



**Bericht zum  
Landesgesetzentwurf  
Nr. 4/18**

**Änderungen zum Landesgesetz vom 21. April  
2017, Nr. 3 „Organisationsstruktur des Lan-  
desgesundheitsdienstes“**

eingebraucht von den Landtagsabgeordneten Dr. Franz Ploner, Paul Köllensperger, Alex Ploner, Josef Unterholzner, Maria Elisabeth Rieder und Peter Faistnauer

**Art. 1**

Das Gesetz Nr. 132/1968 (Legge Mariotti) und nachfolgende Änderungen sowie das gesetzvertretende Dekret vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, Art. 9, sehen vor, dass in jeder Krankenhaus- und Gesundheitsstruktur („presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale“) ein ärztlicher Leiter vorzusehen ist. Dies kann nicht durch eine wie im Gesetz Nr. 3 vom 21. April 2017, Art. 25, Absatz 5 formulierte „Kann-Bestimmung“ erfolgen, sondern muss durch eine „Ist-Bestimmung“ gesetzlich verankert werden.

Der ärztliche Leiter ist der Vertreter der leitenden Ärzte des Krankenhauses und nach dem Krankenhausgesetz Nr. 132/1968 (Legge Mariotti) und gesetzvertretenden Dekret Nr. 502 vom 3. Dezember 1992 neben dem Verwaltungsleiter und der Pflegedienstleitung die zentrale Figur der Betriebsführung des Krankenhauses (ähnlich der kollegialen Führung in den Nachbarstaaten).

Dem ärztlichen Leiter obliegt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung, die Aufsicht über die erbrachten Leistungen in ärztlichen Belangen, die Überwachung der vom Gesetz vorgesehenen Anordnungen und Mitteilungen im medizinischen Bereich, die Sicherstellung und Überwachung der Krankenhaushygiene sowie die Koordinierung und Planung des ärztlichen Aufnahmedienstes durch die Notaufnahme oder den ambulanten Bereich

**Relazione sul  
disegno di legge provinciale  
n. 4/18**

**Modifiche alla legge provinciale 21 aprile 2017,  
n. 3, “Struttura organizzativa del Servizio sani-  
tario provinciale”**

presentato dai consiglieri provinciali dott. Franz Ploner, Paul Köllensperger, Alex Ploner, Josef Unterholzner, Maria Elisabeth Rieder e Peter Faistnauer

**Art. 1**

La legge n. 132/1968 (legge Mariotti), e successive modifiche, nonché l'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevedono che ogni presidio ospedaliero dell'unità sanitaria locale abbia un direttore medico. Ciò non può essere disposto per legge con una norma facoltativa come quella al comma 5 dell'articolo 25 della legge provinciale 21 aprile 2017, n. 3, ma dev'essere sancito da una norma obbligatoria.

Il direttore medico è il rappresentante dei dirigenti medici dell'ospedale, e ai sensi della legge sugli ospedali (legge Mariotti, n. 132/1968) e del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è – insieme al dirigente amministrativo e alla dirigenza tecnico-assistenziale – la figura centrale nella gestione aziendale dell'ospedale (analogamente alla gestione collegiale nei Paesi vicini).

Al direttore medico compete garantire l'assistenza medica, vigilare sulle prestazioni in ambito medico nonché sulle disposizioni e comunicazioni in tale ambito; garantire l'igiene in ospedale e vigilare al riguardo; coordinare e pianificare il servizio di accettazione per il pronto soccorso e per gli ambulatori; a lui compete infine la collocazione dei pazienti in ospedale. Il direttore medico è la principale figura di riferimento per i Carabinieri per la tute-

sowie die Unterbringung der Patienten im Krankenhaus. Er ist der primäre Ansprechpartner für die Carabinieri per la tutela della salute (NAS) bei der sanitären Überwachung der Gesundheitsstruktur und der hygienisch-organisatorischen Abläufe. Dies erklärt die Tragweite der Aufgabenstellung des ärztlichen Leiters in jeder Gesundheitseinrichtung, die unabdingbar vorzusehen ist und deren Aufgaben nicht sinnvoll delegierbar erscheinen.

Der ärztliche Leiter (direttore ospedaliero) des Krankenhauses muss aus den oben angeführten Gründen vor Ort präsent sein, und kann die Aufgaben nicht aus der Distanz erledigen.

### Art. 2

Voraussetzung eines funktionierenden Krankenhauses der Grundversorgung ist, dass die Kernabteilungen Innere Medizin, Chirurgie (inklusive Chirurgie des Bewegungsapparates), Anästhesie und Wiederbelebung, Gynäkologie und Geburtshilfe und Pädiatrie als eigene komplexe Strukturen vorhanden sind. Diese Strukturen müssen, will man die geforderten Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung und die Attraktivität für Patienten und Ärzte/Pflegepersonal, insbesondere für Ärzte in der Facharztausbildung, aufrecht erhalten, mit eigenständigen Verantwortungsträgern (Primärärzten) vor Ort besetzt werden, die selbstständig und eigenverantwortlich die Leistungserbringer in den peripheren öffentlichen Gesundheitsdiensten sind. Das Fehlen eines Primärarztes in den genannten Fachdisziplinen der Krankenhäuser der Grundversorgung bedingt einen Verlust fachlicher Kompetenz vor Ort und den rasanten Qualitätsabbau in allen medizinischen Fachdisziplinen. Diese Krankenhäuser werden sowohl für Fachärzte als auch für auszubildende Jungärzte uninteressant, so dass der bestehende Fachärztemangel sich weiter verstärken wird mit all den Folgen der wohnortnahen Patientenversorgung. Gerade durch die räumliche Distanz zwischen den Krankenhäusern der Grundversorgung und den Schwerpunktkrankenhäusern ist eine kompetent fachliche Führung vor Ort nicht möglich, wodurch ein Einbruch sowohl in der fachlich-medizinischen Betreuung der Patienten als auch in der Ausbildung der Jungärzte zu erwarten ist. Dies führt unweigerlich zu einem Verlust der Expertise in den Krankenhäusern der Grundversorgung. Damit wird langfristig die durch den Gesundheitsplan 2016-20 gewünschte wohnortnahe Grundversorgung in diesen Krankenhäusern hinfällig mit der

la della salute (NAS) riguardo alla vigilanza sulle strutture sanitarie e le funzioni igienico-organizzative. Tutto ciò illustra la portata dei compiti del direttore medico in ogni struttura sanitaria, compiti che dunque devono essere assolutamente ed esplicitamente previsti, e che non appare opportuno delegare.

Per questi motivi il direttore medico dell'ospedale (direttore ospedaliero) dev'essere presente in loco e non può svolgere i suoi compiti a distanza.

### Art. 2

Per garantire un'efficiente assistenza, un ospedale di base deve disporre – come strutture complesse a sé stanti – dei reparti essenziali di medicina interna, chirurgia (compresa la chirurgia dell'apparato locomotore), anestesia e rianimazione, ginecologia e ostetricia, e pediatria. Se si vogliono mantenere i richiesti standard qualitativi di assistenza medica e l'attrattività per i pazienti, per i medici (soprattutto gli specialisti) nonché per il personale infermieristico, queste strutture devono avere in loco dei propri responsabili (primari), che nei servizi sanitari periferici pubblici svolgano le prestazioni autonomamente e sotto la propria responsabilità. In un ospedale di base, la mancanza di un primario nelle suddette discipline comporta un perdita di competenze specialistiche e un rapidissimo peggioramento qualitativo in tutti gli ambiti medici. Questi ospedali perdono d'interesse per gli specialisti e anche per i giovani medici che devono fare la formazione. Per questo motivo l'attuale carenza di medici si aggraverà ancora, con le prevedibili conseguenze sull'assistenza territoriale. Le distanze fra gli ospedali di base e gli ospedali aziendali rendono impossibile dirigere l'ambito medico in modo efficiente da una sede esterna. C'è dunque da attendersi un crollo sia nell'assistenza medica e specialistica sia nella formazione dei giovani medici. Ne conseguirà inevitabilmente un calo del livello professionale negli ospedali di base. In essi verrà meno, a lungo termine, l'assistenza di base a livello locale prevista dal piano sanitario 2016-20: cioè verrà meno, o sarà insufficiente, l'assistenza medica per gli abitanti delle zone rurali periferiche nei bacini di utenza di questi ospedali. Proprio in base a queste considerazioni, la vicina Provincia di Trento ha coperto i tutti i posti vacanti di direttore medico di secondo livel-

entsprechenden medizinischen Unter-/Fehlversorgung der peripheren ländlichen Bevölkerungsgruppe, die sich im Einzugsgebiet dieser Krankenhäuser befindet. Gerade aus diesen Überlegungen heraus hat die Nachbarprovinz Trient in allen peripheren Krankenhäusern die Primararztstellen (Direttore medico di secondo livello) nachbesetzt.

Allgemein gesehen bedeutet das Fehlen eines eigenständig tätigen Primararztes in diesen Fachdisziplinen eine Reduktion fachlicher Kompetenz, Verlust menschlichen Potentials, einen Rückschritt in der Aus- und Weiterbildung junger Fachkräfte und die Verhinderung persönlicher Entwicklungen, was in einem Land wie Südtirol, mit den sprachlichen Unterschieden der Bevölkerung, von Nachteil ist. Dies alles führt eher zu einer Abwanderung von Ärzten und zu einem personellen Aushungern dieser peripheren Strukturen.

Die Patienten in der Peripherie werden bei der aktuellen Entwicklung förmlich gezwungen, sich entgegen dem Prinzip der dezentralen Versorgung auch für weniger aufwendige Pathologien wohnortfern behandeln zu lassen, wodurch zentrale Ressourcen zusätzlich überbelastet werden.

Die Einrichtung der Kernprimariate am kleineren Standort steht keineswegs im Gegensatz zum Prinzip des Krankenhauses mit zwei Standorten, sondern sie stärkt einerseits den kleineren Standort, stellt einen Anreiz für mögliche Bewerber dar, entspricht den Forderungen der Jungärzte und verbessert andererseits die Personalstärke und die medizinische Versorgung in ihrer Gesamtheit.

gez. Landtagsabgeordneter  
Dr. Franz Ploner

lo negli ospedali periferici.

Generalmente, in queste discipline, la mancanza di un primario in loco comporta una riduzione di competenza specialistica, una perdita di potenziale umano, un regresso nella formazione e nell'aggiornamento dei giovani medici, e ostacola il progresso personale. E in una provincia come l'Alto Adige, con le differenze linguistiche che ne caratterizzano la popolazione, questo è un fatto negativo. Tutto ciò provocherà verosimilmente un esodo di medici e la chiusura di queste strutture periferiche per carenza di personale qualificato.

Se le tendenze attuali non cambieranno, nelle zone periferiche i pazienti saranno costretti – contro il principio della decentralizzazione dell'assistenza – a farsi curare in strutture distanti anche per patologie non complesse, causando così ulteriore aggravio alle strutture centrali.

L'istituzione dei primariati essenziali anche nelle sedi più piccole non contraddice affatto il principio di un ospedale con due sedi, ma potenzia da una parte la sede minore, costituisce un incentivo per eventuali interessati e viene incontro alle richieste dei giovani medici; d'altra parte potenzia l'organico e l'assistenza medica nel suo insieme.

f.to consigliere provinciale  
dott. Franz Ploner