

FOCUS n.2 del 6 Ottobre 2016

SANITA'

Il Patto per la Salute 2014-2016 considera il Sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il Sistema Paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico. Grazie alla interazione tra le istituzioni interessate si persegue l'obiettivo, da un lato, di monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi, dall'altra di offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini e, nel contempo, di promuovere lo sviluppo del settore.

1) LE CONDIZIONI INIZIALI (informazioni di contesto)

Il livello e le tipologie di servizi offerti dal Distretto Sanitario e dai Presidi Ospedalieri pubblici locali sono stati lentamente ma progressivamente ridotti nell'ultimo decennio facendo registrare uno spostamento dei residenti verso strutture private o verso ospedali extra-regionali, causando disagio sociale ed un generale senso di sfiducia. La quantità e la qualità dei servizi offerti localmente è insufficiente. Dal Laboratorio di Ascolto del Territorio emergono segnali di un diffuso malessere per la graduale chiusura di molti reparti, evidenti carenze in organico, edifici obsoleti ed in cattivo stato di manutenzione, scarsa continuità del personale medico, non sufficiente attenzione al paziente, inefficienze e carenze gestionali, etc..

L'assistenza sanitaria di base, invece, non presenta gravi carenze: presenza diffusa di medici di base, guardia medica e altri servizi territoriali, tuttavia questi non riescono ad essere efficaci se non integrati e supportati da una rete locale efficiente.

Come è evidenziato nel Rapporto di istruttoria, l'area è caratterizzata da un tasso di ospedalizzazione evitabile (composito) elevato e pari a 848,9¹ (superiore alla media sia regionale pari a 591,5 che a quella nazionale pari a 583,9) che si combina all'elevato tasso di popolazione over 65 pari a 20,4%. Un dato positivo riguarda il tempo di risposta per le chiamate di primo soccorso, pari a 17 minuti.

Si riportano gli indicatori relativi alla tematica Salute presenti nel Rapporto di Istruttoria, anno 2012.

¹ Il tasso è la somma ponderata dei tassi di ricovero, in regime ordinario, per specifiche condizioni o patologie che possono essere adeguatamente trattate a livello extra-ospedaliero: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Tale indicatore può essere espressione indiretta di ridotta accessibilità ed efficacia dei servizi distrettuali, in grado di assicurare sia la prevenzione di tali patologie sia la loro cura. Un valore dell'indicatore consistentemente più elevato del parametro di riferimento nazionale esprime criticità nell'assistenza erogata dai servizi territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti), che dovrebbero limitare il ricorso all'ospedale ai soli casi più gravi.

Abstract da Open Kit allegato al Rapporto di istruttoria

	F. Salute (anno 2012)	
f.1	Specialistica ambulatoriale - Prestazioni erogate x 1000 residenti	625
f.2	Tasso di ospedalizzazione (LEA=170,0)	237,1
f.3	Tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra 75enne	523,6
f.4	Tasso di ospedalizzazione evitabile (composito) (LEA=570,0)	848,9
f.5	Percentuale anziani >=65 anni residenti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	0,98
f.6	Percentuale di parti in cui la prima visita è effettuata a partire dalla dodicesima settimana di gestazione	13,22
f.7	Tempo (in minuti) che intercorre tra l'inizio della chiamata telefonica alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. (Intervallo Allarme - Target)	17
f.8	Numero medio di pazienti per medico (orientamento nazionale: massimale indicato per i medici di medicina generale = 1.500)	1.065
f.9	Numero medio di pazienti per pediatra di base di libera scelta (orientamento: massimale indicato per i pediatri = 800)	905

Dal punto di vista normativo il “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015²” che ha ad oggetto la rimodulazione della rete ospedaliera pubblica-privata in Campania (Decreto n. 33 del 17/5/2016 Pubblicato nel BURC n. 32 del 23 Maggio 2016), attualmente in corso di valutazione ministeriale, conferma per il P.O. di Polla il ruolo di presidio di pronto soccorso della rete dell'emergenza e lo identifica quale spoke nella rete per l'Ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica, nonché PST (Pronto Soccorso Trauma) nella rete Trauma e spoke per le emergenze pediatriche. È programmato un Servizio di Oncologia in regime ambulatoriale. Si prevede che il plesso di S. Arsenio diventi struttura territoriale ed ospiti un Ospedale di Comunità e l'UCCP (Unità complessa di cure primarie).

Il Piano di Zona è lo strumento indicato dalla “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”(L. 8 novembre 2000 n. 328, art. 19) e dalla L. R. della Campania con delibera n. 1826 del 4-05-2001, che tende, da un lato, ad ottenere il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e di servizi, e dall'altro, a garantire servizi ed assistenza alle persone, alle famiglie o a determinate fasce specifiche di popolazione.

² Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 127 del 4 giugno 2015

Il Piano di Zona S10 raggruppa 19 comuni³ compresi nei territori di due Comunità Montane: Vallo di Diano e Tanagro. Il territorio di competenza si estende su una superficie di 1.193,21 kmq per circa 70.000 abitanti. Sala Consilina è il comune capofila del Piano di Zona.

Tra le azioni prioritarie da realizzare nella programmazione del Piano di Zona 2016-18 si segnalano le seguenti attività:

- Sostenere i carichi di cura delle famiglie con forme assistenziali specifiche, con particolare attenzione ai nuclei familiari di utenti non autosufficienti, consolidando gli interventi di assistenza domiciliare integrata e interventi mirati al “Dopo di noi”;
- Attivare P.T.R.I. quale modalità alternativa alle tradizionali modalità di presa in carico degli utenti in condizioni di fragilità e non autosufficienza bisognosi di prestazioni socio-sanitarie;
- Interventi per facilitare l’inclusione e l’autonomia dei soggetti deboli con specifici programmi d’inserimento socio-lavorativo e promuovendo la vita indipendente per le persone con disabilità;
- Promuovere interventi in favore dei minori e della presa in carico di nuclei familiari problematici.

A completare lo scenario, è la pubblicazione, in Campania, del decreto commissariale con il Piano sanitario territoriale. Il Piano mira a ridefinire ruoli e funzioni dei medici di Medicina generale, degli Specialisti e degli ambulatori e dei distretti pubblici e dei Pediatri di famiglia individuando una rete i cui nodi saranno le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), le Unità complesse di cure primarie (UCCP), gli ospedali di Comunità e le Strutture polifunzionali per la salute (SPS) laddove queste due ultime articolazioni saranno vere e proprie nuove strutture da aprire sul territorio (sfruttando le dismissioni preventivate dal Piano ospedaliero) delle varie ASL e su cui ricadrà il primo livello assistenziale del servizio sanitario. Un piano territoriale da integrare con la medicina oncologica territoriale.

2) LO SCENARIO DESIDERATO

Alla luce di quanto emerso dagli incontri sul territorio, lo scenario desiderato è caratterizzato, in termini di risultati attesi da:

- Incremento della qualità dell'offerta e migliore diffusione territoriale dei servizi sanitari di base;
- Raggiungibilità di centri sanitari specialistici in tempi utili;
- Riduzione del fenomeno di ricovero in strutture ospedaliere esterne, per servizi sanitari disponibili sul territorio;

³ Atena Lucana, Auletta, Buonabitacolo, Caggiano, Casalbuono, Monte San Giacomo, Montesano sulla Marcellana, Padula, Pertosa, Petina, Polla, Sala Consilina, Salvitelle, San Pietro al Tanagro, San Rufo, Sant'Arsenio, Sanza, Sassano e Teggiano

- Riduzione del numero dei ricoveri inappropriati;
- Aumento del livello prestazionale delle strutture ospedaliere tradizionali e dei servizi di assistenza a domicilio, con particolare riguardo alle fasce deboli;
- Maggiore consapevolezza dei comportamenti di rischio e prevenzione oncologica;
- Offerta di un servizio specialistico di supporto alle famiglie di malati terminali o anziani/disabili;
- Sviluppo di progetti di bioagricoltura e di agro ecologia;
- Riconversione dell'agricoltura tradizionale verso un'agricoltura ecosostenibile che vada a valorizzare le tipicità locali e a garantire la sicurezza alimentare;
- Aumento del numero dei prodotti certificati.

3) LE DIRETTRICI DI AZIONE

Il processo di co-progettazione ha consentito, finora, di identificare le seguenti azioni prioritarie da realizzare:

Azioni per il miglioramento dei servizi di base e della qualità della vita

- Azioni di informazione e prevenzione sul territorio, attraverso gli organismi sanitari territoriali, in tema di tumori (incluso quelli infantili) e malattie cardiovascolari, collaborazione con istituzioni locali ed associazioni di pazienti al fine di predisporre un piano di screening per i residenti;
- Istituzione di un servizio territoriale sul modello delle "Casa della Salute", che metta insieme medico di medicina generale, pediatra e guardia medica, garantendo una assistenza sanitaria decentrata (24 ore su 24);
- Creazione di un sistema diffuso e capillare di servizi alla persona (in particolare agli anziani ed ai malati terminali), supportato da reti di imprese sociali ed associazioni di volontariato;
- Istituzione di Punti Territoriali di Soccorso localizzati in punti strategici, in modo da poter svolgere l'attività di emergenza a casa del paziente con notevoli risparmi;
- Attivazione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria - UTAP nei vari Comuni;
- Aumento del numero di autoambulanze attrezzate per il primo soccorso;
- Riqualificazione e potenziamento dell'ospedale di Polla;
- Utilizzazione delle strutture ospedaliere rimaste sottoutilizzate (ad es. l'Ospedale di Sant'Arsenio) per l'erogazione di servizi ad alta specializzazione carenti in Campania e/o di assistenza tipo Hospice e di riabilitazione;
- Misure per la tempestiva raggiungibilità di centri sanitari specialistici;
- Potenziamento delle attività svolte presso la Clinica Fischietti a Padula.

Azioni per la valorizzazione produttiva della "Risorsa ambientale"

- Ricerca e valorizzazione di nuovi prodotti offerti dalla biodiversità in collaborazione con Università e partner territoriali competenti;

- Promozione di una sana ed equilibrata alimentazione (dieta mediterranea) e di uno stile di vita corretto quali elementi essenziali nella prevenzione di malattie cardiovascolari e dei tumori.

Azioni per il miglioramento del contesto territoriale

- Interventi sulle emergenze idrogeologiche e rischi di inquinamento a salvaguardia delle risorse territoriali e a vantaggio della fruibilità produttiva dei residenti e dei flussi di visitatori;
- Attivazione di un sistema di monitoraggio ambientale e realizzazione di studi epidemiologici per rilevare l'eventuale presenza di rischi sanitari riconducibili allo stato dell'ambiente.

4) LE QUESTIONI APERTE

L'idea-guida, emersa dalla Bozza di Strategia è quella di realizzare la **CITTA' MONTANA DELLA BIODIVERSITA'**.

La **salvaguardia della biodiversità** è alla base dei servizi che si forniscono alla comunità, come cibo, acqua potabile, aria pulita, il controllo delle malattie e le materie prime per lo sviluppo di farmaci. Tutti questi fattori sono essenziali per la **salute umana: salvaguardare la biodiversità per proteggere la salute**.

Da queste riflessioni emerge che i due principali aspetti su cui confrontarsi rispetto alla definizione della Strategia d'Area sono:

- salvaguardare la biodiversità per tutelare la salute;
- costruire le condizioni di contesto in cui ciò possa avvenire: servizi alla persona e sanitari.

Biodiversità / Salute: *i valori invisibili (in termini di salute) e non solo quelli visibili della natura.*

Negli incontri precedenti è stata segnalata una scarsa consapevolezza e conoscenza scientifica, da parte degli abitanti, del ricco patrimonio di biodiversità del Vallo di Diano ed è emersa la volontà di puntare sulla riqualificazione dell'agricoltura tradizionale, che sia ecosostenibile, sulla valorizzazione delle tipicità locali e sulla sicurezza alimentare.

- Come tutelarsi da interventi ad alto impatto ambientale a fini energetici?
- Quali sono le sorgenti ed i fattori di pressione potenziali che generano rischi di inquinamento ambientale? In che modo si possono mitigare i rischi?
- Quali sono rischi sanitari collegati ad eventuali emergenze ambientali?
- Quali risorse e quali servizi ecosistemici potenzialmente può offrire il territorio? Quali sono i limiti ed i vincoli per l'utilizzo sostenibile di tali risorse?
- Quali e quanti progetti di Studio di epidemiologia ambientale e dell'interazione tra ambiente-cibo e salute sono attualmente attivi sul territorio del Vallo di Diano?
- Come organizzare il monitoraggio e la prevenzione?

- Come organizzare le attività di sensibilizzazione e di educazione alimentare (promozione della dieta mediterranea)? Con quali soggetti?
- Come arrivare alla definizione di disciplinari per le produzioni? Ci sono le condizioni per definirli?
- Quali certificazioni dei prodotti scegliere (ad es. Global GAP)? Come orientarsi? Esistono dei riferimenti sul territorio?

Servizi alla persona e sanitari

Il livello e le tipologie di servizi offerti dal Distretto Sanitario e dai Presidi Ospedalieri pubblici locali sono stati lentamente ma progressivamente ridotti nell'ultimo decennio, causando disagio sociale ed un generale senso di sfiducia.

- Occorre verificare che il Piano sanitario territoriale risponda alle esigenze del territorio.
- Quali proposte per un riassetto del sistema sanitario territoriale?
- Come migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi?
- Come istituire un sistema efficace di primo soccorso e di trasferimento in centri specializzati?
- Come migliorare l'informazione in tema di tumori e la prevenzione sul territorio, attraverso gli organismi sanitari territoriali?
- Come organizzare la collaborazione tra istituzioni locali ed associazioni, al fine di predisporre un piano di screening per i residenti?⁴
- Il Piano Sociale di Zona risponde alle esigenze del territorio?⁵
- Come coordinare ed integrare i servizi sanitari e socio sanitari?

ALLEGATO

⁴ Un'esperienza da segnalare è il Progetto PERSSILAA (www.perssilaa.com), curato dall'Università di Napoli Federico II, che prevede azioni utili al miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni over 65, funzionali e compatibili con le linee guida della SNAI e con il "Patto per la Salute". Attraverso questo progetto sono stati individuati alcuni fattori di rischio che possono essere contrastati e prevenuti mediante servizi offerti su piattaforma digitale ad personam alla popolazione interessata. Il progetto prevede l'alfabetizzazione informatica degli utenti, per favorire lo sviluppo e il pieno utilizzo di "Agenda digitale" anche in campo socio-sanitario.

⁵ Si rimanda alle attività svolte dal Piano Sociale di Zona S10.

LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE⁶ - Spunti di riflessione

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

- 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 richiede un ripensamento dei servizi orientati verso la presa in carico del paziente. Le risorse assegnate ad ogni area progetto nell'ambito della Strategia Nazionale delle Aree Interne potranno finanziare sia "Interventi che attuano indirizzi nazionali" che "interventi innovativi" (sperimentazione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza).

1) "Interventi che attuano indirizzi nazionali:

1.1) Accessibilità e continuità dell'assistenza territoriale

Forme associative di medici generali e pediatri

L'**istituzione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** e delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** garantisce l'erogazione delle prestazioni territoriali, la continuità e la garanzia dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi e la presa in carico proattiva dei malati cronici. E' necessario comunque modulare l'organizzazione delle forme associative ed i relativi bacini di utenza in relazione alle specificità orografiche e di densità demografica del territorio.

La presa in carico del paziente cronico

Sostegno alla diffusione della **medicina d'iniziativa**⁷ 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.

⁶ "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

⁷ 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 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 seconda del tipo di necessità.

Istituzione di **Farmacie di Servizi**, farmacie che erogano 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 nelle Aree Interne, caratterizzate dal progressivo spopolamento.

Continuità ospedale-territorio

Previsione di un **ospedale di comunità**, una struttura con 15-20 posti letto, gestita da 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. Esso 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.

Previsione di **presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate**. 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.

Assistenza e integrazione sociosanitaria

Nelle aree interne sono stati rilevati livelli sub-ottimali di accesso all'**Assistenza Domiciliare Integrata** da parte della popolazione anziana residente, ne deriva la necessità di un maggiore avvicinamento dei servizi sanitari alla persona.

Si rileva, pertanto, l'esigenza di una collaborazione tra distretti sanitari ed ambiti sociali. A tale 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.

1.1 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. Il Ministero della Salute, con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ha promosso alcuni progetti per l'umanizzazione volti alle problematiche relative alla presa in carico e all'assistenza del malato e della sua famiglia.

1.2 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, con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta.

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.

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.

1.3 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.

In particolare la telemedicina concorre a sostenere modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino. Le prestazioni in telemedicina non sostituiscono le prestazioni sanitarie tradizionali nel rapporto medico-paziente, ma le integrano per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza ed appropriatezza, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto nella gestione della cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Il Ministero della Salute si è fatto promotore dell'attuazione del Piano Nazionale Banda Larga, il cui obiettivo è quello di eliminare le barriere infrastrutturali, nonché del Progetto Strategico Banda Ultralarga, finalizzato ad accelerare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda digitale europea.

In tal modo sarà possibile realizzare, anche nelle Aree Interne, reti telematiche a supporto delle nuove forme di aggregazione monoprofessionali e multiprofessionali delle cure primarie e offrire ai cittadini delle predette aree servizi sanitari digitali quali la ricetta medica de-materializzata, la prenotazione delle prestazioni e la consegna dei referti on-line, nonché garantire l'accesso al proprio Fascicolo sanitario elettronico.

2. Interventi Innovativi

Dall'analisi in campo e dal confronto con gli operatori dei servizi sanitari è stato possibile trarre azioni innovative sperimentabili nelle singole aree progetto selezionate dalla Strategia Aree Interne. Si riportano alcuni esempi:

- **L'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
- La diffusione di **strumenti di teleassistenza per anziani soli vulnerabili**, che rappresentano interventi socioassistenziali 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 servizi che 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 e il ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- 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.
- I **Punti di Salute**, ovvero l'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.
- La diffusione di **defibrillatori semiautomatici esterni e di programmi di formazione per il loro utilizzo** rivolti a personale non sanitario, svolti in accordo con il sistema 118 regionale e con il concorso delle associazioni di volontariato sanitario e, eventualmente, delle farmacie territoriali.