

**Progetto Su.Te.Ca. 14/20**  
**Supporto Tecnico alla Regione Calabria**  
**per l'avvio della programmazione 2014-2020**

**Strategia Nazionale Aree Interne**  
**Area Pilota Grecanica**  
**SCHEDA FOCUS SANITA' E SALUTE**

Scheda Tecnica

SANITA' E SALUTE

L'obiettivo del focus è quello di affrontare il tema della Sanità nella sua accezione di Salute e Benessere, al fine di individuare azioni che possano contribuire alla costruzione della strategia dell'area interna Grecanica. Il tema andrà discusso sia per quanto riguarda il "servizio sanitario", sia per quanto riguarda il contributo che il sistema del welfare può dare allo "sviluppo" dell'area. In tal senso sarà opportuno tener presente durante la discussione le connessioni forti tra sanità ed i temi della mobilità, potenziali motori dello sviluppo dell'area.

**LE CONDIZIONI INIZIALI**

Si tratta di un'area composta da 11 Comuni (Bagaladi, Bova, Bruzzano Zeffirio, Cardeto, Ferruzzano, Montebello Ionico, Palizzi, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo, Staiti) tutti situati in provincia di Reggio Calabria, la maggioranza dei quali sono classificati come periferici, tranne i Comuni di Bova, Roccaforte del Greco e Roghudi che sono classificati come ultra periferici.

In riferimento alle strutture sanitarie, nell'Area pilota Grecanica è presente un istituto ospedaliero pubblico (Ospedale Tiberio Evoli di Melito di Porto Salvo). L'ospedale hub per l'Area è il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria.

Dal punto di vista normativo, la Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24 e sue ss.mm.ii. detta le norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Nel 2007 sono state rimodulate Aziende Sanitarie, passando da 11 a 5 Aziende Provinciali. L'ASP competente per l'Area Pilota Grecanica è quella di Reggio Calabria. Fanno riferimento all'ASP di Reggio Calabria i seguenti servizi territoriali presenti nell'area:

- Struttura polispecialistica Cardeto
- Struttura polispecialistica Saline Joniche
- Struttura polispecialistica Melito Porto Salvo
- Struttura polispecialistica Chorio di San Lorenzo

Per buona parte, i comuni dell'area pilota appartengono al Distretto Socio Sanitario n. 4 con capofila il Comune di Melito Porto Salvo (cui appartengono i comuni di Bagaladi, Bova, Bova Marina, Condofuri, Montebello Jonico, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo). Appartengono ad altri distretti socio sanitari i comuni di Bruzzano Zeffirio, Ferruzzano, Palizzi, Staiti (Distretto socio sanitario della Locride) e Cardeto (Distretto Reggio Sud).

Dal 2009 la Regione Calabria è soggetta al piano di rientro approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16.12.2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla Regione Calabria con Delibera di Giunta Regionale n.585 del 10.09.2009 e Delibera di Giunta Regionale n.752 del 18.11.2009.

Con D.G.R. n. 210 del 22.06.2015 è stata adottata la ridefinizione degli ambiti territoriali intercomunali e riorganizzazione del sistema dell'offerta per la gestione dei Servizi Socio-assistenziali, che individua gli Ambiti territoriali ottimali per la gestione degli interventi e dei servizi sociali e definisce il sistema dei servizi ammessi a retta attualmente presenti in ciascun ambito.

Come da iscrizione presso "Albo regionale degli Enti, Fondazioni, Istituzioni, Soggetti Pubblici e Privati che gestiscono strutture ed attività socio assistenziali, già autorizzate al funzionamento, a norma dell'art. 26 della Legge regionale 05/12/03 n° 23", si rileva la presenza sul territorio delle seguenti tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate definitivamente alla data del 29.06.2015.

Comune	Tipologia struttura	Utenza	Capacità ricettiva	
			Residenziale	Semiresid.

<b>Comune di Melito P.S. (area strategica)</b>	Centro di riabilitazione intensiva	Autismo	10	
	RSA	Anziani	40	
	RSA medicalizzata	Anziani	20	
	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliera		20	10
	Servizi privati di assistenza per le tossicodipendenze	persone dipendenti da sostanze d'abuso		15
<b>Montebello J.</b>	Residenza Psichiatrica (Gruppo convivenza)	Disabili	6	
<b>Bruzzano Z.</b>	RSA	Anziani	20	
	RSA medicalizzata	Anziani	20	
	RSA	Disabili	20	
	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliera		20	

Le principali criticità, per come esposto nella Bozza di Strategia, attengono a:

- **carezza di servizi** sul territorio e difficoltà nel raggiungere i centri in cui i servizi mancanti vengono erogati, in particolare per le persone con limitata autonomia;
- un **tasso di ospedalizzazione evitabile** è superiore alla media regionale nelle aree interne e a quella nazionale.
- **un'inesistente presa in carico di over 65 in ADI**;
- **valore target emergenza/urgenza critico** (oltre 43 minuti), soprattutto per i centri più interni, crea condizioni di allarme.

3

## LO SCENARIO DESIDERATO

- Nuove forme per la presa in carico del paziente cronico, l'assistenza sanitaria e l'integrazione sociosanitaria nonché l'umanizzazione delle cure;
- Iniziative volte ad aumentare sempre più la continuità ospedale-territorio, la riduzione dei ricoveri inappropriati e il maggior ricorso ai servizi territoriali;
- Iniziative volte al miglioramento della rete dell'emergenza urgenza.

I risultati attesi sono:

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili;
- Riduzione dell'indicatore allarme target;
- Aumento del numero di persone che possono beneficiare dei centri diurni e dell'assistenza domiciliare;
- Maggiore sinergia operativa tra strutture sanitarie, terzo settore e volontariato.

## LE DIRETTRICI DI AZIONE

Per avviare un percorso utile alla definizione della strategia dell'area si sono individuate le seguenti direttrici di azione:

- Potenziare il servizio di emergenza-urgenza con riduzione del tempo di intervento attraverso il potenziamento del servizio di pronto intervento;

- Sviluppare e qualificare la rete infrastrutturale e l'offerta di servizi sanitari (anche di primo soccorso ospedaliero) socio-sanitari e assistenziali territoriali;
- Rafforzamento dell'economia sociale a sostegno dello sviluppo della rete dei servizi e dell'inserimento e reinserimento lavorativo;
- Sviluppo dei servizi di comunità e della medicina d'iniziativa per la presa in carico della cronicità;
- Sviluppo di forme associative di medici generali, pediatri, professionisti e operatori sanitari per l'erogazione delle cure primarie;
- Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare per la popolazione anziana e per le persone con ridotta autonomia funzionale;
- Servizi territoriali orientati ai fabbisogni specifici delle fasce deboli (minori, stranieri, diversamente abili);
- sviluppo di forme associate di investimento e gestione per la realizzazione di interventi volti all'ampliamento o all'attivazione di servizi di cura e presa in carico socio- assistenziale;
- potenziamento della dotazione tecnologica sia in termini di diagnosi (telemedicina) che di collegamenti telematici.

## LE QUESTIONI APERTE

I punti di attenzione che sembrerebbero caratterizzare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) nelle area interna in questione sono:

- **La riorganizzazione sanitaria**

Il processo di riorganizzazione ha comportato la ridefinizione della rete sanitaria territoriale regionale. Adesso, al fine di assicurare i servizi essenziali alla popolazione delle aree interne e contrastare il fenomeno del costante spopolamento, risulta essenziale sviluppare la rete territoriale dei servizi, a partire dai centri diurni e dall'assistenza domiciliare. In questo scenario le domande aperte sono:

- Qual è il modello di sanità territoriale più funzionale alle esigenze dell'Area pilota Grecanica? Quali sono gli elementi da potenziare/integrare?
- Qual è l'organizzazione delle forme associative e dei relativi bacini di utenza più idonea rispetto alle specificità e caratteristiche del territorio?

- **Il miglioramento del servizio di emergenza-urgenza**

La riduzione del tempo di intervento e il potenziamento del servizio di pronto intervento richiedono una idonea articolazione delle reti ospedaliere per le patologie tempo-dipendenti (come nel caso di emergenze cardiologiche, traumi, ictus) e l'efficienza dei collegamenti con le strutture ospedaliere che svolgono funzioni di diversa complessità assistenziale all'interno di tali reti.

I principali temi di confronto sul punto attengono quindi:

- attivazione e organizzazione dei Punti di Primo Intervento e criteri per la copertura ottimale, per garantire un'adeguata capacità di risposta e ridurre i tempi di intervento;
- la formazione del personale sanitario;
- la digitalizzazione dei processi e la telemedicina.

## ALLEGATO - LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE<sup>1</sup> (Sintesi)

Il Servizio Sanitario Nazionale ha, tra le proprie funzioni principali, la tutela della salute dei cittadini assicurando loro, in relazione al fabbisogno assistenziale: 1. l'accesso e la fruizione appropriata dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione nonché di prevenzione ed educazione alla salute; 2. l'integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari, anche mediante il trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio e al domicilio del paziente, tramite la piena complementarietà delle funzioni.

Nelle Aree Interne si declina in modo particolare il tema dell'equilibrio dell'offerta e dell'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, territoriali e domiciliari, coerentemente con i criteri di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse del SSN, reso ancora più cogente in ragione della distanza dai servizi e dalle peculiarità orografiche, demografiche e socioeconomiche di tali aree. Peraltro, le difficoltà di erogazione dell'assistenza sanitaria in territori dove la popolazione anziana è molto elevata e la natalità molto bassa, si configura spesso come possibile causa dello spopolamento.

Anche in relazione agli scenari di invecchiamento e cronicità, i più recenti documenti programmatici dell'assistenza sanitaria del prossimo triennio (Patto per la Salute 2014-2016, Regolamento sugli Standard relativi all'Assistenza Ospedaliera) riportano numerosi indirizzi generali, le cui ricadute rivestono particolare importanza nel complesso delle Aree Interne italiane, rispondendo alle criticità sopra menzionate.

Tali indirizzi sono definiti "Interventi che attuano indirizzi nazionali": l'implementazione degli interventi, opportunamente modulati in ragione della programmazione regionale e dei fabbisogni specifici, ha ad oggetto tutto il territorio nazionale.

Al contempo, i contesti socio-sanitari presenti nelle Aree Interne, possono essere considerati un utile terreno per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza, in accordo con le Autorità Sanitarie Locali. Le specificità emerse nelle istruttorie e nelle missioni in campo hanno condotto all'individuazione di possibili azioni specifiche sperimentabili nelle singole aree-progetto selezionate dalla Strategia Aree Interne e che si identificano come "Interventi Innovativi".

Le risorse assegnate ad ogni area progetto nell'ambito della Strategia Nazionale delle Aree Interne potranno finanziare sia "Interventi che attuano indirizzi nazionali" sia azioni specifiche sperimentali definite "interventi innovativi".

### 1 Interventi che attuano indirizzi nazionali

#### 1.1 Accessibilità e continuità dell'assistenza territoriale

Le criticità emerse nelle Aree Interne esprimono margini di potenziamento nell'erogazione di servizi afferenti al livello distrettuale, con particolare attenzione all'offerta di servizi rivolti alla popolazione anziana, cui spesso corrispondono elevati tassi di ospedalizzazione. Soprattutto, l'elevato ricorso a ricoveri evitabili, frequentemente riscontrato nelle Aree Interne oggetto di istruttoria, segnala la necessità di una specifica attenzione alla presa in carico delle persone in condizioni di cronicità, in modo che possano evitarsi complicazioni e ricorso all'ospedale.

Si riportano a seguire i **Principali indirizzi** sull'organizzazione dell'assistenza territoriale contenuti nel Patto per la Salute 2014-2016 e nel Regolamento sugli Standard relativi all'Assistenza Ospedaliera che, in relazione

---

<sup>1</sup> Le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull'Assistenza Ospedaliera - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica  
([http://www.agenziacoesione.gov.it/opencms/export/sites/dps/it/documentazione/Aree\\_interne/Documenti\\_di\\_lavoro/Linee\\_guida\\_Salut\\_e\\_12\\_06\\_senza\\_mappa.pdf](http://www.agenziacoesione.gov.it/opencms/export/sites/dps/it/documentazione/Aree_interne/Documenti_di_lavoro/Linee_guida_Salut_e_12_06_senza_mappa.pdf))

alle peculiarità delle Aree Interne, individuano una cornice di riferimento per gli interventi.

### **Forme associative di medici generali e pediatri**

Il Patto prevede che Regioni e Province Autonome istituiscano le **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** e le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, per l'erogazione delle cure primarie. Le UCCP costituiscono forme complesse, a carattere multi-professionale, che integrano la medicina specialistica con la medicina generale e si strutturano come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e con gli operatori (Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta) che le compongono. Oltre all'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, specialistica, servizi di supporto), la continuità e la garanzia dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana rientrano tra i principali compiti delle UCCP e le AFT, assicurando l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi e la presa in carico proattiva dei malati cronici. L'organizzazione delle forme associative e i relativi bacini di utenza sarà modulabile in relazione alle specificità orografiche e di densità demografica del territorio.

### **La presa in carico del paziente cronico**

Le Regioni provvedono a promuovere, tramite specifici atti d'indirizzo, la **medicina d'iniziativa**<sup>2</sup> e la **farmacia dei servizi**, come modalità di promozione attiva della salute, prevenzione primaria e gestione del bisogno di salute prima dell'insorgenza clinica o dell'aggravamento di una condizione morbosa, con particolare riferimento alla gestione attiva della cronicità per la prevenzione delle relative complicanze. Nello specifico ambito della **medicina d'iniziativa**, quanto emerso per le Aree Interne si lega alla necessità di potenziarvi la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità, documentabile attraverso i tassi di ricorso a ricoveri ospedalieri per specifiche malattie croniche. Per quanto riguarda la **Farmacia dei Servizi**, si prevede che queste possano erogare servizi e prestazioni professionali ai cittadini. Si tratta di prestazioni analitiche di prima istanza a domicilio o presso la farmacia, servizi di secondo livello erogabili con dispositivi strumentali, prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pagamento dei ticket a carico del cittadino e ritiro dei referti. Tale servizio riconfigura significativamente il ruolo delle farmacie dei piccoli comuni, la cui permanenza è senz'altro messa a rischio con il progressivo spopolamento.

### **Continuità ospedale-territorio**

L'utilizzo delle dimissioni protette o delle strutture sanitarie a valenza territoriale assume primaria importanza per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta; al contempo, tale setting assistenziale assicura un ambiente protetto al paziente, su richiesta del MMG, per proseguire le proprie terapie evitando o riparando il ricovero in una struttura ospedaliera. Di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, **l'ospedale di comunità** è una struttura con 15-20 posti letto, gestita da

---

<sup>2</sup> Per medicina d'iniziativa si intende un modello di assistenza, rivolto a pazienti con malattie croniche, basato sul ruolo attivo del medico che invita i pazienti a sottoporsi ai controlli e offre loro un insieme di interventi personalizzati che, iniziando prima dell'insorgenza della malattia o prima della sua manifestazione o del suo aggravamento, possano curarla nel corso degli anni, rallentarne l'evoluzione e ridurne le complicazioni. La gestione di una malattia cronica, secondo tale modello, prevede inoltre che tutti i settori del sistema sanitario, ivi compreso quello socio-assistenziale, si integrino e si coordinino in maniera predefinita e condivisa, organizzando dei percorsi diagnostico-terapeutici, affinché i pazienti possano essere seguiti lungo tutto il decorso della malattia, a secondo del tipo di necessità. Il modello della medicina di iniziativa si fonda inoltre su alcuni importanti strumenti organizzativi, come per esempio: sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'adesione del paziente al percorso diagnostico o di cura, un insieme di indicatori che permetta di verificare qualità degli interventi e risultati di salute, un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione

personale infermieristico, con assistenza medica assicurata dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di Libera Scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN, con responsabilità igienico-organizzativa e gestionale affidata al distretto. La sede dell'ospedale di comunità potrebbe essere collocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali. La sua funzione garantisce la presa in carico di pazienti non complessi che necessiterebbero di assistenza sanitaria a domicilio, ma in condizioni di inidoneità strutturale e familiare del domicilio stesso, oppure di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Con Intesa tra Stato e Regioni o Province autonome, si definiscono i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi.

Alcuni comuni ricompresi nella classificazione delle Aree Interne si caratterizzano per la presenza di strutture ospedaliere di piccole dimensioni, talvolta già sede di Pronto Soccorso: tali presidi devono essere funzionalmente inseriti nella complessiva rete ospedaliera regionale, superando tuttavia il modello a dimensione scalare (si fa tutto ma con una minore organizzazione) per rivederne le funzioni strategiche nel contesto complessivo dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Il modello da prevedere deve far riferimento alla presenza, nel presidio, della disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza, finalizzata a garantire la stabilizzazione e la successiva osservazione del paziente prima dell'eventuale ricovero in un altro, più appropriato, presidio ospedaliero ovvero del rientro al proprio domicilio. Tale modello può trovare altresì riferimento nella possibilità di prevedere specifici **presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate** che, in ragione di misurabili parametri di distanza dai centri hub o spoke di riferimento, si collocano in aree con criticità orografiche o viarie come frequentemente riscontrabili nelle Aree Interne. Tali strutture devono essere dotate indicativamente di: un reparto di 20 posti letto di medicina generale, una chirurgia elettiva ridotta, un Pronto Soccorso e la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagini al centro hub o spoke più vicino, oltre che indagini laboratoristiche nel Pronto Soccorso. Infine, la ridefinizione delle funzioni strategiche del presidio ospedaliero di piccole dimensioni può prevedere un raccordo con la medicina di base attraverso la attivazione/riconversione di posti letto di medicina e chirurgia in **posti letto di cure intermedie**, configurati a prevalente assistenza infermieristica come per l'ospedale di comunità, con presa in carico del medico di famiglia, fatta salva una idonea dotazione di posti letto per acuti. In tal modo si viene a ridefinire anche il ruolo dei piccoli ospedali come strutture modulari che svolgono funzione di incontro/integrazione tra territorio e ospedale.

### ***Assistenza e integrazione sociosanitaria***

Emerge la necessità di un maggiore avvicinamento dei servizi sanitari alla persona, soprattutto agli anziani e alle persone con ridotta autonomia funzionale, attraverso un' offerta più capillare ed intensiva di assistenza domiciliare. Così come la necessità di una maggiore collaborazione tra distretti sanitari e ambiti sociali. A tal riguardo si prevede che le Regioni disciplinino principi e strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, in modo particolare per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze, e forniscano indicazioni alle ASL e agli altri enti del SSR per l'erogazione congiunta degli interventi. Tramite l'accesso al **"punto unico"**, il cittadino viene indirizzato al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato a condizioni e bisogni, ricorrendo alla valutazione multidimensionale del paziente per l'individuazione del setting e dell'intensità assistenziale appropriata. In tale contesto, una volta verificata l'idoneità delle condizioni familiari e sociali del paziente, la residenza in un'area interna dovrebbe orientare il percorso

sociosanitario il più possibile verso la permanenza a domicilio dello stesso, proprio nell'ottica di un maggiore avvicinamento dei servizi alla persona.

## 1.2 Umanizzazione delle cure

I processi di umanizzazione consentono di rendere i luoghi di assistenza e le pratiche medico- assistenziali vicine al paziente, conciliando politiche di assistenza e bisogno di informazione, con percorsi di cura vicini alla persona, sicuri, accoglienti e senza dolore. L'umanizzazione delle cure e l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali rientrano nel Patto per la Salute prevedendo che: "le Regioni e le Province autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza". Il Ministero della Salute proporrà un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure, da sancire con un Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome.

## 1.3 Organizzazione del sistema di emergenza-urgenza

### *Le aree interne nella rete ospedaliera dell'emergenza*

Si prevedono **presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate**, in cui occorre garantire un'attività di Pronto Soccorso, e la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di: un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri; una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery, con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità nei casi imprevisi) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco; un Pronto Soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento, che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagini al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. Presuppone, inoltre, la predisposizione di un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

È necessario prevedere anche l'articolazione di reti per specifiche patologie che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale. Inoltre, particolare attenzione va posta all'articolazione delle reti ospedaliere per le patologie tempo-dipendenti (come nel caso di emergenze cardiologiche, traumi, ictus) e all'efficienza dei collegamenti con le strutture ospedaliere che svolgono funzioni di diversa complessità assistenziale all'interno di tali reti, in modo tale da garantire, anche ai pazienti residenti nelle Aree Interne, equità di accesso tempestivo alle procedure e alle strutture più appropriate per il trattamento di tali patologie.

### *La rete territoriale di soccorso: I Punti di Primo Intervento*



I PPI possono essere permanenti o stagionali, attivati in località ad elevato flusso turistico e devono prevedere l'integrazione funzionale con l'Assistenza Primaria ed il servizio di Continuità Assistenziale. E' organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagini al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. Presuppone, inoltre, la predisposizione di un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

### ***La rete territoriale di soccorso: le postazioni territoriali e l'elisoccorso***

Nelle zone di particolare difficoltà di accesso è necessario prevedere l'applicazione di uno specifico correttivo al criterio utilizzato per la copertura ottimale, per garantire un'adeguata capacità di risposta e ridurre i tempi di intervento. Per le zone più remote, andrà valutata l'opportunità di dotare i mezzi di strumenti di videotrasmissione per consentire il supporto agli operatori da parte della Centrale Operativa 118. È necessaria anche l'integrazione del sistema 118 con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico e la previsione di un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra. Data la peculiarità del servizio e dei mezzi, sono fortemente auspiccate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni.

### ***Percorso formativo per il personale sanitario***

Per il personale sanitario che opera nelle strutture sanitarie delle Aree Interne occorre prevedere uno specifico percorso formativo di accesso e di aggiornamento, a cura delle Aziende Sanitarie competenti per territorio, relativo a:

- basic life support and defibrillation (BLS-D);
- pediatric basic life support (PBLIS);
- emergenze traumatologiche;
- immobilizzazione e trasporto del politraumatizzato (ITP);
- emergenza ostetrica/ginecologica;
- aspetti di comunicazione;
- utilizzo delle apparecchiature di telemedicina.

## **1.4 La digitalizzazione dei processi**

La sanità digitale consente di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei processi clinico-sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rendendo disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli attori coinvolti, permette una migliore gestione dell'emergenza/urgenza e della continuità delle cure. La sanità digitale inoltre abilita processi di cura partecipativi che si basano sullo scambio di conoscenze, esperienze ed opinioni, con innegabili benefici in termini di sviluppo professionale degli operatori sanitari coinvolti che operano all'interno delle strutture sanitarie. L'obiettivo di chi ha la governance dei processi sanitari dovrebbe quindi essere quello di eliminare gli ostacoli allo sviluppo di servizi digitali alimentando la fiducia dei pazienti e la competenza degli operatori nell'utilizzo delle nuove tecnologie.

## **2 Interventi Innovativi**

Si riportano, a seguire, alcuni esempi di interventi organizzativi puntuali che declinano, secondo modalità innovative, alcuni indirizzi descritti nella sezione 1.

- Un modello di presa in carico e di supporto alla popolazione anziana, centrato sulla figura professionale dell'**infermiere di famiglia e comunità (IFC)**, in grado di svolgere a tempo pieno una funzione di raccordo tra l'anziano, la sua rete familiare e i diversi professionisti o punti di erogazione di prestazioni sanitarie (ad esempio MMG, specialisti, ospedali, farmacie, ecc. ma anche enti, associazioni, privato sociale, ecc. che promuovono attività di inclusione e di promozione della salute e del benessere psico-fisico. La presenza dell'IFC può contribuire ad aiutare gli anziani del territorio a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile, attraverso: la definizione di un profilo individuale dei bisogni, il supporto alle comuni attività di vita quotidiana, l'attivazione e il coinvolgimento della rete familiare - laddove presente - il monitoraggio di diversi indicatori di salute (PA, glicemia, ecc.), l'affiancamento del MMG o dello specialista nella compliance del paziente al percorso diagnostico-terapeutico identificato, la promozione ed il supporto all'utilizzo di eventuali dispositivi e soluzioni tecnologiche (domotica, telemedicina, ecc.), la prevenzione di complicanze e ricadute di patologie pregresse o in corso, la prevenzione di incidenti domestici, la promozione dell'inclusione sociale.

-La diffusione di **strumenti di teleassistenza** per anziani soli vulnerabili: si tratta di interventi socio-assistenziali per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi.

- La **telesalute**, ovvero quei sistemi e i servizi che, come riportato nelle "Linee di indirizzo nazionali per la telemedicina", collegano i pazienti dal proprio domicilio (in particolar modo i pazienti con cronicità) con il Medico di Medicina Generale o altri professionisti sanitari al fine di assicurare il monitoraggio e la gestione della patologia, riducendo così i ricoveri ospedalieri, gli accessi in Pronto Soccorso, oltre al ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali; con ricadute positive anche sulla qualità della vita del paziente, ancora di più in un contesto caratterizzato da mancanza di strutture rapidamente accessibili.

- **L'empowerment del paziente** è "un processo che aiuta le persone ad acquisire controllo, attraverso l'iniziativa, la risoluzione di problemi, l'assunzione di decisioni, che può essere applicato in vari contesti dell'assistenza sanitaria e sociale".

- Il coinvolgimento di **operatori di prossimità** nell'organizzazione dei servizi al domicilio del paziente: ricorrendo alla rete dei portalettere di Poste Italiane per la consegna di farmaci o di prodotti per l'alimentazione al domicilio del paziente, in collaborazione con le farmacie locali, o per il supporto all'espletamento di pratiche amministrative necessarie all'assistenza sanitaria.

- **la medicina d'iniziativa**, con l'educazione del paziente, l'interazione proficua con medici di famiglia, infermieri e operatori socio-sanitari, oltre al coordinamento tra le diverse figure professionali coinvolte nel percorso di cura, rappresentano presupposti indispensabili di tale modello, reso ulteriormente efficiente dall'addestramento del paziente alla gestione del proprio percorso assistenziale tramite il telemonitoraggio domiciliare di parametri clinici;

- **I Punti di Salute**: si tratta dell'allocazione in unica struttura dell'offerta dei servizi sanitari. Tale configurazione può trovare attuazione soprattutto nelle Aree Interne che mantengono presidi ospedalieri di piccole dimensioni già riconvertiti. Nell'ambito del PdS sono garantite le prestazioni di:

- Assistenza Primaria;
- Pediatria di Libera Scelta;

- Continuità Assistenziale;
- Emergenza –Urgenza di base;
- Medicina preventiva;
- Medicina specialistica ambulatoriale;

– **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** rivolta ad anziani, disabili e pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, garantita attraverso l’assistenza infermieristica; trattamenti fisioterapici e interventi dell’equipe psico-pedagogica. Le modalità di accesso alle prestazioni sono disciplinate in accordo con l’autorità sanitaria locale e l’Azienda Sanitaria di riferimento, in relazione alle classi di età del target,

– La diffusione di **defibrillatori semiautomatici** esterni e i programmi di formazione per il loro utilizzo a personale non sanitario costituiscono interventi aggiuntivi per prevenire gli effetti di ritardi nel soccorso, contribuendo a ridurre il numero di morti per arresto cardiocircolatorio. Nelle Aree Interne e nelle comunità isolate, infatti, potrebbero essere promosse iniziative di formazione dei cittadini per l’erogazione di manovre di primo soccorso, inclusa la defibrillazione precoce, svolte in accordo con il sistema 118 regionale e con il concorso delle associazioni di volontariato sanitario ed, eventualmente, delle farmacie territoriali.