



DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LA SALUTE NELLE AREE INTERNE

*Linee guida per gli interventi
nelle aree-progetto*

Ottobre 2024

Sommario

I.	LE AREE INTERNE NELL'ATTUALE CONTESTO SANITARIO	3
II.	I DOCUMENTI PROGRAMMATICI DI RIFERIMENTO.....	4
III.	LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	6
A.	LA STRATEGIA D'AREA	6
B.	GLI INTERVENTI CHE ATTUANO INDIRIZZI NAZIONALI	7
	Case della Comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)	7
	Infermiere di famiglia o comunità.....	7
	Unità di continuità assistenziale	8
	Assistenza domiciliare	8
	Strutture Residenziali o Semiresidenziali e Riabilitative	8
	Rete delle cure palliative	8
	Ospedali di comunità:.....	9
	Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie.....	9
	Telemedicina.....	10
	Emergenza Urgenza	12
	Farmacia dei servizi.....	14
	Trasporto Sociale	15

Le presenti linee guida, elaborate sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2019-2021, prorogato con le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7-bis della Legge 24 febbraio 2023, nel DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN e nel Piano nazionale ripresa e resilienza, intendono delineare i possibili interventi da porre in essere nell'ambito della strategia di sviluppo delle Aree interne.

I. LE AREE INTERNE NELL'ATTUALE CONTESTO SANITARIO

Il Servizio Sanitario Nazionale ha, tra le proprie funzioni principali, la tutela della salute dei cittadini assicurando loro, in relazione al fabbisogno assistenziale:

- l'accesso e la fruizione appropriata dei servizi sanitari di diagnosi, cura e riabilitazione nonché di prevenzione ed educazione alla salute;
- 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.

L'analisi dei servizi sanitari nelle Aree Interne inizia dalla definizione stessa di tali territori classificati in ragione della distanza dai servizi essenziali e nello specifico della distanza di una struttura ospedaliera sede di DEA almeno di I livello.

Tale presupposto richiede, da un lato, che sia minimo il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere, anche in ragione delle difficoltà di accesso alle stesse; dall'altro, la piena garanzia nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte dei servizi territoriali, in risposta ai bisogni di salute dei residenti. Nelle Aree Interne ritroviamo 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.

La Snai del 2014-2020, già attuata nelle 72 Aree, ha registrato segnali incoraggianti rispetto alla riduzione degli squilibri tra le diverse zone del Paese, infatti essa è stata espressamente richiamata nel disegno di legge Delega n. 2316/2021 quale Strategia che si propone di superare le tradizionali logiche redistributive, al fine di arginare il declino dei piccoli comuni e creare nuove possibilità di reddito e di impiego con investimenti per la crescita locale.

La pandemia e il conseguente maggior utilizzo dello smart working ha contribuito e sta contribuendo al ripopolamento dei piccoli borghi che necessitano ancor di più di veder garantite prestazioni sanitarie a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza. In questo ambito, grazie a investimenti rivolti alla digitalizzazione, lo smart working potrebbe rappresentare un volano per il rafforzamento della presenza antropica e per la rinascita delle filiere produttive nei piccoli comuni, al fine di imprimere un decisivo salto qualitativo alle politiche di coesione territoriale.

Le istruttorie sui territori e i focus group condotti durante le missioni di campo, nel precedente periodo di programmazione dal Comitato Tecnico Aree Interne, hanno restituito alcuni punti di attenzione che

sembrerebbero ancora caratterizzare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle suddette aree:

- 1) I tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana superano frequentemente le medie regionali; si osserva, spesso, anche un eccessivo ricorso all'ospedalizzazione per condizioni trattabili dai servizi territoriali, dando così luogo ad alti indici di ricoveri evitabili;
- 2) La quota di anziani che fruiscono di Assistenza Domiciliare Integrata è spesso bassa ed il numero di accessi per paziente è spesso inferiore alle medie regionali;
- 3) Lunghe attese dei mezzi di soccorso territoriali in casi di emergenza sanitaria;
- 4) Lontananza dei servizi ambulatoriali per l'esecuzione di specifici trattamenti (chemioterapici, radioterapici, dialisi) e degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale /Pediatri di Libera Scelta dalle residenze dei cittadini;
- 5) Scarsa disponibilità dei Medici di Medicina Generale /Pediatri di Libera Scelta (che restano una figura fondamentale di riferimento in queste aree) in termini di giorni e ore di presenza sul territorio. Ampi territori con grandi difficoltà orografiche (più comuni) da governare per ogni medico, il quale frequentemente non ha abituale dimora in tali aree; peraltro lo stesso reclutamento di personale sanitario in tali territori avviene con difficoltà;
- 6) Servizi non orientati/adequati alla popolazione straniera con culture diverse e in generale alle fasce deboli

Gli elementi sopra richiamati si legano alle dinamiche dell'invecchiamento e all'evoluzione dei bisogni di salute prodotti dalla crescente frequenza di patologie croniche, fenomeni che interessano in modo particolare i territori con forte spopolamento e che richiedono, soprattutto nelle Aree Interne, un ripensamento dei servizi sanitari sempre più orientato verso la presa in carico del paziente.

La pandemia ha reso ancora più evidente alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema. In particolar modo ciò è ancora più evidente nei territori delle aree interne dove vi sono:

- significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Numerosi studi hanno analizzato indicatori legati alla salute della popolazione e all'uso dei servizi. In linea generale, seppur con qualche differenza da regione a regione, gli studi mostrano che nelle Aree Interne vi è un minore accesso a cure ambulatoriali e in ospedale, i tempi di soccorso sono più lunghi, i ricoveri evitabili sono maggiori, il monitoraggio delle malattie croniche è meno puntuale.

II. I DOCUMENTI PROGRAMMATICI DI RIFERIMENTO

In relazione agli scenari soprarichiamati e alla evidente necessità di rafforzare il territorio superando le criticità sopra menzionate, i più recenti documenti programmatici dell'assistenza sanitaria quali Patto per la Salute 2019-2021, DM 77/2022 "NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN" riportano numerosi indirizzi generali, le cui ricadute rivestono particolare importanza nel complesso delle Aree Interne italiane.

Muovendosi da tali analisi anche il PNRR traccia linee programmatiche sinergiche e complementari a quelle definite dai documenti di programmazione nazionale. Tali linee, nell'ambito della Missione 5 e 6 sono di seguito richiamate:

MISSIONE 5: INCLUSIONE E COESIONE

M5C3: INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE TERRITORIALE

- *Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità*

L'intervento mira ad agevolare la soluzione a problemi di disagio e fragilità sociale, mediante **l'intensificazione dell'erogazione di servizi** (agli anziani, ai giovani in difficoltà, servizi di natura socioassistenziale, etc.), **anche facilitando l'accessibilità ai territori e i collegamenti con i centri urbani.**

- *Servizi sanitari di prossimità*

L'intervento mira al consolidamento delle **farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti** mira a renderle strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali, per coprire maggiormente la gamma di servizi sanitari offerta alla popolazione di queste aree marginalizzate.

MISSIONE 6: SALUTE

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Gli interventi di questa componente intendono **rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;**

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le misure incluse in questa componente **consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.** Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Gli interventi possibili da porre in atto nell'ambito della Strategia discendono pertanto da tali indirizzi e saranno complessivamente definiti come "Interventi che attuano indirizzi nazionali", va sottolineato infatti come gli interventi "innovativi" definiti nelle precedenti linee guida risultano nell'attuale contesto integralmente inseriti nelle priorità nazionali. L'implementazione degli interventi, opportunamente modulati in ragione della programmazione regionale e dei fabbisogni specifici, ha ad oggetto tutto il territorio nazionale.

Gli interventi proposti dovranno seguire quanto stabilito dalla circolare della Ragioneria generale dello Stato n.33/2021 riguardo:

- **divieto di doppio finanziamento:** il costo di un intervento non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche, anche di diversa natura;

- **cumulabilità dei finanziamenti:** è possibile stabilire una sinergia tra diverse forme di sostegno pubblico di un intervento, che vengono “cumulate” per coprire diverse quote parti di un progetto/investimento.

Inoltre, l’obiettivo degli interventi in ambito salute è la piena garanzia nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte dei servizi territoriali, in risposta ai bisogni di salute dei residenti. Le proposte progettuali dovranno quindi tendere a colmare la mancanza di servizi e a migliorare la dotazione di servizi esistenti, raggiungendo un **livello omogeneo di risultato**. Qualora si rilevi una disparità di distribuzione degli interventi e di investimento, si provvederà ad indicare quali siano le altre misure compensative messe in atto o in progetto che concorrano al raggiungimento della citata omogeneità di risultato.

Per quanto riguarda le proposte di interventi di edilizia queste dovranno essere corredate da documentazione tecnica progettuale completa di relazione sintetica e un livello di progettazione che consenta la corretta quantificazione dei costi.

Le risorse assegnate ad ogni area progetto nell’ambito della Strategia Nazionale delle Aree Interne dovranno finanziare interventi da rendere poi permanenti, a carico del bilancio ordinario, una volta verificatane l’efficacia.

III. LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

A. LA STRATEGIA D’AREA

Nell’ambito del processo di programmazione degli interventi da porre in essere sui territori sarà necessario preliminarmente definire la **strategia d’area** che, fermo restando le caratteristiche peculiari che concorrono nella determinazione di Area Interna, dovrà contenere:

- l’analisi di contesto attuale con particolare riferimento ai servizi sanitari presenti nell’area e alla loro accessibilità da parte degli utenti di tutta l’area individuata;
- la definizione del fabbisogno al fine di garantire equità nell’assistenza sanitaria e garantire l’erogazione del Lea superando le problematiche ancora in essere nelle Aree come individuate dai punti 1-6 sopra riportati;
- le possibili riorganizzazioni individuate dei modelli di assistenza territoriale che diano evidenza delle potenziali reti di servizi (es. dea I livello come *hub* e ospedali di comunità *spoke*, case della comunità ed eventuali presidi mobili);
- le necessarie interconnessioni/integrazioni con l’assistenza medico territoriale, l’assistenza medica a distanza, il servizio di emergenza urgenza, le associazioni di volontariato e le farmacie di servizi;
- la descrizione del *modello target* anche tenendo conto degli interventi finanziati e finanziabili con altri programmi e delle modalità di interconnessione del sistema sanitario dell’area con i centri di offerta di servizi più prossimi e con il Dea di primo livello di riferimento;
- gli interventi da porre in essere nel periodo di riferimento della programmazione SNAI funzionali alla realizzazione del *modello target* che **dovranno garantire lo stesso livello di servizio in tutti i territori ricompresi nell’area di riferimento** ed essere in linea con gli indirizzi nazionali che vengono di seguito riportati.

B. GLI INTERVENTI CHE ATTUANO INDIRIZZI NAZIONALI

Al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione è necessario procedere alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale anche attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa

Ripercorrendo gli indirizzi nazionali definiti nel PATTO SALUTE 2019-2021, in complementarietà e sinergia con le direttrici soprariportate tracciate dal PNRR e con quanto ripreso con il Dm 23 maggio 2022 n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale vengono di seguito riportate le linee principali e le possibili azioni che risultano quanto mai necessarie attuare per rafforzare la medicina territoriale in porzioni di territorio che altrimenti risulterebbero ancora più sguarnite e isolate.

Case della Comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)

nel pieno rispetto del principio di prossimità che tenga conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e una maggiore equità di accesso;

Possibili interventi

- ❖ Realizzazione e/o riqualificazione di strutture esistenti dedicate se non diversamente finanziate;
- ❖ Integrazione di servizi per il raggiungimento degli standard obbligatori e facoltativi previsti dal DM77 se non diversamente finanziati;
- ❖ Potenziamento del servizio di guardia medica;
- ❖ Incentivi ai MMG e PLS e personale infermieristico attraverso fornitura di alloggi formalmente regolata da convenzione;
- ❖ Realizzazione di foresterie dedicate all'alloggio temporaneo di prestatori di servizi.

Infermiere di famiglia o comunità (IFoC)

E'la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali. In particolare nelle aree interne con una forte presenza di popolazione anziana la presenza di tale professionista 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;

Possibili interventi

- ❖ Percorsi formativi dei professionisti;
- ❖ Contrattualizzazione di personale per il periodo di sperimentazione con possibilità di rendere permanente il servizio a carico del bilancio ordinario alla luce degli esiti positivi riscontrati (DM 34/2020 art. 1 c. 5-10);

Unità di continuità assistenziale

È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico. Nelle comunità difficili da raggiungere si occupa, inoltre, di programmi di Prevenzione territoriale specifici ed interventi mirati nelle scuole. L'UCA deve essere dotata di strumentazioni avanzate di primo livello e di un gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici)

Possibili interventi

- ❖ Integrazione e potenziamento dei programmi di prevenzione, attrezzature necessarie con particolare riferimento a dispositivi portatili, potenziamento infrastrutture per telemedicina;
- ❖ Ambulatori mobili per raggiungere le zone più remote per offrire servizi di medicina di base, educazione sanitaria e orientamento socio-sanitario per facilitare l'accesso al sistema sanitario a chi ne ha bisogno.

Assistenza domiciliare

La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. La Strategia nazionale sulle aree interne ha già sperimentato con successo in alcune aree del Paese che è possibile ridurre le ospedalizzazioni inappropriate potenziando le attività di prevenzione e garantendo l'assistenza domiciliare integrata agli anziani, ai disabili e alle persone fragili.

Strutture Residenziali o Semiresidenziali e Riabilitative

Realizzazione di strutture dedicate a completamento dell'assistenza domiciliare indirizzata alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, da realizzarsi preferibilmente attraverso riqualificazione di strutture esistenti. Contrattualizzazione di personale per il periodo di sperimentazione con possibilità di rendere permanente il servizio a carico del bilancio ordinario alla luce degli esiti positivi riscontrati.

Rete delle cure palliative:

E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale

della malattia. 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.

Nei territori delle Aree Interne la rete agisce principalmente assicurando l'erogazione dell'assistenza a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) con la previsione di un'equipe assistenziale h24 per 7 giorni su 7. Tale equipe può essere dal punto di vista organizzativo integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata

Possibili interventi

- ❖ Potenziamento del servizio nei territori SNAI per il raggiungimento dello standard nazionale del 10 % over 65 presi in carico.

Ospedali di comunità:

E' una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare i ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Possibili interventi

- ❖ Realizzazione Ospedali di comunità se previsti in Area Interna e non finanziati diversamente;
- ❖ Integrazione di personale per raggiungimento degli standard previsti dal DM77;
- ❖ Integrazione di personale per predisposizione procedure operative e per la funzionalità dei flussi informativi per le prestazioni;

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.

Possibili interventi

- ❖ Realizzazione e/o riqualificazione strutture dedicate ivi comprese strutture residenziali o semiresidenziali dedicate all'assistenza di disabili, di soggetti con disturbi del neurosviluppo e del comportamento alimentare.
- ❖ Integrazione di personale per l'operatività del servizio per il periodo di sperimentazione con possibilità di rendere permanente il servizio a carico del bilancio ordinario alla luce degli esiti positivi riscontrati.

Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La conferenza Stato-Regioni lo scorso 17 dicembre 2020 ha approvato il documento predisposto dal Ministero della Salute recante le **“Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina”**. Il documento, che modifica e aggiorna le precedenti “Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina” pubblicate nel 2014, introduce una serie di importanti novità per i soggetti che, nell'ambito dell'assistenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale, intendono implementare all'interno della propria organizzazione un sistema in grado di erogare prestazioni a distanza.

Il documento (allegato 1) riserva una prima parte dedicata all'individuazione delle prestazioni di telemedicina e, altresì, alle regole generali da osservare per l'erogazione delle prestazioni a distanza.

Nella seconda parte, invece, vengono indicati una serie di elementi e requisiti necessari per l'erogazione pratica delle attività sanitarie a distanza. In dettaglio è possibile distinguere:

La televisita

E' l'atto medico attraverso cui il professionista interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente eventualmente con il supporto di un care-giver. Al riguardo, nel documento richiamato, viene dichiarata espressamente la conformità al codice di deontologia medica, laddove quest'ultimo statuisce che la televisita non possa essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita in presenza; prevede che possono essere erogate in televisita le prestazioni ambulatoriali non esigenti la completezza dell'esame obiettivo del paziente, statuisce che ogni televisita sia refertata e rileva l'obbligo dell'adesione preventiva del paziente allo svolgimento della prestazione a distanza.

Il teleconsulto medico

E' l'atto medico mediante il quale il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare circa un caso clinico, attraverso la condivisione telematica di tutti i dati clinici del paziente.

Analogamente a quanto avviene per la televisita, al teleconsulto può anche partecipare il paziente, configurandosi in questo caso un c.d. “teleconsulto multidisciplinare”.

Tuttavia, nel tentativo di differenziare il teleconsulto dalla televisita (che possono erroneamente considerarsi sinonimi), il documento il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto redatto al termine della televisita, ma non dà luogo ad un referto autonomo;

La teleconsulenza medico-sanitaria

E' una attività sanitaria, non necessariamente medica, che si svolge a distanza tra professionisti, a volte con la presenza del paziente, con responsabilità diverse rispetto al caso specifico. Le Linee guida evidenziano come una tale prestazione a distanza:

- sia caratterizzata dalla videochiamata;
- debba essere sempre programmata non potendosi utilizzare per surrogare le attività di soccorso.

La teleassistenza da parte di professioni sanitarie

E' un atto relativo alla professione sanitaria interessata al caso specifico e si basa sull'interazione a distanza tra professionista e paziente per tramite di una videochiamata e l'eventuale condivisione di dati, referti o immagini.

A tal proposito viene chiaramente ammessa la possibilità di utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche.

La telerefertazione

E' una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale, il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazioni;

Le Linee guida hanno poi il merito di ricondurre, per la prima volta, le attività di telemedicina ai Livelli essenziali di assistenza, nonché di assoggettare le stesse alle regole amministrative del Sistema Sanitario Nazionale, in termini di tariffa, modalità di rendicontazione e compartecipazione alla spesa.

Per gli interventi che lo richiedono, oltre che alle Indicazioni Nazionali ed al DM.77 si dovrà far riferimento anche a:

- ❖ “Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie” - CSR Rep. Atti n. 231/CSR del 18 novembre 2021;
- ❖ al Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022 “Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare” (che inserisce gli strumenti di sanità digitale ed in particolare la telemedicina, nei percorsi di presa in carico, incrociando nelle matrici servizi di telemedicina e profili professionali. Per ciascun servizio di telemedicina sono anche riportati *gliuse case* con il coinvolgimento anche degli attori non sanitari ad es. i centri servizi);
- ❖ al Decreto del 21 settembre 2022 “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina-requisiti funzionali e livelli di servizio”.

Possibili interventi

- ❖ Integrazione e/o implementazione di piattaforme per la telemedicina;
- ❖ Fornitura di apparecchiature informatiche sia per i professionisti sia per i pazienti;
- ❖ Contrattualizzazione di personale in assistenza domiciliare per il supporto all'utilizzo dei servizi a distanza;

Emergenza Urgenza

Le aree interne nella rete ospedaliera dell'emergenza

L'allegato 1 al DM 70/2015 "Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera" caratterizza la rete ospedaliera dell'emergenza come costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili. Tra i diversi nodi della rete, il regolamento individua specifici presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, ossia zone distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi sede di Pronto Soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Tali situazioni possono riguardare aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di Pronto Soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta; trattasi inoltre di strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna. 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.

All'interno del disegno globale regionale della rete ospedaliera, il citato Regolamento prevede l'articolazione di reti per specifiche patologie che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale. 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: le postazioni territoriali e l'elisoccorso

Per quanto riguarda la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale, il Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera utilizza un criterio che si basa sull'attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq.: esso prevede altresì l'applicazione di un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali e per potenziare in tali aree, la capacità di risposta del sistema e ridurre i tempi di intervento. Per le zone più remote, non servite da mezzi medicalizzati, andrà valutata l'opportunità di dotare i mezzi di strumenti di videotrasmissione per consentire il supporto agli operatori da parte della Centrale Operativa 118. L'integrazione del sistema 118 con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico è necessaria sia al fine delle operazioni di ricerca e recupero degli infortunati, ma anche per l'assistenza al personale sanitario per l'accesso ai luoghi più disagiati ed il trasporto del paziente, anche in condizioni climatiche avverse.

Il Regolamento individua un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 l'anno per ogni base operativa, in relazione alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera. Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne, a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 l'anno per ogni base operativa in relazione alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne. Il Regolamento prevede, comunque, una modulazione dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali. Data la peculiarità del servizio e dei mezzi, sono fortemente auspiccate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze, o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

Tenuto conto che l'operatività delle basi di elisoccorso in Italia è attualmente differenziata in basi con operatività H24, basi con operatività H12 estiva – H8 invernale ed, infine, basi con operatività HJ alba/tramonto (>12H), va rilevato che la tempistica di intervento in orario notturno è sensibilmente maggiore rispetto a quella in orario diurno a causa delle necessità di pianificazione previste dalla normativa aeronautica, e che atterraggi e decolli devono essere per il momento obbligatoriamente effettuati su aeroporti o eliporti/elisuperfici attrezzati ed approvati per il volo notturno. L'effettiva utilità del volo notturno deve quindi essere valutata considerando i tempi effettivi di intervento, rapportati a quelli del trasporto via terra. La possibilità di potenziare l'attività di elisoccorso, laddove sia operante solo H12, richiede una scelta tra le seguenti opzioni:

- a. attivazione del volo H24: riservata a quelle realtà nelle quali il trasporto via terra comporta comunque tempi non compatibili con il trattamento delle condizioni tempo-dipendenti;
- b. attivazione del volo H12/365 giorni l'anno: destinata alle realtà nelle quali i tempi di trasporto variano in riferimento alle condizioni del traffico e, nelle ore notturne, il trasporto in elicottero non comporta significativi miglioramenti del tempo di percorrenza rispetto ai mezzi terrestri;

c. attivazione del volo alba-tramonto nella stagione estiva (oltre 12 ore): destinata alle realtà ad alto afflusso turistico, anche associata ad uno sfalsamento degli orari di operatività delle basi contigue.

Dovrà essere valutata la necessità di realizzazione di nuove elisuperfici al servizio delle comunità isolate, approvate anche per i voli notturni. Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla formazione di tutto personale che opera sui mezzi di soccorso; nello specifico il personale infermieristico dovrà raggiungere una competenza adeguata all'erogazione autonoma delle manovre di soccorso avanzato.

Possibili interventi

- ❖ Tutti gli interventi al servizio delle comunità isolate che riducano i tempi di arrivo dei mezzi di soccorso;
- ❖ Interventi formativi per personale volontario sulle manovre di primo soccorso.
- ❖ Interventi di health literacy (alfabetizzazione sanitaria) finalizzati ad acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute.

Medicina d'iniziativa

Nelle Aree interne caratterizzate da una popolazione anziana particolarmente elevata e dalla distanza dagli ospedali e comunque da centri di cura, la sanità di iniziativa risulta dirimente, infatti le esigenze assistenziali per le persone ultrasessantacinquenni spesso affette da più patologie croniche sono determinate non solo da fattori legate alle condizioni climatiche, ma anche da fattori quali lo status sociale familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure.

Per tali motivi la sanità di iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale in un'altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Gli strumenti della sanità d'iniziativa sono la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, la prenotazione delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es familiari), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

Possibili interventi

- ❖ Piccoli progetti di ricerca per valutare l'impatto delle soluzioni da attuare e attuate;
- ❖ Interventi formativi orientati alla promozione della salute;
- ❖ Interventi formativi, di sostegno psicologico e di responsabilizzazione ai care giver.

Farmacia dei servizi

In ordine al ruolo della farmacia di comunità nella riorganizzazione dei servizi sanitari di prossimità, il DM Salute del 23 maggio 2022, n. 77 riporta:

“[...] le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria”.

Nella logica della Farmacia dei Servizi e nella collaborazione/integrazione tra professionisti sanitari e sociali, la farmacia offre un contributo fondamentale nel garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Infatti In questi ultimi anni e con notevole impulso dato dalla contingenza pandemica le Farmacie hanno svolto attività ed incrementato le attività previste nel Livello della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, mediante la partecipazione alla Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive (Covid-19) e nei programmi vaccinali.

Anche Il PNRR prevede nell'ambito della Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 3 "Interventi speciali per la coesione territoriale", l'investimento "Strategia Nazionale delle Aree Interne e risorse pari a 100 milioni (come sovvenzioni per nuovi progetti, Decreto n. 305 del 28 dicembre 2021 dell'Agenzia per la coesione territoriale) al fine di consolidare le farmacie rurali convenzionate rendendole strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali nei centri con meno di 3.000 abitanti garantendo una migliore offerta di servizi alla popolazione delle aree più marginalizzate. Per tale intervento, finalizzato a rafforzarne il ruolo in funzione integrata con l'assistenza domiciliare, si prevede che entro la fine del 2023 almeno 500 farmacie rurali in comuni di aree interne con meno di 3.000 abitanti beneficeranno dell'intervento, ed entro giugno 2026, almeno altre 2.000 farmacie rurali in comuni di aree interne con meno di 3.000 abitanti.

In tal modo si punta ad un potenziamento delle prestazioni di secondo livello, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici previsti per patologie specifiche, erogazione di farmaci prima distribuiti esclusivamente in ospedale e monitoraggio dei pazienti con la cartella clinica elettronica e fascicolo farmaceutico.

Alla luce di ciò gli interventi da porre in essere all'interno della Snai è auspicabile che siano attuati interventi complementari e sinergici a quelli già finanziati con altri piani e programmi.

Possibili interventi

- ❖ Servizio infermieri in farmacia (“iniezioni, piccole medicazioni, etc.”);
- ❖ Interventi formativi su educazione alla salute;
- ❖ Possibili e necessarie integrazioni con l’Assistenza Domiciliare del territorio.

Trasporto Sociale

Connesso con le esigenze segnalate dagli MMG, IFC o dall’assistenza domiciliare. Servizi di trasporto forniti alla popolazione che necessita il raggiungimento di strutture per eseguire visite o terapie.