



## Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012, 2013.

Rep. Atti n. 146/CSR del 30 luglio 2015

### LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 30 luglio 2015:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati del Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

VISTO il comma 34bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede quanto segue: "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata”;

VISTA la nota in data 20 maggio 2015, diramata alle Regioni e Province autonome in data 25 maggio 2015, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di ripartizione delle quote vincolate di cui all'oggetto;

VISTA la richiesta delle Regioni e Province autonome, in data 12 giugno 2015, di convocazione di una riunione per il 16 giugno 2015 al fine di condurre approfondimenti tecnici sull'argomento;

VISTA la lettera in data 15 luglio 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione della proposta di ripartizione delle quote vincolate di cui trattasi, modificata alla luce delle osservazioni esposte nel corso della predetta riunione tecnica;

VISTA la nota in data 20 luglio 2011, con la quale questo Ufficio di Segreteria ha provveduto alla diramazione del suddetta nuova proposta alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota del 29 luglio 2009, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, di cui all'allegato sub A, parte integrante del presente atto, relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012 e 2013, allegato sub B, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE  
Gianclaudio Bressa



Al. A

# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO IV

## Proposta di deliberazione per il CIPE

**Oggetto: FSN 2011, 2012 e 2013 – Assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal Piano sanitario nazionale 2006-2008 ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662., per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso**

La deliberazione CIPE n.16/2012 del 20 gennaio 2012 (G.U. n.98 del 27 aprile 2012) ha approvato la ripartizione delle risorse vincolate per l'anno 2011 e l'accantonamento di € 28.000.000, di cui € 26.000.000 per il finanziamento di progetti interregionali da approvarsi successivamente dalla Conferenza Stato Regioni, su proposta del Ministro della Salute, e € 2.000.000 per il finanziamento di progetti regionali in materia di controlli sulla contaminazione da diossine.

L'importo di € 26.000.000 accantonato nella appena citata delibera deve, come indicato nell'Intesa del 20 aprile 2011, n. 83/CSR, essere utilizzato per la realizzazione di progetti in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, nonché per un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari.

Con la deliberazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 (Rep. Atti n. 20/CSR), relativa al finanziamento del progetto interregionale "Portale della trasparenza dei servizi per la salute" è stato deliberato l'utilizzo di una quota di 6.000.000,00 di euro a valere sulla somma complessiva di 26.000.000,00 di euro accantonata con la predetta delibera CIPE n.16 del 20 gennaio 2012;

Il Ministro della Salute, con la nota GAB n. 7586 del 21 settembre 2012, ha trasmesso alla Commissione Salute la proposta di un progetto interregionale in materia di ottimizzazione della assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, riservando per la realizzazione di questo progetto una quota di € 20.000.000 su quelli accantonati con la citata delibera CIPE del 20 gennaio 2012.

La deliberazione CIPE n.142/2012 del 21 dicembre 2012 ha accantonato, per le medesime finalità, ulteriori € 4.000.000, a valere sulle somme destinate al finanziamento per gli obiettivi di piano sanitario per l'anno 2012.

Nella proposta di deliberazione per il CIPE relativa alle somme destinate al finanziamento per gli obiettivi di piano sanitario per l'anno 2013, su cui è stata espressa l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 20 febbraio 2014, sono stati vincolati, in aggiunta ai precedenti, altri € 3.000.000 per le finalità in parola.

Con la nota n. 442885 del 3 ottobre 2012, la Commissione Salute ha individuato nelle regioni Sicilia, Toscana e Veneto le regioni capofila per le tre aree geografiche (Nord-Centro-Sud) ai fini della realizzazione degli interventi nei macro-livelli coinvolti, ovvero,

- 1) Strutture assistenziali territoriali;
- 2) Sistema di emergenza-urgenza;
- 3) Strutture ospedaliere viciniori.

Le Regioni capofila hanno predisposto, di concerto con il Ministero della Salute e la Commissione salute del Coordinamento delle Regioni, il progetto-pilota che costituisce la linea programmatica di riferimento cui le regioni interessate dovranno attenersi nella predisposizione dei singoli progetti attuativi. Detto progetto viene allegato alla presente Intesa e ne forma parte integrante.

Le Regioni capofila hanno il compito di coordinare e supportare le Regioni nella predisposizione ed esecuzione dei progetti regionali garantendo che questi ultimi siano coerenti con quanto disposto nel progetto-pilota. Le Regioni predispongono le relazioni necessarie ai fini dell'erogazione delle somme oggetto della presente proposta.

I progetti regionali, approvati con delibera regionale o altro atto equivalente, devono essere presentati, entro sessanta giorni dalla data di deliberazione del CIPE, alla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute. In caso di mancata presentazione del progetto entro il predetto termine o di valutazione negativa del progetto o delle relazioni da parte del Ministero della Salute, le risorse non assegnate verranno redistribuite tra le regioni partecipanti secondo i criteri individuati per il riparto.

Ciascuna Regione presenterà un unico progetto che dovrà riportare:

- a) una sintesi dei contenuti;
- b) un'analisi del contesto (motivazioni, ambito d'intervento, criticità da superare);
- c) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
- d) l'articolazione del progetto (piano operativo con l'indicazione delle azioni, dei tempi e dei soggetti coinvolti);
- e) gli indicatori numerici che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto ;
- f) costi del progetto e dimostrazione della sostenibilità, nel tempo, degli interventi messi in atto con le risorse della quota indistinta del fondo sanitario nazionale.

Come richiesto dalla Commissione Salute, con nota n. 383004 del 13 settembre 2013, le disponibilità vengono divise per il 70% per le regioni dove sono presenti isole minori, per il restante 30 % vengono destinate alle regioni con località caratterizzate da particolari difficoltà di accesso. La ripartizione delle somme avviene in base alle quote di accesso del riparto della quota indistinta delle disponibilità per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'intero iter attuativo dei progetti dovrà concludersi entro tre anni a decorrere dalla data di approvazione della delibera CIPE di assegnazione delle somme.

Alla luce di quanto predetto, si propone di ripartire le risorse come nella allegata tabella di riparto e, precisamente, come segue:

- 1) € 600.000, da destinare in quote di € 200.000 cadauna, alle Regioni capofila per l'attività di redazione del progetto pilota e di coordinamento ed affiancamento alle Regioni per la realizzazione dei singoli progetti regionali, nonché per le attività di collegamento e relazione verso il Ministero della Salute e gli altri enti centrali.
- 2) € 26.400.000 per il finanziamento dei progetti regionali, così suddivisi:



- a) € 18.480.000 per le isole minori, composti per € 13.580.000 da somme a valere sul FSN 2011, per € 2.800.000 da somme a valere sul FSN 2012 e per € 2.100.000 da somme a valere sul FSN 2013.
- b) € 7.920.000 per le località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, composti da € 5.820.000 da somme a valere sul FSN 2011, per € 1.200.000 da somme a valere sul FSN 2012 e per € 900.000 da somme a valere sul FSN 2013.

L'erogazione dell'acconto, pari al 50% delle somme vincolate per l'anno 2011, comprensivo della quota per l'attività di coordinamento delle Regioni capofila, pari a € 10.300.000 (colonna aa) sarà erogato all'atto della deliberazione del CIPE.

L'erogazione di un ulteriore 30 % delle somme vincolate per l'anno 2011, pari a € 5.820.000 (colonna ab) sarà erogato dopo la positiva valutazione dei progetti da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato -Regioni del 23 marzo 2005.

L'erogazione del rimanente 20% delle somme vincolate per l'anno 2011, pari a € 3.880.000, della intera somma vincolata per l'anno 2012, pari a € 4.000.000 e dell'intera somma vincolata per l'anno 2013, pari a € 3.000.000, per un totale di € 10.880.000 (colonna af), sarà erogata a titolo di saldo al verificarsi di tali condizioni:

- i) valutazione positiva della relazione finale sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, da trasmettere al Ministero della Salute entro tre anni a decorrere dalla data di approvazione della delibera CIPE di assegnazione delle somme;
- ii) dimostrata sostenibilità a regime degli interventi messi in atto nell'ambito dei singoli progetti regionali, con le risorse della quota indistinta del fondo sanitario nazionale

L'esito della valutazione delle predette condizioni dovrà essere trasmesso a cura della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato -Regioni del 23 marzo 2005, per la relativa approvazione.

Roma,

IL MINISTRO  
*Roberto Perino*

Prospetto di assegnazione delle somme

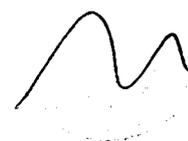
Regioni	Da erogare alla delibera CRE di approvazione $aa=(h^*0,5)+a$	Da erogare alla positiva valutazione dei progetti $ab=(h^*0,3)$	Da erogare alla positiva valutazione dei risultati ottenuti					$ae=aa+ab+af$
			Da erogare al 20 % su FSN 2011 $ac=(h^*0,2)$	Da erogare al 100% su FSN 2012 $ad=p$	Da erogare al 100% su FSN 2013 $ae=w$	Totale $af=ac+ad+ae$	TOTALE GENERALE ASSEGNATO	
	Primo acconto Pari al 50% su FSN 2011 (comprensivo della intera quota spettante alle capifila)	Secondo acconto Pari al 30% su FSN 2011	Pari al 20 % su FSN 2011	Pari al 100% su FSN 2012	Pari al 100% su FSN 2013	Totale		
PIEMONTE	254.715	152.829	101.886	104.709	78.691	285.286	692.830	
LOMBARDIA	549.864	329.918	219.946	227.604	170.720	618.269	1.498.052	
VENETO	1.717.459	910.475	606.983	625.931	471.693	1.704.607	4.332.541	
LEIGURIA	97.688	58.613	39.075	40.023	29.326	108.424	264.724	
E. ROMAGNA	250.818	150.491	100.327	103.571	77.918	281.816	683.124	
TOSCANA	1.386.532	711.919	474.613	489.038	367.194	1.330.845	3.429.295	
UMBRIA	51.597	30.958	20.639	21.276	15.967	57.883	140.439	
MARCHE	88.883	53.330	35.553	36.585	27.604	99.743	241.955	
LAZIO	1.754.341	1.052.604	701.736	725.851	538.280	1.965.867	4.772.812	
ABRUZZO	75.596	45.357	30.238	31.093	23.316	84.648	205.601	
MOLISE	18.391	11.034	7.356	7.538	5.613	20.506	49.931	
CAMPANIA	1.748.217	1.048.930	699.287	719.915	539.060	1.958.263	4.755.410	
PUGLIA	1.241.503	744.902	496.601	511.298	386.357	1.394.257	3.380.662	
BASILICATA	33.028	19.817	13.211	13.534	10.173	36.918	89.762	
CALABRIA	111.318	66.791	44.527	45.757	34.151	124.435	302.543	
SICILIA	920.053	432.032	288.021	296.276	223.935	806.232	2.160.317	
Totale	10.300.000	5.820.000	3.880.000	4.000.000	3.000.000	10.890.000	27.000.000	

**Progetto pilota per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle**

**Isole Minori e Località caratterizzate da difficoltà di accesso**

**Luglio 2014**

PREMESSA.....	2
INTRODUZIONE.....	3
FINALITÀ DEI PROGETTI REGIONALI.....	3
ANALISI DELLA SITUAZIONE.....	4
Contesto.....	4
Target.....	4
Punti di debolezza dell'assistenza sanitaria.....	5
Punti di Forza dell'assistenza sanitaria.....	5
MODELLO DI ANALISI EPIDEMIOLOGICA.....	6
Osservazioni.....	12
OBIETTIVI.....	12
TELEMEDICINA.....	12
LINEE DI INDIRIZZO.....	13
MODELLO PER LE "STRUTTURE ASSISTENZIALI TERRITORIALI".....	13
Isola/zona disagiata tipo "A" (assistenza di I livello).....	14
Dotazione organica minima.....	15
Percorso formativo.....	16
Isola/zona disagiata tipo "B" (assistenza di II livello).....	16
MODELLO PER IL "SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA" E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO.....	17
Punto di Primo Intervento di Base – PPI-B.....	17
Punto di Primo Intervento Avanzato – PPI-A.....	18
Elisoccorso.....	18
Elisuperfici.....	19
Soccorso terrestre.....	19
Formazione.....	20
Soccorso navale.....	20
Autosoccorso.....	20
MODELLO PER LE "STRUTTURE OSPEDALIERE".....	20
Dotazione Tecnologica.....	21
Percorso nascita.....	22
PROTOCOLLI OPERATIVI PER TRASPORTO FARMACI E TRASFERIMENTO PAZIENTI.....	22
INDICATORI.....	22
Tabella 1.....	23
Tabella 2.....	24



## **PREMESSA**

Il Ministero della Salute, con nota del 17.10.2012, ha trasmesso alla Commissione Salute gli indirizzi progettuali di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole Isole e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso affidando a tre regioni capofila (Veneto, Toscana e Sicilia) il compito di predisporre **il progetto pilota "Isole Minori e Località caratterizzate da difficoltà di accesso"** che, nella fattispecie, si articola in tre aree:

1. Assistenza Territoriale, redatto a cura della Regione Sicilia.
2. Integrazione ospedale-territorio, redatto a cura della Regione Toscana.
3. Emergenza-Urgenza, redatto a cura della Regione Veneto.

La necessità di predisporre tale progetto nasce dalla considerazione che il SSN ha, tra i compiti, quello di assicurare ai cittadini, 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, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali, al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Tali indicazioni assumono un'ulteriore valenza, in coerenza con quanto stabilito dal trattato di Lisbona, laddove inserite in un contesto socio-sanitario "difficile" quale quello presente nelle isole minori e località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, come le località montane, che per la loro peculiarità possono essere considerate quale laboratorio anche per sperimentare nuovi modelli organizzativi assistenziali, in accordo con le autorità sanitarie locali. E' noto, infatti, che in determinate zone del Paese, in particolare nelle *"Isole Minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso"*, l'offerta di salute può risultare non idonea rispetto alle necessità, con conseguente rischio di discriminazione delle popolazioni per la difficoltà di accesso nella fruizione di appropriati livelli di assistenza. Tali zone rispondono alle caratteristiche di zona disagiata perché ubicate a distanza superiore ai **60 minuti** dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di livello superiore e/o per condizioni meteorologiche che impediscono, o quanto meno rendono difficoltosi, i collegamenti con la terra ferma.

Il presente lavoro è il frutto di collaborazione tra il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, la Commissione Salute e le tre Regioni capofila: Veneto, Toscana e Sicilia.

## **INTRODUZIONE**

Il **progetto pilota** intende fornire indicazioni per la predisposizione di progetti regionali finalizzati al "miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole e in località caratterizzate da difficoltà di accesso alle strutture sanitarie", mediante l'ottimizzazione delle risorse disponibili e dell'eventuale relativa implementazione.

Il percorso delineato dal progetto parte dall'analisi delle risorse presenti e delle attività svolte, rileva le criticità presenti, definisce il fabbisogno, fino ad individuare alcuni modelli organizzativi per le tre aree assistenziali, territoriale, ospedaliera e di emergenza, nonché un set di indicatori di monitoraggio.

Nella consapevolezza che non potranno essere esaustivi per la variabilità delle situazioni presenti sull'intero territorio nazionale, tali modelli rappresentano modalità organizzative che le regioni, nel rispetto della propria autonomia, potranno considerare di riferimento.

L'obiettivo da raggiungere rimane comunque il miglioramento della qualità dell'assistenza in tali aree per la popolazione residente e turistica.

## **FINALITÀ DEI PROGETTI REGIONALI**

I progetti regionali in materia di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole e in località caratterizzate da difficoltà realizzati con le risorse all'uopo dedicate, concorrono alla risposta di esigenze di superiore ordine sociale ed economico avendo lo scopo primario di *"rinforzare la capacità di accoglienza delle zone soggette a forte oscillazione nell'incremento dei residenti in base a flussi turistici e della relativa pressione sulle strutture sanitarie locali e la capacità di risposta dei servizi di emergenza-urgenza che dovranno avere pertanto dimensioni modulabili [...]"*, in quanto *"in alcune di queste realtà la popolazione residente è dispersa dal centro abitato [...]"* e perché *"l'adeguata risposta sanitaria è un piccolo, non unico ma essenziale, tassello per fermare l'esodo da queste realtà e non disperdere un prezioso tessuto sociale, economico e di solidarietà che ha radici profonde e lontane dal Paese"*.

## **ANALISI DELLA SITUAZIONE**

### **Contesto**

Per effettuare una corretta analisi della situazione, occorre prima di tutto valutare le tipologie di territori che rientrano nell'ambito delle c.d. aree caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso o meglio individuate in letteratura come "marginali" e il target della popolazione di riferimento, anche in relazione al progressivo invecchiamento, che come espresso negli indirizzi progettuali *"fa crescere il bisogno di una sanità sempre più tempestiva ed efficiente, tanto più sentito nelle popolazioni di aree marginali"* ove non sono garantibili i livelli essenziali di assistenza, non fosse altro per le difficoltà dei collegamenti, che nelle Isole e nelle comunità alpine, ad esempio, sono spesso interrotti in determinati periodi dell'anno.

Si evidenzia come *l'Organizzazione Mondiale della Sanità* affronti con un approccio specifico le problematiche sanitarie delle piccole isole in quanto hanno molte caratteristiche peculiari che costituiscono una particolare sfida per la pianificazione sanitaria.

Ogni isola, infatti, occupa una speciale nicchia in una matrice multidimensionale di grandezza, distanza dalla terraferma, clima, popolazione, ricchezza e misura di isolamento culturale, sia che essa sia un'isola singola sia che faccia parte di un arcipelago.

Occorre quindi assicurare ai cittadini, 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.

### **Target**

Il target è rappresentato dalla popolazione residente nelle Isole minori nonché nei comuni montani dell'entroterra regionale coperti da viabilità non adeguata e pertanto caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, ove anche la popolazione residente è spesso lontana dal centro abitato, in abitazioni isolate, non semplici da raggiungere anche nelle condizioni più favorevoli.

Si tratta di aree ove nella maggior parte dei casi si va verso una riconversione dei Presidi Ospedalieri, in adempimento della normativa, e ove è in attuazione la riduzione dei Punti Nascita, per effetto dell'accordo Stato/Regioni del 16.12.2010.

La popolazione ufficiale, che ha residenza nel comune individuato come "marginale", può subire inoltre variazioni stagionali a seguito della vocazione turistica che caratterizza spesso queste località.

In tali territori l'assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriali è garantita in maniera disomogenea, con notevoli differenze sia in termini qualitativi (discipline presenti) che quantitativi (ore svolte).

Pertanto, si definiscono come aree di interesse del presente progetto:

**Le Isole minori e le Zone disagiate caratterizzate da tempi di accesso alla Rete Ospedaliera superiori ai sessanta minuti, non compatibili con una adeguata erogazione delle prestazioni di emergenza-urgenza e specialistiche.**

***Punti di debolezza dell'assistenza sanitaria***

- i MMG e i PLS che non hanno abituale dimora in tali aree e spesso incontrano difficoltà nella gestione dei propri pazienti;
- la specialistica ambulatoriale che non soddisfa spesso il bisogno di salute degli abitanti;
- l'emergenza garantita tramite elisoccorso che è condizionata spesso dalle condizioni meteorologiche;
- i percorsi formativi specifici rivolti al personale di guardia medica che risultano spesso carenti;
- il reclutamento di personale sanitario che avviene con difficoltà;
- l'isolamento professionale degli operatori sanitari;
- la rimodulazione dei punti nascita da effettuare in adempimento dell'accordo del 16 dicembre 2010;
- i disagi, anche economici, per gli utenti e le loro famiglie a causa del trasferimento verso presidi ospedalieri sulla terra ferma per specifici trattamenti (chemioterapici, radioterapici, dialisi) e/o erogazione di presidi sanitari e farmaci;
- la difficoltà nella gestione dei malati terminali.

***Punti di Forza dell'assistenza sanitaria***

- l'impiego della telemedicina, in particolar modo nei casi di emergenza urgenza e per la gestione territoriale di situazioni croniche quale il diabete mellito, la terapia anticoagulante orale, le nefropatie croniche.
- la disponibilità di diverse tipologie di mezzi di soccorso.

## MODELLO DI ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Non essendo stati reperiti in letteratura dati epidemiologici riferibili alle aree con difficoltà di accesso, si ritiene utile proporre il modello di analisi epidemiologica, sotto rappresentato, tratto dallo studio del dott. Ranieri Guerra per l'Istituto Superiore di Sanità - 2011.

Lo studio, che si pone quale obiettivo, fra l'altro, quello di effettuare una geo-proiezione territoriale del cittadino nel suo contesto residenziale per la determinazione del fabbisogno sanitario potrà essere un utile strumento che ogni Regione potrà utilizzare al momento della progettazione delle azioni previste nei propri territori.

A tal fine i parametri ritenuti utili sono quelli riportati nelle tabelle (a-f) seguenti:

a) **Classi di età della popolazione residente di riferimento:**

CLASSE DI ETÀ	Località n.1 caratterizzata da difficoltà di accesso	Località n.2 caratterizzata da difficoltà di accesso	Località n.3 caratterizzata da difficoltà di accesso	Località n. x caratterizzata da difficoltà di accesso	TOTALE COMPLESSIVO
0<1					
1-4					
5-14					
15-44					
45-64					
65-74					
75+					
TOTALE					

**b) Dati sulla mortalità per classi di età della popolazione residente di riferimento per il triennio 2009-2011:**

	2009		2010		2011		2012	
	Popolazione	Casi x 1000						
0-4								
5-14								
15-44								
45-64								
65-74								
75+								
Totale complessivo								

**c) Tasso annuo di mortalità per causa con le relative prevalenze della popolazione residente di riferimento per il triennio 2009-2011:**

	2009		2010		2011	
	Casi	x 1000	Casi	x 1000	Casi	x 1000
Tumori maligni del bronco o polmone						
Cardiopatía ipertensiva non specificata						
Cardiopatía ischemica cronica non specif						
Demenza senile, non complicata						
Tumori maligni dello stomaco, non specif						
Arresto cardiaco arresto cardiorespiratorio						
Tumori maligni della mammella (della donna)						
Bronchite cronica ostruttiva						
Diabete con complicanze circolatorie						
Infarto miocardico acuto a sede non spec						
Non codificato						

**d) La distribuzione per età e per numero di prescrizioni farmaceutiche della popolazione residente di riferimento per il triennio 2009-2011:**

	2009	2010	2011	Totale
<b>&lt; 3 ricette</b>				
0<1 anni di età				
1-4				
5-14				
15-44				
45-64				
65-74				
75+				
<b>3 - 5</b>				
0<1				
1-4				
5-14				
15-44				
45-64				
65-74				
75+				
<b>6 - 10</b>				
0<1				
1-4				
5-14				
15-44				
45-64				
65-74				
75+				
<b>&gt; 10</b>				
0<1				
1-4				
5-14				
15-44				
45-64				
65-74				
75+				
<b>TOTALE</b>				

**e) Numero di ricoveri ordinari per Comune di residenza per il triennio 2009-2011:**

										TASSO PER 1000 ASSISTITI									
	2009			2010			2011			Assistiti	2009			2010			2011		
	F	M	TOT	F	M	TOT	F	M	TOT		F	M	TOT	F	M	TOT	F	M	TOT
Località caratterizzata da difficoltà di accesso 1																			
Località caratterizzata da difficoltà di accesso 2																			
Località caratterizzata da difficoltà di accesso 3																			
Località caratterizzata da difficoltà di accesso n.																			
Totale																			

**f) Casistica dei ricoveri per il triennio 2009-2011\*:**

TUTTA LA CASISTICA residenti (per causa)	2009	%	x1000	2010	%	x1000	2011	%	x1000	TOTALE	%	x1000
70 otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta'<18												
391 neonato normale												
134 ipertensione												
410 chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta												
39 intervento sul cristallino con o senza vitrectomia												
183 esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie apparato dirigente, eta'>17, senza cc												
383 altre diagnosi parto con complicazioni mediche												
373 parto vaginale no cc												
371 taglio cesareo no cc												
301 malattie endocrine no cc												
369 disturbi mestruali et altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile												
127 insufficienza cardiaca e shock												
381 aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazioneo isterotom.												
88 malattia polmonare cronica ostruttiva												
294 diabete, eta'>35												
15 attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali												
<b>TOTALE</b>												

\* I parametri suggeriti sono da considerare come indicativi e possono essere incrementati con altre tipologie di rilevamento che ogni singola Regione ritiene utile.

**g) % dei vaccinati sul totale dei soggetti da vaccinare per singola area\*:**

Vaccino	Nascita %	3° mese %	5° mese %	6° mese %	11° mese %	13° mese %	15° mese %	5-6 anni %	11-18 anni %	> 65 anni %	Ogni 10 anni %
Difterite-Tetano- Pertosse		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa1	dTpa		dT2
Poliomielite		IPV	IPV		IPV			IPV			
Epatite B	HBV3	HBV	HBV		HBV						
Haemophilus Influenzae b		Hib	Hib		Hib						
Morbillo-Parotite- Rosolia						MPR		MPR	MPR4		
Pneumococco		PCV	PCV		PCV						
Meningococco C						Men C5			Men C5		
Infezione papillomavirus umano									HPV6 (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella											

\*Tale tabella può essere completata da una seconda che contempla il rapporto fra le singole aree in esame nella medesima Regione.

**h) Tabella degli screening\*:**

Tipo screening	N. inviti	% copertura pop. target	N. test	% adesione	Tasso identificazione
Tumore della mammella					
Cervicocarcinoma					
Tumore del colon - retto					

\* Si suggerisce una compilazione per singola area, che può essere completata con un confronto con i dati della Regione.

## Osservazioni

Relativamente ai parametri presi in esame dallo studio menzionato, si consiglia per la compilazione di:

- utilizzare il codice di diagnosi ICD IX CM per le tabelle c) ed f),
- inserire i dati dell'anno 2012 se disponibili per le tabelle b), c), d), e).

Ai fini della determinazione del fabbisogno assistenziale della popolazione, ad integrazione dei parametri precedentemente riportati, è necessario rilevare le informazioni (dati di attività, n. assistiti, personale dedicato) relativi a: medicina generale, pediatria, specialistica ambulatoriale ed emergenza sanitaria territoriale.

## OBIETTIVI

L'**obiettivo generale** che si intende perseguire con l'elaborazione del presente progetto, redatto sotto forma di linea guida, è quello di garantire, alle popolazioni delle isole minori e a quelle di aree territoriali caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, l'adozione di un modello di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria.

Tale obiettivo generale si persegue attraverso il raggiungimento dei seguenti **obiettivi specifici**:

- Facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie mediante l'adozione di modelli organizzativi che ne garantiscano l'appropriatezza. Ciò si ottiene mediante l'integrazione fra i servizi di Continuità Assistenziale (C.A.), l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza primaria (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali), la formazione e la rotazione del personale sanitario.
- Mettere in sicurezza i Punti Nascita, con definizione dei percorsi nascita per la presa in carico della donna e del bambino fin dal concepimento.
- Potenziare il sistema di emergenza sanitaria territoriale, anche tramite l'ampliamento del servizio di elisoccorso, la dotazione di imbarcazioni di soccorso e trasporto sanitario, la definizione di accordi con la Capitaneria di Porto per l'utilizzo delle motovedette.
- Favorire l'integrazione fra prevenzione, assistenza territoriale ed ospedaliera, supportata da sistemi di informatizzazione e di telemedicina.

## TELEMEDICINA

Il servizio di telemedicina, partendo dall'esperienza maturata negli ultimi sei anni, attraverso il "Progetto Ministeriale Eolinet" - sistema di telemedicina strutturato nell'arcipelago Eoliano - (teleanalisi, telecardiologia, teleconsulto, sincrono ed asincrono, attivazione di protocolli terapeutici), ha dimostrato la sua efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di salute in tali aree. Infatti, attraverso la telemedicina il Servizio Sanitario è in grado di:

- intercettare i bisogni di salute e farsene carico, riservando il ricorso al ricovero ospedaliero ai soli casi indifferibili;
- offrire una più efficace attività diagnostica e terapeutica, attraverso strumenti informatici per il teleconsulto e la seconda opinione;
- trattare tempestivamente alcune tipologie di eventi acuti;
- gestire il monitoraggio del paziente cronico;
- fornire uno strumento di confronto diagnostico e professionale al personale medico coinvolto;
- far viaggiare il più possibile le informazioni e non i pazienti e gli operatori.

Tale sistema, a regime, potrà garantire:

- tele analisi;
- tele cardiologia;
- tele radiologia;
- teleconsulto neurochirurgico e neurologico;
- tele monitoraggio materno-fetale;
- teleconsulto sincrono ed asincrono;
- portale informativo;
- portale FAD;
- sistema di partecipazione del cittadino alle politiche della salute locale.

## **LINEE DI INDIRIZZO**

Le aree assistenziali, nell'ambito delle quali il progetto intende sviluppare azioni di miglioramento, sono l'assistenza territoriale, ospedaliera e in emergenza urgenza.

Pertanto, di seguito vengono riportati i modelli di miglioramento da adottare con le indicazioni relative agli interventi per la realizzazione di ciascuno di essi.

### **MODELLO PER LE "STRUTTURE ASSISTENZIALI TERRITORIALI"**

Nell'area dell'assistenza territoriale deve essere garantita, con la necessaria flessibilità organizzativa, la continuità assistenziale, anche in considerazione delle criticità evidenziate.

A tal fine vengono individuate due tipologie di assistenza da garantire nelle zone caratterizzate da disagi nell'accesso ai servizi sanitari per aspetti legati all'orografia del territorio:

- ISOLA/ZONA DISAGIATA TIPO "A" (assistenza di I livello) in cui non sono presenti le strutture ospedaliere, i collegamenti con la terra ferma o con le strutture ospedaliere risultano mediamente difficili e si riscontra un medio afflusso turistico rispetto alla popolazione residente. Tali aree disagiate sono quelle che si riscontrano più frequentemente a livello nazionale.

- ISOLA/ZONA DISAGIATA TIPO "B" (assistenza di II livello) in cui sono presenti strutture ospedaliere, i collegamenti sono mediamente sufficienti e si riscontra un elevato afflusso turistico rispetto alla popolazione.

***Isola/zona disagiata tipo "A" (assistenza di I livello)***

La struttura sanitaria di riferimento per le aree disagiate di **tipo A** è il **Punto di Salute (PdS)**, operativo H24, dove operano in particolare il Medico di Medicina Generale e il Medico di Continuità Assistenziale.

Tale organizzazione deve essere definita anche mediante protocolli operativi e linee-guida condivise che prevedano il coinvolgimento funzionale dei MMG e dei MCA, nonché dei Medici di Emergenza Territoriale (MET), e deve essere regolamentata dagli accordi sindacali di categoria.

I MMG operanti nelle aree individuate nel presente atto dovranno pertanto aderire alla organizzazione territoriale specifica ed, in particolare, alle Associazioni Funzionali Territoriali (AFT), condividendone sia i percorsi formativi sia i percorsi assistenziali.

In realtà insulari unicomunali la istituzione di una struttura sanitaria di riferimento di tipo "A" dev'essere correlata al numero di residenti stanziali presenti tutto l'anno, che convenzionalmente si stabilisce non potrà essere inferiore a n. 1000 abitanti (equivalente al valore del rapporto ottimale 1 MMG per 1000 abitanti). Per fattispecie diverse, con una popolazione residente inferiore al limite previsto (1000 abitanti) occorre prevedere dei modelli operativi flessibili e graduati per intensità dell'assistenza necessaria, che vanno potenziati durante il periodo di maggior flusso turistico e quindi di presenze. Convenzionalmente tale periodo deve

intendersi dal 1° Maggio al 30 settembre.

In realtà insulari dove sono presenti più comuni vicini, si potrà prevedere l'allocazione in unica struttura dell'offerta dei servizi sanitari previsti.

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 cronic-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 saranno disciplinate in accordo con l'autorità sanitaria locale e l'Azienda sanitaria di riferimento, in relazione alle classi di età del target, utilizzando il servizio CUP.

In tale Presidio possono trovare collocazione:

- i servizi di telediagnosi e teleconsulto (es. postazioni di tele analisi tramite Point of Care Testing, telecardiologia);
- il punto di accesso ai servizi clinici informatizzati (es. cartella clinica);
- il portale FAD per i medici;
- alcuni strumenti di informazione per i cittadini, come ad esempio un portale dedicato;
- il sistema di riscossione del ticket, tramite lottomatica o sistema di pagamento P.O.S.

Nel Punto di Salute dovrà essere presente il Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE) oltre alla consueta dotazione di attrezzature e farmaci.

In realtà insulari unicomunali, nei periodi di minor affluenza, da definire in relazione alle presenze effettive, il personale impiegato per garantire l'assistenza, dovrà obbligatoriamente completare uno specifico percorso formativo di accesso e aggiornamento secondo quanto previsto nella sezione "percorso formativo.

Nelle località a maggiore densità abitativa, in aggiunta all'offerta sanitaria sopradescritta, sulla base dei dati epidemiologici, dovranno essere garantiti:

- per quanto attiene alla telemedicina:
  - o il tele monitoraggio materno-fetale (Telecardiotocografia con rilevamento dei parametri vitali materni);
  - o la telediagnostica per immagine, Radiologica ed Ecografica.
- per quanto attiene alla specialistica le prestazioni di:
  - o ginecologia,
  - o cardiologia,
  - o pediatria.

In ogni caso, le branche specialistiche devono essere garantite in base alle singole programmazioni regionali e modulate in termini qualitativi (discipline) e quantitativi (ore), in relazione ai bisogni di salute emersi e ai dati epidemiologici.

Deve essere assicurato il collegamento tra i diversi livelli assistenziali secondo il modello Hub e Spoke.

#### **Dotazione organica minima**

Fermo restando la flessibilità organizzativa e compatibilmente con le risorse del SSR, è

necessario prevedere nei Punti di Salute, dei territori individuati come tipologia A, la presenza contestuale H24 di almeno un medico ed un infermiere, al fine di consentire una maggiore disponibilità di servizi e prestazioni, ivi compresa la telemedicina.

Nelle località soggette a flussi turistici stagionali dovrà essere garantita la presenza della Guardia Medica Turistica in h 24, per i periodi di maggior afflusso, estivo o invernale.

L'attività della Guardia Medica Turistica deve essere integrata con quella degli altri operatori presenti e dovrà essere garantita nella stessa struttura.

### **Percorso formativo**

Per il personale sanitario che presta servizio all'interno della struttura di tipologia A occorre prevedere uno specifico percorso formativo di accesso e di aggiornamento, anche mediante moduli formativi a distanza (FAD) secondo la normativa ECM, 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.

### ***Isola/zona disagiata tipo "B" (assistenza di II livello)***

Nelle aree in cui sono presenti le strutture ospedaliere, in presenza di collegamenti mediamente sufficienti e con elevato afflusso turistico, occorre riorganizzare i servizi territoriali in funzione della presenza dell'ospedale stesso.

Si tratta di valutare la possibilità di concentrare in un unico punto tutte le risorse umane e tecnologiche disponibili, prevedendo laddove possibile la presenza dei servizi territoriali in locali (ad es. dismessi) della stessa struttura ospedaliera o in una struttura adiacente, in una logica organizzativa che possa garantire una continuità di assistenza tra le due aree.

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.

La programmazione di tali aree deve prevedere anche una riorganizzazione funzionale che tenga conto, ad esempio per le discipline specialistiche, della necessità di rimodulare l'offerta in termini quantitativi e di ore di attività da assicurare, sulla base di dati epidemiologici e in correlazione all'incremento dei flussi turistici.

Tuttavia, laddove l'area interessata risulti particolarmente estesa, oltre alla suddetta organizzazione può essere prevista la presenza di uno o più Punti di Salute o di PPI.

## **MODELLO PER IL "SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA" E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO**

I Punti di Primo Intervento, fermo restando che tali strutture nelle piccole isole e nelle aree territoriali ad accesso eccezionale sono parte integrante del nuovo modello di C.A. che intercetta i bisogni e se ne fa carico, possono essere articolati in due livelli: Base (PPI-B) e Avanzato (PPI-A), le cui funzioni ed organizzazione sono di seguito descritte:

- **I PPI-B** fungono da base di soccorso territoriale, medicalizzata, garantiscono l'assistenza alle persone che si presentano spontaneamente, procedono alla stabilizzazione ed al trasporto dei pazienti al Pronto Soccorso competente, nonché all'erogazione di prestazioni sanitarie minori.
- **I PPI-A** sono collocati presso una struttura ospedaliera o ambulatoriale che non costituisce nodo della rete di emergenza-urgenza e garantisce, oltre a tutte funzioni del PPI-B, anche attività di accoglimento, diagnosi e trattamento delle patologie che non richiedono l'immediato trasporto al Pronto Soccorso, inclusa l'osservazione breve.

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.

### ***Punto di Primo Intervento di Base – PPI-B***

Il Punto di Primo Intervento di Base garantisce le seguenti funzioni:

a. essenziali:

- base di soccorso territoriale, medicalizzata;
- assistenza alle persone che si presentano spontaneamente;
- stabilizzazione e trasporto dei pazienti al Pronto Soccorso competente;
- diagnostica di base per screening delle patologie maggiori;
- erogazione di prestazioni sanitarie minori.

*Le funzioni essenziali devono essere garantite in tutti i PPI-B.*

b. aggiuntive:

- accoglimento delle patologie minori trasportate dall'ambulanza;
- osservazione breve non intensiva;
- funzioni di teleconsulto;
- integrazione con la medicina generale.

*Le funzioni aggiuntive possono essere garantite in tutto o in parte, sulla base delle particolari*

*esigenze territoriali*. L'attivazione delle funzioni aggiuntive è obbligatoria per i PPI stagionali collocati nelle località ad elevato flusso turistico.

Quando il PPI-B svolge esclusivamente le funzioni essenziali lo stesso medico che eroga le prestazioni territoriali garantisce anche la medicalizzazione degli interventi sul territorio. Il trasferimento indifferibile di pazienti critici sarà attivato attraverso la rete del 118, con i mezzi più appropriati rispetto al territorio.

Quando il PPI-B svolge anche le funzioni aggiuntive deve essere garantita la presenza continuativa di un medico, almeno in orario diurno, anche durante le uscite medicalizzate. La copertura può essere garantita anche mediante integrazione con le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale.

### **Punto di Primo Intervento Avanzato - PPI-A**

Il Punto di Primo Intervento Avanzato è collocato in una struttura ospedaliera che non costituisce nodo della rete di emergenza-urgenza o in una struttura poliambulatoriale e garantisce, oltre alle funzioni del PPI-B, incluse quelle aggiuntive, anche le seguenti funzioni:

- osservazione breve;
- gestione delle patologie croniche riacutizzate;
- diagnostica e trattamento del trauma minore/moderato;
- attività di accoglimento di patologie a bassa intensità di cure;
- diagnostica radiologica di base;
- teleconsulto e telemonitoraggio.

Quando possibile presso il PPI-A dovrebbe operare a rotazione personale medico in organico al Pronto Soccorso competente per territorio.

Il livello di prestazioni erogabili nelle diverse fasce orarie è definito in base alle tecnologie ed alle professionalità disponibili nella struttura presso cui ha sede.

### ***Elisoccorso***

#### Orario operativo

L'operatività delle basi di elisoccorso in Italia è attualmente differenziata:

- basi con operatività H24,
- basi con operatività H12 estiva - H8 invernale,
- basi con operatività HJ alba/tramonto (>12H).

Al proposito 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 normative aeronautiche e che atterraggi e decolli devono essere per il momento obbligatoriamente effettuati su aeroporti o eliporti/elisuperfici attrezzati ed approvati per il volo notturno. Non è possibile l'intervento primario sul luogo. L'effettiva utilità del volo notturno deve quindi essere valutata considerando i tempi effettivi di intervento, rapportati a quelli del trasporto via terra.

Sulla base dei dati epidemiologici e di popolazione residente, andrà valutata la possibilità di potenziare l'attività di elisoccorso, laddove sia operante solo H12, mediante 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 tempodipendenti,
- 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.

### ***Elisuperfici***

Dovrà essere valutata la necessità di realizzazione di nuove elisuperfici al servizio delle comunità isolate, approvate anche per i voli notturni.

### ***Soccorso terrestre***

#### Dotazioni tecniche

Al fine di migliorare la capacità di accesso alle zone più periferiche le ambulanze delle relative basi dovranno essere dotate, ove necessario, di trazione sulle quattro ruote motrice. Per le zone più disagiate deve essere prevista la dotazione di ambulanze fuoristrada.

Tutti i mezzi di soccorso avanzato, e se necessario di base, dovranno essere dotati di strumenti per la teletrasmissione dell'ECG a 12 derivazioni.

Andrà valutata per le zone più remote non servite da mezzi medicalizzati l'opportunità di dotare i mezzi di strumenti di videotrasmissione per consentire il supporto agli operatori da parte della Centrale Operativa 118.

#### Accordi operativi

Al fine di potenziare la capacità di risposta del sistema e ridurre i tempi di intervento deve essere incentivata una capillare copertura del territorio da parte di ambulanze di base gestite dal volontariato, in grado di garantire i primi soccorsi sino all'arrivo delle unità di soccorso

avanzato con medico e/o infermiere.

Il raccordo funzionale con i Medici di medicina generale, assistenza primaria ed il servizio di continuità assistenziale, da realizzarsi anche mediante l'elaborazione di protocolli di intervento e di trattamento elaborati con il concorso degli specialisti ospedalieri, è indispensabile anche al fine di evitare trasporti prolungati non necessari.

L'integrazione del sistema 118 del 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.

### **Formazione**

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.

### **Soccorso navale**

#### Dotazioni tecniche

Dove opportuno dovrà essere valutata l'acquisizione di mezzi nautici dedicati al soccorso sanitario.

#### Accordi operativi

Devono essere elaborati protocolli operativi congiunti con la Guardia Costiera per garantire il soccorso a mare ed il trasporto marittimo dei pazienti, garantendo la presenza a bordo del personale sanitario e di tutte le attrezzature per il trasporto in sicurezza, il monitoraggio e l'assistenza.

### **Autosoccorso**

Nelle comunità isolate può essere promossa, con il concorso delle associazioni di volontariato sanitario, la formazione di cittadini preparati all'erogazione di manovre di primo soccorso, inclusa la defibrillazione precoce, svolti in accordo con il sistema 118 regionale.

Nel progetto per la diffusione dei defibrillatori automatici esterni può essere valutato il coinvolgimento delle farmacie.

## **MODELLO PER LE "STRUTTURE OSPEDALIERE"**

I Presidi Ospedalieri presenti nelle isole e nelle aree disagiate devono essere funzionalmente inseriti nella complessiva rete ospedaliera regionale.

Ciò implica il superamento del modello a dimensione scalare (si fa tutto ma con una minore organizzazione) per rivedere le funzioni strategiche dentro un contesto complessivo dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Tale contestualizzazione dovrà tenere conto dei dati

epidemiologici e di altre variabili come ad esempio quella riferita ai flussi turistici.

Pur considerando la flessibilità organizzativa delle regioni, il modello da prevedere deve far riferimento alle seguenti indicazioni:

- 1) Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza: Garantire la funzione per consentire 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.
- 2) Emergenza Urgenza: Garantire le funzioni assistenziali.
- 3) Cure intermedie: Sviluppare un sistema di raccordo con la medicina di base attraverso la attivazione/riconversione di posti letto di medicina e chirurgia in posti letto di cure intermedie, a prevalente assistenza infermieristica, con presa in carico del medico di famiglia, fatta salva una idonea dotazione di posti letto per acuti.
- 4) Chirurgia programmata: Favorire il trasferimento verso altre strutture ospedaliere della rete regionale, garantendo ai cittadini e ai loro familiari un'organizzazione logistica che ne allievi le difficoltà e gli oneri delle trasferte.
- 5) Day surgery e/o le attività di chirurgia ambulatoriale: Mantenere le attività secondo i criteri di appropriatezza definiti dalla normativa nazionale.
- 6) Specialistica ambulatoriale: Programmare l'attività da garantire periodicamente.
- 7) Telemedicina: Sviluppare le attività di
  - tele analisi
  - telemonitoraggio *in ospedale e a domicilio* per pazienti affetti da patologie croniche
  - teleconsulto sincrono ed asincrono per branche specialistiche, in particolare per le specialità dell'area materno infantile, per la neurochirurgia, neurologia, cardiologia, ortopedia e radiologia.
- 8) Formazione: Definire specifici obblighi formativi per il personale sanitario operante negli ospedali delle isole e nelle aree di difficoltà di accesso, di cui ai punti precedenti. Tale formazione obbligatoria, da inserire anche negli accordi aziendali dei medici e del personale del comparto, può essere attuata tramite protocolli di collaborazione che prevedano possibilità di stage professionali presso altre strutture della rete ospedaliera regionale o di regioni limitrofe.

### **Dotazione Tecnologica**

La dotazione tecnologica di attrezzature sanitarie e infrastrutture deve essere adeguata ai volumi di prestazioni rilevati dall'analisi delle pregresse attività svolte. Un eventuale potenziamento dell'offerta deve opportunamente prevedere uno specifico studio di fattibilità basato anche su indagini epidemiologiche.

Rilevante dovrà essere lo sviluppo delle attività di telemedicina, come evidenziato in precedenza, per le patologie tempo dipendenti. Ad esempio, la disponibilità della

teletrasmissione dell'elettrocardiogramma, dovrà essere garantita al fine di consentire la trombolisi precoce e la selezione dei pazienti da trasferire al servizio di emodinamica più vicino.

### **Percorso nascita**

Le Regioni, nel definire il proprio progetto, devono inserire il tema dei Punti Nascita nel contesto del percorso di salute delle partorienti o delle puerpere dentro la rete territoriale del trasporto in utero e in culla. Qualora le Regioni, intendano mantenere in attività Punti Nascita con numero di parti inferiore a 500/anno, in deroga a quanto previsto dall'Accordo del 16.12.2010, dovranno garantire ai fini della sicurezza e della qualità del percorso nascita la presenza dei requisiti e degli standard previsti nel suddetto Accordo per le UUOO di ostetricia/neonatologia di primo livello.

Devono in ogni caso essere definiti i protocolli operativi per il trasferimento dalle isole in terraferma delle donne in gravidanza, con l'attivazione di una équipe integrata territorio/ospedale, al fine di garantire la presa in carico della gravida/partorientente.

### **PROTOCOLLI OPERATIVI PER TRASPORTO FARMACI E TRASFERIMENTO PAZIENTI**

Dovranno essere definiti protocolli per garantire la continuità nella fornitura e nella distribuzione dei presidi, dei gas medicali e dei farmaci, in particolare per quelli salvavita, alle strutture sanitarie delle zone disagiate.

Sarà, inoltre, necessario attivare protocolli specifici per la gestione dei pazienti sottoposti a trattamenti dialitici, chemioterapici e radioterapici, prevedendo contratti con le compagnie di trasporto, anche al fine di agevolare le tariffe.

### **INDICATORI**

Nelle tabelle che seguono (tabella 1 e 2) sono riportati alcuni indicatori, identificati per tipologia di assistenza, che permettono di valutare i risultati della riorganizzazione, da utilizzare ad integrazione di quelli previsti dal DM 24 luglio 1995 e, per quanto riguarda gli standard di qualità, di quelli elaborati da AGENAS, ai sensi del DLgs. 150/2009.

Tali indicatori sono stati individuati per la loro capacità di monitorare il percorso assistenziale ospedaliero, territoriale e l'integrazione tra la struttura ospedaliera locale ed il presidio ospedaliero (centro Hub) di riferimento.

**Tabella 1**

Indicatori di monitoraggio Assistenza di I livello ISOLA/ZONA DISAGIATA TIPO "A"	
<i>Si tratta delle aree disagiate più diffuse sul territorio</i>	
<b>Caratteristiche</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assenza di Strutture ospedaliere</li> <li>■ Collegamenti con la terra ferma o con le strutture ospedaliere mediamente difficili.</li> <li>■ Medio afflusso turistico rispetto alla popolazione</li> </ul>	
AREE DI INTERVENTO	INDICATORI
<b>A</b> Assistenza di Medicina Generale e PLS integrata in PPI-B H24	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ n. corsi di formazione di Emergenza Urgenza e dei sistemi di telemedicina / anno;</li> <li>■ n. medici formati di Emergenza Urgenza e dei sistemi di telemedicina / n. totale medici in servizio / anno;</li> </ul>
Presidio di Salute	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ n. Medici / popolazione residente;</li> <li>■ n. Infermieri / popolazione residente</li> </ul>
<b>B</b> Attività di medicina preventiva	% adesione popolazione a screening (vaccinazione o altre attività di prevenzione) / totale popolazione residente
<b>C</b> Gestione percorso dimissioni protette Trattamenti terapeutici domiciliari Gestione del paziente cronico e prevenzione delle complicanze	Da identificare secondo la rilevanza del fenomeno
<b>D</b> Telemedicina (teleconsulto -telemonitoraggio telecardiologia- - teleradiologia - P.O.C.T Teleformazione)	Numero di pazienti gestiti con consulti in telemedicina non esitati in trasferimento / totale pazienti per i quali è stata utilizzata la telemedicina
<b>E</b> Assistenza Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ n. di DAE presenti</li> <li>■ % di popolazione formata all'utilizzo del DAE / sul totale della popolazione</li> <li>■ Definizione / rinnovo Accordo/procedure Operative per soccorso e trasporto di emergenza con la Guardia Costiera / Soccorso Alpino</li> </ul>

**Tabella 2**

Indicatori di monitoraggio	
Assistenza di II livello	
ISOLA/ZONA DISAGIATA TIPO "B"	
<b>Caratteristiche</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di struttura Ospedaliera</li> <li>• Collegamenti mediamente sufficienti</li> <li>• Elevato afflusso turistico rispetto alla popolazione</li> </ul>	
AREE DI INTERVENTO	INDICATORI
<b>A</b> Assistenza Ospedaliera:  - Posti letto di cure intermedie - Integrazione ospedale territorio  - Integrazione con il dipartimentale del centro Hub	Almeno n. 3 percorsi clinici assistenziali realizzati / aggiornati per l'integrazione territorio /ospedale / centro Hub per alcune patologie o condizioni: - neonato sano - frattura del femore - diabete - scompenso cardiaco - ernia inguinale  Stesura / aggiornamento protocollo con MMG Stesura / aggiornamento protocollo con MMG  - Presenza di sistema informatico unificato - attivazione postazione di telemedicina / teleconsulto
<b>B</b> Percorso nascita	- incremento in % di telemonitoraggio materno - fetale presso il consultorio - almeno n. 2 verifiche / anno del rispetto del protocollo sul percorso nascita
<b>C</b> Assistenza territoriale	presenza di aggregazione funzionale territoriale di MMG e PLS, con collocazione di almeno una AFT presso l'ospedale
<b>D</b> Assistenza in emergenza	- Presenza di protocollo di raccordo tra attività di PS e PPI - N. pazienti trasferiti / totale pazienti con accesso al PS