur Nr. ID-2552/2022 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Dokument „Das Netzwerk der Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich“ genehmigt. Das Netzwerk ist im gesamten Landesgebiet tätig und beinhaltet alle gesetzlich vorgeschriebenen Knotenpunkte. Die Koordinierungsgruppe „Palliativnetzwerk“ wurde einberufen und besteht aus Medizinerinnen/Medizinern und Pflegekräften, die in den Palliativversorgungsnetzwerken arbeiten, Vertreterinnen und Vertretern der Landesabteilung Gesundheit, Vertreterinnen und Vertretern der Betriebsdirektion und Partnern aus dem Bereich des Ehrenamts. Die Koordinierungsgruppe ist eine **Leitstelle**, die die Aufgabe hat, den Entwicklungsprozess der Palliativversorgung zu koordinieren, um durch die Formulierung von Vorschlägen zur kontinuierlichen Verbesserung des Netzwerks einheitliche Ansätze und Systemgerechtigkeit zu gewährleisten. Außerdem soll sie dem Sanitätsbetrieb die notwendige technische Unterstützung bei der Überwachung des Umsetzungszustands der lokaler Netzwerke und bei der Bewertung dieser Tätigkeit bieten, die Entwicklung des Landesinformationssystems zur Palliativpflege durch die Überwachung qualitativer und quantitativer Indikatoren der gemäß den Vorschriften erbrachten Dienstleistungen unterstützen, die verpflichtenden ständigen Schulungsprogramme zum Thema Palliativpflege fördern und die kulturelle Verbreitung sowie Forschungsaktivitäten in der Palliativpflege überwachen.

² Es werden die wichtigsten Maßnahmen, welche bereits Gegenstand der Überwachung 2021 durch AGENAS waren, angeführt, wobei betont sei, dass die normativen Vorgaben nicht vollständig aufgezählt worden sind.

- Akkreditierung der Netzwerke: Mit B.L.R. Nr. 907/2022 "Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022“ wurden die Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz betreffend die Akkreditierung der Netzwerke der Palliativbetreuung (Rep. Atti n. 118/CSR vom 27. Juli 2020) und die Akkreditierung der Netzwerke der Schmerztherapie der Erwachsenen (Rep. Atti. n. 119/CSR vom 27. Juli 2020) im Einklang mit den in der Autonomen Provinz Bozen geltenden allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen, übernommen. Im Rahmen des oben genannten B.L.R. Nr. 907/2022 ist die Umsetzung des Abkommens zwischen Staat und Regionen über die Akkreditierung des pädiatrischen Schmerztherapie- und Palliativversorgungsnetzwerks (Rep. Atti Nr. 30/CSR vom 25. März 2021), nicht vorgesehen worden. Sie erfolgte mit dem Beschluss Nr. 517/2023, der den Plan für den Ausbau des Palliativversorgungsnetzwerks in Südtirol für das Jahr 2023 genehmigt hat.

In der Zwischenzeit wurde das Verfahren zur institutionellen Akkreditierung der häuslichen Pflege abgeschlossen (Dekret der Abteilungsdirektorin Nr. 11030/2023), die auch den Teil der Palliativpflege umfassen, und es wird mit der Analyse der Anforderungen für die institutionelle Akkreditierung der Netzwerke begonnen. Der Sanitätsbetrieb beteiligt sich gleichzeitig am Exzellenz-Akkreditierungsverfahren „Accreditation Canada“, das auch das Palliativpflegenetzwerk beinhaltet.

Darüber hinaus gibt es eine aktive Arbeitsgruppe, die die Landesrichtlinien für die häusliche Pflege überarbeitet. An dieser sind auch Vertreterinnen und Vertreter des Palliativpflegedienstes für den diesem Bereich gewidmeten Teil (Erwachsene und Kinder) beteiligt.

- Multidisziplinäre Ausbildung von Fachkräften: Im Laufe des Jahres 2024 werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Palliativversorgungsnetzwerke Schulungen zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Früherkennung des Bedarfs an Palliativversorgung, zur mehrdimensionalen Bewertung und Stratifizierung von Patienten, basierend auf der Komplexität und auf der Ermittlung von Bedürfnissen, angeboten. Diese werden benötigt, um integrierte Versorgungspläne (sog. PAI) im Erwachsenen-Bereich und die Gemeinsame Pflegeplanung für den pädiatrischen Bereich zu erstellen. Darüber hinaus werden multidisziplinäre Schulungen für das Gesundheitspersonal (zwei Jahreskurse mit 280 Vorlesungsstunden und 24 Stunden Praktikum für insgesamt 50 Plätze) und weitere Kurse für das Personal in Altenpflegeeinrichtungen angeboten, um die Meldung der Patienten mit Bedarf an Palliativversorgung zu erleichtern und ihre Pflege in der Einrichtung zu fördern, damit unangemessene Einweisungen vermieden werden können.

Für Hospiz- und häusliche Pflegekräfte werden Supervisionsgespräche mit Psychologinnen und Psychologen angeboten.

- Gemeinsames Informationssystem: Die integrierte Hauspflegeakte (in Papierform), die eine Aktualisierung des Versorgungspfades für alle Fachkräfte im Netzwerk ermöglicht, ist erstellt worden und mehrere Softwares zur Aufzeichnung der bei den Hausbesuchen des Fachpersonals durchgeführten Maßnahmen werden benutzt. Zwei Softwareprogramme ermöglichen die Überwachung der im Hospiz und zu Hause durchgeführten Tätigkeiten, damit werden die Datenflüsse des Hospizes und des SIAD³-Datenfluss versorgt. Die elektronische Akte für die ambulante Tätigkeit wurde in Betrieb genommen und es finden derzeit Treffen statt, um eine elektronische Akte sowohl für das Hospiz als auch für die häusliche Pflege zu

³ SIAD= *sistema informativo sull'assistenza domiciliare*- informatisches System zur Hausbetreuung

- erhalten. Alle Aktivitäten zur Verschreibung von Medikamenten und Tests erfolgen über dematerialisierte Verschreibungen.
- Pädiatrisches Palliativversorgungsnetzwerk und Schmerztherapie: das Dokument „Das Netzwerk der Palliativbetreuung im Kinderbereich“ steht kurz vor der Veröffentlichung. Die Tätigkeit des pädiatrischen Palliativpflegedienstes und der Schmerztherapie zielt darauf ab, die Bedürfnisse von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, die an unheilbaren, hochkomplexen, lebenseinschränkenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden, im gesamten Land zu ermitteln und die betroffenen Familien zu unterstützen. Das Ziel der Tätigkeit des pädiatrischen Palliative-Care-Dienstes besteht darin, in Zusammenarbeit mit dem Territorium (Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Krankenpflegediensten, Sozialdiensten, Schulen), mit den anderen Krankenhäusern des Landes, mit hochspezialisierten in- und ausländischen Kliniken und dem Notfalldienst die bestmögliche individualisierte Versorgung anbieten zu können. Ein besonderer Bereich der pädiatrischen Palliativpflege ist die perinatale Palliativpflege.
 - Etablierung lokaler Netzwerke und integrierter Versorgungspfade für Erwachsene: Auf der Ebene der vier Gesundheitsbezirke sind lokale Palliativversorgungsnetzwerke aktiv. Diese erbringen die Betreuung im Einklang mit den Vorgaben der Betriebsprozedur und auf der Grundlage der lokalen Bedürfnisse in allen Knotenpunkten des Netzwerks. Das Ziel besteht darin, zeitnäher auf den Palliativversorgungsbedarf zu reagieren und die größtmögliche Wohnortnähe in der Betreuung sowohl im Krankenhaus als auch auf dem Territorium sicherzustellen. Um die Kontinuität der Pflege rund um die Uhr zu gewährleisten, bestehen Kontakte zum Notfalldienst (112) und zum Dienst für Betreuungskontinuität (Bereitschaftsarzt), um die Zeiten und Bereiche abzudecken, in denen die ständige Anwesenheit der Palliativmedizinerin/ des Palliativmediziners aufgrund von Personalmangel nicht möglich ist.
- *Derzeit verfügbares Angebot für erwachsene und pädiatrische Patientinnen und Patienten: Hospiz-Bettenplätze, Ambulatorien, Referenzzentren, palliative Hausbetreuung auf Ebene der Grundversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung (IHB), Aktivitäten in den Krankenhäusern.*
- In Südtirol gibt es zurzeit 4 Einheiten der wohnortnahen Palliativbetreuung (UCP-DOM) für die Erwachsenen, eine für jeden Gesundheitsbezirk (Bereich, der funktional dem „Sprengel“ in den anderen Regionen entspricht). Die UCP-DOM, bestehend aus dem Palliativmediziner/der Palliativmedizinerin und den ADI-Krankenpflegerinnen und -pflegern mit zertifizierten Kenntnissen, in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, versorgt Personen mit Grund- und spezialistischem Palliativversorgungsbedarf zu Hause. Die Zugänge der Palliativmedizinerin/ des Palliativmediziners werden auf der Grundlage des individuellen Betreuungsplans (PAI) festgelegt und hängen von der Komplexität der Situation ab.
 - In Südtirol stehen **29 Plätze im Hospiz** zur Verfügung (5,5 Bettenplätze/100.000 Einwohner), davon 28 im stationären und 1 im tagesklinischen Bereich. 17 Bettenplätze sind in öffentlichen Einrichtungen und 12 Bettenplätze in einer privaten, mit dem Sanitätsbetrieb vertragsgebundenen Einrichtung untergebracht. Für Wohneinrichtungen sieht das

MD Nr. 77/2022 Nr. 8/10 Hospizbetten pro 100.000 Einwohner vor: **Bis 2026 sollen zwischen 42 und 53 Bettenplätze aktiv sein.**

- Ambulatorium für die zeitgleiche onkologische und palliative Versorgung, aktiv in allen 4 Gesundheitsbezirken. Die ambulante Tätigkeit, über die im Jahr 2023 über tausend Untersuchungen durchgeführt worden sind, ist die bevorzugte Betreuungsform zu Beginn einer frühen Palliativversorgung. Sie ermöglicht eine schrittweise Übernahme der Patientin/des Patienten bei steigenden Bedürfnissen und verringert gleichzeitig, dank kontinuierlicher Gespräche mit Spezialistinnen und Spezialisten des Bereichs, die diagnostisch-therapeutische Hartnäckigkeit in den fortgeschrittenen Stadien der Pathologien. Die ambulante Tätigkeit ermöglicht es, den für die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Familie den am besten geeigneten Versorgungspfad zu ermitteln und so die Kontinuität der Betreuung zwischen den verschiedenen Knotenpunkten des Netzwerks zu gewährleisten.
- Ein Referenzzentrum für die Erwachsenen-Palliativversorgung im Gesundheitsbezirk Bozen und drei Außenstellen in den Gesundheitsbezirken Brixen, Bruneck und Meran sind aktiv.
- Beratungstätigkeit in der Palliativbetreuung für Erwachsene für die medizinischen und chirurgischen Abteilungen der sieben Krankenhäuser Südtirols. Die Palliativ-Care-Teams bieten auch Beratung in akkreditierten privaten Einrichtungen an.
- Palliativmedizinische Beratungstätigkeiten mit Unterstützung komplexer symptomatischer Therapien (z.B. Infusionspumpen zur antalgischen Therapie) für Bewohnerinnen und Bewohner von Seniorenwohnheimen;
- Ambulatorium für Schmerztherapie unter der Leitung des Anästhesie- und Intensivmedizinischen Dienstes des Krankenhauses Bozen (Hub-Zentrum), sowie in Meran, Bruneck und Brixen;
- Für pädiatrische Palliativversorgung und Schmerztherapie gibt es einen aktiven Referenzdienst mit Sitz in Bozen, der folgende Funktionen erfüllt:
 - Multiprofessionelle Hausbesuche und Tätigkeiten,
 - Beratungstätigkeiten in der pädiatrischen Palliativpflege für die pädiatrischen, kinderchirurgischen Abteilungen und auf Intensivstationen in den sieben in Südtirol aktiven Krankenhäusern,
 - Beratungstätigkeiten zur komplexen Schmerztherapie in den sieben Landeskrankenhäusern für pädiatrische Patienten, auch wenn sie nicht an Pathologien leiden, die für palliative Kinderpflege (sog. CPP) in Frage kommen,
 - Beratungstätigkeiten und/oder Betreuung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der perinatalen Palliativversorgung.

- *Stärken und Schwächen*

Stärken

- Starke Motivation der in den Netzwerken der Palliativversorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Bedeutender Ausbau der Beratungstätigkeit im Krankenhaus und in der wohnortnahen Betreuung, mit Anwesenheit der Palliativmedizinerin/des Palliativmediziners im Krankenhaus Bozen von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr zur Beantwortung dringender Anfragen und Bereitschaftsdienst von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr sowie an Feiertagen,

- Das örtliche Palliativpflegenetzwerk gewährleistet die regelmäßige Nutzung von Hilfsmitteln zur Beurteilung der Qualität seitens der Patientin/des Patienten (wenn möglich) und ihrer/seiner Familienangehörigen betreffend die während der Palliativpflege im Hospiz erbrachte Pflege (eine Ausdehnung auf die zu Hause betreuten Patientinnen und Patienten ist vorgesehen).
- Integration zwischen Fachärztinnen/Fachärzten der Palliativmedizin, Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern, Kinderärztinnen/Kinderärzten und Krankenpflegepersonal in der Hausbetreuung und in den Seniorenwohnheimen,
- Engagiertes Team in der pädiatrischen Palliativversorgung mit guter Zusammenarbeit zwischen den wohnortnahen Diensten und den pädiatrischen Abteilungen der verschiedenen Krankenhäuser, Zusammenarbeit mit den Kinder- und Schmerztherapie-Palliativnetzwerken anderer Regionen sowie nationalen und ausländischen Fachzentren,
- Interesse an den Schulungstätigkeiten, die sowohl vom Personal des Netzwerks als auch von anderen operativen Einheiten vorgeschlagen werden,
- Diagnostisch therapeutische Betreuungspfade für verschiedene Pathologien, welche auch die Palliativversorgung beinhalten,
- Intensive und fruchtbare Zusammenarbeit mit den Freiwilligenvereinen, welche Patientinnen und Patienten mit Palliativversorgungsbedarf vertreten,
- Akkreditierung des Netzwerks im Erwachsenenbereich als Ausbildungsort für den Master in Palliativpflege und als Ausbildungsort für die neue Fachschule für Medizin und Palliativpflege (Universität Verona),
- Ständige Information der Bevölkerung über die Themen Palliativpflege, Lebensende und die in den Gesetzen Nr. 38/2010 und Nr. 219/2017 vorgesehenen Rechte.

Schwachpunkte

- Personalmangel im Vergleich zu dem, was notwendig wäre, um die Betreuung insbesondere in den abgelegeneren und bergigeren Gebieten sicherstellen zu können,
- Schwierigkeiten, die Kontinuität der Hausbetreuung rund um die Uhr sicherstellen zu können, trotz der Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten, Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und -ärzten freier Wahl sowie dem Notdienst 112,
- Nicht homogenes Angebot an Hospiz-Bettenplätzen, das niedriger als der Bedarf ist,
- Mangelhafte Informationssysteme, insbesondere betreffend Verwaltung und Weitergabe klinischer Informationen zwischen den an der Betreuung beteiligten Fachkräften,
- Mangelnde Kenntnisse der Systeme im Hinblick auf Bedarfs- und Komplexitätsermittlung bei Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern, den Kinderärztinnen/Kinderärzten, den Fachärztinnen/Fachärzten im Krankenhaus und der Hauskrankenpflegerinnen/Hauskrankenpfleger,
- Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und Palliativmedizinerinnen und -medizinern: Das Versäumnis, die Palliativmedizinerin/den Palliativmediziner in Situationen hoher klinischer Komplexität zu aktivieren, bereitet dem Pflegepersonal, das den Patienten betreut, Schwierigkeiten,
- Fehlen eines pädiatrischen Hospizes und einer Verfügbarkeit der pädiatrischen Palliativversorgung rund um die Uhr,
- Fehlen eines homogenen Übergangsmodells von der Kinder- zur Erwachsenen-Palliativversorgung,

- Nicht optimale Unterstützung, sowohl im täglichen Leben als auch im Hinblick auf Ruhezeiten, für Familien mit Minderjährigen, die einen Bedarf an Palliativversorgung aufweisen,
- Mangel an Personal mit spezieller Ausbildung für die Betreuung von Kindern mit komplexen Bedürfnissen in den verschiedenen Bildungsdiensten.

Maßnahmen und Verbesserungsmaßnahmen (Planung und Umsetzung)

- *Beschreibung des Landesgesamtversorgungsmodells in der programmierten Palliativversorgung:*

Das Landesmodell, wie in der Maßnahme des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 2552/2022 „Das Netzwerk der Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich“ beschrieben ist, sieht für die erwachsene Bevölkerung eine komplexe Struktur für Palliativpflege auf Betriebsebene vor, die die Tätigkeiten der vier lokalen Palliativpflegenetzwerke, welche in jedem Gesundheitsbezirk tätig sind, koordiniert. Eine derartige Organisation ist in der Lage, die erforderlichen Dienstleistungen in allen im Ministerialdekret Nr. 77/2022 vorgesehenen Knotenpunkten (Krankenhaus, Ambulatorium, Wohnort, Hospiz) bereitzustellen. Die Hauspflege erfolgt in Zusammenarbeit und Integration mit Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und ADI-Hauspflegepersonal unter Berücksichtigung der Besonderheit des Landesgebiets, das fast ausschließlich aus Berggebieten besteht, die oft schwer zu erreichen sind. Das im Netzwerk tätige Personal ist entsprechend den geltenden Vorschriften speziell geschult. Die Koordinierungsgruppe überwacht die durchgeführten Tätigkeiten und plant Schulungen für Fachkräfte sowie Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung. Der Zugang zum Netzwerk erfolgt nach Übermittlung des Meldeformulars an die Anlaufstelle (sog. PUA, *punto unico di accesso*), von wo aus dann die Übernahme der Person geplant wird. Die Überweisung erfolgt von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin, Krankenhausfachärztinnen und -fachärzten, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern oder vom Patienten selbst und seiner Familie. Die Palliativärztinnen und -ärzte üben ihre Tätigkeit im Hospiz, bei den Patientinnen und Patienten zu Hause und im Krankenhaus aus, wo Beratung und ambulante Visiten gewährleistet sind. Bei Anfrage durch das Personal werden auch Zugänge zu Seniorenwohnheimen gemacht, damit komplexere Situationen bewältigt werden können.

Für die Minderjährigen erfolgt die Tätigkeit des Palliative-Care-Dienstes und der Schmerztherapie in Form von Hausbesuchen und Tätigkeiten vor Ort, Konsiliartätigkeit im Krankenhaus, wenn das Kind stationär aufgenommen ist, ambulante Visiten, Day Hospital für das Follow-Up der Pathologien und Gespräche mit Familienmitgliedern zur Unterstützung bei Trauerfällen. Betreut werden Minderjährige mit unheilbaren und sehr komplexen Krankheitsbildern, sei es onkologischer als auch nicht onkologischer Natur. Die onkologischen Erkrankungen machen dabei weniger als 11% der Diagnosen aus.

Der pädiatrische Palliative-Care-Dienst ist seit 2017 auch im Bereich der perinatalen Palliativversorgung tätig und unterstützt Familien, die ein Kind mit einer unheilbaren Pathologie mit schlechter Prognose erwarten, während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Zeit nach der Geburt bis zum Tod des Kindes und anschließend durch Begleitung im Trauerprozess. Der pädiatrische Palliativpflegedienst und der Dienst der Schmerztherapie führen Tätigkeiten für die Schulung, die Information sowie die Forschung in Zusammenarbeit mit nationalen Universitätszentren durch.

- *Geplante Maßnahmen zur Umsetzung bereits bestehender Bestimmungen (siehe oben)*

- Erhöhung des medizinischen und pflegerischen Personals für die Palliativpflege, insbesondere der Teams, die zu Hause und im Krankenhaus tätig sind, durch die Rekrutierung und Einstellung von Ärztinnen und Ärzten und Krankenpflegepersonal,
 - Das Verfahren zur Akkreditierung von Palliativversorgungsnetzwerken für Erwachsene und Kinder muss bis 2025 abgeschlossen sein, wie auf den Staat-Regionen-Konferenzen 2020 und 2021 vereinbart worden ist,
 - Den Einsatz von Bewertungsinstrumenten (NECPAL) durch das Gesundheitspersonal der Krankenhäuser weiter ausbauen, der die Ermittlung von erwachsenen Patienten, die Palliativpflege benötigen, erleichtert,
 - Den Einsatz von Bewertungsinstrumenten für die Betreuung erwachsener Patienten auf der Grundlage ihrer Bedürfnisse (IPOS) und Komplexität (ICD-PALL) durch das Gesundheitspersonal der Palliativnetze weiter ausbauen,
 - Verbesserung des palliativen Ansatzes in der Grundversorgung, um den Bedarf insbesondere bei nicht-onkologischen Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, durch den Einsatz von Beurteilungsinstrumenten (NECPAL) auch durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin,
 - Definition des Sitzes der einzigen Anlaufstelle (PUA), an dem alle Übermittlungsanträge gesammelt werden und eine Zusammenarbeit mit den WONE (wohnortnahe Einsatzzentrale) aufbauen,
 - Über eine informatische Plattform verfügen, die den Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren im Netzwerk ermöglicht,
 - Bereitstellung von technologischen Plattformen und Instrumenten für Teleassistenten und Televisiten, um jene Personen erreichen zu können, die in den entlegensten und benachteiligten Gebieten leben,
 - Ständige Schulung des gesamten Gesundheitspersonals zu Fragen der Palliativpflege, um die Inhalte des Gesetzes Nr. 38/2010 und nachfolgender Durchführungsverordnungen zu verbreiten und das Grundwissen des Gesundheitspersonals sowohl in Krankenhäusern als auch in Wohneinrichtungen für ältere Personen zu verbessern,
 - Schrittweise Überprüfung der Fähigkeiten des im Palliativpflegenetzwerk tätigen Personals auf der Grundlage der Bestimmungen aus der Vereinbarung der Staat-Regionen-Konferenz Nr. 87 vom 10. Juli 2014 und dementsprechende Aufbau des Plans für die Schulung des Personals,
 - Information der Bevölkerung über das Angebot der Palliativversorgung und über die Vorteile einer Übernahme durch das Palliativversorgungsnetzwerk.
- *Weitere Maßnahmen zur Erreichung der Standards der MD Nr. 77/2022:*
- UCP-DOM für die erwachsene Bevölkerung: 1 pro 100.000 Einwohner:
 - Prozessstandard: $\geq 45\%$ der Patientinnen und Patienten, die an Tumoren verstorben sind, wurden von der UCP-DOM begleitet (Gesamtzahl der Patienten, die an Tumoren gestorben sind und zu Hause vom UCP-DOM betreut wurden/Gesamtzahl der Patienten, die an Tumoren gestorben sind);
 - Aktivierung der fünften UCP-DOM für den südlichen Teil des Landesgebiets (Überetsch-Unterland).
 - Hospiz-Bettenplätze für die erwachsene Bevölkerung: 8-10 Bettenplätze pro 100.000 Einwohner:
 - Aktivierung von 5 Hospiz-Bettenplätzen im Gesundheitsbezirk Brixen innerhalb 2025,

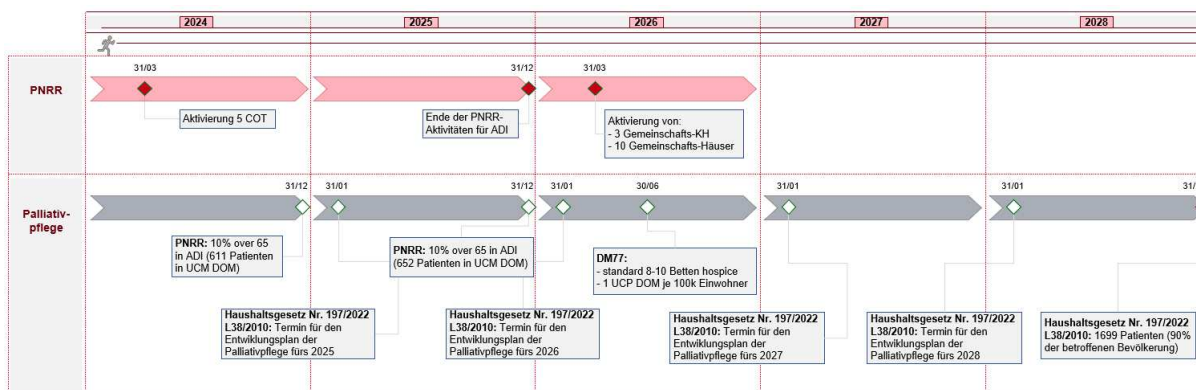
- Prozessstandard: 20% der an Tumoren verstorbenen Patientinnen und Patienten werden im Hospiz betreut,
 - Ausbau von zusätzlichen 10 Bettenplätzen für den Gesundheitsbezirk Bozen (außerhalb des Krankenhauses und in der Nähe der neuen Gesundheitseinrichtung in Neumarkt-BZ),
 - Für die pädiatrische Bevölkerung:
Aktivierung des Kinderhospizes bis 2027/2028.
- Hauspflege rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche:
 - Einrichtung eines ärztlich-pflegerischen Bereitschaftsdienstes (für Erwachsene und Kinder), der in allen Gesundheitsbezirken 24 Stunden am Tag, an 365 Tagen im Jahr abdeckt, innerhalb 2025.:
 - Zusammenarbeit mit dem Notruf 112, dem Dienst für Betreuungskontinuität (medizinischer Notfall) und Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin für die Abdeckung der Gebiete, in denen nachts und an Feiertagen die Anwesenheit eines Palliativarztes fehlt;
 - In allen Krankenhäusern des Landes ist ein medizinisch-pflegerisches Krankenhausteam für die Palliativversorgung der Erwachsenen mit fachärztlicher und ambulanter Beratungstätigkeit präsent, um die Aktivierung von Palliativversorgungspfaden zu erleichtern und die Kontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium zu gewährleisten.
- Weitere Tätigkeiten des Palliativpflegenetzwerks für Erwachsene
 - In allen Krankenhäusern der Provinz ist ein medizinisch-pflegerisches Krankenhausteam für Palliativpflege mit spezialisierten Beratungstätigkeiten für die Abteilungen und die ambulanten Besuche (Simultan- und Frühpalliativpflege) präsent, um die Aktivierung von Palliativpflegepfaden zu erleichtern und die Kontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium sicherzustellen.
 - Das UCP-DOM unterstützt Wohneinrichtungen für ältere Personen, um auf der Grundlage der eingegangenen Anfragen Palliativversorgung für die dort lebenden Personen bereitzustellen.
- Einbindung von ehrenamtlichen und sozialen Vereinen
 - Freiwilligenverbände, die sich der Unterstützung von Patienten und ihren Familien bei der Bewältigung von chronischen und unheilbar onkologischen und nicht-onkologischen Situationen widmen, spielen eine grundlegende Rolle in den multidisziplinären und multiprofessionellen Teams der Netzwerke der Palliativversorgung.
Aufbauend auf die Vorgaben des Abkommens der Staat-Regionen-Konferenz vom 9. Juli 2020 ist es unerlässlich, dass auf nationaler Ebene eine einheitliche Ausbildung für Freiwilligenarbeit in der Palliativpflege angeboten wird, um angemessene Qualitätsstandards bei den zahlreichen durchgeführten Tätigkeiten zu gewährleisten. Der Dachverband für Palliativpflege unterteilt Freiwilligentätigkeiten in zwei Bereichen: Pflege- und organisatorisch-informative Tätigkeit. Alle Freiwilligen nehmen die Tätigkeit erst nach einem Auswahlverfahren und einer Grundschulung von mindestens 20 Unterrichtsstunden mit anschließendem Praktikum in den Hauptknotenpunkten des Palliativversorgungsnetzwerks auf. Sobald die Freiwilligen aktiv sind, müssen sie an den fortlaufenden Schulungen des Vereins, dem sie angehören, und an Supervisionssitzungen teilnehmen. Im Pflegebereich übernehmen sie eine Rolle des Beistands, der Unterstützung und der Begleitung kranker Personen und deren Familien. In Absprache und Zusammenarbeit mit den

- zuständigen Teams kümmern sie sich um die Wohnlichkeit im Hospiz und die Pflege der Gemeinschaftsräume oder besuchen die Betroffenen zu Hause. Im Organisations- und Informationsbereich haben sie die Aufgabe, die Bürgerinnen und Bürger zu informieren, die Kultur der Palliativpflege zu verbreiten, ein Netzwerk mit anderen Vereinen aufzubauen, Kontakte zu Institutionen zu pflegen, die notwendigen Mittel zu beschaffen, um beispielsweise den Verein selbst und die Tätigkeiten des Netzwerkes der Palliativpflege durch die Spende von Diagnosegeräten oder Autos für lokale Teams zu unterstützen.
- Einbindung des Dritten Sektors
 - Die Tätigkeit der vertragsgebundenen privaten Einrichtung „Martinsbrunn“ in Meran ist in die Tätigkeiten des Netzwerkes der Palliativversorgung (Hospizbetten) eingebunden,
 - Innerhalb 2024 wird das Land ein Dokument erlassen, das die Landeshöchsttarifsätze für die Vergütung von Palliativpflegediensten in stationären (Hospiz-) und Heimeinrichtungen unter Berücksichtigung dessen, was auf nationaler Ebene festgelegt ist, neu festsetzt.
- *Maßnahmen zur Erreichung des Ziels einer Abdeckung von 90% der betroffenen Bevölkerung:*
- Weitergabe von Informationen an Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und -ärzten freier Wahl
 - Präsentation von Instrumenten zur Identifizierung onkologischer und nicht-onkologischer Patientinnen und Patienten, die Palliativversorgung benötigen, sowohl für das Personal der Krankenhäuser sowie für Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, mit spezieller Schulung in deren Verwendung,
 - Einbindung frühzeitig beurteilter Patienten in IT-Systeme zum Austausch von Informationen für Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl, für das Netzwerk der Palliativversorgung, Notfallabteilungen und die Dienste der Betreuungskontinuität,
 - 50 % der Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl in dem Gebiet, in dem die Netzwerke für Palliativversorgung tätig sind, müssen sich dem Projekt zur Früherkennung und Betreuung gebrechlicher Patienten mit Palliativversorgungsbedarf anschließen und das Meldeformular senden (siehe Verbreitung des „Projekts zur Gebrechlichkeit“ durch die Dienste für Basismedizin),
 - Unterscheidung der übernommenen Patienten in der Grund- und Spezialversorgung anhand der Komplexität, die bei der mehrdimensionalen Beurteilung zum Zeitpunkt der Übernahme ermittelt wurde;
 - Erweiterung des Angebots der Palliativversorgung im Land durch Stärkung der Zusammenarbeit mit Hausärzten und Ärzten, um eine Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten;
 - Zusammenarbeit mit Wohneinrichtungen für ältere Menschen (RSA) zur Erweiterung des Angebots an Palliativpflege für Bewohner durch Schulung des Personals zur Identifizierung der Anspruchsberechtigten;
 - Stärkung des im Netzwerk der Palliativversorgung tätigen ärztlichen und pflegerischen Personals auf der Grundlage der vom Ministerium und

- wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Palliativversorgung (SICP) festgelegten Mindeststandards,
 - Bereitstellung von ständiger Weiterbildung im medizinischen Bereich für das in den Palliativnetzwerken tätige Personal, um die Kompetenzen der in den Netzwerken arbeitenden Fachkräfte auszubauen;
 - Alle Fachkräfte stellen die korrekte Einspeisung des Hospiz-Datenflusses und des SIAD-Datenflusses für die ständige Überwachung der durchgeführten Tätigkeiten und der erwarteten Ergebnisse in Bezug auf die Anzahl an Übernahmen, die auf Ministerialebene festgelegt sind, sicher.
- Schaffung eines Organisationsnetzwerks, das geografisch ausgerichtet ist
 - Ermittlung der Gebiete in der Zuständigkeit der einzelnen Einrichtungen der Palliativpflege
 - Die Gebiete gehören zum lokalen Netzwerk der Palliativversorgung, die in jedem Gesundheitsbezirk tätig sind;
 - Die Fachkräfte des Palliativversorgungsnetzwerks stehen in ständigem Kontakt zueinander, um besondere Situationen zu bewältigen (z.B. Hospitalisierung hochkomplexer Patienten im Hospiz-Referenzzentrum in Bozen, Aufnahme von Patienten im Hospiz, das außerhalb des Zuständigkeitsgebiets liegt, aufgrund von Mangel an Betten im lokalen Netzwerk).
 - Maßnahmen zur Strukturierung des lokalen Palliativversorgungsnetzwerks für Erwachsene im Landesgesundheitsdienst
 - Das Palliativpflegenetzwerk ist ein Bestandteil des Gesundheitssystems des Landes und alle Krankenhäuser und örtlichen Einrichtungen verweisen im Bedarfsfall auf Palliativpflegespezialisten.
 - Die Fachkräfte des Palliativversorgungsnetzwerks beteiligen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeit an der Ausarbeitung des neuen Dokuments zur Organisation der integrierten Hauspflege-ADI.
 - Das Netzwerk integriert sich in andere Netzwerke, die im Gesundheitssystem tätig sind (Netzwerke für Schmerztherapie, territoriale Pneumologie, soziale Dienste, usw.).
 - Palliativpflegespezialisten beteiligen sich im Rahmen ihrer Kompetenz an der Erstellung von Betreuungspfaden (PDTA) für verschiedene Pathologien.
 - Maßnahmen zur Strukturierung des pädiatrischen Palliativversorgungs- und Schmerztherapienetzwerks im Landesgesundheitsdienst
 - Beschluss des Sanitätsbetriebs über das Dokument „Das Netzwerk der pädiatrischen Palliativversorgung“;
 - Genehmigung eines Beschlusses der Landesregierung über die Einrichtung des Landesreferenzzentrums für Schmerztherapie und pädiatrische Palliativversorgung.
- Schulungsprogramme für das Personal, das dem Palliativpflegenetzwerk zugeteilt ist
 - Es gibt zwei multidisziplinäre Wohnkurse mit jeweils 280 Unterrichtsstunden und 24 Stunden Praktikum, in denen die Fachkräfte der Palliativpflegenetzwerke geschult werden.
 - Es sind mindestens vier Schulungsveranstaltungen zu klinischen, psychologischen und ethischen Fragen speziell für Patientinnen und Patienten, die vom Netzwerk der Palliativversorgung betreut werden.

- Das Land hat drei Stipendien für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen, die sich am Spezialisierungskurs für „Medizin und Palliativpflege“ einschreiben.
- Einbindung der lokalen Gesundheitsbehörde (ASL)
 - Informationsverbreitung auf Ebene von Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Verwaltungsbeamtinnen und -beamten: Die Informationsverbreitung wird nicht nur durch Schulungsveranstaltungen gewährleistet, sondern auch durch die ständige Präsenz von Palliativärztinnen und -ärzten und Krankenpflegepersonal in den Krankenhäusern, die echte Schulungen in diesem Bereich durchführen durch deren Beratung und ambulante Tätigkeit.
 - Vereinfachung des Zugangs: der Zugang zum Palliativpflegedienst erfolgt direkt, ohne eine Reservierung über die einheitliche Vormerkzentrale CUPP (es gibt keine Wartelisten) und ohne eine Verschreibung. Die Patientin/Der Patient kann sich, wie auch die Charta der Dienste des Gesundheitsbetriebes aufzeigt, direkt an die Fachkräfte wenden, um die von ihr/ihm benötigte Leistung zu erhalten. Jede Mitarbeiterin/Jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Fachärztin/Facharzt, Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder Kinderärztin/Kinderarzt freier Wahl, nichtmedizinische Fachkräfte im Gesundheitswesen) oder Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter kann sich direkt an den Dienst wenden oder das Meldeformular senden. Die einzige Anlaufstelle (PUA) wird dann in jedem Bezirk die beste Methode zur Übernahme organisieren.
 - Vorhandensein strukturierter Pflegeprogramme/-protokolle zwischen dem Palliativpflegedienst und den Krankenhauseinrichtungen für die Kontinuität der Versorgung der Erwachsenen: im Zeitraum 2022–2023 wurden Betreuungspfade/PDTA für die wichtigsten Pathologien (Bauchspeicheldrüsenkrebs, Darmkrebs, ALS, COPD) erstellt, um eine frühzeitige Versorgung und eine nahtlose palliative Versorgung zu gewährleisten. Weitere Betreuungspfade/PDTA (Dekompensation, Nierenversagen) sind in der Entwicklungsphase und sollen bis 2025 abgeschlossen sein.
- Verbreitung von Informationen an die Bürger
 - Der Sanitätsbetrieb arbeitet mit Freiwilligenverbänden zusammen, die daran interessiert sind, das Bewusstsein für die Palliativpflege, die ein übergreifendes Element der Pflege vieler Pathologien darstellt, zu stärken und bietet Informationsveranstaltungen mit dem Ziel, die Kultur der Palliativpflege zu fördern, an.
 - Lokale Zeitungen, die für das Thema Palliativpflege sensibilisiert sind, gewähren regelmäßig Plätze sowohl in Zeitungen als auch im Fernsehen und Radio, um korrektes Wissen über Palliativpflege zu verbreiten.

- **Zeitplan**



- Aktuelles Datum
- Target oder Milestone zu erreichen
- Milestone EU zu erreichen

Kosten

- **Bedarf an zusätzlichem Personal und damit verbundene Kosten**
 - o Um die Netzwerke der Palliativbetreuung (Erwachsene und Kinder) weiterzuentwickeln und die Betreuung im Zuhause und in den Seniorenwohnheimen zu stärken, sind mindestens weitere 10 Ärztinnen und Ärzte sowie 20 Einheiten (FTE) an Krankenpflegepersonal notwendig. Sobald weitere Hospize und Knotenpunkte des Palliativnetzwerkes in Betrieb genommen werden, muss eine weitere Anpassung des Personals vorgenommen werden.
- **Fort- und Weiterbildungskosten**
 - o Es sind 500 Ausbildungsstunden pro Jahr vorgesehen: 80 Euro/Stunde = 40.000 Euro;

Finanzierungen

Für das Jahr 2024 sind keine anderen und zusätzlichen Finanzierungsquellen, außer jenen, die bereits für den Verwaltungshaushalt des Landes für das Jahr 2024 und die von PNRR zur Verfügung gestellten Ressourcen eingeplant worden sind, vorgesehen.

Überwachung

- **Nennung des Landesverantwortlichen**
 - o Amt für Gesundheitsbetreuung
- Bestehende und geplante Indikatoren, einschließlich derjenigen im NSG⁴ und im LEA-Fragebogen⁵

⁴ **D30Z** - Anzahl der durch das Palliativversorgungsnetzwerk unterstützten Krebstodesfälle im Verhältnis zur Anzahl der Krebstodesfälle (**CORE**)

D31C - Prozentuale Veränderung des Verhältnisses zwischen der jährlichen Anzahl der Tage der häuslichen Palliativversorgung für an Krebs verstorbene Patienten und der Anzahl der Todesfälle durch Krebs (**NO CORE**)

⁵ Siehe Abschnitt AO des LEA-Fragebogens

- Zu den vorgesehenen Bewertungskriterien für die Überwachung der Tätigkeit des Palliativversorgungsnetzwerks für die Erwachsenen zählen auch weitere qualitative und quantitative Aspekte:

- Anzahl der Todesfälle aufgrund von Krebs, die durch das Palliativversorgungsnetzwerk zu Hause oder im Hospiz betreut werden, bezogen auf die Anzahl der Todesfälle aufgrund von Krebs im letzten verfügbaren Dreijahreszeitraum.
- Anzahl der Hospizbetten zur Anzahl der krebsbedingten Todesfälle.
- Prozentuale Veränderung im Vergleich zum Vorjahr im Verhältnis zwischen der jährlichen Anzahl der Tage häuslicher Palliativpflege für Krebspatienten und der Anzahl der Krebstodesfälle im letzten verfügbaren Dreijahreszeitraum.
- Anzahl der Hospizeinweisungen von Patienten mit onkologischer Pathologie, die aus einer Krankenhauseinweisung oder aus einem nicht betreuten Zuhause (aus dem häuslichen Palliativpflegenetzwerk) stammen, bei denen die Krankenhausaufenthaltsdauer höchstens 7 Tage beträgt/Anzahl der Hospizeinweisungen von Patienten mit onkologischer Pathologie.
- Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Krebspatienten im Verhältnis zur Anzahl der Todesfälle durch Krebs.
- Prozentuale Veränderung im Vergleich zum Vorjahr im Verhältnis zwischen der jährlichen Anzahl der effektiven Betreuungstage (GeA) der Palliativärztin/des Palliativarztes zu Hause für Patientinnen und Patienten, die zu Hause aufgrund einer Krebserkrankung verstorben sind, und der Anzahl derjenigen, die aufgrund einer Krebserkrankung verstorben sind.
- Territorialer Konsum von Opioiddrogen, erfasst durch den Datenfluss gemäß Art. 50 des Gesetzesdekrets vom 30.09.2003 Nr. 269, mit Änderungen in Gesetz 24.11.2003 Nr. 326 umgewandelt. Die Berechnung dieses Indikators erfolgt nach dieser Formel: Drogenkonsum in DDD (definierte Tagesdosis) der Wohnbevölkerung nach Alters-/Geschlechtsgruppe * 1000 Wohnbevölkerung nach Alters-/Geschlechtsgruppe.

Für eine umfassendere Bewertung der Tätigkeit und Arbeitsbelastung der Fachkräfte des Palliativpflegedienstes (Kinder und Erwachsene) werden zudem weitere **Indikatoren** erfasst:

- Anzahl der Konsultationen im Krankenhaus für die erwachsene Patientin/den erwachsenen Patienten,
 - Anzahl der multidisziplinären ambulanten Erstvisiten und der nachfolgenden Kontrollvisiten zur Palliativversorgung der erwachsenen Patientin/des erwachsenen Patienten,
 - Anzahl der Krankenhauseinweisungen bei Krebspatientinnen und -patienten, die in den letzten drei Lebensmonaten vom Palliativversorgungsnetzwerk für Erwachsene behandelt bzw. nicht behandelt wurden,
 - Anzahl der Hausbesuche bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten, sei es im Bereich Grundversorgung als auch jenem der spezialistischen Palliativversorgung UCP-DOM;
 - Anzahl der Krankenhauskonsultationen im Referenzzentrum für Palliative-Care und Schmerztherapie des Landes;
 - Anzahl der ambulanten Besuche, die vom Referenzzentrum für Palliative-Care und Schmerztherapie des Landes durchgeführt wurden;
 - Anzahl der Besuche in der Notaufnahme für pädiatrische Patienten in der Grund- und spezifischen Palliative-Care UCP-DOM;
 - Anzahl der Todesfälle zu Hause bei pädiatrischen Patienten.
- *Datenflüsse: SIAD (informatisches System zur Hausbetreuung) in dem Teil, der onkologischen und nicht-onkologischen Patienten gewidmet ist, Hospiz, alle anderen Flüsse auf Landesebene. Bestehende und geplante Computerisierungsgrade: elektronische Aufzeichnungen, Telemedizin usw.*

- Das Land muss die korrekte Bereitstellung der für die Palliativpflege vorgesehenen Datenflüsse sicherstellen und die Tätigkeit der Dienste überwachen, indem sie das Leistungsvolumen, die Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer und die angebotenen Behandlungen analysiert.
- Die Autonome Provinz Bozen muss die Bereitstellung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) unter Einhaltung der Grundsätze des Gesundheitsbedarfs und der Gleichheit beim Zugang zur Versorgung, der Qualität der Versorgung und ihrer Angemessenheit sowie der Kosteneffizienz in der Verwendung von Ressourcen überwachen.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 über die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

BURGER GUENTHER
SCHROTT LAURA
MELANI CARLA

23/01/2024 10:24:47
23/01/2024 08:20:47
22/01/2024 17:05:33

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

24/01/2024 12:32:22
TACCHINARDI MARTA

Il Direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht

Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

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

02/02/2024

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

02/02/2024

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 40 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 40 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

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

Ausstellungsdatum

02/02/2024

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