AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

BESCHLUSSNIEDERSCHRIFT DES GENERALDIREKTORS

Ernannt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 140 vom 12.03.2024

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 140 del 12.03.2024

Sitzung vom Nr. 2026-645 Seduta del 29/10/2026

DER GENERALDIREKTOR
IL DIRETTORE GENERALE
CHRISTIAN KOFLER

UNTERSTÜTZT
COADIUVATO

VOM SANITÄTSDIREKTOR
DAL DIRETTORE SANITARIO
JOSEF WIDMANN

VOM VERWALTUNGSDIREKTOR
DAL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
LUCA ARMANASCHI

UND VON DER PFLEGEDIREKTORIN
E DALLA DIRETTRICE TECNICO ASSISTENZIALE
MARIANNE SILLER

Betreff:

GENEHMIGUNG DES PLANS DES SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBS FÜR DIE WOHNORTNAHEN TÄTIGKEITEN (PWT) FÜR DEN DREIJAHRESZEITRAUM 2026-2028

Oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DELL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE (PAT) PER IL TRIENNIO 2026-2028

Beschlussentwurf Nr. 783/26 Proposta di Deliberazione

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Genehmigung des Plans des Südtiroler Sanitätsbetriebs für die wohnortnahen Tätigkeiten (PWT) für den Dreijahreszeitraum 2026-2028

Approvazione del Piano delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (PAT) per il triennio 2026-2028

Der Generaldirektor, unterstützt vom Sanitätsdirektor, vom Verwaltungsdirektor und von der Pflegedirektorin, bzw. von deren Stellvertreter, wie auf dem Deckblatt angegeben:

Il Direttore generale coadiuvato dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dalla Direttrice tecnico-assistenziale, rispettivamente dai loro sostituti, come risulta dal frontespizio:

nach Einsichtnahme in das Ministerialdekret Nr. 77/2022, mit welchem einheitlich im gesamten Staatsgebiet die Tätigkeiten der erneuerten wohnortnahen Gesundheitsversorgung festgesetzt wurden, mit besonderem Augenmerk auf die Rolle der Sprengel (für den Südtiroler Sanitätsbetrieb „Gesundheitsbezirke") und die Einrichtungen, in denen dies stattfinden muss (Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser);

visto il decreto ministeriale n. 77/2022, che ha definito in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale le attività della rinnovata assistenza territoriale, con particolare riferimento al ruolo dei Distretti (per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige equivalgono ai „Comprensori sanitari") e alle strutture nelle quali ciò deve avvenire (Case della comunità e Ospedali di comunità);

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 907 vom 06.12.2022 „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung – Übernahme des MD Nr. 77/2022";

vista la deliberazione della Giunta provinciale n. 907 del 06.12.2022 "Assistenza sanitaria territoriale – Recepimento a livello provinciale del DM n. 77/2022";

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 712 vom 27.08.2024 betreffend „Richtlinien für die Festsetzung des Planes der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs", mittels dessen der Mindestinhalt des Plans der Tätigkeit der wohnortnahen Versorgung gemäß Art. 3-quater Abs. 2 und 3 des GvD Nr. 502/1992 i.g.F. festgelegt wurde, und dessen Anlage 1 die Grundlage für die Erstellung des betrieblichen Plans der Tätigkeit der wohnortnahen Versorgung mit einer Laufzeit von drei Jahren bildet und der jährlich aktualisiert und vom Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebes genehmigt werden muss;

vista la deliberazione della Giunta provinciale n. 712 del 27.08.2024 concernente "Linee di indirizzo per la definizione del Piano delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige", che ha determinato i contenuti minimi del Piano delle attività sanitarie territoriali ai sensi dell'art. 3-quater c. 2 e 3 del D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i., e il cui allegato 1 costituisce la base per la predisposizione da parte dell'Azienda Sanitaria del Piano aziendale delle attività territoriali con durata triennale e che viene annualmente aggiornato e approvato dal Direttore generale;

festgestellt, dass mittels vorgenanntem Beschluss der Landesregierung Nr. 712/2024 der Südtiroler Sanitätsbetrieb damit beauftragt wurde, die betrieblichen Richtlinien festzulegen, welche die Grundlage für die vier Gesundheitsbezirke darstellen sollen, damit diese die eigenen Dreijahrespläne der Tätigkeit der wohnort-nahen Betreuung ausarbeiten können, und hierbei auch das entsprechende Budget (personelle und finanzielle Ressourcen, die es für seine Umsetzung braucht) erarbeiten und der Generaldirektion innerhalb 31. Oktober eines jeden Jahres zur Genehmigung vorlegen können;

che la citata deliberazione della Giunta provinciale n. 712/2024 ha incaricato l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di approvare le direttive aziendali che costituiscono la base omogenea per i quattro comprensori per la predisposizione dei propri piani triennali delle attività territoriali, definendo anche il relativo budget (risorse umane e finanziarie necessarie per la sua realizzazione), da sottoporre all'approvazione da parte della Direzione generale dell´Azienda Sanitaria entro il 31 ottobre di ogni anno;

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 1128/2025 betreffend die Festlegung des gesundheitlichen und sozio-sanitären Versorgungsbedarfs für den Zeitraum 2026–2028;

vista la deliberazione della Giunta provinciale n. 1128/2025 concernente la determinazione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario per il periodo 2026–2028;

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 371/2026 betreffend die Ergänzung des Planungsdokuments der Allgemeinmedizin und die Einführung des neuen Modells der Betreuungskontinuität mit besonderem Bezug auf die Leitstelle 116117, die Gemeinschaftshäuser, die Gemeinschaftskrankenhäuser und die UCA;

vista la deliberazione della Giunta provinciale n. 371/2026 concernente l'integrazione dell'atto di programmazione della medicina generale e l'introduzione del nuovo modello di continuità assistenziale con particolare riferimento al numero unico 116117, alle Case della comunità, agli Ospedali di comunità e alle UCA;

festgestellt, dass die wohnortnahe Versorgung im Dreijahreszeitraum 2026–2028 insbesondere durch die Umsetzung des MD 77/2022, die Aktivierung der Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser, die Weiterentwicklung

constatato che l'assistenza territoriale nel triennio 2026–2028 deve essere ulteriormente sviluppata attraverso l'attuazione del DM 77/2022, l'attivazione delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità, il rafforzamento dell'assistenza primaria,

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

der Primärversorgung, der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM/AFT), der UCCP, der Betreuungskontinuität, der UCA, der WONE/COT, der Hausbetreuung, der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (PDTA), der Digitalisierung sowie der sozio-sanitären Integration weiterentwickelt werden muss;

delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle UCCP, della continuità assistenziale, delle UCA, delle COT/WONE, dell'assistenza domiciliare, dei PDTA, della digitalizzazione e dell'integrazione socio-sanitaria;

festgestellt, dass der Südtiroler Sanitätsbetrieb auf Grundlage der vorgenannten Bestimmungen den betrieblichen Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026–2028 ausgearbeitet hat;

constatato che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha predisposto il Piano delle attività territoriali 2026–2028 sulla base delle disposizioni sopra richiamate;

festgestellt, dass die diesem Beschluss als wesentlicher und integrierender Bestandteil beiliegende Anlage 1 „Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026–2028" die betrieblichen Richtlinien für die Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgung enthält und gleichzeitig die Grundlage für die Erstellung der Bezirkspläne der Gesundheitsbezirke bildet;

rilevato che l'allegato 1 "Piano delle attività territoriali 2026–2028", costituente parte integrante ed essenziale del presente provvedimento, contiene le direttive aziendali per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e costituisce altresì la base per la predisposizione dei PAT comprensoriali;

für zweckmäßig erachtet, die diesem Beschluss als wesentlicher und integrierender Bestandteil beiliegende Anlage 1 „Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026 - 2028" des Südtiroler Sanitätsbetriebs zu genehmigen;

ritenuto pertanto opportuno approvare l'allegato 1 "Piano dell'attività territoriale 2026 – 2028" dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige costituente parte essenziale ed integrante del presente provvedimento;

nach Anhören der positiven Stellungnahmen des Sanitätsdirektors, des Verwaltungsdirektors und der Pflegedirektorin, bzw. deren Stellvertreter;

sentiti i pareri favorevoli del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo e della Direttrice tecnico-assistenziale, rispettivamente dei loro sostituti;

B E S C H L I E S S T

1. die diesem Beschluss als wesentlicher und integrierender Bestandteil beiliegende Anlage 1 „Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026 - 2028" des Südtiroler Sanitätsbetriebs zu genehmigen;

2. festzuhalten, dass die Gesundheitsbezirke mit Unterstützung der jeweiligen Bezirksbeiräte die Bezirkspläne für die wohnortnahe Tätigkeit auf Grundlage der im PWT 2026–2028 enthaltenen Vorgaben erstellen und diese gemäß den geltenden Planungsfristen der Generaldirektion zur Genehmigung vorlegen;

3. die Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung mit der Koordinierung, Begleitung und Überwachung der Umsetzung des PWT 2026–2028 sowie mit der Erfüllung der daraus resultierenden Veröffentlichungs- und Transparenzpflichten zu beauftragen;

4. festzuhalten, dass die Umsetzung der im PWT vorgesehenen Maßnahmen im Rahmen der verfügbaren personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen sowie unter Berücksichtigung der geltenden staatlichen, landesrechtlichen und kollektivvertraglichen Bestimmungen erfolgt;

5. festzuhalten, dass gegenständliche Maßnahme keine unmittelbaren zusätzlichen Ausgaben zulasten des Sanitätsbetriebes bedingt.

D E L I B E R A

1. di approvare quale parte essenziale ed integrante di questa deliberazione l'allegato 1 "Piano delle attività territoriali 2026-2028" dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;

2. di stabilire che i Comprensori sanitari, con il supporto dei rispettivi Comitati comprensoriali, elaborino i propri PAT comprensoriali sulla base delle indicazioni contenute nel PAT aziendale 2026–2028 e li sottopongano all'approvazione della Direzione generale secondo le tempistiche vigenti;

3. di incaricare la Ripartizione Prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale del coordinamento, del monitoraggio e dell'accompagnamento dell'attuazione del PAT 2026–2028 nonché dell'assolvimento dei conseguenti obblighi di pubblicazione e trasparenza;

4. di dare atto che l'attuazione delle misure previste dal PAT avviene nell'ambito delle risorse umane, organizzative e finanziarie disponibili e nel rispetto della normativa statale, provinciale e contrattuale vigente;

5. di rilevare che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi immediati a carico dell'Azienda Sanitaria.

Gegenständliche Maßnahme ist mit Rekurs innerhalb der Fallfrist von 60 Tagen ab dem Zeitpunkt, in dem der Betroffene volle Kenntnis davon erlangt hat, vor dem Regionalen Verwaltungsgericht der Autonomen Provinz Bozen anfechtbar.

Il presente provvedimento è impugnabile con ricorso da proporsi nel termine perentorio di 60 giorni, decorrenti dalla piena conoscenza del provvedimento medesimo, avanti al Tribunale Amministrativo Regionale per la Provincia Autonoma di Bolzano.

Beschluss von Dr. Stefan Dejaco ausgearbeitet und geschrieben

Delibera elaborata e scritta dal Dott. Stefan Dejaco

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026 - 2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INHALTSVERZEICHNIS

Glossar 3
Prämisse 5
- **Normative Entwicklung** 5
- **Postpandemische Reform und PNRR** 5
- **Anpassung auf Landesebene** 6

1. Analyse des Kontextes und der Gesundheitsbedürfnisse 7
- **1.1 Sozio-demografischer und epidemiologischer Rahmen** 7
- **1.2 Hauptrisikofaktoren** 8
- **1.3 Chronische Erkrankungen** 8

2. Mapping des territorialen sanitären und sozio-sanitären Angebotes 10
- **2.1. Südtiroler Sanitätsbetrieb** 10
- **2.2. Governance des Territoriums** 10
- **2.3. Notaufnahme – Abstimmung mit dem Territorium** 11
- **2.4. Grundversorgung: Basismedizin und Hausbetreuung** 11
- **2.5. Gemeinschaftshäuser** 21
- **2.6. Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege (FuGKP)** 25
- **2.7. Einheit für Betreuungskontinuität (UCA)** 26
- **2.8. Leitstelle 116117** 27
- **2.9. Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)** 27
- **2.10. Intermediärbetreuung und Gemeinschaftskrankenhäuser (GKH)** 28
- **2.11. Integrierte und koordinierte Betreuungspfade** 29
- **2.12. Sozio-sanitäre Integration** 32
- **2.13. Einheit für die multidimensionale Einschätzung (UVM)** 33
- **2.14. Familienberatungsstellen** 34
- **2.15. Netzwerk für Palliativversorgung** 37
- **2.16. Versorgung fragiler Patienten** 39
- **2.17. Prävention im Gesundheitsbereich** 39
- **2.18. Telemedizin** 40
- **2.19. Informationssysteme und ministerielle Datenflüsse** 41
- **2.20. Berufliche Entwicklung und Change Management** 46

3. Identifizierung der zu optimierenden Bereiche 47

4. Strategische und operative Ziele 48
- **4.1. Strategische Ziele** 48
- **4.2. Operative Ziele** 49

5. Maßnahmen und Zeitplan 50

6. Überwachung, Bewertung und Anpassung des Plans 57

Bibliografie 63

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Glossar

Akronym DE	Acronimo IT	Deutsche Bezeichnung	Definizione italiana
GSKV	**ACN**	Gesamtstaatlicher Kollektivvertrag	Accordo Collettivo Nazionale
AD	**–**	Häusliche Betreuung	–
IHB	**ADI**	Integrierte Hausbetreuung	Assistenza domiciliare integrata
PHB	**ADP**	Programmierte Hausbetreuung	Assistenza domiciliare programmata
AD-Res	**AD-Res**	Respiratorische häusliche Betreuung	Assistenza domiciliare respiratoria
VGM	**AFT**	Vernetzte Gruppenmedizin	Aggregazione Funzionale Territoriale
AID	**AID**	Hauskrankenpflege	Assistenza infermieristica domiciliare
AKD	**APU**	Ambulatorium für kleine Dringlichkeiten	Ambulatorio piccole urgenze
SSB	**ASDAA**	Südtiroler Sanitätsbetrieb	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
COPD	**BPCO**	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
GH	**CdC**	Gemeinschaftshaus	Casa della Comunità
CO 116117	**CO 116117**	Einsatzzentrale 116117 für nicht dringende Gesundheitsversorgung	Centrale operativa 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente
WONE	**COT**	Wohnortnahe Einsatzzentrale	Centrale Operativa Territoriale
CPP	**CPP**	Pädiatrische Palliativversorgung	Cure palliative pediatriche
CUP	**CUP**	Einheitliche Vormerkstelle	Centrale unica di prenotazione
BLR	**DGP**	Beschluss der Landesregierung	Delibera della Giunta Provinciale
DP	**DP**	Departement für Gesundheitsvorsorge	Dipartimento di Prevenzione
ePDTA	**ePDTA**	Elektronisch unterstützter diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad	PDTA supportato elettronicamente
ESP	**–**	Einheitlicher Stellenplan für die Grundversorgung	–
FVCO	**FVCO**	Formen der verbindlichen Zusammenarbeit	Forme vincolanti di collaborazione
GuKPF	**–**	Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege	–
FuGKP	**IFeC**	Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger/in	Infermiere di Famiglia e di Comunità
AAM	**MMG**	Medico/medici di medicina generale	Arzt/Ärztin/Ärzte für Allgemeinmedizin
NEA	**NEA**	Einheitliche europäische Rufnummer für harmonisierte Dienste	Numero europeo armonizzato

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

GKH	**OdC**	Gemeinschaftskrankenhaus	Ospedale di Comunità
APB	**PAB**	Autonome Provinz Bozen – Südtirol	Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
IBP	**PAI**	Integriertes Betreuungsprojekt	Progetto assistenziale individualizzato
PWT	**PAT**	Plan der wohnortnahen Tätigkeiten	Piano delle attività territoriali
PDTA	**PDTA**	Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
KAfW	**PLS**	Kinderarzt/Kinderärztin/Kinderärzte/Kinderärztinnen freier Wahl	Pediatra/Pediatri di libera scelta
PNRR	**PNRR**	Nationaler Aufbau- und Resilienzplan	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	**PUA**	Einheitliche Anlaufstelle	Punto Unico di Accesso
SWH	**RSA**	Seniorenwohnheim	Residenza per Anziani
RUP	**RUP**	Einziger Verfahrensverantwortlicher	Referente unico del procedimento
SIAD	**SIAD**	Informationssystem der häuslichen Betreuung	Sistema informativo assistenza domiciliare
SIAP	**SIAP**	Informationssystem der Primärversorgung	Sistema informativo dell'assistenza primaria
SICOF	**SICOF**	Informationssystem der Familienberatungsstellen	Sistema informativo consultori familiari
SUAC	**SUAC**	Anlaufstelle für Pflege und Betreuung	Sportello unico di assistenza e cura
–	**TD**	Schmerztherapie	Terapia del dolore
UCA	**UCA**	Einheit für Betreuungskontinuität	Unità di continuità assistenziale
UCCP	**UCCP**	Komplexe Einheit für die Primärversorgung	Unità Complessa di Cure Primarie
UCP-DOM	**UCP-DOM**	Einheit für häusliche Palliativversorgung	Unità di cure palliative domiciliari
UVM	**UVM**	Einheit zur multidimensionalen Einschätzung	Unità di valutazione multidimensionale

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Prämisse

Die wohnortnahe Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems, da sie die erste Anlaufstelle für Bürger in Bezug auf Prävention, Behandlung und Pflege darstellt. Ihre Bedeutung hat in den letzten Jahren aufgrund der Herausforderungen durch demografische, epidemiologische und technologische Veränderungen erheblich zugenommen. Die Alterung der Bevölkerung und die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen erfordern die Einführung eines Gesundheitsdienstes, der eine zugänglichere, gerechtere und nachhaltigere Gesundheitsversorgung gewährleistet.

Das Gesundheitssystem steht heute jedoch vor zahlreichen komplexen Herausforderungen: territoriale Ungleichheiten, Fragmentierung zwischen Krankenhäusern und Territorium, Mangel an Gesundheitspersonal, Notwendigkeit der aktiven Einbeziehung der Bürger, Einführung digitaler Technologien, organisatorische Innovation, Ergebniskontrolle und wirtschaftliche Nachhaltigkeit. Diese Elemente erfordern einen ganzheitlichen und strategischen Ansatz für die Verwaltung des Systems.

In diesem Zusammenhang erhält die Governance der modernen wohnortnahen Betreuung eine zentrale Rolle. Sie beschränkt sich nicht auf die administrative Verwaltung, sondern umfasst eine Reihe von Grundsätzen, Prozessen und Beziehungen, an denen zahlreiche Akteure und Entscheidungsebenen beteiligt sind. Ziel ist es, ein koordiniertes, partizipatives und ergebnisorientiertes Dienstleistungsnetzwerk aufzubauen, das in der Lage ist, effektiv und proaktiv auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren.

Normative Entwicklung

Der rechtliche Rahmen für die wohnortnahe Versorgung wurde durch das Gesetzesdekret 158/2012 (sog. „Balduzzi") eingeführt, das die Neuorganisation der Primärversorgung durch die Schaffung der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM) als organisatorische Einheiten mit monoprofessionellem Charakter, sowie der komplexen Einheiten für die Primärversorgung (UCCP), organisierte Einrichtungen mit multiprofessionellem, multidisziplinärem und sektorübergreifendem Charakter, die sich mit den Ärzten für Allgemeinmedizin integrieren, vorsah. Vernetzte Gruppenmedizin und Komplexe Einheiten zur Primärversorgung schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern fügen sich in das Gesamtkonzept der territorialen Neuorganisation ein.

Das Gesetzesdekret Balduzzi hat außerdem die Rolle der Gesundheitssprengel als Verantwortungszentren und Kostenstellen neu definiert und ihnen folgende Funktionen übertragen:

- Gewährleistung des Schutzes der Bürger (Sprengel als Gesundheitsagentur);
- Entgegennahme, Bewertung und Orientierung der Nachfrage sowie Organisation des Angebots (Multidimensionale Einschätzungseinheit als Zugangstor zum Dienstleistungsnetzwerk);
- Beitrag zur betrieblichen Planung und Programmierung durch Analyse und Bewertung der Gesundheitsbedürfnisse;
- Direkte Verwaltung der Sprengel- Dienstleistungen;
- Verwaltung der indirekten Gesundheitsausgaben (Arzneimittel, ambulante und stationäre Leistungen);
- Sozio-sanitäre Integration auf Management- und operativer Ebene.

Das neue Konzept der wohnortnahen Betreuung, das im Ministerialdekret 77/2022 festgelegt ist, integriert die Rolle der Ärzte für Allgemeinmedizin des einheitlichen Stellenplanes für die Grundversorgung gemäß GSKV 2022-2024 vom 26.06.2026 in ein Organisationsmodell der Zusammenarbeit mit multidisziplinären Einheiten, die in den Gemeinschaftshäusern (GH), UCCP und VGM tätig sind. Mit dem neuen GSKV wird die Primärversorgung nicht mehr nur als Summe einzelner Arztpraxen verstanden, sondern als funktional integriertes System, das über den einheitlichen Stellenplan, die VGM und die UCCP in die Gemeinschaftshäuser und die sonstigen territorialen Strukturen eingebunden wird. Die in den Gemeinschaftshäusern vorgesehenen Aktivitäten beinhalten: Grundversorgung und häusliche Betreuung, Verwaltung chronischer Erkrankungen, Betreuungskontinuität, Management des Ambulatoriums für die kleinen Dringlichkeiten (AKD), Telekonsultationen und Maßnahmen zur Krankheitsprävention (Impfungen).

Postpandemische Reform und PNRR

Infolge der Pandemie hat der Europarat 2021 umfangreiche Mittel für die Umsetzung des Nationalen Aufbau- und Resilienzplans (PNRR) bereitgestellt, mit halbjährlichen Zielen und Vorgaben für die Berichterstattung. Die Mission 6 – Gesundheit gliedert sich in zwei Komponenten:

- Wohnortnahe Betreuung, intermediäre Strukturen und Telemedizin für die territoriale Versorgung;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Innovation, Forschung und Digitalisierung des nationalen Gesundheitsdienstes.

Das Ministerialdekret 77/2022 definiert die organisatorischen Standards für die neue wohnortnahe Betreuung und legt Modelle und Strukturen wie z. B. Gemeinschaftshäuser, Gemeinschaftskrankenhäuser, wohnortnahe Einsatzzentralen und Familienberatungsstellen fest. Die Ziele der Neuorganisation der Gesundheitsversorgung sind:

- Förderung von Prävention und einer gesunden Lebensweise für die gesamte Bevölkerung.
- Erleichterung des Zugangs zu lokalen Gesundheitsdiensten durch den Abbau von Ungleichheiten.
- Verbesserung der Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems.
- Stärkung der wohnortnahen Versorgung mit besonderem Augenmerk auf chronisch kranken und gebrechlichen Patienten.
- Ausbau des Netzwerks für die Palliativversorgung.
- Förderung der Integration zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten für eine umfassende Betreuung.
- Verbreitung von Telemedizin und digitalen Innovationen für ein modernes und vernetztes Gesundheitswesen.

Anpassung auf Landesebene

Mit dem BLR 907/2022 hat die Autonome Provinz Bozen das MD 77/2022 umgesetzt und an die lokalen Gegebenheiten angepasst. Diesbezüglich wurde klargestellt, dass für die Autonome Provinz Bozen die Gesundheitsbezirke den Gesundheitssprengel *„distretti*" entsprechen, und die territorialen Strukturen gelten als funktionale Gliederungen des Gesundheitsbezirks unter der Verantwortung der jeweiligen Bezirksdirektion.

Mit dem BLR 712/2024, wurden die *Richtlinien für die Festsetzung des Plans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs* genehmigt. Der Plan der wohnortnahen Tätigkeiten (PWT) ist das wichtigste Instrument für die Planung und Verwaltung der wohnortnahen Betreuung, die sich in verschiedene Formen der Leistungserbringung gliedert: häusliche, ambulante, teilstationäre, langzeitpflegerische und außerklinische Betreuung. Sein Ziel ist es, ein aufeinander abgestimmtes und angemessenes Angebot zu gewährleisten, das eine kontinuierliche Pflege und eine effiziente Antwort auf die Bedürfnisse der Bevölkerung sicherstellt.

Der PWT hat eine Gültigkeit von drei Jahren, wird jährlich aktualisiert und bis zum 31. Oktober vom Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebes genehmigt. Er umfasst die Leitlinien und Ziele sowie die vorrangigen Themen für die Umsetzung der Reform der wohnortnahen Betreuung.

Die Bezirkspläne beschreiben die Neuorganisation der Dienstleistungen in den einzelnen Gebieten. Sie werden von den Bezirksdirektoren und -direktorinnen mit Unterstützung der Bezirksbeiräte bis zum 31. Dezember jedes Jahres auf der Grundlage des PWT, der Betriebsrichtlinien und der zugewiesenen Ressourcen ausgearbeitet.

Als territorialer Gesundheitsplan hat der PWT zum Ziel, die vorrangigen Gesundheitsbedürfnisse zu ermitteln, die zu ihrer Bewältigung erforderlichen gesundheitlichen und sozio-sanitären Maßnahmen festzulegen und die medizinische Grundversorgung sowie die sozio-sanitäre Integration in den Gebieten zu organisieren.

Als Planungsgrundlage hat der PWT die Aufgabe, die Angebots- und Zuständigkeitszentren hervorzuheben, die Bedarfsanalyse mit den verfügbaren Diensten in Beziehung zu setzen, die Prioritäten für Maßnahmen auszuwählen und die Ressourcen zu ermitteln, die erforderlich sind, um konkrete Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheit und die Verbesserung des Systems zu erzielen.

Das vorliegende Dokument definiert den betrieblichen Plan der wohnortnahen Tätigkeiten 2026-2028.

Ausgehend von einer Analyse des organisatorischen und operativen Kontexts sowie der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung werden die Stärken und Verbesserungsbereiche ermittelt. Auf dieser Grundlage werden die strategischen und operativen Ziele festgelegt, die die Aktivitäten in den Gebieten in den nächsten drei Jahren leiten werden.

Der Plan beinhaltet:

- die geplanten Maßnahmen mit den entsprechenden Umsetzungsfristen;
- die Modalitäten zur Monitorisierung, zur Überprüfung der Effizienz und des Fortschritts der Maßnahmen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Bewertungskriterien zur Beurteilung der erzielten Ergebnisse;
- Überprüfungs- und Aktualisierungsmechanismen, um die kontinuierliche Anpassung des Plans an neue Anforderungen zu gewährleisten.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1128 vom 19.12.2025 wurde zudem das „Planungsdokument für die Festlegung des Gesundheits- und sozialgesundheitlichen Bedarfs für den Zeitraum 2026–2028" genehmigt. Dieses bildet einen weiteren wesentlichen Bezugsrahmen für die betriebliche Planung des Südtiroler Sanitätsbetriebes und berücksichtigt insbesondere die Weiterentwicklung des Verhältnisses zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung, die Umsetzung der im Rahmen des PNRR und des MD 77/2022 vorgesehenen territorialen Versorgungsstrukturen sowie die Stärkung der Hausbetreuung. Die Umsetzung der vorgesehenen Dienste und Leistungsvolumina erfolgt dabei im Rahmen der jeweils verfügbaren finanziellen Ressourcen.

1. ANALYSE DES KONTEXTES UND DER GESUNDHEITSBEDÜRFNISSE

Die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung umfassen alle ausdrücklichen oder indirekten Bedürfnisse, die eine bestimmte Gemeinschaft oder Personengruppe hat, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu bewahren, zu verbessern oder wiederherzustellen.

Im Folgenden werden das soziodemografische Bild, die wichtigsten Risikofaktoren und die epidemiologischen Daten zu chronischen Erkrankungen in der Südtiroler Bevölkerung wiedergegeben.

Diese Elemente bilden zusammen mit der Kartierung der Dienstleistungen und der Analyse des organisatorischen und territorialen Kontexts die Grundlage für eine systematische Erfassung des Betreuungsbedarfs und eine gezielte Planung der wohnortnahen Tätigkeiten.

1.1 Sozio-demografischer und epidemiologischer Rahmen

Im Jahr 2025 beträgt die Einwohnerzahl in Südtirol 542.134 Personen, mit einer Bevölkerungsdichte von 73,2 Einwohnern pro km². Die territoriale Verteilung zeigt Folgendes:

- 49,3 % leben in Gebieten mit geringer Urbanisierungsrate,
- 31 % in Gebieten mit mittlerer Urbanisierungsrate,
- 19,7 % in der Stadt Bozen, die durch eine hohe Urbanisierungsrate gekennzeichnet ist.

Die Bevölkerung konzentriert sich hauptsächlich auf den Gesundheitsbezirk Bozen (43,91 %), gefolgt von Meran (26,14 %), Brixen (14,84 %) und Bruneck (15,11 %). Die Gesundheitssprengel Bozen-Stadt und Meran umfassen 19,72 % bzw. 10,85 % der Bevölkerung.

Das Geschlechterverhältnis beträgt 98,4 Männer pro 100 Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 43,2 Jahren (42,0 für Männer und 44,2 für Frauen), was einem Anstieg von 0,9 Jahren im Vergleich zu vor fünf Jahren entspricht.

Der Altersindex beträgt 136,1 ältere Menschen (65+) pro 100 junge Menschen (0–14 Jahre) und ist damit in den letzten fünf Jahren um 11 Punkte gestiegen. Er ist bei Frauen (155,1) höher als bei Männern (118,2), liegt aber weiterhin unter dem nationalen Durchschnitt (193,1).

Der Strukturabhängigkeitsindex liegt bei 56,1 % und ist bei Frauen (59,7 %) höher als bei Männern (52,5 %) und liegt leicht unter dem nationalen Wert (57,6 %).

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 82,0 Jahre für Männer und 86,2 Jahre für Frauen und liegt damit über dem italienischen Durchschnitt (81,1 bzw. 85,2). Nach dem durch die Pandemie verursachten Rückgang ist die Lebenserwartung wieder gestiegen.

Im Jahr 2025 stieg die Bevölkerung um 5,2 Einheiten pro 1.000 Einwohner, was hauptsächlich auf den positiven Migrationssaldo (+4,9 ‰) zurückzuführen ist. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate liegt bei 1,56 Kindern pro Frau und damit über dem nationalen Durchschnitt (1,20).

Es wurden 4.661 Kinder im Jahr 2025 geboren, davon 96,5 % von ansässigen Müttern. Die Zahl der Geburten ist gegenüber den Vorjahren leicht gestiegen (4.650 im Jahr 2024). Dennoch ist die Geburtenrate mit 9,2 Lebendgeburten pro 1.000 Einwohner weiterhin die höchste in Italien, verglichen mit dem nationalen Durchschnitt von 6,4.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

1.2 Hauptrisikofaktoren

Die Bewertung des Betreuungsbedarfs, die sich an den Grundsätzen des Population Health Management (OASI-Bericht 2015) orientiert, umfasst auch die gesunde Bevölkerung und überwacht im Laufe der Zeit das Vorhandensein individueller und kontextbezogener Risikofaktoren. Dieser Ansatz ermöglicht gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und dem Self Care, um dem Auftreten von Krankheiten vorzubeugen.

Die Daten, die durch die Erhebungen OKkio (Kinder), HBSC (Jugendliche), PASSI (Erwachsene) und PASSI d'Argento (Senioren) in Südtirol erhoben wurden, zeigen die Verbreitung der folgenden veränderbaren Risikofaktoren:

- Übergewicht und Adipositas: 35,5% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren weisen ein erhöhtes Körpergewicht auf (27,7% übergewichtig, 7,8% adipös), wobei Männer und Menschen mit niedrigem Bildungsniveau stärker betroffen sind. Zu den Hauptursachen zählen falsche Ernährung und Bewegungsmangel, was zu Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes führt.
- Bewegungsmangel: 6,3% der erwachsenen Bevölkerung (18 und 69 Jahre) sind völlig bewegungsarm, während 74,2% körperlich aktiv sind. Bewegungsmangel ist ein Risikofaktor für Fettleibigkeit, Herzerkrankungen, Diabetes und bestimmte Krebsarten.
- Unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse: Nur 6,7 % der Bevölkerung nehmen die empfohlenen 5 Portionen pro Tag zu sich, was sich negativ auf die Prävention chronischer Krankheiten auswirkt.
- Rauchen: Verantwortlich für 22% aller Todesfälle im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und für insgesamt 12 % aller Todesfälle verantwortlich. Besonders betroffen sind Männer: 83 % der Tumoren in Mundhöhle und Rachen sowie 88 % der Lungentumoren bei Männern lassen sich auf Tabakkonsum zurückführen. 19,0% der erwachsenen Bevölkerung rauchen (20,7% der Männer, 17,2% der Frauen).
- Missbrauch von Substanzen: Im Jahr 2025 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) insgesamt 1.455 Personen mit Drogenproblemen betreut. Heroin war mit 44,1 % die am häufigsten verwendete Substanz, gefolgt von Kokain mit 22,3 % sowie Cannabinoiden mit 21,5 %.
- Risikoreicher Alkoholkonsum: 34,2% der Erwachsenen zwischen 18 und 69 Jahren gehören zu den „Risikotrinkern", wobei 25,2% Alkohol überwiegend außerhalb der Mahlzeiten konsumieren. Alkohol wird mit Leberzirrhose, Krebs, Bluthochdruck und angeborenen Fehlbildungen in Verbindung gebracht.

1.3 Chronische Erkrankungen

Auch in Südtirol ist eine fortschreitende Alterung der Bevölkerung zu beobachten, was zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen führt, die oft gleichzeitig auftreten. Dieses Phänomen erfordert im Einklang mit dem Nationalen Plan für Chronische Erkrankungen und den Vorgaben des Ministerialdekrets 77/2022 eine strategische Neuorganisation der Gesundheits- und Sozialdienste, die auf eine multiprofessionelle und multidisziplinäre Betreuung chronisch kranker Patienten ausgerichtet ist.

Laut der Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen ist ein Anstieg der chronischen Erkrankungen bei den über 70-Jährigen zu verzeichnen, der mit der Verlängerung der Lebenserwartung zusammenhängt. Derzeit leiden 31,7 % (1 Person von 3) der Südtiroler Bevölkerung an mindestens einer chronischen Erkrankung, wobei die Prävalenz mit zunehmendem Alter steigt (von 7 % bei den 18- bis 34-Jährigen auf 65 % bei den über 80-Jährigen).

Die Multichronizität hat erhebliche Auswirkungen auf die Betreuungskosten, wobei ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Erkrankungen und den durchschnittlichen jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben besteht. Darüber hinaus weisen chronisch kranke Patienten eine hohe Anzahl an Zugängen zur Notaufnahme eine hohe Hospitalisierungsrate und eine hohe Sterblichkeitsrate auf, was die Notwendigkeit unterstreicht, die im Ministerialdekret 77/2022 vorgesehenen Änderungen der Versorgungssituation zu fördern, einschließlich der Wege zur Palliativversorgung.

Bei der Behandlung chronischer Krankheiten spielt das Population Health Management (PHM) eine grundlegende strategische Rolle. Es handelt sich um einen systemischen Ansatz im Bereich der öffentlichen Gesundheit, der darauf abzielt, die Gesundheitslage der gesamten Bevölkerung zu verbessern und gleichzeitig den Einsatz der Gesundheitsressourcen zu optimieren. Er gliedert sich in folgende operative Ebenen:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Identifizierung der Zielgruppe auf Grundlage der aktuellen Bedürfnislage und Prognosen.
- Segmentierung nach Schweregrad und klinischer Komplexität.
- Individuelle Gestaltung der Behandlung (z. B. ePDTA).
- Territoriale Governance mit zentraler Rolle des Sanitätsbetriebes und der Gesundheitssprengel.
- Proaktive Betreuung, inspiriert vom Chronic Care Model.
- Empowerment des Patienten durch Selbstmanagementstrategien.
- Integration der Informationssysteme für den sicheren Datenaustausch.
- Planmäßige Mobilität von Fachärzten zwischen Krankenhaus und Territorium.

Durch die Anwendung dieses Ansatzes auch in Südtirol können die wichtigsten Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens angegangen werden: die zunehmende Verbreitung der Chronizität, die wirtschaftliche Nachhaltigkeit des Systems und die Fragmentierung der Dienstleistungen. So entsteht ein fortschrittliches Modell, das auf Prävention, Effizienz und die zentrale Rolle des Patienten ausgerichtet ist.

Diabetes

In Italien leben laut ISTAT (2023) etwa 4 Millionen Menschen (6,2 % der Bevölkerung) mit einer bekannten Diabeteserkrankung, wobei die Prävalenz auf 8,5 % geschätzt wird, wenn man die nicht diagnostizierten Fälle mit einbezieht. In Südtirol wurden im Jahr 2021 21.205 Patienten mit Typ-2-Diabetes (4 % der betreuungsberechtigten Bevölkerung) behandelt, mit Spitzenwerten von 16,5 % bei den über 75-Jährigen. Die Prävalenz ist in städtischen Zentren höher.

76,2 % der Patienten mit Typ-2-Diabetes leiden auch an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, während 70,4 % unter Bluthochdruck leiden. Die jährliche Kreatininüberwachung wird bei 77,0 % der Patienten durchgeführt, während nur 71,4 % eine Kontrolle des glykierten Hämoglobins durchführen (gegenüber einem nationalen Referenzwert von 84 %).

Diabetes verursacht hohe Gesundheitskosten (10–15 % der Gesundheitsausgaben), insbesondere aufgrund von Spätkomplikationen. Im Jahr 2021 nahmen 73,3 % der Patienten orale Antidiabetika, 56,9 % Lipidsenker, 29,4 % Thrombozytenaggregationshemmer und 17,4 % Insulin ein. 87,7 % erhielten mindestens eines dieser Medikamente. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes liegt bei 50 Einweisungen pro 100.000 erwachsene Einwohner, davon 17 aufgrund chronischer Komplikationen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Südtirol (30,3 % der Todesfälle). Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Rauchen, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes und Adipositas. Die Behandlung wird durch Multichronizität und Polypharmazie erschwert.

Für die Einschätzung des kardiovaskulären Risikos kann das von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) empfohlene SCORE2-Modell herangezogen werden. Die Risikobewertung unterstützt die Ärzte für Allgemeinmedizin bei der Auswahl geeigneter Präventionsmaßnahmen und bei der Einbindung der Patienten in entsprechende diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade (PDTA) und berücksichtigt auch die geografische Herkunft, was in Südtirol aufgrund der Präsenz von Einwanderern aus dem Balkan und Nordafrika relevant ist. Dieses Instrument hilft den Ärzten für Allgemeinmedizin dabei, Patienten in die geeigneten PDTA (z. B. Herzinsuffizienz oder Diabetes) aufzunehmen. Im Jahr 2021 wurden etwa 6.900 Patienten (1,2 % der Bevölkerung) wegen Herzinsuffizienz behandelt.

Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen sind für 8,1 % der Todesfälle in Südtirol verantwortlich und stehen damit an dritter Stelle nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. COPD ist für 40 % der Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen verantwortlich. Rauchen ist der Hauptrisikofaktor: 15–20% der Raucher entwickeln eine signifikante Bronchialobstruktion.

Im Jahr 2024 wurden in den Gesundheitseinrichtungen des Landes insgesamt 5.522 Personen mit einer Atemwegserkrankung als Hauptdiagnose stationär aufgenommen. Die Hospitalisierungsrate lag bei 1.023,8 pro 100.000 Einwohner. Die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt waren Pneumonie und Grippe.

Rheumatische Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine Form der chronischen Arthritis mit einer Prävalenz in Italien von 0,3–1 %. Sie betrifft vor allem Frauen. Die Inzidenz liegt bei etwa 6 neuen Fällen pro 10.000 Personen pro Jahr und steigt mit dem Alter.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Im Jahr 2021 wurden in etwa 3.000 Patienten (0,6 % der Bevölkerung) wegen rheumatoider Arthritis (RA) betreut.

2. MAPPING DES TERRITORIALEN SANITÄREN UND SOZIO-SANITÄREN ANGEBOTES

Die Autonome Provinz Bozen hat die Gesundheitsversorgung dem Südtiroler Sanitätsbetrieb übertragen, einer 2007 gegründeten öffentlich-rechtlichen Einrichtung.

Das Versorgungsangebot umfasst Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation, die gemäß den wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) gewährleistet sind.

Diese territoriale Abbildung ermöglicht es, die verfügbaren Ressourcen zu identifizieren und zu valorisieren, was die integrierte Planung von Gesundheits- und Sozialmaßnahmen entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung erleichtert.

2.1 Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist in vier Gesundheitsbezirke unterteilt, die jeweils über ein Netz von Krankenhäusern und Gesundheitssprengel verfügen, die die umliegenden Gemeinden versorgen:

- Gesundheitsbezirk Bozen: umfasst das Krankenhaus Bozen und sieben Gesundheitssprengel. Er betreut eine Bevölkerung von etwa 238.000 Einwohnern.
- Gesundheitsbezirk Brixen: umfasst die Krankenhäuser von Brixen und Sterzing sowie drei Gesundheitssprengel. Die versorgte Bevölkerung beträgt etwa 80.000 Einwohner.
- Gesundheitsbezirk Bruneck: umfasst die Krankenhäuser von Bruneck und Innichen sowie vier Gesundheitssprengel mit insgesamt etwa 81.000 Einwohnern.
- Gesundheitsbezirk Meran: umfasst die Krankenhäuser von Meran und Schlanders sowie sechs Gesundheitssprengel mit einer Gesamtbevölkerung von etwa 141.000 Einwohnern.

2.2 Governance des Territoriums

Die Direktion des Südtiroler Sanitätsbetriebes unterstützt in ihrer Governance die Bezirksdirektoren und Bezirksdirektorinnen mit den territorialen Direktionen.

Die Bezirksdirektoren/Bezirksdirektorinnen tragen die Gesamtverantwortung für das neue territoriale Organisationsmodell, zusammen mit der ärztlichen Direktorin/dem ärztlichen Direktor des Territoriums, des/der territorialen Pflegedienstleiter/in und der Direktorin/dem Direktor des Amtes für Verwaltungsaufgaben des Sprengels legen sie die Strategie für die neuen PNRR-Strukturen fest.

Den Bezirksdirektoren/Bezirksdirektorinnen werden außerdem mit Unterstützung der jeweiligen Bezirksbeiräte die operative Verwaltung und bestimmte Aufgaben übertragen, wie z. B. die Bestandsaufnahme der Dienstleistungen, die Ausarbeitung von Verordnungen, die Ermittlung des Bedarfs und die Überwachung des ordnungsgemäßen Funktionierens und der jeweiligen Leistung anhand vordefinierter Indikatoren (siehe BLR 712/2024).

Die Bezirksbeiräte setzen sich zusammen aus:

- Bezirksdirektor/-direktorin – mit der Funktion des Präsidenten/der Präsidentin;
- Lokaler Sozialreferent – Referent der Bezirksgemeinschaft oder, für Bozen, der Betrieb für Sozialdienste Bozen;
- Vertreter Ärzte für Allgemeinmedizin– ausgewählt aus den Referenten der VGM des Gebiets;
- Vertreter Kinderärzte freier Wahl;
- Ärztliche/r Direktor/in der Basismedizin,
- Ärztliche Referent/in für das Krankenhaus,
- Apotheker/in,
- Territoriale/r Pflegedienstleiter/in,
- Vertreter des Präventionsdepartements,
- Verwaltungsleiter des Bezirks,

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Referenten des Netzwerks für psychische Gesundheit.

Die Bezirksbeiräte unterstützen die Bezirksdirektoren und Bezirksdirektorinnen bei folgenden Aufgaben:

- Festlegung des Betreuungsbedarfs im Gebiet;
- Formulierung der Jahresziele;
- Planung und Überwachung der Aktivitäten;
- Integration zwischen territorialen und Krankenhausdiensten;
- kontinuierliche Verbesserung der von den Bürgern wahrgenommenen Qualität.

Die Bezirksbeiräte sind eine neue Entwicklung in der territorialen Governance. Die Zusammenarbeit innerhalb der Bezirksbeiräte und ihre Integration in das Entscheidungssystem sind Aspekte, die gestärkt werden müssen.

2.3. Notaufnahme – Abstimmung mit dem Territorium

Alle öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen verfügen über eine Notaufnahme. Im Laufe des Jahres 2025 wurden 204.653 Personen mit insgesamt 321.225 Zugängen registriert. Etwa 2.300 Personen hatten im Laufe des Jahres mehr als vier Zugänge. Die Zugangsrate liegt bei 592,52 pro 1.000 Einwohner und ist damit eine der höchsten auf nationaler Ebene.

Die Verteilung der Triage-Kodexe zeigt, dass:

- 0,74 % der Zugänge als Kodex Rot (kritischer Notfall) eingestuft wurden,
- 4,99 % als Kodex Orange (Notfall),
- 21,04 % als Kodex Gelb (aufschiebbarer Notfall),
- 65,4 % als Kodex Grün (nicht dringend) bzw. 65,0 % als Kodex Blau (nicht kritisch).

85,72 % der Zugänge endeten mit einer Entlassung nach Hause, während die Zahl der Patienten, welche aus eigener Initiative die Notaufnahme verlassen haben, unter 3 % blieb. 9,18 % der Aufnahmen führten zu einem Krankenhausaufenthalt.

Auch in Südtirol erfolgt ein erheblicher Teil der Zugänge auf eigene Initiative der Patienten und betrifft Fälle, die als blau oder grün klassifiziert sind, also nicht dringend bzw. nicht kritisch. Diese Zugänge könnten besser von lokalen Einrichtungen mit geringer Versorgungsintensität bewältigt werden, was dazu beitragen würde, die Überlastung der Notaufnahmen zu verringern und die Gesamteffizienz des Systems zu verbessern.

2.4. Grundversorgung: Basismedizin und Hausbetreuung

Zum 31. März 2026 gab es insgesamt 364 Ärzte, die mit dem SSP auf unbestimmte oder bestimmte Zeit vertragsgebunden waren, darunter 305 AAM und 59 Kinderärzte freier Wahl. Die durchschnittliche Patientenzahl betrug 1.562 Personen pro AAM und 1.166 pro KAFW, was über dem nationalen Durchschnitt von 1.335 bzw. 891 lag.

Seit 2018 ist in Südtirol die Vernetzte Gruppenmedizin (VGM) aktiv, Gruppen von AAM, die für die Kontinuität der Versorgung während des gesamten Tagesverlaufes an jedem Tag in der Woche zuständig sind. Derzeit gibt es 26 VGM mit einer Zusammensetzung von mindestens 5 bis maximal 17 Ärzten pro Gruppe.

Derzeit werden ca. 1.500 Patienten in PHB betreut. 55,1 % der AAM nahmen an der PHB teil und betreuten durchschnittlich jeweils 8,3 Patienten. 86 % der betreuten Personen waren über 75 Jahre alt. Die PHB-Rate beträgt 29,3 Personen pro 10.000 Einwohner. Die wichtigsten behandelten Erkrankungen waren:

- Erkrankungen des Kreislaufsystems (35,7 %);
- psychische Störungen (16,3 %);
- Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane (14,3 %);
- Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes (9,8 %);
- Tumore (6,5 %).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die integrierte Hausbetreuung (IHB) stellt einen wesentlichen Bestandteil der wohnortnahen Versorgung in Südtirol dar und verfolgt das Ziel, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Behinderung, Fragilität oder komplexem Betreuungsbedarf ein möglichst langes Leben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die strategische und organisatorische Grundlage der Hausbetreuung bilden das Ministerialdekret Nr. 77/2022 über die Entwicklung der wohnortnahen Versorgung, die PNRR-Mission 6 *„Casa come primo luogo di cura*", der Landesbeschluss Nr. 907/2022 zur Übernahme des DM 77/2022 in Südtirol sowie die Leitlinien für die Hausbetreuung und die multidimensionale Bewertung gemäß Landesbeschluss Nr. 67 vom 28.01.2025.

Der Beschluss definiert genau die Ziele, die Zielgruppen und die an der Hausbetreuung beteiligten Fachpersonal. Es wird die Klassifizierung der in der Provinz aktiven Arten der häuslichen Pflege beschrieben, mit besonderem Augenmerk auf die Betreuung von über 65-Jährigen, unterteilt in fünf Stufen der Pflegeintensität (Grundstufe, Stufe 1, 2, 3 und häusliche Palliativversorgung/UCP-DOM), wobei auch die Modalitäten der Zuordnung zu den verschiedenen Arten beschrieben werden.

In komplexen Fällen, die auch soziale Maßnahmen erfordern können, wird die IHB angewandt, welche die Aktivierung der UVM vorsieht. Dieses Instrument ist für die Festlegung des Integrierten Betreuungsprojekts (IBP; ital. PAI) unerlässlich, das einen personalisierten und multidisziplinären Ansatz gewährleistet.

Die Ziele der integrierten Hausbetreuung sind:

- die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Betreuung im häuslichen Umfeld,
- die frühzeitige Übernahme von Personen mit Fragilität und chronischen Erkrankungen,
- die Vermeidung vermeidbarer Krankenhausaufnahmen und Wiederaufnahmen,
- die Förderung der Selbstständigkeit und Lebensqualität,
- die Unterstützung pflegender Angehöriger,
- die Integration von Gesundheits- und Sozialleistungen,
- die Gewährleistung sicherer Entlassungen sowie strukturierter Übergänge zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Versorgung.

Im Einklang mit den Zielsetzungen des PNRR wird die integrierte Hausbetreuung weiterhin ausgebaut. Besonderes Augenmerk liegt auf der Betreuung von Menschen über 65 Jahren. Das nationale Ziel sieht vor, schrittweise mindestens 10 % der Bevölkerung über 65 Jahre in die häusliche Versorgung einzubeziehen. Das Monitoring erfolgt über den nationalen SIAD-05 BIS-Datenfluss.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Personen zu berücksichtigen, die sich in folgenden Betreuungsformen befinden:

- integrierte Hausbetreuung (IHB)
- Hauskrankenpflege (AID)
- häusliche Palliativversorgung (UCP-DOM)
- programmierte Hausbetreuung (ADP)
- respiratorische häusliche Betreuung (AD-RES)
- Pflegeeinstufung

In Umsetzung des BLR 67/2025 wurde die Rehabilitation am Wohnort für Patienten mit komplexen chronischen Erkrankungen eingeführt, die im Rahmen der häuslichen Gesundheitsversorgung betreut werden. Dieses neue Dienstleistungsangebot zielt darauf ab, die Selbstständigkeit sowohl der Patienten als auch der pflegenden Angehörigen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen direkt zu Hause zu fördern. Die Tätigkeit erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Hausbetreuungsdiensten und den AAM und gewährleistet einen integrierten und personalisierten Ansatz.

Aufgrund der Erfahrungen in den Pilotsprengeln wurden die Rehabilitationsmaßnahmen zu Hause auch auf Patientinnen und Patienten ausgeweitet, die nicht ausschließlich im Rahmen der integrierten Hauskrankenpflege betreut werden. Das Angebot richtet sich ebenso an Personen, die von der Hauskrankenpflege versorgt werden und einen rehabilitativen Unterstützungsbedarf aufweisen. Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern sowie pflegende Angehörige in ihrer Betreuungskompetenz zu stärken. Die systematische Integration der Logopädie in ein öffentlich organisiertes, multiprofessionelles Modell der häuslichen Versorgung stellt in Italien bislang eine seltene und innovative Versorgungsform dar.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Sie ist angezeigt bei Transportschwierigkeiten oder bei der Unwirksamkeit ambulanter Therapien, um Beratung zur Vorbeugung von Sekundär- und Tertiärschäden zu leisten, um das Sturzrisiko zu minimieren und in bestimmten Fällen gezielte Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Das Gesundheitspersonal, das die häusliche Rehabilitation durchführt, sind speziell ausgebildete Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden des Südtiroler Sanitätsbetriebes.

Um das neue Organisationsmodell der wohnortnahen Betreuung gemäß dem PNRR und dem Ministerialdekret 77/2022 umzusetzen und eine umfassende, integrierte und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen oder in einem fragilen Gesundheitszustand zu gewährleisten, ist es unerlässlich, die Beziehung zwischen den Bezugskrankenhäusern, den GH, den ÄAM und den KAfW zu institutionalisieren. Dieser strategische Schritt ermöglicht es, die Fragmentierung der Dienstleistungen zu überwinden und ein integriertes und funktionales Netzwerk aufzubauen, in dem die GH und die GKH als operative Gliederungen des Gesundheitsbezirks unter der Verantwortung des Direktors/der Direktorin des Bezirks tätig sind.

Um die Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste zu stärken, braucht es gemeinsame Ziele und eine enge Abstimmung zwischen Krankenhaus, Hausärzten, Familien- und Gemeinschaftskrankenpflegern sowie den Gemeinschaftshäusern. Dadurch können die Betreuungskontinuität verbessert, unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden und sichere Entlassungen gewährleistet werden. Besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen oder einem erhöhten Unterstützungsbedarf sollen dadurch bedarfsgerecht und kontinuierlich begleitet werden.

Zu den anzuwendenden operativen Modalitäten gehören die regelmäßige Organisation von Treffen zwischen der ärztlichen Direktion, den Krankenhausabteilungen und den AAM/KÄfW, die gemeinsame Festlegung von Gesundheitszielen, die Integration zwischen den Informationssystemen und den in der Provinz verwendeten Systemen sowie die aktive Einbeziehung der VGM. Diese Elemente sind von grundlegender Bedeutung, um eine effektive Zusammenarbeit im Team zu gewährleisten und die Kompetenzen der Gesundheits- und Sozialberufe in Synergie mit den lokalen Gemeinschaftsdiensten zu valorisieren.

Die Weiterentwicklung der Grundversorgung setzt voraus, dass die neuen Informationsflüsse, insbesondere SIAP, nicht nur technisch implementiert, sondern als Grundlage für Monitoring, Planung und Qualitätssicherung genutzt werden. Die AAM und KAfW werden daher schrittweise in standardisierte digitale Prozesse eingebunden, welche die Erfassung der relevanten Tätigkeiten, die Interoperabilität mit den betrieblichen Systemen und die Nutzung der Daten für die Steuerung der wohnortnahen Versorgung ermöglichen.

2.4.1 Neuausrichtung der Grundversorgung 2026-2028

Für den Dreijahreszeitraum 2026–2028 stellt die Neuausrichtung der Grundversorgung einen zentralen Baustein für die vollständige Umsetzung des neuen Organisationsmodells der wohnortnahen Betreuung dar. Die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärzte freier Wahl übernehmen dabei nicht nur die klassische Funktion der ersten medizinischen Anlaufstelle für die Bevölkerung, sondern werden zunehmend als integraler Bestandteil eines strukturierten, multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgungsnetzes verstanden.

Der neue gesamtstaatliche Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen zu den Ärzten für Allgemeinmedizin sieht die Weiterentwicklung der Grundversorgung im Rahmen des einheitlichen Stellenplans vor. Dieser verbindet die Tätigkeit auf Arztwahlbasis mit der stundenbezogenen Tätigkeit und ermöglicht dadurch eine flexiblere, programmierbare und stärker in die territorialen Strukturen eingebundene Organisation der ärztlichen Versorgung. Damit wird die Grundlage geschaffen, um die Versorgungskontinuität, die Betreuung chronisch kranker und fragiler Patienten sowie die ärztliche Präsenz in den Gemeinschaftshäusern und – soweit vorgesehen – in den Gemeinschaftskrankenhäusern schrittweise zu stärken.

Die bestehenden Formen der Vernetzten Gruppenmedizin werden im Zeitraum 2026–2028 funktional weiterentwickelt. Als monoprofessionelle Organisationsformen der Ärzte für Allgemeinmedizin haben sie die Aufgabe, die Versorgungskontinuität über den Tagesverlauf und über die Woche hinweg zu unterstützen, gemeinsame organisatorische Standards zu gewährleisten und als ärztlicher Bezugspunkt für die Integration mit den übrigen territorialen Diensten zu fungieren. Dazu ist es erforderlich, jede VGM einem definierten territorialen Bezugsgebiet, einem Gemeinschaftshaus und, wo vorgesehen, einer UCCP zuzuordnen.

Die UCCP stellt die multiprofessionelle Organisationsform der Primärversorgung dar und bildet den Ort, an dem sich die Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin, der Kinderärzte freier Wahl, der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, der fachärztlichen Versorgung, der Sozialdienste und weiterer Gesundheitsberufe operativ integriert. Im Rahmen der Gemeinschaftshäuser, insbesondere der HUB-Strukturen, soll die UCCP die koordinierte Betreuung von chronisch kranken, komplexen und fragilen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Patienten unterstützen, die Umsetzung der integrierten Betreuungspfade fördern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Territorium und häuslicher Versorgung stärken.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Definition nachhaltiger Präsenzmodelle der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl in den Gemeinschaftshäusern. Diese Präsenz soll nicht isoliert als zusätzlicher Ambulatoriumsdienst verstanden werden, sondern als Teil eines abgestimmten Versorgungsmodells, das Prävention, Gesundheitsförderung, kleine Dringlichkeiten, chronische Erkrankungen, Betreuungskontinuität und die Zusammenarbeit mit WONE, 116117, UVM und Hausbetreuung miteinander verbindet.

Die Leitstelle 116117 soll schrittweise als bevorzugter Zugangspunkt für nicht dringende Gesundheitsanliegen etabliert werden. Zu diesem Zweck werden standardisierte Weiterleitungs- und Rückmeldeprozesse zwischen 116117, AAM, KAfW, Gemeinschaftshäusern, UCA, Betreuungskontinuität und Notaufnahmen definiert. Ziel ist es, die Versorgung auf der jeweils angemessenen Versorgungsebene sicherzustellen und nicht notwendige Zugänge zur Notaufnahme zu reduzieren.

In den Gemeinschaftskrankenhäusern ist die ärztliche Beteiligung unter Berücksichtigung der nationalen und der Bestimmungen auf Landesebene sowie der verfügbaren vertraglichen Instrumente zu definieren.

Die Rolle der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl ist zudem in den integrierten Betreuungspfaden, in der Hausbetreuung, in der multidimensionalen Einschätzung, in der Palliativversorgung und in der Prävention systematisch zu stärken. Sie wirken insbesondere bei der frühzeitigen Identifikation von Risikopatienten, der Stratifizierung der Patienten nach Komplexität und Betreuungsbedarf, der Aktivierung der integrierten Betreuung, der Teilnahme an der UVM, der Definition und Umsetzung des individuellen Betreuungsprojekts sowie bei der kontinuierlichen klinischen Überwachung mit.

Damit wird die Grundversorgung zu einem zentralen Element des Population-Health-Managements und der proaktiven Medizin.

Die AAM und KAfW werden schrittweise in die telemedizinischen Versorgungsmodelle eingebunden. Dies betrifft insbesondere Telekonsultationen mit Fachärzten, die telemedizinische Betreuung chronisch kranker Patienten, die Fernüberwachung definierter Risikogruppen sowie die Nutzung telemedizinischer Instrumente innerhalb der integrierten Betreuungspfade und der Hausbetreuung.

Die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärzte freier Wahl übernehmen darüber hinaus eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies umfasst insbesondere Impfprogramme, Früherkennung, Beratung zu gesundheitsfördernden Lebensstilen, Risikostratifizierung sowie die aktive Beteiligung an bevölkerungsbezogenen Präventionsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit den Gemeinschaftshäusern und dem Präventionsdepartement.

Für die Umsetzung dieser Neuausrichtung sind im Zeitraum 2026–2028 insbesondere folgende Maßnahmen erforderlich:

- Kartierung der bestehenden VGM, einschließlich Einzugsgebiet, Zusammensetzung, Referenten, organisatorischer Merkmale und Zuordnung zu den Gemeinschaftshäusern;
- Definition eines betrieblichen Modells für die funktionale Anbindung der VGM an die UCCP und die Gemeinschaftshäuser;
- Festlegung der Präsenzmodelle der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl in den Gemeinschaftshäusern und, soweit vorgesehen, in den Gemeinschaftskrankenhäusern;
- Einbindung der AAM und KAfW in die Umsetzung der vorrangigen PDTA, insbesondere für chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz;
- Standardisierung der Rolle der AAM und KAfW in der Hausbetreuung, in der UVM, in der Palliativversorgung und in der Prävention;
- Entwicklung gemeinsamer organisatorischer und klinischer Schnittstellen zwischen AAM/KAfW, WONE, 116117, UCA, GH, GKH und Fachambulatorien;
- Nutzung der neuen Informationsflüsse und digitalen Instrumente, insbesondere SIAP, elektronische Gesundheitsakte, Patient Summary, ePDTA, SisTer, Garsia und telemedizinische Plattformen;
- Einführung eines Monitorings der Grundversorgung auf der Grundlage von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren.

Ziel ist es, die Primärversorgung im Zeitraum 2026–2028 von einer überwiegend praxiszentrierten Versorgung hin zu einem integrierten, multiprofessionell vernetzten und datenbasierten System weiterzuentwickeln. Dadurch soll die Versorgung wohnortnaher, proaktiver und koordinierter gestaltet, die

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

unangemessene Inanspruchnahme der Notaufnahmen reduziert und die Betreuung chronisch kranker, fragiler und komplexer Patienten nachhaltig verbessert werden.

2.4.2 VGM als steuerbares Organisationsmodell der Grundversorgung

Die bestehenden VGM bilden bereits heute eine wichtige Grundlage für die territoriale Organisation der ärztlichen Grundversorgung. Für den Dreijahreszeitraum 2026–2028 ist es jedoch erforderlich, diese Organisationsform nicht nur quantitativ zu erfassen, sondern sie als steuerbares, funktional eingebundenes und mit klaren Aufgaben versehenes Element des neuen territorialen Versorgungsmodells weiterzuentwickeln.

Die VGM dienen nicht nur der organisatorischen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten, sondern sollen künftig eine zentrale Funktion für die Sicherstellung der Versorgungskontinuität, die Umsetzung der territorialen Programme, die Einbindung in die Gemeinschaftshäuser und die Zusammenarbeit mit den multiprofessionellen Organisationsformen übernehmen.

Zu diesem Zweck wird 2026-2027 eine betriebsweite Kartierung der bestehenden VGM vorgenommen. Für jede VGM werden insbesondere folgende Elemente erhoben und definiert:

- territoriales Einzugsgebiet und zugeordnete Bevölkerung;
- zugeordnetes Gemeinschaftshaus, differenziert nach HUB- oder SPOKE-Funktion;
- funktionale Anbindung an eine UCCP oder an eine andere multiprofessionelle Organisationsform;
- beteiligte Ärzte für Allgemeinmedizin und, soweit relevant, Kinderärzte freier Wahl;
- Referent bzw. Koordinationsperson der VGM;
- interne Organisations- und Kommunikationsmodalitäten;
- Öffnungszeiten, Erreichbarkeit und Formen der gegenseitigen Vertretung;
- Tätigkeitsbereiche im Verhältnis zu Grundversorgung, Betreuungskontinuität, kleinen Dringlichkeiten, PDTA, Hausbetreuung, UVM, Palliativversorgung und Prävention;
- Schnittstellen zu WONE, 116117, UCA, Fachambulatorien, Krankenhausdiensten und Sozialdiensten;
- digitale Instrumente und Informationsflüsse, die für die Zusammenarbeit genutzt werden.

Auf Grundlage dieser Kartierung wird ein betriebsweites Reglement für die Funktionsweise der VGM erstellt und in der Folge standarisiert an jede VGM adaptiert. Diese Reglements bildet die Grundlage für die Einbindung der VGM in die Funktionsordnung des jeweiligen Gemeinschaftshauses und in die jährlichen Bezirkspläne der wohnortnahen Tätigkeit. Es soll insbesondere festlegen, welche Aufgaben die VGM im territorialen Netzwerk übernimmt, wie die interne Koordination erfolgt, welche Schnittstellen verbindlich zu aktivieren sind und welche Indikatoren für die Bewertung der Tätigkeit herangezogen werden.

Ein besonderes Augenmerk gilt dem Referentenmodell: Die Rolle der Referenten der VGM als Schnittstelle zur Bezirksdirektion, zum Dienst für Basismedizin und zu den Koordinationsstrukturen der Gemeinschaftshäuser sowie zu den UCCP wird gestärkt und ausgebaut. Der Referent unterstützt die interne Abstimmung der VGM, die Umsetzung der vereinbarten territorialen Programme und die Rückkopplung von organisatorischen und klinischen Fragestellungen an die zuständigen betrieblichen Stellen.

Die Aufgaben der VGM sind im Zeitraum 2026–2028 schrittweise zu präzisieren. Sie betreffen insbesondere:

- die Sicherstellung der Versorgungskontinuität im definierten Einzugsgebiet;
- die koordinierte Beteiligung der Ärzte an den Aktivitäten der Gemeinschaftshäuser;
- die Mitwirkung an den integrierten Betreuungspfaden für chronische Erkrankungen;
- die Unterstützung der Hausbetreuung und der multidimensionalen Einschätzung;
- die Beteiligung an Programmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Impfprävention;
- die Zusammenarbeit mit WONE, 116117 und UCA bei der Steuerung von Übergängen und nicht dringenden Versorgungsbedarfen;
- die Zusammenarbeit mit fachärztlichen Strukturen und, wo vorgesehen, mit den Spezialisten-VGM;
- die Nutzung gemeinsamer digitaler Instrumente und Informationsflüsse.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der VGM ist auch die Verbindung mit den spezialistischen Zusammenschlüssen gemäß Anhang 11 des gesamtstaatlichen Kollektivvertrages zu berücksichtigen. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten für Allgemeinmedizin, Kinderärzten freier Wahl, Fachärzten und anderen Gesundheitsberufen insbesondere bei chronischen, komplexen und multimorbiden Patienten zu stärken. Die Gemeinschaftshäuser und die UCCP stellen dabei den bevorzugten organisatorischen Rahmen für die operative Integration zwischen Grundversorgung und fachärztlicher Versorgung dar.

Die Steuerung der VGM soll im Zeitraum 2026–2028 zunehmend auf der Grundlage von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfolgen. Diese Indikatoren sollen nicht als rein administrative Kontrolle verstanden werden, sondern als Instrument zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, der Betreuungskontinuität und der Angemessenheit der territorialen Versorgung.

Mögliche Indikatoren sind insbesondere:

- Anzahl der VGM mit genehmigtem Reglement;
- Anzahl der VGM mit definierter Schnittstelle zu UCCP, WONE und PDTA;
- Anzahl der koordinierten Sitzungen zwischen VGM und territorialen Strukturen;
- Anzahl der Patienten in PDTA mit Beteiligung der VGM;
- Anzahl der durch VGM aktivierten oder mitgetragenen UVM;
- Beitrag der VGM zur Reduktion nicht dringender Zugänge zur Notaufnahme;
- Nutzung digitaler Instrumente und Informationsflüsse.

Ziel ist es, die VGM im Zeitraum 2026–2028 von einer primär organisatorischen Kooperationsform zu einem verbindlich eingebundenen Steuerungs- und Integrationsinstrument der wohnortnahen Versorgung weiterzuentwickeln. Dadurch soll die Grundversorgung stärker mit den Gemeinschaftshäusern, den UCCP, der Hausbetreuung, den integrierten Betreuungspfaden, der WONE und der fachärztlichen Versorgung vernetzt werden.

2.4.3 UCCP als multiprofessionelle Organisationsform der Grundversorgung

Die UCCP stellt im neuen Organisationsmodell der wohnortnahen Versorgung die zentrale multiprofessionelle Organisationsform der Grundversorgung dar. Während die VGM die monoprofessionelle Zusammenarbeit der Ärzte für Allgemeinmedizin strukturieren, bildet die UCCP den organisatorischen Rahmen, in dem die ärztliche Grundversorgung, die Kinderärzte freier Wahl, die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, die fachärztliche Versorgung, die Sozialdienste und weitere Gesundheitsberufe in einem gemeinsamen Versorgungsmodell zusammenwirken.

Jede UCCP basiert auf einem multiprofessionellen Kernteam, das zumindest aus einem Arzt für Allgemeinmedizin und/oder Kinderarzt freier Wahl, einem Krankenpfleger, einem Sozialarbeiter sowie administrativem Unterstützungspersonal besteht. Entsprechend der Komplexität der betreuten Patienten kann das Kernteam durch weitere Berufsgruppen wie FuGKP, Fachärzte, Psychologen, Rehabilitationsberufe und weitere Gesundheits- und Sozialberufe erweitert werden. Die UCCP arbeitet nach dem Prinzip einer flexiblen multiprofessionellen Versorgungseinheit mit stabilem Kernteam und bedarfsorientiert aktivierbaren erweiterten Teamstrukturen.

Die UCCP ist dabei nicht als zusätzliche Struktur neben den Gemeinschaftshäusern zu verstehen, sondern als funktionale Organisationsform, die vorzugsweise in den Gemeinschaftshäusern, insbesondere in den GH-HUB, verankert wird. Wo dies aufgrund der territorialen Gegebenheiten erforderlich ist, kann die UCCP auch in anderen betrieblichen Strukturen oder in einem funktionalen Netzwerk territorialer Dienste organisiert werden. Entscheidend ist, dass jede VGM funktional an eine UCCP oder an eine vergleichbare multiprofessionelle Organisationsform angebunden wird.

Die UCCP übernimmt insbesondere die Aufgabe, die Versorgung chronisch kranker, komplexer und fragiler Patienten multiprofessionell zu koordinieren. Sie bildet den Rahmen für gemeinsame Fallbesprechungen, die Umsetzung integrierter Betreuungspfade, die Abstimmung zwischen Grundversorgung und Fachambulatorien, die Zusammenarbeit mit Hausbetreuung und UVM sowie die Verbindung zu WONE, 116117, UCA, Gemeinschaftshäusern und Gemeinschaftskrankenhäusern.

Die multiprofessionelle Zusammensetzung der UCCP soll je nach territorialem Bedarf insbesondere folgende Akteure einbeziehen: Ärzte für Allgemeinmedizin; Kinderärzte freier Wahl; Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege; Krankenpflege der Gesundheitssprengel; Fachärzte mit territorialer Tätigkeit; Sozialdienste und Sozialassistenz; Rehabilitationsberufe; Psychologie und Dienste für psychische

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gesundheit, soweit erforderlich; Palliativversorgung; Präventionsdienste; weitere Gesundheits- und Sozialberufe entsprechend den lokalen Versorgungsbedarfen.

Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege bildet gemeinsam mit den Ärzten für Allgemeinmedizin und den Kinderärzten freier Wahl einen wesentlichen Bestandteil der multiprofessionellen Primärversorgung. Die Zusammenarbeit umfasst insbesondere die proaktive Betreuung chronisch kranker und fragiler Personen, Hausbesuche, Präventionsmaßnahmen, Patient-Empowerment sowie die Mitwirkung an integrierten Betreuungsprojekten.

Die UCCP dient als operativer Ort für die gemeinsame Betreuung komplexer Patienten. Dies betrifft insbesondere Patienten mit Multichronizität, wiederholten Krankenhausaufenthalten, häufigen Zugängen zur Notaufnahme, hohem Pflegebedarf, sozialer Fragilität oder erhöhtem Risiko für Versorgungsbrüche. Für diese Patientengruppen sollen im Rahmen der UCCP gemeinsame Betreuungspläne, abgestimmte Verantwortlichkeiten, Kommunikationswege und Eskalationsmechanismen festgelegt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der UCCP liegt in der Umsetzung gemeinsamer Programme für Chronizität und proaktive Medizin. Die UCCP unterstützt insbesondere die Identifikation und Stratifizierung chronisch kranker und fragiler Patienten, die Einbindung der Patienten in die jeweils geeigneten PDTA, die Koordination regelmäßiger Follow-up-Kontrollen, die Aktivierung von Hausbetreuung, UVM und Palliativversorgung, die Nutzung telemedizinischer Instrumente, die Förderung von Prävention, Gesundheitsförderung und Patient Empowerment.

Für komplexe, multimorbide oder fragile Patienten wird innerhalb der UCCP ein strukturiertes Case-Management-Modell angewandt. Dabei wird je nach vorherrschendem Bedarf eine verantwortliche Bezugsperson benannt, welche die Umsetzung des Betreuungsprojektes koordiniert und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sicherstellt. Für die diagnostisch-therapeutische Verantwortung bleibt der Arzt des Vertrauens Referenzperson des Patienten.

Die Tätigkeit der UCCP soll durch regelmäßige klinische und organisatorische Audits begleitet werden. Diese Audits dienen der gemeinsamen Bewertung der Versorgungsprozesse, der Angemessenheit der Übernahmen, der Schnittstellen zwischen den Diensten, der Einhaltung der PDTA, der Nutzung digitaler Instrumente und der erzielten Ergebnisse. Sie stellen ein wichtiges Instrument dar, um Versorgungsbrüche, Doppelgleisigkeiten und unangemessene Inanspruchnahmen frühzeitig zu erkennen und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Die Tätigkeit der UCCP wird durch regelmäßige multiprofessionelle Fallkonferenzen ergänzt. Diese dienen der gemeinsamen Bewertung komplexer Versorgungsverläufe, der Aktualisierung der Integrierten Betreuungsprojekte (IBP), der Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sowie der Definition gemeinsamer Maßnahmen für chronische und fragile Patienten.

Für jede UCCP ist ein Ziel- und Performance-System zu definieren. Dieses soll sowohl Struktur- und Prozessindikatoren als auch Ergebnisindikatoren umfassen und mit den Zielen des betrieblichen Plans der wohnortnahen Tätigkeiten, den Bezirksplänen und den Vorgaben des gesamtstaatlichen Kollektivvertrags abgestimmt werden.

Mögliche Indikatoren sind insbesondere:

- Anzahl der aktivierten UCCP bzw. UCCP-Funktionen;
- Anzahl der an die UCCP angebundenen VGM;
- Anzahl der beteiligten Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte freier Wahl;
- Anzahl der beteiligten Berufsgruppen;
- Anzahl multiprofessioneller Fallbesprechungen;
- Anzahl betreuter komplexer Patienten;
- Anzahl der in PDTA eingeschriebenen Patienten mit UCCP-Beteiligung;
- Anzahl aktivierter UVM im Rahmen der UCCP;
- Anzahl geschützter Entlassungen mit Beteiligung der UCCP;
- Entwicklung nicht dringender Notaufnahmezugänge;
- Nutzung digitaler Instrumente und gemeinsamer Informationsflüsse.

Ziel ist es, die UCCP im Zeitraum 2026–2028 als verbindliches multiprofessionelles Integrationsinstrument der Grundversorgung aufzubauen und schrittweise in den Gemeinschaftshäusern und den territorialen Netzwerken zu verankern. Dadurch soll die Versorgung chronisch kranker, fragiler und komplexer Patienten stärker koordiniert, proaktiv und wohnortnah gestaltet werden.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.4.4 Grundversorgung, nicht dringende Versorgung und Steuerung der Zugänge

Die Gewährleistung eines angemessenen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten stellt eine der zentralen Herausforderungen des territorialen Versorgungssystems dar. Die steigende Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patienten mit nicht dringenden oder niedrigkomplexen Gesundheitsproblemen erfordert eine stärkere Integration der Primärversorgung in die Steuerung der Versorgungswege.

Im Rahmen des neuen gesamtstaatlichen Kollektivvertrages für die Allgemeinmedizin wird die Mitwirkung der Ärzte für Allgemeinmedizin an der Organisation der territorialen Versorgung ausdrücklich gestärkt. Die Primärversorgung soll nicht ausschließlich als individuelle Betreuungstätigkeit verstanden werden, sondern als aktiver Bestandteil eines integrierten Versorgungsnetzes, das die Betreuungskontinuität gewährleistet und die angemessene Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungsebenen fördert.

Vor diesem Hintergrund kommt den Ärzten für Allgemeinmedizin und den Kinderärzten freier Wahl eine wichtige Rolle bei der Vermeidung unangemessener Zugänge zu den Notaufnahmen zu. Dies erfolgt insbesondere durch die Stärkung der wohnortnahen Versorgung, die strukturierte Betreuung chronischer Patienten, die frühzeitige Übernahme kleiner Dringlichkeiten sowie die Integration in die territorialen Versorgungsstrukturen.

Die Gemeinschaftshäuser sollen gemeinsam mit den VGM, den UCCP, der Betreuungskontinuität, der Leitstelle 116117, den UCA und den Diensten zur häuslichen Versorgung ein koordiniertes Netzwerk für die Betreuung nicht dringender Gesundheitsprobleme bilden. Dabei ist sicherzustellen, dass für Bürger klare und nachvollziehbare Zugangswege bestehen und gesundheitliche Anliegen möglichst auf der am besten geeigneten Versorgungsebene beantwortet werden können.

Ein Schwerpunkt des Dreijahreszeitraums 2026–2028 liegt daher auf der Entwicklung standardisierter Weiterleitungs- und Steuerungsprozesse zwischen Primärversorgung, Gemeinschaftshäusern, Leitstelle 116117, UCA, Betreuungskontinuität, WONE, Fachambulatorien und Notaufnahmen.

Die einheitliche europäische Rufnummer 116117 stellt den zentralen Zugangspunkt für nicht dringende Gesundheitsanliegen dar. Die Leitstelle übernimmt neben der Information der Bevölkerung insbesondere eine Funktion der Versorgungssteuerung durch Weiterleitung an das jeweils angemessene Versorgungssetting (AAM/KAfW, WONE, Gemeinschaftshaus, UCA, Betreuungskontinuität, Krankenhausdienste oder weitere territoriale Dienste). Die Integration der 116117 in die wohnortnahe Versorgung stellt einen wesentlichen strategischen Schwerpunkt des Zeitraums 2026–2028 dar.

Besondere Aufmerksamkeit ist dabei den sogenannten Frequent Users zu widmen, also Personen mit wiederholten und häufigen Zugängen zur Notaufnahme. Diese Patientengruppen sollen durch geeignete Informationssysteme identifiziert und, soweit medizinisch angezeigt, in strukturierte Betreuungsprogramme der Primärversorgung, der Hausbetreuung, der UVM oder der integrierten Betreuungspfade eingebunden werden.

Die Gemeinschaftshäuser sollen darüber hinaus schrittweise ihre Funktion als Anlaufstelle für niedrigkomplexe und nicht dringende Gesundheitsprobleme ausbauen. Hierzu können – entsprechend den organisatorischen Möglichkeiten der einzelnen Bezirke – ärztliche Präsenzmodelle geschaffen und spezifische Ambulatorien für kleine Dringlichkeiten eingerichtet werden. Diese sollen in enger Abstimmung mit der Primärversorgung, der Betreuungskontinuität, der Leitstelle 116117 und den Notaufnahmen betrieben werden.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird anhand geeigneter Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht. Dazu zählen insbesondere die Inanspruchnahme der territorialen Dienste, die Entwicklung der nicht dringenden Notaufnahmezugänge, die Anzahl der durch die Primärversorgung übernommenen Patienten sowie die Anzahl der durch die territorialen Steuerungsinstrumente begleiteten Versorgungsverläufe.

Ziel ist es, im Zeitraum 2026–2028 die Primärversorgung zu einem tragenden Element der Steuerung nicht dringender Gesundheitsbedarfe weiterzuentwickeln und dadurch die Versorgungskontinuität zu stärken, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und die Notaufnahmen nachhaltig zu entlasten.

Die UCCP und Gemeinschaftshäuser arbeiten eng mit der Leitstelle 116117 zusammen. Standardisierte Zuweisungs- und Rückmeldemechanismen sollen gewährleisten, dass Patienten mit nicht dringlichem Versorgungsbedarf möglichst wohnortnah über die Primärversorgung, die Gemeinschaftshäuser oder die UCCP betreut werden.

In einer ersten Umsetzungsphase wird die Aktivierung von mindestens einer UCA je Gesundheitsbezirk angestrebt. Die UCA können direkt durch Gesundheitsdienste oder auf Grundlage der Beurteilung durch die Leitstelle 116117 aktiviert werden.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.4.5 Basismedizin und Hausbetreuung zur integrierten Betreuung komplexer Patienten

Die demographische Entwicklung, die zunehmende Chronizität sowie der Anstieg von Multimorbidität und Fragilität erfordern eine stärkere Integration der medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Leistungen im territorialen Bereich. Die Versorgung komplexer Patienten kann zunehmend nicht mehr durch einzelne Dienste oder Berufsgruppen alleine gewährleistet werden, sondern setzt eine koordinierte multiprofessionelle Zusammenarbeit voraus.

Die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärzte freier Wahl übernehmen dabei eine zentrale Rolle als klinische Bezugspersonen der Patienten. Aufgrund ihrer kontinuierlichen Betreuungstätigkeit verfügen sie über eine umfassende Kenntnis der gesundheitlichen, familiären und sozialen Situation und sind daher wesentliche Akteure bei der frühzeitigen Erkennung von Fragilität, Pflegebedürftigkeit und komplexen Betreuungsbedarfen.

Im Zeitraum 2026–2028 soll die Einbindung der AAM und KAfW in die territorialen Betreuungsprozesse systematisch weiterentwickelt werden. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Zusammenarbeit mit der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, dem ambulanten Betreuungsdienst, den Sozialdiensten, den Rehabilitationsdiensten, der Palliativversorgung sowie den multidisziplinären Bewertungseinheiten.

Die multidimensionale Bewertung stellt ein zentrales Instrument für die Planung und Koordination der Versorgung komplexer und fragiler Patienten dar. Im Rahmen der UVM werden medizinische, pflegerische, funktionelle, soziale und rehabilitative Aspekte gemeinsam bewertet, um die für den einzelnen Patienten am besten geeignete Betreuungsform festzulegen.

Die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Kinderärzte freier Wahl werden systematisch in die UVM-Prozesse eingebunden. Sie tragen insbesondere zur klinischen Einschätzung des Patienten, zur Bewertung des Gesundheitszustands, zur Definition der therapeutischen Zielsetzungen sowie zur Festlegung der medizinischen Prioritäten bei. Ihre Beteiligung soll bereits in den frühen Phasen der multidimensionalen Bewertung erfolgen, um eine möglichst frühzeitige Aktivierung geeigneter Betreuungsmaßnahmen zu ermöglichen.

Die multidimensionale Bewertung stellt die Grundlage für die Erstellung, Aktualisierung und Überprüfung des Integrierten Betreuungsprojektes dar. Die UCCP wirken gemeinsam mit den zuständigen Diensten an der Durchführung der multidimensionalen Bewertung mit und gewährleisten die operative Umsetzung der daraus resultierenden Betreuungsmaßnahmen.

Auf Grundlage der multidimensionalen Bewertung wird ein integriertes Betreuungsprojekt (IBP) erstellt, das die medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Maßnahmen koordiniert zusammenführt. Ziel des IBP ist es, eine kontinuierliche, auf den tatsächlichen Bedarf abgestimmte Betreuung sicherzustellen und Versorgungsbrüche zwischen den verschiedenen Diensten zu vermeiden.

Innerhalb dieses Modells übernehmen die AAM und KAfW insbesondere folgende Aufgaben:

- klinische Erstbeurteilung komplexer und fragiler Patienten;
- Identifikation von Patienten mit erhöhtem Risiko für Hospitalisierung, Funktionsverlust oder Pflegebedürftigkeit;
- Aktivierung geeigneter Hausbetreuungs- und Unterstützungsmaßnahmen;
- Teilnahme an den UVM-Prozessen;
- Mitwirkung an der Erstellung des Integrierten Betreuungsprojektes (IBP);
- Definition und Anpassung des Therapieplans;
- kontinuierliche klinische Überwachung des Patienten;
- Zusammenarbeit mit Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, Sozialdiensten und Rehabilitationsdiensten;
- Einleitung und Begleitung palliativmedizinischer Maßnahmen;
- Zusammenarbeit mit Gemeinschaftshäusern, UCCP, WONE, 116117 und Krankenhausdiensten.

Die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten soll insbesondere über die gemeinsamen Anlaufstellen (SUAC) sowie über multidimensionale Bewertungen und personalisierte Betreuungspläne weiterentwickelt werden. Die aktive Mitwirkung der AAM und KAfW an diesen Prozessen stellt einen wesentlichen Faktor für die Versorgungskontinuität dar.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Besondere Bedeutung kommt dabei der proaktiven Betreuung von chronisch kranken, multimorbiden und fragilen Patienten zu. Im Sinne der *„Medicina di iniziativa*" sollen Risikopatienten frühzeitig identifiziert und aktiv in strukturierte Betreuungsprogramme eingebunden werden, bevor vermeidbare Komplikationen, Krankenhausaufenthalte oder stationäre Langzeitbetreuungen erforderlich werden.

Die Hausbetreuung stellt dabei einen wesentlichen Bestandteil der wohnortnahen Versorgung dar. Ziel ist es, den Verbleib der Patienten in ihrem gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich zu unterstützen, die Lebensqualität zu erhalten und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die Zusammenarbeit zwischen AAM, KAfW, Pflege, Sozialdiensten und weiteren territorialen Diensten soll daher schrittweise standardisiert und durch gemeinsame Verfahren, Kommunikationswege und digitale Instrumente unterstützt werden.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird anhand geeigneter Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht und regelmäßig evaluiert.

Entsprechend den gesundheitspolitischen Vorgaben für den Zeitraum 2026–2028 ist insbesondere für komplexe Patienten eine gemeinsame Fallübernahme durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege sowie Sozialdienste sicherzustellen. Die Weiterentwicklung der UVM-Prozesse stellt dabei einen wesentlichen Schwerpunkt der territorialen Versorgung dar.

2.4.6 Sicherung und strategische Planung der allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen Versorgung

Die Sicherstellung einer ausreichenden haus- und kinderärztlichen Versorgung stellt eine der zentralen Herausforderungen für die wohnortnahe Versorgung im Dreijahreszeitraum 2026–2028 dar. Die demografische Entwicklung der Ärzteschaft, die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung freiwerdender Arztwahlstellen sowie die besonderen Rahmenbedingungen peripherer und ländlicher Gebiete machen eine vorausschauende Planung und einen gezielten Einsatz der im gesamtstaatlichen Kollektivvertrag vorgesehenen Instrumente erforderlich.

Ziel ist es, die Kontinuität der medizinischen Grundversorgung in sämtlichen Gesundheitsbezirken sicherzustellen und gleichzeitig die organisatorische Weiterentwicklung der Primärversorgung im Rahmen der Gemeinschaftshäuser, der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM) und der UCCP zu unterstützen.

Zu diesem Zweck erfolgt die bedarfsgerechte Planung der ärztlichen Ressourcen auf Grundlage der entsprechenden Bestimmungen des GSKV, insbesondere unter Berücksichtigung des optimalen Verhältnisses, der Erhebung von Versorgungsmängeln, der Bevölkerungsentwicklung sowie des tatsächlichen Versorgungsbedarfs in den einzelnen territorialen Einzugsgebieten.

Besondere Aufmerksamkeit ist dabei Gebieten mit erhöhtem Risiko einer Unterversorgung zu widmen. Hierzu zählen insbesondere Sprengel mit wiederholt unbesetzten Arztwahlstellen, Gebiete mit ungünstiger Altersstruktur der Ärzteschaft, periphere Täler sowie Bereiche mit steigender Inanspruchnahme der territorialen Versorgungsdienste.

Der gesamtstaatliche Kollektivvertrag stellt hierfür verschiedene Instrumente zur Verfügung, die im Rahmen der territorialen Versorgungsplanung gezielt genutzt werden sollen. Dazu zählen insbesondere:

- die regelmäßige Überprüfung des optimalen Verhältnisses;
- die Feststellung von Versorgungsmängeln;
- die Vergabe von befristeten und provisorischen Aufträgen;
- die Nutzung der Betriebsrangordnungen und weiterer Rekrutierungsinstrumente;
- die Förderung von Modellen des Generationenwechsels (APP);
- die Inanspruchnahme der vertraglich vorgesehenen Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Versorgung in Mangelsituationen.

Im Rahmen der Dreijahresplanung wird ein systematisches Monitoring der Versorgungssituation aufgebaut. Dieses umfasst insbesondere die jährliche Analyse der Bevölkerungsentwicklung, der Altersstruktur der Ärzteschaft, der Versorgungsdichte, der Entwicklung chronischer Erkrankungen, der Inanspruchnahme territorialer Dienste sowie der absehbaren Pensionierungen. Ziel ist die frühzeitige Identifikation von Risiken für die Versorgungskontinuität und die rechtzeitige Einleitung geeigneter Gegenmaßnahmen.

Besonderes Augenmerk gilt der frühzeitigen Identifikation bevorstehender Pensionierungen und sonstiger Versorgungsrisiken, um Nachbesetzungen rechtzeitig vorzubereiten, Versorgungslücken zu vermeiden und eine geordnete Übergabe bestehender Patientenpopulationen sicherzustellen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Modelle des Generationenwechsels (APP) sollen dazu beitragen, den schrittweisen Übergang zwischen ausscheidenden und neu eintretenden Ärzten zu erleichtern, die Kontinuität der Betreuung für die Bevölkerung sicherzustellen und gleichzeitig die Attraktivität der vertragsgebundenen Tätigkeit zu erhöhen.

Zur Aufrechterhaltung der Versorgung werden darüber hinaus die Möglichkeiten der befristeten Auftragsvergabe, provisorischer Besetzungen und weiterer im GSKV vorgesehener Instrumente bedarfsgerecht genutzt, insbesondere in Situationen vorübergehender oder struktureller Unterversorgung.

Für Gebiete mit erhöhtem Versorgungsrisiko können spezifische Unterstützungsmaßnahmen für die Einrichtung und Aufrechterhaltung von Ambulatorien, die organisatorische Integration in die VGM, die Nutzung territorialer Infrastrukturen sowie die Einbindung in Gemeinschaftshäuser vorgesehen werden.

Die Sicherstellung der Grundversorgung ist darüber hinaus eng mit der Entwicklung der Gemeinschaftshäuser, der VGM und der UCCP verbunden. Die organisatorische Einbindung in multiprofessionelle Strukturen sowie die stärkere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen können einen wesentlichen Beitrag zur Attraktivität der haus- und kinderärztlichen Tätigkeit leisten und die langfristige Besetzung von Arztwahlstellen unterstützen.

Ziel ist es, im Zeitraum 2026–2028 eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe haus- und kinderärztliche Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Voraussetzungen für eine nachhaltige personelle Entwicklung der Primärversorgung zu schaffen.

2.5. Gemeinschaftshäuser

Die Gemeinschaftshäuser (GH) sind lokale Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die im PNRR vorgesehen sind und durch das Ministerialdekret 77/2022 und den BLR 712/24 geregelt werden. Sie sollen den Bürgern einen physischen, erkennbaren und nahen Zugangspunkt für ihre Gesundheits- und Betreuungsbedürfnisse bieten.

Sie sind das Herzstück des neuen Modells der integrierten wohnortnahen Betreuung, in dem Gesundheits- Sozial- und Gemeinschaftsdienste koordiniert werden und die aktive Beteiligung von Bürgern, Patienten, pflegende Angehörige, Fachpersonal und Verbänden gefördert wird.

Gemäß dem Ministerialdekret 77/2022 verfolgen die GH folgende Ziele:

- Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung zwischen Krankenhaus, Territorium und Wohnort.
- Förderung der multiprofessionellen und multiorganisatorischen Integration.
- Förderung der Beteiligung der Gemeinschaft und der Ko-Produktion von Dienstleistungen.
- Zugänglichkeit der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen auf flächendeckende und einheitliche Weise.
- Entwicklung von Organisationsmodellen, die in allen Gesundheitssprengeln anwendbar sind.

Die GH bieten eine breite Palette von Dienstleistungen an, darunter:

- Primärversorgung durch multiprofessionelle Teams.
- Ambulante Pflege und fachärztliche Versorgung (Stufe I und II).
- Häusliche Pflege und Intermediärbetreuung.
- Integrierte Sozial- und Gesundheitsdienste mit den Gemeinden und dem dritten Sektor.
- Blutentnahmestelle, Basisdiagnostik und Terminvereinbarung (CUP).
- Administrative Unterstützung und Beratung (PUA).
- Telemedizin, Telerehabilitation und Fernüberwachung.
- Prävention, Gesundheitsförderung und Bildungsaktivitäten im Gesundheitsbereich.

Die GH sind in HUB und SPOKE unterteilt. Pro 40.000 bis 50.000 Einwohner ist ein HUB vorgesehen. In den Gemeinschaftshäusern arbeiten alle beteiligten Fachkräfte bei der Planung und Durchführung von Gesundheits- und Sozialmaßnahmen integriert zusammen. Die Personalstandards für ein HUB-Gemeinschaftshaus sehen 7 bis 11 Krankenpfleger/innen, 1 Sozialassistent/in und 5 bis 8 Hilfspersonal (im sozialen und administrativen Bereich) vor.

Die in den GH standardmäßig vorgesehenen Dienstleistungen sind:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dienstleistungen	Organisationsmodell	
	GH HUB	GH SPOKE
Grundversorgung durch multiprofessionelle Teams (AAM, KAFW, SAI, FuGKP usw.)	obligatorisch	
Zentrale Anlaufstelle/Annahmeschalter	obligatorisch	
Hauskrankenpflegedienst	obligatorisch	
Ambulante Facharztleistungen für häufig auftretende Erkrankungen	obligatorisch	
Krankenpflegedienste	obligatorisch	
Integriertes Vormerkungssystem, das mit dem CUP des Betriebes verbunden ist	obligatorisch	
Integration mit den Sozialdiensten	obligatorisch	
Beteiligung der Gemeinschaft und Förderung der Ko-Produktion	obligatorisch	
Verbindung zum Bezugs-Gemeinschaftshaus HUB	/	obligatorisch
Anwesenheit Arzt	obligatorisch h24, 7/7 gg	obligatorisch h12, 6/7 gg
Anwesenheit Krankenpflege	obligatorisch h12, 7/7 gg	obligatorisch h12, 6/7 gg
	ausdrücklich empfohlen h24, 7/7 gg	
Grundlegende Diagnosedienste	obligatorisch	fakultativ
Betreuungskontinuität	obligatorisch	fakultativ
Blutentnahmestelle	obligatorisch	fakultativ
Beratungsdienste und Angebote für Minderjährige	fakultativ	fakultativ
Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (einschließlich Impfungen für die Altersgruppe 0-18)	fakultativ	fakultativ
Screening-Programme	fakultativ	fakultativ
Dienstleistungen für psychische Gesundheit, pathologische Abhängigkeiten und Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	empfohlen	
Sportmedizin	empfohlen	

2.5.1 Ärztliche Präsenzmodelle in den Gemeinschaftshäusern

Die ärztliche Präsenz in den Gemeinschaftshäusern stellt einen zentralen Erfolgsfaktor für die tatsächliche Funktionsfähigkeit des neuen territorialen Organisationsmodells dar. Die Gemeinschaftshäuser sollen nicht lediglich als physische Struktur oder als Zusammenführung bestehender Dienste verstanden werden, sondern als integrierte Versorgungsplattform, in der die Grundversorgung, die fachärztliche Versorgung, die Pflege, die Sozialdienste, die Prävention und die digitalen Unterstützungsinstrumente koordiniert zusammenwirken.

Im Rahmen des neuen gesamtstaatlichen Kollektivvertrages für die Ärzte für Allgemeinmedizin ist die Mitwirkung der Ärzte des einheitlichen Stellenplans in den Gemeinschaftshäusern ausdrücklich vorgesehen. Die Tätigkeit in den Gemeinschaftshäusern ergänzt die Tätigkeit auf Arztwahlbasis und die stundenbezogene Tätigkeit und ermöglicht eine flexiblere, programmierbare und stärker an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtete Präsenz der ärztlichen Grundversorgung.

Die ärztliche Präsenz in den Gemeinschaftshäusern ist nach einem betriebsweit einheitlichen, jedoch territorial anpassbaren Modell zu definieren. Dieses Modell berücksichtigt insbesondere:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Einstufung des Gemeinschaftshauses als HUB oder SPOKE;
- die Größe und demografische Struktur des Einzugsgebiets;
- die Anzahl der betreuten Personen und die Verfügbarkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Kinderärzte freier Wahl;
- die bestehenden VGM und deren Zuordnung zum jeweiligen Gemeinschaftshaus;
- die vorhandenen fachärztlichen, pflegerischen und sozial-sanitären Dienste;
- die Nähe zu Krankenhausstrukturen und Notaufnahmen;
- die erwartete Inanspruchnahme für nicht dringende und niedrigkomplexe Versorgungsbedarfe.

Die ärztliche Präsenz kann insbesondere durch folgende Ressourcen gewährleistet werden:

- Ärzte für Allgemeinmedizin des einheitlichen Stellenplans;
- Kinderärzte freier Wahl, soweit pädiatrische Tätigkeiten betroffen sind;
- Ärzte mit bestehendem Auftrag auf Arztwahlbasis, die zusätzliche Tätigkeiten in den Gemeinschaftshäusern übernehmen;
- Ärzte mit stundenbezogener Tätigkeit im Rahmen des einheitlichen Stellenplans;
- bei fehlender Verfügbarkeit der genannten Ressourcen, weiteres ärztliches Fachpersonal gemäß den geltenden staatlichen, landesrechtlichen und vertraglichen Bestimmungen.

Ziel ist es, in den Gemeinschaftshäusern ein ärztliches Präsenzmodell sicherzustellen, das insbesondere folgende Funktionen unterstützt:

- erste klinische Einschätzung und Behandlung nicht dringender Gesundheitsbedarfe;
- Betreuung kleiner Dringlichkeiten mit niedriger Komplexität;
- Entlastung der Notaufnahmen durch angemessene territoriale Versorgungsangebote;
- Mitwirkung an der Umsetzung der integrierten Betreuungspfade, insbesondere für chronische Erkrankungen;
- strukturierte Betreuung chronisch kranker und fragiler Patienten;
- Unterstützung der Hausbetreuung, der UVM und der Palliativversorgung;
- Prävention, Gesundheitsförderung und Impfaktivitäten in Zusammenarbeit mit den zuständigen Diensten;
- telemedizinische Beratung und Zusammenarbeit mit Fachambulatorien;
- Rückkopplung mit WONE, 116117, UCA, Notaufnahmen und Fachambulatorien.

Die Koordination der ärztlichen Präsenz erfolgt auf Bezirksebene im Zusammenwirken zwischen Bezirksdirektion, ärztlicher Direktion des Territoriums, Dienst für Grundversorgung, Referenten der VGM und den jeweiligen Koordinationsstrukturen der Gemeinschaftshäuser. Die Funktionsordnung des jeweiligen Gemeinschaftshauses legt die konkreten organisatorischen Modalitäten fest, insbesondere Öffnungszeiten, Tätigkeitsprofile, Schnittstellen, Dokumentationspflichten, Informationsflüsse und Verfahren der Zusammenarbeit mit den übrigen Diensten.

Für die schrittweise Umsetzung im Zeitraum 2026–2028 sind insbesondere folgende Maßnahmen vorzusehen:

- Definition der Mindestpräsenz je GH-HUB und GH-SPOKE unter Berücksichtigung der nationalen und landesrechtlichen Standards;
- Zuordnung der VGM zu den jeweiligen Gemeinschaftshäusern;
- Festlegung der ärztlichen Präsenzmodelle unter Einbeziehung der Tätigkeit auf Arztwahlbasis und der stundenbezogenen Tätigkeit;
- Definition der Aufgabenprofile der AAM und KAfW in den Gemeinschaftshäusern;
- Festlegung der Schnittstellen zu 116117, WONE, UCA, Notaufnahmen, Fachambulatorien, PDTA, Hausbetreuung und UVM;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Erfassung und Monitoring der geleisteten ärztlichen Stunden, der Anzahl der Visiten, der betreuten PDTA-Patienten, der kleinen Dringlichkeiten und der Auswirkungen auf die Notaufnahmezugänge.

Damit wird die ärztliche Präsenz in den Gemeinschaftshäusern zu einem steuerbaren Element der wohnortnahen Versorgung und trägt zur Erreichung der Ziele des DM 77/2022, des PNRR und des neuen Organisationsmodells der Grundversorgung bei.

Im Zeitraum 2026–2028 liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der schrittweisen Inbetriebnahme und funktionalen Konsolidierung der Gemeinschaftshäuser. Die angebotenen Leistungen sollen anhand landesweit abgestimmter Indikatoren regelmäßig überwacht werden. Die AAM und KAfW wirken aktiv an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation dieser Indikatoren mit.

2.5.2 Ambulatorien für kleinere Dringlichkeiten (AKD)

Die AKD sind ein wesentlicher Bestandteil der Gemeinschaftshäuser und dienen der Sicherstellung der Betreuungskontinuität. Die Patienten können den Dienst direkt in Anspruch nehmen oder über 116117 zugewiesen werden. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit AAM, KAFW, UCA und Notaufnahmen erforderlich. Insbesondere sollen die AKD einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion unangemessener Notaufnahmezugänge leisten.

2.5.3 Aktivierung der GH

Für die Aktivierung der GH legt der BLR 413/2025 Folgendes fest:

- Der Südtiroler Sanitätsbetrieb muss eine Rahmenverordnung für die GH verabschieden, in der der Zugang, die PDTA, die Behandlung kleiner Notfälle, Personal und Ressourcen, Audits und Schulungen, die Integration von Freiwilligenarbeit und Mutualität, Sicherheit und klinisches Risikomanagement, die Methoden zur Ermittlung klinischer Risiken, das multidisziplinäre und multiprofessionelle Team, die internen Arbeitsabläufe und die Beziehungen zu den anderen Knotenpunkten des Netzwerks geregelt sind.
- Die Gesundheitsbezirke müssen gemäß der Rahmenverordnung bei der Eröffnung eine Funktionsordnung für jede einzelne HUB und SPOKE der GH verabschieden und diese bei Bedarf oder jährlich aktualisieren.

Im Rahmen der Umsetzung des PNRR und des DM 77/2022 ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb aufgefordert, die folgenden GH zu aktivieren:

HUB	**SPOKE**
Brixen *(01.04.2026)*	Klausen *(01.04.2026)*
Gries Quirein (Ersatz Bozen) *(15.05.2026)*	Leifers *(25.05.2026)*
Bruneck (28.10.2026)	Naturns *(29.05.2026)*
Neumarkt *(2027)**	Mals (Ersatz Neumarkt) *(29.05.2026)*
Meran – Romstraße (2027)	Innichen *(29.05.2026)*
Meran – Krankenhaus (2029)	Sterzing *(2027)*
Bozen - Krankenhaus (2029)	Abtei – Pikolein (2028)
	Sarntal – Sarnthein (2028)
	Gröden – St. Ulrich (2028)
	Ahrntal – Sand in Taufers (2029)
	Lana (2029)
	Mittelvinschgau – Schlanders (2029)

*Erweiterung der Dienstleistungen der bestehenden Struktur und anschließendem Ausbau gemäß bereits erfolgter Planung in den Folgejahren

2.5.4 Community building

Eines der grundlegenden Ziele des Ministerialdekrets 77/2022 ist die Förderung und aktive Einbindung aller Ressourcen der Gemeinschaft durch verschiedene Formen der Partizipation und den Beitrag lokaler Akteure

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

wie Gesundheitsdienste, Gemeinden, Fachkräfte, pflegende Angehörige, Patienten, Vereine und Organisationen des dritten Sektors.

Um dieses Prinzip konkret umzusetzen, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb 2024 ein dreijähriges Pilotprojekt im Gesundheitssprengel Unterland mit Schwerpunkt im GH HUB in Neumarkt gestartet. Die Initiative zielt darauf ab, das territoriale Netzwerk zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten und der Zivilgesellschaft zu stärken und ein partizipatives und integriertes Modell zu entwickeln, das:

- die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen und Berufsgruppen fördert;
- die Organisationsstruktur der GH gemeinsam festlegt;
- ein Umsetzungsmodell entwickelt, das auf andere Gesundheitssprengel und GH übertragen und dort repliziert werden kann;

Die wichtigsten Phasen des Pilotprojekts sind:

- Schaffung der Grundlagen (2024) unter Einbeziehung der Politik und der operativen Ebene, Bildung von Steuerungs- und Resonanzgruppen sowie von Projektgruppen und Ernennung einer externen Begleitung.
- Entwicklung des Interventionsplans (2025) mit der Planung des territorialen Netzwerks und der Definition des Organisationsmodells der GH.
- Umsetzung (2025/2026) mit der Phase der Umsetzung der geplanten Maßnahmen und der Überwachung der Zusammenarbeit zwischen den Diensten und dem Coaching der Führungsebenen.
- Evaluation (2026/2027) in zwei Phasen: unmittelbar nach der Umsetzung und nach einer Konsolidierungsphase sowie der Analyse des Prozesses, der Struktur und der Ergebnisse.
- Anpassung und Konsolidierung (2027) mit eventuellen organisatorischen Anpassungen und der Verbreitung des Modells auf andere Gesundheitssprengel

Dieses Projekt ist ein konkreter Schritt hin zu einer bürgernahen Gesundheitsversorgung, die lokale Kompetenzen, Erfahrungen und Ressourcen integriert, um gemeinsam die Zukunft der GH zu gestalten.

2.6. Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege (FuGKP)

Mit der Einführung des PNRR und des Ministerialdekrets 77/2022 ist die Figur der FuGKP zu einer strategischen, rechtlich anerkannten Säule für die Stärkung der wohnortnahen Betreuung geworden.

In Südtirol wird die häusliche Krankenpflege durch ein flächendeckendes Netzwerk von 233 Krankenpflegern gewährleistet. Dieses Modell entwickelt sich derzeit zu einem familienzentrierten Ansatz weiter, der sich an den Prinzipien der Family Health Nursing (WHO, 2000) und der Family Systems Nursing von Lorraine M. Wright und Maureen Leahey (2009) orientiert. Dieser systemische Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass die Wirksamkeit der Pflege erhöht wird, wenn nicht nur die gepflegte Person, sondern die gesamte Familie als Pflegeeinheit betrachtet wird. Ziel ist es, den Pflegebedürfnissen sowohl der Patienten als auch ihrer Familienangehörigen gerecht zu werden, indem die Gesundheit gefördert, Krankheiten vorgebeugt, die Symptombehandlung verbessert und die Pflegebelastung verringert werden.

Im Einklang mit dem LGP 2016–2020, dem gesamtstaatlichen Gesundheitsabkommen 2019–2021, den Leitlinien der FNOPI und des Gesundheitsministeriums sowie dem PNRR und dem DM 77/2022 wird das Konzept der familienzentrierten Pflege schrittweise von allen Pflegeteams der 20 Gesundheitssprengel des Südtiroler Sanitätsbetriebes übernommen. Ende 2027 wird in allen Gesundheitssprengeln die Umsetzung der familienzentrierten Pflege abgeschlossen sein. Weiters wurde im Dezember 2025 ein betriebliches Dokument zur Definition des FuGKP im Südtiroler Sanitätsbetrieb und zur Entwicklung der erforderlichen Kompetenzen im Bereich der häuslichen Pflege ausgearbeitet. Derzeit werden in diesem Dokument noch Ergänzungen im Hinblick auf die Rolle und Aufgaben des FuGKP integriert.

Die Hauptziele der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege sind:

die Gesundheit, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der betreuten Personen und ihrer Familien zu erhalten;

- eine angemessene und nachhaltige Betreuung zu gewährleisten;
- die Handlungsfähigkeit und das Eigenmanagement der Familien zu stärken;
- die Lebensqualität von Patienten und Familienangehörigen gleichermaßen zu verbessern.

Im Frühjahr 2026 haben 5 Krankenpflegerinnen den Spezialisierungskurs abgeschlossen. Im Herbst 2026 wurde der Start der fünften Auflage des Spezialisierungskurses für Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, der in Zusammenarbeit mit dem Universitären Ausbildungszentrum für

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gesundheitsberufe „Claudiana" geplant, der leider aufgrund einer zu geringen Teilnehmeranzahl nicht starten konnte. Derzeit sind 31 spezialisierte Krankenpflegerinnen, die am selben Zentrum ausgebildet wurden, in der häuslichen Versorgung tätig.

Das Pilotprojekt zur Umsetzung der familienzentrierten Pflege wurde im Gesundheitssprengel Unterland gestartet. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen wurde ein operatives Implementierungskonzept ausgearbeitet, das als Grundlage für die Ausweitung der familienzentrierten Pflege auf weitere Gesundheitssprengel diente.

Die Ausweitung des Family Systems/Family Health Nursing-Ansatzes wird von den FuGKP in ihrer Rolle als Trainer und/oder Teacher unterstützt. Die Gesundheitssprengel, in denen die Umsetzung bereits abgeschlossen ist, sind: Obervinschgau, Mittelvinschgau, Passeiertal, Unterland, Leifers, Eggental-Schlern-Gröden, Zentrum-Bozner Boden-Rentsch, Oberau, Überetsch, Klausen, Brixen, Wipptal, Bruneck, Taufers Ahrntal, Naturns, Meran, Gadertal und Gries-Quirein. Derzeit befinden sich folgende Gesundheitssprengel in der letzten Umsetzungsphase: Don Bosco-Europa, Salten-Sarntal-Ritten, Hochpustertal und Lana.

Die gewonnenen Erfahrungen haben gezeigt, dass das derzeitige Betreuungsmodell durch einen proaktiven Ansatz ergänzt werden muss. In den nächsten drei bis vier Jahren werden familienzentrierte präventive Hausbesuche eingeführt, mit dem Ziel, Personen im Alter von 75 Jahren und älter zu identifizieren, die noch nicht in ein Betreuungsnetzwerk eingebunden sind, aber von einer krankenpflegerischen Beratung profitieren würden (z. B. frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren, Orientierung zu Dienstleistungen, Entscheidungshilfe). Zur Vorbereitung der Umsetzung wurden im Frühjahr 2024 die FuGKPF darin geschult, zwischen konventionellen (krankheitsbezogenen) häuslichen Zugängen und proaktiven Hausbesuchen zu unterscheiden und Kompetenzen für die Durchführung familienzentrierter präventiver Erstgespräche zu entwickeln. Zudem wurde ein Implementierungskonzept zur einheitlichen Umsetzung in den Gesundheitssprengeln ausgearbeitet. Die Ausbildung sieht 6 Ausbildungstage für insgesamt 42 Stunden vor.

Die Gesundheitssprengel Bruneck, Klausen, Unterland und Passeiertal haben bereits im Herbst 2025 die Implementierung der familienzentrierten präventiven Hausbesuche abgeschlossen. Die Gesundheitssprengel Mittelvinschgau, Überetsch, Brixen und Taufers Ahrntal schliessen im Herbst 2026 ab.

Aufgrund der ersten Erfahrungen wurde das Schulungskonzept überarbeitet und die Implementierungsdauer angepasst. Im Herbst 2026 werden die Gesundheitssprengel Naturns, Wipptal, Eggental – Schlern Gröden und Gadertal mit der Umsetzung beginnen

Im März 2026 ist die Ausweitung dieses Konzepts auch auf den geburtshilflichen Bereich mit einem Pilotprojekt in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck gestartet. Die Weiterbildung der Mitarbeiter wurde im September 2026 abgeschlossen. Der Implementierungsprozess wird bis zum Frühjahr 2028 abgeschlossen sein.

2.7. Einheit für Betreuungskontinuität (UCA)

Die UCA ist ein mobiles Team auf Bezirksebene, das sich der Betreuung und Unterstützung von Personen oder Gemeinschaften widmet, die sich in besonders komplexen klinischen und therapeutischen Situationen befinden, die zu nachgewiesenen Herausforderungen operativer Art führen.

Das Team besteht aus einem Arzt und einem Krankenpfleger, die im Bezugsgebiet tätig sind, auch mithilfe telemedizinischer Instrumente und in enger Zusammenarbeit mit den AAM und den KAfW.

Der vom Ministerialdekret 77/2022 vorgesehene Standard sieht einen Arzt und einen Krankenpfleger pro 100.000 Einwohner vor.

Die Intervention der UCA hat folgende Ziele:

- die Betreuungskontinuität gewährleisten,
- die Zahl der Krankenhausaufenthalte reduzieren,
- die Lebensqualität der gepflegten Personen verbessern.

In Südtirol wurden bereits mobile Einsatzteams (USCAT – Mobile Spezialeinheit für die territoriale Betreuungskontinuität) während der Pandemie aktiviert, um die häusliche Betreuung von SARS-CoV-2-infizierten Patienten sicherzustellen. Mit dem Ende des Gesundheitsnotstands haben diese Einheiten ihre Tätigkeit eingestellt.

Angesichts der Umsetzung des Ministerialdekrets 77/2022 ist es notwendig, die Einheiten für Betreuungskontinuität (UCA) zu reaktivieren, ihre Rolle zu definieren und sie gemäß den im Dekret vorgesehenen nationalen Standards auf die vier Gesundheitsbezirke zu verteilen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.8. Leitstelle 116117

Die Leitstelle für nicht dringende Gesundheitsversorgung 116117 ist ein kostenloser Telefondienst, der rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche erreichbar ist und sich um den Zugang zu nicht dringenden medizinischen Leistungen und andere Gesundheits- und Sozialleistungen mit geringem Betreuungsaufwand kümmert.

Diese Nummer, die als einheitliche harmonisierte europäische Rufnummer (NEA) bezeichnet wird, wurde auf Gemeinschaftsebene mit der Entscheidung 2007/116/EG der Europäischen Kommission eingeführt und in Italien durch verschiedene Vereinbarungen zwischen Staat und Regionen umgesetzt, darunter die Vereinbarung vom 24. November 2016 und die Maßnahme n.135/CSR vom 27.07.2011.

Der Dienst 116117 hat folgende Ziele:

- Erleichterung des Zugangs zu nicht dringenden, territorialen Gesundheitsdienstleistungen;
- Gewährleistung der Betreuungskontinuität;
- Reduzierung der unangemessenen Inanspruchnahme der Notrufnummer 112;
- Weiterleitung der Bürger an den für ihre Bedürfnisse am besten geeigneten Dienst.

Die Mitarbeitenden der Leitstelle 116117 können:

- Informationen über aktive Gesundheitsdienste und Versorgungswege bereitstellen;
- medizinische Beratung durch Ärztinnen/Ärzte und Krankenpfleger/innen anbieten;
- den Zugang zum Dienst der Betreuungskontinuität erleichtern;
- an die zuständige Anlaufstelle für Pflege und Betreuung weiterleiten;
- die zuständige WONE aktivieren, um die territoriale Übernahme des Nutzers einzuleiten;
- im Notfall den Anruf an die 112 weiterleiten.

Die Autonome Provinz Bozen und der Südtiroler Sanitätsbetrieb haben den Prozess zur Aktivierung der Nummer 116117 im Rahmen eines mit September 2026 angelaufenen Testlaufs im Gesundheitsbezirk Bozen gestartet.

2.9. Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)

Das Ministerialdekret 77/2022 hat die organisatorischen und funktionalen Standards der WONE festgelegt, Strukturen, die sich der Koordinierung der Betreuung von Personen und der Integration von Gesundheitsdiensten, soziosanitären Diensten und Sozialdiensten in verschiedenen Betreuungsbereichen widmen: zu Hause, in der ambulanten Behandlung, im Krankenhaus und in Wohnheimen. Das Hauptziel der WONE ist es, die Betreuungskontinuität, den Zugang zu Dienstleistungen und die Integration zwischen Fachleuten und verschiedenen Betreuungsebenen zu gewährleisten.

Pro 100.000 Einwohner ist eine WONE vorgesehen. Der Personalstandard ist mit einer/einem Koordinatorin/Koordinator für die Betreuung, 3-5 Krankenpfleger und 1-2 Unterstützungskräfte festgelegt. Die WONE muss 7 Tage die Woche mit geschultem Personal und geeigneten digitalen Instrumenten für die Verwaltung der Abläufe einsatzbereit sein und kann durch Telemedizin- und Fernbetreuungssysteme ergänzt werden.

Die Hauptaufgaben der WONE sind:

- Koordinierung der Betreuung:
    - Erleichterung der Kontinuität der Versorgung zwischen Krankenhaus und Territorium durch frühzeitige Meldung.
    - Unterstützung der Integration zwischen Fachpersonal und Dienstleistungen.
- Verwaltung der Behandlungswege:
    - Zusammenarbeit mit der einheitlichen Anlaufstelle (PUA) und dem SUAC für die Übernahme der Betreuung.
- Schnittstelle zum Notfall- und Rettungsdienst:
    - Kommunikation mit dem Notrufsystem 112, den Rettungsdiensten und dem Dienst für die Betreuungskontinuität, um eine schnelle Reaktion zu gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Unterstützung der IHB /UCP-DOM und des Hauspflegedienstes:
    - Koordination der häuslichen Interventionen und Unterstützung bei der Aktivierung der lokalen Ressourcen.

In Südtirol wurden 5 WONE in Bozen, Neumarkt, Meran, Brixen und Bruneck eingerichtet, die derzeit je nach personeller Verfügbarkeit montags bis freitags von 8.00 bis 18.00 Uhr und samstags, sonntags und an Feiertagen von 8.00 bis 13.00 Uhr geöffnet sind.

Die Hauptaufgaben der WONEs bestehen derzeit in der Koordinierung der Patientenübernahme zwischen Diensten und Fachpersonal, der Verwaltung der geschützten Entlassungen aus den Krankenhäusern nach Hause, in Post-Akute Versorgungseinrichtungen oder in die Intermediärbetreuung, der Überwachung der Verlegungen zwischen den verschiedenen Betreuungseinrichtungen sowie der informativen und logistischen Unterstützung des Fachpersonals und der Unterstützung des Palliativnetzwerks im Rahmen der UCP-DOM.

In der Stadt Bozen wurde eine Zusammenarbeit zwischen WONE und SUAC ins Leben gerufen, die auch auf andere Gesundheitssprengel des Gesundheitsbezirks Bozen und andere Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebes ausgeweitet werden soll.

Darüber hinaus befindet sich die Zusammenarbeit zwischen WONE und Notaufnahme in Meran und Bozen in der Erprobungsphase, welche auf die Notaufnahmen in Bruneck und Brixen ausgeweitet wird.

Mit September 2026 wird die WONE nicht nur Betten für die Intermediärbetreuung disponieren, sondern auch jene mit den Kodexes 56 und 60, wodurch ihre Rolle im territorialen Netzwerk weiter ausgebaut wird.

2.10. Intermediärbetreuung und Gemeinschaftskrankenhäuser (GKH)

Das Ministerialdekret 77/2022 definiert die GKH als eine Gesundheitseinrichtung für die stationäre Aufnahme, die in das Netz der wohnortnahen Betreuung eingebunden ist. Diese Einrichtung übernimmt eine Brückenfunktion zwischen dem Wohnort und dem Krankenhausaufenthalt mit dem Ziel, unangemessene Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und eine sichere Entlassung an geeignetere Orten zu fördern, an denen soziale und gesundheitliche Bedürfnisse, die Notwendigkeit einer klinischen Stabilisierung, die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und die Wiedererlangung der Selbstständigkeit in der Nähe des Wohnorts im Vordergrund stehen.

Diese Einrichtungen erleichtern den Übergang nach einer akuten Behandlung und bieten vorübergehende Unterstützung bei der Neuorganisation der territorialen Dienste oder der Einleitung langfristiger Behandlungsmaßnahmen.

Gemäß den im Ministerialdekret 77/2022 festgelegten Standards soll jedes GKH über 20 Betten pro 100.000 Einwohner verfügen. Darüber hinaus sieht die Landesplanung die schrittweise Einrichtung von 0,2 Betten für die Intermediärbetreuung pro 1.000 Einwohner vor.

Die Personalstandards für eine Pflegeeinrichtung mit 20 Betten umfassen:

- 7–9 Krankenpfleger/innen, davon 1 mit Koordinierungsfunktion;
- 4–6 Pflegehelfer/innen (OSS);
- 1–2 Gesundheitsfachkräfte mit rehabilitativen Aufgaben;
- 1 Arzt, der 4,5 Stunden pro Tag an 6 Tagen in der Woche anwesend ist.

Der BLR 413/2025 enthält operative Leitlinien für die Aktivierung der im PNRR vorgesehenen territorialen Strukturen, darunter die GKH, wobei das DM 77/2022 übernommen und an die Autonome Provinz Bozen angepasst wurde.

Auf der Grundlage nationaler und provinzialer Standards (BLR 438/2022) ist eine maximale Planung von 214 Betten für die Intermediärbetreuung vorgesehen, die ausgewogen auf die Gesundheitsbezirke verteilt werden sollen. Davon werden 80 Betten den drei neu eingerichteten GKH zugewiesen:

GKH	**Betten**
Meran (31.12.2027)	20
Bozen (31.12.2028)	40
Neumarkt (30.06.2029)	20

Um die im PNRR vorgesehenen Ziele zu erreichen, werden zwei GKH als Ersatz und vorübergehend mit folgenden Ressourcen aktiviert:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

GKH	Betten
Krankenhaus Meran (29.05.2026)	10
Krankenhaus Bozen (03.06.2026)	10

Unabhängig von den GKH gibt es 68 Betten für die Intermediärbetreuung in privaten vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen, die sich wie folgt auf die Gesundheitsbezirke verteilen:

Gesundheitsbezirke	Betten
Bozen	31
Meran	15
Brixen/ Bruneck	22

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist aufgefordert, einen Plan für die Verteilung der Betten für die Intermediärbetreuung auf das gesamte Gebiet der Provinz zu erstellen. Bis zur Fertigstellung der endgültigen Standorte der neuen Betreuungszentren wird der Südtiroler Sanitätsbetrieb durch entsprechende Beschlüsse eine vorläufige Verteilung der Betten vornehmen, mit dem Ziel:

- allen Patienten den gleichen Zugang zur Intermediärbetreuung zu gewährleisten;
- den AAM die Möglichkeit zu bieten, Patienten in angemessener Weise aufzunehmen;
- den Krankenhäusern zu ermöglichen, Patienten innerhalb einer angemessenen Frist nach der Lösung ihrer Gesundheitsprobleme zu entlassen.

Die derzeitigen und künftigen Betten der öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen werden in koordinierter Weise verteilt und den fünf WONE zugeordnet.

Hinsichtlich der Organisation der GKH und der Betten für die Intermediärbetreuung, der Beziehungen zu anderen Einrichtungen, des Krankheitsprofils der zu betreuenden Patienten, der Personalstandards, der strukturellen Anforderungen und der zu gewährleistenden Informationsflüsse wird auf die Bestimmungen des BLR 413/2025 verwiesen.

2.11. Integrierte und koordinierte Betreuungspfade

Um der Chronizität wirksam entgegenzutreten, ist es unerlässlich, integrierte Behandlungswege zu entwickeln, die Gesundheitsfachpersonal, Krankenhäuser, lokale Einrichtungen und den Sozial- und Gesundheitssektor einbeziehen.

In Südtirol basiert der Ansatz zur Behandlung chronischer Erkrankungen auf der Umsetzung von PDTA. Mit dem BLR 366/2024 wurden die PDTA für Herzinsuffizienz, Typ-2-Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und rheumatoide Arthritis aktualisiert. Darüber hinaus ist die Definition und Umsetzung weiterer Konzepte für häufig auftretende Erkrankungen und für gefährdete und fragile Patientengruppen vorgesehen.

Im Laufe der Jahre 2026 und 2027 werden in den Gemeinschaftshäusern Hub und Spoke auf dem Gebiet Südtirols schrittweise die Diagnostisch-Therapeutisch-Pflegerischen Versorgungspfade (PDTA) für Personen mit COPD, Diabetes mellitus Typ 2 und Herzinsuffizienz eingeführt.

Die Einführung des PDTA für Menschen mit rheumatoider Arthritis ist bis 2028 vorgesehen.

Ebenfalls bis zum 31. Dezember 2028 ist die Einführung eines PDTA für Menschen mit Demenz vorgesehen, das sektorenübergreifend zwischen dem Krankenhausbereich und den Gemeinschaftshäusern der vier Gesundheitsbezirke (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) integriert wird. Diese Entscheidung trägt der hohen Prävalenz der Erkrankung, ihren erheblichen Auswirkungen auf die Betroffenen, deren Familien sowie die Gesundheits- und Sozialdienste Rechnung und verfolgt das Ziel, eine integrierte Versorgung unter gesundheitlichen, sozialen und häuslichen Gesichtspunkten sicherzustellen.

Bis zum 31. Dezember 2028 wird darüber hinaus ein PDTA für Personen mit vorausgegangenem Myokardinfarkt eingeführt, das ebenfalls sektorenübergreifend zwischen dem Krankenhausbereich und den

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gemeinschaftshäusern des gesamten Landesgebiets (Gesundheitsbezirke Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) umgesetzt wird.

Aus klinisch-organisatorischer Sicht stehen der PDTA „Myokardinfarkt" und der PDTA „Herzinsuffizienz" in engem Zusammenhang. In vielen Versorgungsrealitäten stellt der Versorgungspfad für Patienten nach einem Myokardinfarkt eine der wichtigsten Eintrittspforten in den Versorgungspfad für Herzinsuffizienz dar. Die ischämische Herzerkrankung nach einem Infarkt zählt zu den häufigsten Ursachen für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz. Daher ist eine koordinierte und integrierte Planung dieser beiden Versorgungspfade von wesentlicher Bedeutung.

Die koordinierte Umsetzung der Behandlungspfade basiert auf einem Prozess der Patientenstratifizierung, der es ermöglicht, den erforderlichen Versorgungsgrad zu definieren. Diese Stratifizierung wird von Fachärzten des Südtiroler Sanitätsbetriebes durchgeführt.

Die für die Jahre 2026, 2027 und 2028 vorgesehene Planung gliedert sich nach folgendem Umsetzungsplan:

Jahr	PDTA	Aktivierung
2026	**COPD**	GH Brixen (Spoke) bis 31.07.2026 GH Leifers (Spoke) bis 31.07.2026 GH Innichen (Spoke) bis Ende 2026 GH Bruneck (Hub) bis Ende 2026
	Diabetes mellitus Typ 2	GH Mals und Naturns (Spoke) bis 01.06.2026 GH Innichen (Spoke) bis 31.12.2026 GH Bozen (Hub) bis 31.12.2026 GH Brixen (Spoke) bis 31.03.2026
	Chron. Herzinsuffizienz	GH Bruneck (Hub) bis Ende 2026 Konsolidierung des Versorgungsmodells in den bereits aktiven Standorten Mals und Naturns
2027	**COPD**	GH Meran (Hub) bis 31.03.2027
	Diabetes mellitus Typ 2	GH Meran (Hub) bis 31.07.2027 GH Bruneck (Hub) bis zum 31.03.2027
	Chron. Herzinsuffizienz	GH Meran, Mals und Naturns bis zum 30.11.2027 GH Bozen bis zum 31.12.2027 GH Innichen bis zum 31.12.2027
2028	**Rheumatoide Arthritis**	Einführung des zwischen Krankenhaus und Gemeinschaftshäusern integrierten PDTA auf dem gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028 (Gesundheitsbezirke Bozen, Meran, Brixen und Bruneck).
	Demenz	Einführung des zwischen Krankenhaus und Gemeinschaftshäusern integrierten PDTA auf dem gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028. Die Wahl dieses Versorgungspfades ist durch die hohe Prävalenz der Erkrankung, ihre erheblichen Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Familien sowie durch die Notwendigkeit begründet, die Integration von gesundheitlichen, sozialen und häuslichen Versorgungsmaßnahmen zu stärken.
	Myokardinfarkt	Einführung des zwischen Krankenhaus und Gemeinschaftshäusern integrierten PDTA auf dem gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028. Dieser Versorgungspfad steht in engem Zusammenhang mit dem PDTA Herzinsuffizienz, da die ischämische Herzerkrankung nach einem Myokardinfarkt eine der Hauptursachen für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz darstellt und zugleich eine der häufigsten Eintrittspforten in den entsprechenden Versorgungspfad bildet.

Die Umsetzung der integrierten Betreuungspfade erfordert eine stärkere operative Einbindung der AAM und KAfW. Diese sind aufgrund ihrer kontinuierlichen Beziehung zu den Patienten, ihrer Kenntnis der Krankengeschichte, der familiären und sozialen Situation sowie der territorialen Versorgungsressourcen

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

zentrale Akteure für die Identifikation, Aktivierung und Begleitung der Patienten innerhalb der Betreuungspfade.

Im Rahmen des GSKV wird die aktive Beteiligung der AAM an den integrierten Betreuungspfaden und am Management chronischer Erkrankungen ausdrücklich gestärkt. Der Arzt des Vertrauens übernimmt dabei eine wesentliche klinische Verantwortung für die Anwendung des jeweiligen Betreuungspfades, für die kontinuierliche Beobachtung des Krankheitsverlaufs und für die Abstimmung mit den fachärztlichen und territorialen Diensten.

Für den Zeitraum 2026–2028 ist daher vorgesehen, die Rolle der AAM und KAfW in den prioritären PDTA systematisch zu definieren und operativ umzusetzen. Dies betrifft insbesondere die Betreuungspfade für Typ-2-Diabetes mellitus, COPD, Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis sowie, in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand, Parkinson, Demenz und weitere chronische bzw. komplexe Erkrankungen.

Die Aufgabe der AAM und KAfW beginnt bereits bei der frühzeitigen Identifikation geeigneter Patienten. Diese kann insbesondere anhand von Ticketbefreiungen, Diagnosen, Verschreibungsdaten, Medikamentenprofilen, klinischen Registern, Krankenhausentlassungen, fachärztlichen Rückmeldungen und Hinweisen aus der Hausbetreuung erfolgen. Ziel ist es, Patienten nicht erst bei Verschlechterung oder Krankenhausaufnahme in einen Betreuungspfad einzubinden, sondern bereits im Sinne der Medizin der Initiative frühzeitig und proaktiv zu identifizieren.

Nach der Identifikation erfolgt eine erste klinische Einordnung und Stratifizierung nach Schweregrad, Komplexität, Komorbiditäten, funktionellem Zustand und Betreuungsbedarf. Diese Stratifizierung erfolgt in Abstimmung mit den fachärztlichen Referenzstrukturen und, soweit verfügbar, unter Nutzung digitaler Instrumente und standardisierter Einschätzungskriterien. Dabei soll klar definiert werden, welche Patienten überwiegend durch die Grundversorgung betreut werden können, welche eine regelmäßige fachärztliche Mitbetreuung benötigen und welche aufgrund ihrer Komplexität eine multiprofessionelle Betreuung über GH, UCCP, Hausbetreuung oder UVM benötigen.

Die Einschreibung in den jeweiligen PDTA soll über die vorgesehenen digitalen Instrumente erfolgen, insbesondere über ePDTA, Garsia oder zukünftige betriebliche Softwarelösungen. Dabei ist sicherzustellen, dass die betroffenen Akteure – AAM, KAfW, Fachambulatorien, Pflege, WONE, UCCP und Hausbetreuung – auf die für die Betreuung notwendigen Informationen zugreifen können und die jeweiligen Verantwortlichkeiten nachvollziehbar dokumentiert werden.

Für die Patienten innerhalb der PDTA sollen definierte Follow-up-Intervalle festgelegt werden. Diese umfassen die regelmäßige klinische Kontrolle durch den AAM oder KAfW, die geplanten fachärztlichen Kontrolluntersuchungen, die erforderlichen diagnostischen Leistungen, die Überprüfung der Therapieadhärenz, die Bewertung von Risikofaktoren und Komplikationen sowie die Anpassung des individuellen Betreuungsplans. Die Follow-up-Planung soll dabei den Schweregrad und die Komplexität der Erkrankung berücksichtigen und unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden.

Ein wesentliches operatives Element ist die direkte oder erleichterte Vormerkung von PDTA-relevanten Leistungen. Für prioritäre Betreuungspfade sollen reservierte oder dedizierte Slots für diagnostische und fachärztliche Leistungen vorgesehen werden, auf die die AAM und KAfW gemäß festgelegten Kriterien zugreifen können. Dadurch sollen Wartezeiten reduziert, die Versorgungskontinuität verbessert und eine rechtzeitige fachärztliche Mitbetreuung gewährleistet werden.

Die AAM und KAfW übernehmen zudem eine zentrale Rolle im Patient Empowerment. Dazu gehören die Aufklärung über die Erkrankung, die Förderung gesunder Lebensstile, die Unterstützung der Therapieadhärenz, die Beratung zu Selbstmanagement und Früherkennung von Warnzeichen sowie die Einbindung der Angehörigen. Diese Aufgaben sind insbesondere bei chronischen Erkrankungen entscheidend, um Komplikationen zu vermeiden und die aktive Beteiligung der Patienten an ihrem Betreuungsweg zu stärken.

Die Umsetzung der PDTA muss eng mit den neuen territorialen Strukturen verknüpft werden. Die AAM und KAfW fungieren dabei als Verbindung zwischen Patienten, GH, UCCP, Fachambulatorien, WONE, Hauskrankenpflege, UVM und, soweit erforderlich, Krankenhausdiensten. Die GH sollen als bevorzugter Ort für multiprofessionelle Abstimmung, PDTA-bezogene Leistungen, kleine Dringlichkeiten, Patientenschulung und telemedizinische Unterstützung genutzt werden.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Für die operative Umsetzung wird folgende Aufgabenmatrix vorgesehen:

Aufgabe des AAM/KAfW	Operative Umsetzung
Identifikation geeigneter Patienten	über Ticketbefreiungen, Diagnosen, Medikamentenprofile, Register, Krankenhausentlassungen, fachärztliche Rückmeldungen und Hinweise aus der Hausbetreuung
Erste klinische Einordnung und Stratifizierung	nach Schweregrad, Komplexität, Komorbiditäten und Betreuungsbedarf, in Abstimmung mit Fachärzten und ggf. digitalen Instrumenten
Einschreibung in den PDTA	über ePDTA, Garsia oder zukünftige betriebliche Softwarelösungen
Follow-up	definierte Kontrollintervalle durch AAM/KAfW, Fachambulatorien und weitere beteiligte Dienste
Vormerkung PDTA-relevanter Leistungen	reservierte oder dedizierte Slots für diagnostische und fachärztliche Leistungen nach festgelegten Kriterien
Patient Empowerment	Schulung, Lebensstilberatung, Therapieadhärenz, Selbstmanagement, Einbindung von pflegenden Angehörigen
Schnittstellenmanagement	Zusammenarbeit mit GH, UCCP, Fachambulatorien, WONE, Hausbetreuung, UVM, 116117 und Krankenhausdiensten
Monitoring	Erfassung eingeschriebener Patienten, Follow-up-Kontrollen, Wartezeiten, Komplikationen, Hospitalisierungen und Ergebnisindikatoren

Die Umsetzung dieser Rolle erfordert ein abgestimmtes Betriebsmodell, das klinische Kriterien, organisatorische Abläufe, digitale Instrumente, Vormerkmodalitäten, Zuständigkeiten und Monitoringindikatoren klar festlegt. Ziel ist es, die PDTA im Zeitraum 2026–2028 von einzelnen klinischen Pfaden zu einem realen Steuerungsinstrument für die proaktive, integrierte und wohnortnahe Betreuung chronisch kranker und fragiler Patienten weiterzuentwickeln.

Ein Schlüsselelement der Umsetzung wird die Digitalisierung der PDTA sein. Die Vorbereitungsarbeiten für die Digitalisierung des Pfades für COPD sind bereits im Gange. Anschließend werden auch die PDTA für Typ-2-Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und rheumatoide Arthritis digitalisiert.

2.12. Sozio-sanitäre Integration

Eine grundlegende Voraussetzung für eine wirksame Governance ist der Aufbau einer stabilen und strukturierten Beziehung zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb – in seinen territorialen Gliederungen (Gesundheitsbezirke, Gesundheitssprengel) – und den Bezirksgemeinschaften sowie dem Betrieb für Sozialdienste Bozen. Diese Verbindung ist unerlässlich, damit lokale Planungsinstrumente wie der Plan der wohnortnahen Tätigkeiten und der Sozialplan auf gemeinsame Gesundheitsziele ausgerichtet sind, wobei Menschen mit chronischen Erkrankungen und pflegebedürftigen Personen besondere Aufmerksamkeit zukommt.

Ziel ist es, eine integrierte und kontinuierliche Betreuung zu fördern, die Pflege, Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung während des gesamten Lebenszyklus umfasst. Um angemessen auf die Komplexität der Bedürfnisse reagieren zu können, ist eine enge Verbindung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsystem unerlässlich.

In diesem Zusammenhang stellt die Anlaufstelle für Pflege- und Betreuungsangebote (SUAC), die im LG 13/1991 vorgesehen und im LSP bestätigt wurde, den Bezugspunkt für die Bürger dar und bietet konkrete Antworten auf ihre Bedürfnisse.

Die UVM hingegen legen die am besten geeigneten Betreuungsformen für Menschen mit hohem Pflegebedarf und in besonders sozial schwachen Verhältnissen fest. Die UVM sind ein grundlegendes organisatorisches Instrument zur Förderung der multiprofessionellen Integration. Auf der Grundlage der von der UVM durchgeführten Bewertung und unter aktiver Einbeziehung der betreuten Person, ihrer Familienangehörigen oder ihres gesetzlichen Vertreters erstellt das multidisziplinäre Team den IBP, der die therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Bedürfnisse in integrierter Form ermittelt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Einen wesentlichen Baustein der soziosanitären Integration stellt das Lebensprojekt dar, das eine ganzheitliche, personenzentrierte Ausrichtung der Unterstützungsangebote ermöglicht, bei der die individuellen Lebensperspektiven und Teilhabemöglichkeiten der Person im Mittelpunkt stehen.

Gemäß den Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention führte Italien mit dem gesetzesvertretenden Dekret Nr. 62/2024 das Recht auf ein individuelles, personalisiertes und partizipatives Lebensprojekt ein. Das Dekret regelt die Definition der Behinderung, die Grundbewertung, angemessene Vorkehrungen sowie die multidimensionale Bewertung als Grundlage für die Planung und Umsetzung personenzentrierter Unterstützungsmaßnahmen.

Ziel ist die Förderung von Selbstbestimmung, sozialer Teilhabe und Lebensqualität durch eine koordinierte Planung von Unterstützungsmaßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Wohnen, Arbeit, Bildung und Freizeit. Das Lebensprojekt stützt sich auf eine multidimensionale Bewertung nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und orientiert sich an der UN-Behindertenrechtskonvention.

Für Südtirol hat die Landesregierung mit dem Beschluss Nr. 626 vom 07.08.2026 „Richtlinien für die Erstellung des Lebensprojekts" die organisatorischen und verfahrenstechnischen Grundlagen für die Umsetzung geschaffen. Die Richtlinien regeln Zuständigkeiten, Antragsverfahren, multidimensionale Bewertung, Ausarbeitung, Umsetzung und Monitoring des Lebensprojekts. Die Pilotphase startete im September 2026 und dient der Vorbereitung auf die landesweite Anwendung ab dem 1. Jänner 2027.

Mit dem gesetzesvertretenden Dekret Nr. 62/2024 wurde die Grundbewertung neu geregelt. Sie dient der Feststellung von Behinderung anhand der Klassifikationssysteme ICD und ICF sowie standardisierter Bewertungsinstrumente. In Südtirol wird die Grundbewertung künftig durch die Rechtsmedizin durchgeführt. Die daraus gewonnenen Informationen werden künftig eine zentrale Grundlage für die Ausarbeitung des individuellen Lebensprojekts darstellen und die personenzentrierte Planung von Unterstützungs- und Teilhabemaßnahmen stärken. Derzeit können jedoch auch Personen ein Lebensprojekt beantragen, deren Behinderung noch nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen anerkannt wurde. So soll eine engere Verbindung zwischen der Feststellung des Unterstützungsbedarfs und der personenzentrierten Planung der erforderlichen Leistungen und Unterstützungsmaßnahmen geschaffen werden.

Die neue Gesetzgebung verlangt einen Perspektivenwechsel: Nicht mehr die angebotenen Dienste stehen im Mittelpunkt, sondern die persönlichen Lebensziele der Person. Das Lebensprojekt wird dabei zum verbindenden Instrument zwischen sozialen, gesundheitlichen und gemeindenahen Unterstützungsangeboten. Die formelle Einführung entsprechender Verfahren, Rollen und Dokumentationsstandards befindet sich derzeit in der Umsetzungsphase.

Vom 01.09.2026 bis zum 31.12.2026 wird in Südtirol eine Pilotphase aktiv sein. Die Erkenntnisse aus dieser Phase werden für die definitive Umsetzung 2027 zur Erstellung des Lebensprojektes genutzt. Die Begleitung der Pilotphase erfolgt durch eine Steuerungsgruppe mit VertreterInnen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Schule und Arbeit.

Da die neue Grundbewertung in Südtirol durch die Rechtsmedizin derzeit noch nicht aktiviert wurde, werden Lebensprojekte aktuell weiterhin nach den bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen erstellt. Das System befindet sich somit in einer Übergangsphase. Mit der Einführung der neuen Grundbewertung werden künftig umfassendere Informationen zu Funktionsfähigkeit, Ressourcen und Unterstützungsbedarf zur Verfügung stehen, die eine gezieltere und personenzentrierte Ausgestaltung des Lebensprojekts ermöglichen werden.

2.13. Einheit für die multidimensionale Einschätzung (UVM)

Mit dem BLR 1281/2018 wurde erstmals offiziell das Konzept der multidimensionalen, multiprofessionellen und multidisziplinären Einschätzung in Bezug auf die Betreuung von gebrechlichen und chronisch kranken Personen in der Provinz in den LGD aufgenommen.

Dieser Beschluss sah allgemein eine Reihe von Maßnahmen vor und nahm damit die Instrumente des Ministerialdekrets 77/2022 um einige Jahre vorweg, das die territoriale Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene unter dem Blickwinkel der Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit reformierte.

Mit dem BLR 67/2025 wurden die Leitlinien für die häusliche Betreuung und die Einheit für die multidimensionale Bewertung in der Autonomen Provinz Bozen verabschiedet, wobei die UVM als zentrales Instrument für die integrierte Betreuung gebrechlicher und pflegebedürftiger Patienten anerkannt wurden.

Die UVM haben die Aufgabe, die gesundheitlichen, sozialen und pflegebezogenen Bedürfnisse von Menschen umfassend und integriert zu bewerten, insbesondere wenn es sich um komplexe Situationen wie Pflegebedürftigkeit, fortgeschrittene Chronizität oder soziale und gesundheitliche Fragilität handelt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die UVM führen eine multidimensionale Einschätzung der Bedürfnisse unter klinischen, funktionellen und sozialen Aspekten durch, wobei sie einheitlich die von den Regionen festgelegten Methoden, Verfahren und Instrumente zur multidimensionalen Einschätzung anwenden, auch in Bezug auf die verschiedenen Phasen des Betreuungsprojekts (Art. 29 und 30 des Dekretes des Ministerratspräsidenten WBS 2017). Das Team der Fachpersonen, die der UVM angehören, besteht hauptsächlich aus:

- AAM des Betreuten, in dessen Abwesenheit der Referent der VGM,
- Bezugskrankenpfleger,
- Bezugssozialassistent.

Bei spezifischen Problemen, die besondere Fachkenntnisse erfordern, kann die UVM auf anderes Fachpersonal ausgeweitet werden.

Die UVM wird von folgenden Stellen koordiniert:
- dem Dienst für Basismedizin
- der territorialer Pflegedienstleiter

Diese sind für den reibungslosen Ablauf der UVM verantwortlich.

Die multiprofessionelle Einschätzung ermöglicht es, ein integriertes Betreuungsprojekt (IBP) zu definieren, mit dem die am besten geeigneten Ressourcen aktiviert und eine Fragmentierung der Ressourcen und Interventionsziele vermieden werden können. Es ist für Patienten in IHB und UCP-DOM vorgesehen.

Zu den vorrangigen Aufgaben der UVM gehört auch die Benennung eines Case Managers (Fallverantwortlichen), der auf der Grundlage des vorherrschenden Bedarfs und des formulierten Plans bestimmt wird.

Auf der Grundlage der Einschätzung durch die UVM und unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Person und ihrer Familie oder ihres Betreuers erstellt das integrierte Team den IBP, der die entsprechend der Intensität des Bedarfs abgestimmten Maßnahmen enthält.

Das IBP legt auch die Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Modalitäten der Tätigkeit des Gesundheits-, Sozial- und Pflegefachpersonal fest, die an der Betreuung der Person beteiligt sind, sowie den Beitrag der Familie und anderer Personen, die an der Umsetzung mitwirken (Gesetz 234/2021). Das IBP definiert die therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Bedürfnisse der Person. Im Bereich der häuslichen Betreuung werden Maßnahmen bevorzugt, die den Verbleib der betreuten Personen in ihrer eigenen Wohnsituation fördern, indem die verfügbaren formellen und informellen Ressourcen aktiviert werden (Dekret des Ministerratspräsidenten 12/01/2017).

Die Meldungen zur Aktivierung der UVM erfolgen auf Initiative des Krankenhausarztes, des AAM, der Krankenpflege, des Sozialdienstes oder des Facharztes.

Innerhalb des Jahres 2026 wird die UVM in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck vollständig implementiert. Im Gesundheitsbezirk Bozen wird die Implementierung in allen Gesundheitssprengeln bis zum 30.06.2027 abgeschlossen.

2.14. Familienberatungsstellen

Familienberatungsstellen sind multidisziplinäre sozio-sanitäre Dienste zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie bieten Familien, Paaren und Einzelpersonen Beratung und Hilfe bei sozialen, psychologischen, gynäkologischen, sexuellen, partnerschaftlichen, erzieherischen und rechtlichen Problemen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf Notsituationen, Situationen der Schwäche und familiären Konflikten liegt. Familienberatungsstellen stehen allen Bürgern offen, unabhängig von ihrem Wohnort oder ihrer Staatsangehörigkeit, und bieten kostenlose Dienstleistungen an.

Mit dem BLR 419/2024 wurden die Leitlinien für die Neuorganisation der Familienberatungsstellen in der Autonomen Provinz Bozen verabschiedet. Mit dem BLR 133/2025 wurden die Tarifordnung und das Finanzierungssystem der Familienberatungsstellen aktualisiert, und mit dem LG 5/2025 wurden die Organisation und die Arbeitsweise der Familienberatungsstellen in Südtirol geregelt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wurde beauftragt, die Neuorganisation der Familienberatungsstellen umzusetzen und deren Tätigkeit auf der Grundlage der erwähnten Rechtsvorschriften zu optimieren.

Die Ziele der Neuorganisation sind folgende:

- Reform der öffentlichen Familienberatungsstellen, um sie an die aktuellen Bedürfnisse und gesetzlichen Vorgaben anzupassen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Vernetzung der so reformierten öffentlichen Familienberatungsstellen mit den privaten vertragsgebundenen Familienberatungsstellen, um Überschneidungen bei Dienstleistungen und Angeboten zu vermeiden, wobei gleichzeitig die geltenden Vereinbarungen mit den privaten Beratungsstellen auf der Grundlage der neuen Rechtsvorschriften aktualisiert werden;
- eine Verbindung zwischen den von den Familienberatungsstellen angebotenen Aktivitäten und der Sozial- und Gesundheitspolitik herstellen, um ein möglichst angemessenes Angebot zu gewährleisten;
- die territoriale Versorgung stärken, um die Krankenhäuser zu entlasten, eine flächendeckende Versorgung und Kontrolle der Leistungen zu gewährleisten sowie die Integration in das jeweilige Gebiet durch kompetentes und qualifiziertes Personal zu fördern;
- Erfüllung der Anforderungen des Ministerialdekrets 77/2022 und Planung der Integration zwischen den Aktivitäten der Familienberatungsstellen und denen der GH;
- Pflege des Informationssystems für die Familienberatungsstellen (SICOF), um die Kontrolle der WBS zu vervollständigen und die Qualität der klinischen und administrativen Daten zu verbessern.

Das Ministerialdekret 77/2022 („Verordnung zur Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst") sieht eine Beratungsstelle pro 20.000 Einwohner (für Südtirol also 25-26) vor, mit der Möglichkeit einer Familienberatungsstelle pro 10.000 Einwohner in Binnen- und ländlichen Gebieten.

Die Reorganisation der öffentlichen und vertragsgebundenen Familienberatungsstellen wird im Sinne eines integrierten HUB- und SPOKE-Modells fortgeführt. Ziel ist es, einen gerechten und niederschwelligen Zugang, eine koordinierte multidisziplinäre Betreuung, die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten, die Verknüpfung mit der sozio-sanitären Planung sowie die funktionale Integration mit den Gemeinschaftshäusern sicherzustellen. Dabei übernehmen die Familienberatungsstellen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung, Prävention, Schwangerschafts- und Elternschaftsbegleitung, Familienunterstützung sowie in der Förderung der sexuellen, reproduktiven und partnerschaftlichen Gesundheit.

Für die Planperiode 2026–2028 sind insbesondere folgende Entwicklungsschwerpunkte vorgesehen:

- **Umsetzung des landesweiten HUB- und SPOKE-Modells der Familienberatungsstellen** sowie deren funktionale Integration in die Gemeinschaftshäuser und das Netzwerk der wohnortnahen Versorgung. Dabei arbeiten Hebammen, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Psychologinnen/Psychologen und Sozialassistentinnen/Sozialassistenten in integrierten multidisziplinären Teams zusammen.
- **Sicherstellung multidisziplinärer Basisteams**, bestehend aus Hebammen, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Psychologinnen/Psychologen und Sozialassistentinnen/Sozialassistenten, zur Gewährleistung einer ganzheitlichen und familienzentrierten Betreuung.
- **Ausbau der Angebote zur sexuellen, reproduktiven und partnerschaftlichen Gesundheit**, einschließlich Beratung zur Verhütung, Familienplanung und Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen durch Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen, ergänzt durch psychologische und soziale Beratung.
- **Stärkung der Begleitung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft** durch Hebammen in enger Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen/Gynäkologen, Psychologinnen/Psychologen und Sozialassistentinnen/Sozialassistenten, insbesondere bei Situationen von Vulnerabilität oder erhöhtem Unterstützungsbedarf.
- **Förderung der psychischen Gesundheit und des familiären Wohlbefindens** durch psychologische Beratung, Unterstützung bei familiären Konflikten, Trennungssituationen, Belastungen rund um Schwangerschaft und Elternschaft sowie durch Maßnahmen der Frühen Hilfen.
- **Stärkung der sozialen Beratung und Netzwerkkoordination** durch die Sozialassistentinnen und Sozialassistenten, insbesondere zur Aktivierung sozialer Ressourcen, Begleitung vulnerabler Familien sowie Vernetzung mit Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Familiendiensten.
- **Weiterentwicklung standardisierter Betreuungs-, Beratungs- und Zuweisungspfade**, welche die Zusammenarbeit der Berufsgruppen fördern und die Kontinuität der Versorgung zwischen Krankenhaus, Gemeinschaftshaus, Familienberatungsstelle und territorialen Diensten gewährleisten.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- **Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen** für Frauen, Jugendliche, Paare und Familien durch interprofessionelle Angebote der Hebammen, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Psychologinnen/Psychologen und Sozialassistentinnen/Sozialassistenten.
- **Vollständige Implementierung und Nutzung des Informationssystems SICOF** zur Dokumentation, Qualitätssicherung, Leistungssteuerung und Evaluation der multidisziplinären Tätigkeit aller Berufsgruppen.
- **Stärkung der Zusammenarbeit mit den privaten vertragsgebundenen Familienberatungsstellen**, um eine flächendeckende, koordinierte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Vertragsgebundene Beratungsstellen	
Einrichtung	**HUB/SPOKE**
AIED - Bozen	**HUB**
ARCA - Bozen	**HUB**
Kolbe - Bozen	**HUB**
Kolbe - Leifers	SPOKE
Kolbe - Brixen	SPOKE
Kolbe - Sterzing	SPOKE
Kolbe - Meran	**HUB**
Lilith - Meran	**HUB**
MESOCOPS - Bozen	**HUB**
MESOCOPS - Neumarkt	SPOKE
FABE - Bozen SPOKE (*)	**SPOKE (*)**
FABE – St. Ulrich	SPOKE
FABE - Schlanders	SPOKE
FABE - Meran	SPOKE
FABE - Bruneck	SPOKE

* zu prüfen, ob sie die Anforderungen eines HUB-Standorts erfüllt oder weiterhin als SPOKE-Standort fungiert

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat Folgendes festgelegt:

- die für die Koordination (im Bereich Gynäkologie, Geburtshilfe und Psychologie) der HUB- und SPOKE-Standorte auf Bezirksebene erforderlichen Personen;
- den einzigen Ansprechpartner für das gesamte Beratungsnetzwerk der Provinz (gemeinsam für öffentliche und private Familienberatungsstellen).

Darüber hinaus wurde eine einheitliche Software (Fenix) erworben, die für alle Beratungsstellen verfügbar ist und zur Erfassung der erbrachten Leistungen gemäß dem mit BLR 133/2025 genehmigten Tarifverzeichnis der von Familienberatungsstellen in der Autonomen Provinz Bozen erbringbaren Leistungen dient, um den ministeriellen SICOF-Datenfluss zu implementieren, der die wichtigsten Informationen und Daten über die Aktivitäten der Familienberatungsstellen erfasst, wie in Gesetz 405/1975 i.g.F. und gemäß den Bestimmungen von Art. 24 des Dekrets des Ministerratspräsidenten vom 12.01.2017 festgelegt.

Für die Umstrukturierung der Beratungsstellen auf Bezirksebene ist Folgendes erforderlich:

- Neudefinition der Governance-Struktur für die Familienberatung auf Betriebsebene;
- Definition einheitlicher betrieblicher Betreuungs- und Leistungsstandards;
- Integration der Pläne der wohnortnahen Aktivitäten auf Betriebs- und Bezirksebene (in Zusammenarbeit mit den Bezirksgemeinschaften) mit den Aktivitäten der Familienberatung;
- Definition und Implementierung des einheitlichen Zuganges;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Koordinierung der Aktivitäten der HUB- und SPOKE-Standorte der Familienberatungsstellen;
- Vernetzung mit privaten Familienberatungsstellen, Bezirksgemeinschaften und anderen Organisationen zur Förderung der Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen;
- Organisation von trimestralen Treffen mit den privaten Familienberatungsstellen des eigenen Gesundheitsbezirks;
- Monitorisierung der Tätigkeiten der Familienberatungsstellen;
- Definition geeigneter Performance- und Governance-Indikatoren zur Überprüfung der Angemessenheit und Qualität des Leistungsangebotes;
- Erstellung eines Jahresberichts über die Aktivitäten der Familienberatungsstellen.

2.15. Netzwerk für Palliativversorgung

Der PNRR und das Ministerialdekret 77/2022 sehen auch den Ausbau des Netzwerks für Palliativversorgung für Patienten jeden Alters vor, die nicht im Endstadium einer Krankheit sind.

Besonderes Augenmerk gilt dabei der frühzeitigen Erkennung von Fragilität und komplexen Versorgungsbedürfnissen. Die Palliativversorgung soll zunehmend bereits in frühen Krankheitsphasen in die Betreuung chronisch erkrankter Menschen integriert werden und nicht ausschließlich auf die terminale Lebensphase beschränkt bleiben.

Die Palliativversorgung ist nicht auf die terminale Krankheitsphase beschränkt, sondern kann bereits in frühen Phasen chronisch-degenerativer Erkrankungen ergänzend zu krankheitsgerichteten Behandlungen eingesetzt werden, um Symptome zu kontrollieren und die Auswirkungen funktioneller Einschränkungen zu verhindern oder abzumildern.

Palliativversorgung gilt als Bestandteil der wohnortnahen Betreuung, die in allen Bereichen gewährleistet sein muss: im häuslichen Umfeld, in ambulanten Einrichtungen, in Wohnheimen und in den Hospizen. Palliativnetzwerke müssen nach national festgelegten Kriterien akkreditiert sein (Vereinbarung zwischen Staat und Regionen vom 27. Juli 2020).

Hinsichtlich der Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung ist mindestens eine Einheit für die häusliche Palliativversorgung (UCP-DOM) je 100.000 Einwohner sowie eine Kapazität von 8 bis 10 Betten je 100.000 Einwohner vorzusehen.

Im Einklang mit den nationalen Akkreditierungskriterien und den Vorgaben des DM 77/2022 wird eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der UCP-DOM sowie der stationären Palliativversorgung angestrebt. Der Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung 2025 sieht eine schrittweise Erhöhung der Hospizkapazitäten bis 2028 vor.

Die Weiterentwicklung des Netzwerks zielt darauf ab, die Betreuungs- und Versorgungskontinuität für Palliativpatienten in allen Gesundheitsbezirken schrittweise auszubauen und eine möglichst flächendeckende Erreichbarkeit der Dienste sicherzustellen. Die Palliativversorgung muss unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche, zugänglich sein, Zur Gewährleistung der Versorgungskontinuität sind entsprechende ärztliche und pflegerische Rufbereitschaftsdienste vorzusehen.

Die Koordination erfolgt über die WONE, um die Übernahme und Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten.

Die Palliativversorgung muss in die allgemeine medizinische Versorgung, in die Familien- und Gemeinschaftspflege sowie in die sozialen und fachärztlichen Dienste integriert werden. Die Telemedizin wird gefördert, um den Zugang in peripheren Gebieten zu verbessern und ihn für diese fragile Bevölkerungsgruppe zu erleichtern.

Bei komplexen klinischen und sozialen Situationen erfolgt die multidimensionale Bewertung durch die UVM mit Erstellung eines Integrierten Betreuungsprojektes (IBP), um eine personenzentrierte und koordinierte Versorgung sicherzustellen.

Für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzen muss das Personal speziell in den vom Staat-Regionen- Abkommen vom 10. Juli 2014 vorgesehenen Kompetenzen geschult werden. Die kontinuierliche Weiterbildung und die Verbreitung der Palliativversorgung sowohl im Bereich der Erwachsenen als auch im Bereich der Kinderheilkunde wird ausdrücklich angestrebt und gefördert.

Die Aktivitäten der Palliativnetzwerke müssen anhand von Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht werden, die in den Informationsflüssen SIAD und Hospize enthalten sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Für den Ausbau des Palliativnetzwerks hat die Autonome Provinz Bozen den Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung 2025 (BLR 66/2025) verabschiedet, dessen Schwerpunkt auf folgenden Zielen, und erforderlichen Maßnahmen liegt.

- Bis 2028 eine Abdeckung von 90 % der für Palliativversorgung berechtigten Bevölkerung zu erreichen (1.460 Personen: 1.373 Erwachsene und 87 Minderjährige).
- Anpassung an die Standards des Ministerialdekrets 77/2022 bis Juni 2026.
- Im Rahmen der verfügbaren Ressourcen, Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung rund um die Uhr an 7 Tage in der Woche in allen Gesundheitsbezirken, soweit es die verfügbaren Ressourcen zulassen.
- Ausbau des pädiatrischen Netzwerks durch die Einrichtung eines pädiatrischen Hospizes bis 2027/2028.
- Integration der Palliativversorgung in die PDTA für chronische und onkologische Erkrankungen.
- Förderung der kontinuierlichen Weiterbildung und des Wissensaustauschs im Bereich der Palliativversorgung

Das Netzwerk der Palliativversorgung für Erwachsene umfasst derzeit:

- 1 komplexe Struktur für die Betreuung von Erwachsenen
- 5 aktive UCP-DOM, jeweils eine in den vier Gesundheitsbezirken sowie eine zweite UCP-DOM im Gesundheitsbezirk Bozen, welche das Gebiet Überetsch und Unterland abdeckt.
- 3 Hospize mit 29 aktiven Betten, deren Zahl bis 2028 schrittweise auf 42–52 Betten erhöht werden soll.
- Ambulatorien für die simultane Palliativversorgung, die in allen Gesundheitsbezirken aktiv sind.

Das Netzwerk für pädiatrische Palliativversorgung besteht derzeit aus:

- 1 einfacher Struktur für die Betreuung von Kindern
- 1 UCP-DOM für pädiatrische Palliativversorgung, welche das gesamte Gebiet der Provinz abdeckt.
- 1 Landesreferenzzentrum Palliativversorgung und Schmerztherapie für das pädiatrische Netzwerk.

Die Einrichtung eines Zentrums für pädiatrische Palliativversorgung in Tisens ist für 2028 geplant.

Die folgenden Maßnahmen sind erforderlich, um das Netzwerk für Palliativversorgung in Südtirol weiter zu stärken:

- Auf organisatorischer Ebene:
  - Abschluss der Akkreditierung der Netzwerke für Palliativversorgung für Erwachsene und Kinder.
  - Einrichtung neuer Hospizbetten (Brixen, Bozen).
  - Realisierung des Kinderhospizes.
  - Stärkung des Informatiknetzwerkes (digitale Krankenakten, Telemedizin).
  - Einrichtung eines 24-Stunden-Bereitschaftsdienstes für Ärzte und Pflegepersonal.
- Auf Bildungsebene:
  - Multidisziplinäre Kurse, Praktika und Betreuung für Mitarbeiter, die im Bereich der Palliativversorgung tätig sind.
  - Interdisziplinärer Kurs in Palliativversorgung, organisiert in Zusammenarbeit mit dem Universitären Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe „Claudiana" in Bozen.
  - 3 Stipendien für Ärzte, die in der Spezialisierung für Medizin und Palliativmedizin eingeschrieben sind.
- Auf Ebene der Zusammenarbeit:
  - Aktive Einbeziehung von AAM, KAfW, SWH, Sozialdienste und Gemeinschaftshäuser.
  - Zusammenarbeit mit Freiwilligenverbänden (Ausbildung, Unterstützung, Diffusion).
  - Integration mit Krankenhaus- und Territorialdiensten

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.16. Versorgung fragiler Patienten

Die frühzeitige Identifikation, Bewertung und Betreuung fragiler Patienten stellt einen strategischen Schwerpunkt der territorialen Versorgung im Zeitraum 2026–2028 dar. Dabei handelt es sich insbesondere um ältere Menschen, Personen mit Multimorbidität, chronischen Erkrankungen, funktionellen Einschränkungen sowie einem erhöhten Risiko für Pflegebedürftigkeit. Die demografische Entwicklung und die Zunahme komplexer Versorgungsbedarfe erfordern eine integrierte, proaktive und personenzentrierte Betreuung dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Im Einklang mit den Vorgaben des Ministerialdekrets Nr. 77/2022 sowie den technischen Leitlinien von AGENAS zu den multiprofessionellen Teams in den Gemeinschaftshäusern wird die Betreuung fragiler Personen als zentraler Auftrag der territorialen Versorgung weiter ausgebaut

Im Zeitraum 2026–2028 soll die frühzeitige Erkennung von Fragilität weiter gestärkt werden. Besonderes Augenmerk gilt Menschen ab 75 Jahren sowie Personen mit komplexem gesundheitlichem, pflegerischem oder sozialem Unterstützungsbedarf. Ziel ist es, Risikosituationen möglichst früh zu erkennen und geeignete Unterstützungsmaßnahmen rechtzeitig zu aktivieren. Die Identifikation kann über verschiedene Zugangswege erfolgen, insbesondere über Hausärzte, die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, die Hausbetreuung, die Gemeinschaftshäuser, die Krankenhäuser sowie die Sozialdienste.

Zentrale Instrumente der Betreuung sind die multidimensionale Bewertung (UVM), das Integrierte Betreuungsprojekt (IBP), proaktive Hausbesuche sowie ein strukturiertes multiprofessionelles Case Management. Diese Instrumente ermöglichen eine ganzheitliche Einschätzung gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Bedürfnisse sowie die Planung koordinierter Versorgungsmaßnahmen. Die Funktion des Case Managers gewährleistet dabei die kontinuierliche Begleitung der Betroffenen und die Abstimmung zwischen den beteiligten Diensten und Berufsgruppen.

Ein wesentliches Ziel besteht in der weiteren Vernetzung der Gesundheits- und Sozialdienste. Die Kontinuität der Versorgung soll insbesondere an den Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Gemeinschaftshäusern, Gesundheitssprengeln, Hausbetreuung, WONE, Intermediärbetreuung, Palliativversorgung und Sozialdiensten sichergestellt werden. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit und die gemeinsame Versorgungsplanung sollen dazu beitragen, Versorgungsbrüche zu vermeiden und eine koordinierte Betreuung über die gesamte Versorgungskette hinweg zu gewährleisten.

Ziel bis 2028 ist die weitere Verbesserung der Versorgungskontinuität, die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufnahmen und Notaufnahmezugänge sowie die Förderung eines möglichst langen Verbleibs im häuslichen Umfeld. Gleichzeitig sollen die Autonomie, die Lebensqualität und die soziale Teilhabe fragiler Menschen durch integrierte und multiprofessionelle Versorgungsmodelle nachhaltig unterstützt werden.

2.17. Prävention im Gesundheitsbereich

Gemäß GvD 502/1992 und nachfolgenden Änderungen hat das Departement für Gesundheitsvorsorge (DP) die Aufgabe, Maßnahmen zur Ermittlung und Bekämpfung der Ursachen von umwelt-, menschen- und tierbedingten Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten zu fördern. Diese Aktivitäten werden in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitssprengeln, den anderen Departements des Sanitätsbetriebes und den verbindlichen Formen der Zusammenarbeit (FVCO) des Sanitätsbetriebes, sowie unter Einbeziehung von Fachpersonal verschiedener Disziplinen durchgeführt.

Um eine effiziente Organisation und eine gründliche territoriale Erfassung zu gewährleisten, die für wirksame Präventionsmaßnahmen von grundlegender Bedeutung sind, ist für jedes DP eine maximale Bevölkerungszahl von 500.000 Einwohnern vorgesehen.

Das DP arbeitet unter Einhaltung der zugewiesenen Ziele und der verfügbaren Ressourcen gemäß einem mit der Direktion vereinbarten Jahresarbeitsplan. Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention von Krankheiten und Beeinträchtigungen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität zu schützen.

Im Bereich der Primärprävention und der Kontrolle von Umwelt- und Klimafaktoren agiert das DP innerhalb eines koordinierten Netzwerks mit dem Ziel, einen systemischen Ansatz für die Bewertung und Kontrolle der Auswirkungen von Umweltbelastungen auf das Wohlbefinden von Menschen und Gemeinschaften zu gewährleisten. Dieser Ansatz drückt sich in der Entwicklung integrierter Maßnahmen und Entscheidungsszenarien aus, die eng mit der territorialen Gesundheitsversorgung und den GH verbunden sind.

In diesem Zusammenhang umfasst das Präventionsdepartement (DP) Experten für Gesundheit und Umwelt, die eine operative Verbindungsfunktion zu den GH wahrnehmen. Letztere sind der bevorzugte Ort für die konkrete Umsetzung der Präventionsstrategie und gewährleisten unter der Leitung des DP und des betrieblichen öffentlichen Gesundheitsdienstes koordinierte Maßnahmen sowohl auf individueller als auch auf Gemeinschaftsebene.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die Tätigkeit des DP zeichnet sich durch einen multidisziplinären und sektorübergreifenden Ansatz aus, der dem Grundsatz Gesundheit in allen Sektoren folgt wobei sich die Tätigkeitsbereiche auf folgende Bereiche erstrecken:

- universelle Prävention,
- prädiktive Medizin,
- geschlechtsspezifische Medizin,
- Prävention bei Risikogruppen,
- Prävention von Komplikationen und Rückfällen.

Das gewählte Organisationsmodell begünstigt eine flächendeckende Präsenz im Gebiet, wodurch das DP die Möglichkeit hat:

- die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen;
- die Ressourcen der Gemeinschaft ethisch zu verwalten (Stewardship);
- die Selbstbestimmung und das Empowerment der Bürger zu fördern.

In diesem Zusammenhang werden die GH zum Dreh- und Angelpunkt der Integration von Prävention, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, indem sie einen kohärenten, nachhaltigen und bürgernahen Dienst anbieten. Was den Südtiroler Sanitätsbetrieb betrifft, so muss das Koordinierungsmodell zwischen dem Territorium, den GH und dem DP noch festgelegt werden.

2.18. Telemedizin

Das Ministerialdekret 77/2022 erkennt die Telemedizin als strategisches Instrument an, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern und die Integration zwischen den verschiedenen Gesundheitsdiensten zu fördern. Zu den Bereitstellungsmodalitäten gehören: Televisite, Telekonsil, Telemonitoring, Teleassistenz und Telerehabilitation.

Die Autonome Provinz Bozen fördert interoperable Plattformen, die einen sicheren Austausch von Gesundheitsdaten und deren Integration in die elektronische Gesundheitsakte (EGA) gewährleisten.

Zur Umsetzung der im PNRR festgelegten Ziele im Bereich der Telemedizin hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb ein betriebliches Organisationsmodell für die Telemedizindienste definiert und genehmigt. Dieses bildet gemeinsam mit dem Strategieplan für die Telemedizin 2026–2028 den organisatorischen und strategischen Rahmen für die weitere Entwicklung der telemedizinischen Versorgung.

Jahr	Zu erreichendes Ziel	Erreichtes Ziel
T4 2024	848*	2.654
T3 2025	5.565	7.645
T3 2026	13.250	13.502

* Neufestgelegtes Ziel, ursprünglich auf 2.650 Personen festgelegt

Das in den ministeriellen Meilensteinen vorgesehene Ziel mit Frist zum 10. September 2026 wurde erreicht. Das angestrebte Ziel von 13.250 betreuten Personen mit den verschiedenen Arten von Dienstleistungen (Televisite, Telekonsil, telemedizinische Betreuung, Telemonitoring) wurde mit der Übermittlung an die ministerielle PNT-Plattform im Juli 2026 erreicht.

Der Strategieplan sieht eine weitere schrittweise Entwicklung der Telemedizin entlang folgender Handlungsfelder vor: Governance und Strategie, Standardisierung der Versorgungsprozesse, technologische und anwendungsbezogene Implementierung, administrative Abstimmung, Change Management und Schulung, Performance- und Qualitätsmonitoring sowie Aufbau eines betrieblichen Dienstleistungszentrums für Telemedizin. Die Umsetzung erfolgt stufenweise über den Dreijahreszeitraum: 2026 steht im Zeichen der organisatorischen und technischen Einrichtung und Inbetriebnahme, 2027 der Umsetzung und Ausweitung und 2028 der Konsolidierung der Prozesse sowie des Governance- und Monitoringsystems.

Aus technologischer Sicht bildet die betriebliche Plattform Pohema den Anwendungskern der Telemedizindienste. Im Zeitraum 2026–2028 sind insbesondere die Weiterentwicklung der Plattform, die

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

schrittweise Integration mit den betrieblichen und externen Informationssystemen, die Inbetriebnahme der erforderlichen medizinischen und nichtmedizinischen Geräte sowie die Weiterentwicklung der Dienste für Televisite, Telekonsil, Telemonitoring und Teleassistenz vorgesehen.

Parallel dazu werden die operativen Abläufe der telemedizinischen Leistungen erhoben, gemeinsam mit den zuständigen klinischen Fachpersonen validiert und in standardisierte betriebliche Verfahren überführt. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der vollständigen Nachverfolgbarkeit der Leistungen, der administrativen und datenschutzrechtlichen Absicherung, der Schulung der beteiligten Fachpersonen sowie der Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen bei der Nutzung digitaler Versorgungsangebote.

Zur Bewertung der Umsetzung wird ein strukturiertes Performance- und Qualitätsmonitoring entwickelt. Dieses baut auf den Indikatoren der Nationalen Telemedizin-Plattform auf und soll durch betriebliche Kennzahlen ergänzt sowie schrittweise mit den betrieblichen Informationssystemen und Berichtsinstrumenten verknüpft werden. Zudem ist die Einrichtung eines betrieblichen Dienstleistungszentrums vorgesehen, das insbesondere die technische Unterstützung sowie die logistische Verwaltung der im Rahmen des Telemonitorings eingesetzten Geräte gewährleistet.

In Übereinstimmung mit den PDTA entwickelt der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen integrierten Ansatz für jede der telemedizinischen Modalitäten (Telemedizinische Visite, telemedizinische Beratung, telemedizinische Beobachtung, telemedizinische Betreuung und telemedizinische Rehabilitation).

Die weitere Entwicklung der Telemedizin erfolgt entsprechend den Zielsetzungen und Maßnahmen des betrieblichen Strategieplans für die Telemedizin 2026–2028 sowie unter Berücksichtigung der geltenden staatlichen und landesrechtlichen Vorgaben, der verfügbaren Ressourcen und der Ergebnisse der betrieblichen Evaluierungen.

2.19. Informationssysteme und ministerielle Datenflüsse

Alle wohnortnahen operativen Einheiten müssen mit digitalen Mitteln ausgestattet sein, die in der Lage sind, digitale Gesundheitsdokumente zu erstellen, die den nationalen Standards entsprechen, und den Austausch klinischer Daten zwischen dem an der Versorgung beteiligten Fachpersonal zu gewährleisten. Dies ist für die Schaffung eines Netzwerks integrierter und interoperabler Dienste unerlässlich.

Zu diesem Zweck muss jede operative Einheit über eine technologische und informationstechnische Infrastruktur verfügen, die mit den regionalen und nationalen Systemen kompatibel ist, wie z. B.:

- Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), MyCivis;
- Einheitliche Vormerkzentrale (CUP), System der Gesundheitskarte (Tessera Sanitaria) und PagoPA;
- telemedizinische Plattformen
- Elektronische Gesundheitsakte (FSE) und Ökosystem der Gesundheitsdaten (EDS);
- Neues Gesundheitsinformationssystem (NSIS)

Die Informationssysteme der Sprengel müssen in der Lage sein:

- auf den auf Landes- und nationaler Ebene vorgesehen Framworks für Identifizierung, Authentifizierung, Autorisierung und die Bereitstellung digitaler Dienste basieren;
- die bereits bestehenden und verbreiteten Vormerkungs- und Zahlungssysteme nutzen;
- Integration in die Plattform des Sistema-TS des MEF für die korrekte Verwaltung der dematerialisierten Rezepte und der elektronischen Therapiepläne;
- sich in die auf Landesebene eingesetzte Telemedizinplattform integrieren, um sowohl die bereitgestellten Funktionen zu nutzen als auch eine korrekte Leistungsabrechnung und -dokumentation sicherzustellen;
- digitale Dokumente zur Einspeisung in die elektronische Gesundheitsakte (FSE) und das Ökosystem der Gesundheitsdaten (EDS) erstellen, auch unter Berücksichtigung der im Rahmen des PNRR vorgesehenen Weiterentwicklungen;
- mit den vom FSE über das EDS bereitgestellten Anwendungsdiensten interoperabel zusammenarbeiten, um die Prozesse der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation zu unterstützen;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die für das Monitoring der wohnortnahen Versorgung auf Landes- und Staatsebene erforderlichen Daten bereitstellen und dabei die bereits aktiven Informationsflüsse (FAR, SIAD, HOSPICE, SIAR, SICOF, SISM, SIND, AVN) sowie die im Aufbau befindlichen Informationsflüsse (SIOC, SIAP) speisen.

Die verfolgte Strategie sieht vor, soweit möglich, die bereits bestehenden und in den verschiedenen operativen Kontexten aktiven Softwareprogramme zu nutzen, um die Ressourcen zu optimieren und die Kontinuität der Prozesse zu gewährleisten. Für neue Bereiche oder Bereiche, die noch nicht durch geeignete IT-Lösungen abgedeckt sind, wird hingegen die Implementierung neuer spezifischer Softwareprogramme gefördert, um den Anforderungen des territorialen Gesundheitssystems an Digitalisierung und Innovation zeitnah gerecht zu werden.

Die digitalen Instrumente der UCCP sollen insbesondere die multiprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen. Dazu zählen interoperable Informationssysteme, gemeinsame Dokumentation, Patient Summary, Telekonsile, gemeinsame Terminplanung und digitale Werkzeuge zur Erstellung und Aktualisierung individueller Betreuungspläne.

Dienst	Software	Status	Anmerkung
Leitstelle für nicht dringende Gesundheitsversorgung 116117	Life1st	Pilotphase	Im Gesundheitsbezirk Bozen in der Pilotphase eingeführt
Krankenpflege-ambulatorien	SisTer	Im Einsatz	
Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)	Garsia COT	Im Einsatz	
Familienberatungs-stellen	Fenix	Im Einsatz	In vertragsgebundenen Beratungsstellen im Einsatz, in öffentlichen Beratungsstellen noch zu implementieren
Integration mit den Sozialdiensten	Keine Software im Einsatz	Zu analysieren	
Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit	SIAVr	Im Einsatz	
Intermediärbetreuung	Garsia COT	Im Einsatz	
Sportmedizin	MdS	Im Einsatz	Die technologische Weiterentwicklung des Systems ist vorgesehen.
Gemeinschaftskranken-häuser	NGH (ADT, Abteilungskartei) Garsia COT	Im Einsatz	
Integrierte und koordinierte Behandlungspfade / PDTA	Garsia (PDS) Betreuungspfade	Wird analysiert	
Screening-Programme	Screening	Im Einsatz	Es ist vorgesehen, das System im Rahmen des Nationalen Präventionsplans 2026-2031 zu ersetzen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dienst	Software	Status	Anmerkung
Blutentnahmestelle	Concerto IKIS	Im Einsatz	Es ist vorgesehen, sie durch das entsprechende Modul von NGH CUP zu ersetzen
Einheitliche Anlaufstelle (PUA)	PUA-Verwaltung: CUPWeb BDPA	Im Einsatz	Es ist vorgesehen, CUPWeb durch NGH CUP zu ersetzen. Es ist vorgesehen, die BDPA technologisch zu aktualisieren.
Netzwerk für Palliativversorgung	Hospize: NGH (ADT, Abteilungskartei) Häusliche Palliativversorgung zu Hause UCP-DOM: SisTer Ambulante Palliativversorgung: NGH ambulant	Im Einsatz	
Primärversorgung durch AAM/KAfW	Ambulanzsoftware des einzelnen AAM/KAfW Portal für AAM	Im Einsatz	Das AAM-Portal ist bereits in einige Softwareprogramme integriert (Verwaltungsmanagement ADI, Anforderung von Heilbehelfen und nicht dringenden Krankentransporten sowie Verwaltung von Therapieplänen). Weitere Integrationen mit Garsia COT, Garsia PdS, SisTer, Verwaltung der Vertretungen, Erfassung der Sonderleistungen und Pohema sind geplant.
Ambulante Facharztleistungen	NGH ambulant Weitere spezifische ambulante Software (Metaclinic diabetologische Verwaltung usw.)	Im Einsatz	
Grundlegende Diagnostikleistungen	NGH ambulant Kidò (Schnittstelle mit Instrumenten)	Im Einsatz	
Leistungen für psychische Gesundheit	MENTA IKIS	Im Einsatz	Es ist vorgesehen, sie durch SisTer und NGH zu ersetzen
Leistungen bei Suchterkrankungen	PoIntGeDi	Im Einsatz	
Hausbetreuung	SisTer	Im Einsatz	Derzeit im Einsatz bei den ambulanten Pflegediensten der Sprengel und der Rehabilitation am Wohnort. Zur Implementierung für den territorialen pneumologischen Dienst vorgesehen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Dienst	Software	Status	Anmerkung
Telemedizin	Pohema	Im Einsatz	Derzeit im Einsatz für telemedizinische Visiten. Zukünftige Entwicklungen für telemedizinische Beratung, -Beobachtung und -Betreuung.
Integriertes Vormerkungssystem	CUPweb Sanibook	Im Einsatz	Es ist vorgesehen, CUPWEB mit NGH CUP zu ersetzen
Anlaufstelle für Pflege- und Betreuung (SUAC)	Keine Software im Einsatz	Zu analysieren	
Einheit für Betreuungskontinuität (UCA)	Keine Software im Einsatz	Zu analysieren	
UVM	SisTer	Zu analysieren	Entwicklung eines Moduls für die Verwaltung in SisTer

Im Bereich der Konnektivität verfolgt der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Ziel, die WLAN-Abdeckung schrittweise auf alle Gemeinschaftshäuser, Gesundheitssprengel und wohnortnahen Einrichtungen auszuweiten. Dadurch soll der Zugang zu digitalen Diensten gewährleistet, die Verwaltung von Vormerkungen vereinfacht, die Entwicklung telemedizinischer Angebote gefördert sowie die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Bürgern verbessert werden. Eine zuverlässige drahtlose Konnektivität stellt eine wesentliche Voraussetzung für den Einsatz digitaler Lösungen zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung sowie für die operative Mobilität des Gesundheitspersonals dar.

Im Rahmen dieses Programms wurden in den letzten drei Monaten des Jahres 2025 vier neue WLAN-Anlagen in den Gemeinschaftshäusern von Brixen und Klausen sowie in den Gesundheitssprengeln Sterzing und Pikolein in Betrieb genommen. Im ersten Halbjahr 2026 wurden weitere Anlagen in den Gemeinschaftshäusern von Innichen, Loew Cadonna, Mals, Naturns und Leifers sowie im Gesundheitssprengel Prad am Stilfserjoch errichtet und aktiviert. Bis Ende 2026 ist die Fertigstellung der WLAN-Anlage im Gemeinschaftshaus Bruneck vorgesehen.

Die Maßnahmen zur Ausweitung und Verstärkung der WLAN-Netze werden auch in den Jahren 2027 und 2028 fortgesetzt. Die Einführung des neuen Betrieblichen Gesundheitsinformationssystems (NSISA) sowie die schrittweise Einführung der Anwendungslösung SisTer erfordern leistungsfähige und sichere drahtlose Verbindungen für den Einsatz von Tablets und mobilen Endgeräten durch das Gesundheitspersonal. Dadurch werden die Einsichtnahme in klinische Daten sowie deren Erfassung direkt am Behandlungsort erleichtert.

Die neuen WLAN-Infrastrukturen werden unter Einhaltung der geltenden Anforderungen an die Informationssicherheit geplant und umgesetzt. Parallel zu den Anpassungsmaßnahmen in bestehenden Einrichtungen wurde auch der Prozess zur Errichtung von Anlagen in Neubauten überarbeitet. Dabei wird ein integrierter Ansatz verfolgt, der bereits in der Planungsphase eine Abstimmung zwischen den infrastrukturellen und informationstechnischen Anforderungen ermöglicht und somit Zeit, Kosten und Wirksamkeit der Maßnahmen optimiert.

Was die ministeriellen Datenflüsse zur Überprüfung der qualitativen und quantitativen Standards der wesentlichen Betreuungsstandards betrifft, wird im Folgenden der derzeitige Stand wiedergegeben:

- FAR (Informationssystem für die stationäre und teilstationäre Betreuung). Der Informationsfluss wird derzeit nahezu ausschließlich von den Seniorenwohnheimen gespeist, die in die Zuständigkeit der Abteilung Soziales der Autonomen Provinz Bozen fallen. Eine Ausweitung des Systems auf die Langzeitpflegeeinrichtung Firmian des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist vorgesehen.
- SIAD (Informationssystem für die häusliche Betreuung). Der Informationsfluss ist vollständig implementiert und wird über die im Softwaresystem SisTer erfassten Betreuungsübernahmen verwaltet.
- HOSPICE (Monitoring der in den Hospizen erbrachten Versorgung). Der Informationsfluss ist bereits vollständig etabliert und wird für die nicht vertragsgebundenen Hospize über die Softwaresysteme

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

NGH und IKIS gespeist. Bis Ende 2026 erfolgt die vollständige Umstellung auf das Softwaresystem NGH.

- SICOF (Informationssystem zur Überwachung der Tätigkeiten der Familienberatungsstellen): Der Datenfluss ist für die vertzragsgebundenen Familienberatungsstellen bereits regulär in Betrieb und weist keine besonderen Schwierigkeiten auf. Die Ausweitung auf die öffentlichen Familienberatungsstellen ist vorgesehen, sobald diese ihre Leistungen über die Software Fenix erfassen und abrechnen.
- SIAR (Informationssystem zur rehabilitativen Versorgung): Der Datenfluss ist im Regelbetrieb und weist für die auf Landesebene festgelegte Struktur keine besonderen Probleme auf.
- SISM (Informationssystem für psychische Gesundheit). Der Informationsfluss ist bereits vollständig etabliert und weist derzeit keine besonderen Kritikalitäten auf. Es ist vorgesehen, schrittweise die ICD10-IM-Klassifikation für die im Informationsfluss kodierten Diagnosen einzuführen.
- SIND (Nationales Informationssystem für Suchterkrankungen – Drogenabhängigkeit). Der Informationsfluss ist bereits vollständig etabliert und weist keine besonderen kritischen Aspekte auf. Vorgesehen sind die schrittweise Einführung der ICD10-IM-Kodierungen für die innerhalb des Informationsflusses erfassten Diagnosen sowie die Vervollständigung der Datensätze durch die Integration mit dem Laborinformationssystem.
- AVN (Nationale Impfkartei). Der Informationsfluss ist bereits vollständig etabliert und weist keine besonderen kritischen Aspekte auf. Vorgesehen ist die Umstellung auf eine wöchentliche Datenübermittlung gemäß den ministeriellen Vorgaben.
- SIOC (Informationssystem zur Überwachung der von den Gemeinschaftskrankenhäusern erbrachten Leistungen). Der Informationsfluss ist bereits vollständig etabliert. Die Daten des zweiten Quartals 2026, die mit der Software NGH ADT erfasst wurden, wurden bereits übermittelt.
- SIAP (Informationssystem für die Grundversorgung): Der Datenfluss wurde bislang noch nicht aktiviert, da die bereitgestellten technischen Spezifikationen die Übermittlung der Daten zur Betreuungskontinuität (ärztlicher Bereitschaftsdienst und touristischer ärztlicher Bereitschaftsdienst) für den Zuständigkeitsbereich des Südtiroler Sanitätsbetriebes nicht ermöglichen;
- ÄAM und KÄfW erfüllen die Informationspflichten gemäß Art. 6 des GSKV.

2.19.1 Umsetzung des SIAP-Datenflusses in der Grundversorgung

Die Einführung des SIAP-Datenflusses stellt für den Zeitraum 2026–2028 einen zentralen Entwicklungsschritt für die Steuerung, Überwachung und Qualitätssicherung der Grundversorgung dar. Während bisher wesentliche Leistungsdaten der ÄAM, der KÄfW, der Betreuungskontinuität und der medizinischen Versorgung von Touristen nur teilweise bzw. über unterschiedliche Systeme verfügbar waren, schafft SIAP die Grundlage für eine einheitliche, strukturierte und national vergleichbare Datenerfassung im Bereich der Grundversorgung.

Der GSKV sieht ausdrücklich vor, dass die Ärzte die erforderlichen Informationsflüsse über die nationalen und regionalen Informationssysteme erfüllen. Dazu gehören insbesondere die korrekte Nutzung interoperabler Systeme, die Übermittlung der erforderlichen Leistungs- und Aktivitätsdaten, die Integration mit dem Sistema TS, der elektronischen Gesundheitsakte, der elektronischen Verschreibung und den weiteren von den zuständigen Behörden vorgesehenen digitalen Plattformen.

Mit dem Ministerialdekret vom 4. August 2025 wurde SIAP als nationales Informationssystem für die Grundversorgung eingeführt. Die Umsetzung dieses neuen Datenflusses betrifft insbesondere die Tätigkeiten der ÄAM und KÄfW, die Betreuungskontinuität, die touristische Betreuung sowie die weiteren Leistungen der medizinischen Grundversorgung. Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb bedeutet dies, dass die bestehenden digitalen Prozesse und Softwarelösungen der Grundversorgung schrittweise an die technischen, organisatorischen und qualitativen Anforderungen des SIAP angepasst werden müssen.

Im Zeitraum 2026–2028 ist daher eine gezielte SIAP-Readiness für die Grundversorgung aufzubauen. Diese umfasst insbesondere:

- die systematische Erhebung der in der Grundversorgung verwendeten Softwarelösungen der AAM und KAfW;
- das Mapping der für SIAP relevanten Datenquellen, Datenfelder und Leistungsarten;
- die Abstimmung mit den Herstellern der Ambulanzsoftware der AAM und KAfW;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- die Prüfung der Schnittstellen zwischen Ambulanzsoftware, AAM-Portal, Sistema TS, EGA, Patient Summary, ePDTA, Garsia, SisTer, Pohema und weiteren betrieblichen Systemen;
- die Definition der organisatorischen und technischen Datenverantwortlichkeiten;
- die Festlegung von Validierungs-, Kontroll- und Korrekturprozessen;
- die Durchführung von Testübermittlungen;
- die schrittweise produktive Aktivierung des SIAP-Datenflusses;
- die Nutzung der erhobenen Daten für Monitoring, Planung und Qualitätsverbesserung der Grundversorgung.

Besonders wichtig ist, dass SIAP nicht als rein administrativer Datenfluss verstanden wird, sondern als Steuerungsinstrument für die Weiterentwicklung der Grundversorgung. Die Verfügbarkeit strukturierter Daten soll es ermöglichen, Leistungen, Versorgungsvolumen, territoriale Unterschiede, Betreuungskontinuität, Zugänglichkeit, Inanspruchnahme und Entwicklungsbedarfe der Grundversorgung nachvollziehbar darzustellen.

Die SIAP-Umsetzung muss daher eng mit der Neuausrichtung der Grundversorgung, der Entwicklung der VGM/UCCP, der ärztlichen Präsenz in den Gemeinschaftshäusern, der Umsetzung der PDTA, der Hausbetreuung, der Betreuungskontinuität, der 116117 Leitstelle, der WONE und den digitalen Plattformen des Betriebes verknüpft werden. Nur durch diese Verbindung kann SIAP einen Beitrag zur tatsächlichen Steuerung der wohnortnahen Versorgung leisten.

Für die Umsetzung werden folgende Monitoringindikatoren vorgesehen:

- Anzahl der angebundenen AAM-/KAfW-Softwarelösungen;
- Anteil der AAM und KAfW mit aktivem SIAP-relevantem Informationsfluss;
- Anzahl erfolgreich übermittelter SIAP-Datensätze;
- Anteil fehlerhafter oder korrekturbedürftiger Datensätze;
- Zeitspanne zwischen Leistungserbringung und Datenverfügbarkeit;
- Anzahl der durchgeführten Testübermittlungen;
- Anzahl der aktivierten Schnittstellen zu betrieblichen und nationalen Systemen;
- Verfügbarkeit der SIAP-Daten für Monitoringberichte zur Grundversorgung;
- Nutzung der SIAP-Daten in der jährlichen Planung der wohnortnahen Tätigkeit und in den Bezirksplänen.

Ziel ist es, SIAP im Zeitraum 2026–2028 als stabilen und qualitativ verlässlichen Informationsfluss der Grundversorgung zu implementieren und die daraus verfügbaren Daten für die Planung, Steuerung, Qualitätsentwicklung und Bewertung der wohnortnahen Versorgung nutzbar zu machen.

2.20. Berufliche Entwicklung und Change Management

Die Umsetzung des PNRR – Mission 6 „Gesundheit" und die im Ministerialdekret 77/2022 vorgesehenen Veränderungen erfordern einen tiefgreifenden kulturellen und organisatorischen Wandel innerhalb des Gesundheitssystems. In diesem Zusammenhang ist die kontinuierliche und strukturierte berufliche Weiterentwicklung aller an der wohnortnahen und stationären Krankenhausversorgung beteiligten Berufsgruppen ein unverzichtbarer strategischer Faktor.

In die Weiterbildung zu investieren, bedeutet nicht nur, die medizinischen und organisatorischen Kompetenzen auf den neuesten Stand zu bringen, sondern auch das Gesundheitspersonal beim Umgang mit Veränderungen zu begleiten und eine gemeinsame und integrierte Vision der Betreuung zu fördern.

Zu den prioritären Bereichen zählen:

- Schulungen zur Umsetzung von PDTA für chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz, wie Typ-2-Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz und rheumatoide Arthritis. Ziel ist es, die Angemessenheit der Verschreibungen, die multiprofessionelle Koordination und die Integration zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Krankenhaus und territoriale Versorgung) zu verbessern.
- Die Entwicklung der Rolle des FuGKP durch die Definition des Berufsprofils und gezielte Ausbildungswege, die auf proaktive Betreuung, multidimensionale Einschätzung und die Erstellung des Gesundheitsprojekts ausgerichtet sind.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Die Aktivierung der UVM, die eine gemeinsame Ausbildung für AAM, Krankenpfleger und Sozialassistenten erfordert, mit dem Ziel, die Nutzung digitaler Instrumente und gemeinsamer elektronischer Patientenakten zu fördern.
- Die Bildung von Gemeinschaftsteams und die Stärkung des Community Building, die Bildungswege erfordern, die auf interinstitutionelle und multiprofessionelle Zusammenarbeit ausgerichtet sind.
- Die IHB, die spezifischen Kompetenzen in der Nutzung des Informationssystems SisTer und im personalisierten Umgang mit fragilen und chronisch kranken Patienten erfordert.

Die Umsetzung dieser Fortbildungsmaßnahmen erfolgt im Rahmen von jährlichen Betriebs- und Bezirksplänen in Zusammenarbeit mit akkreditierten Bildungseinrichtungen und wird anhand von Prozess- und Ergebnisindikatoren überwacht. Dazu gehören unter anderem der Prozentsatz des an den Fortbildungsmaßnahmen beteiligten Personals, die Anzahl der für die Verwaltung der PDTA qualifizierten Fachpersonen, der Grad der Aktivierung der UVM und der Präventionsteams sowie der Grad der Integration zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten.

3. IDENTIFIZIERUNG DER ZU OPTIMIERENDEN BEREICHE

Im Laufe der Jahre haben die Autonome Provinz Bozen und der Südtiroler Sanitätsbetrieb zahlreiche Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich gefördert sowie umgesetzt und damit zur Erreichung wichtiger Ziele im Bereich der öffentlichen Gesundheit beigetragen. Zu den bedeutendsten Ergebnissen zählen:

- Aktivierung der territorialen Strukturen: Der Prozess der Organisation der GH, WONE und OdC wurde in Übereinstimmung mit den nationalen Standards und mit dem Ziel der Stärkung der bürgernahen Versorgung eingeleitet.
- Ausbau der Hausbetreuung und der Palliativversorgung: Es wurde eine deutliche Ausweitung der integrierten Hausbetreuung und des Zugangs zur Palliativversorgung verzeichnet.
- Entwicklung der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege und der familienzentrierten Pflege: Die Umsetzung wurde begonnen und umfasst mittlerweile die meisten Gesundheitssprengel und häuslichen Krankenpflegedienste, mit einer zukünftigen Ausweitung auf den Bereich Mütter und Kinder und weiteren innovativen Entwicklungen wie proaktive Hausbesuche für Bürger ab 75 Jahre.
- Das Projekt zum Community Building wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, alle Ressourcen der Gemeinschaft durch verschiedene Formen der Beteiligung und den Beitrag lokaler Akteure wie Gesundheitsdienstleistern, Gemeinden, Fachpersonal, Patienten, pflegende Angehörige, Vereine und Organisationen des dritten Sektors zu valorisieren und aktiv einzubeziehen.

Es gibt jedoch weiterhin einige kritische Punkte und Verbesserungsmöglichkeiten, die strategische Aufmerksamkeit erfordern:

- Stärkung der territorialen Governance: Wie in vielen anderen Kontexten wurde auch in Südtirol historisch gesehen der Krankenhausversorgung Vorrang eingeräumt. Die Unklarheit hinsichtlich der Rollen und Zuständigkeiten sowie das Fehlen wirksamer Instrumente für die lokale Sozial- und Gesundheitsplanung erschweren die Koordinierung der territorialen Maßnahmen und die vollständige Integration der Dienste.
- Zunahme von Risikofaktoren, Chronizität und Fragilität: Die Alterung der Bevölkerung hat zusammen mit der Verbreitung von gesundheitsschädlichen Lebensweisen und negativen sozialen Determinanten zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Fragilität geführt. Dies ruft eine steigende Nachfrage nach kontinuierlicher, personalisierter und integrierter Versorgung hervor, was erhebliche Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit des Systems hat.
- Ungleichheiten beim Zugang zu Dienstleistungen: Es bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede zwischen urbanen und peripheren Gebieten in Bezug auf Zugänglichkeit, Wartezeiten, Verfügbarkeit von Facharztleistungen und Nähe der Einrichtungen, was sich negativ auf die Kontinuität der Versorgung auswirkt.
- Territoriale Ungleichheiten bei der Umsetzung der bürgernahen Versorgung: Die Umsetzung der neuen Strukturen und territorialen Organisationsmodelle schreitet in den verschiedenen Gesundheitssprengeln unterschiedlich schnell voran, was zu Ungleichheiten im Angebot und in der Qualität der Dienstleistungen führt.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Risiko der Fragmentierung der Versorgungswege und diagnostischer Verzögerungen: Die zunehmende Komplexität der Versorgungsbedürfnisse erfordert einen integrierten und multidisziplinären Ansatz. Die Fragmentierung zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen (Krankenhaus, Territorium, Allgemeinmedizin, Sozialdienste) und die mangelnde Interoperabilität der Informationssysteme behindern jedoch die Kontinuität und die Aktualität der Versorgung. Die begrenzte Verbreitung der Telemedizin und der Mangel an digitaler Schulung des Personals verschärfen das Problem zusätzlich.
- Mangel an technologischen und fachlichen Ressourcen: Das System steht aufgrund der Schwierigkeiten bei der Gewinnung qualifizierten Gesundheitspersonals unter zunehmen Druck. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit, die technologische Ausstattung zu modernisieren, um wirksame Diagnosen und Behandlungen sowie eine effiziente Gestaltung der Versorgungsprozesse zu gewährleisten.
- Noch unvollständige Digitalisierung: Die für die „Digital Health" vorgesehenen Standards sind nur teilweise umgesetzt. Die Ausbildung des Gesundheitspersonals und die aktive Einbeziehung der Patienten in die Nutzung digitaler Technologien sind noch begrenzt, was das volle Potenzial für Innovation, Effizienz und Zugänglichkeit beeinträchtigt. Es ist notwendig, die digitalen Kompetenzen zu stärken, die Einführung interoperabler Instrumente zu fördern und die Integration klinischer Daten in Gesundheitsinformationssysteme zu erleichtern.
- Telemedizin in unterschiedlichen Entwicklungsphasen: Einige Bereiche der Telemedizin sind bereits aktiv und funktionsfähig, wie beispielsweise die telemedizinische Beratung, die sich als die am weitesten verbreitete und etablierte Methode herausgestellt hat. Andere Bereiche, die aus organisatorischer und technologischer Sicht komplexer sind, befinden sich hingegen in der Entwicklungs- und Testphase. Dazu gehören die telemedizinische Überwachung und die telemedizinische Rehabilitation, die durch Pilotprojekte und die Integration in die betrieblichen PDTA zunehmend Gestalt annehmen. Für jeden Betreuungspfad wird ein Ansatz definiert, der mit den Zielen des PNRR und den Standards des Ministerialdekrets 77/2022 im Einklang steht.

4. STRATEGISCHE UND OPERATIVE ZIELE

Die strategischen Ziele bilden die mittelfristigen Leitlinien, die die Entwicklung des Systems der territorialen Gesundheitsversorgung bestimmen. Sie legen die Prioritäten für Maßnahmen fest, reagieren auf die sich abzeichnenden Bedürfnisse der Bevölkerung und setzen die nationale und lokale Gesundheitspolitik in konkrete Entwicklungsmaßnahmen um. In diesem Sinne stellen sie einen grundlegenden Bezugspunkt dar, um Kohärenz, Gleichberechtigung und Nachhaltigkeit im Laufe der Zeit zu gewährleisten.

Die operativen Ziele, die eng mit den strategischen Zielen verbunden sind, stellen deren praktische Umsetzung dar und leiten die Organisation der täglichen Aktivitäten, die Verteilung der Ressourcen, die Überwachung der Ergebnisse und die kontinuierliche Verbesserung der Dienstleistungen.

Zusammen bilden diese Ziele den Kern der Dreijahresplanung und stellen sicher, dass die wohnortnahe Betreuung in der Lage ist, zeitnah, integriert und individuell auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu reagieren, wobei Menschen mit chronischen Erkrankungen, fragilen oder sozial benachteiligten Menschen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

4.1. Strategische Ziele

Die strategischen Ziele des betrieblichen Plans für wohnortnahe Tätigkeiten 2026–2028 sind:

- Territoriale Governance: Stärkung der lokalen sozio-sanitären Planung, Förderung der Integration von Dienstleistungen und Strukturen, Gewährleistung der wohnortnahen Versorgung, Personalisierung und Nachhaltigkeit der Maßnahmen.
- Prävention von Chronizität: Stärkung der territorialen und häuslichen Betreuung, frühzeitige Übernahme der Betreuung, Kontinuität der Betreuung, Verringerung der Krankenhausaufenthalte.
- Gleichberechtigter Zugang: Bekämpfung territorialer Ungleichheiten, Entwicklung des Netzwerks zwischen Krankenhäusern und Territorium, Integration von Gemeinschaftshäusern und Gemeinschaftskrankenhäusern, Förderung der Inklusion.
- Schutz der fragilen Bevölkerungsgruppen: Minderung von Umwelt- und Sozialrisiken, Einleitung von Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsförderung, Stärkung der sozial-gesundheitlichen Integration.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Kontinuität der Behandlungswege: Überwindung der Fragmentierung der Versorgung, Aktivierung der WONE, Umsetzung der PDTA, Einführung multidisziplinärer und multiprofessioneller Modelle.
- Diagnostische Effizienz: Digitalisierung der klinischen und versorgungstechnischen Prozesse, Einsatz von Telemedizin, Einführung von Instrumenten der künstlichen Intelligenz, Verringerung von Diagnoseverzögerungen.
- Aufwertung des Gesundheitspersonals: Verhinderung des Mangels an qualifiziertem Fachpersonal, Investitionen in die Ausbildung, Anerkennung von Kompetenzen, Stärkung der Rolle der Gesundheitsberufe.

4.2 Operative Ziele

Die operativen Ziele des betrieblichen Plans für wohnortnahe Tätigkeiten 2026–2028 sind:

- Stärkung der territorialen Governance.
- Integration von Prävention und Gesundheitsförderung durch Festlegung eines Modells zur Koordinierung der GH mit dem DP.
- Neuorganisation der wohnortnahen Betreuung und der wohnortnahen Gesundheitsdienste durch die Umsetzung und Integration neuer Organisationsmodelle (CO 116117, WONE, GH, GKH).
- Verbesserung des Zugangs zu Dienstleistungen und der umfassenden Betreuung von Personen und Familien auf lokaler Ebene.
- Verbesserung der Betreuung von chronisch kranken und fragilen Bürgern.
- Stärkung der IHB.
- Verbesserung des Netzwerks der Palliativversorgung.
- Verbesserung der sozial-gesundheitlichen Integration.
- Gewährleistung eines strukturierten und kontinuierlichen Systems der beruflichen Weiterbildung für alle in der wohnortnahen Betreuung tätigen Personen, im Einklang mit den im Ministerialdekret 77/2022 und im PNRR – Mission 6 „Gesundheit" vorgesehenen Veränderungen.
- Definition und Umsetzung eines betrieblich einheitlichen, territorial anpassbaren Modells für die ärztliche Präsenz in den Gemeinschaftshäusern unter Einbindung der Grundversorgung, der VGM, der UCCP, der Betreuungskontinuität und der Schnittstellen zu WONE, 116117, UCA, Notaufnahmen und Fachambulatorien.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

5. Massnahmen und Zeitplan

Gebiet	2026	2027	2028
Territoriale Governance	Erfassung der verbleibenden Gesundheitssprengel und Festlegung des Plans zur Integration aller Gesundheitssprengel des Südtiroler Sanitätsbetriebes in das neue Organisationsmodell der wohnortnahen Tätigkeiten bis zum 30.06.2026 *(Betriebsdirektion).* Aktualisierung des betrieblichen Plans für die wohnortnahen Tätigkeiten 2026-2028 bis zum 31.10.2026 *(Betriebsdirektion)* Festlegung der jährlichen operativen Pläne der wohnortnahen Tätigkeiten der einzelnen Gesundheitsbezirke für 2027 bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aktualisierung des betrieblichen Plans für die wohnortnahen Tätigkeiten 2027-2029 bis zum 31.12.2027 *(Betriebsdirektion)* Festlegung der jährlichen operativen Pläne der wohnortnahen Tätigkeiten der einzelnen Gesundheitsbezirke für 2028 bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aktualisierung des betrieblichen Plans für die wohnortnahen Tätigkeiten 2028-2030 bis zum 31.12.2028 *(Betriebsdirektion)* Festlegung der jährlichen operativen Pläne der wohnortnahen Tätigkeiten der einzelnen Gesundheitsbezirke für 2029 bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Grundversorgung und integrierte Hausbetreuung	Schrittweise Umsetzung der häuslichen krankenpflegerischen Patientenakte gemäß Projektplan bis zum 31.12.2026 *(Gesundheitssprengel)* Schrittweise Erhöhung der Betreuung von Patienten ≥ 65 Jahren mit mindestens einem Hausbesuch bis zum 31.12.2026 *(Gesundheitssprengel)* Festlegung von Maßnahmen zur Institutionalisierung der Beziehungen zu den Bezugskrankenhäusern, den GH und den AAM/KAfW bis zum 30.06.2026 *(Betriebsdirektion)* Schrittweise Umsetzung der Maßnahmen zur Institutionalisierung der Beziehungen zu den Bezugskrankenhäusern, den GH und den AAM/KAfW bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Neubewertung der Beziehungen zu den Bezugskrankenhäusern, den GH, den GKH und den AAM/KAfW, Festlegung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Neubewertung der Beziehungen zu den Bezugskrankenhäusern, den GH, den GKH und den AAM/KAfW, Festlegung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Einheitlicher Stellenplan und neue Organisationslogik der Grundversorgung	Analyse der bestehenden ärztlichen Versorgung auf Arztwahlbasis und auf Stundenbasis; Erhebung der Auswirkungen des einheitlichen Stellenplans auf die Versorgung in den Bezirken und Gesundheitssprengeln bis 31.12.2026 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung)*	Umsetzung eines betrieblich einheitlichen Modells zur Verbindung der Tätigkeit auf Arztwahlbasis mit der stundenbezogenen Tätigkeit, insbesondere im Hinblick auf Gemeinschaftshäuser, Betreuungskontinuität und territoriale Programme bis 31.12.2027 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Evaluation der Auswirkungen auf Versorgungskontinuität, Erreichbarkeit, territoriale Abdeckung und Ressourceneinsatz; Anpassung des Modells auf Grundlage der Ergebnisse bis 31.12.2028 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
VGM – Vernetzte Gruppenmedizinen	Beginn der betriebsweiten Kartierung aller bestehenden VGM mit Erhebung von Einzugsgebiet, Zusammensetzung, Referent, zugeordnetem GH-HUB oder GH-SPOKE, funktionaler Anbindung an UCCP bzw. multiprofessionelle Organisationsformen, Öffnungszeiten, Tätigkeitsbereichen und Schnittstellen zu PDTA, Hausbetreuung, UVM, WONE, 116117, UCA, Fachambulatorien und Sozialdiensten bis 31.12.2026 (*Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me und Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung)* Erstellung eines Vorschlages für ein betriebliches Reglement zur Funktionsweise und dessen standardisierte Anpassung an die einzelnen VGM bis 31.12.2026 *(Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung)*	Umsetzung des VGM-Funktionsmodells in den Gesundheitsbezirken; Aufnahme der VGM-Reglements in die Funktionsordnung der jeweiligen Gemeinschaftshäuser und in die Bezirkspläne; Festlegung und Stärkung des Referentenmodells, der internen Organisationsmodalitäten und der verbindlichen Schnittstellen zu UCCP, GH, PDTA, Hausbetreuung und WONE bis 31.12.2027 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Evaluation der VGM anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren; Anpassung der Zuordnungen, Reglements und Schnittstellen auf Grundlage der Monitoringdaten; Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit Spezialisten-VGM und fachärztlichen Strukturen bis 31.12.2028 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
UCCP und interprofessionelle Integration	Definition des organisatorischen Zielmodells der UCCP bis 31.12.2026 *(Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung)*	Festlegung multiprofessioneller Kernteams, Definition standardisierter Versorgungsprozesse, Einführung regelmäßiger Fallkonferenzen, Einführung strukturierter UVM-/IBP-Prozesse innerhalb der UCCP, Einführung von Case-Management-Modellen und Integration von Telekonsilen und digitalen Teaminstrumenten bis 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Flächendeckende Anwendung standardisierter Betreuungsprozesse, Evaluierung der UCCP anhand landesweit definierter Indikatoren und Anpassung der Organisation auf Grundlage der Evaluation bis 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Gemeinschaftshäuser und ärztliche Präsenz	Festlegung der Funktionsordnung der einzelnen GH, die innerhalb 2026 aktiviert werden sollen *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx und Me)* Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Betreuungskontinuität), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Definition eines betrieblichen Modells für die ärztliche Präsenz in GH-HUB und GH-SPOKE unter Einbindung der AAM/KAfW, der Ärzte des einheitlichen Stellenplans und der stundenbezogenen Tätigkeit; Zuordnung der VGM zu den jeweiligen GH; Aufnahme der konkreten Präsenzmodelle in die Funktionsordnung der einzelnen GH bis 31.12.2026 *(Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung)* Definition des Bedarfs an ärztlicher Präsenz je GH-HUB und GH-SPOKE bis 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Festlegung der Funktionsordnung der einzelnen GH, die innerhalb 2027 aktiviert werden sollen *(Bezirksdirektionen Bz, Bx, Me)* Aufbau/Umstrukturierung und Planung der GH gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekrets 77/2022 für obligatorische Dienste und gemäß den festgelegten Akkreditierungskriterien – Inbetriebnahme der GH-HUB Neumarkt, Meran-HUB (Romstraße), GH-SPOKE Sterzing bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bx, Me)* Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Betreuungskontinuität), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Umsetzung und Stabilisierung der ärztlichen Präsenzmodelle in den aktivierten GH; Integration der ärztlichen Tätigkeit in PDTA, kleine Dringlichkeiten, chronische Betreuung, Prävention, Hausbetreuung, UVM und Schnittstellen zu WONE, 116117 und Notaufnahmen bis 31.12.2027 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Festlegung der Funktionsordnung der einzelnen GH, die innerhalb 2028 aktiviert werden sollen *(Bezirksdirektionen Bz und Bk)* Aufbau/Umstrukturierung und Planung der GH gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekrets 77/2022 für obligatorische Dienste und gemäß den festgelegten Akkreditierungskriterien – Inbetriebnahme der GH-SPOKE Abtei - Pikolein, GH-SPOKE Sarntal – Sarnthein bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz und Bk)* Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Betreuungskontinuität), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Evaluation der ärztlichen Präsenzmodelle anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren; Anpassung der Präsenzmodelle auf Grundlage der tatsächlichen Inanspruchnahme, der Versorgungsbedarfe und der Auswirkungen auf die Notaufnahmezugänge bis 31.12.2028 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Intermediärbetreuung und Gemeinschaftskrankenhäuser (GKH)	Aufbau/Umstrukturierung und Planung der im PNRR vorgesehenen GKH gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekrets 77/2022 und gemäß den festgelegten Akkreditierungskriterien – Inbetriebnahme des GKH Bozen Krankenhaus bis zum 03.06.2026, des GKH Meran Krankenhaus. bis zum 30.05.2026 *(Bezirksdirektionen Bozen und Meran)* Definition des Bedarfs an ärztlicher Präsenz, soweit vorgesehen, je GKH bis 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aufbau/Umstrukturierung und Planung der im PNRR vorgesehenen GKH gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekrets 77/2022 und gemäß den festgelegten Akkreditierungskriterien – Inbetriebnahme des GKH Meran (31.12.2027) Überwachung der Versorgungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Umsetzung und Stabilisierung der ärztlichen Präsenzmodelle in den aktivierten GKH bis 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aufbau/Umstrukturierung und Planung der im PNRR vorgesehenen GKH gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekrets 77/2022 und gemäß den festgelegten Akkreditierungskriterien – Inbetriebnahme des GKH Bozen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektion Bz)* Überwachung der Versorgungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Evaluation der ärztlichen Präsenzmodelle anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren; Anpassung der Organisationsmodelle bis 31.12.2028 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Versorgungssicherheit und Personalplanung	Jährliche Bedarfserhebung je Bezirk, Sprengel und VGM unter Berücksichtigung von Pensionierungen, Mangelsituationen, Patientenlast, peripheren Gebieten und besonderen Versorgungsbedarfen bis 31.12.2026 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Umsetzung gezielter Maßnahmen zur Sicherung der haus- und kinderärztlichen Versorgung, einschließlich befristeter Aufträge, Unterstützung in Mangelsprengeln und Nutzung vertraglicher Instrumente bis 31.12.2027 (*Amt für Grund- und*	Jährliche Aktualisierung der Bedarfsanalyse und Anpassung der Maßnahmen zur Gewährleistung einer gleichmäßigen territorialen Versorgung bis 31.12.2028 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
		wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)	
Community Building	Start des Pilotprojekts mit Ausarbeitung des Maßnahmenplans und Beginn seiner Umsetzung bis zum 31.12.2026 *(Betriebsdirektion und Bezirksdirektion Bozen)*	Umsetzung des Maßnahmenplans und Überwachung der Zusammenarbeit zwischen den Diensten bis zum 31.12.2027 *(Betriebsdirektion und Bezirksdirektion Bz)*	Evaluierung der Implementierung des Organisationsmodells und weitere Ausdehnung auf andere Gesundheitssprengel bis 31.12.2028 *(Betriebsdirektion und Bezirksdirektion Bz, Bk, Bx, Me)*
Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege (FuGKP)	Ausweitung der familienzentrierten Pflege gemäß dem operativen Plan bis zum 31.12.2026 *(Gesundheitssprengel)* Ausweitung der proaktiven familienzentrierten Hausbesuche für Bürger ≥75 Jahre bis zum 31.12.2026 *(Gesundheitssprengel)* Start der Umsetzung der familienzentrierten Pflege im Bereich der Geburtshilfe auf Krankenhausebene und im territorialen Bereich bis zum 31.12.2026 *(Pflegedirektion und Pflegedienstleitungen Bx und Bk)*	Abschluss der Ausweitung der familienzentrierten Betreuung gemäß dem operativen Plan bis zum 31.12.2027 *(Gesundheitssprengel)* Ausweitung der proaktiven familienzentrierten Hausbesuche für Bürger ≥75 Jahre bis zum 31.12.2027 *(Gesundheitssprengel)* Weitere Umsetzung der familienzentrierten Pflege im Bereich der Geburtshilfe auf Krankenhausebene und im territorialen Bereich bis zum 31.12.2027 *(Pflegedirektion und Pflegedienstleitungen Bx und Bk)*	Ausweitung der proaktiven familienzentrierten Hausbesuche für Bürger ≥75 Jahre bis zum 31.12.2028 *(Gesundheitssprengel)* Abschluss der Umsetzung der familienzentrierten Pflege im Bereich der Geburtshilfe auf Krankenhausebene und im territorialen Bereich bis zum 31.12.2028 *(Pflegedirektion und Pflegedienstleitungen Bx und Bk)* Ausweitung der familienzentrierten Pflege im Bereich der Geburtshilfe auf Krankenhausebene und im territorialen Bereich bis zum 31.12.2028 (*Pflegedirektion und Pflegedienstleitungen Me)*
Einheit für Betreuungskontinuität (UCA)	Definition der Funktionsweise und des Implementierungsplanes der UCA bis zum 31.12.2026 (*Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung und Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aktivierung der UCA im Gesundheitsbezirk Bozen als Pilotprojekt innerhalb 30.06.2027 *(Bezirksdirektion Bz)* Evaluierung der Pilotphase der UCA im Gesundheitsbezirk Bozen und Planung der Aktivierung in den anderen Gesundheitsbezirken bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aktivierung der UCA in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck bis 31.12.2028 *(Bezirksdirektion Bk, Bx, ME*) Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Betreuungskontinuität), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Grundversorgung und nicht dringende Versorgung	Definition standardisierter Schnittstellen zwischen AAM/KAfW, Gemeinschaftshäusern, Betreuungskontinuität, UCA, WONE und 116117; Analyse der Notaufnahmezugänge mit Schwerpunkt nicht dringende Fälle und Frequent Users bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Einführung strukturierter Weiterleitungs- und Rückmeldemechanismen zwischen Notaufnahmen und Primärversorgung; Pilotierung von Ambulatorien für kleine Dringlichkeiten in ausgewählten Gemeinschaftshäusern; Einbindung der VGM in die Steuerung und Koordination der Versorgungspfade bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Evaluation der Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen; Ausweitung wirksamer Modelle auf weitere Bezirke; Integration der gewonnenen Daten in die Planung der wohnortnahen Versorgung bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Leitstelle für nicht dringende Gesundheitsversorgung 116117	Start des Pilotprojekts von CO 116117 im Oktober 2026 im Gesundheitsbezirk Bozen *(Bezirksdirektion Bz)*	Erweiterung der Funktionen der CO 116117 auf die Gesundheitsbezirke Meran, Brixen und Bruneck bis 31.12.2027 *(Bezirksdirektion Bz in Zusammenarbeit mit den anderen Bezirksdirektionen)*	Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Betreuungskontinuität), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Schnittstellen zu 116117, WONE, UCA, Notaufnahme und Fachambulatorien	Definition der Schnittstellen und Weiterleitungsprotokolle zwischen Grundversorgung, 116117, WONE, UCA, GH, GKH, Notaufnahmen und Fachambulatorien bis zum 31.12.2026 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Pilotierung der Schnittstellenprozesse in ausgewählten Bezirken bzw. Gemeinschaftshäusern; Rückkopplung von Daten zu frequent users, kleinen Dringlichkeiten und Entlassungsmanagement an die VGM bis zum 31.12.2027 *(Betriebsdirektion mit Pilotbezirken)*	Ausweitung standardisierter Schnittstellenprozesse auf alle Bezirke und Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen auf Grundlage der Monitoringdaten bis zum 31.12.2028 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)	Start der Zusammenarbeit zwischen WONE und den Notaufnahmen des Krankenhauses Bozen und Meran bis zum 31.12.2026 *(WONE und Notaufnahme BZ und Me)* Festlegung der Modalitäten für die Zusammenarbeit mit der CO 116117 bis zum 31.10.2026 *(WONE und CO 116117)* Aktivierung der Verwaltung der Betten Kodex 56 und 60 bis zum 30.09.2026 (*WONE*)	Start der Zusammenarbeit zwischen WONE und den Notaufnahmen der Krankenhäuser von Brixen und Bruneck bis zum 31.12.2027 *(WONE und Notaufnahme Bx und Bk)* Start der Zusammenarbeit zwischen WONE und den Notaufnahmen der Krankenhäuser von Bozen und Meran für die Verwaltung der OBI - Betten bis zum 31.12.2027 *(WONE und Notaufnahme BZ und ME)* Start der Zusammenarbeit zwischen WONE und den Psychiatrien bis zum 31.12.2027 *(WONE und den Psychatrien BZ, ME, BX, BR)* Aktivierung der Verwaltung der Intermediärbetten der Einrichtung im Sarntal bis zum 31.12.2027 *(WONE)* Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(WONE)*	Start der Zusammenarbeit zwischen WONE und den Notaufnahmen der Krankenhäuser von Brixen und Bruneck für die Verwaltung der OBI - Betten bis zum 31.12.2028 *(WONE und Notaufnahme Bx und Bk)* Überwachung der Qualität der Leistungen und Dienste (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(WONE)*
Grundversorgung, Hausbetreuung, UVM und IBP	Umsetzung der UVM in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bk, Bx und Me)* Analyse der bestehenden UVM- und IBP-Prozesse; Definition der Rolle von AAM und KAfW in der multidimensionalen Bewertung; Festlegung betrieblicher Mindeststandards für die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung, Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, Sozialdiensten, Hausbetreuung und UVM bis zum 31.12.2026 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Abschluss der Umsetzung der UVM im Gesundheitsbezirk Bz bis 30.06.2027 *(Bezirksdirektion Bz)* Standardisierung der Rolle von AAM und KAfW in Hausbetreuung, UVM, IBP, Palliativversorgung und proaktiver Identifikation fragiler Patienten. Schrittweise Umsetzung einheitlicher Kooperationsmodelle zwischen AAM/KAfW, Pflege, Sozialdiensten, WONE, UCP-DOM und Fachambulatorien in allen Bezirken. Überwachung der Dienstleistungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen. Einführung standardisierter Modelle für die Beteiligung von AAM und KAfW an UVM und IBP; Ausbau gemeinsamer multiprofessioneller Fallbesprechungen; Integration in Gemeinschaftshäuser und UCCP bis zum 31.12.2027 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Evaluation der Auswirkungen auf Betreuungskontinuität, Verbleib zu Hause, Vermeidung unangemessener Krankenhausaufenthalte und Zufriedenheit der Beteiligten. Überwachung der Dienstleistungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Netzwerk für Palliativversorgung	Einrichtung des Hospizes für Palliativversorgung mit 12 Betten in Leifers bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektion Bozen)* Förderung der Aufnahme von Patienten in die UCP-DOM gemäß den Vorgaben des Landesplans zur Stärkung der Palliativversorgung (Hospiz, DH, ambulante und häusliche Pflege) bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Einrichtung von 5 Palliativbetten in Brixen bis zum 30.06.2027 (Bezirksdirektion Bx) Vorbereitung der Aktivierung des Hospiz für pädiatrische Palliativversorgung in Tisens bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektion Bozen/Meran)* Überwachung der Dienstleistungsqualität (Rechtzeitigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen	Überwachung der Dienstleistungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
		und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	
PDTA, aktive Einbindung des vertragsgebundenen ärztlichen Personals und proaktive Betreuung von Menschen mit chron. Erkrankungen	PDTA COPD Aktivierung im GH (Spoke) Leifers bis 31.07.2026 Aktivierung im GH Innichen (Spoke) bis Ende 2026 Aktivierung im GH Bruneck (Hub) bis Ende 2026 Aktivierung im GH Brixen (Hub) bis 12.02.2026 PDTA Diabetes mellitus Typ 2 Aktivierung in den GH Mals und Naturns bis 01.06.2026 Aktivierung im GH Innichen (Spoke) bis Ende 2026 Aktivierung im GH Brixen (Hub) bis 12.03.2026 Aktivierung im GH Bozen bis Ende 2026 PDTA für Menschen mit chron. Herzinsuffizienz Aktivierung im GH Bruneck (Hub) bis Ende 2026 PDTA Osteoporose Aktivierung im GH Klausen (Spoke) bis 16.04.2026 Definition der operativen Rolle der AAM und KAfW in den vorrangigen PDTA, insbesondere Typ-2-Diabetes mellitus, COPD, Herzinsuffizienz und rheumatoide Arthritis. Festlegung der Kriterien für Identifikation, Stratifizierung, Einschreibung, Follow-up, Vormerkung, Patient Empowerment und Schnittstellenmanagement bis zum 31.12.2026 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	PDTA COPD Aktivierung im GH Meran (ME) bis 31.12.2027 PDTA Diabetes mellitus Typ 2 Aktivierung im GH Bruneck (Hub) bis 31.03.2027 Aktivierung im GH Meran bis 31.12.2027 PDTA für Menschen mit chron. Herzinsuffizienz Aktivierung in den GH Meran, Mals und Naturns bis 31.12.2027 Aktivierung im GH Bozen bis 31.12.2027 Aktivierung im GH Innichen (Spoke) bis 31.12.2027 Aktivierung im GH Brixen bis 31.12.2027 Umsetzung der AAM-/KAfW-Rolle in den vorrangigen PDTA durch digitale Einschreibung, definierte Follow-up-Intervalle, reservierte Slots für PDTA-Leistungen und strukturierte Zusammenarbeit mit GH, UCCP, Fachambulatorien, WONE, Hausbetreuung und UVM. Ausweitung auf weitere PDTA, insbesondere Parkinson und Demenz bis zum 31.12.2027 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Aktivierung des integrierten PDTA für Menschen mit rheumatoider Arthritis zwischen Krankenhausbereich und Gemeinschaftshäusern (GH) im gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bozen, Bruneck, Brixen und Meran).* Aktivierung des integrierten PDTA für Menschen mit Demenz zwischen Krankenhausbereich und Gemeinschaftshäusern im gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bozen, Bruneck, Brixen und Meran).* Aktivierung des integrierten PDTA für Menschen nach Myokardinfarkt zwischen Krankenhausbereich und Gemeinschaftshäusern im gesamten Landesgebiet bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bozen, Bruneck, Brixen und Meran).* Abschluss der flächendeckenden Einführung der PDTA für Menschen mit COPD, Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz und rheumatoider Arthritis bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bozen, Bruneck, Brixen und Meran).* Monitoring der Dienstleistungsqualität (Zeitgerechtigkeit und Angemessenheit der Versorgung, Patientensicherheit, Koordination und Zusammenarbeit sowie Versorgungskontinuität), Ermittlung von Stärken und Schwächen sowie Festlegung etwaiger Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bozen, Bruneck, Brixen und Meran).* Evaluation der PDTA-Umsetzung mit AAM-/KAfW-Beteiligung anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren; Anpassung der Pfade, Schnittstellen und Vormerkmodalitäten auf Grundlage der Monitoringdaten bis zum 31.12.2028 *(Betriebsdirektion, Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Sozio-sanitäre Integration	Pilotprojekt für die Zusammenarbeit zwischen WONE und SUAC Stadt Bozen und Erweiterung auf andere Gesundheitssprengel des Gesundheitsbezirks Bozen bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektion Bz)* Aktivierung der Pilotphase des Lebensprojektes von 01.09. bis 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Schrittweise Erweiterung der Zusammenarbeit zwischen WONE und SUAC auf die anderen Gesundheitssprengel des Südtiroler Sanitätsbetriebes bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Institutionalisierung des Lebensprojektes ab 01.01.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Überwachung der Dienstleistungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
Familienberatungsstellen	Neudefinition der Governance der Familienberatung auf Betriebsebene bis zum 30.11.2026) *(Betriebsdirektion).* Konzeption der Implementierung der Neuorganisation der Familienberatungsstellen gemäß BLR 419/2024 und Planung der Einrichtung von HUB und SPOKE in jedem Bezirk bis zum 30.11.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Definition des einheitlichen Zuganges „Accesso unico" und Definition der operativen Standards, des Betreuungsbedarfs und des Betreuungsangebots bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Umsetzung der Neuorganisation der Familienberatungsstellen gemäß BLR 419/2024 mit der Einrichtung von HUB und SPOKE in jedem Bezirk Definition der Governance- und Performanceindikatoren und der Formen der Koordination. Aktivierung des einheitlichen Zugangs „accesso unico" bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)* Start der Speisung des ministeriellen SICOF-Datenflusses für öffentliche Beratungsstellen bis zum 31.12.2027 *(Gesundheitssprengel)*	Abschluss der Neuorganisation und Aktivierung der Dienste in den HUB und SPOKE Überwachung der Dienstleistungsqualität anhand der festgelegten Performance- und Governanceindikatoren. Überwachung der Dienstleistungsqualität (Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination und Zusammenarbeit, Kontinuität der Versorgung), Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Prävention im Gesundheitsbereich	Einrichtung eines Präventionsteams für jeden Bezirk, bestehend aus mindestens einem Arzt und einem Krankenpfleger, das mit der Förderung der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen im territorialen Kontext beauftragt ist, ausgehend von einer engen Verbindung mit den im Landespräventionsplan vorgesehenen Maßnahmen und Interventionen bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me mit der Präventionsabteilung)*	Überwachung der Dienstleistungsqualität, Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me mit der Präventionsabteilung)*	Überwachung der Dienstleistungsqualität, Ermittlung der Stärken und Schwächen und Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis zum 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me mit der Präventionsabteilung)*
Telemedizin	Erreichung der PNRR-Zielwerte und Umsetzung des betrieblichen Organisationsmodells sowie des Strategieplans Telemedizin 2026–2028; Weiterentwicklung der Plattform Pohema, Inbetriebnahme der vorgesehenen technischen Ausstattung und schrittweise Standardisierung der telemedizinischen Versorgungsprozesse bis zum 31.12.2026 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Ausweitung und Konsolidierung der telemedizinischen Versorgungsmodelle, insbesondere in der Betreuung chronischer und fragiler Patientinnen und Patienten und im Rahmen der PDTA; Weiterentwicklung der Integration mit den betrieblichen Informationssystemen sowie Einführung eines strukturierten Performance- und Qualitätsmonitorings. Überprüfung von Zuverlässigkeit und Angemessenheit, Sicherheit, Koordination, Zusammenarbeit und Versorgungskontinuität sowie Festlegung eventueller Verbesserungsmaßnahmen bis 31.12.2027 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*	Konsolidierung der telemedizinischen Versorgungsprozesse und des Governance- und Monitoringsystems; weitere Integration von Televisite, Telekonsil, Telemonitoring und Teleassistenz in die wohnortnahe Versorgung; Bewertung der Dienstleistungsqualität und der erzielten Ergebnisse sowie Festlegung gegebenenfalls erforderlicher Verbesserungsmaßnahmen bis 31.12.2028 *(Bezirksdirektionen Bz, Bk, Bx, Me)*
Informationssysteme und ministerielle Datenflüsse	Analyse der Entwicklungen sowie der für das Modul „Psychische Gesundheit" der Software SisTer erforderlichen Konfigurationen und Integrationen bis zum 31.12.2026. Umsetzung der Informationsflüsse SIOC und SIAP gemäß den ministeriellen Vorgaben bis zum 31.12.2026. Umsetzung der Behandlungspfade (PDTA) für COPD und Diabetes in den dafür vorgesehenen betrieblichen Softwaresystemen bis zum 31.12.2026. Entwicklung der im Rahmen der PNRR-Finanzierung vorgesehenen Integrationen in Pohema bis zum 31.12.2026.	Umsetzung der erforderlichen Entwicklungen, Konfigurationen und Integrationen für das Modul „Psychische Gesundheit" der Software SisTer sowie dessen Einführung in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran bis zum 31.12.2027. Einführung der Software Fenix in den öffentlichen Familienberatungsstellen zur Leistungsdokumentation und -abrechnung bis zum 31.12.2027. Ausarbeitung des Projekts für das neue Informationssystem zur Unterstützung der onkologischen Screeningprogramme gemäß dem Landespräventionsplan 2027-2031 bis zum 31.12.2027. Umsetzung weiterer Behandlungspfade (PDTA) in den dafür vorgesehenen betrieblichen Softwaresystemen bis zum 31.12.2027. Aktivierung von Projekten im Bereich Telemonitoring, Telebetreuung und Telekonsultation innerhalb von Pohema bis zum 31.12.2027.	Umsetzung des Moduls „Psychische Gesundheit" der Software SisTer in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck bis zum 30.06.2028. Ausweitung der Nutzung der Software Fenix in den öffentlichen Familienberatungsstellen zur Leistungsdokumentation und -abrechnung bis zum 31.12.2028. Genehmigung und Start des Projekts für das neue Informationssystem zur Unterstützung der onkologischen Screeningprogramme gemäß dem Landespräventionsplan 2027–2031 bis zum 31.12.2028. Verwaltung der innerhalb der betrieblichen Plattform Garsia PDS implementierten Behandlungspfade (PDTA) bis zum 31.12.2028. Aktivierung weiterer Projekte im Bereich Telemonitoring, Telebetreuung und Telekonsultation innerhalb von Pohema bis zum 31.12.2028.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	2026	2027	2028
		Einführung der spezialisierten Software zur Verwaltung des FAR-Datenflusses im Langzeitpflegezentrum Firmian bis zum 31.12.2027. Integration der Funktionen „Vertretungsverwaltung“, „Erfassung der Sonderleistungen“, „Garsia COT“, „Pohema“ und „SisTer“ in das Portal für Allgemeinmediziner (AAM) bis zum 31.12.2027. Aufbau der SIAP-Readiness für die Grundversorgung durch Erhebung der eingesetzten AAM-/KAfW-Softwarelösungen, Mapping der relevanten Datenquellen und Datenfelder, Abstimmung mit den Softwareanbietern, Definition der Datenverantwortlichkeiten sowie Analyse der Schnittstellen zu AAM-Portal, Sistema TS, EGA, Patient Summary, ePDTA, Garsia, SisTer, Pohema und weiteren betrieblichen Systemen.	Durchführung von Testübermittlungen und schrittweise produktive Aktivierung des SIAP-Datenflusses. Einführung von Validierungs-, Kontroll- und Korrekturprozessen sowie Unterstützung der AAM und KAfW bei der korrekten Nutzung der digitalen Instrumente und Informationsflüsse.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

6. Überwachung, Bewertung und Anpassung des Plans

Um die Effektivität und den Fortschritt der Maßnahmen des vorliegenden Plans der wohnortnahen Tätigkeiten 2026-2028 überprüfen zu können, müssen die Überwachungsmodalitäten festgelegt werden.

Die Überwachung dieses Plans ist eng mit der Überwachung der Umsetzung des PNRR bzw. des Ministerialdekrets 77/2022 verbunden, für das eine halbjährliche Bewertung der Standards für die territoriale Betreuung mittels eines elektronischen Fragebogens für die Autonome Provinz Bozen / den Südtiroler Sanitätsbetrieb vorgesehen ist.

Bei der Überwachung und Bewertung der Umsetzung des Tätigkeitsplans sind folgende Indikatoren zu berücksichtigen:

Gebiet	**Überwachungsindikatoren**
Territoriale Governance	Vorliegen des Betriebsplanes für die territoriale Betreuung, der jedes Jahr bis zum 31. Oktober aktualisiert wird Vorliegen der jährlichen Pläne für die territoriale Betreuung der einzelnen Gesundheitsbezirke bis zum 31. Dezember jedes Jahres 2026: Vorliegen des Plans zur Integration aller Gesundheitssprengel des Südtiroler Sanitätsbetriebes in das neue Organisationsmodell der territorialen Betreuung
Basismedizin und integrierte Hausbetreuung	Anzahl der Patienten in der Grundstufe der AD Anzahl der Patienten in der I. Stufe der AD Anzahl der Patienten in der II. Stufe der AD Anzahl der Patienten in der III. Stufe der AD Anzahl der Patienten in der UCP-DOM Anzahl der Patienten in der Rehabilitation am Wohnort Prozentualer Anteil der über 65-jährigen Patienten in der Hausbetreuung (IHB, PHB, AID, AD-RES) Anzahl der Zugänge von IHB-Patienten zur Notaufnahme Anzahl der Krankenhauseinweisungen für IHB-Patienten
Gemeinschaftshäuser (GH)	Anzahl der aktivierten Gemeinschaftshäuser Anzahl der von den AAM/KAfW durchgeführten Visiten Anzahl der durchgeführten Facharztvisiten Anzahl der durchgeführten Blutabnahmen Anzahl der in Zusammenarbeit mit dem SUAC betreuten Patienten
Community Building	2026: Start und operativ abgestimmte Umsetzung des Interventionsplans 2027: Erfassung und Analyse der Ergebnisse der Projektbewertung mit Festlegung des Organisationsmodells, das auch auf andere Gesundheitsbezirke/Sprengel ausgedehnt werden soll

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	Überwachungsindikatoren
Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege	Anzahl der Gesundheitssprengel, die die familienzentrierte Pflege eingeführt haben Anzahl der Gesundheitssprengel, die proaktive, familienzentrierte Hausbesuche für Bürger über 75 Jahre eingeführt haben Anzahl der Bürger über 75 Jahre mit mindestens einem proaktiven, familienzentrierten Hausbesuch Anzahl der Abteilungen und Gesundheitssprengel, die familienzentrierte Pflege im Bereich Mütter- und Kindergesundheit eingeführt haben
Einheit für Betreuungskontinuität (UCA)	Anzahl der gemäß den Betreuungsstandards in den Bezirken aktivierten UCA Anzahl der von den UCA betreuten Patienten
Leitstelle für nicht dringende Gesundheitsversorgung 116117	Anzahl der eingegangenen Anrufe Anzahl der ohne Weiterleitung gelösten Anrufe (insgesamt und pro 100.000 Einwohner) Anzahl der an den Dienst für die Betreuungskontinuität weitergeleiteten Anrufe (insgesamt und pro 100.000 Einwohner) Anzahl der Aktivierungen für territoriale Dienste (SUAC, WONE, AAM/KAfW) (insgesamt und pro 100.000 Einwohner) Anzahl der an die 118 weitergeleiteten Anrufe (insgesamt und pro 100.000 Einwohner) Durchschnittliche Antwort-/Wartezeit in Sekunden ab dem ersten Klingeln Durchschnittliche Anrufdauer Weitere Indikatoren finden sich im Aktivierungsprojekt der CO 116117
Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)	Anzahl aktiver WONE Anzahl der bei der WONE eingegangenen Meldungen Anzahl der WONE-Meldungen über 72 Stunden nach der Krankenhausaufnahme Anzahl der Entlassungen nach Hause ohne Meldung/Aktivierung der WONE; Anzahl der Tage, nach denen die Meldung/Aktivierung von der WONE übernommen wurde Anzahl der telefonischen Aktivierungen der WONE Anzahl der bei der WONE eingegangenen Anfragen für Intermediärbetreuung Anzahl der Wartezeit in Tagen auf einen Betreuungsplatz in der Intermediärbetreuung Ermittlung der zentralen Bedürfnisse, die durch die Aktivierung der WONE für informative/logistische Unterstützung zum Ausdruck gebracht wurden Ermittlung der von der WONE nach der Aktivierung der WONE für informative/logistische Unterstützung aktivierten Dienste

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	Überwachungsindikatoren
Intermediärbetreuung und Gemeinschaftskrankenhäuser (GKH)	Anzahl der aktiven GKH Anzahl der aktiven Betten für Intermediärbetreuung Auslastung der aktiven Betten Aufnahmerate der Bevölkerung >75 Jahre Aufnahmerate in das Krankenhaus für Akutfälle während des Aufenthalts im GKH 30 Tage Rehospitalisierungsrate Durchschnittliche Aufenthaltsdauer im GKH Aufenthalt länger als 6 Wochen (oder Anzahl der outlier) Anzahl der Patienten aus dem häuslichen Umfeld Anzahl der Patienten aus Krankenhäusern
Integrierte und koordinierte Betreuungspfade	Anzahl der aktiven PDTA für Menschen mit chronischen Erkrankungen Anzahl der aktiven Pfade für fragile Patienten Anzahl der Patienten, die im Rahmen von PDTA in den GH betreut werden (insgesamt und pro 100.000 Einwohner) Anzahl der Zugänge chronisch kranker Patienten in die Notaufnahme Anzahl chronisch kranker Patienten mit Krankenhausaufenthalt
Einheit für die multidimensionale Einschätzung (UVM)	Anzahl der Gesundheitssprengel mit aktiver UVM Anzahl der von der UVM bewerteten Patienten
Familienberatungsstellen (CF)	Anzahl der aktiven HUB- und SPOKE-Beratungsstellen Anzahl der in den Beratungsstellen betreuten Patienten
Netzwerk für Palliativversorgung	Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung Anzahl der aktiven Betten in Hospizen (Erwachsene/Kinder) Auslastung der aktiven Betten Anzahl der im häuslichen Umfeld betreuten Patienten (UCP-DOM) Vorhandensein von Hospizen, DH, Ambulatorien und Einrichtungen für die häusliche Palliativversorgung in allen Bezirken
Prävention im Gesundheitsbereich	Anzahl der aktiven Präventionsteams Anzahl der durchgeführten Präventionsmaßnahmen und beteiligten Bürger
Telemedizin	Anzahl der Patienten, die telemedizinisch betreut wurden (Televisite, Telekonsil, Telemonitoring, Teleassistenz, Telerehabilitation)
Informationssysteme und ministerielle Datenflüsse	Anzahl aktiver Datenflüsse Qualität der aktiven Datenflüsse
Berufliche Entwicklung und Changemanagement	Prozentsatz des Personals, das an spezifischen Schulungen teilnimmt

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	Überwachungsindikatoren
	Anzahl des Fachpersonals, das für das Management von PDTAs qualifiziert ist Grad der Aktivierung der UVM und der Präventionsteams Grad der Integration zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten
Grundversorgung, nicht dringliche Versorgung und Steuerung der Zugänge	Anzahl nicht dringender Zugänge zur Notaufnahme (weiße/grüne Prioritäten); Anzahl Übernahmen durch Gemeinschaftshäuser; Anzahl durch 116117 weitergeleiteter Fälle; Anzahl durch UCA betreuter Patienten; Anzahl identifizierter Frequent User; Anzahl Frequent User mit aktiviertem Betreuungsplan; Anzahl Überleitungen von der Notaufnahme zur Primärversorgung; Anzahl durch WONE koordinierter Übergänge; Entwicklung der Wiederzugänge zur Notaufnahme innerhalb von 30 Tagen.
Hausbetreuung, UVM und PAI	Anzahl UVM mit Beteiligung von AAM/KAfW; Anzahl erstellter Integrierter Betreuungsprojekte (IBP); Anzahl komplexer Patienten mit integriertem Betreuungsprojekt; Anzahl durch AAM/KAfW aktivierter Hausbetreuungen; Anzahl Patienten in IHB/PHB; Anzahl betreuter fragiler Patienten; Anzahl gemeinsamer multiprofessioneller Fallbesprechungen; Hospitalisierungsrate bei Patienten mit IBP; Notaufnahmezugänge von Patienten mit IBP; Anteil der Patienten, die im häuslichen Umfeld verbleiben konnten; Beteiligung der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege an integrierten Betreuungsprojekten.
Personalgewinnung und Versorgungssicherheit	Anzahl AAM und KAfW je Gesundheitsbezirk; Verhältnis Einwohner/AAM; Anzahl unbesetzter Arztwahlstellen; Anzahl festgestellter carenze assistenziali; Durchschnittsalter der AAM und KAfW; Anzahl erwarteter Pensionierungen innerhalb der nächsten fünf Jahre; Anzahl befristeter bzw. provisorischer Aufträge; Anzahl aktivierter APP- bzw. Ricambio-generazionale-Projekte; Besetzungsdauer freier Arztwahlstellen; Versorgungsabdeckung in peripheren Gebieten;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gebiet	Überwachungsindikatoren
	Anzahl unterstützter Ambulatorien in unterversorgten Gebieten; Einwohner/AAM-Verhältnis je Gesundheitsbezirk; Zeitspanne zwischen Freiwerden und Wiederbesetzung von Arztwahlstellen.
UCCP und multiprofessionelle Versorgung	**Strukturindikatoren** • Anzahl aktivierter UCCP; • Anzahl UCCP mit multiprofessionellem Kernteam. **Prozessindikatoren** • Anzahl multidisziplinärer Fallkonferenzen; • Anzahl UVM; • Anzahl IBP; • Anzahl Patienten mit Case Management; • Anzahl Telekonsile. **Ergebnisindikatoren** • Anzahl betreuter fragiler Patienten; • PREMs; • PROMs; • vermeidbare Krankenhauseinweisungen; • nicht dringende Zugänge zur Notaufnahme.

Für die Bewertung der Indikatoren muss das Controlling ein Dashboard entwickeln, das schrittweise mit den verfügbaren Daten ergänzt und aktualisiert wird, sobald neue Daten und Informationen verfügbar sind.

Die Bewertung der Indikatoren erfolgt halbjährlich durch die Betriebsdirektion und die Bezirksdirektoren in Zusammenarbeit mit dem Controlling und den Verantwortlichen der am neuen territorialen Organisationsmodell beteiligten Dienste.

Diese Bewertung bildet die Grundlage für die Feststellung des Umsetzungsgrades des Plans und der territorialen Aktivitäten sowie für die Ermittlung möglicher Verbesserungsmaßnahmen in Bezug auf:

- Qualität und Sicherheit der Dienstleistungserbringung,
- Auswirkungen auf Patienten, Familien und die betroffene Bevölkerung,
- wirtschaftliche Auswirkungen.

Mit der Festlegung und Umsetzung des vorliegenden PWT werden erstmals alle Informationen und Maßnahmen zur Umsetzung des PNRR und zur Neuorganisation der territorialen Versorgung in einem einzigen Dokument zusammengefasst. Dieser Ansatz ermöglicht es, die Grundlagen für eine zukünftige Planung der Leistungen und des territorialen Versorgungsangebots zu schaffen und gleichzeitig die Integration mit der Krankenhausbetreuung, dem Sozialwesen und den Freiwilligenorganisationen zu fördern.

Um zeitnah auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren und mit der kontinuierlichen Entwicklung des Gesundheitswesens Schritt halten zu können, wird der Dreijahresplan jährlich von der Betriebsdirektion aktualisiert, wobei der Planungshorizont jedes Mal um ein weiteres Jahr verlängert wird.

Der vorliegende PWT gilt für den Dreijahreszeitraum 2026-2028, wird jährlich aktualisiert und bis zum 30. Oktober vom Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebes genehmigt. Das Dokument legt die Leitlinien, Betriebsziele und strategischen Prioritäten für die Umsetzung der Neuorganisation der wohnortnahen Betreuung fest.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Die operativen Jahrespläne der Gesundheitsbezirke, die bis zum 31. Dezember jedes Jahres von den Bezirksdirektoren mit Unterstützung des jeweiligen Bezirksbeirates erstellt werden, beschreiben – auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der angebotenen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen – die für das folgende Jahr vorgesehenen Maßnahmen zur Umstrukturierung der Leistungen und zur Einführung neuer Organisationsmodelle in den einzelnen Gebieten. Die Pläne basieren auf dem Dreijahresplan (PWT), den Leitlinien der Autonomen Provinz Bozen und den nationalen Leitlinien und berücksichtigen die verfügbaren Ressourcen.

Nach ihrer Ausarbeitung müssen sie bis zum 31. Dezember durch eine Entscheidung des Bezirkes formalisiert und an die Generaldirektion und die Abteilung für Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Betreuung weitergeleitet werden.

Die nächste Überarbeitung des Betriebsplans der wohnortnahen Tätigkeiten ist bis zum 31. Oktober 2027 vorgesehen.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bibliografie

PNRR Mission 6

Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 502 vom 30/12/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria, gemäß Artikel 1 des Gesetzes Nr. 421 vom 23. Oktober 1992

Gesetzesdekret Nr. 158 vom 13.09.2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (12G0180) – das sogenannte „Balduzzi"-Dekret

Ministerialdekret Nr. 77/2022 vom 23/05/2022: Verordnung zur Festsetzung von Modellen und Standards für die Entwicklung der wohnortnahen Betreuung im staatlichen Gesundheitsdienst

Beschluss der Landesregierung Nr. 285 vom 26/04/2022: Genehmigung der Vereinbarung betreffend die Vorlage des "Institutionellen Entwicklungsvertrages" (CIS), der Anlage POR und aller Finanzierungen und Anlagen laut PNRR Mission 6 "Gesundheit"

Beschluss der Landesregierung Nr. 438 vom 21/06/2022: Plan zur Intermediärbetreuung 2022-2026 und Änderung zum Beschluss Nr. 1098/2021

Beschluss der Landesregierung Nr. 600 vom 30/08/2022: PNRR-Mission 6 „Gesundheit" Komponenten 1 und 2. Befugnisübertragung von Tätigkeiten an den Südtiroler Sanitätsbetrieb und an die Gemeinde Eppan an der Weinstraße (gemäß Art. 5 Abs. 2 des „Institutionellen Entwicklungsvertrags"/CIS)

Beschluss der Landesregierung Nr. 855 vom 22/11/2022: Genehmigung der Raumprogramme und Kostenschätzungen der Bauvorhaben "PNRR"

Beschluss der Landesregierung Nr. 907 vom 06/12/2022: 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

Beschluss der Landesregierung Nr. 366 vom 14/05/2024: Genehmigung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (DTBP) für: Herzinsuffizienz, Diabetes Typ-2, COPD und rheumatoide Arthritis

Beschluss der Landesregierung Nr. 133 vom 18/02/2025: Aktualisierung des Landestarifverzeichnisses und des Finanzierungssystems der Familienberatungsstellen

Beschluss der Landesregierung Nr. 419 vom 28/05/2024: Leitlinien für die Reorganisation der Familienberatungsstellen in Südtirol

Beschluss der Landesregierung Nr. 712 vom 27/08/2024: Richtlinien für die Festsetzung des Plans der wohnortnahen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs

Beschluss der Landesregierung Nr. 66 vom 28/01/2025: Landesplan zur Stärkung der Palliativversorgung für das Jahr 2025

Beschluss der Landesregierung Nr. 67 vom 28/01/2025: Leitlinien für die Hausbetreuung und die Einheit für die multidimensionale Bewertung

Beschluss der Landesregierung Nr. 413 vom 10/06/2025: Richtlinien zur Arbeitsweise der neuen PNRR-Einrichtungen und Anweisungen zur Umsetzung des Organisationsmodells der neuen wohnortnahen Gesundheitsversorgung gemäß BLR Nr. 907/2022

Beschluss der Landesregierung Nr. 1128 vom 19/12/2025: Planungsdokument für die Festlegung des Gesundheits- und sozialgesundheitlichen Bedarfs für den Zeitraum 2026–2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

Piano delle attività territoriali 2026 - 2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

INDICE

Glossario 3
Premessa 5
- **Evoluzione normativa** 5
- **Riforma post-pandemica e PNRR** 5
- **Adattamento provinciale** 6

1. Analisi del contesto e bisogni di salute 7
- **1.1 Quadro socio-demografico ed epidemiologico** 7
- **1.2 Principali fattori di rischio** 7
- **1.3 Cronicità** 8

2 Mappatura dell'Offerta Sanitaria e socio-sanitaria territoriale 9
- **2.1 Azienda Sanitaria dell'Alto Adige** 9
- **2.2 Governance dell'ambito territoriale** 10
- **2.3 Pronto soccorso – Raccordo con il territorio** 10
- **2.4 Medicina di base e assistenza domiciliare** 11
- **2.5. Case della Comunità** 20
- **2.6. L'infermieristica di famiglia e di comunità (IFeC)** 24
- **2.7. Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** 25
- **2.8. Centrale operativa 116117** 26
- **2.9. Centrali operative territoriali (COT)** 26
- **2.10. Cure intermedie e Ospedali di Comunità (OdC)** 27
- **2.11. Percorsi integrati e coordinati** 28
- **2.12. Integrazione socio-sanitaria** 31
- **2.13. Unità di valutazione multidimensionale (UVM)** 32
- **2.14. Consultori familiari** 33
- **2.15. Rete delle Cure palliative** 35
- **2.16. Assistenza ai pazienti in condizioni di fragilità** 37
- **2.17. Prevenzione in ambito sanitario** 38
- **2.18. Telemedicina** 38
- **2.19. Sistemi informativi e flussi ministeriali** 39
- **2.20. Sviluppo professionale e gestione del cambiamento** 44

3. Identificazione delle aree di miglioramento 45

4. Obiettivi strategici ed operativi 46
- **4.1 Obiettivi strategici** 46
- **4.2 Obiettivi operativi** 46

5. Interventi e Tempistiche 48

6. Monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano 55

Bibliografia 61

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Glossario

Acronimo IT	Akronym DE	Definizione italiana	Deutsche Bezeichnung
ACN	**GSKV**	Accordo Collettivo Nazionale	Gesamtstaatlicher Kollektivvertrag
–	**AD**	–	Häusliche Betreuung
ADI	**IHB**	Assistenza domiciliare integrata	Integrierte Hausbetreuung
ADP	**PHB**	Assistenza domiciliare programmata	Programmierte Hausbetreuung
AD-Res	**AD-Res**	Assistenza domiciliare respiratoria	Respiratorische häusliche Betreuung
AFT	**VGM**	Aggregazione Funzionale Territoriale	Vernetzte Gruppenmedizin
AID	**AID**	Assistenza infermieristica domiciliare	Hauskrankenpflege
APU	**AKD**	Ambulatorio piccole urgenze	Ambulatorium für kleine Dringlichkeiten
ASDAA	**SSB**	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	Südtiroler Sanitätsbetrieb
BPCO	**COPD**	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CdC	**GH**	Casa della Comunità	Gemeinschaftshaus
CO 116117	**CO 116117**	Centrale operativa 116117 per l'assistenza sanitaria non urgente	Einsatzzentrale 116117 für nicht dringende Gesundheitsversorgung
COT	**WONE**	Centrale Operativa Territoriale	Wohnortnahe Einsatzzentrale
CPP	**CPP**	Cure palliative pediatriche	Pädiatrische Palliativversorgung
CUP	**CUP**	Centrale unica di prenotazione	Einheitliche Vormerkstelle
DGP	**BLR**	Delibera della Giunta Provinciale	Beschluss der Landesregierung
DP	**DP**	Dipartimento di Prevenzione	Departement für Gesundheitsvorsorge
ePDTA	**ePDTA**	PDTA supportato elettronicamente	Elektronisch unterstützter diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad
–	**ESP**	–	Einheitlicher Stellenplan für die Grundversorgung
FVCO	**FVCO**	Forme vincolanti di collaborazione	Formen der verbindlichen Zusammenarbeit
–	**GuKPF**	–	Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

IFeC	**FuGKP**	Infermiere di Famiglia e di Comunità	Familien- und Gemeinschaftskrankenpfleger/in
MMG	**AAM**	Medico/medici di medicina generale	Arzt/Ärztin/Ärzte für Allgemeinmedizin
NEA	**NEA**	Numero europeo armonizzato	Einheitliche europäische Rufnummer für harmonisierte Dienste
OdC	**GKH**	Ospedale di Comunità	Gemeinschaftskrankenhaus
PAB	**APB**	Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige	Autonome Provinz Bozen – Südtirol
PAI	**IBP**	Progetto assistenziale individualizzato	Integriertes Betreuungsprojekt
PAT	**PWT**	Piano delle attività territoriali	Plan der wohnortnahen Tätigkeiten
PDTA	**PDTA**	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale	Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad
PLS	**KAfW**	Pediatra/Pediatri di libera scelta	Kinderarzt/Kinderärztin/Kinderärzte/Kinderärztinnen freier Wahl
PNRR	**PNRR**	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Nationaler Aufbau- und Resilienzplan
PUA	**PUA**	Punto Unico di Accesso	Einheitliche Anlaufstelle
RSA	**SWH**	Residenza per Anziani	Seniorenwohnheim
RUP	**RUP**	Referente unico del procedimento	Einziger Verfahrensverantwortlicher
SIAD	**SIAD**	Sistema informativo assistenza domiciliare	Informationssystem der häuslichen Betreuung
SIAP	**SIAP**	Sistema informativo dell'assistenza primaria	Informationssystem der Primärversorgung
SICOF	**SICOF**	Sistema informativo consultori familiari	Informationssystem der Familienberatungsstellen
SUAC	**SUAC**	Sportello unico di assistenza e cura	Anlaufstelle für Pflege und Betreuung
TD	**–**	Terapia del dolore	Schmerztherapie
UCA	**UCA**	Unità di continuità assistenziale	Einheit für Betreuungskontinuität
UCCP	**UCCP**	Unità Complessa di Cure Primarie	Komplexe Einheit für die Primärversorgung
UCP-DOM	**UCP-DOM**	Unità di cure palliative domiciliari	Einheit für häusliche Palliativversorgung
UVM	**UVM**	Unità di valutazione multidimensionale	Einheit zur multidimensionalen Einschätzung

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Premessa

L'assistenza territoriale rappresenta una componente essenziale del sistema sanitario, in quanto costituisce il primo punto di contatto tra il cittadino e i servizi di prevenzione, cura e assistenza. La sua rilevanza è cresciuta significativamente negli ultimi anni, in risposta a sfide legate ai cambiamenti demografici, epidemiologici e tecnologici. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche richiede l'implementazione di un servizio sanitario che sia in grado di garantire una sanità più accessibile, equa e sostenibile.

Tuttavia, il sistema sanitario si confronta oggi con numerose sfide complesse: le disparità territoriali, la frammentazione tra ospedale e territorio, la carenza di personale sanitario, la necessità di coinvolgere attivamente i cittadini, l'adozione di tecnologie digitali, l'innovazione organizzativa, il monitoraggio dei risultati e la sostenibilità economica. Questi elementi richiedono un approccio integrato e strategico alla gestione del sistema.

In questo contesto, la governance dell'assistenza territoriale moderna assume un ruolo centrale. Essa non si limita alla gestione amministrativa, ma si configura come un insieme di principi, processi e relazioni che coinvolgono molteplici attori e livelli decisionali. L'obiettivo è quello di costruire una rete di servizi coordinata, partecipata e orientata ai risultati, capace di rispondere in modo efficace e proattivo ai bisogni di salute della popolazione.

Evoluzione normativa

La cornice normativa riguardo l'assistenza territoriale è stata introdotta dal DL 158/2012 (cd. "Balduzzi"), che ha previsto la riorganizzazione dell'assistenza primaria attraverso la creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) forme organizzative a carattere monoprofessionale e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) forme organizzate/unità multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali che si integrano con i medici di medicina generale. AFT e UCCP, non sono intese come mutualmente esclusive, ma si integrano nel disegno complessivo della riorganizzazione territoriale.

Il D.L. Balduzzi ha inoltre ridefinito il ruolo dei distretti sanitari come centri di responsabilità e centri di costo, conferendo agli stessi le seguenti funzioni:

- garanzia della tutela del cittadino (Distretto come Agenzia di Salute);
- accoglienza, valutazione e orientamento della domanda e organizzazione della risposta (UVM come porta d'accesso alla rete dei servizi);
- contributo alla pianificazione e programmazione aziendale attraverso l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta dei servizi di assistenza distrettuale;
- governo dei consumi sanitari indiretti (farmaci, prestazioni ambulatoriali e ospedaliere);
- integrazione socio-sanitaria a livello gestionale e operativo.

Il nuovo disegno dell'assistenza territoriale definito dal DM77/2022, integra il ruolo dei medici di medicina generale (a seguito dell'ACN 4 aprile 2024, medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ed i medici di continuità assistenziale (CA), ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria) in un modello organizzativo di collaborazione con équipe multidisciplinari che operano all'interno delle Case della Comunità, UCPP e in AFT. Le attività previste all'interno delle CdC includono: l'assistenza primaria e domiciliare, la gestione delle patologie croniche, la continuità assistenziale, la gestione dell'ambulatorio per le piccole urgenze (APU), teleconsulti ed interventi mirati alla prevenzione delle malattie (vaccinazioni).

Riforma post-pandemica e PNRR

A seguito della crisi pandemica, nel 2021 il Consiglio d'Europa ha stanziato ingenti risorse per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con obiettivi e traguardi semestrali di rendicontazione. La Missione 6 – Salute si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il DM 77/2022 definisce gli standard organizzativi per la nuova assistenza territoriale, stabilendo modelli e strutture come p. es. le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali ed i Consultori familiari. Gli obiettivi della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sono:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Promuovere la prevenzione e stili di vita sani per tutta la popolazione.
- Facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali, riducendo le disuguaglianze.
- Migliorare la qualità, l'efficienza e la sostenibilità del sistema sanitario.
- Rafforzare l'assistenza di prossimità, con particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili.
- Potenziare la rete di cure palliative.
- Favorire l'integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari, per una presa in carico globale.
- Diffondere la telemedicina e l'innovazione digitale, per una sanità moderna e connessa.

Adattamento provinciale

Con la DGP 907/2022, la Provincia Autonoma di Bolzano ha recepito il DM 77/2022, adattandolo alle specificità locali. I Comprensori sanitari sono stati equiparati funzionalmente ai distretti sanitari, e le strutture territoriali sono considerate articolazioni funzionali del Comprensorio, sotto la responsabilità della rispettiva Direzione comprensoriale.

Con la DGP 712/2024, sono state approvate le *Linee di indirizzo per la definizione del Piano delle Attività Territoriali (PAT) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*. Il PAT costituisce lo strumento principale di programmazione e governo dell'assistenza territoriale, articolata nelle sue diverse modalità di erogazione: domiciliare, ambulatoriale, diurna, residenziale ed extraospedaliera. Il suo obiettivo è garantire un'offerta coordinata e appropriata, capace di assicurare continuità assistenziale e risposte efficaci ai bisogni della popolazione.

Il PAT ha una validità triennale, viene aggiornato ogni anno e approvato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige entro il 31 ottobre e si compone delle linee di indirizzo e obiettivi aziendali e delle tematiche prioritarie per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale.

I piani comprensoriali descrivono la riorganizzazione dei servizi nei singoli territori. Sono elaborati dalle Direttrici e dai Direttori di Comprensorio, con il supporto dei Comitati di Comprensorio, entro il 31 dicembre di ogni anno, sulla base del PAT aziendale e delle linee guida aziendali e delle risorse assegnate.

Essendo il piano di salute territoriale, il PAT ha lo scopo di individuare i bisogni prioritari di salute, di definire gli interventi sanitari e socio-sanitari necessari per affrontarli e di organizzare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione socio-sanitaria sul territorio.

In quanto base programmatoria, il PAT è chiamato a evidenziare i centri di offerta e responsabilità, mettere in relazione l'analisi dei bisogni con la mappa dei servizi disponibili, selezionare le priorità di intervento e di identificare le risorse necessarie per raggiungere risultati concreti in termini di salute e miglioramento del sistema.

Il presente documento definisce il Piano aziendale per l'attività territoriale 2026–2028.

A partire da un'analisi del contesto organizzativo e operativo, nonché dei bisogni di salute della popolazione, vengono individuati i punti di forza e le aree di miglioramento. Su questa base, si delineano gli obiettivi strategici e operativi che guideranno l'attività territoriale nel triennio.

Il piano include:

- le azioni previste, con le tempistiche di attuazione;
- le modalità di monitoraggio, per verificare l'efficacia e l'avanzamento degli interventi;
- i criteri di valutazione, per misurare i risultati raggiunti;
- i meccanismi di revisione e aggiornamento, per garantire l'adeguamento continuo del piano alle esigenze emergenti.

Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1128 del 19.12.2025 è stato inoltre approvato l´"Atto di programmazione per la definizione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario per il periodo 2026-2028". Tale documento costituisce un ulteriore importante strumento di riferimento per la pianificazione aziendale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e tiene conto in particolare dell'evoluzione del rapporto tra ospedale e assistenza territoriale, dell'attuazione delle strutture territoriali previste nell'ambito del PNRR e del DM 77/2022, nonché del rafforzamento dell'assistenza domiciliare. L'attuazione dei servizi e dei volumi di attività previsti avviene nell'ambito delle risorse finanziarie di volta in volta disponibili.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

1. ANALISI DEL CONTESTO E BISOGNI DI SALUTE

I bisogni di salute della popolazione di riferimento rappresentano l'insieme delle necessità, espresse o latenti, che una determinata comunità o gruppo di persone manifesta per mantenere, migliorare o recuperare il proprio stato di salute e benessere.

Di seguito vengono illustrati il quadro socio-demografico, i principali fattori di rischio e i dati epidemiologici relativi alla cronicità nella popolazione altoatesina.

Tali elementi, integrati dalla mappatura dei servizi e dall'analisi del contesto organizzativo e territoriale, costituiscono la base conoscitiva per una rilevazione sistematica del fabbisogno assistenziale e per la pianificazione mirata delle attività territoriali.

1.1 Quadro socio-demografico ed epidemiologico

Nel 2025, la popolazione residente in Alto Adige ammonta a 542.134 persone, con una densità abitativa di 73,2 abitanti per km². La distribuzione territoriale evidenzia che:

- il 49,3% vive in aree a bassa urbanizzazione;
- il 31,0% in aree a media urbanizzazione;
- il 19,7% nella città di Bolzano, caratterizzata da un elevato grado di urbanizzazione.

La popolazione si concentra principalmente nel Comprensorio sanitario di Bolzano (43,91%), seguito da Merano (26,14%), Bressanone (14,84%) e Brunico (15,11%). I distretti sanitari di Bolzano città e Merano comprendono rispettivamente il 19,72% e il 10,85% della popolazione.

Il rapporto di mascolinità è pari a 98,4 uomini ogni 100 donne. L'età media è di 43,2 anni (42,0 per gli uomini e 44,2 per le donne), con un incremento di 0,9 anni rispetto a cinque anni fa.

L'indice di vecchiaia è pari a 136,1 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 giovani (0-14 anni), in crescita di 11 punti negli ultimi cinque anni. È più elevato tra le donne (155,1) rispetto agli uomini (118,2), ma rimane inferiore alla media nazionale (193,1).

L'indice di dipendenza strutturale è pari al 56,1%; risulta più elevato tra le donne (59,7%) rispetto agli uomini (52,5%) ed è leggermente inferiore al valore nazionale (57,6%).

La speranza di vita alla nascita è pari a 82,0 anni per gli uomini e a 86,2 anni per le donne, valori superiori alla media italiana (rispettivamente 81,1 e 85,2 anni). Dopo la flessione causata dalla pandemia, la speranza di vita è tornata a crescere.

Nel 2025, la popolazione è aumentata di 5,2 unità ogni 1.000 abitanti, principalmente grazie al saldo migratorio positivo (+4,9‰). Il tasso di fecondità totale è pari a 1,56 figli per donna, superiore alla media nazionale (1,20).

Nel 2025 sono nati 4.661 bambini, dei quali il 96,5% da madri residenti. Il numero delle nascite è leggermente aumentato rispetto all'anno precedente (4.650 nel 2024). Ciononostante, il tasso di natalità rimane il più elevato d'Italia, con 9,2 nati vivi ogni 1.000 abitanti rispetto alla media nazionale di 6,4.

1.2 Principali fattori di rischio

La valutazione dei bisogni assistenziali, ispirata ai principi del Population Health Management (Rapporto OASI 2015), comprende anche la popolazione sana e monitora nel tempo la presenza di fattori di rischio individuali e contestuali. Tale approccio consente di attivare interventi mirati di promozione della salute e di self-care, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di patologie.

I dati raccolti attraverso le indagini OKkio alla Salute (bambini), HBSC (adolescenti), PASSI (adulti) e PASSI d'Argento (anziani) in Alto Adige evidenziano la diffusione dei seguenti fattori di rischio modificabili:

- Sovrappeso e obesità: il 35,5% della popolazione tra 18 e 69 anni presenta un eccesso ponderale (27,7% sovrappeso, 7,8% obesa), con una prevalenza maggiore tra uomini e le persone con basso livello di istruzione. Le cause principali includono un'alimentazione scorretta e la scarsa attività fisica, con conseguenze su ipertensione, malattie cardiovascolari e diabete.
- Sedentarietà: il 6,3% della popolazione adulta (18-69 anni) è completamente sedentaria, mentre il 74,2% è fisicamente attiva. La sedentarietà è un fattore di rischio per obesità, malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tumori.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Consumo insufficiente di frutta e verdura: solo il 6,7% della popolazione consuma le cinque porzioni giornaliere raccomandate, con impatto negativo sulla prevenzione delle malattie croniche.
- Fumo: responsabile del 22% di tutti i decessi correlati alle patologie tumorali e, complessivamente, del 12% di tutti i decessi. Gli uomini risultano particolarmente colpiti: l'83% dei tumori del cavo orale e della faringe e l'88% dei tumori polmonari negli uomini sono attribuibili al consumo di tabacco. Il 19,0% della popolazione adulta è fumatrice (20,7% degli uomini e 17,2% delle donne).
- Abuso di sostanze: nel 2025 i Servizi per le Dipendenze (SerD) della provincia hanno preso in carico complessivamente 1.455 persone con problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti. L'eroina è risultata la sostanza maggiormente utilizzata (44,1%), seguita dalla cocaina (22,3%) e dai cannabinoidi (21,5%).
- Consumo rischioso di alcol: il 34,2% degli adulti tra 18 e 69 anni rientra tra i "bevitori a rischio", con il 25,2% che consuma alcol prevalentemente fuori pasto. L'alcol è associato a cirrosi, tumori, ipertensione e malformazioni congenite.

1.3 Cronicità

Anche in Alto Adige si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione, con un conseguente aumento della prevalenza delle patologie croniche, spesso concomitanti. Tale fenomeno, in linea con il Piano Nazionale della Cronicità e con le indicazioni del DM 77/2022, richiede una riorganizzazione strategica dei servizi sanitari e socio-sanitari, orientata alla presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare delle persone affette da patologie croniche.

Secondo l'Osservatorio della Salute della PAB, si registra una tendenza all'aumento della cronicità tra gli over 70, correlata all'allungamento della vita. Attualmente, il 31,7% (1 persona su 3) della popolazione altoatesina presenta almeno una malattia cronica.

La multicronicità comporta un impatto rilevante sui costi assistenziali, evidenziando una correlazione pressoché lineare tra il numero di patologie e la spesa media annua pro capite. Inoltre, le persone con patologie croniche presentano elevati tassi di accesso al Pronto Soccorso, di ospedalizzazione e di mortalità, sottolineando la necessità di promuovere i cambiamenti dell'assetto assistenziale previsti dal DM 77/2022, compresi i percorsi di Cure Palliative.

Nella gestione delle patologie croniche, il Population Health Management (PHM) riveste un ruolo strategico fondamentale. Si tratta di un approccio sistemico alla salute pubblica che mira a migliorare lo stato di salute dell'intera popolazione, ottimizzando nel contempo l'utilizzo delle risorse sanitarie. Tale approccio si articola nei seguenti livelli operativi:

- Identificazione della popolazione target in base ai bisogni attuali e proiezioni future.
- Segmentazione per gravità e complessità clinica.
- Personalizzazione dei percorsi assistenziali (es. ePDTA).
- Governance territoriale con ruolo centrale di ASL e distretti sanitari.
- Proattività delle cure, ispirata al Chronic Care Model.
- Empowerment del paziente tramite strategie di self-management.
- Integrazione dei sistemi informativi per la condivisione sicura dei dati.
- Mobilità programmata degli specialisti tra ospedale e territorio.

Adottando questi livelli anche nella PAB possono essere affrontate le principali sfide della sanità contemporanea: la crescente prevalenza delle cronicità, la sostenibilità economica del sistema e la frammentazione dei servizi. Si configura così come un modello evoluto, orientato alla prevenzione, all'efficienza e alla centralità della persona.

Diabete

In Italia, secondo ISTAT (2023), circa 4 milioni di persone (6,2% della popolazione) convivono con il diabete noto, con una prevalenza stimata all'8,5% se si includono i casi non diagnosticati. In PAB, nel 2021 sono stati assistiti 21.205 pazienti con diabete di tipo 2 (4% della popolazione assistibile), con picchi del 16,5% oltre i 75 anni. La prevalenza è maggiore nei centri urbani.

Il 76,2 % dei pazienti diabetici di tipo 2 presenta anche una patologia cardiovascolare, mentre il 70,4% soffre di ipertensione. Il monitoraggio annuale della creatinina è effettuato dal 77,0% dei pazienti, mentre solo il 71,4% esegue il controllo dell'emoglobina glicata (contro un valore di riferimento nazionale dell'84%).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il diabete comporta costi sanitari elevati (10–15% della spesa sanitaria), soprattutto per le complicanze tardive. Nel 2021, il 73,3% dei pazienti ha assunto antidiabetici orali, il 56,9% ipolipemizzanti, il 29,4% antiaggreganti e il 17,4% insulina. L'87,7% ha ricevuto almeno uno di questi farmaci. Il tasso di ospedalizzazione per diabete è di 50 ricoveri ogni 100.000 residenti adulti, di cui 17 per complicanze croniche.

Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in PAB (30,3% dei decessi). I principali fattori di rischio includono fumo, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e obesità. La gestione è complicata dalla multicronicità e dalla polifarmacoterapia.

Per la valutazione del rischio cardiovascolare può essere utilizzato il modello SCORE2 raccomandato dalla Società Europea di Cardiologia (ESC). La stratificazione del rischio supporta i medici di medicina generale nell´individuazione degli interventi preventivi appropriati e nell´inserimento dei pazienti nei pertinenti percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e considera anche l'origine geografica, rilevante in PAB per la presenza di popolazione immigrata dai Balcani e dal Nord Africa. Questo strumento aiuta i MMG a inserire i pazienti nei PDTA appropriati (es. scompenso cardiaco o diabete). Nel 2021, circa 6.900 pazienti (1,2% della popolazione) sono stati assistiti per insufficienza cardiaca.

Malattie respiratorie

Le patologie respiratorie rappresentano l'8,1% dei decessi in PAB, terza causa dopo malattie cardiovascolari e tumori. La BPCO è responsabile del 40% dei decessi respiratori. Il fumo è il principale fattore di rischio: il 15–20% dei fumatori sviluppa ostruzione bronchiale significativa.

Nel 2024, nelle strutture sanitarie della provincia sono state ricoverate complessivamente 5.522 persone con una malattia respiratoria come diagnosi principale. Il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 1.023,8 per 100.000 abitati. Le cause più frequenti di ricovero ospedaliero sono state polmonite e l'influenza.

Malattie reumatiche

L'artrite reumatoide (AR) è una forma di artrite cronica, con una prevalenza in Italia dello 0,3–1%, colpisce soprattutto le donne. L'incidenza è di circa 6 nuovi casi ogni 10.000 persone all'anno, aumentando con l'età.

In PAB, nel 2021, circa 3.000 pazienti (0,6% della popolazione) sono stati assistiti per AR.

2 MAPPATURA DELL'OFFERTA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

La PAB ha affidato l'erogazione dell'assistenza sanitaria all'ASDAA, ente strumentale di diritto pubblico istituito nel 2007.

L'offerta assistenziale comprende le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, garantite nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Questa mappatura territoriale consente di identificare e valorizzare le risorse disponibili, facilitando la pianificazione integrata degli interventi sanitari e socio-sanitari in risposta ai bisogni della popolazione.

2.1 Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

L'ASDAA è articolata in quattro Comprensori sanitari, ciascuno con una rete di ospedali e distretti sanitari che servono i comuni limitrofi:

- Comprensorio di Bolzano: comprende l'Ospedale di Bolzano e sette distretti sanitari. Assiste una popolazione di circa 238.000 abitanti
- Comprensorio di Bressanone: include gli Ospedali di Bressanone e Vipiteno, con tre distretti sanitari. La popolazione di riferimento è di circa 80.000 abitanti.
- Comprensorio di Brunico: comprende gli Ospedali di Brunico e San Candido e quattro distretti sanitari, per un totale di circa 81.000 abitanti.
- Comprensorio di Merano: include gli Ospedali di Merano e Silandro e sei distretti sanitari, con una popolazione complessiva di circa 141.000 abitanti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.2 Governance dell'ambito territoriale

La Direzione dell'ASDAA nelle sue funzioni di governance affianca le Direttrici/i Direttori di Comprensorio con le Direzioni territoriali.

Le Direttrici/i Direttori di Comprensorio hanno la responsabilità gestionale complessiva sul nuovo modello organizzativo territoriale. Insieme alla Direttrice medica/al Direttore medico del territorio, alla/al Dirigente tecnico-assistenziale del territorio e alla/al Direttrice/Direttore dell'Ufficio gestione amministrativa distrettuale definisce la strategia per le nuove strutture PNRR.

Alle Direttrici/ai Direttori di Comprensorio sono inoltre affidate, con il sostegno dei rispettivi Comitati di Comprensorio, la gestione operativa e alcune funzioni come quella di procedere alla mappatura dei servizi, predisporre regolamenti, individuare fabbisogni e monitorare il corretto funzionamento e la rispettiva performance secondo indicatori predefiniti (si veda DGP 712/2024).

I Comitati di Comprensorio sono composti da:

- Direttrice/Direttore di Comprensorio – con funzione di Presidente;
- Referente locale del Sociale – referente della Comunità comprensoriale o, per Bolzano, l'Azienda dei Servizi Sociali;
- Rappresentante MMG – scelto tra i referenti delle AFT del territorio;
- Rappresentante PLS;
- Direttrice/Direttore medico dell'assistenza primaria,
- Referente medico ospedaliero,
- Farmacista,
- Dirigente tecnico-assistenziale territoriale,
- Rappresentante del Dipartimento di Prevenzione,
- Dirigente amministrativo del Comprensorio,
- Referenti della Rete per la Salute psichica.

I Comitati di Comprensorio affiancano le Direttrici/i Direttori di Comprensorio nella:

- definizione dei bisogni assistenziali del territorio;
- formulazione degli obiettivi annuali;
- pianificazione e monitoraggio delle attività;
- integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri;
- miglioramento continuo della qualità percepita dai cittadini.

I Comitati di Comprensorio costituiscono uno sviluppo recente nella governance territoriale. La collaborazione all'interno dei comitati e la loro integrazione nel sistema decisionale sono aspetti da rafforzare.

2.3 Pronto soccorso – Raccordo con il territorio

Tutti gli ospedali pubblici della PAB sono dotati di un servizio di Pronto Soccorso. Nel corso del 2025, sono stati registrati oltre 204.653 utenti per un totale di 321.225 accessi complessivi. Circa 2.300 persone hanno effettuato più di quattro accessi nell'arco dell'anno. Il tasso di accesso si attesta a 592,52 per 1.000 residenti, uno dei più elevati a livello nazionale.

La distribuzione dei codici di triage evidenzia che:

- Lo 0,74% degli accessi è stato classificato come codice rosso (emergenza critica),
- Il 4,99% come codice arancione (urgenza),
- Il 21,04% come codice giallo (urgenza differibile),
- Il 65,4% come codice verde (non urgente) rispettivamente il 65,0% come codice blu (non critico).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L’85,72% degli accessi si è concluso con la dimissione a domicilio, mentre gli abbandoni si sono mantenuti sotto il 3%. Il 9,18% degli accessi ha comportato un ricovero ospedaliero.

Anche in Alto Adige, una quota significativa degli accessi avviene in autopresentazione e riguarda casi classificati come codici blu o verdi, quindi non urgenti. Questi accessi potrebbero essere più adeguatamente gestiti da strutture territoriali a bassa intensità assistenziale, contribuendo così a ridurre il sovraccarico dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) e a migliorare l’efficienza complessiva del sistema.

2.4 Medicina di base e assistenza domiciliare

Al 31 marzo 2026, i medici convenzionati con il SSP erano complessivamente 364, di cui 305 MMG e 59 PLS. Il carico medio di assistiti risultava pari a 1.562 persone per MMG e 1.166 per PLS, valori superiori alla media nazionale di 1.335 e 891.

Dal 2018, in PAB sono attive le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gruppi di MMG incaricati di garantire la continuità dell’assistenza per tutta la settimana. Attualmente sono presenti 26 AFT, con una composizione che varia da un minimo di 5 a un massimo di 17 medici per gruppo.

Attualmente circa 1.500 pazienti sono assisiti nell’ambito dell’Assistenza Domiciliare Programmata (ADP). Il 55,1% dei Medici di Medicina Generale (MMG) partecipa all’ADP, seguendo in media 8,3 pazienti ciascuno. L’86% delle persone assistite ha più di 75 anni. Il tasso di ADP è pari a 29,3 persone ogni 10.000 abitanti. Le principali patologie tratte sono state:

- malattie del sistema circolatorio (35,7%);
- disturbi mentali (16,3%);
- malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (14,3%);
- patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo (9,8%);
- tumori (6,5%).

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una componente essenziale dell'assistenza territoriale in Alto Adige e ha l'obiettivo di consentire alle persone con patologie croniche, non autosufficienza, disabilità, fragilità o bisogni assistenziali complessi di vivere il più a lungo possibile nel proprio ambiente domestico.

La base strategica e organizzativa dell'assistenza domiciliare è costituita dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 sullo sviluppo dell'assistenza territoriale, dalla Missione 6 del PNRR "La casa come primo luogo di cura", dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n. 907/2022 di recepimento del DM 77/2022 in Alto Adige, nonché dalle Linee guida per l'assistenza domiciliare e per la valutazione multidimensionale approvate con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 67 del 28.01.2025.

La deliberazione definisce in modo preciso gli obiettivi, i destinatari e le figure professionali coinvolte nell’assistenza domiciliare. Viene descritta la classificazione delle tipologie di cure domiciliari attive sul territorio provinciale, con particolare attenzione all’assistenza agli over 65, suddivisa in cinque livelli di intensità assistenziale (livello base, livello 1, 2, 3 e cure palliative domiciliari/UCP-DOM) descrivendo anche le modalità di presa incarico a seconda delle differenti tipologie.

Nei casi complessi, che possono richiedere anche interventi di natura sociale, si introduce l’ADI, che prevede l’attivazione dell’UVM. Questo strumento è essenziale per la definizione del Progetto Assistenziale Integrato (PAI), che garantisce un approccio personalizzato e multidisciplinare.

Gli Obiettivi dell’Assistenza Domiciliare Integrata sono:

- Offrire assistenza domiciliare di qualità a persone fragili, non autosufficienti, anziani, disabili e minori.
- Favorire la presa in carico precoce delle persone con fragilità e patologie croniche.
- Prevenire ricoveri ospedalieri evitabili e riospedalizzazioni.
- Promuovere l'autonomia e migliorare la qualità della vita delle persone assistite.
- Sostenere i familiari e i caregiver nelle attività di cura.
- Integrare le prestazioni sanitarie e gli interventi sociali.
- Garantire dimissioni protette e la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In coerenza con gli obiettivi del PNRR, si prevede di proseguire nel potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con particolare attenzione alla presa in carico delle persone di età superiore ai 65 anni. L'obiettivo nazionale prevede il progressivo coinvolgimento nell'assistenza domiciliare di almeno il 10% della popolazione over 65. Il monitoraggio dei risultati viene effettuato attraverso il flusso informativo nazionale SIAD-05 BIS.

Per il raggiungimento dell'obiettivo sono da considerare le persone assistite in:

- assistenza domiciliare integrata (ADI)
- assistenza infermieristica domiciliare (AID)
- cure palliative domiciliari (UCP-DOM)
- assistenza domiciliare programmata (ADP)
- assistenza domiciliare respiratoria (AD- RES)
- valutazione per l'assegno di cura

In conformità con quanto previsto dalla DGP n. 67/2025, è stata introdotta la Riabilitazione al Domicilio rivolta ai pazienti affetti da patologie croniche complesse assistiti nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Questo nuovo servizio mira a promuovere l'autonomia sia dei pazienti sia dei caregiver attraverso interventi riabilitativi mirati erogati direttamente presso il domicilio. L'attività viene svolta in stretta collaborazione con l'assistenza domiciliare e con il Medico di Medicina Generale (MMG), garantendo un approccio integrato e personalizzato.

Sulla base dell'esperienza maturata nei distretti pilota, gli interventi di riabilitazione domiciliare sono stati estesi anche ai pazienti che non sono inseriti esclusivamente nei percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il servizio si rivolge altresì alle persone assistite a domicilio che presentano bisogni riabilitativi specifici. L'obiettivo è favorire il mantenimento dell'autonomia degli assistiti e rafforzare le competenze assistenziali dei caregiver. L'integrazione sistematica della logopedia all'interno di un modello pubblico multiprofessionale di assistenza domiciliare rappresenta, nel panorama italiano, un'esperienza innovativa e ancora poco diffusa.

La riabilitazione domiciliare è indicata nei casi di difficoltà di trasporto o di inefficacia dei trattamenti ambulatoriali, per fornire consulenza finalizzata alla prevenzione di danni secondari e terziari, ridurre il rischio di cadute e, nei casi appropriati, realizzare interventi riabilitativi mirati. Le attività sono svolte da fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, appositamente formati per l'erogazione delle prestazioni al domicilio.

Per realizzare il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR e dal DM 77/2022 e garantire una presa in carico globale, integrata e continuativa delle persone con patologie croniche o condizioni di fragilità, è fondamentale istituzionalizzare i rapporti tra gli ospedali di riferimento, le Case della Comunità (CdC), i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS). Tale passaggio consente di superare la frammentazione dei servizi e di sviluppare una rete assistenziale integrata e funzionale, nella quale le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità (OdC) operano come articolazioni del Comprensorio sanitario sotto la responsabilità della Direttrice o del Direttore di Comprensorio.

Per rafforzare l'integrazione tra i servizi è necessario promuovere obiettivi condivisi e una stretta collaborazione tra ospedale, medici di medicina generale, infermiere/i di famiglia e di comunità e Case della Comunità. Ciò consente di migliorare la continuità assistenziale, evitare ricoveri ospedalieri non appropriati e garantire dimissioni protette e percorsi di cura adeguati, in particolare per le persone affette da patologie croniche o con elevati bisogni assistenziali.

Le modalità operative comprendono l'organizzazione periodica di incontri tra la Direzione medica, le unità operative ospedaliere e i MMG/PLS, la definizione condivisa degli obiettivi di salute, l'integrazione tra i sistemi informativi aziendali e quelli utilizzati sul territorio, nonché il coinvolgimento attivo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Questi elementi sono fondamentali per garantire un'efficace collaborazione multidisciplinare e valorizzare le competenze delle professioni sanitarie e sociali in sinergia con i servizi presenti nelle comunità locali.

L'ulteriore sviluppo dell'assistenza primaria richiede inoltre che i nuovi flussi informativi, in particolare il SIAP, non siano soltanto implementati dal punto di vista tecnico, ma vengano utilizzati come strumenti di monitoraggio, programmazione e valutazione della qualità dei servizi. I MMG e i PLS saranno pertanto progressivamente coinvolti in processi digitali standardizzati che consentiranno la rilevazione delle attività svolte, l'interoperabilità con i sistemi informativi aziendali e l'utilizzo dei dati a supporto della governance dell'assistenza territoriale.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

2.4.1 Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria 2026-2028

Per il triennio 2026-2028, la riorganizzazione dell'assistenza primaria rappresenta un elemento centrale per la piena attuazione del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale. I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) assumono non soltanto il tradizionale ruolo di primo riferimento sanitario per la popolazione, ma vengono progressivamente integrati all'interno di una rete assistenziale strutturata, multiprofessionale e interdisciplinare.

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale prevede l'evoluzione dell'assistenza primaria nell'ambito del ruolo unico. Tale modello integra l'attività a scelta con quella oraria, consentendo una maggiore flessibilità organizzativa, una migliore programmabilità delle attività e un più forte inserimento dei professionisti nelle strutture territoriali. In questo modo si pongono le basi per rafforzare progressivamente la continuità assistenziale, la presa in carico dei pazienti cronici e fragili e la presenza medica nelle Case della Comunità e, ove previsto, negli Ospedali di Comunità.

Le attuali forme di Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) saranno ulteriormente sviluppate nel periodo 2026-2028. Quali modelli organizzativi monoprofessionali dei Medici di Medicina Generale, esse hanno il compito di favorire la continuità assistenziale nell'arco della giornata e della settimana, garantire standard organizzativi condivisi e fungere da riferimento per l'integrazione con gli altri servizi territoriali. A tal fine, ogni AFT dovrà essere collegata a un ambito territoriale definito, a una Casa della Comunità e, ove prevista, a una Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).

L'UCCP rappresenta il modello multiprofessionale dell'assistenza primaria e costituisce il luogo nel quale si integrano operativamente le attività dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, degli Infermieri di Famiglia e di Comunità, degli specialisti ambulatoriali, dei servizi sociali e delle altre professioni sanitarie. Nell'ambito delle Case della Comunità, in particolare delle strutture HUB, l'UCCP sostiene la gestione coordinata dei pazienti cronici, complessi e fragili, favorisce l'attuazione dei percorsi assistenziali integrati e rafforza la collaborazione tra ospedale, territorio e assistenza domiciliare.

Particolare attenzione dovrà essere riservata alla definizione di modelli sostenibili di presenza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nelle Case della Comunità. Tale presenza non deve essere intesa come un semplice servizio ambulatoriale aggiuntivo, ma come parte integrante di un modello organizzativo coordinato che comprende le attività di prevenzione e promozione della salute, la gestione delle piccole urgenze, le patologie croniche, la continuità assistenziale e la collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, il servizio 116117, l'Unità di Valutazione Multidimensionale e l'assistenza domiciliare.

Il numero europeo armonizzato 116117 dovrà essere progressivamente consolidato quale punto di accesso privilegiato per i bisogni sanitari non urgenti. A tal fine saranno definiti processi standardizzati di invio e di feedback tra il 116117, i MMG, i PLS, le Case della Comunità, le Unità di Continuità Assistenziale, i servizi di continuità assistenziale e i Pronto Soccorso. L'obiettivo è garantire la presa in carico del cittadino nel livello assistenziale più appropriato e ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso.

Negli Ospedali di Comunità la partecipazione dei Medici di Medicina Generale dovrà essere definita nel rispetto della normativa nazionale, delle disposizioni provinciali e degli strumenti contrattuali disponibili.

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta dovrà inoltre essere rafforzato in maniera sistematica all'interno dei percorsi assistenziali integrati, dell'assistenza domiciliare, della valutazione multidimensionale, delle cure palliative e delle attività di prevenzione. Essi contribuiscono in particolare all'identificazione precoce delle persone a rischio, alla stratificazione della popolazione in base alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali, all'attivazione della presa in carico integrata, alla partecipazione alle UVM, alla definizione e all'attuazione del Progetto Assistenziale Individuale e al monitoraggio clinico continuativo.

In tale contesto, l'assistenza primaria assume un ruolo centrale nell'ambito del Population Health Management e della medicina proattiva.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta saranno progressivamente coinvolti nei modelli assistenziali basati sulla telemedicina. Ciò riguarda in particolare i teleconsulti con gli specialisti, il monitoraggio a distanza dei pazienti cronici, la teleassistenza rivolta a specifici gruppi a rischio e l'utilizzo degli strumenti di telemedicina nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e dell'assistenza domiciliare.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta assumono inoltre un ruolo fondamentale nella promozione della salute e nella prevenzione. Tale ruolo comprende in particolare le attività vaccinali, gli screening e la diagnosi precoce, la promozione di stili di vita salutari, la stratificazione del rischio e la partecipazione attiva agli interventi di prevenzione di popolazione in collaborazione con le Case della Comunità e con il Dipartimento di Prevenzione.

Per l'attuazione di questa riorganizzazione nel periodo 2026-2028 risultano in particolare necessarie le seguenti azioni:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- mappatura delle AFT esistenti, comprensiva di bacino d'utenza, composizione, referenti, caratteristiche organizzative e collegamento alle Case della Comunità;
- definizione di un modello aziendale per il collegamento funzionale delle AFT alle UCCP e alle Case della Comunità;
- definizione dei modelli di presenza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nelle Case della Comunità e, ove previsto, negli Ospedali di Comunità;
- coinvolgimento dei MMG e dei PLS nell'attuazione dei PDTA prioritari, con particolare riferimento alle patologie croniche ad alta prevalenza;
- standardizzazione del ruolo dei MMG e dei PLS nell'assistenza domiciliare, nelle UVM, nelle cure palliative e nella prevenzione;
- sviluppo di interfacce organizzative e cliniche condivise tra MMG/PLS, Infermieri di Famiglia e di Comunità, 116117, Unità di Continuità Assistenziale, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e ambulatori specialistici;
- utilizzo dei nuovi flussi informativi e degli strumenti digitali, in particolare SIAP, Fascicolo Sanitario Elettronico, Patient Summary, ePDTA, SisTer, Garsia e piattaforme di telemedicina;
- introduzione di un sistema di monitoraggio dell'assistenza primaria basato su indicatori di struttura, processo ed esito.

L'obiettivo è trasformare progressivamente l'assistenza primaria, nel periodo 2026-2028, da un modello prevalentemente centrato sullo studio medico a un sistema integrato, multiprofessionale, interconnesso e basato sui dati. Ciò consentirà di rendere l'assistenza più vicina ai bisogni della popolazione, più proattiva e coordinata, ridurre il ricorso inappropriato ai Pronto Soccorso e migliorare in modo sostenibile la presa in carico dei pazienti cronici, fragili e complessi.

2.4.2 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come modello organizzativo governabile dell'assistenza primaria

Le attuali AFT costituiscono già oggi un'importante base per l'organizzazione territoriale dell'assistenza medica di base. Nel triennio 2026–2028 è tuttavia necessario sviluppare ulteriormente questa forma organizzativa, non limitandosi a una rilevazione quantitativa, ma configurandola come elemento governabile, funzionalmente integrato e dotato di compiti chiaramente definiti nel nuovo modello di assistenza territoriale.

Le AFT non rappresentano soltanto uno strumento di collaborazione organizzativa tra i medici aderenti, ma sono chiamate ad assumere un ruolo centrale nel garantire la continuità assistenziale, nell'attuazione dei programmi territoriali, nell'integrazione con le Case della Comunità e nella collaborazione con le forme organizzative multiprofessionali.

A tal fine, nel biennio 2026–2027 verrà effettuata una mappatura aziendale delle AFT esistenti. Per ciascuna AFT saranno rilevati e definiti in particolare:

- bacino territoriale di riferimento e popolazione assistita;
- Casa della Comunità di riferimento, distinguendo tra funzione HUB e SPOKE;
- collegamento funzionale con una UCCP o altra forma organizzativa multiprofessionale;
- MMG e, ove pertinente, PLS partecipanti;
- referente o coordinatore dell'AFT;
- modalità organizzative e comunicative interne;
- orari di attività, accessibilità e modalità di sostituzione reciproca;
- ambiti di attività con riferimento all'assistenza primaria, continuità assistenziale, piccole urgenze, PDTA, assistenza domiciliare, UVM, cure palliative e prevenzione;
- interfacce con IFeC, 116117, UCA, specialistica ambulatoriale, servizi ospedalieri e servizi sociali;
- strumenti digitali e flussi informativi utilizzati per la collaborazione.

Sulla base di tale mappatura sarà predisposto un regolamento aziendale per il funzionamento delle AFT, successivamente adattato in modo standardizzato a ciascuna AFT. Questi regolamenti costituiscono la base

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

per l’integrazione delle AFT nel regolamento di funzionamento della rispettiva Casa della Comunità e nei Piani comprensoriali annuali delle attività territoriali. Essi dovranno definire in particolare quali compiti assume l’AFT nella rete territoriale, come avviene il coordinamento interno, quali interfacce devono essere attivate in modo vincolante e quali indicatori sono utilizzati per la valutazione dell’attività.

Particolare attenzione è riservata al modello del referente: il ruolo dei referenti delle AFT quale interfaccia con la Direzione di Comprensorio, i Servizi comprensoriali della Medicina di base, le strutture di coordinamento delle Case della Comunità e le UCCP sarà rafforzato e sviluppato. Il referente sostiene il coordinamento interno dell’AFT, l’attuazione dei programmi territoriali concordati e la trasmissione delle questioni organizzative e cliniche alle competenti strutture aziendali.

Nel periodo 2026–2028 i compiti delle AFT dovranno essere progressivamente precisati. Essi riguardano in particolare:

- garantire la continuità assistenziale nel bacino territoriale definito;
- coordinare la partecipazione dei medici alle attività delle Case della Comunità;
- collaborare ai percorsi assistenziali integrati per le patologie croniche;
- sostenere l’assistenza domiciliare e la valutazione multidimensionale;
- partecipare ai programmi di prevenzione, promozione della salute e prevenzione vaccinale;
- collaborare con IFeC, 116117 e UCA nella gestione delle transizioni e dei bisogni assistenziali non urgenti;
- collaborare con le strutture specialistiche e, ove previsto, con le aggregazioni funzionali territoriali degli specialisti;
- utilizzare strumenti digitali e flussi informativi condivisi.

In relazione all’evoluzione delle AFT, occorre considerare anche il collegamento con le forme associative della specialistica ambulatoriale previste dall’Allegato 11 dell’Accordo Collettivo Nazionale. L’obiettivo è rafforzare la collaborazione tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialisti e altri professionisti sanitari, in particolare nella presa in carico dei pazienti cronici, complessi e multimorbidi. Le Case della Comunità e le UCCP rappresentano il contesto organizzativo privilegiato per realizzare l’integrazione operativa tra assistenza primaria e assistenza specialistica.

Nel periodo 2026–2028 il governo delle AFT dovrà essere progressivamente basato su indicatori di struttura, processo ed esito. Tali indicatori non dovranno essere considerati esclusivamente come strumenti di controllo amministrativo, bensì come strumenti per lo sviluppo condiviso della qualità dell’assistenza, della continuità delle cure e dell’appropriatezza dell’assistenza territoriale.

Tra i possibili indicatori rientrano in particolare:

- numero di AFT dotate di un regolamento approvato;
- numero di AFT con interfacce definite con UCCP, IFeC e PDTA;
- numero di incontri di coordinamento tra AFT e strutture territoriali;
- numero di pazienti inseriti nei PDTA con coinvolgimento dell’AFT;
- numero di UVM attivate o supportate dalle AFT;
- contributo delle AFT alla riduzione degli accessi non urgenti ai Pronto Soccorso;
- livello di utilizzo degli strumenti digitali e dei flussi informativi.

L’obiettivo per il periodo 2026–2028 è trasformare progressivamente le AFT da una forma di collaborazione prevalentemente organizzativa a uno strumento vincolante di governo e integrazione dell’assistenza territoriale. Ciò consentirà di rafforzare il collegamento dell’assistenza primaria con le Case della Comunità, le UCCP, l’assistenza domiciliare, i percorsi assistenziali integrati, l’IFeC e l’assistenza specialistica.

2.4.3 Le UCCP come modello multiprofessionale dell'assistenza primaria

Nel nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) rappresentano la principale forma organizzativa multiprofessionale dell'assistenza primaria. Mentre le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) strutturano la collaborazione monoprofessionale tra Medici di Medicina Generale, le UCCP costituiscono il contesto organizzativo nel quale l'assistenza medica di base, i

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Pediatri di Libera Scelta, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità, gli specialisti ambulatoriali, i servizi sociali e le ulteriori professioni sanitarie operano all'interno di un modello assistenziale condiviso.

Ogni UCCP si fonda su un gruppo multiprofessionale di base, composto almeno da un Medico di Medicina Generale e/o un Pediatra di Libera Scelta, un infermiere, un assistente sociale e personale amministrativo di supporto. In relazione alla complessità dei bisogni assistenziali della popolazione presa in carico, il team può essere integrato da Infermieri di Famiglia e di Comunità, specialisti, psicologi, professionisti della riabilitazione e ulteriori figure sanitarie e sociali. L'UCCP opera secondo il principio di una unità multiprofessionale flessibile, caratterizzata da un nucleo stabile e da competenze aggiuntive attivabili in funzione dei bisogni assistenziali.

L'UCCP non deve essere considerata una struttura aggiuntiva rispetto alle Case della Comunità, bensì una modalità organizzativa funzionale preferibilmente collocata all'interno delle stesse, in particolare nelle Case della Comunità HUB. Qualora le caratteristiche territoriali lo richiedano, l'UCCP può essere organizzata anche presso altre strutture aziendali o attraverso una rete funzionale di servizi territoriali. È tuttavia essenziale che ogni AFT sia collegata funzionalmente a una UCCP o a un'organizzazione multiprofessionale equivalente.

L'UCCP ha il compito prioritario di coordinare in modo multiprofessionale la presa in carico dei pazienti cronici, complessi e fragili. Essa costituisce il contesto operativo per le discussioni multidisciplinari dei casi, l'attuazione dei percorsi assistenziali integrati, il raccordo tra assistenza primaria e specialistica ambulatoriale, la collaborazione con l'assistenza domiciliare e con le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), nonché il collegamento con gli Infermieri di Famiglia e di Comunità, il servizio 116117, le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

La composizione multiprofessionale dell'UCCP dovrà essere definita in relazione ai bisogni del territorio e potrà comprendere in particolare: Medici di Medicina Generale; Pediatri di Libera Scelta; Infermieri di Famiglia e di Comunità; personale infermieristico dei distretti sanitari; specialisti ambulatoriali territoriali; servizi sociali e assistenza sociale; professionisti della riabilitazione; psicologi e servizi di salute mentale, ove necessario; professionisti delle cure palliative; servizi di prevenzione; ulteriori professioni sanitarie e sociali in funzione delle necessità locali.

Gli Infermieri di Famiglia e di Comunità costituiscono, insieme ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, una componente essenziale dell'assistenza primaria multiprofessionale. La collaborazione riguarda in particolare la presa in carico proattiva delle persone con patologie croniche e fragilità, le visite domiciliari, gli interventi di prevenzione, l'empowerment dei pazienti e la partecipazione ai progetti assistenziali integrati.

L'UCCP rappresenta inoltre il luogo operativo per la gestione condivisa dei pazienti complessi, in particolare delle persone con multi-cronicità, ricoveri ripetuti, frequenti accessi al Pronto Soccorso, elevato bisogno assistenziale, fragilità sociale o rischio di interruzione della continuità delle cure. Per tali pazienti dovranno essere definiti piani assistenziali condivisi, responsabilità chiaramente individuate, modalità di comunicazione strutturate e meccanismi di escalation.

Un ulteriore ambito prioritario di attività delle UCCP riguarda l'attuazione di programmi condivisi per la gestione della cronicità e per la medicina proattiva. Le UCCP supportano in particolare: l'identificazione e la stratificazione dei pazienti cronici e fragili; l'inserimento dei pazienti nei PDTA appropriati; il coordinamento dei controlli periodici e dei follow-up; l'attivazione dell'assistenza domiciliare, delle UVM e delle cure palliative; l'utilizzo degli strumenti di telemedicina; la promozione della prevenzione, della salute e dell'empowerment del paziente.

Per i pazienti complessi, fragili o affetti da pluripatologie è previsto un modello strutturato di case management. In base al bisogno prevalente viene individuata una figura di riferimento responsabile del coordinamento del progetto assistenziale e dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali. La responsabilità diagnostico-terapeutica rimane in capo al medico di fiducia della persona assistita.

L'attività delle UCCP sarà accompagnata da audit clinici e organizzativi periodici finalizzati alla valutazione condivisa dei processi assistenziali, dell'appropriatezza delle prese in carico, dell'efficacia delle interfacce tra i servizi, dell'applicazione dei PDTA, dell'utilizzo degli strumenti digitali e dei risultati ottenuti. Gli audit costituiscono uno strumento fondamentale per individuare precocemente eventuali criticità, duplicazioni di attività e utilizzi inappropriati dei servizi, consentendo l'attivazione di interventi correttivi.

Alle attività di audit si affiancheranno conferenze periodiche multiprofessionali sui casi clinici, finalizzate alla valutazione condivisa dei percorsi assistenziali complessi, all'aggiornamento dei Progetti Assistenziali Integrati (PAI), al coordinamento tra servizi sanitari e sociali e alla definizione di interventi condivisi per i pazienti cronici e fragili.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Per ciascuna UCCP dovrà essere definito un sistema di obiettivi e indicatori di performance che comprenda sia indicatori di struttura e processo sia indicatori di esito, coerenti con gli obiettivi del Piano aziendale delle attività territoriali, dei Piani di Comprensorio e delle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Tra gli indicatori monitorabili rientrano in particolare:

- numero di UCCP attivate o di funzioni UCCP operative;
- numero di AFT collegate alle UCCP;
- numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta coinvolti;
- numero di professioni partecipanti;
- numero di riunioni multiprofessionali sui casi;
- numero di pazienti complessi presi in carico;
- numero di pazienti inseriti nei PDTA con coinvolgimento dell'UCCP;
- numero di UVM attivate nell'ambito dell'UCCP;
- numero di dimissioni protette gestite con il coinvolgimento dell'UCCP;
- andamento degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso;
- utilizzo degli strumenti digitali e dei flussi informativi condivisi.

L'obiettivo per il periodo 2026-2028 è consolidare le UCCP quale strumento strutturale e vincolante di integrazione multiprofessionale dell'assistenza primaria, promuovendone il progressivo radicamento all'interno delle Case della Comunità e delle reti territoriali. In questo modo sarà possibile garantire una presa in carico più coordinata, proattiva e vicina al domicilio delle persone con patologie croniche, fragilità e bisogni assistenziali complessi.

2.4.4 Assistenza primaria, cure non urgenti e gestione degli accessi

Garantire un accesso appropriato ai servizi sanitari rappresenta una delle principali sfide del sistema di assistenza territoriale. Il crescente ricorso ai Pronto Soccorso da parte di pazienti con problemi di salute non urgenti o a bassa complessità richiede una maggiore integrazione dell'assistenza primaria nella gestione dei percorsi assistenziali.

Nell'ambito del nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale viene espressamente rafforzato il ruolo dei Medici di Medicina Generale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. L'assistenza primaria non deve essere considerata esclusivamente un'attività di cura individuale, ma una componente attiva di una rete assistenziale integrata, in grado di garantire la continuità delle cure e di promuovere un utilizzo appropriato dei diversi livelli di assistenza.

In tale contesto, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione degli accessi inappropriati ai Pronto Soccorso. Ciò avviene attraverso il rafforzamento dell'assistenza di prossimità, la presa in carico strutturata dei pazienti cronici, la gestione precoce delle piccole urgenze e l'integrazione nei modelli organizzativi territoriali.

Le Case della Comunità, insieme alle AFT, alle UCCP, alla Continuità Assistenziale, alla Centrale Operativa 116117, alle UCA e ai servizi di assistenza domiciliare, dovranno costituire una rete coordinata per la gestione dei bisogni sanitari non urgenti. È necessario garantire ai cittadini percorsi di accesso chiari e facilmente comprensibili, affinché ogni bisogno assistenziale possa trovare risposta nel setting più appropriato.

Una priorità del triennio 2026-2028 consiste nello sviluppo di procedure standardizzate di indirizzo e coordinamento tra assistenza primaria, Case della Comunità, Centrale Operativa 116117, UCA, Continuità Assistenziale, COT, specialistica ambulatoriale e Pronto Soccorso.

Il numero unico europeo 116117 rappresenta il principale punto di accesso per le esigenze sanitarie non urgenti. Oltre all'informazione e all'orientamento dei cittadini, la Centrale Operativa svolge una funzione di governo della domanda assistenziale, indirizzando l'utente verso il livello di assistenza più appropriato (MMG/PLS, COT, Casa della Comunità, UCA, Continuità Assistenziale, servizi ospedalieri o altri servizi territoriali). L'integrazione del servizio 116117 nella rete dell'assistenza territoriale costituisce uno degli obiettivi strategici del periodo 2026-2028.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata ai cosiddetti frequent users, ossia ai cittadini che accedono ripetutamente e frequentemente ai Pronto Soccorso. Attraverso strumenti informativi dedicati, tali persone

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

dovranno essere identificate e, ove clinicamente appropriato, inserite in programmi strutturati di presa in carico nell'ambito dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare, delle UVM o dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA).

Le Case della Comunità dovranno inoltre sviluppare progressivamente il proprio ruolo quale punto di riferimento per la gestione dei bisogni sanitari a bassa complessità e non urgenti. A tal fine potranno essere attivati, compatibilmente con le specificità organizzative dei singoli Comprensori sanitari, modelli di presenza medica dedicati e ambulatori per la gestione delle piccole urgenze, in stretta collaborazione con l'assistenza primaria, la Continuità Assistenziale, la Centrale Operativa 116117 e i Pronto Soccorso.

L'efficacia delle misure adottate sarà monitorata attraverso specifici indicatori di struttura, processo ed esito. Tra questi rientrano in particolare il livello di utilizzo dei servizi territoriali, l'andamento degli accessi non urgenti ai Pronto Soccorso, il numero di pazienti presi in carico dall'assistenza primaria e il numero di percorsi assistenziali gestiti attraverso gli strumenti di coordinamento territoriale.

L'obiettivo del triennio 2026-2028 è consolidare il ruolo dell'assistenza primaria quale elemento centrale nella gestione dei bisogni sanitari non urgenti, migliorando la continuità assistenziale, aumentando la soddisfazione dei cittadini e contribuendo a una riduzione sostenibile della pressione sui Pronto Soccorso.

Le UCCP e le Case della Comunità operano in stretta collaborazione con la Centrale Operativa 116117. Specifici meccanismi standardizzati di invio e feedback dovranno garantire che i cittadini con bisogni assistenziali non urgenti possano essere presi in carico il più possibile vicino al proprio luogo di residenza attraverso l'assistenza primaria, le Case della Comunità o le UCCP.

In una prima fase di implementazione si prevede l'attivazione di almeno una Unità di Continuità Assistenziale (UCA) per ciascun Comprensorio sanitario. Le UCA potranno essere attivate direttamente dai servizi sanitari competenti o sulla base della valutazione effettuata dalla Centrale Operativa 116117.

2.4.5 Assistenza primaria e assistenza domiciliare per la presa in carico integrata dei pazienti complessi

L'evoluzione demografica della popolazione, il progressivo aumento delle patologie croniche, della multimorbilità e delle condizioni di fragilità richiedono un rafforzamento dell'integrazione tra prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative e sociali sul territorio. La presa in carico dei pazienti complessi non può più essere garantita esclusivamente da singoli servizi o professionisti, ma richiede una collaborazione multiprofessionale coordinata.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta svolgono un ruolo centrale quali referenti clinici dei propri assistiti. Grazie alla continuità della relazione di cura, dispongono di una conoscenza approfondita della situazione sanitaria, familiare e sociale delle persone assistite e rappresentano pertanto attori fondamentali per l'identificazione precoce della fragilità, della non autosufficienza e dei bisogni assistenziali complessi.

Nel periodo 2026-2028 il coinvolgimento dei MMG e dei PLS nei percorsi assistenziali territoriali sarà ulteriormente sviluppato e strutturato. Particolare rilievo sarà attribuito alla collaborazione con l'Infermieristica di Famiglia e di Comunità, con i servizi di assistenza domiciliare, con i servizi sociali, con i servizi riabilitativi, con le reti di cure palliative e con le Unità di Valutazione Multidimensionale.

La Valutazione Multidimensionale rappresenta uno strumento fondamentale per la programmazione e il coordinamento dell'assistenza ai pazienti complessi e fragili. Attraverso tale processo vengono valutati congiuntamente gli aspetti clinici, assistenziali, funzionali, sociali e riabilitativi, al fine di individuare il percorso assistenziale più appropriato per ciascun paziente.

I MMG e i PLS saranno coinvolti sistematicamente nei processi di valutazione multidimensionale, contribuendo in particolare alla valutazione clinica della persona, alla definizione degli obiettivi terapeutici e all'individuazione delle priorità sanitarie. Il loro coinvolgimento dovrà avvenire sin dalle fasi iniziali del percorso valutativo, al fine di favorire l'attivazione tempestiva delle misure assistenziali più appropriate.

La Valutazione Multidimensionale costituisce inoltre la base per la predisposizione, l'aggiornamento e la verifica del Progetto Assistenziale Integrato. Le UCCP collaborano con i servizi competenti nella valutazione multidimensionale e garantiscono il coordinamento operativo degli interventi conseguenti.

Sulla base della valutazione multidimensionale viene elaborato un Progetto Assistenziale Integrato, che coordina in maniera unitaria gli interventi sanitari, infermieristici, riabilitativi e sociali. L'obiettivo del PAI è garantire una presa in carico continuativa e personalizzata, evitando frammentazioni assistenziali e discontinuità nei percorsi di cura.

Nell'ambito di questo modello, i MMG e i PLS svolgono in particolare i seguenti compiti:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- valutazione clinica iniziale dei pazienti complessi e fragili;
- identificazione dei pazienti a maggior rischio di ospedalizzazione, perdita dell'autonomia o bisogno assistenziale;
- attivazione degli interventi di assistenza domiciliare e delle misure di supporto più appropriate;
- partecipazione ai processi di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- collaborazione alla predisposizione del Progetto Assistenziale Integrato (PAI);
- definizione e aggiornamento del piano terapeutico;
- monitoraggio clinico continuativo del paziente;
- collaborazione con Infermieristica di Famiglia e di Comunità, servizi sociali e servizi riabilitativi;
- attivazione e accompagnamento dei percorsi di cure palliative;
- collaborazione con Case della Comunità, UCCP, Infermieristica di Famiglia e di Comunità, Centrale Operativa 116117 e servizi ospedalieri.

La collaborazione con i servizi sociali dovrà essere ulteriormente sviluppata attraverso i punti unici di accesso (SUAC), le valutazioni multidimensionali e i progetti assistenziali personalizzati. La partecipazione attiva dei MMG e dei PLS a tali processi costituisce un elemento essenziale per garantire la continuità assistenziale.

Particolare importanza assume inoltre la presa in carico proattiva dei pazienti cronici, multimorbidi e fragili. In un'ottica di "medicina di iniziativa", le persone a maggior rischio dovranno essere identificate precocemente e inserite in programmi assistenziali strutturati prima che si rendano necessari ricoveri ospedalieri, interventi urgenti o percorsi assistenziali residenziali di lunga durata.

L'assistenza domiciliare rappresenta uno degli elementi cardine dell'assistenza territoriale. L'obiettivo è consentire alle persone assistite di permanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita, preservando l'autonomia e la qualità della vita e riducendo il ricorso a ricoveri ospedalieri non necessari.

La collaborazione tra MMG, PLS, personale infermieristico, servizi sociali e ulteriori servizi territoriali dovrà essere progressivamente standardizzata attraverso procedure condivise, modelli organizzativi comuni, strumenti di comunicazione dedicati e sistemi informativi interoperabili.

L'efficacia delle misure adottate sarà monitorata e valutata periodicamente mediante specifici indicatori di struttura, processo ed esito.

In coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria per il triennio 2026-2028, dovrà essere garantita, in particolare per i pazienti complessi, una presa in carico condivisa tra Medici di Medicina Generale, Infermieristica di Famiglia e di Comunità e servizi sociali. Il potenziamento e l'evoluzione dei processi di UVM costituiscono pertanto uno degli assi strategici fondamentali per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

2.4.6 Garanzia e pianificazione strategica dell'assistenza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

Garantire un'adeguata copertura dell'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta rappresenta una delle principali sfide dell'assistenza territoriale nel triennio 2026-2028. L'evoluzione demografica della professione medica, le crescenti difficoltà nel reperire professionisti per la copertura delle sedi vacanti e le particolari condizioni delle aree periferiche e rurali rendono necessarie una programmazione lungimirante e un utilizzo mirato degli strumenti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale.

L'obiettivo è garantire la continuità dell'assistenza primaria in tutti i Comprensori sanitari, sostenendo al contempo l'evoluzione organizzativa della sanità territoriale nell'ambito delle Case della Comunità, delle AFT e delle UCCP.

A tal fine, la pianificazione delle risorse mediche viene effettuata sulla base dei criteri previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale, tenendo conto in particolare del rapporto ottimale, della rilevazione delle carenze assistenziali, dell'evoluzione demografica della popolazione e del reale fabbisogno assistenziale nei diversi ambiti territoriali.

Particolare attenzione dovrà essere riservata alle aree maggiormente esposte al rischio di carenza assistenziale. Rientrano in tale categoria, in particolare, gli ambiti territoriali caratterizzati dalla persistente vacanza di sedi convenzionate, da una struttura anagrafica sfavorevole della popolazione medica, da condizioni geografiche periferiche o da una crescente richiesta di servizi territoriali.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L'Accordo Collettivo Nazionale mette a disposizione diversi strumenti che dovranno essere utilizzati in modo mirato nell'ambito della programmazione territoriale, tra cui:

- verifica periodica del rapporto ottimale;
- individuazione delle carenze assistenziali;
- conferimento di incarichi provvisori e a tempo determinato;
- utilizzo delle graduatorie aziendali e degli ulteriori strumenti di reclutamento disponibili;
- promozione dei modelli di ricambio generazionale (APP);
- utilizzo degli strumenti contrattuali previsti per garantire la continuità assistenziale nelle situazioni di carenza.

Nell'ambito della programmazione triennale verrà implementato un monitoraggio sistematico della situazione assistenziale, comprendente in particolare l'analisi annuale dell'andamento demografico della popolazione, della distribuzione anagrafica dei professionisti, della densità assistenziale, dell'evoluzione delle patologie croniche, dell'utilizzo dei servizi territoriali e dei pensionamenti prevedibili.

L'obiettivo è identificare tempestivamente i rischi per la continuità assistenziale e adottare adeguate misure correttive prima che si determinino criticità rilevanti.

Particolare attenzione sarà dedicata all'individuazione precoce dei pensionamenti e degli altri fattori di rischio organizzativo, al fine di programmare con anticipo la sostituzione dei professionisti, evitare scoperture assistenziali e garantire una transizione ordinata dei pazienti.

I modelli di ricambio generazionale (APP) dovranno favorire il graduale passaggio di competenze e assistiti tra professionisti in uscita e professionisti subentranti, garantendo continuità assistenziale alla popolazione e contribuendo ad accrescere l'attrattività dell'attività convenzionata.

Per assicurare la continuità dell'assistenza verranno inoltre utilizzati, in funzione dei bisogni rilevati, gli strumenti previsti dall'ACN relativi al conferimento di incarichi temporanei, incarichi provvisori e ad altre forme organizzative finalizzate a fronteggiare situazioni di carenza, sia temporanea sia strutturale.

Per i territori maggiormente esposti al rischio di carenza assistenziale potranno essere previste specifiche misure di supporto per l'attivazione e il mantenimento degli ambulatori, per l'integrazione organizzativa all'interno delle Medicine di Gruppo Integrate, per l'utilizzo delle infrastrutture territoriali e per l'inserimento nelle Case della Comunità.

La garanzia dell'assistenza primaria è strettamente collegata anche allo sviluppo delle Case della Comunità, delle Medicine di Gruppo e delle UCCP. L'inserimento dei professionisti all'interno di organizzazioni multiprofessionali e il rafforzamento della collaborazione con le altre professioni sanitarie possono contribuire in modo significativo ad aumentare l'attrattività dell'attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e a favorire una copertura stabile e duratura delle sedi convenzionate.

L'obiettivo per il periodo 2026-2028 è garantire un'assistenza primaria diffusa, di elevata qualità e vicina ai bisogni della popolazione su tutto il territorio provinciale, creando al contempo le condizioni per uno sviluppo sostenibile delle risorse professionali e organizzative della medicina territoriale.

2.5. Case della Comunità

Le Case della Comunità (CdC) sono strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali previste dal PNRR e regolamentate dal DM 77/2022 e dalla DGP 712/24, pensate per offrire un punto di accesso fisico, riconoscibile e vicino ai cittadini per bisogni di salute e assistenza.

Sono il fulcro del nuovo modello di assistenza territoriale integrata, dove si coordinano servizi sanitari, sociali e di comunità, promuovendo la partecipazione attiva di cittadini, pazienti, caregiver, professionisti e associazioni.

Secondo il DM 77/2022 le CdC mirano a:

- Garantire continuità assistenziale tra ospedale, territorio e domicilio.
- Favorire l'integrazione multiprofessionale e multiorganizzativa.
- Valorizzare la partecipazione della comunità e la co-produzione dei servizi.
- Rendere accessibili i servizi sanitari e socio-sanitari in modo capillare e uniforme.
- Sviluppare modelli organizzativi replicabili in tutti i distretti sanitari.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Le CdC offriranno un ampio ventaglio di prestazioni, tra cui:

- Assistenza primaria tramite équipe multiprofessionali.
- Assistenza infermieristica e specialistica ambulatoriale (I e II livello).
- Assistenza domiciliare e cure intermedie.
- Servizi socio-sanitari integrati con i comuni e il terzo settore.
- Punto prelievi, diagnostica di base e prenotazioni CUP.
- Supporto amministrativo e orientamento (PUA).
- Telemedicina, teleriabilitazione e monitoraggio remoto.
- Attività di prevenzione, promozione della salute e educazione sanitaria.

Le CdC si articolano in HUB e SPOKE. È previsto un HUB ogni 40.000-50.000 abitanti. Nelle case della Comunità lavorano in modalità integrata tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Gli standard di personale previsti per una casa della comunità HUB sono 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo).

I Servizi previsti da standard nelle CdC sono:

Servizi	**Modello organizzativo**	
	CdC HUB	**CdC SPOKE**
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare	obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	obbligatorio	
Servizi infermieristici	obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	obbligatorio	
Integrazione con i Servizi Sociali	obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità HUB di riferimento	/	obbligatorio
Presenza medica	obbligatorio h24, 7/7 gg	obbligatorio h12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	obbligatorio h12, 7/7 gg	obbligatorio h12, 6/7 gg
	fortemente raccomandato h24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	obbligatorio	facoltativo
Continuità Assistenziale	obbligatorio	facoltativo
Punto prelievi	obbligatorio	facoltativo
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	facoltativo	facoltativo
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	facoltativo	facoltativo
Programmi di screening	facoltativo	facoltativo

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Servizi	Modello organizzativo	
	CdC HUB	CdC SPOKE
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	raccomandato	
Medicina dello sport	raccomandato	

2.5.1 Modelli di presenza medica nelle Case della Comunità

La presenza dei professionisti medici nelle Case della Comunità rappresenta un fattore determinante per l'effettivo funzionamento del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale. Le Case della Comunità non devono essere considerate esclusivamente strutture fisiche o sedi di co-localizzazione di servizi esistenti, bensì piattaforme assistenziali integrate nelle quali assistenza primaria, specialistica ambulatoriale, assistenza infermieristica, servizi sociali, attività di prevenzione e strumenti digitali collaborano in modo coordinato.

Nell'ambito del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale, è espressamente prevista la partecipazione dei medici del ruolo unico alle attività delle Case della Comunità. L'attività svolta nelle Case della Comunità integra l'attività convenzionata a scelta e quella oraria, consentendo una presenza più flessibile, programmabile e maggiormente orientata ai bisogni della popolazione.

La presenza medica nelle Case della Comunità dovrà essere definita secondo un modello aziendale uniforme, adattabile alle specificità dei singoli territori. Tale modello tiene conto in particolare di:

- classificazione della Casa della Comunità come HUB o SPOKE;
- dimensione e caratteristiche demografiche del bacino di utenza;
- numero di assistiti e disponibilità di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- presenza delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e loro collegamento funzionale alla Casa della Comunità;
- disponibilità di servizi specialistici, infermieristici e socio-sanitari;
- vicinanza a strutture ospedaliere e Pronto Soccorso;
- volume atteso di bisogni assistenziali non urgenti e a bassa complessità.

La presenza medica può essere garantita mediante:

- Medici di Medicina Generale appartenenti al ruolo unico;
- Pediatri di Libera Scelta, per le attività di competenza pediatrica;
- medici titolari di incarico convenzionato che svolgono attività aggiuntive all'interno delle Case della Comunità;
- medici con attività oraria nell'ambito del ruolo unico;
- in assenza delle risorse sopra indicate, altre figure mediche previste dalla normativa statale, provinciale e contrattuale vigente.

L'obiettivo è garantire nelle Case della Comunità un modello di presenza medica in grado di supportare in particolare:

- la prima valutazione clinica e la gestione dei bisogni sanitari non urgenti;
- la presa in carico delle piccole urgenze a bassa complessità;
- la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso attraverso adeguate alternative territoriali;
- la partecipazione all'attuazione dei percorsi assistenziali integrati, in particolare per le patologie croniche;
- la gestione strutturata delle persone con patologie croniche e condizioni di fragilità;
- il supporto all'assistenza domiciliare, alle UVM e alle cure palliative;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- le attività di prevenzione, promozione della salute e vaccinazione in collaborazione con i servizi competenti;
- le consulenze in telemedicina e la collaborazione con gli specialisti ambulatoriali;
- il raccordo operativo con COT, 116117, UCA, i Pronto Soccorso e gli ambulatori specialistici.

Il coordinamento della presenza medica viene assicurato a livello di Comprensorio sanitario mediante la collaborazione tra Direzione di Comprensorio, Direzione medica territoriale, Servizio per l'Assistenza Primaria, referenti delle AFT e organismi di coordinamento delle Case della Comunità. Il regolamento operativo di ciascuna Casa della Comunità definisce le modalità organizzative concrete, comprese le fasce orarie di apertura, i profili di attività, le interfacce operative, gli obblighi documentali, i flussi informativi e le modalità di collaborazione con gli altri servizi.

Per l'attuazione progressiva del modello nel periodo 2026-2028 sono previste in particolare le seguenti azioni:

- definizione degli standard minimi di presenza medica per le CdC HUB e SPOKE, nel rispetto degli standard nazionali e provinciali;
- collegamento funzionale delle Medicine di Gruppo alle rispettive Case della Comunità;
- definizione dei modelli di presenza medica integrando attività convenzionata e attività oraria;
- individuazione dei profili di attività dei MMG e dei PLS nelle Case della Comunità;
- definizione delle interfacce operative con il 116117, COT, le UCA, i Pronto Soccorso, gli ambulatori specialistici, i PDTA, l'assistenza domiciliare e le UVM;
- rilevazione e monitoraggio delle ore mediche erogate, del numero di visite effettuate, dei pazienti inseriti nei PDTA, delle piccole urgenze gestite e dell'impatto sugli accessi al Pronto Soccorso.

In questo modo la presenza medica nelle Case della Comunità diventa un elemento programmabile e governabile dell'assistenza territoriale, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi previsti dal DM 77/2022, dal PNRR e dal nuovo modello organizzativo dell'assistenza primaria.

Nel periodo 2026-2028 particolare attenzione sarà dedicata all'attivazione progressiva e al consolidamento funzionale delle Case della Comunità. Le prestazioni erogate saranno monitorate attraverso indicatori condivisi a livello provinciale. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta parteciperanno attivamente alla definizione, all'attuazione e alla valutazione di tali indicatori.

2.5.2 Ambulatori per le Piccole Urgenze (APU)

Gli **Ambulatori per le Piccole Urgenze (APU)** costituiscono una componente essenziale delle Case della Comunità e contribuiscono a garantire la continuità assistenziale sul territorio. I pazienti possono accedere direttamente al servizio oppure essere indirizzati tramite il numero europeo armonizzato **116117**. A tal fine è necessaria una stretta collaborazione tra MMG, PLS, UCA e i Pronto Soccorso. In particolare, gli Ambulatori per le Piccole Urgenze contribuiscono in modo rilevante a ridurre il ricorso improprio ai Pronto Soccorso.

2.5.3 Attivazione delle CdC

Per l'attivazione delle CdC, la DGP 413/2025 stabilisce che:

- l'ASDAA deve adottare un regolamento quadro per le CdC in cui siano disciplinati l'accesso, i PDTA, la gestione delle piccole urgenze, il personale e le risorse, l'audit e la formazione, l'integrazione con il volontariato e la mutualità, la sicurezza e gestione del rischio clinico, la modalità di rilevazione del rischio clinico, l'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, le modalità di funzionamento interno e la modalità di relazione con gli altri nodi della rete.
- i Comprensori sanitari, in base al regolamento quadro, devono adottare un Regolamento di funzionamento per ogni singola CdC HUB e SPOKE all'apertura e da aggiornare al bisogno o annualmente.

Nell'ambito dell'attuazione del PNRR e del DM 77/2022, l'ASDAA è chiamata ad attivare le seguenti CdC:

HUB	**SPOKE**
Bressanone *(01.04.2026)*	Chiusa *(01.04.2026)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Gries S. Quirino (sost. Bolzano) (*15.05.2026)*	Laives *(25.05.2026)*
Brunico *(28.10.2026)*	Naturno *(29.05.2026)*
Egna *(2027)**	Malles (sost. Egna) *(29.05.2026)*
Merano – Via Roma *(2027)*	San Candido *(29.05.2026)*
Merano – Ospedale *(2029)*	Vipiteno *(2027)*
Bolzano – Ospedale *(2029)*	Badia – Piccolino (2028)
	Val Sarentino - Sarentino (2028)
	Val Gardena - Ortisei (2028)
	Valle Aurina – Campo Tures (2029)
	Lana (2029)
	Media Val Venosta - Silandro (2029)

*Ampliamento delle prestazioni della struttura esistente e integrazione secondo la pianificazione stabilita negli anni successivi

2.5.4 Community building

Uno degli obiettivi fondamentali del DM 77/2022 è la valorizzazione e il coinvolgimento attivo di tutte le risorse della comunità, attraverso forme diverse di partecipazione e il contributo di attori locali quali aziende sanitarie, comuni, professionisti, pazienti, caregiver, associazioni e organizzazioni del terzo settore.

Per dare attuazione concreta a questo principio, l'ASDAA ha avviato nel 2024 un progetto pilota triennale nel distretto sanitario Bassa Atesina, con fulcro nella CdC HUB di Egna. L'iniziativa mira a rafforzare la rete territoriale tra servizi sanitari, sociali e società civile, sviluppando un modello partecipativo e integrato che:

- promuova la collaborazione multiorganizzativa e multiprofessionale;
- definisca in modo condiviso la struttura organizzativa delle CdC;
- elabori un modello di implementazione che potrà essere trasferito e replicato negli altri distretti sanitari e CdC;

Le fasi principali del progetto pilota sono:

- Creazione delle basi (2024) con il coinvolgimento politico e operativo, la costituzione dei gruppi guida, di risonanza e di progetto e la nomina di un accompagnamento esterno.
- Sviluppo del piano di intervento (2025) con la progettazione della rete territoriale e la definizione del modello organizzativo della CdC.
- Implementazione (2025/2026) con la fase di attuazione delle misure progettate e il monitoraggio della cooperazione tra servizi e coaching dei livelli dirigenziali.
- Valutazione (2026/2027) effettuata in due fasi: subito dopo l'attuazione e dopo un periodo di consolidamento e l'analisi del processo, della struttura e dei risultati.
- Adattamento e consolidamento (2027) con evt. aggiustamenti organizzativi e la diffusione del modello agli altri distretti sanitari

Questo progetto rappresenta un passo concreto verso una sanità territoriale più vicina alle persone, capace di integrare competenze, esperienze e risorse locali per costruire insieme il futuro delle CdC.

2.6. L'infermieristica di famiglia e di comunità (IFeC)

Con l'introduzione del PNRR e del DM 77/2022, la figura dell'IFeC è diventata un pilastro strategico, giuridicamente riconosciuto, per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Nella PAB, l'assistenza domiciliare infermieristica è garantita da una rete capillare composta da 233 infermiere/i. Questo modello è attualmente in fase di evoluzione verso un approccio centrato sulla famiglia, ispirato ai principi del Family Health Nursing (OMS, 2000) e del Family Systems Nursing di Lorraine M. Wright e Maureen Leahey (2009). Tale approccio sistemico riconosce che l'efficacia dell'intervento infermieristico aumenta quando si considera l'intera famiglia come unità di cura, non solo la persona assistita. L'obiettivo è rispondere ai bisogni assistenziali sia dei pazienti che dei loro familiari, promuovendo la salute, prevenendo le malattie, migliorando la gestione dei sintomi e riducendo il carico assistenziale.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

In linea con il PSP 2016–2020, il Patto per la Salute 2019–2021, le Linee guida della FNOPI e del Ministero della Salute, nonché il PNRR e il DM 77/2022, il concetto dell'assistenza centrata sulla famiglia sarà progressivamente adottato da tutti i team assistenziali dei 20 distretti sanitari dell'ASDAA. Entro la fine del 2027 sarà completata l'implementazione dell'assistenza infermieristica centrata sulla famiglia in tutti i distretti sanitari dell´Azienda sanitaria dell´Alto Adige. Nel dicembre 2025 è stato inoltre elaborato un documento operativo aziendale volto a diefiniere il ruolo e le competenze dell´IFeC all'interno dell´Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Gli obiettivi principali dell'infermieristica di famiglia e di comunità sono:

- mantenere la salute, l'autonomia e l'indipendenza delle persone assistite e delle loro famiglie;
- garantire un'assistenza adeguata e sostenibile;
- rafforzare la capacità di azione e l'autogestione delle famiglie;
- migliorare la qualità della vita di pazienti e familiari in egual misura.

Nella primavera del 2026, 5 infermiere hanno completato il corso di specializzazione. Nell'autunno del 2026 è previsto l'avvio della quinta edizione del corso di specializzazione in infermieristica di famiglia e di comunità, programmato in collaborazione con il Centro Universitario di Formazione per le Professioni Sanitarie "Claudiana". Attualmente, 31 infermiere specializzate, formate presso lo stesso centro, operano nell'assistenza domiciliare.

Il progetto pilota per l'implementazione dell'assistenza infermieristica orientata alla famiglia è stato avviato nel distretto sanitario Bassa Atesina. Sulla base dei risultati ottenuti, è stato elaborato un piano operativo di implementazione, ora in fase di estensione agli altri distretti sanitari.

L'ampliamento dell'approccio Family Systems/Family Health Nursing è supportato dagli infermieri di famiglia e di comunità nel loro ruolo di formatori e/o docenti.

I distretti sanitari in cui l'attuazione è già stata completata sono: Alta Val Venosta, Media Val Venosta, Val Passiria, Bassa Atesina, Laives, Val d'Ega-Sciliar-Val Gardena, Centro-Piani-Rencio, Oltrisarco, Oltradige, Chiusa, Bressanone, Alta Valle Isarco, Brunico, Tures-Valle Aurina, Naturno, Merano, Val Badia e Gries-San Quirino.

Attualmente si trovano nella fase di attuazione i seguenti distretti: Don Bosco-Europa, Salto-Sarentino-Renon, Alta Pusteria e Lana.

L'esperienza maturata ha evidenziato la necessità di integrare l'attuale modello assistenziale con un approccio proattivo. Nei prossimi 3–4 anni, verranno introdotti accessi domiciliari proattivi centrati sulla famiglia, con l'obiettivo di identificare persone di età pari o superiore a 75 anni non ancora inserite in una rete assistenziale, ma che potrebbero trarne beneficio (es. riconoscimento precoce dei fattori di rischio, orientamento ai servizi, supporto decisionale). Nella primavera 2024, le/gli IFeC sono state/i formate/i per distinguere tra accessi domiciliari convenzionali (malattia-correlati) e accessi domiciliari proattivi, sviluppando competenze per condurre colloqui iniziali centrati sulla famiglia. La formazione ha previsto 6 giornate per un totale di 42 ore.

I distretti sanitari di Brunico, Chiusa, Bassa Atesina e Val Passiria hanno già completato nell'autunno 2025 l'implementazione delle visite domiciliari preventive orientate alla famiglia. I distretti sanitari di Media Val Venosta, Oltradige, Bressanone e Valli di Tures e Aurina completeranno l'implementazione nell'autunno 2026.

Sulla base delle prime esperienze maturate, il programma formativo è stato rivisto e la durata del processo di implementazione è stata adeguata. Nell'autunno 2026 i distretti sanitari di Naturno, Alta Val d'Isarco, Val d'Ega-Sciliar-Val Gardena e Val Badia avvieranno l'attuazione del progetto.

Nel marzo 2026 è stato inoltre avviato un progetto pilota per l'estensione di tale modello anche all'ambito ostetrico nei Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico. La formazione del personale è stata completata nel settembre 2026. Il processo di implementazione sarà concluso entro la primavera del 2028.

2.7. Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'UCA è un'équipe mobile comprensoriale dedicata alla gestione e al supporto di persone o comunità che si trovano in condizioni clinico-assistenziali particolarmente complesse, tali da comportare difficoltà operative documentate.

L'équipe è composta da un medico e un infermiere che operano sul territorio di riferimento, anche mediante strumenti di telemedicina, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS.

Lo standard previsto dal DM 77/2022 è di un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L'intervento dell'UCA ha l'obiettivo di:

- garantire la continuità assistenziale,
- ridurre il ricorso all'ospedalizzazione,
- migliorare la qualità della vita delle persone assistite.

Nel corso della pandemia, in Alto Adige sono state attivate squadre mobili (USCAT – Unità speciali di continuità assistenziale territoriale) per garantire l'assistenza domiciliare alle persone affette da SARS-CoV-2. Con la fine dell'emergenza sanitaria, queste unità hanno cessato la loro attività.

Alla luce del recepimento del DM 77/2022, si rende necessario procedere con la riattivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), definendone il ruolo e distribuendole nei quattro Comprensori sanitari, in conformità agli standard nazionali previsti dal decreto.

2.8. Centrale operativa 116117

La Centrale operativa 116117 rappresenta un servizio telefonico gratuito e attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dedicato all'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari e socio-sanitari a bassa intensità assistenziale.

Questo numero, denominato Numero Europeo Armonizzato (NEA), è stato istituito a livello comunitario con la Decisione della Commissione Europea 2007/116/CE e recepito in Italia attraverso vari Accordi Stato-Regioni, tra cui quello del 24 novembre 2016 e il Rep. Atti n.135/CSR del 27.07.2011.

Il servizio 116117 ha lo scopo di:

- facilitare l'accesso ai servizi territoriali di assistenza sanitaria non urgente;
- garantire la continuità assistenziale;
- ridurre il ricorso improprio al numero di emergenza 112;
- orientare il cittadino verso il servizio più appropriato in base al bisogno espresso.

Gli operatori della CO 116117 potranno:

- fornire informazioni sui servizi sanitari e percorsi assistenziali attivi;
- offrire consulenza sanitaria da parte di medici e infermieri;
- facilitare l'accesso al servizio di Continuità Assistenziale;
- indirizzare al SUAC competente;
- attivare la COT competente per attivare la presa in carico territoriale dell'utente;
- in caso di emergenza, trasferire la chiamata al 112.

La Provincia autonoma di Bolzano e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige hanno avviato il processo di attivazione del numero 116117 attraverso una fase pilota avviata nel mese di settembre 2026 nel Comprensorio sanitario di Bolzano.

2.9. Centrali operative territoriali (COT)

Il DM 77/2022 ha definito gli standard organizzativi e funzionali delle COT, strutture dedicate al coordinamento della presa in carico delle persone e all'integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nei diversi setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, ospedale e strutture residenziali. L'obiettivo principale delle COT è garantire la continuità assistenziale, l'accessibilità ai servizi e l'integrazione tra professionisti e vari livelli di cura.

Per ogni 100.000 abitanti è prevista una COT. Lo standard di personale è definito con una/un coordinatrice/coordinatore infermieristica/o aziendale, 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto. La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 con personale formato e strumenti digitali adeguati alla gestione dei flussi e può essere integrata con sistemi di telemedicina e teleassistenza.

Le principali funzioni della COT sono:

- Coordinamento assistenziale:
    - Facilitare la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso una segnalazione precoce.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

    - Supportare l'integrazione tra professionisti e servizi.
- Gestione dei percorsi di cura:
    - Collaborare con il Punto Unico di Accesso (PUA) e il SUAC per la presa in carico.
- Interfaccia con l'emergenza-urgenza:
    - Dialogare con il sistema 112, i servizi di Pronto soccorso e con la continuità assistenziale per garantire risposte tempestive.
- Supporto alle ADI/UCP-DOM e al servizio infermieristico domiciliare:
    - Coordinare gli interventi domiciliari e facilitare l'attivazione delle risorse territoriali.

In Alto Adige sono state attivate 5 COT a Bolzano, Egna, Merano, Bressanone e Brunico aperte attualmente in base alle risorse di personale disponibili da lunedì a venerdì dalle ore 08.00 alle ore 18.00 e sabato, domenica e i festivi dalle ore 08.00 alle ore 13.00.

Le principali funzioni delle COT sono attualmente il coordinamento della presa in carico dei pazienti tra servizi e professionisti, la gestione delle dimissioni protette dagli ospedali verso il domicilio, le strutture di post acuzie o i letti di cure intermedie, il monitoraggio dei trasferimenti tra i vari setting assistenziali e il supporto informativo e logistico ai professionisti e il supporto della rete di cure palliative nell'ambito delle UCP-DOM.

È stata attivata la collaborazione tra COT e SUAC nella città di Bolzano che sarà estesa anche ad altri distretti sanitari del Comprensorio sanitario di Bolzano e agli altri Comprensori sanitari dell'ASDAA.

Inoltre, la collaborazione tra COT e il Pronto Soccorso di Merano e Bolzano si trova in fase di sperimentazione e sarà estesa ai Pronto Soccorso di Brunico e Bressanone.

Con settembre 2026 la COT disporrà non solo i letti di cure intermedie, ma anche quelli dei codici 56 e 60, ampliando ulteriormente il loro ruolo nella rete territoriale.

2.10. Cure intermedie e Ospedali di Comunità (OdC)

Il DM 77/2022 definisce l'OdC come una struttura sanitaria di ricovero inserita nella rete dell'assistenza territoriale. Essa svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con l'obiettivo di evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette verso luoghi più idonei, in cui prevalgano bisogni socio-sanitari, esigenze di stabilizzazione clinica, recupero funzionale e riacquisizione dell'autonomia, in prossimità del domicilio.

Queste strutture facilitano la transizione post-acuta, offrendo un supporto temporaneo utile alla riorganizzazione dei servizi territoriali o all'attivazione di percorsi di cura a lungo termine.

Seguendo gli standard definiti dal DM 77/2022, è previsto che ogni OdC sia dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Inoltre, la programmazione provinciale prevede l'attivazione progressiva di 0,2 posti letto di cure intermedie ogni 1.000 abitanti.

Gli standard di personale per un OdC con 20 posti letto includono:

- 7–9 infermiere/i, di cui 1 con funzione di coordinamento;
- 4–6 operatrici/operatori socio-sanitari (OSS);
- 1–2 unità di personale sanitario con funzioni riabilitative;
- 1 medico presente per 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7.

La DGP 413/2025 fornisce le linee guida operative per l'attivazione delle strutture territoriali previste dal PNRR, tra cui gli OdC, recependo il DM 77/2022 e adattandolo alla realtà della PAB.

In base agli standard nazionali e provinciali (DGP 438/2022), è prevista una programmazione massima di 214 posti letto di cure intermedie, da distribuire in modo equilibrato tra i Comprensori sanitari. Di questi, 80 posti letto saranno assegnati ai tre OdC di nuova istituzione:

OdC	**Posti letto**
Merano (31.12.2027)	20
Bolzano (31.12.2028)	40

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Egna (30.06.2029)	20

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR, saranno attivati due ospedali di comunità sostitutivi e temporanei con le seguenti risorse:

OdC	**Posti letto**
Ospedale di Merano (29.05.2026)	10
Ospedale di Bolzano (03.06.2026)	10

A prescindere dagli OdC, risultano attivi 68 posti letto di cure intermedie presso le strutture private convenzionate distribuite nel modo seguente:

Comprensori sanitari	**Posti letto**
Bolzano	31
Merano	15
Brixen / Brunek	22

L'ASDAA è chiamata a definire un piano di distribuzione dei posti letto di cure intermedie sull'intero territorio provinciale. In attesa della realizzazione delle sedi definitive dei nuovi OdC, l'ASDAA provvederà, tramite apposite determinazioni, a una distribuzione provvisoria dei posti letto, con l'obiettivo di:

- garantire un'equa accessibilità alle cure intermedie per tutti i pazienti;
- offrire ai MMG la possibilità di ricoverare pazienti in modo appropriato;
- consentire agli ospedali di dimettere pazienti in tempi congrui rispetto alla risoluzione dei problemi di salute.

I posti letto attuali e futuri, pubblici e privati convenzionati, saranno distribuiti in modo coordinato e faranno riferimento alle cinque COT.

Per quanto riguarda l'organizzazione degli OdC e dei posti letto di cure intermedie, i rapporti con le altre strutture, il profilo clinico dei pazienti da assistere, gli standard di personale, i requisiti strutturali e i flussi informativi da garantire, si rimanda alle disposizioni contenute nella DGP 413/2025.

2.11. Percorsi integrati e coordinati

Per affrontare in modo efficace la gestione della cronicità, è essenziale sviluppare percorsi integrati che coinvolgano i professionisti sanitari, l'ospedale, il territorio e il settore socio-sanitario.

In PAB, l'approccio alla gestione delle patologie croniche si basa sull'implementazione di PDTA. Con DGP 366/2024, sono stati aggiornati i PDTA relativi a scompenso cardiaco, diabete mellito di tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e artrite reumatoide. È inoltre prevista la definizione e l'implementazione di ulteriori percorsi per patologie ad alta prevalenza e per gruppi di pazienti vulnerabili e fragili.

Nel corso del 2026 e del 2027 verranno progressivamente introdotti, nelle Case della Comunità HUB e SPOKE presenti sul territorio provinciale, i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) dedicati alle persone affette da BPCO, diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco.

L'introduzione del PDTA per le persone affette da artrite reumatoide è prevista entro il 2028.

Entro il 31 dicembre 2028 è inoltre prevista l'attivazione di un PDTA dedicato alle persone con demenza, sviluppato in un'ottica di integrazione ospedale-territorio tra le strutture ospedaliere e le Case della Comunità dei quattro Comprensori sanitari di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Tale scelta tiene conto dell'elevata prevalenza della patologia, del suo rilevante impatto sulle persone interessate, sulle loro

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

famiglie e sui servizi sanitari e sociali, con l'obiettivo di garantire una presa in carico integrata sotto il profilo sanitario, sociale e domiciliare.

Entro il 31 dicembre 2028 sarà inoltre introdotto un PDTA dedicato alle persone con pregresso infarto miocardico, anch'esso sviluppato secondo un modello integrato tra ospedale e territorio e realizzato nelle Case della Comunità di tutto il territorio provinciale (Comprensori sanitari di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico).

Dal punto di vista clinico-organizzativo, il PDTA dedicato all'infarto miocardico e quello relativo allo scompenso cardiaco sono strettamente correlati. In molti contesti assistenziali, infatti, il percorso rivolto ai pazienti che hanno subito un infarto miocardico rappresenta una delle principali porte di accesso al percorso di cura dello scompenso cardiaco. La cardiopatia ischemica conseguente a infarto costituisce una delle cause più frequenti di sviluppo dello scompenso cardiaco; risulta pertanto fondamentale una pianificazione coordinata e integrata dei due percorsi assistenziali.

L'attuazione coordinata dei percorsi assistenziali si basa su un processo di stratificazione dei pazienti finalizzato a definire il livello assistenziale più appropriato. Tale attività di stratificazione viene effettuata dagli specialisti dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. La programmazione prevista per gli anni 2026, 2027 e 2028 si articola secondo il seguente piano di attuazione:

Anno	PDTA	Attivazione
2026	**BPCO**	CdC Bressanone (Spoke) entro il 31.07.2026 CdC Laives (Spoke) entro il 31.07.2026 CdC San Candido (Spoke) entro la fine del 2026 CdC Brunico (Hub) entro la fine del 2026
	Diabete Mellito Tipo 2	CdC Malles e Naturno (Spoke) entro il 01.06.2026 CdC San Candido (Spoke) il 31.12.2026 CdC Bolzano (Hub) entro il 31.12.2026 CdC Bressanone (Spoke) entro il 31.03.2026
	Scompenso Cardiaco	CdC Brunico (Hub) entro la fine del 2026 Consolidamento del modello assistenziale presso le sedi già attive di Malles e Naturno
2027	**BPCO**	CdC Merano (Hub) entro il 31.03.2027
	Diabete Mellito Tipo 2	CdC Merano (Hub) entro il 31.07.2027 CdC Brunico (Hub) entro il 31.03.2027
	Scompenso Cardiaco	CdC Merano, Malles e Naturno entro il 30.11.2027 CdC Bolzano entro il 31.12.2027 CdC San Candido entro il 31.12.2027
2028	**Artrite Reumatoide**	Attivazione del PDTA integrato tra ospedale e Case della Comunità dell'intero territorio provinciale entro il 31.12.2028 (Comprensori di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico).
	Demenza	Attivazione del PDTA integrato tra ospedale e Case della Comunità dell'intero territorio provinciale entro il 31.12.2028. La scelta è motivata dall'elevata prevalenza della patologia, dal significativo impatto sui pazienti e sulle famiglie e dalla necessità di rafforzare l'integrazione tra interventi sanitari, sociali e domiciliari.
	Infarto Miocardico	Attivazione del PDTA integrato tra ospedale e Case della Comunità dell'intero territorio provinciale entro il 31.12.2028. Il percorso è strettamente correlato al PDTA Scompenso Cardiaco, poiché la cardiopatia ischemica post-infartuale rappresenta una delle principali cause di scompenso cardiaco e una delle più frequenti porte di accesso al relativo percorso assistenziale.

La realizzazione dei percorsi assistenziali integrati richiede un maggiore coinvolgimento operativo dei MMG e dei PLS. Grazie al loro rapporto continuativo con i pazienti, alla conoscenza della storia clinica, della

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

situazione familiare e sociale nonché delle risorse assistenziali presenti sul territorio, essi rappresentano attori fondamentali per l'identificazione, l'attivazione e l'accompagnamento dei pazienti all'interno dei percorsi assistenziali.

Nell'ambito dell'ACN viene espressamente rafforzata la partecipazione attiva dei MMG alla gestione dei percorsi assistenziali integrati e delle patologie croniche. Il medico di fiducia assume una responsabilità clinica essenziale nell'applicazione del relativo percorso assistenziale, nel monitoraggio continuo dell'evoluzione della malattia e nel coordinamento con i servizi specialistici e territoriali.

Per il periodo 2026-2028 è pertanto previsto che il ruolo dei MMG e dei PLS venga definito e implementato in modo sistematico all'interno dei PDTA prioritari. Ciò riguarda in particolare i percorsi assistenziali relativi a diabete mellito di tipo 2, BPCO, scompenso cardiaco, artrite reumatoide e, in funzione del rispettivo stato di sviluppo, morbo di Parkinson, demenza e altre patologie croniche o complesse.

Il compito dei MMG e dei PLS inizia già con l'identificazione precoce dei pazienti idonei. Questa può avvenire sulla base delle esenzioni ticket, delle diagnosi, dei dati prescrittivi, dei profili farmacologici, dei registri clinici, delle dimissioni ospedaliere, delle segnalazioni specialistiche e delle informazioni provenienti dall'assistenza domiciliare. L'obiettivo è quello di inserire i pazienti nei percorsi assistenziali non solo in caso di peggioramento o dopo un ricovero ospedaliero, ma di identificarli precocemente e in modo proattivo, secondo i principi della medicina d'iniziativa.

Una volta identificati, i pazienti vengono sottoposti a una prima valutazione clinica e stratificati in base alla gravità, alla complessità, alle comorbilità, alle condizioni funzionali e al fabbisogno assistenziale. Tale stratificazione viene effettuata in collaborazione con le strutture specialistiche di riferimento e, ove disponibili, mediante l'utilizzo di strumenti digitali e criteri standardizzati di valutazione. Deve essere chiaramente definito quali pazienti possano essere seguiti prevalentemente dalle cure primarie, quali necessitino di una regolare presa in carico specialistica e quali, a causa dell'elevata complessità, richiedano una gestione multiprofessionale tramite Case della Comunità, UCCP, assistenza domiciliare o UVM.

L'arruolamento nei rispettivi PDTA dovrà avvenire attraverso gli strumenti digitali previsti, in particolare mediante ePDTA, Garsia o future soluzioni software aziendali. Dovrà essere garantito che tutti gli attori coinvolti nella presa in carico, quali MMG, PLS, ambulatori specialistici, personale infermieristico, COT, UCCP e assistenza domiciliare, possano accedere alle informazioni necessarie e che le rispettive responsabilità siano chiaramente documentate.

Per i pazienti inseriti nei PDTA dovranno essere definiti specifici intervalli di follow-up. Questi comprendono i controlli clinici periodici da parte del MMG o del PLS, le visite specialistiche programmate, gli accertamenti diagnostici necessari, la verifica dell'aderenza terapeutica, la valutazione dei fattori di rischio e delle complicanze, nonché l'aggiornamento del piano assistenziale individuale. La pianificazione dei follow-up dovrà tenere conto della gravità e della complessità della patologia, evitando inutili duplicazioni di esami e prestazioni.

Un elemento operativo fondamentale è costituito dalla prenotazione diretta o facilitata delle prestazioni rilevanti per i PDTA. Per i percorsi prioritari dovranno essere previsti slot riservati o dedicati per prestazioni diagnostiche e specialistiche, ai quali MMG e PLS possano accedere secondo criteri predefiniti. In tal modo si intende ridurre i tempi di attesa, migliorare la continuità assistenziale e garantire un tempestivo supporto specialistico.

I MMG e i PLS svolgono inoltre un ruolo centrale nell'empowerment del paziente. Ciò comprende l'informazione sulla patologia, la promozione di stili di vita salutari, il sostegno all'aderenza terapeutica, la consulenza per l'autogestione della malattia e il riconoscimento precoce dei segnali di allarme, nonché il coinvolgimento dei familiari. Tali attività sono particolarmente rilevanti nelle patologie croniche, al fine di prevenire complicanze e rafforzare la partecipazione attiva del paziente al proprio percorso di cura.

L'attuazione dei PDTA deve essere strettamente integrata con le nuove strutture territoriali. In tale contesto, MMG e PLS fungono da raccordo tra pazienti, Case della Comunità, UCCP, ambulatori specialistici, COT, assistenza infermieristica domiciliare, UVM e, ove necessario, servizi ospedalieri. Le Case della Comunità dovranno costituire il luogo privilegiato per il coordinamento multiprofessionale, l'erogazione di prestazioni correlate ai PDTA, la gestione delle piccole urgenze, l'educazione sanitaria dei pazienti e il supporto tramite telemedicina.

Per l'attuazione operativa è prevista la seguente matrice delle responsabilità:

Compito dei MMG/PLS	**Attuazione operativa**
Identificazione dei pazienti idonei	Attraverso esenzioni ticket, diagnosi, profili farmacologici, registri clinici, dimissioni ospedaliere, segnalazioni specialistiche e informazioni provenienti dall'assistenza domiciliare

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Prima valutazione clinica e stratificazione	In base a gravità, complessità, comorbilità e fabbisogno assistenziale, in collaborazione con gli specialisti e, ove opportuno, con il supporto di strumenti digitali
Iscrizione nel PDTA	Tramite ePDTA, Garsia o future soluzioni software aziendali
Follow-up	Controlli periodici programmati da parte di MMG/PLS, ambulatori specialistici e altri servizi coinvolti nel percorso assistenziale
Prenotazione di prestazioni rilevanti per il PDTA	Accesso a slot riservati o dedicati per prestazioni diagnostiche e specialistiche secondo criteri predefiniti
Patient Empowerment	Educazione sanitaria, promozione di stili di vita salutari, sostegno all'aderenza terapeutica, supporto all'autogestione della malattia e coinvolgimento dei caregiver familiari
Gestione delle interfacce assistenziali	Collaborazione con Case della Comunità, UCCP, ambulatori specialistici, COT, assistenza domiciliare, UVM, servizio 116117 e servizi ospedalieri
Monitoraggio	Rilevazione del numero di pazienti arruolati, dei controlli di follow-up effettuati, dei tempi di attesa, delle complicanze, delle ospedalizzazioni e degli indicatori di esito

La realizzazione di questo ruolo richiede un modello organizzativo condiviso che definisca in modo chiaro criteri clinici, processi organizzativi, strumenti digitali, modalità di prenotazione, responsabilità e indicatori di monitoraggio. L'obiettivo è quello di trasformare i PDTA, nel periodo 2026-2028, da semplici percorsi clinici a un reale strumento di governo per la presa in carico proattiva, integrata e di prossimità dei pazienti cronici e fragili.

Un elemento chiave dell'attuazione sarà la digitalizzazione dei PDTA. Sono già in corso le attività preparatorie per la digitalizzazione del percorso dedicato alla BPCO. Successivamente saranno digitalizzati anche i PDTA relativi al diabete mellito di tipo 2, allo scompenso cardiaco e all'artrite reumatoide.

2.12. Integrazione socio-sanitaria

Un presupposto fondamentale per garantire una governance efficace è la costruzione di un rapporto stabile e strutturato tra l'ASDAA – nelle sue articolazioni territoriali (Comprensori sanitari, distretti sanitari) – e le Comunità comprensoriali, nonché l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Questo legame è essenziale affinché gli strumenti di programmazione locale, come il Piano delle Attività Territoriali, il Piano Sociale, siano orientati verso obiettivi condivisi di salute, con particolare attenzione alle persone affette da cronicità e non autosufficienza.

L'obiettivo è promuovere una presa in carico integrata e continuativa, che includa interventi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale lungo tutto il ciclo di vita. Per rispondere in modo adeguato alla complessità dei bisogni, è indispensabile una stretta connessione tra il sistema sanitario e quello sociale.

In questo contesto, lo Sportello Unico per l'Assistenza e la Cura (SUAC), previsto dalla LP 13/1991 e confermato nel PSP, rappresenta il punto di riferimento per i cittadini, offrendo risposte concrete ai loro bisogni.

Le UVM, invece, definiscono i percorsi di presa in carico più appropriati per le persone con elevata complessità assistenziale e in condizioni di maggiore vulnerabilità sociale. Le UVM costituiscono uno strumento organizzativo fondamentale per favorire l'integrazione multiprofessionale. Sulla base della valutazione effettuata dall'UVM, e con il coinvolgimento attivo della persona assistita, dei familiari o del rappresentante legale, l'équipe multidisciplinare elabora il PAI, che identifica in modo integrato i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali.

Un elemento fondamentale dell'integrazione sociosanitaria è rappresentato dal progetto di vita, che consente un orientamento globale e centrato sulla persona degli interventi di sostegno, ponendo al centro le prospettive di vita individuali e le opportunità di partecipazione della persona.

In attuazione dei principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, l'Italia ha introdotto, con il Decreto legislativo n. 62/2024, il diritto a un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Il decreto disciplina la definizione della disabilità, la valutazione di base, gli accomodamenti ragionevoli e la valutazione multidimensionale quale fondamento per la progettazione e l'attuazione di interventi di sostegno centrati sulla persona.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

L'obiettivo è promuovere l'autodeterminazione, l'inclusione sociale e la qualità della vita attraverso una pianificazione coordinata degli interventi nei settori della salute, dell'assistenza sociale, dell'abitare, del lavoro, dell'istruzione e del tempo libero. Il progetto di vita si basa su una valutazione multidimensionale secondo il modello bio-psico-sociale dell'ICF ed è orientato ai principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Per l'Alto Adige, la Giunta provinciale ha adottato, con la deliberazione n. 626 del 07.08.2026, le "Linee guida per l'elaborazione del progetto di vita", definendo le basi organizzative e procedurali per la sua attuazione. Le linee guida disciplinano competenze, modalità di presentazione della domanda, valutazione multidimensionale, elaborazione, attuazione e monitoraggio del progetto di vita. La fase pilota è stata avviata nel settembre 2026 e ha lo scopo di preparare l'applicazione su tutto il territorio provinciale a partire dal 1° gennaio 2027.

Con il Decreto legislativo n. 62/2024 è stata inoltre ridefinita la Valutazione di Base, finalizzata all'accertamento della disabilità secondo i sistemi di classificazione ICD e ICF e mediante strumenti valutativi standardizzati. In Alto Adige tale valutazione sarà effettuata dalla Medicina Legale. Le informazioni raccolte costituiranno in futuro una base fondamentale per l'elaborazione del progetto di vita individuale e rafforzeranno la pianificazione personalizzata degli interventi di sostegno e inclusione. Attualmente, tuttavia, possono richiedere un progetto di vita anche le persone la cui disabilità è stata riconosciuta secondo la normativa precedente. In questo modo si intende creare un collegamento più stretto tra l'accertamento del bisogno assistenziale e la pianificazione personalizzata dei servizi e degli interventi necessari.

La nuova normativa richiede un cambiamento di prospettiva: non sono più i servizi disponibili a costituire il punto di partenza, bensì gli obiettivi di vita della persona. Il progetto di vita diventa così lo strumento di raccordo tra i servizi sociali, sanitari e di prossimità. L'introduzione formale delle relative procedure, dei ruoli e degli standard di documentazione è attualmente in fase di attuazione.

Dal 01.09.2026 al 31.12.2026 in Alto Adige è attiva una fase pilota. Le esperienze e i risultati raccolti durante tale periodo saranno utilizzati per l'implementazione definitiva del progetto di vita a partire dal 2027. Il coordinamento della fase pilota è affidato a un gruppo di governance composto da rappresentanti dei settori sanità, sociale, scuola e lavoro.

Poiché la nuova Valutazione di Base non è ancora stata attivata dalla Medicina Legale in Alto Adige, i progetti di vita vengono attualmente elaborati secondo il quadro normativo previgente. Il sistema si trova pertanto in una fase di transizione. Con l'introduzione della nuova valutazione saranno disponibili informazioni più complete sulle capacità funzionali, sulle risorse della persona e sui bisogni di sostegno, consentendo una progettazione del progetto di vita ancora più mirata, personalizzata e centrata sulla persona.

2.13. Unità di valutazione multidimensionale (UVM)

Con la DGP 1281/2018 è stato introdotto per la prima volta in via ufficiale nel SSP il concetto di valutazione multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare in relazione alla presa in carico dei soggetti fragili e cronici sul territorio.

Questa deliberazione ha previsto più in generale tutta una serie di interventi, anticipando di qualche anno gli strumenti messi a disposizione dal DM 77/2022, che in maniera più omogenea e condivisa a livello nazionale ha riformato l'assistenza sanitaria territoriale.

Con la DGP 67/2025 vengono approvate le *Linee guida dell'assistenza domiciliare e dell'Unità di valutazione multidimensionale* nella PAB, riconoscendo le UVM come strumento centrale per la presa in carico integrata dei pazienti fragili e non autosufficienti.

Le UVM hanno il compito di valutare in modo completo e integrato i bisogni di salute, sociali e assistenziali di persone, soprattutto quando si tratta di situazioni complesse come la non autosufficienza, cronicità avanzata o fragilità sociale e sanitaria.

Le UVM effettuano la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale in modo uniforme con le modalità, le procedure e gli strumenti di valutazione multidimensionale stabiliti dalle regioni anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (artt. 29 e 30 del DPCM LEA 2017). L'équipe dei professionisti che fanno capo all'UVM è costituita principalmente dalle seguenti figure professionali:

- MMG di riferimento dell'assistito, in sua assenza il referente dell'AFT,
- infermiera/e di riferimento,
- assistente sociale di riferimento.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze l'UVM può essere allargata ad altri professionisti.

L'UVM viene coordinata dal:

- Servizio medicina di base
- Dirigenza tecnico-assistenziale territoriale

Tali figure di coordinamento sono responsabili del funzionamento dell'UVM.

La valutazione multiprofessionale permette di definire un progetto assistenziale integrato (PAI) capace di attivare le risorse più appropriate ed evitare la frammentazione delle risorse e degli obiettivi di intervento. Ed è prevista per i pazienti in ADI e UCP-DOM.

Fra i compiti prioritari dell'UVM c'è anche quello di individuare un Case Manager (responsabile del caso), definito sulla base del bisogno prevalente e del piano formulato.

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione (L. 234/2021). Il PAI definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali (DPCM 12/01/2017).

Le segnalazioni finalizzate all'attivazione dell'UVM saranno avviate su iniziativa del medico ospedaliero, del MMG, dell'infermiera/e, dell'assistente sociale ovvero dal medico specialista.

Entro il 2026 sarà completata l'implementazione dell'UVM nei Comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico. Nel Comprensorio sanitario di Bolzano l'implementazione sarà completata in tutti i Distretti entro il 30.06.2027.

2.14. Consultori familiari

I consultori familiari sono servizi socio-sanitari multidisciplinari, per la promozione e la prevenzione della salute. Offrono alle famiglie, alle coppie ed ai singoli consulenza e aiutano rispetto a problematiche sociali, psicologiche, ginecologiche, sessuali, relazionali, educative e legali, con specifica attenzione alle situazioni di disagio, fragilità e conflitto familiare. I consultori familiari sono aperti a tutti i cittadini, senza distinzione di residenza o cittadinanza e offrono servizi gratuiti.

Con la DGP 419/2024 sono state approvate le *Linee guida per la riorganizzazione dei Consultori Familiari in Provincia Autonoma di Bolzano*. Con la DGP 133/2025 è stato aggiornato il nomenclatore tariffario e il sistema di finanziamento dei consultori familiari e con la LP 5/2025 è stata disciplinata l'organizzazione e il funzionamento dei consultori familiari in Alto Adige.

L'ASDAA è stata incaricata di attuare la riorganizzazione dei consultori familiari e di ottimizzare le attività degli stessi in base alla normativa citata.

Gli obiettivi della riorganizzazione sono i seguenti:

- riformare i consultori familiari pubblici, al fine di renderli rispondenti agli attuali bisogni e al dettame normativo;
- mettere in rete i consultori familiari pubblici così riformati con i consultori familiari privati convenzionati, allo scopo di evitare la duplicazione di servizi e prestazioni, aggiornando contestualmente gli accordi vigenti con i consultori privati sulla base della nuova normativa;
- stabilire un collegamento tra le attività erogate dai consultori familiari e la programmazione socio-sanitaria, in modo da favorire la massima appropriatezza nell'offerta;
- rafforzare l'assistenza territoriale allo scopo di sgravare gli ospedali, garantendo capillarità e controllo delle prestazioni, nonché integrazione col territorio attraverso personale competente ed aggiornato;
- adempiere ai requisiti stabiliti dal DM 77/2022 e programmare l'integrazione tra le attività dei consultori familiari e quelle delle CdC;
- alimentare il Sistema informativo Consultori Familiari (SICOF) al fine di completare il monitoraggio dei LEA e di potenziare la qualità dei dati clinici e amministrativi.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Il DM 77/2022 ("Modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN") prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti (per la PAB quindi 25-26) con possibilità di 1 consultorio familiare ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

La riorganizzazione dei consultori familiari pubblici e convenzionati proseguirà secondo un modello integrato HUB e SPOKE. L'obiettivo è garantire un accesso equo e a bassa soglia ai servizi, una presa in carico multidisciplinare coordinata, la riduzione delle duplicazioni, il raccordo con la programmazione socio-sanitaria e l'integrazione funzionale con le Case della Comunità. In tale contesto, i consultori familiari assumono un ruolo centrale nella promozione della salute, nella prevenzione, nell'accompagnamento alla gravidanza e alla genitorialità, nel sostegno alle famiglie e nella promozione della salute sessuale, riproduttiva e relazionale.

Per il periodo di programmazione 2026-2028 sono previsti in particolare i seguenti ambiti prioritari di sviluppo:

- **Attuazione del modello HUB & SPOKE dei consultori familiari a livello provinciale**, con la loro integrazione funzionale nelle Case della Comunità e nella rete dei servizi territoriali di prossimità. In tale contesto, ostetriche, ginecologhe/i, psicologhe/i e assistenti sociali operano all'interno di team multidisciplinari integrati.
- **Garantire équipe multidisciplinari di base**, composte da ostetriche, ginecologhe/ginecologi, psicologhe/psicologi e assistenti sociali, al fine di assicurare una presa in carico globale e centrata sulla famiglia.
- **Potenziamento delle attività nell'ambito della salute sessuale, riproduttiva e relazionale**, comprese la consulenza contraccettiva, la pianificazione familiare e la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, attraverso l'intervento di ostetriche e ginecologhe/ginecologi, integrato dal supporto psicologico e sociale.
- **Rafforzamento dell'accompagnamento durante la gravidanza, il parto, il puerperio e la prima genitorialità**, attraverso il ruolo delle ostetriche in stretta collaborazione con ginecologhe/ginecologi, psicologhe/psicologi e assistenti sociali, con particolare attenzione alle situazioni di vulnerabilità o di elevato bisogno di supporto.
- **Promozione della salute mentale e del benessere familiare**, mediante consulenza psicologica, sostegno nella gestione dei conflitti familiari, delle separazioni e delle difficoltà connesse alla gravidanza e alla genitorialità, nonché attraverso interventi di prevenzione precoce e sostegno alle famiglie.
- **Rafforzamento della consulenza sociale e del coordinamento della rete dei servizi**, attraverso il ruolo delle assistenti sociali e degli assistenti sociali, in particolare per l'attivazione delle risorse territoriali, il sostegno alle famiglie vulnerabili e il collegamento con i servizi sanitari, sociali, educativi e familiari.
- **Sviluppo di percorsi standardizzati di presa in carico, consulenza e invio**, finalizzati a favorire la collaborazione tra le diverse figure professionali e a garantire la continuità assistenziale tra ospedale, Casa della Comunità, consultorio familiare e servizi territoriali.
- **Promozione di programmi di prevenzione e promozione della salute** rivolti a donne, adolescenti, coppie e famiglie, attraverso interventi interprofessionali realizzati da ostetriche, ginecologhe/ginecologi, psicologhe/psicologi e assistenti sociali.
- **Completa implementazione e utilizzo del sistema informativo SICOF**, per la documentazione delle attività, la garanzia della qualità, il governo delle prestazioni e la valutazione delle attività multidisciplinari di tutte le professioni coinvolte.
- **Rafforzamento della collaborazione con i consultori familiari privati convenzionati**, al fine di garantire una copertura capillare, coordinata e rispondente ai bisogni della popolazione su tutto il territorio provinciale.

Consultori convenzionati	
Struttura	**HUB/SPOKE**
AIED - Bolzano	**HUB**
ARCA - Bolzano	**HUB**
Kolbe - Bolzano	**HUB**

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Consultori convenzionati	
Kolbe - Laives	SPOKE
Kolbe - Bressanone	SPOKE
Kolbe - Vipiteno	SPOKE
Kolbe - Merano	**HUB**
Lilith - Merano	**HUB**
MESOCOPS - Bolzano	**HUB**
MESOCOPS - Egna	SPOKE
FABE - Bolzano SPOKE (*)	**SPOKE (*)**
FABE - Ortisei	SPOKE
FABE - Silandro	SPOKE
FABE - Merano	SPOKE
FABE - Brunico	SPOKE

* da valutare se riesce ad adempiere alle caratteristiche della sede HUB o se prosegue con attività SPOKE

L'ASDAA ha individuato:

- le figure necessarie per il coordinamento (ambito ginecologico, ostetrico e psicologico) delle sedi HUB e SPOKE a livello comprensoriale;
- il referente unico per l'intera rete consultoriale provinciale (comune ai CF pubblici e privati).

Inoltre, è stato acquistato un software unico (Fenix), valido per tutte le sedi consultoriali, destinato alla registrazione delle prestazioni erogate, in conformità al nomenclatore tariffario delle prestazioni erogabili dai consultori familiari nella PAB approvato con DGP 133/2025, al fine di implementare il flusso ministeriale SICOF, che rileva le principali informazioni e i dati di attività dei consultori familiari, come definito dalla L. 405/1975 ss.mm.ii e in base a quanto previsto dall'art. 24 DPCM 12.01.2017.

Per la riorganizzazione dei consultori al livello comprensoriale sono previste le seguenti attività:

- ridefinizione della struttura di governance per i consultori familiari a livello aziendale;
- definizione di standard aziendali uniformi per i percorsi assistenziali e per l'erogazione delle prestazioni;
- integrazione dei piani delle attività territoriali a livello aziendale e comprensoriale (in collaborazione con le Comunità comprensoriali) con le attività dei consultori familiari.
- definizione e implementazione dell'accesso unico;
- coordinare le attività delle sedi HUB e SPOKE dei consultori familiari;
- collegare in rete con i consultori familiari privati, le comunità comprensoriali e altre organizzazioni al fine di promuovere la collaborazione socio-sanitaria;
- organizzare incontri a cadenza trimestrale con i consultori familiari privati del proprio Comprensorio sanitario;
- monitorare le attività dei consultori familiari;
- definizione di adeguati indicatori di performance e di governance per la verifica dell'appropriatezza e della qualità dell'offerta di servizi.
- elaborare un rapporto annuale sulle attività dei consultori familiari.

2.15. Rete delle Cure palliative

Il PNRR e il DM 77/2022 prevedono anche il potenziamento della rete delle cure palliative rivolta a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia.

Particolare attenzione è rivolta all'identificazione precoce delle condizioni di fragilità e dei bisogni assistenziali complessi. Le cure palliative devono essere progressivamente integrate nell´assistenza alle

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

persone affette da malattie croniche già nelle fasi precoci della malattia e non devono essere limitate esclusivamente alla fase terminale della vita.

Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Le cure palliative sono considerate parte integrante dell'assistenza territoriale, da garantire in tutti i setting: domicilio, ambulatorio, strutture residenziali e Hospice. Le reti di cure palliative devono essere accreditate secondo criteri definiti a livello nazionale (Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020).

In termini di accessibilità e continuità dei servizi dovranno essere presenti UCP-DOM, con almeno una ogni 100.000 abitanti e 8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Le cure palliative, compatibilmente con le risorse disponibili, dovranno essere accessibili h24, 7 giorni su 7, con percorsi di reperibilità medico-infermieristica, al fine di assicurare la continuità assistenziale.

È previsto il coordinamento attraverso le COT per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale.

Le cure palliative devono essere integrate con i servizi di medicina generale, infermieristica di famiglia e comunità, servizi sociali e specialistici. È promossa la telemedicina per migliorare l'accesso nelle aree periferiche e comunque facilitarlo per questa categoria fragile.

Nelle situazioni cliniche e sociali complesse, la valutazione multidimensionale viene effettuata dall´Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), con la predisposizione di un Progetto Assistenziale Integrato (PAI), al fine di garantire un´assistenza centrata sulla persona e coordinata.

Per lo sviluppo continuo delle competenze il personale deve essere formato specificamente secondo le competenze previste dall'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014. La formazione continua e la diffusione della cultura delle cure palliative sia nell'ambito degli adulti che nell'ambito pediatrico è fortemente voluta e incentivata.

Le attività delle reti di cure palliative devono essere monitorate attraverso indicatori di processo e di esito, inclusi nei flussi informativi SIAD e Hospice.

Per lo sviluppo della rete di cure palliative la PAB ha deliberato il Piano provinciale di potenziamento delle cure palliative 2025 (DGP 66/2025), con focus su obiettivi, interventi programmati e azioni necessarie.

Il potenziamento si pone tra l'altro i seguenti obiettivi:

- Raggiungere entro il 2028 una copertura del 90% della popolazione eleggibile alle cure palliative (1.460 persone: 1.373 adulti e 87 minori).
- Adeguarsi agli standard del DM 77/2022 entro giugno 2026.
- Garantire continuità assistenziale h24, 7 giorni su 7, in tutti i comprensori sanitari, compatibilmente con le risorse a disposizione.
- Potenziare la rete pediatrica con l'attivazione dell'Hospice pediatrico entro il 2027/2028.
- Integrare le cure palliative nei PDTA per patologie croniche e oncologiche.
- Promuovere la formazione continua e la diffusione della cultura delle cure palliative.

La rete delle cure palliative per gli adulti è attualmente composta da:

- 1 struttura complessa aziendale per l'assistenza alle persone adulte
- 5 UCP-DOM attive, una per ogni Comprensorio sanitario, con la recente istituzione della seconda UCP-DOM nel Comprensorio sanitario di Bolzano che copre l'area Oltradige e Bassa Atesina.
- 3 strutture Hospice, con 29 posti letto attivi, con un graduale aumento entro il 2028 fino a 42–52 posti letto.
- ambulatori di cure simultanee attivi in tutti i Comprensori sanitari.

La rete delle cure palliative pediatriche è attualmente composta da:

- 1 struttura semplice per l'assistenza ai bambini
- 1 UCP-DOM per le Cure palliative pediatriche che copre tutto il territorio provinciale.
- 1 Centro di riferimento provinciale CPP e TD per la rete pediatrica.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

È in programmazione l'attivazione di un Centro di cure palliative pediatriche aziendale a Tesimo entro il 2028.

Gli interventi necessari per rafforzare ulteriormente la rete delle cure palliative in PAB sono:

- Sul piano organizzativo:
  - Completamento dell'accreditamento delle reti di cure palliative per adulti e pediatriche.
  - Attivazione di nuovi PL Hospice (Bressanone, Bolzano).
  - Realizzazione dell'Hospice pediatrico.
  - Rafforzamento della rete informatica (cartelle cliniche digitali, telemedicina).
  - Attivazione di percorsi di reperibilità medico-infermieristica h24.
- Sul piano formativo:
  - Corsi multidisciplinari, tirocini, supervisione da garantire ai collaboratori impegni nel settore delle cure palliative.
  - Corso interdisciplinare in cure palliative organizzato in collaborazione con il Polo Universitario per le professioni sanitarie "Claudiana" a Bolzano.
  - 3 borse di studio per medici iscritti alla Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative.
- Sul piano della collaborazione:
  - Coinvolgimento attivo di MMG, PLS, RSA, servizi sociali e CdC.
  - Collaborazione con associazioni di volontariato (formazione, supporto, divulgazione).
  - Integrazione con servizi ospedalieri e territoriali.

2.16. Assistenza ai pazienti in condizioni di fragilità

L'identificazione precoce, la valutazione e la presa in carico dei pazienti in condizioni di fragilità rappresentano una priorità strategica dell'assistenza territoriale nel periodo 2026-2028. Si tratta in particolare di persone anziane, pazienti con multimorbilità, patologie croniche, limitazioni funzionali e un elevato rischio di non autosufficienza. L'evoluzione demografica e il crescente aumento di bisogni assistenziali complessi richiedono modelli di presa in carico integrati, proattivi e centrati sulla persona, rivolti a questa popolazione particolarmente vulnerabile. In conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale n. 77/2022 e alle linee guida tecniche di AGENAS sui team multiprofessionali operanti nelle Case della Comunità, l'assistenza ai pazienti in condizioni di fragilità sarà ulteriormente sviluppata quale funzione centrale dell'assistenza territoriale.

Nel periodo 2026-2028 sarà rafforzata ulteriormente l'identificazione precoce della fragilità. Un'attenzione particolare sarà rivolta alle persone di età pari o superiore a 75 anni e ai pazienti con bisogni assistenziali complessi di natura sanitaria, infermieristica o sociale. L'obiettivo è individuare tempestivamente le situazioni di rischio e attivare precocemente gli interventi di supporto più appropriati. L'identificazione potrà avvenire attraverso diversi punti di accesso, in particolare tramite i Medici di Medicina Generale, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità, l'assistenza domiciliare, le Case della Comunità, gli ospedali e i servizi sociali.

Strumenti fondamentali della presa in carico sono la Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Assistenziale Integrato (PAI), le visite domiciliari proattive e un case management multiprofessionale strutturato. Tali strumenti consentono una valutazione globale dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali della persona e la pianificazione coordinata degli interventi necessari. La figura del case manager assicura la continuità della presa in carico e il coordinamento tra i servizi e le diverse professionalità coinvolte.

Un obiettivo prioritario consiste nel rafforzamento dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali. La continuità dell'assistenza dovrà essere garantita in particolare nei passaggi tra ospedali, Case della Comunità, Distretti sanitari, assistenza domiciliare, COT, strutture di cure intermedie, cure palliative e servizi sociali. La collaborazione multiprofessionale e la pianificazione condivisa degli interventi dovranno contribuire a prevenire interruzioni nei percorsi di cura e ad assicurare una presa in carico coordinata lungo l'intero continuum assistenziale.

Entro il 2028 si intende migliorare ulteriormente la continuità delle cure, ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili e gli accessi inappropriati ai Pronto Soccorso, nonché favorire la permanenza dei pazienti nel proprio ambiente di vita il più a lungo possibile. Parallelamente, modelli assistenziali integrati e

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

multiprofessionali dovranno sostenere in modo duraturo l'autonomia, la qualità della vita e la partecipazione sociale dei pazienti in condizioni di fragilità.

2.17. Prevenzione in ambito sanitario

Ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche, il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha il compito di promuovere azioni volte all'individuazione e alla rimozione delle cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale. Tali attività vengono svolte in stretta collaborazione con i distretti sanitari, gli altri Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria e le FVCO, coinvolgendo professionisti di diverse discipline.

Per garantire un'efficace organizzazione e una conoscenza approfondita del territorio, elementi fondamentali per un'azione preventiva efficace, è previsto uno standard massimo di popolazione pari a 500.000 abitanti per ciascun DP.

Il DP opera nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle risorse disponibili, secondo un piano annuale di attività concordato con la Direzione aziendale. L'obiettivo è tutelare la salute collettiva attraverso azioni di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, e miglioramento della qualità della vita.

Nel campo della prevenzione primaria e del controllo dei determinanti ambientali e climatici, il DP agisce all'interno di una rete coordinata, con l'obiettivo di garantire un approccio sistemico alla valutazione e al controllo degli effetti delle pressioni ambientali sul benessere delle persone e delle comunità. Questo approccio si traduce nella costruzione di interventi integrati e scenari decisionali, strettamente connessi all'assistenza sanitaria territoriale e alle CdC.

In questo contesto, il DP include esperti in salute e ambiente che svolgono un ruolo di collegamento operativo presso le CdC. Queste ultime rappresentano il luogo privilegiato per l'attuazione concreta della strategia di prevenzione, garantendo interventi coordinati sia a livello individuale che comunitario, sotto la guida del DP e della Sanità Pubblica aziendale.

L'azione del DP si caratterizza per un'impostazione multidisciplinare e intersettoriale, secondo il principio della Salute in tutte le politiche, estendendo gli ambiti di intervento alla:

- prevenzione universale,
- medicina predittiva,
- medicina di genere,
- prevenzione nelle popolazioni a rischio,
- prevenzione delle complicanze e recidive.

Il modello organizzativo adottato favorisce una presenza capillare sul territorio, che consente al DP di:

- intercettare precocemente i bisogni di salute della popolazione;
- gestire in modo etico le risorse della comunità (stewardship);
- promuovere empowerment e autodeterminazione delle persone.

Le CdC, in questo quadro, diventano il fulcro dell'integrazione tra prevenzione, assistenza e promozione della salute, offrendo un servizio coerente, sostenibile e vicino ai cittadini. Per quanto riguarda l'ASDAA, resta ancora da definire il modello di coordinamento tra territorio, CdC e il DP.

2.18. Telemedicina

Il DM 77/2022 riconosce la telemedicina come uno strumento strategico per garantire continuità assistenziale, migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e favorire l'integrazione tra i diversi servizi sanitari. Le modalità di erogazione includono: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza e teleriabilitazione.

La PAB promuove piattaforme interoperabili, capaci di garantire lo scambio sicuro dei dati sanitari e la loro integrazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Per l'attuazione degli obiettivi previsti dal PNRR in ambito di telemedicina, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha definito e approvato un proprio modello organizzativo aziendale per i servizi di telemedicina. Tale modello, unitamente al Piano strategico aziendale per la telemedicina 2026–2028, costituisce il quadro organizzativo e strategico di riferimento per l'ulteriore sviluppo dell'assistenza mediante telemedicina.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Anno	Obiettivo da raggiungere	Obiettivo raggiunto
T4 2024	848*	2.654
T3 2025	5.565	7.645
T3 2026	13.250	13.502

* target rimodulato, inizialmente imposto a 2.650 persone

L'obiettivo previsto dai traguardi ministeriali, con scadenza al 10 settembre 2026, è stato raggiunto. Il target di 13.250 persone assistite attraverso le diverse tipologie di servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio) è stato conseguito con la trasmissione dei dati alla piattaforma ministeriale PNT nel luglio 2026.

Il piano strategico prevede un ulteriore sviluppo graduale della telemedicina lungo i seguenti ambiti di intervento: governance e strategia, standardizzazione dei processi assistenziali, implementazione tecnologica e applicativa, coordinamento amministrativo, change management e formazione, monitoraggio delle performance e della qualità, nonché istituzione di un centro aziendale di servizi per la telemedicina. L'attuazione avverrà progressivamente nel triennio di riferimento: il 2026 sarà dedicato all'assetto organizzativo e tecnico e all'avvio operativo delle attività, il 2027 all'implementazione e all'estensione dei servizi e il 2028 al consolidamento dei processi e del sistema di governance e monitoraggio.

Dal punto di vista tecnologico, la piattaforma aziendale Pohema costituisce il nucleo applicativo dei servizi di telemedicina. Nel periodo 2026-2028 sono previsti in particolare l'ulteriore sviluppo della piattaforma, la progressiva integrazione con i sistemi informativi aziendali ed esterni, la messa in funzione delle necessarie apparecchiature sanitarie e non sanitarie, nonché l'evoluzione dei servizi di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza.

Parallelamente saranno mappati i processi operativi delle prestazioni di telemedicina, validati con i professionisti clinici competenti e tradotti in procedure aziendali standardizzate. Particolare attenzione sarà riservata alla completa tracciabilità delle prestazioni, alle garanzie amministrative e in materia di protezione dei dati, alla formazione dei professionisti coinvolti e al supporto ai pazienti e alle loro persone di riferimento nell'utilizzo delle soluzioni di assistenza digitale.

Per la valutazione dell'attuazione sarà sviluppato un sistema strutturato di monitoraggio delle performance e della qualità. Tale sistema si baserà sugli indicatori della Piattaforma Nazionale per la Telemedicina e sarà integrato con indicatori aziendali specifici, progressivamente collegati ai sistemi informativi aziendali e agli strumenti di reporting. È inoltre prevista l'istituzione di un centro aziendale di servizi, incaricato in particolare del supporto tecnico e della gestione logistica dei dispositivi utilizzati nell'ambito del telemonitoraggio.

In conformità ai PDTA, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sviluppa un approccio integrato per ciascuna delle modalità di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza e teleriabilitazione).

L'ulteriore sviluppo della telemedicina avverrà in coerenza con gli obiettivi e le azioni previste dal Piano strategico aziendale per la telemedicina 2026-2028 e nel rispetto delle disposizioni statali e provinciali vigenti, delle risorse disponibili e dei risultati delle valutazioni aziendali.

2.19. Sistemi informativi e flussi ministeriali

Tutte le unità operative presenti sul territorio devono essere dotate di soluzioni digitali capaci di generare documentazione sanitaria nativa digitale, conforme agli standard nazionali, e di garantire la condivisione dei dati clinici tra i professionisti coinvolti nell'assistenza ospedaliera e territoriale. Ciò costituisce un elemento essenziale per la realizzazione di una rete di servizi territoriali integrati, interoperabili e orientati alla continuità assistenziale.

A tal fine, ogni unità operativa deve disporre di infrastrutture tecnologiche e informatiche compatibili con i sistemi aziendali, provinciali e nazionali, come:

- Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), MyCivis;
- Centro Unico di Prenotazione (CUP), Sistema Tessera Sanitaria e PagoPA;
- Piattaforma di Telemedicina;
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed Ecosistema Dati Sanitari (EDS);
- Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

I sistemi informativi distrettuali devono essere in grado di:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- basarsi sui framework di identificazione, autenticazione, autorizzazione e pubblicazione dei servizi previsti a livello nazionale e provinciale;
- appoggiarsi alle piattaforme di prenotazione e pagamento già presenti e diffuse;
- integrarsi con il Sistema TS per la corretta gestione del ciclo di vita della ricetta dematerializzata e dei Piani terapeutici elettronici;
- integrarsi con la piattaforma di telemedicina adottata a livello provinciale, sia per sfruttare le funzionalità messe a disposizione sia per garantire una corretta rendicontazione delle prestazioni;
- generare documenti digitali utili all'alimentazione del FSE e dell'EDS, sulla base anche delle evoluzioni previste nell'ambito del PNRR;
- interoperare con i servizi applicativi messi a disposizione dal FSE attraverso l'EDS a supporto dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- produrre i dati necessari al monitoraggio provinciale e nazionale dell'assistenza territoriale, alimentando i flussi informativi già attivi (FAR, SIAD, HOSPICE, SIAR, SICOF, SISM, SIND, AVN) e quelli in fase di attivazione (SIOC, SIAP).

La strategia perseguita prevede di valorizzare, ove possibile, i software già esistenti e attivi nei diversi contesti operativi, al fine di ottimizzare le risorse e garantire continuità nei processi. Per ambiti emergenti o non ancora coperti da soluzioni informatiche adeguate, sarà invece promossa l'implementazione di nuovi software specifici, così da rispondere in modo puntuale alle esigenze di digitalizzazione e innovazione richieste dal sistema sanitario territoriale.

Gli strumenti digitali delle UCCP devono sostenere in particolare la collaborazione multiprofessionale. Tra questi rientrano sistemi informativi interoperabili, documentazione condivisa, Patient Summary, teleconsulti, pianificazione condivisa degli appuntamenti e strumenti digitali per la redazione e l'aggiornamento dei piani assistenziali individualizzati.

Servizio	Software	Stato	Note
CO 116117 e continuità assistenziale	Life1st	Pilotaggio	Avviato nella fase pilota nel comprensorio sanitario di Bolzano.
Ambulatori infermieristici	SisTer	Già in uso	
Centrale Operativa Territoriale (COT)	Garsia COT	Già in uso	
Consultori familiari	Fenix	Già in uso	In uso nei consultori convenzionati. Prevista l'implementazione nei consultori pubblici.
Integrazione con i Servizi Sociali	Nessun software in uso	Da analizzare	
Interventi di Salute pubblica	SIAVr	Già in uso	
Letti intermedi	Garsia COT	Già in uso	
Medicina dello sport	MdS	Già in uso	È previsto il suo aggiornamento tecnologico.
Ospedale di comunità	NGH (ADT, cartella di reparto) Garsia COT	Già in uso	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Percorsi integrati e coordinati / PDTA	Garsia PdS (Percorsi di Salute)	In fase di analisi	
Programmi di screening	Screening	Già in uso	È prevista la sua sostituzione nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031.
Punto Prelievi	Concerto IKIS	Già in uso	È prevista la loro sostituzione con il modulo dedicato di NGH CUP.
Punto Unico di Accesso (PUA)	PUA amministrativo: CUPWeb BDPA	Già in uso	È prevista la sostituzione di CUPWeb con NGH CUP. È previsto l'aggiornamento tecnologico della BDPA.
Rete cure palliative	Hospice: NGH (ADT, cartella di reparto) Assistenza domiciliare palliativa UCP-DOM: SisTer Assistenza palliativa ambulatoriale: NGH ambulatoriale	Già in uso	
Servizi di cure primarie MMG/PLS	Software di cartella del singolo MMG/PLS Portale MMG	Già in uso	Il Portale MMG offre già diverse funzionalità e integrazioni (Gestione amministrativa ADI, Prescrizione ausili e trasporti non urgenti, Gestione Piani Terapeutici). È prevista l'implementazione di ulteriori elementi (Gestione sostituzioni, registrazione Prestazioni aggiuntive, Garsia COT, Garsia PdS, Pohema, SisTer).
Servizi di specialistica ambulatoriale	NGH ambulatoriale Altri software ambulatoriali specialistici (Metaclinic per la diabetologia, MEDarchiver per la cardiologia, ecc.)	Già in uso	
Servizi diagnostici di base	NGH ambulatoriale Kidò (interfacciamento con strumenti diagnostici)	Già in uso	
Servizi per la salute mentale	MENTA IKIS	Già in uso	È prevista la loro sostituzione con il modulo dedicato di SisTer e NGH.
Servizi per le dipendenze	PoIntGeDi	Già in uso	
Servizi per la salute carceraria	PoIntCAR	Già in uso	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Servizio di assistenza domiciliare	SisTer	Già in uso	In uso nei servizi domiciliari distrettuali e della riabilitazione al domicilio. Prevista l'implementazione nel Servizio Pneumologico territoriale.
Servizio di Telemedicina	Pohema	Già in uso	In uso per televisita. Previsti sviluppi futuri per telemonitoraggio, teleassistenza e teleconsulto.
Sistema integrato di prenotazione	CUPweb SaniBook	Già in uso	È prevista la sostituzione di CUPWeb con NGH CUP.
Sportello unico di assistenza e cura SUAC	Nessun software in uso	Da analizzare	
Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	Nessun software in uso	Da analizzare	
UVM	SisTer	Da analizzare	Previsto lo sviluppo del modulo dedicato in SisTer.

In relazione al tema della connettività, per quanto riguarda le reti a disposizione del personale sanitario, l'obiettivo aziendale è la progressiva diffusione della copertura Wi-Fi in tutte le Case della Comunità e nelle strutture territoriali, al fine di garantire l'accesso ai servizi digitali, semplificare la gestione delle prenotazioni, favorire lo sviluppo della telemedicina e migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e cittadini. La disponibilità di una connettività wireless affidabile rappresenta infatti un prerequisito essenziale per l'utilizzo delle soluzioni digitali a supporto dell'assistenza sanitaria e per la mobilità operativa del personale.

Nell'ambito di questo programma, negli ultimi tre mesi del 2025 sono stati attivati quattro nuovi impianti Wi-Fi presso le Case della Comunità di Bressanone e Chiusa e i distretti di Vipiteno e Piccolino. Nel corso del primo semestre 2026 sono stati inoltre realizzati e messi in esercizio ulteriori impianti presso le Case della Comunità di San Candido, Loew Cadonna, Malles, Naturno, Laives e il distretto di Prato allo Stelvio. Entro la fine del 2026 è previsto il completamento dell'impianto Wi-Fi della Casa della Comunità di Brunico.

Le attività di diffusione e potenziamento delle reti Wi-Fi proseguiranno per tutto il 2027 e il 2028. L'introduzione del nuovo Sistema Informativo Sanitario Aziendale (NSISA) e la progressiva adozione della soluzione applicativa SisTer richiedono infatti la disponibilità di collegamenti wireless sicuri e performanti per l'utilizzo di tablet e dispositivi mobili da parte del personale sanitario, agevolando la consultazione e l'inserimento dei dati clinici direttamente nei luoghi di cura.

Le nuove infrastrutture Wi-Fi sono progettate e realizzate nel rispetto dei requisiti di sicurezza informatica previsti dalla normativa vigente. Parallelamente agli interventi di adeguamento delle strutture esistenti, è stato inoltre rivisto il processo di realizzazione degli impianti negli edifici di nuova costruzione, adottando un approccio integrato che consente di coordinare fin dalla fase progettuale le esigenze impiantistiche e informatiche, ottimizzando tempi, costi ed efficacia degli interventi.

Per quanto riguarda i flussi informativi provinciali e ministeriali finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza in ambito territoriale, si riassume di seguito lo stato:

- FAR (Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale). Il flusso viene alimentato quasi esclusivamente dalle Residenze per Anziani sotto la competenza della Ripartizione Politiche sociali della Provincia Autonoma di Bolzano. È previsto il suo ampliamento alla struttura Centro Lungodegenti Firmian di competenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.
- SIAD (Sistema informativo assistenza domiciliare). Il flusso è a regime e viene gestito dalle prese in carico presenti nel software SisTer.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- HOSPICE (Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice). Il flusso è a regime e viene gestito per gli Hospice non convenzionati da NGH e IKIS. Entro fine 2026 la gestione passa interamente al software NGH.
- SIAR (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa). Il flusso è a regime e non presenta particolari criticità per la struttura individuata a livello provinciale.
- SICOF (Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari). Il flusso è già a regime e non presenta particolari criticità per i consultori familiari convenzionati. È prevista la sua estensione ai consultori pubblici man mano che questi saranno attivati con la rendicontazione sul software Fenix.
- SISM (Sistema informativo salute mentale). Il flusso è già a regime e non presenta particolari criticità. È prevista la progressiva adozione delle codifiche ICD10-IM per le diagnosi codificate all'interno del flusso.
- SIND (Sistema informativo nazionale delle dipendenze - tossicodipendenze). Il flusso è già a regime e non presenta particolari criticità. È prevista la progressiva adozione delle codifiche ICD10-IM per le diagnosi codificate all'interno del flusso e il completamento dei tracciati grazie all'integrazione con il Sistema Informativo di Laboratorio.
- AVN (Anagrafe nazionale vaccini). Il flusso è regime e non presenta particolari criticità. È previsto il passaggio alla fornitura settimanale, secondo le indicazioni ministeriali.
- SIOC (Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità). Il flusso è già a regime e sono stati inviati i dati del secondo trimestre 2026 raccolti con il software NGH ADT.
- SIAP (Sistema informativo dell'assistenza primaria). Il flusso non è stato ancora attivato in quanto le specifiche tecniche fornite non consentono l'alimentazione con i dati della continuità assistenziale (guardia medica e guardia medica turistica), relativamente alla parte di competenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Per la parte in carico ai medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), questi assolvono ai compiti informativi come indicato all'Art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con il medico di medicina generale del 4 aprile 2024.
- I MMG e i PLS adempiono agli obblighi informativi previsti dall'articolo 6 dell'ACN.

2.19.1 Attuazione del flusso dati SIAP nell'assistenza primaria

L'introduzione del flusso dati SIAP rappresenta, per il periodo 2026-2028, un passaggio strategico per il governo, il monitoraggio e la garanzia della qualità dell'assistenza primaria. Mentre finora una parte significativa dei dati relativi alle prestazioni dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), del servizio di continuità assistenziale e dell'assistenza medica ai turisti era disponibile solo parzialmente o attraverso sistemi eterogenei, SIAP fornisce le basi per una raccolta dati uniforme, strutturata e confrontabile a livello nazionale nell'ambito dell'assistenza primaria.

L'Accordo Collettivo Nazionale prevede espressamente che i medici garantiscano i flussi informativi richiesti attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali. Ciò comprende in particolare il corretto utilizzo di sistemi interoperabili, la trasmissione dei dati relativi alle prestazioni e alle attività svolte, nonché l'integrazione con il Sistema Tessera Sanitaria, il Fascicolo Sanitario Elettronico, la prescrizione elettronica e le ulteriori piattaforme digitali previste dalle autorità competenti.

Con il Decreto Ministeriale del 4 agosto 2025, il SIAP è stato introdotto quale sistema informativo nazionale per l'assistenza primaria. L'attuazione di tale flusso informativo riguarda in particolare le attività dei MMG e dei PLS, la continuità assistenziale, l'assistenza ai turisti e gli altri servizi afferenti all'assistenza medica di base. Per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ciò comporta la progressiva evoluzione dei processi digitali e delle soluzioni software attualmente utilizzate, affinché risultino conformi ai requisiti tecnici, organizzativi e qualitativi previsti dal SIAP.

Nel periodo 2026-2028 dovrà pertanto essere sviluppato un percorso strutturato di SIAP Readiness nell'ambito dell'assistenza primaria, comprendente in particolare:

- la rilevazione sistematica delle soluzioni software utilizzate dai MMG e dai PLS;
- la mappatura delle fonti dati, dei campi informativi e delle tipologie di prestazioni rilevanti ai fini SIAP;
- il coordinamento con i fornitori dei software ambulatoriali utilizzati dai MMG e dai PLS;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- la verifica delle interfacce tra i software ambulatoriali, il portale dei MMG, il Sistema Tessera Sanitaria, il Fascicolo Sanitario Elettronico, il Patient Summary, ePDTA, Garsia, SisTer, Pohema e gli altri sistemi aziendali;
- la definizione delle responsabilità organizzative e tecniche in materia di gestione dei dati;
- l'individuazione delle procedure di validazione, controllo e correzione dei dati;
- l'esecuzione di trasmissioni di prova;
- l'attivazione graduale del flusso informativo SIAP in ambiente di produzione;
- l'utilizzo dei dati raccolti per il monitoraggio, la programmazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza primaria.

È fondamentale che il SIAP non venga considerato esclusivamente come un flusso amministrativo, bensì come uno strumento di governo per l'evoluzione dell'assistenza primaria. La disponibilità di dati strutturati dovrà consentire di analizzare e monitorare in modo trasparente le prestazioni erogate, i volumi di attività, le differenze territoriali, la continuità assistenziale, l'accessibilità ai servizi, i livelli di utilizzo e i bisogni di sviluppo dell'assistenza primaria.

L'implementazione del SIAP dovrà pertanto essere strettamente integrata con la riorganizzazione dell'assistenza primaria, con lo sviluppo delle AFT/UCCP, con la presenza dei medici nelle Case della Comunità, con l'attuazione dei PDTA, con l'assistenza domiciliare, la continuità assistenziale, la centrale operativa 116117, il COT e le piattaforme digitali aziendali. Solo attraverso tale integrazione il SIAP potrà contribuire in modo concreto al governo dell'assistenza territoriale di prossimità.

Per il monitoraggio dell'attuazione sono previsti i seguenti indicatori:

- numero di soluzioni software dei MMG e dei PLS collegate al SIAP;
- percentuale di MMG e PLS con flusso informativo SIAP attivo;
- numero di record SIAP trasmessi correttamente;
- percentuale di record errati o soggetti a correzione;
- tempo intercorrente tra l'erogazione della prestazione e la disponibilità del dato;
- numero di trasmissioni di prova effettuate;
- numero di interfacce attivate verso sistemi aziendali e nazionali;
- disponibilità dei dati SIAP per i report di monitoraggio dell'assistenza primaria;
- utilizzo dei dati SIAP nella programmazione annuale delle attività territoriali e nei piani distrettuali.

L'obiettivo è implementare, nel periodo 2026-2028, un flusso informativo SIAP stabile, affidabile e di elevata qualità per l'assistenza primaria, valorizzando i dati raccolti a supporto della programmazione, del governo, dello sviluppo della qualità e della valutazione dell'assistenza territoriale di prossimità.

2.20. Sviluppo professionale e gestione del cambiamento

L'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e le trasformazioni previste dal DM 77/2022 richiedono un profondo cambiamento culturale e organizzativo all'interno del sistema sanitario. In questo contesto, lo sviluppo professionale continuo e strutturato di tutte le figure coinvolte nell'assistenza territoriale e ospedaliera rappresenta un fattore strategico imprescindibile.

Investire nella formazione significa non solo aggiornare le competenze cliniche e organizzative, ma anche accompagnare il personale sanitario nella gestione del cambiamento, promuovendo una visione condivisa e integrata dell'assistenza.

Tra gli ambiti prioritari si evidenziano:

- la formazione per l'implementazione dei PDTA per patologie croniche ad alta prevalenza, come diabete di tipo 2, BPCO, scompenso cardiaco e artrite reumatoide. L'obiettivo è migliorare l'appropriatezza prescrittiva, il coordinamento multiprofessionale e l'integrazione tra i diversi setting assistenziali (ospedale e territorio).
- Lo sviluppo del ruolo dell'IFeC, attraverso la definizione del profilo professionale e percorsi formativi mirati alla presa in carico proattiva, alla valutazione multidimensionale e alla redazione del Progetto di Salute.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- l'attivazione delle UVM che richiede una formazione congiunta per MMG, infermieri e assistenti sociali, con l'obiettivo di favorire l'utilizzo di strumenti digitali e cartelle cliniche informatizzate condivise.
- la costituzione dei team di Comunità e il rafforzamento del Community Building che necessitano di percorsi formativi orientati alla collaborazione interistituzionale e multiprofessionale.
- l'ADI che richiede competenze specifiche nell'utilizzo del sistema informativo SisTer e nell'approccio personalizzato ai pazienti fragili e cronici.

L'attuazione di questi interventi formativi avviene attraverso piani annuali aziendali e comprensoriali, in collaborazione con enti formatori accreditati, e viene monitorata tramite indicatori di processo e di risultato. Tra questi, la percentuale di personale coinvolto nei percorsi formativi, il numero di professionisti abilitati alla gestione dei PDTA, il grado di attivazione delle UVM e delle Équipe della Prevenzione, e il livello di integrazione tra servizi sanitari e sociali.

3. IDENTIFICAZIONE DELLE AREE DI MIGLIORAMENTO

Nel corso degli anni, la PAB e l'ASDAA hanno promosso e realizzato numerose iniziative in ambito sanitario e sociale, contribuendo al raggiungimento di importanti obiettivi di salute pubblica. Tra i risultati più significativi si evidenziano:

- Attivazione delle strutture territoriali: è stato avviato il processo di organizzazione delle CdC, delle COT e degli OdC, in linea con gli standard nazionali e con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza di prossimità.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative: si è registrata un'estensione significativa dell'assistenza domiciliare integrata e dell'accesso alle cure palliative.
- Sviluppo dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità e dell'assistenza centrata sulla famiglia: è stata avviata l'implementazione che include ormai la maggioranza dei distretti sanitari e dei servizi di assistenza infermieristica domiciliare con una futura estensione all'ambito materno infantile e ulteriori sviluppi innovativi quali le visite proattive domiciliari per gli abitanti over 75enni.
- La progettualità legata al Community Building è stata avviata con l'obiettivo di valorizzare e coinvolgere attivamente tutte le risorse della comunità, attraverso forme diverse di partecipazione e il contributo di attori locali quali aziende sanitarie, comuni, professionisti, pazienti, caregiver, associazioni e organizzazioni del terzo settore.

Tuttavia, permangono alcune criticità e aree di miglioramento che richiedono attenzione strategica:

- Governance territoriale da rafforzare: come in molti altri contesti, anche in Alto Adige si è storicamente privilegiata l'assistenza ospedaliera. La mancanza di chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità, unita all'assenza di strumenti efficaci di pianificazione socio-sanitaria locale, ostacola il coordinamento degli interventi territoriali e la piena integrazione tra i servizi.
- Aumento dei fattori di rischio, della cronicità e della fragilità: l'invecchiamento della popolazione, insieme alla diffusione di stili di vita non salutari e a determinanti sociali sfavorevoli, ha determinato un incremento delle condizioni croniche e della fragilità. Ciò comporta una crescente domanda di cure continuative, personalizzate e integrate, con un impatto rilevante sulla sostenibilità del sistema.
- Disuguaglianze nell'accesso ai servizi: persistono differenze significative tra aree urbane e periferiche in termini di accessibilità, tempi di attesa, disponibilità di prestazioni specialistiche e prossimità delle strutture, con effetti negativi sulla continuità assistenziale.
- Disomogeneità territoriali nell'attuazione dell'assistenza di prossimità: l'implementazione delle nuove strutture e dei modelli organizzativi territoriali procede a velocità diverse nei vari distretti sanitari, generando disparità nell'offerta e nella qualità dei servizi.
- Rischio di frammentazione dei percorsi assistenziali e ritardi diagnostici: la crescente complessità dei bisogni assistenziali richiede un approccio integrato e multidisciplinare. Tuttavia, la frammentazione tra i diversi livelli di assistenza (ospedale, territorio, medicina generale, servizi sociali) e la scarsa interoperabilità dei sistemi informativi ostacolano la continuità e tempestività delle cure. La limitata diffusione della telemedicina e la carenza di formazione digitale del personale aggravano ulteriormente il problema.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Carenza di risorse tecnologiche e professionali: il sistema è sottoposto a una pressione crescente dovuta alla difficoltà di reperire personale sanitario qualificato e alla necessità di aggiornare le dotazioni tecnologiche per garantire diagnosi e trattamenti efficaci, nonché una gestione efficiente dei percorsi assistenziali.
- Digitalizzazione ancora parziale: gli standard previsti per la "digital health" risultano solo parzialmente implementati. La formazione degli operatori sanitari ed il coinvolgimento attivo dei pazienti nell'utilizzo delle tecnologie digitali sono ancora limitati, ostacolando il pieno potenziale di innovazione, efficienza e accessibilità. È necessario rafforzare le competenze digitali, promuovere l'adozione di strumenti interoperabili e facilitare l'integrazione dei dati clinici nei sistemi informativi sanitari.
- Telemedicina in fase di sviluppo differenziato: alcune aree della telemedicina sono già attive e funzionanti, come la teleconsulenza, che risulta essere la modalità più diffusa e consolidata. Altre aree, più complesse dal punto di vista organizzativo e tecnologico, sono invece in fase di elaborazione e sperimentazione. Tra queste, il telemonitoraggio e la teleriabilitazione stanno progressivamente prendendo forma attraverso progetti pilota e l'integrazione con i PDTA aziendali. Per ciascun percorso clinico si sta definendo un approccio, in linea con gli obiettivi del PNRR e gli standard del DM 77/2022.

4. OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI

Gli obiettivi strategici costituiscono le direttrici di medio periodo che guidano l'evoluzione del sistema sanitario territoriale. Essi definiscono le priorità di intervento, rispondono ai bisogni emergenti della popolazione e traducono le politiche sanitarie nazionali e locali in azioni concrete di sviluppo. In questo senso, rappresentano un riferimento fondamentale per garantire coerenza, equità e sostenibilità nel tempo.

Gli obiettivi operativi, strettamente collegati a quelli strategici, ne rappresentano la declinazione pratica e orientano l'organizzazione delle attività quotidiane, la distribuzione delle risorse, il monitoraggio dei risultati e il miglioramento continuo dei servizi.

Nel loro insieme, questi obiettivi costituiscono il nucleo della programmazione triennale, assicurando che l'assistenza territoriale sia in grado di rispondere in modo tempestivo, integrato e personalizzato ai bisogni di salute della popolazione, con particolare attenzione alle persone con cronicità, fragilità o vulnerabilità sociale.

4.1 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici del Piano delle attività territoriali 2026 – 2028 sono:

- Governance territoriale: rafforzamento della pianificazione socio-sanitaria locale, promozione dell'integrazione tra servizi e strutture, garanzia di prossimità, personalizzazione e sostenibilità degli interventi.
- Prevenzione della cronicità: potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare, anticipazione della presa in carico, continuità assistenziale, riduzione dell'ospedalizzazione.
- Equità di accesso: contrasto alle disuguaglianze territoriali, sviluppo della rete ospedale-territorio, integrazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, promozione dell'inclusività.
- Tutela delle fragilità: mitigazione dei rischi ambientali e sociali, attivazione di interventi di prevenzione, promozione della salute, rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria.
- Continuità dei percorsi di cura: superamento della frammentazione assistenziale, attivazione delle COT, implementazione dei PDTA, adozione di modelli multidisciplinari e multiprofessionali.
- Efficienza diagnostica: digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali, utilizzo della telemedicina, introduzione di strumenti di intelligenza artificiale, riduzione dei ritardi diagnostici.
- Valorizzazione del personale sanitario: prevenzione della carenza di professionisti qualificati, investimento nella formazione, riconoscimento delle competenze, rafforzamento del ruolo delle professioni sanitarie.

4.2 Obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi del piano delle attività territoriali 2026 – 2028 sono:

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- Rafforzamento della governance territoriale.
- Integrazione della prevenzione e promozione della salute definendo un modello di coordinamento della CdC con il DP.
- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale e della sanità di prossimità rendendo operativi ed integrati i nuovi modelli organizzativi (CO 116117, COT, CdC, OdC).
- Potenziamento dell'accesso ai servizi e della presa in carico globale della persona e della famiglia a livello territoriale.
- Miglioramento dell'assistenza alle persone affette da malattie croniche e fragilità.
- Rafforzamento dell'ADI.
- Potenziamento della rete delle cure palliative.
- Miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria.
- Garanzia di un sistema strutturato e continuo di sviluppo professionale per tutte le figure coinvolte nell'assistenza territoriale, in linea con le trasformazioni previste dal DM 77/2022 e dal PNRR – Missione 6 "Salute".
- Definizione e attuazione di un modello aziendale uniforme, adattabile alle specificità territoriali, per la presenza medica nelle Case della Comunità, con il coinvolgimento dell'assistenza primaria, delle AFT, delle UCCP, della continuità assistenziale e delle relative interfacce con il COT, la centrale operativa 116117, le UCA, il Pronto Soccorso e gli ambulatori specialistici.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

5. Interventi e Tempistiche

Area	2026	2027	2028
Governance dell'ambito territoriale	Rilevazione dei restanti distretti sanitari e definizione del piano per l'integrazione di tutti i distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel nuovo modello organizzativo delle attività territoriali entro il 30.06.2026 (*Direzione aziendale*). Aggiornamento del piano aziendale per le attività territoriali 2026–2028 entro il 31.10.2026 *(Direzione aziendale).* Definizione dei piani operativi annuali delle attività territoriali dei singoli comprensori sanitari per il 2027 entro il 31.12.2026 *(Direzioni di comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*	Aggiornamento del piano aziendale per le attività territoriali 2027–2029 entro il 31.12.2027 (Direzione aziendale). Definizione dei piani operativi annuali delle attività territoriali dei singoli comprensori sanitari per il 2028 entro il 31.12.2027 *(Direzioni di comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*	Aggiornamento del piano aziendale per le attività territoriali 2028-2030 entro il 31.12.2028 *(Direzione Aziendale).* Definizione dei piani operativi annuali delle attività territoriali dei singoli Comprensori Sanitari per l'anno 2029 entro il 31.12.2028 *(Direzioni dei Comprensori Bz, Bk, Bx, Me).*
Medicina di base e Assistenza domiciliare integrata	Attuazione graduale della cartella infermieristica domiciliare del paziente secondo il piano di progetto entro il 31.12.2026 *(distretti sanitari).* Incremento graduale dell'assistenza a pazienti di età ≥ 65 anni con almeno una visita domiciliare entro il 31.12.2026 *(distretti sanitari).* Definizione di misure per l'istituzionalizzazione dei rapporti con gli ospedali di riferimento, gli ospedali di comunità e gli ambulatori di assistenza medica / Case della Comunità entro il 30.06.2026 *(Direzione aziendale).* Attuazione graduale delle misure per l'istituzionalizzazione dei rapporti con gli ospedali di riferimento, gli ospedali di comunità e gli ambulatori di assistenza medica / Case della Comunità entro il 31.12.2026 *(Direzioni di comprensorio Bz, Bk, Bx, Me*)	Rivalutazione dei rapporti con gli ospedali di riferimento, i CdC, gli OdC e i MMG/PLS, definizione e attuazione di misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*	Rivalutazione dei rapporti con gli ospedali di riferimento, i CdC, gli OdC e i MMG/PLS, definizione e attuazione di misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*
Piano organico unico e nuova logica organizzativa delle cure primarie	Analisi dell'attuale assistenza medica a scelta e ad attività oraria; rilevazione degli effetti del piano organico unico sull'assistenza nei Comprensori sanitari e nei Distretti sanitari entro il 31.12.2026 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale).*	Attuazione di un modello aziendale unitario per l'integrazione dell'attività a scelta del medico con l'attività su base oraria, con particolare riferimento alle Case della Comunità, alla continuità assistenziale e ai programmi territoriali, entro il 31.12.2027 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale e Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me).*	Valutazione degli effetti sulla continuità assistenziale, sull'accessibilità, sulla copertura territoriale e sull'impiego delle risorse; adeguamento del modello sulla base dei risultati entro il 31.12.2028 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale e Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me).*
AFT – Aggregazioni funzionali territoriali	Avvio Mappatura aziendale di tutte le AFT esistenti, con rilevazione di bacino di utenza, composizione, referente, Casa della Comunità HUB o SPOKE di riferimento, collegamento funzionale alle UCCP o ad altre forme organizzative multiprofessionali, orari di apertura, ambiti di attività e interfacce con PDTA, assistenza domiciliare, UVM, COT, 116117, UCA, ambulatori specialistici e servizi sociali entro il 31.12.2026 (*Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me e Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale*). Predisposizione di una proposta di regolamento aziendale sul funzionamento e suo adeguamento standardizzato ai singoli AFT entro il 31.12.2026 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale).*	Attuazione del modello organizzativo delle AFT nei Comprensori sanitari; inserimento dei relativi regolamenti nei regolamenti di funzionamento delle Case della Comunità e nei piani comprensoriali; definizione e rafforzamento del modello del referente, delle modalità organizzative interne e delle interfacce vincolanti con UCCP, Case della Comunità, PDTA, assistenza domiciliare e COT entro il 31.12.2027 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale e Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me).*	Valutazione delle AFT sulla base di indicatori di struttura, processo ed esito; adeguamento delle assegnazioni, dei regolamenti e delle interfacce sulla base dei dati di monitoraggio; ulteriore sviluppo della collaborazione con i AFT specialistici e con le strutture specialistiche ambulatoriali entro il 31.12.2028 *(Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale e Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me).*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
UCCP e integrazione interprofessionale	Definizione del modello organizzativo di riferimento delle UCCP entro il 31.12.2026 (*Ufficio Cure primarie e assistenza territoriale*)	Definizione dei team multiprofessionali di base, definizione di processi assistenziali standardizzati, introduzione di riunioni periodiche per la discussione multidisciplinare dei casi, introduzione di processi strutturati di UVM/PAI nell'ambito delle UCCP, introduzione di modelli di case management e integrazione del teleconsulto e di strumenti digitali per il lavoro in team entro il 31.12.2027 *(Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me)*	Applicazione capillare di processi assistenziali standardizzati, valutazione delle UCCP sulla base di indicatori definiti a livello provinciale e adeguamento dell'organizzazione sulla base dei risultati della valutazione entro il 31.12.2028 *(Direzioni dei Comprensori sanitari Bz, Bk, Bx, Me)*
Case della Comunità e presenza medica	Definizione del regolamento di funzionamento delle singole Case della Comunità (CdC) di cui è prevista l´attivazione nel corso del 2026 (*Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME*). Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*. Definizione di un modello aziendale per la presenza medica nelle CdC HUB e SPOKE, con il coinvolgimento dei MMG/PLS, dei medici dell'organico unico della medicina territoriale e dei medici ad attività oraria; assegnazione delle AFT alle rispettive CdC; inserimento dei modelli concreti di presenza nei regolamenti di funzionamento delle singole CdC entro il 31.12.2026 *(Ufficio Cure primarie e attività territoriali)*. Definizione del fabbisogno di presenza medica per ciascuna CdC HUB e SPOKE entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Definizione del regolamento di funzionamento delle singole CdC che dovranno essere attivate nel corso del 2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bx, Me)*. Realizzazione/riorganizzazione e pianificazione delle CdC in conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022 per i servizi obbligatori e secondo i criteri di accreditamento stabiliti; attivazione delle CdC HUB di Egna e Merano (via Roma) e della CdC SPOKE di Vipiteno entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bx, Me)*. Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*. Attuazione e consolidamento dei modelli di presenza medica nelle CdC attivate; integrazione dell'attività medica nei PDTA, nella gestione delle piccole urgenze, nell'assistenza alle cronicità, nella prevenzione, nell'assistenza domiciliare, nelle UVM e nelle interfacce con la COT, il numero 116117 e i Pronto Soccorso entro il 31.12.2027 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Definizione del regolamento di funzionamento delle singole CdC che dovranno essere attivate nel corso del 2028 *(Direzioni di Comprensorio BZ e BK)*. Realizzazione/riorganizzazione e pianificazione delle CdC in conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022 per i servizi obbligatori e secondo i criteri di accreditamento stabiliti; attivazione della CdC SPOKE Badia–Piccolino e della CdC SPOKE Val Sarentino–Sarentino entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz e Bk)*. Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*. Valutazione dei modelli di presenza medica sulla base di indicatori di struttura, processo ed esito; adeguamento dei modelli di presenza in funzione dell'effettivo utilizzo dei servizi, dei bisogni assistenziali rilevati e degli impatti sugli accessi ai Pronto Soccorso entro il 31.12.2028 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.
Assistenza intermedia e Ospedali di Comunità (OdC)	Realizzazione/riorganizzazione e pianificazione degli OdC previsti dal PNRR, in conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022 e secondo i criteri di accreditamento stabiliti; attivazione dell'OdC di Bolzano presso l'Ospedale di Bolzano entro il 03.06.2026 e dell'OdC di Merano presso l'Ospedale di Merano entro il 30.05.2026 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano e Merano)*. Definizione del fabbisogno di presenza medica, ove prevista, per ciascun OdC entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Realizzazione/riorganizzazione e pianificazione degli OdC previsti dal PNRR, in conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022 e secondo i criteri di accreditamento stabiliti; attivazione dell'OdC di Merano entro il 31.12.2027 *(Direzione di Comprensorio di Merano)*. Monitoraggio della qualità dell'assistenza (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*. Attuazione e consolidamento dei modelli di presenza medica negli OdC attivati entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Realizzazione/riorganizzazione e pianificazione degli OdC previsti dal PNRR, in conformità alle disposizioni del Decreto Ministeriale 77/2022 e secondo i criteri di accreditamento stabiliti; attivazione dell'OdC Bolzano entro il 31.12.2028 *(Direzione di Comprensorio di Bolzano)*. Monitoraggio della qualità dell'assistenza (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*. Valutazione dei modelli di presenza medica sulla base di indicatori di struttura, processo ed esito; adeguamento dei modelli organizzativi entro il 31.12.2028 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
Sicurezza dell'assistenza e pianificazione del personale	Rilevazione annuale del fabbisogno per ciascun comprensorio sanitario, distretto e AFT, tenendo conto dei pensionamenti, delle situazioni di carenza, del carico assistenziale, delle aree periferiche e dei particolari bisogni di assistenza, entro il 31.12.2026 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.	Attuazione di misure mirate per garantire l'assistenza di medicina generale e pediatrica, inclusi il conferimento di incarichi a tempo determinato, il supporto ai distretti carenti e l'utilizzo degli strumenti contrattuali disponibili, entro il 31.12.2027 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.	Aggiornamento annuale dell'analisi del fabbisogno e adeguamento delle misure finalizzate a garantire una distribuzione uniforme dell'assistenza sul territorio entro il 31.12.2028 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.
Community Building	Avvio del progetto pilota con l'elaborazione del piano di intervento ed inizio dell'implementazione entro il 31.12.2026 *(Direzione aziendale e Direzione di Comprensorio Bz)*	Implementazione del piano di intervento e monitoraggio della collaborazione tra i servizi entro il 31.12.2027 *(Direzione aziendale e Direzione di Comprensorio Bz)*	Valutazione dell'implementazione del modello organizzativo e sua ulteriore estensione agli altri distretti sanitari entro il 31.12.2028 *(Direzione aziendale e Direzione di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*
Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)	Estensione dell'assistenza infermieristica centrata sulla famiglia secondo il piano operativo entro il 31/12/2026 *(distretti sanitari).* Estensione delle visite domiciliari proattive centrate sulla famiglia per cittadini di età ≥ 75 anni entro il 31/12/2026 *(distretti sanitari).* Avvio dell'attuazione dell'assistenza centrata sulla famiglia nell'ambito dell'ostetricia a livello ospedaliero e territoriale entro il 31/12/2026 *(Direzione tecnico-assistenziale e Direzioni tecnico-assistenziali di Bressanone e Brunico).*	Completamento dell'estensione dell'assistenza centrata sulla famiglia secondo il piano operativo entro il 31/12/2027 *(distretti sanitari).* Estensione delle visite domiciliari proattive centrate sulla famiglia per cittadini di età ≥ 75 anni entro il 31/12/2027 *(distretti sanitari).* Ulteriore attuazione dell'assistenza centrata sulla famiglia nell'ambito dell'ostetricia a livello ospedaliero e territoriale entro il 31/12/2027 *(Direzione tecnico-assistenziale e Direzioni tecnico-assistenziali di Bressanone e Brunico)*	Estensione delle visite domiciliari proattive centrate sulla famiglia per cittadini di età ≥ 75 anni entro il 31/12/2028 *(distretti sanitari).* Completamento dell'attuazione dell'assistenza centrata sulla famiglia nell'ambito dell'ostetricia a livello ospedaliero e territoriale entro il 31/12/2028 *(Direzione tecnico-assistenziale e Direzioni tecnico-assistenziali di Bressanone e Brunico).* Estensione dell'assistenza centrata sulla famiglia nell'ambito dell'ostetricia a livello ospedaliero e territoriale entro il 31/12/2028 *(Direzione tecnico-assistenziale e Direzione tecnico-assistenziale di Merano).*
Unità di continuità assistenziale (UCA)	Definizione delle modalità operative e del piano di implementazione delle UCA (Unità di Continuità Assistenziale) entro il 31.12.2026 *(Ufficio Cure Primarie e assistenza territoriale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Attivazione della UCA nel Comprensorio sanitario di Bolzano come progetto pilota entro il 30.06.2027 *(Direzione di Comprensorio Bz)*. Valutazione della fase pilota della UCA nel Comprensorio sanitario di Bolzano e pianificazione dell'attivazione negli altri Comprensori sanitari entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Attivazione della UCA nei Comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bk, Bx, Me)*. Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.
Assistenza primaria e assistenza non urgenti	Definizione di interfacce standardizzate tra MMG/PLS, CdC, Continuità Assistenziale, UCA, COT e 116117; analisi degli accessi ai Pronto Soccorso con particolare attenzione ai casi non urgenti e ai frequent users, entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Introduzione di meccanismi strutturati di invio e feedback tra Pronto Soccorso e assistenza primaria; avvio di progetti pilota di ambulatori per le piccole urgenze in Case della Comunità selezionate; coinvolgimento delle AFT nella governance e nel coordinamento dei percorsi assistenziali, entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Valutazione degli effetti sulle modalità di utilizzo dei Pronto Soccorso; estensione dei modelli risultati efficaci ad altri comprensori sanitari; integrazione dei dati raccolti nella pianificazione dell'assistenza territoriale di prossimità, entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*
Centrale operativa 116117 per l'assistenza medica non urgente	Avvio del progetto pilota della Centrale Operativa 116117 nell'ottobre 2026 nel Comprensorio sanitario di Bolzano *(Direzione di Comprensorio Bz)*.	Estensione delle funzioni della Centrale Operativa 116117 ai Comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico entro il 31.12.2027 *(Direzione di Comprensorio Bz in collaborazione con le altre Direzioni di Comprensorio)*.	Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.
Raccordi operativi con 116117, COT, UCA, Pronto Soccorso e ambulatori specialistici	Definizione dei raccordi operativi e dei protocolli di invio tra assistenza primaria, 116117, COT, UCA, Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Pronto Soccorso e ambulatori specialistici entro il 31.12.2026 *(Direzione aziendale, Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Sperimentazione dei processi dei raccordi operativi in comprensori sanitari e/o Case della Comunità selezionati; restituzione alle AFT dei dati relativi ai frequent users, alle piccole urgenze e alla gestione delle dimissioni entro il 31.12.2027 *(Direzione aziendale con i comprensori pilota)*.	Estensione dei processi standardizzati dei raccordi operativi a tutti i comprensori sanitari e definizione di misure di miglioramento sulla base dei dati raccolti attraverso il monitoraggio entro il 31.12.2028 *(Direzione aziendale, Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
Centrali operative territoriali (COT)	Avvio della collaborazione tra COT e i Pronto Soccorso dell'ospedale di Bolzano e Merano entro il 31.12.2026 *(COT e Pronto Soccorso BZ e Me).* Definizione delle modalità di collaborazione con la CO 116117 entro il 31.10.2026 *(COT e CO 116117).* Attivazione della gestione dei posti letto codice 56 e 60 entro il 30.09.2026 *(COT).*	Avvio della collaborazione tra COT e i Pronto Soccorso degli ospedali di Bressanone e Brunico entro il 31.12.2027 *(COT e Pronto Soccorso Bx e Bk).* Avvio della collaborazione tra COT e i Pronto Soccorso degli ospedali di Bolzano e Merano per la gestione dei posti letto OBI entro il 31.12.2027 (*COT e Pronto Soccorso BZ e ME).* Avvio della collaborazione tra COT e le Psichiatrie entro il 31.12.2027 *(COT e Psichiatria BZ, ME, BX, BR).* Attivazione della gestione dei posti letto intermedi della struttura in Val Sarentino entro il 31.12.2027 *(COT).* Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità dell'assistenza), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(COT).*	Avvio della collaborazione tra COT e i Pronto Soccorso degli ospedali di Bressanone e Brunico per la gestione dei posti letto OBI entro il 31.12.2028 *(COT e Pronto Soccorso Bx e Bk).* Monitoraggio della qualità delle prestazioni e dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità dell'assistenza), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(COT).*
Assistenza primaria, assistenza domiciliare, UVM e PAI	Attuazione delle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) nei Comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico entro il 31.12.2026 (*Direzioni di Comprensorio Bk, Bx, Me).* Analisi dei processi esistenti delle UVM e dei PAI (Piani Assistenziali Individualizzati); definizione del ruolo dei MMG e PLS nella valutazione multidimensionale; definizione di standard minimi aziendali per la collaborazione tra assistenza primaria, infermieristica di famiglia e di comunità, servizi sociali, assistenza domiciliare e UVM entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Completamento dell'attivazione delle UVM nel Comprensorio Bz entro il 30.06.2027 (*Direzione di Comprensorio Bz)* Standardizzazione del ruolo dei MMG e PLS nell'assistenza domiciliare, nelle UVM, nei PAI, nelle cure palliative e nell'identificazione proattiva delle persone fragili. Implementazione progressiva di modelli uniformi di collaborazione tra MMG/PLS, personale infermieristico, servizi sociali, COT (WONE), UCP-DOM e ambulatori specialistici in tutti i Comprensori sanitari. Monitoraggio della qualità dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento. Introduzione di modelli standardizzati per il coinvolgimento dei MMG e PLS nelle UVM e nei PAI; potenziamento delle riunioni multiprofessionali condivise per la discussione dei casi; integrazione nelle Case della Comunità e nelle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) entro il 31.12.2027 (*Direzione aziendale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me*).	Valutazione degli effetti sulla continuità assistenziale, sulla permanenza al domicilio, sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e sulla soddisfazione dei soggetti coinvolti. Monitoraggio della qualità dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 (*Direzione aziendale e Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me*).

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
Rete di cure palliative	Attivazione del Hospice di Cure Palliative con 12 posti letto a Laives entro il 31.12.2026 *(Direzione di Comprensorio di Bolzano)* Promozione della presa in carico dei pazienti in UCP-DOM secondo quanto previsto dal piano di potenziamento provinciale della rete di cure palliative (Hospice, DH, ambulatoriale e domiciliare) entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Attivazione di 5 posti letto di Cure Palliative a Bressanone entro il 30.06.2027 *(Direzione di Comprensorio Bx)* Preparazione dell'attivazione del Hospice di Cure Palliative Pediatriche a Tesimo entro il 31.12.2028 *(Direzione di Comprensorio Bz/Me)* Monitoraggio della qualità del servizio (tempestività e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Monitoraggio della qualità dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*
PDTA, coinvolgimento attivo del personale medico convenzionato e presa in carico proattiva delle persone con patologie croniche	PDTA BPCO Attivazione presso la CdC (Spoke) di Laives entro il 31.07.2026. Attivazione presso la CdC (Spoke) di San Candido entro la fine del 2026. Attivazione presso la CdC (Hub) di Brunico entro la fine del 2026. Attivazione presso la CdC (Hub) di Bressanone entro il 12.02.2026. PDTA Diabete mellito di tipo 2 Attivazione presso le CdC di Malles e Naturno entro il 01.06.2026. Attivazione presso la CdC (Spoke) di San Candido entro la fine del 2026. Attivazione presso la CdC (Hub) di Bressanone entro il 12.03.2026. Attivazione presso la CdC di Bolzano entro la fine del 2026. PDTA per le persone con scompenso cardiaco cronico Attivazione presso la CdC (Hub) di Brunico entro la fine del 2026 PDTA Osteoporosi Attivazione presso la CdC (Spoke) di Chiusa entro il 16.04.2026. Definizione del ruolo operativo dei MMG e PLS nei PDTA prioritari, in particolare per diabete mellito di tipo 2, BPCO, scompenso cardiaco e artrite reumatoide. Definizione dei criteri per identificazione, stratificazione, arruolamento, follow-up, prenotazione, empowerment del paziente e gestione delle interfacce assistenziali entro il 31.12.2026 *(Direzione aziendale, Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.	PDTA BPCO Attivazione presso la CdC di Merano entro il 31.12.2027. PDTA Diabete mellito di tipo 2 Attivazione presso la CdC (Hub) di Brunico entro il 31.03.2027. Attivazione presso la CdC di Merano entro il 31.12.2027. PDTA per le persone con scompenso cardiaco cronico Attivazione presso le CdC di Merano, Malles e Naturno entro il 31.12.2027. Attivazione presso la CdC di Bolzano entro il 31.12.2027. Attivazione presso la CdC (Spoke) di San Candido entro il 31.12.2027. Attivazione presso la CdC di Bressanone entro il 31.12.2027. Attuazione del ruolo dei MMG e PLS nei PDTA prioritari mediante arruolamento digitale, intervalli di follow-up definiti, slot riservati alle prestazioni dei PDTA e collaborazione strutturata con CdC, UCCP, ambulatori specialistici, COT, assistenza domiciliare e UVM. Estensione del modello ad ulteriori PDTA, in particolare per morbo di Parkinson e demenza, entro il 31.12.2027 (Direzione aziendale, Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME).	Attivazione del PDTA integrato per le persone con artrite reumatoide tra ambito ospedaliero e CdC su tutto il territorio provinciale entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano, Brunico, Bressanone e Merano)*. Attivazione del PDTA integrato per le persone con demenza tra ambito ospedaliero e CdC su tutto il territorio provinciale entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano, Brunico, Bressanone e Merano)*. Attivazione del PDTA integrato per le persone dopo infarto miocardico tra ambito ospedaliero e CdC su tutto il territorio provinciale entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano, Brunico, Bressanone e Merano)*. Completamento dell'introduzione capillare dei PDTA per le persone con BPCO, diabete mellito di tipo 2, scompenso cardiaco e artrite reumatoide entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano, Brunico, Bressanone e Merano)*. Monitoraggio della qualità dei servizi (tempestività e appropriatezza dell'assistenza, sicurezza del paziente, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio di Bolzano, Brunico, Bressanone e Merano)*. Valutazione dell'attuazione dei PDTA con il coinvolgimento di MMG e PLS, sulla base di indicatori di struttura, processo ed esito; adeguamento dei percorsi, delle modalità di raccordo e dei sistemi di prenotazione sulla base dei dati di monitoraggio entro il 31.12.2028 *(Direzione aziendale e Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.
Integrazione socio-sanitaria	Progetto pilota per la collaborazione tra COT e il SUAC della città di Bolzano ed estensione ad altri distretti sanitari del Comprensorio sanitario di Bolzano entro il 31/12/2026 *(Direzione di comprensorio Bz).* Attivazione della fase pilota del Progetto di Vita nel periodo dal 01.09.2026 al 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.	Estensione graduale della collaborazione tra COT e SUAC negli altri distretti sanitari dell'ASDAA entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)* Istituzionalizzazione del Progetto di Vita a decorrere dal 01.01.2027 *(Direzioni di Comprensorio BZ, BK, BX, ME)*.	Monitoraggio della qualità del servizio (tempestività e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
Consultori familiari	Ridefinizione della governance aziendale dei consultori familiari entro il 30.11.2026 *(Direzione aziendale)* Definizione del modello per l'attuazione della riorganizzazione dei consultori familiari ai sensi della DGP n. 419/2024 e pianificazione dell'istituzione di HUB e SPOKE in ciascun Comprensorio sanitario entro il 30.11.2026 (*Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).* Definizione dell'accesso unico ai servizi e definizione degli standard operativi e del fabbisogno e dell'offerta assistenziale entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*	Attuazione della riorganizzazione dei consultori familiari ai sensi della DGP n. 419/2024, con l'istituzione di HUB e SPOKE in ciascun Comprensorio sanitario. Definizione degli indicatori di governance e di performance e delle modalità di coordinamento. Attivazione dell'accesso unico entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)* Avvio dell'alimentazione del flusso informativo ministeriale SICOF per i consultori pubblici entro il 31.12.2027 *(Distretti sanitari)*.	Completamento della riorganizzazione e attivazione dei servizi presso le strutture HUB e SPOKE. Monitoraggio della qualità dei servizi sulla base degli indicatori di performance e governance definiti. Monitoraggio della qualità dei servizi (affidabilità e appropriatezza, sicurezza, coordinamento e collaborazione, continuità assistenziale), individuazione dei punti di forza e di debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me).*
Prevenzione in ambito sanitario	Attivazione di un'equipe della prevenzione per ogni Comprensorio composta da almeno un medico e una/un infermiera/e incaricata/o di favorire la programmazione e l'attivazione di interventi di prevenzione nel contesto territoriale a partire dallo stretto raccordo con le azioni e interventi previsti dal Piano provinciale della Prevenzione entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me con il Dipartimento di Prevenzione)*	Monitoraggio della qualità del servizio, individuazione dei punti di forza e debolezza e definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me con il Dipartimento di Prevenzione)*	Monitoraggio della qualità del servizio, individuazione dei punti di forza e debolezza e definizione di evt. misure di miglioramento entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me con il Dipartimento di Prevenzione)*
Telemedicina	Raggiungimento degli obiettivi del PNRR e attuazione del modello organizzativo aziendale e del Piano strategico della telemedicina 2026-2028; sviluppo della piattaforma Pohema, messa in esercizio delle dotazioni tecnologiche previste e progressiva standardizzazione dei processi assistenziali di telemedicina entro il 31.12.2026 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Estensione e consolidamento dei modelli di assistenza in telemedicina, in particolare nella presa in carico delle persone con patologie croniche e fragilità e nell'ambito dei PDTA; ulteriore sviluppo dell'integrazione con i sistemi informativi aziendali e introduzione di un sistema strutturato di monitoraggio della performance e della qualità. Verifica dell'affidabilità e appropriatezza, della sicurezza, del coordinamento, della collaborazione e della continuità assistenziale, nonché definizione di eventuali misure di miglioramento entro il 31.12.2027 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.	Consolidamento dei processi assistenziali di telemedicina e del sistema di governance e monitoraggio; ulteriore integrazione di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza nell'assistenza territoriale di prossimità; valutazione della qualità dei servizi e dei risultati conseguiti, nonché definizione di eventuali misure di miglioramento ritenute necessarie entro il 31.12.2028 *(Direzioni di Comprensorio Bz, Bk, Bx, Me)*.
Sistemi informativi e flussi ministeriali	Analisi degli sviluppi, configurazioni e integrazioni necessarie per il modulo software SisTer dedicato alla Salute mentale entro il 31.12.2026. Implementazione dei flussi SIOC e SIAP secondo le indicazioni del Ministero entro il 31.12.2026. Implementazione dei PDTA BPCO e Diabete all'interno dei software aziendali dedicati entro il 31.12.2026. Sviluppo delle integrazioni previste dal finanziamento PNRR all'interno di Pohema entro il 31.12.2026.	Implementazione degli sviluppi, configurazioni e integrazioni necessarie per il modulo software SisTer dedicato alla Salute mentale e avvio nei comprensori di Bolzano e Merano entro il 31.12.2027. Avvio dell'utilizzo del software Fenix nell'ambito dei consultori pubblici per la rendicontazione delle prestazioni entro il 31.12.2027. Predisposizione del progetto del nuovo sistema informativo a supporto degli screening oncologico in base al Piano Provinciale della Prevenzione 2027-2031 entro il 31.12.2027. Implementazione di ulteriori PDTA all'interno dei software aziendali dedicati entro il 31.12.2027. Attivazione di progetti di telemonitoraggio, teleassistenza e teleconsulto nell'ambito di Pohema entro il 31.12.2027. Attivazione del software dedicato per la gestione del flusso FAR al Centro Lungodegenti Firmian entro il 31.12.2027.	Avvio del modulo software SisTer dedicato alla Salute mentale nei comprensori di Bressanone e Brunico entro il 30.06.2028. Diffusione dell'utilizzo del software Fenix nell'ambito dei consultori pubblici per la rendicontazione delle prestazioni entro il 31.12.2028. Approvazione e avvio del progetto del nuovo sistema informativo a supporto degli screening oncologico in base al Piano Provinciale della Prevenzione 2027-2031 entro il 31.12.2028. Gestione dei PDTA implementati all'interno della piattaforma aziendale Garsia PDS entro il 31.12.2028. Attivazione di ulteriori progetti di telemonitoraggio, teleassistenza e teleconsulto nell'ambito di Pohema entro il 31.12.2028. Esecuzione di trasmissioni di prova e progressiva attivazione operativa del flusso informativo SIAP. Introduzione di processi di validazione, controllo e correzione dei dati, nonché supporto ai MMG e PLS per il corretto utilizzo degli strumenti digitali e dei flussi informativi.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	2026	2027	2028
		Integrazione nel Portale MMG delle funzioni: Gestione sostituzioni, registrazione prestazioni aggiuntive, Garsia COT, Pohema, SisTer entro il 31.12.2027. Preparazione all´attivazione del flusso informativo SIAP nell´ambito dell´assistenza primaria mediante la rilevazione delle soluzioni software utilizzate dai MMG e PLS, la mappatura delle fonti e dei campi dati rilevanti, il coordinamento con i fornitori dei software, la definizione delle responsabilità relative ai dati e l´analisi delle interfacce con il Portale MMG, il Sistema TS, l´EGA, il Patient Summary, gli ePDTA, Garsia, SisTer, Pohema e gli ulteriori sistemi informativi aziendali.	

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

6. Monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano

Per poter verificare l'efficacia e l'avanzamento degli interventi del presente Piano aziendale dell'attività territoriale 2026 – 2028 bisogna definire le modalità di monitoraggio.

Il monitoraggio del presente piano è strettamente legato anche al monitoraggio dell'attuazione del PNRR o meglio del DM 77/2022 per il quale è prevista una valutazione semestrale degli standard per l'assistenza territoriale attraverso un questionario informatizzato rivolto alla PAB / ASDAA.

Nel monitoraggio e nella valutazione dell'implementazione del piano di attività sono da considerare i seguenti indicatori:

Area	Indicatori di monitoraggio
Governance dell'ambito territoriale	Presenza del Piano aziendale dell'attività territoriale aggiornato ogni anno entro il 31 ottobre Presenza dei piani annuali di attività territoriale dei singoli comprensori sanitari entro il 31 dicembre di ogni anno 2026: presenza del piano di integrazione di tutti i distretti sanitari dell'ASDAA nel nuovo modello organizzativo dell'attività territoriale
Medicina di base e Assistenza domiciliare integrata	Numero di pazienti in AD di livello base Numero di pazienti in AD di I. livello Numero di pazienti in AD di II. livello Numero di pazienti in AD di III. Livello Numero di pazienti in UCP-DOM Numero di pazienti in ARD % di pazienti over 65enni in assistenza domiciliare (ADI, ADP, AID, AD-RES) Numero accessi dei pazienti in ADI al PS Numero ricoveri ospedalieri per pazienti in ADI
Case della Comunità (CdC)	Numero di Case della Comunità attivate Numero di visite MMG/PLS effettuate Numero di visite specialistiche effettuate Numero di prelievi effettuati Numero di pazienti seguiti in collaborazione con il SUAC
Community building	2026: Avvio e attuazione operativa e condivisa del piano di intervento 2027: Raccolta ed analisi dei risultati della valutazione del progetto con definizione del modello organizzativo da estendere anche negli altri comprensori/distretti sanitari

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	Indicatori di monitoraggio
Infermieristica di famiglia e di comunità	Numero di distretti sanitari che hanno implementato l'infermieristica centrati sulla famiglia Numero di distretti sanitari che hanno implementato gli accessi domiciliari proattivi centrate sulla famiglia per i cittadini over 75enni Numero di cittadini over 75enni con almeno un accesso domiciliare proattivo centrato sulla famiglia Numero di reparti e distretti sanitari che hanno implementato l'infermieristica centrata sulla famiglia nell'ambito materno-infantile
Unità di continuità assistenziale (UCA)	Numero di UCA attivate nei comprensori seguendo gli standard assistenziali Numero di pazienti assistiti dalle UCA
Centrale operativa 116117	Numero chiamate ricevute Numero di chiamate risolte senza trasferimento (totale e per 100.000 abitanti) Numero chiamate trasferite alla Continuità assistenziale (totale e per 100.000 abitanti) Numero di attivazioni verso servizi territoriali (SUAC, COT, MMG/PLS) (totale e per 100.000 abitanti) Numero chiamate trasferite al 118 (totale e per 100.000 abitanti) Tempi di risposta / attesa media in secondi dal primo squillo Durata media della chiamata Vedasi ulteriori indicatori nel progetto di attivazione della CO 116117
Centrali operative territoriali (COT)	Numero di COT attive Numero segnalazioni pervenute alla COT Numero segnalazioni COT oltre le 72 ore dal ricovero Numero dimissioni al domicilio senza segnalazione/attivazione COT; Numero giornate di presa in carico della segnalazione/attivazione da parte della COT Numero di attivazioni telefoniche COT Numero richieste per cure intermedi pervenute alla COT Numero giornate di attesa per posto letto in cure intermedie Identificazione dei maggiori bisogni espressi tramite attivazione della COT per supporto informativo/logistico Identificazione dei servizi attivati da COT a seguito dell'attivazione della COT per supporto informativo/logistico

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	Indicatori di monitoraggio
Cure intermedie e Ospedali di Comunità (OdC)	Numero di OdC attivi Numero di posti letto di cure intermedie attivi Tasso di occupazione dei posti letto attivi Tasso di ricovero della popolazione >75 anni Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC Tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni Degenza media in OdC Degenza oltre le 6 settimane (o numero di outlier) Numero pazienti provenienti dal domicilio Numero pazienti provenienti da ospedali
Percorsi integrati e coordinati	Numero di PDTA per persone affette da malattie croniche attivi Numero di percorsi attivi per persone in condizioni di fragilità Numero pazienti assistiti per PDTA nelle CdC (totale e per 100.000 abitanti) Numero accessi pazienti cronici al PS Numero pazienti cronici con ricovero ospedaliero
Unità di valutazione multidimensionale (UVM)	Numero di distretti sanitari con UVM attiva Numero di pazienti valutati dall'UVM
Consultori familiari (CF)	Numero di consultori HUB e SPOKE attivi Numero di pazienti assistiti nei consultori
Rete delle cure palliative	Piano di potenziamento delle cure palliative Numero di posti letto in hospice (adulti/ bambini) attivi Tasso di occupazione dei posti letto attivi Numero di pazienti presi in carico a livello domiciliare (UCP-DOM) Presenza di Hospice, DH, ambulatori e unità di cure palliative domiciliare in tutti i comprensori
Prevenzione in ambito sanitario	Numero di equipe della prevenzione attivi Numero di misure di prevenzione eseguite e cittadini coinvolti
Telemedicina	Numero pazienti assistiti in telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, teleriabilitazione, telemonitoraggio)
Sistemi informativi e flussi ministeriali	Numero di flussi attivi Qualità dei flussi attivi
Sviluppo professionale e gestione del cambiamento	Percentuale di personale coinvolto in percorsi formativi specifici Numero di professionisti abilitati alla gestione dei PDTA Grado di attivazione delle UVM e delle Équipe della Prevenzione Livello di integrazione tra servizi sanitari e sociali

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	Indicatori di monitoraggio
Assistenza primaria, cure non urgenti e gestione degli accessi	Numero di accessi non urgenti al Pronto Soccorso (codici bianchi/verdi); Numero di prese in carico da parte delle CdC; Numero di casi indirizzati tramite il servizio 116117; Numero di pazienti assistiti dalle UCA; Numero di frequent users identificati; Numero di frequent users con piano assistenziale attivato; Numero di dimissioni/trasferimenti dal Pronto Soccorso all'assistenza primaria; Numero di passaggi assistenziali coordinati dalla COT; Andamento dei reaccessi al Pronto Soccorso entro 30 giorni.
Assistenza domiciliare, UVM e PAI	Numero di UVM con partecipazione di MMG/PLS; Numero di PAI (Piani Assistenziali Individualizzati) elaborati; Numero di pazienti complessi con progetto assistenziale integrato; Numero di percorsi di assistenza domiciliare attivati dai MMG/PLS; Numero di pazienti in ADI e ADP; Numero di pazienti fragili presi in carico; Numero di riunioni multiprofessionali congiunte per la discussione dei casi; Tasso di ospedalizzazione dei pazienti con PAI; Accessi al Pronto Soccorso dei pazienti con PAI; Percentuale di pazienti che hanno potuto permanere al proprio domicilio; Coinvolgimento dell'infermieristica di famiglia e di comunità nei progetti assistenziali integrati.
Reclutamento del personale e sicurezza dell'assistenza	Numero di MMG e PLS per Comprensorio sanitario; Rapporto abitanti/MMG; Numero di sedi di assistenza primaria vacanti; Numero di aree carenti rilevate; Età media dei MMG e PLS; Numero di pensionamenti previsti nei successivi cinque anni; Numero di incarichi temporanei o provvisori; Numero di progetti APP e/o di ricambio generazionale attivati; Tempo medio di copertura delle sedi vacanti di assistenza primaria; Copertura assistenziale nelle aree periferiche; Numero di ambulatori supportati nelle aree carenti; Copertura assistenziale nelle vallate periferiche; Rapporto abitanti/MMG per ciascun Comprensorio sanitario;

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Area	Indicatori di monitoraggio
	Intervallo di tempo tra la vacanza e la nuova assegnazione delle sedi di assistenza primaria.
UCCP e assistenza multiprofessionale	**Indicatori di struttura** • Numero di UCCP attivate; • Numero di UCCP dotate di team multiprofessionale di base. **Indicatori di processo** • Numero di conferenze multidisciplinari sui casi; • Numero di UVM; • Numero di PAI; • Numero di pazienti con case management; • Numero di teleconsulti. **Indicatori di risultato** • Numero di pazienti fragili presi in carico; • PREMs (Patient Reported Experience Measures); • PROMs (Patient Reported Outcome Measures); • Numero di ricoveri ospedalieri evitabili; • Numero di accessi non urgenti al Pronto Soccorso.

Per la valutazione degli indicatori, il Controllo di Gestione dovrà sviluppare una dashboard, integrandola progressivamente con i dati disponibili e aggiornandola man mano che nuove informazioni saranno accessibili.

La valutazione degli indicatori viene effettuata con cadenza semestrale dalla Direzione aziendale e dai Direttori di Comprensorio, in collaborazione con il controllo della gestione e i responsabili dei servizi coinvolti nel nuovo modello organizzativo territoriale.

Tale valutazione rappresenta la base per determinare il grado di attuazione del piano e delle attività territoriali, nonché per identificare eventuali misure di miglioramento da adottare in termini di:

- qualità e sicurezza nell'erogazione dei servizi,
- impatto sui pazienti, sulle famiglie e sulla popolazione afferente,
- effetti economici.

Con la definizione e l'attuazione del presente PAT, per la prima volta vengono integrate in un unico documento tutte le informazioni e le misure relative all'attuazione del PNRR e alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Questo approccio consente di gettare le basi per una programmazione futura dei servizi e dell'offerta assistenziale territoriale, promuovendo al contempo l'integrazione con l'ambito ospedaliero, il settore sociale e il mondo del volontariato.

Per rispondere in modo tempestivo ai bisogni della popolazione e tenere il passo con l'evoluzione continua del settore sanitario, il piano triennale viene aggiornato annualmente dalla Direzione aziendale, estendendo ogni volta l'orizzonte di programmazione di un ulteriore anno.

Il presente PAT aziendale ha validità per il triennio 2026–2028, viene aggiornato ogni anno e approvato dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige entro il 31 ottobre. Il documento definisce le linee di indirizzo, gli obiettivi aziendali e le priorità strategiche per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

I Piani Operativi Comprensoriali annuali, redatti entro il 31 dicembre di ogni anno dalle Direttrici e dai Direttori di Comprensorio con il supporto dei rispettivi Comitati, descrivono — sulla base della mappatura

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti — le attività previste per la riorganizzazione dei servizi e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi nei singoli territori per l'anno successivo. I piani si basano sul Piano Aziendale Triennale (PAT), sulle linee guida provinciali e nazionali, e tengono conto delle risorse disponibili.

Una volta elaborati, dovranno essere formalizzati entro il 31 dicembre tramite determina comprensoriale e trasmessi alla Direzione Generale e alla Ripartizione Prestazioni Sanitarie e Assistenza Territoriale.

La prossima revisione del Piano aziendale dell'attività territoriale è prevista entro il 31 ottobre 2027.

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Bibliografia

PNRR Missione 6

Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

Decreto Legge n. 158 del 13/09/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (12G0180) – detto Decreto Legge "Balduzzi"

Decreto Ministeriale n. 77 del 23/05/2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 285 del 26/04/2022: Approvazione dell'intesa contenente lo schema di Decreto riguardante il "Contratto istituzionale di Sviluppo" (CIS), dell'allegato POR e i relativi finanziamenti e allegati ai sensi del PNRR Missione 6 "Salute"

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 438 del 21/06/2022: Piano delle cure intermedie 2022-2026 e modifica alla deliberazione n. 1098/2021

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 600 del 30/08/2022: PNRR Missione 6 "Salute" Componenti 1 e 2. Delega di attività all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e al Comune di Appiano sulla Strada del Vino (ex art. 5, c. 2 del Contratto istituzionale di Sviluppo/CIS)

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 855 del 22/11/2022: Approvazione dei programmi planivolumetrici e delle stime di costi per le opere "PNRR"

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 907 del 06/12/2022: Assistenza sanitaria territoriale - Recepimento del DM 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

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 366 del 14/05/2024: Approvazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per: scompenso cardiaco, diabete mellito tipo 2, BPCO e artrite reumatoide

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 133 del 18/02/2025: Aggiornamento del Nomenclatore tariffario provinciale e del sistema di finanziamento dei Consultori familiari

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 419 del 28/05/2024: Linee Guida per la riorganizzazione dei Consultori Familiari in Provincia Autonoma di Bolzano

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 712 del 27/08/2024: Linee di indirizzo per la definizione del Piano delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 66 del 28/01/2025: Piano provinciale di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2025.

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 67 del 28/01/2025: Linee Guida dell'assistenza domiciliare e dell'unità di valutazione multidimensionale

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 413 del 10/06/2025: Linee di indirizzo sul funzionamento delle nuove strutture PNRR e istruzioni per l'implementazione del modello organizzativo della nuova assistenza territoriale ai sensi della DGP n. 907/2022

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1128 del 19/12/2025: Atto di programmazione per la determinazione del fabbisogno sanitario e sociosanitario per il periodo 2026-2028

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Der Beschlussentwurf wurde von		La proposta di Deliberazione è stata redatta da
ausgearbeitet	DEJACO STEFAN	
Der/die Verfahrensverantwortliche		Il/la responsabile del procedimento
bescheinigt und gewährleistet die technische, buchhalterische und verwaltungstechnische Richtigkeit sowie die Rechtmäßigkeit des vorliegenden Beschlussentwurfs	DEJACO STEFAN	attesta e garantisce la regolarità tecnica, contabile e la legittimità della proposta di Deliberazione

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 betreffend 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/die Amtsdirektor/in		Il/la Direttore/trice d'Ufficio
	DEJACO STEFAN	
am		in data
	29/10/2026	
hat die fachliche Ordnungsmäßigkeit mittels eines Sichtvermerkes bestätigt		ha emesso il visto di regolarità tecnica
Der/die Abteilungsdirektor/in		Il/la Direttore/trice di Ripartizione
	PECHLANER IRENE	
am		in data
	29/10/2026	
hat die Rechtmäßigkeit mit einem Sichtvermerk bestätigt		ha emesso il visto di legittimità

Digital unterschriebenes und gemäß den Gesetzesbestimmungen verwahrtes Dokument - Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge