Prima raccolta degli elaborati

dei 12 punti del Libro Azzurro

*Maggio 2021*

# Legenda dei colori e delle evidenziazioni

* Intersezioni (@punto di intersezione)
* Glossario: definizione di termini o allocuzioni determinanti
* Teorie da approfondire
* Concetti chiave specifici del punto
* Dubbi

# Schema della raccolta

# Glossario

# Per ciascuno dei 12 punti:

## Testo base del manifesto

## Termini o allocuzioni da riportare del glossario

## Concetti chiave specifici del punto

## Dubbi

## Testo riportato dalla Scheda di Sintesi e/o dall’Out-line (in rosso i concetti che intercettano altri punti)

# Bibliografia

# Glossario

**Territorio**: spazio fisico o virtuale, dinamico, delimitato da confini e profili fluidi, in continua costruzione e trasformazione, appartenente non solo a una dimensione geografica ma anche a una dimensione demografica, epidemiologica, amministrativa, tecnologica, politica, sociale, culturale (Mendes, 1993), etc. Il territorio è un processo che si (ri)costruisce con le nostre azioni, è il luogo di (inter)azione di gruppi sociali ed è un luogo di costruzione ed esercizio di potere (Gondim et al, 2002).

**Territorializzazione**: processo permanente di riconoscimento e induzione del territorio, inteso quindi sia come processo di conoscenza del territorio-oggetto che, soprattutto, come processo di riconoscimento e di costruzione identitaria del territorio-soggetto (territorio che si crea nell’interazione coi servizi di salute). La territorializzazione è uno strumento fondamentale di attuazione dei principi espressi nei punti 1, 2 e 3 di questo Manifesto (salute come diritto, approccio centrato sulla salute della persona e delle comunità e orientato ai principi della Comprehensive PHC). La territorializzazione è un mezzo in grado di produrre cambiamenti nel modello di assistenza e nelle pratiche di salute (Teixeria, Paim, Vilasbôas, 1998), consentendo la pianificazione di azioni di salute volte alla realtà quotidiana delle persone e alla "produzione sociale di salute" (Gondim, 2011).

**Epidemiologiadi prossimità**: tra epidemiologia classica, epidemiologia sociale, epidemiologia comunitaria ed epidemiologia di cittadinanza. Un approccio di indagine della realtà territoriale più prossima, di raccolta e analisi dei dati micro, al fine di comprendere il territorio, la sua complessità e l’interazione delle tante reti coinvolte nella malattia e nella salute delle persone e delle comunità che lo abitano e attraversano.

**Servizi di salute**: tutti i servizi coinvolti a promuovere e tutelare la salute intesa come salute eco-bio-psico-sociale.

**Salute:** *(da sistemare)*Usciamo dal paradigma biomedico e ci riconosciamo nel paradigma olistico per cui:

* La salute è un continuum. È la ricerca del benessere psico-fisico, non è la mancanza di malattia.
* La salute è un fatto sociale, influenzata da fattori ambientali, economici, politici e culturali.
* La salute è autodeterminazione, cioè è definita da ciò che un individuo vuole e può fare (Sen 1992, 2011; Nussbaun 2013)
* La salute è capitale sociale, cioè la somma delle risorse di una rete di soggetti (Bourdieu 1980) .

**Salutogenesi**: da sviluppare

**Determinante di salute**: da sviluppare

**Ulteriori termini-allocuzioni da inserire**:…………

### Punti 1 e 2

## Testo base del manifesto

1. ***SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE*** *- Crediamo in un SSN equo, universale e pubblico che riconosca la tutela della salute quale diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, come sancito dalla Costituzione Italiana (Articolo 32). Ripudiamo la visione della salute come strumento di profitto, respingendo fermamente l'idea di un SSN che, a danno della salute delle persone, consenta e agevoli il guadagno e la speculazione di gruppi o individui.*
2. ***NUOVO PARADIGMA PER LA TUTELA DELLA SALUTE*** *- Reputiamo necessario per il SSN un cambiamento di paradigma che trasformi l'approccio attuale focalizzato sulla patologia in uno più ampio centrato sulla salute delle persone e orientato alle comunità. Il contesto attuale - caratterizzato da una transizione demografica, epidemiologica e sociale a cui si aggiunge l’emergenza legata alla pandemia - impone la necessità di un approccio proattivo, che non si limiti all’erogazione di servizi finalizzati solo alla presa in carico delle patologie, ma operi sui Determinanti Sociali di Salute4 per contrastarne l’insorgenza con un’ottica multidisciplinare e multisettoriale centrata sulla prevenzione e promozione della salute.*

## Termini o allocuzioni da riportare del glossario

* Salute
* Salutogenesi
* Determinante di salute

## Concetti chiave specifici del punto

* La salute: è un diritto del singolo; è un bene comune; è soggettiva; non è influenzata solo da fattori individuali; è responsabilità collettiva.
* Non basta curare le malattie ma bisogna tenere in considerazione la salutogenesi
* La collettività deve tutelare la salute del singolo, così facendo tutela sè stessa
* Il nostro SSN è incapace di rispondere ai bisogni di salute attuali (la presa in carico individuale non funziona senza l’empowerment e la comunità)
* SSN universalistico; equo
* Effetti del definanziamento sul SSN
* Effetti dell'ingresso del privato nel SSN
* Salute come mercato e SSN come costo vs salute come bene comune SSN come investimento.
* Popolazione e territorio si influenzano reciprocamente 🡪 lavorare alla salute di una popolazione implica lavorare nel/sul/col territorio
* Logica di “prestazioni, servizi specialistici-ospedalieri vs logica del territorio
* Tutela vs Promozione 🡪Promozione, protezione, restituzione della salute

## Dubbi

* Quali sono le conseguenze del nostro posizionamento etico-politico sulla salute? Cioè, ad esempio: è giusto dare a tutti il minimo e poi chi può permetterselo può aspirare a più servizi o a servizi migliori? Es. Dentisti
* Postilla: La gente può scegliere come, dove e da chi farsi curare? --> la partecipazione della comunità può portare delle difformità rispetto al pensiero biomedico. Cosa fare con le medicine non convenzionali? Caso vaccini?
* Deriva biomedica: le persone continuano a curarsi anche quando non necessario. Medicina difensiva

## Testo riportato dalla Scheda di Sintesi e/o dall’Out-line

Il nostro discorso si basa su due assiomi:

1) La salute è un diritto del singolo.

2) La collettività deve tutelare la salute del singolo, così facendo tutela se stessa.

In questo modo si arriva alla conclusione che la salute è un bene comune

Ne consegue che per avere individui e società sane non basta curare le malattie ma bisogna tenere in considerazione la salutogenesi (Aaron Antonovsky (1987; 1993; 1996), cioè considerare i fattori generativi di salute. In quest’ottica, anche la lotta alle disuguaglianze rappresenta un determinante di salute.

Dato che la salute è soggettiva, ma non è influenzata solo da fattori individuali, non si può considerare come una responsabilità individuale ma deve essere una responsabilità collettiva.

Ci opponiamo all’attuale società della salute (Mag e Kilbush) in cui non è possibile essere malati e la salute diventa un dovere per ragioni di mercato più che per l’effettivo benessere dell’individuo.

…...

(Da qui in avanti è ancora un work in progress. Dobbiamo ancora sviluppare questa parte e si tratta quindi ancora di una serie di domande a cui vorremmo capire insieme a voi (degli altri punti) come rispondere --> vedi proposta incontro

**Il nostro SSN è in grado di realizzare queste considerazioni?**

* Il nostro è veramente un SSN universalistico? Cosa significa? È equo?
* Quali sono gli effetti del definanziamento sul SSN
* Quali sono gli effetti dell'ingresso del privato nel SSN: caso Lombardia e non solo?
* Il nostro SSN è incapace di rispondere ai bisogni di salute attuali (la presa in carico individuale non funziona senza l’empowerment e la comunità)
* Il rapporto tra la qualità dei servizi e i costi è insostenibile. Viviamo nel paradosso per cui è conveniente che il SSN sia inefficiente.

Ne consegue che per la comunità è svantaggioso considerare la salute come un mercato e il SSN come un costo e che dovremmo considerare la salute come un bene comune il SSN come un investimento.

**Cosa proponiamo noi in alternativa?**

 I nostri obiettivi sono la comunità partecipante e la salute in tutte le politiche

* Popolazione e territorio si influenzano reciprocamente, quindi lavorare alla salute di una popolazione implica lavorare nel/sul/col territorio --> logiche delle prestazioni, servizi e specialistica ospedaliere vs logica dei territori
* Cos’è il territorio? Ci sono territori geografici, territori sociali, territori esistenziali, territori organizzativi  (@gruppo5)
* Cos’è la comunità? La comunità o le comunità? Se c’è il diritto alla differenza allora costruire salute con la comunità significa attuare un universalismo basato sulle differenze (@gruppo )
* Tutela (cos'è? chi tutela?) vs Promozione (promozione con) --> Promozione, protezione, restituzione della salute

## Dubbi a cui dobbiamo rispondere insieme

* Quali sono le conseguenze del nostro posizionamento etico-politico sulla salute? Cioè, ad esempio: è giusto dare a tutti il minimo e poi chi può permetterselo può aspirare a più servizi o a servizi migliori? Es. Dentisti
* Postilla: La gente può scegliere come, dove e da chi farsi curare? --> la partecipazione della comunità può portare delle difformità rispetto al pensiero biomedico. Cosa fare con le medicine non convenzionali? Caso vaccini?
* Deriva biomedica: le persone continuano a curarsi anche quando non necessario. Medicina difensiva

### Punto 3

## Testo base del manifesto

1. ***MODELLO DI CURE PRIMARIE: COMPREHENSIVE PRIMARY HEALTH CARE*** *- Crediamo che i principi della Primary Health Care5 (PHC) - definiti dall’OMS nel 1978 durante la Conferenza di Alma-Ata e successivamente sviluppati e consolidati6 7 8 - unitamente ai principi contenuti nella definizione europea della Medicina Generale (WONCA 2002 - 2011)9, debbano rappresentare la cornice teorica di riferimento per il rinnovamento del SSN e per la nascita di un nuovo modello di Cure Primarie che sia “Comprehensive”. Per rispondere alle nuove esigenze di salute della popolazione riteniamo indispensabile lo sviluppo di un modello di Cure Primarie che si interessi della salute e del benessere dell’intera comunità, capace di: ! garantire assistenza continua, longitudinale e globale; ! essere facilmente accessibile e flessibile; ! riconoscere lo stesso valore a: promozione della salute, prevenzione della malattia, trattamento e cura del paziente acuto, del paziente cronico complesso e fragile, cure riabilitative, cure palliative. Per raggiungere tali obiettivi, il nuovo modello deve basarsi su interprofessionalità e intersettorialità degli interventi. Infine, è necessario creare una nuova e forte relazione tra sociale e sanitario (con la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza SocioSanitari) per agire in maniera integrata e coordinata verso i bisogni di salute complessi delle comunità.*

## Termini o allocuzioni da riportare del glossario

## Concetti chiave specifici del punto

## Dubbi

## Testo riportato dalla Scheda di Sintesi e/o dall’Out-line (in rosso i concetti che intercettano altri punti)

1. Introduzione (breve)

Raccordo con il capitolo precedente e cappello introduttivo:

1. Perché, ancora oggi a distanza di anni il concetto di c-PHC è attuale?

--> Riprenderei articolo Ardigò (Salute GLOBALE MB) “Pertanto la storia degli individui diventa parte della Storia dei popoli e la storia dei popoli dipende dagli atti compiuti dagli individui in un processo non determinista che può essere accuratamente percorso a ritroso, ma non oggettivato in prospettiva futura”.

--> “salute-malattia individuali e collettivi andrebbero invece descritti assieme ai pattern dei processi salute-malattia congiungendo cosi i livelli micro, meso e macro di breve e di lungo periodo, attraverso le biografie degli individui, dei gruppi familiari e della comunità e della storia della società”.

1. Un po’ di storia
2. Prima di Alma Ata

Dalle esperienze di Cina, Cuba, Kerala etc sui servizi sanitari di base a Health by the People di Ken Newell. Il contesto politico post-coloniale, il ruolo delle missioni cristiane. L’origine del concetto di PHC.

1. La dichiarazione di Alma Ata

La Conferenza e il ruolo dell’URSS nella sua preparazione. Le riunioni e i documenti preparatori. Il concetto di Salute per Tutti. I ruoli dell’Unicef (Labouisse) e dell’OMS (Mahler).

1. Selective vs Comprehensive PHC

Il ruolo della Fondazione Rockefeller. L’articolo di Walsh e Warren con successivo dibattito. Il voltafaccia di OMS e Unicef (James Grant e GOBI). Il ruolo della Banca Mondiale. Il contesto politico (Reagan e Thatcher).

1. Declino e rinascita della PHC

Il dominio della selective PHC e delle direttive della Banca Mondiale. Privatizzazione e impoverimento dei servizi sanitari a livello globale.

1. Il People’s Health Movement

La sua fondazione nel 2000 per rivitalizzare la PHC. L’atto costitutivo e le assemblee periodiche. Le campagne e i rapporti periodici alternativi (Global Health Watch).

1. L’OMS fino alla copertura universale

Le celebrazioni, con relativi articoli e rapporti, dei 25 e dei 30 anni da Alma Ata. Gli obiettivi di sviluppo dell’ONU. La transizione verso la Universal Health Coverage.

1. WONCA

La definizione Europea della medicina di generale/medicina di famiglia

Qui parlerei della definizione, di come questa presenti di fatto delle caratteristiche che rimandano ad un approccio di PHC non riducibile al ruolo del solo MMG, il difficile riconoscimento di questa definizione in Italia (nonostante per eventi traversi sia presente in ACN)

Di questo non so nulla, ma ho visto che Ardigò l’ha citato come importante. Lascio il compito ad altri.

1. La dichiarazione di Alma Ata
2. Definizione di PHC

Così com’è scritta nel testo originale, con qualche commento.

1. Caratteristiche della PHC

Come sopra.

1. Elementi della PHC

Come sopra.

1. La PHC del secolo XXI
2. La PHC in dialogo con la Global Helath
3. Le determinazioni ed i determinati di salute della fase attuale della globalizzazione
4. Diritto mercato e stato nazionale
* Quale isituzione pubblica tutela il diritto alla salute nel contesto globalizzato?
1. Le rivoluzioni tecnologiche nei trasporti e nella comunicazione ed effetti sulla salute:
2. Internet, comunicazione, informazione, beni e servizi
3. Dimensione simboliche
4. Dimensioni materiali
5. La mobilità di merci e persone effetti materiali e simbolici
6. Migrazioni
7. Viaggi
8. Trasporto di merci e delivery
9. Effetti delle rivoluzioni tecnologiche sui sistemi sanitari e sulla salute
10.
11. Come sono cambiate salute e malattia (Demografia, global health e epidemiologia)
12. Malattie trasmissibili

La diminuzione proporzionale dell’importanza delle malattie infettive classiche (immunoprevenibili, tubercolosi, malaria etc), con qualche cenno alle misure di controllo. Le malattie infettive emergenti, fino alla Covid19.

1. Malattie non trasmissibili

In questo capitolo vanno presentate le patologie non trasmissibili, e i cambiamenti di importanza nei decenni trascorsi (vedi Global Burden of Disease), ricordandoci di comprendere all’interno le patologie legate alla sofferenza emotiva (no malattia come qualcosa che riguarda solo il corpo).

1. Violenza e guerre

Il fardello crescente di violenze (intrafamiliari, donne, bambini, minoranze, migranti etc) e guerre (morti, feriti, disabili, sfollati) sulla salute (in senso olistico) e sui servizi sanitari.

1. Come sono cambiati i determinanti di salute

Focus sulle differenze tra anni ‘70 del secolo scorso e situazione attuale in tutte le sezioni di questo capitolo 3b.

1. Sociali

La classe sociale come determinante di salute. Il rapporto della Commissione OMS sui determinanti sociali di salute (2008).

1. Economici

Il ruolo della povertà nella genesi delle malattie e della cattiva salute, oltre che nella disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari.

1. Commerciali

Nel libero mercato, il marketing deregolato è uno dei più potenti determinanti di salute (consumi, alimentazione, fumo, bevande etc).

1. Legali

Come usare la legge per ostacolare o attuare interventi legislativi per la  salute efficaci e giusti, dal livello nazionale a quello globale

1. Politici

Le politiche socio- sanitarie come determinanti di malattia

-->Quale uso fa il cittadino delle politiche sanitarie? Spesso i servizi sono essi stessi iatrogeni e mantengono certe malattie. Es: paziente diabetico somministriamo inulina, gli diamo l’esenzione, in Lombardia gli creiamo il progetto cronicità (visite ed esami strumentali discutibili)... ma non ci preoccupiamo di farlo lavorare seriamente sulla sua dieta, attività fisica e relazioni familiari che possono favorire i suoi atteggiamenti. Oppure.. Ci siamo mai chiesti perché nei servizi sociali (consultori esempio) i cognomi degli utenti sono noti al servizio da anni e continuano, anche nelle generazioni successive, ad usufruirne? Perché non li rendiamo autonomi e li manteniamo nella loro disfunzionalità?

L'approccio biomedico come concausa di diseguaglianze sociali

1. Come è cambiato l’ambiente

Anche qui, focus sulle differenze tra anni ‘70 del secolo scorso e situazione attuale.

1. Impronta ecologica e riscaldamento globale

Alcune considerazioni su ciò che si dovrebbe fare (accordi di Parigi) e ciò che si fa o non si fa. Ragioni per essere ottimisti o pessimisti.

1. Effetti sulla salute

I principali effetti di ambiente e clima sulla salute (serie di articoli del Lancet, per esempio). I migranti ambientali.

1. Effetti dei servizi sanitari

L’impronta ecologica dei servizi sanitari, e come la si potrebbe ridurre.

1. Come sono cambiati i servizi sanitari

Qui descriveremo come sono cambiati i servizi sanitari alla luce del cambiamento attuale e se i servizi sanitari sono oggi adeguati al cambiamento presentati dai punti precedenti.

1. Giustizia ed equità
2. La mercificazione della salute

Tutti i materiali che si usano nei servizi sanitari sono ormai diventati merci, e come tali si acquistano e si vendono, con relativo marketing. Ma anche molte prestazioni sanitarie sono ormai merci, con conseguenze dannose su salute ed equità.

1. La finanziarizzazione dell’economia e della salute

Big Pharma è molto finanziarizzata, ma anche molte imprese private di salute sono gestite come ditte quotate in borsa, e devono produrre profitti. Ciò ha conseguenze per la salute e l’equità.

1. Il diritto alla salute

Si tratta ovviamente di un problema di giustizia ed equità. Bisognerà confrontarsi con il gruppo dei capitoli 1 e 2.

1. Fattori di successo e insuccesso della PHC
2. Impegno politico e continuità
3. Priorità al settore pubblico (risorse adeguate)
4. Partecipazione della collettività
5. Interprofessionalità e intersettorialità
6. Integrazione (promozione, prevenzione, trattamento, riabilitazione)
7. Comunicazione
8. Esempi di applicazione: cPHC vs sPHC

Per ognuna delle tre sezioni si potrebbe lavorare su una tabella comparativa come la seguente (solo una bozza):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | sPHC  | cPHC  |
| Obiettivo generale  | Assenza di malattia  | Salute  |
| Approccio generale  | Medico  | Multisettoriale  |
| Focus su   | Individuo  | Comunità  |
| Strategie principali  | Screening, terapia  | Promozione, prevenzione  |
| Luogo di applicazione  | Servizi sanitari  | Tutto il territorio  |
| Agenti principali  | Operatori sanitari (OS)  | OS e molti altri  |
| etc  |   |   |

1. La pandemia da coronavirus
2. L'approccio alle malattie croniche non trasmissibili
3. L'approccio alla salute perinatale

////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

1. *POTENZIAMENTO DEL DISTRETTO Reputiamo necessario un potenziamento dei Distretti, ai quali deve essere restituito e riconosciuto un ruolo centrale, sia nelle funzioni di programmazione, committenza ed erogazione delle cure, sia nella promozione dell'integrazione ospedaleterritorio e dell’intersettorialità degli interventi attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori che agiscono sui determinanti della salute10. Il Distretto dovrebbe, dunque, assumere la governance diretta dei Dipartimenti (Cure Primarie, Materno-infantile, Salute Mentale, Prevenzione, etc), diventando il connettore funzionale di tutti i professionisti socio-sanitari che operano nel territorio di riferimento. Tutto ciò consentirebbe, inoltre, la nascita di un nuovo rapporto tra Cure Primarie e Sanità Pubblica unificando, in modo fluido e conforme alle necessità dei singoli territori, l’approccio della medicina orientata alla persona e alla famiglia con quello della medicina orientata alla popolazione.*

**Definizione di Distretto**:

* Luogo amministrativo
* Luogo di governance-coordinamento sia nelle funzioni di programmazione-committenza-erogazione delle cure, sia di tutti gli attori che agiscono sui determinanti della salute, sia nella promozione dell'integrazione ospedale-territorio e dell’intersettorialità degli interventi
* Connettore funzionale di tutti i professionisti sociosanitari che operano nel territorio di riferimento
* attore di dialogo intersettoriale sul territorio e nella programmazione di politiche pubbliche

**Dimensionamento del distretto:**

Individuazione del territorio (collegamento con punto 5 Territorializzazione):

* il bacino territoriale del distretto deve essere **chiaramente individuato** a beneficio di riconoscibilità, senso di appartenenza, responsabilizzazione
* il bacino territoriale va **definito sulla base di elementi** geografici, sociali , esistenziali, organizzativi, epidemiologici, cioè che tengano conto di: oro-idro-geografia, densità e distribuzione abitativa, viabilità, infrastrutture e servizi di collegamento, centri riconosciuti come capoluoghi e loro area di riferimento, articolazione e caratterizzazione della/e urbanizzazione/i, tipologia e distribuzione dei vari insediamenti (abitativi, di lavoro, di servizi,...), presenza di strutture-punti forti riconosciuti (scuole-ospedali-mercati,…), storia-tradizioni-consuetudini, organizzazioni-iniziative-esperienze consortili-collaborative consolidate, presenza immigrati e loro eventuali organizzazioni, organizzazioni-strutture confessionali
* il bacino distrettuale dovrebbe avere la **dimensione più piccola possibile** (in modo che operatori e servizi si possano conoscere-incontrare-riconoscere-imparare a cooperare) purché contenga tutte le tipologie di attività territoriali correlate alla salute (in particolare i servizi di “Assistenza Primaria”), indicativamente tra i 50.000 e i 100.000 abitanti, ovvero con presenza di circa 35-70 MMG (o di più se consideriamo max 1000 iscritti per mmg)

**Funzione del distretto**:

* Territorializzazione come funzione del distretto
* Centriamo le funzioni del distretto sui bisogni della comunità e non sui servizi attuali
* "Grandi sotto-popolazioni", caratterizzate da diversi bisogni-approcci:
* Persone sane
* Persone con problemi di salute di nuova emergenza
* Persone con malattie croniche ad elevata prevalenza
* Persone con problemi di salute mentale
* Persone con malattie croniche rare
* Persone con compromissione dell’autosufficienza/bisogni assistenziali complessi
* Persone con necessità di approccio palliativo

**Partner del distretto:**

* Tutti i servizi Sanitari e Sociosanitari direttamente dipendenti o convenzionati-accreditati con il Servizio Socio-Sanitario:
* attività di Prevenzione Primaria (presidio alimenti, animali-allevamenti-pesca, ciclo idrico, malattie infettive, ambienti lavoro, abitabilità),
* attività afferenti all’Assistenza Sanitaria Primaria (le attività “distrettuali” secondo i LEA): MMG-PLS-CA; farmacie; fornitori protesica; consultorio; servizi ambulatoriali-domiciliari-residenziali per la salute mentale, il contrasto dipendenze e la neuropsichiatria infantile; specialistica ambulatoriale di primo livello; cure domiciliari; servizi residenziali e semiresidenziali per disabili e anziani; strutture intermedie (ospedali di comunità; riabilitazione, …);
* Comuni sia per servizi alla persona sia per attività comunque di rilievo per la salute (viabilità, abitabilità, licenze esercizi ristorazione, attività culturali-ricreative, …)
* Scuole
* Organizzazioni di volontariato
* Organizzazioni culturali-sportivo-ricreative
* Parrocchie ed organizzazioni religiose
* Assistenti familiari ed eventuali loro organizzazioni
* Attività sanitarie e sociosanitarie private
* Organizzazione del mondo del lavoro
* Eventuali organizzazioni turistiche
* Contatti regolari e coordinati con altri Distretti e altre istituzioni (regione)
* Rapporti con produttori di cibo nell’ambito distrettuale

1. *TERRITORIALIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE L’articolata relazione tra territorio e salute è definita dall’insieme dei Determinanti Sociali di Salute che sono specifici per ogni territorio e agiscono in maniera diseguale su diversi segmenti o gruppi di popolazione: il compito del SSN è contrastare tali diseguaglianze. Proponiamo che le nuove Cure Primarie operino su base territoriale, cioè che siano responsabili della salute delle persone che abitano un determinato territorio, tenendo conto delle variabili geografiche, culturali, sociali, esistenziali e politiche specifiche per quella popolazione. Le Cure Primarie rappresentano quindi l’articolazione territoriale di prossimità del SSN e producono modelli organizzativi e strategie di intervento specifici basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni della popolazione del territorio.*

1. Il territorio e le sue valenze etico politiche Punto 01 e 02

1. La salute ha una valenza etico-politica: se il soggetto ha la possibilità di fare scelte consapevoli sulla sua salute è in salute eco-bio-psico-sociale
2. La prospettiva di salute globale implica uno stretto legame con il territorio (salute circolare nel senso di salute eco-bio-psico-sociale, dell/nell'ambiente) - welfare generativo Punto 06
3. Lavorare alla salute di una popolazione implica lavorare nel/sul/col territorio
4. Esistono diverse concezioni di territorio a cui conseguono diverse concezioni del processo salute-malattia e del modello di cura adottato
5. Contrapposizione tra modello "sovraterritoriale", centrato sulla malattia (logica delle prestazioni, specialmente se superspecialistiche e presso centri di eccellenza, fee for service, approccio selettivo e non globale) rispetto al modello territoriale (dei servizi per la salute ma anche di tutte le risorse/opportunità/criticità che sono presenti nello specifico territorio, con target "popolazione intera")

2. La relazione tra territorio, società e salute Punto 01 e 02

1. territorio come prodotto e produttore di malattia e salute: determinanti di salute-benessere, *determinazioni sociali*, diseguaglianze, risorse per la produzione di autodeterminazione-autonomia (empowerment) Punto 03
2. territorio e comunità: le persone interagiscono con il territorio e lo modificano continuamente; la distribuzione statica e dinamica delle persone nel territorio non avviene per caso né per scelta ma è condizionata da fattori socio-economici e culturali; senso di appartenenza come determinante di salute; territorio come luogo di partecipazione democratica alla salute e auto-determinazione
3. welfare generativo come capacità di valorizzare le risorse già presenti nel territorio potenzialmente a beneficio di tutti (da costo a investimento sociale) Punto 06

3. La relazione tra servizi e territorio:

1. assi di riferimento: comprehensivness (approccio olistico), destandardizzazione e contestualizzazione
2. servizi alla persona / équipe di salute e territori si influenzano vicendevolmente
3. necessità di conoscenza reciproca tra la popolazione e i servizi / équipe di salute presenti nel territorio:
4. conoscere i bisogni specifici di un territorio per costruire servizi ad hoc
5. superamento della frammentazione dei servizi attraverso la comunicazione, coordinamento e costruzione di reti (importanza del supporto dell'informatica)

4. Scopi della territorializzazione:

1. rispondere ai bisogni di salute specifici del territorio
2. valorizzare e potenziare le risorse già presenti, fare in modo che la comunità/il territorio attivi nuove risorse (induzione di salutogenesi interna al territorio)
3. costruire soluzioni ottimali e possibili rispetto al contesto
4. connettere le parti superando le settorializzazioni
5. avvicinare la comprensione, gestione e soluzione dei problemi ai luoghi di vita delle persone
6. promuovere la partecipazione democratica in salute (promozione dell'autodeterminazione, dell'autonomia e delle libertà individuali e collettive) Punto 08

5. La territorializzazione come processo di riconoscimento identitario e induzione del territorio Punto 01 02; Punto 06; Punto 08:

1. sviluppare il senso di appartenenza delle persone a quel territorio sia in termini di accessibilità e fruizione dei servizi, sia in termini relazionale-affettivi ("noità": il senso del nostro, sviluppo di identità difesa da parte della comunità, di rete nella quale le persone sono accolte, incluse, non perse)
2. le fasi dell'induzione: da activation a engagement a accountability della popolazione
3. persone / comunità formate e proattive che lavorano come parte attiva nella rete coi professionisti
4. prevenire il potenziale rischio di costruire un controllo del territorio:
5. rischio che le informazioni "prossime" raccolte dai servizi di salute possano essere usate in modi totalitari
6. un territorio molto coeso/con forte identità rischia di chiudersi al nuovo --> essere "parte di" e non "proprietari di"

6. La territorializzazione come e attraverso la valorizzazione della relazione umana Punto 06

1. facilitazione della conoscenza reciproca e collaborazione a più livelli: professionisti - comunità; professionisti - professionisti (appartenenti a diverse discipline/settori/setting); comunità - comunità
2. umanizzazione delle cure Punto 01 e 02
3. la relazione crea prossimità e la prossimità relazione
4. la relazione aumenta la performance a lungo termine e capacità di cura del sistema salute
5. la relazione come presupposto all'educazione permanente dei membri del team e del team+territorio: educazione transprofessionale che sviluppi relazioni di collaborazione non gerarchica tra e nei gruppi Punto 10/11
6. da relazione verticale gerarchica a co-gestione e negoziazione, a tutti i livelli, in particolare degli obiettivi di salute Punto 04; Punto 12

7. Le competenze nella territorializzazione:

1. Competenze relazionali: costruire significati comuni, capacità di stare nel processo, capacità di riconoscere, capacità di ascolto, rispetto per le differenze, capacità comunicativa
2. Competenze manageriali/organizzative/di coordinamento
3. Policy making
4. Utilizzo metodo del consenso
5. Utilizzo della cassetta degli attrezzi
6. Epidemiologia di prossimità;
7. Processi di ricerca-formazione-intervento;
8. Strumenti di Geografia e Cartografia:
9. sociale (ecomappa, genogramma, etc)
10. mappatura di risorse, determinanti di salute, bisogni, reti sociali, reti delle relazioni significative della persona (mappatura descrittiva).
11. co-costruzione del territorio ed empowerment comunitario (mappatura trasformativa).
12. Capacità di comunicazione e condivisione dei processi attivati.

[*NB processo di mappatura: permanente e dinamico, interdisciplinare e partecipativo. Non mera trascrizione della realtà ma strumento di riconoscimento e costruzione di relazioni e rapporti tra i dati e tra le persone. Da integrare sul campo e aggiornare permanentemente*]

8. Le professioni coinvolte nella territorializzazione:

1. su committenza per competenza da 4 aree professionali: accademici del territorio (epidemiologi, urbanisti, antropologi, demografi, etc), professionisti area della salute (medici, infermieri, psicologi, farmacisti, studenti, assistenti sociali, etc), gestori del territorio (politica, comune, amministrazione, rappresentanze comunitarie, etc), organizzatori del territorio (architetti, netturbini, polizia locale, health city manager, etc)
2. tutti i membri dell'equipe di salute, secondo composizione

# Possibile pianificazione operativa del processo di territorializzazione a livello di equipe di salute:

1. individuare spazio e tempo dedicati nell'agenda settimanale
2. coinvolgere e responsabilizzare tutti i membri dell'equipe, ampliando la comprensione del territorio analizzato
3. coinvolgere gli attori comunitari e i gestori, con particolare attenzione a figure chiave e leader comunitari
4. fase preparatoria o di pianificazione: individuazione degli obiettivi della territorializzazione, coinvolgimento dell'equipe, divisione dei compiti e responsabilizzazione, individuazione delle fonti primarie e secondarie dei dati
5. fase di raccolta dei dati/informazioni: osservazioni in loco, interviste a informatori chiave del territorio, accesso ai sistemi informatici di raccolta dati in salute, consultazione cartelle cliniche e registri. Diversificare le fonti dei dati per avere una visione quanto più ampia e inclusiva possibile. Dati anagrafici, epidemiologici, socio-economici, socio-ambientali, assistenziali e d'accesso, di infrastruttura, politici.
6. fase di analisi: permanente, interdisciplinare, referenziata, contestualizzata (in questo punto, cercare di capire in che relazione la popolazione si pone rispetto ai problemi di salute e con quali priorità), intersettoriale (correlare i dati tra loro)
7. processo di mappatura: permanente e dinamico, interdisciplinare e partecipativo. Non mera trascrizione della realtà ma strumento di riconoscimento e costruzione di relazioni e rapporti tra i dati e tra le persone. Formato cartaceo o digitale, programmi di geoprocessamento. Da integrare sul campo e aggiornare permanentemente
8. diagnosi e analisi della situazione di salute
9. pianificazione e programmazione delle azioni di salute

1. *POLITICHE ADATTATIVE ED EDUCAZIONE PERMANENTE Affinché le Cure Primarie siano veramente incisive è necessario che gran parte della progettazione e dello sviluppo dei servizi PHC sia decentralizzata, ovvero che sia fatta all’interno del contesto territoriale che le è affidato. Questo principio si traduce nello sviluppo di politiche e strategie in grado di adattarsi alle caratteristiche uniche di ogni territorio e alle mutevoli esigenze epidemiologiche poiché basate su analisi integrate, partecipative e di lungo periodo, dunque capaci di promuovere risposte organizzative diversificate. L’attivazione di tali strategie si basa sulla capacità degli operatori di leggere e interpretare il contesto, interrogarsi su problemi organizzativi e assistenziali, individuare e ottimizzare le risorse e adoperarsi per colmare le lacune e rimuovere gli ostacoli presenti. Questo processo viene definito educazione permanente11 12 e consente agli operatori di apprendere continuamente dal e nel contesto e di re-indirizzare costantemente la propria organizzazione e competenze.*

*////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////*

1. CASE DELLA SALUTE Il processo di costituzione delle Case della Salute ha messo in luce la difficoltà politica, culturale e professionale nel modernizzare le Cure Primarie in Italia, dando vita in più di un caso a strutture che di Casa della Salute hanno solo il contrassegno. Al di là delle denominazioni, riteniamo urgente che le nuove Cure Primarie si concretizzino in strutture fisiche e organizzative che rispecchino i principi e le modalità di lavoro della PHC. La finalità di tali strutture è quindi quella di rispondere a bisogni, opportunità, desideri unici di ogni territorio, attraverso pratiche quotidiane di lavoro interprofessionale e intersettoriale.

**PRIMA PARTE: STATUS QUO = La Casa della Salute (CdS) come è ADESSO**

**1.Il CONTESTO ALLA BASE DELLA SPERIMENTAZIONE E PROGETTAZIONE DELLE CDS**

Analisi delle questioni eminentemente etico-politiche alle origini della progettazione delle CdS con riferimento ai “fondamentali” delle Cure Primarie (OMS: Alma Ata, 1987; OMS: Carta di Ottawa, 2008). Seguente riflessione sui “problemi”: il contesto (sviluppo diseguale, incidenza maggiore di patologie croniche, cicli economici, globalizzazione, urbanizzazione); analisi dell’impostazione dei sistemi sanitari: ospedalo-centrismo, cure centrate su specialisti, frammentazione dei servizi, priorità di “programmi” e non a persone e comunità, economicizzazione. La PHC come una via per rispondere ad alcune di queste sfide (Martino et al., 2015).

**2. LA PHC COME RISPOSTA AI PROBLEMI DEL CONTESTO**(Martino et al., 2015): “Funzioni ed organizzazione della CdS e di tutto il SSn dipendono da come immaginiamo il sistema di welfare nazionale” (Martino et al., 2015)

**Premessa**:  per affrontare queste problematiche è importante puntare sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, la promozione della salute, la prevenzione delle disabilità; sul ruolo centrale delle comunità e dei singoli: auto-cura del paziente, uso delle sue reti di assistenza; pazienti e comunità preparati, informati, pro-attivi (Martino et al., 2015); sull’accessibilità ai servizi, l’integrazione dei diversi livelli di assistenza; sempre facendo attenzione ai determinanti della salute e ai bisogni della comunità; istruendo un team multiprofessionale e collaborativo (Maciocco & Brambilla, 2016).

Il successo di azioni di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione dipendono dalla capacità del sistema sanitario di stimolare la produzione di “Healthy Public Policy” (ital. Sane Politiche Pubbliche). Determinanti e determinazioni di malattie e condizioni croniche sono di natura culturale, sociale, economica e politica per cui la distribuzione diseguale di risorse, denaro e potere porta a diseguaglianze di salute (Maciocco & Brambilla, 2016; Martino et al., 2015). Non è più immaginabile rimandare la realizzazione di un nuovo approccio alle malattie croniche secondo il paradigma della sanità d’iniziativa: il bisogno di salute deve essere riconosciuto prima dell’insorgere della malattia o del suo aggravamento (Maciocco & Brambilla, 2016). La partecipazione delle persone non deve essere intesa in un’ottica di controllo sociale dei servizi sanitari, ma come processo di co-costruzione dei percorsi assistenziali, dei servizi di “Healthy Public Policy” e di beni comuni (Martino et al., 2015). E’ necessario e non più solo da immaginare: creare servizi che garantiscono una “presa in carico continuativa, integrata, coordinata, efficace, appropriata, accettabile e sostenibile“ (Martino et al., 2015, pag.520): La Casa della Salute sia un “Hub” (per il coordinamento delle risorse comunitarie, il terzo settore, i servizi sociali e sanitari di base, i servizi specialistici e gli ospedali, raccogliendo i bisogni della comunità, gestendo i servizi, costruendo delle reti dentro la comunità, generando partecipazione (Martino et al., 2015). Per una vera, reale, sostenibile riforma del sistema sanitario in toto è indispensabile applicare un modello concettuale internazionale di riferimento: Chronic Care Model (di E.D. Wagner) (Maciocco & Brambilla, 2016).

**3. LA SITUAZIONE ITALIANA**: La Cds e l’evoluzione proposta verso la “Casa della Comunità”

* Che cos’è una Cds? (background sperimentazione, definizione ex DM 10/07/2007, “stato dell’arte” ex Documento: Camera dei Deputati, Servizio Studi-Affari Sociali, 2021)
* La “Casa della Comunità”: Si parte dall’idea delle CdS, ma con la volontà di una realtà maggiormente indirizzata verso la comunità (vedi Prandi & Roboldi (2016) e l’associazione “Prima la comunità”)
* Descrizione degli obiettivi che si pone la CdS (secondo Martino et al., 2015)
* Organizzazione interna delle CdS: ruoli e funzioni (vedi Maciocco & Brambilla, 2016; Camera dei Deputati, Servizio Studi-Affari Sociali, 2021)
* Identità (profili) dei professionisti che lavorano in CdS (vedi Maciocco & Brambilla, 2016; Martino et al., 2015; Camera dei Deputati, Servizio Studi-Affari Sociali, 2021)

**3. FOCUS SULLA GESTIONE DI CDS IN ITALIA: in Toscana - Emilia-Romagna (ER)**

**In Emilia-Romagna:** “La programmazione delle Case della Salute nei territori locali viene condivisa tra Azienda sanitaria / Distretto e sindaci” (Maciocco & Brambilla, 2016, pag. 993). I professionisti che lavorano in CdS possono essere dipendenti AUSL o convenzionati e sono da essa retribuiti. All'interno della Cds possono lavorare altri professionisti (per esempio ass.sociali) retribuiti dai rispettivi enti. La programmazione dell’attività della CdS viene decisa di comune accordo tra enti locali e l’AUSL di riferimento durante la conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS). La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che cura le interfacce con gli altri dipartimenti. Al suo interno esistono diversi responsabili che si occupanp dell coordinamento: un Responsabile organizzativo e un Responsabile clinico assistenziale, come anche un Direttore sanitario o referente per il dipartimento di cure primarie. Distretto, Dipartimento delle Cure Primarie, Comune (sindaci) svolgono ruoli diversi. Si realizza a diversi livelli (regionale, aziendale, delle singole unità operative) l’analisi del territorio e dei suoi bisogni. *In Toscana*: in larga maggioranza le CdS sono ubicate in strutture di proprietà dell’AUSL o di altro ente pubblico.

**4. RIFLESSIONI SUL LAVORO INTERPROFESSIONALE E IL RAPPORTO CON ALTRE “REALTÀ”**

“Facciamo TUTTI un passo indietro!”: Le priorità per un lavoro interprofessionale di successo sono la relazione *interpersonale* e lo *spirito di squadra* attraverso una formazione continua e le microequipes, per produrre esiti misurabili a favore delle Comunità;

I rapporti con i servizi sociali/ scuole/ altri uffici comunali (sportello lavoro, etc) , le reti di associazioni o gruppi informali di persone del Quartiere/Distretto/ della comunità sono ispirati alla conoscenza specifica del territorio in cui si opera, della popolazione abitante, dei determinanti sociali, culturali, economici; sono sempre rispettosi di un vincolo reciproco di mandato e di obiettivi comuni, di azione collaborativa ed interdipendente, di processi di produzione del lavoro di assistenza compatibili tra loro per migliorare il consolidamento di percorsi volti alla continuità assistenziale, sia all’interno sia con altri servizi; devono essere “vissuti” e “sentiti interiormente, emotivamente” come  un ‘ interfaccia tra servizi, istituzioni, risorse territoriali, pazienti e famiglie per superare definitivamente la frammentazione (anche dei pazienti, ad oggi “spezzettati” per esempio dai PDTA). Sono finalizzati a creare reti assistenziali mutli-servizio orizzontali ed integrate.

Esistono diverse policy a livello nazionale e regionale (dell’ER) che sottolineano l’importanza di creare possibilità di partecipazione e empowerment della comunità (cittadini, terzo settore) nel contesto delle CdS (Luisi & Hämel, 2021). Il terzo settore come mediatore fra la comunità e la CdS. La CdS è descritta come luogo principale per promuovere la partecipazione e l’empowerment comunitario; la partecipazione comunitaria è istituzionalizzata nelle CdS (Turco, 2006).

**SECONDA PARTE: Prime idee: Che Casa della Salute/ Casa della Comunità vorremo avere/ ci piacerebbe?**

Abbiamo costruito la riflessione immaginando due scenari:

***Casa della Salute come “costruzione sociale”*:**

A) luogo di relazione, scambio, sintesi di due livelli: un livello dei servizi sociosanitari, un livello = voce della Comunità. I soggetti sempre coinvolti sono: le istituzioni pubbliche, le organizzazioni private, le organizzazioni del terzo settore (vedi Prandi & Riboldi, 2016);

Parole chiave: *alleanze, mappe delle opportunità, partnerships, partecipazione*

B) luogo di ritrovo per costruire le condizioni del vivere cioè interconnettere esperienze.

Parole / frasi chiave: “sentirsi a casa”, “diversità come condizione”, “confronto, punti di vista”, “Casa” (famiglia, comunità, sicurezza, integrità, identità, relazione intrapsichica, relazione interpersonale, relazione sociale” (vedi Prandi & Riboldi, 2016)

***Casa della Salute come “Nuovo Welfare generativo”*possibile attraverso l’identificazione con caratteristiche indispensabili (*da noi descritte con lo slogan: “mai più senza!”)***

A) la descrizione di “profili” di comunità trasversali, realizzata attraverso l’adozione di linguaggi istituzionali confrontabili (NON burocratici);

Frase: “bisogno di favorire nuove forme di cultura della salute e della vita sociale”

B) la scelta di dare priorità alla capacità di ascolto e decodifica partecipata delle “attese” (per esempio: con il Punto unico di accesso – PUA);

C) il recupero di un ruolo centrale dell’Ente Locale (i Comuni?), capace di realizzare la volontà delle comunità (quartieri, associazioni, “cittadini”);

Frase chiave “forum permanente come rete di esperienze, progetti, elaborazioni, sui temi del welfare di comunità”

D) la formazione al lavoro di squadra (degli operatori) e la formazione integrata tra gli operatori ed i cittadini: nulla deve essere fatto senza il diretto interessato “titolare di diritti, ma anche di doveri”.

Parole chiave: *autocura, partecipazione comunitaria, empowerment*

1. PARTECIPAZIONE DELLE COMUNITÀ La partecipazione comunitaria rappresenta uno dei pilastri della PHC e per questo motivo le Case della Salute devono offrire spazi fisici e decisionali volti a favorire i processi di partecipazione attiva dei soggetti che abitano e vivono quel territorio. La comunità cessa così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di empowerment, soggetto attivo nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sanitarie locali. Questo processo di trasformazione include i principi del welfare di comunità o generativo e della costruzione del capitale sociale
2. EQUIPE E RETI INTEGRATE DI CURE PRIMARIE Proponiamo che le nuove Cure Primarie siano incentrate sul lavoro in equipe e su reti interprofessionali, intersettoriali e partecipative. L’equipe di Cure Primarie rappresenta l’unità assistenziale socio-sanitaria di base ed è costituita dai professionisti necessari a rispondere con risolutività ai problemi di salute epidemiologicamente più frequenti ed alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento. Elemento costante dell’equipe è la modalità di lavoro in accordo ai principi della PHC, ovvero: interprofessionalità e interdisciplinarietà degli interventi; prossimità, capillarità e proattività sia nella rilevazione dei bisogni che nella costruzione degli interventi socio-sanitari; capacità di sviluppare strategie adattative e processi di educazione permanente. Al fine di intervenire in maniera altrettanto risolutiva e continuativa anche rispetto ai bisogni di salute meno frequenti, le equipe di Cure Primarie devono avvalersi di percorsi assistenziali in rete con altri servizi, professionisti e attori comunitari. L’interazione e l’integrazione dei professionisti operanti nelle equipe e nelle reti integrate di Cure Primarie si attua anche attraverso la strutturazione di incontri in presenza o da remoto a cadenza stabilita che devono pertanto essere supportati da idonee strutture fisiche e strumenti informatici.

/////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

1. *CURE PRIMARIE COME DISCIPLINA ACCADEMICA Nonostante la complessità e la specificità delle competenze richieste, manca ancora un riconoscimento accademico al bagaglio culturale della PHC. Riteniamo che le Cure Primarie debbano diventare disciplina universitaria con l’istituzione di uno specifico settore scientifico disciplinare. Per quanto riguarda la professione medica, sosteniamo che non sia più procrastinabile l’istituzione di una Scuola di Specializzazione universitaria che formi contemporaneamente alle Cure Primarie, alla Medicina Generale e alla Medicina di Comunità. Riteniamo, inoltre, auspicabile la creazione di percorsi formativi pre e post lauream comuni alle diverse figure professionali (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, ecc) che si troveranno a lavorare insieme nelle Cure Primarie, per garantire l’acquisizione di conoscenze condivise e meta-competenze necessarie al futuro lavoro di equipe15. Al fine di un generale rinnovamento della formazione universitaria, contenuti e metodi dei percorsi formativi in Cure Primarie devono essere definiti, al pari di tutti gli altri insegnamenti, da un Core Curriculum la cui stesura si realizzi attraverso un processo trasparente e partecipato, che veda la collaborazione di università e collegi professionali e il cui rinnovamento avvenga con cadenza stabilita alla luce dei potenziali cambiamenti dei bisogni di salute della popolazione.*
2. *FORMAZIONE E RICERCA IN CURE PRIMARIE Pensiamo che le nuove Cure Primarie debbano diventare per tutti i professionisti sociosanitari un luogo di formazione e ricerca sviluppate sulla base di standard qualitativi riconosciuti a livello internazionale e su criteri di assoluta autonomia e indipendenza rispetto a interessi privati di qualsiasi tipo. Formazione, ricerca e sperimentazione condotte nell’ambito di gruppi interprofessionali di Cure Primarie assumono un ruolo fondamentale nel generare pratiche evidencebased e di rigore scientifico radicate nel territorio, come anche promuovere l’interconnessione del sapere bio-medico con i contenuti ed i metodi delle discipline umanistiche. L’interazione culturale tra Università e professionisti del territorio permetterà di contaminare il sapere accademico con l’esperienza pratica quotidiana di chi lavora a contatto con le comunità promuovendo così lo sviluppo di nuove competenze indispensabili per comprendere la complessità dei processi di salute/malattia ed elaborare strategie di intervento efficaci nel favorirli o nel contrastarli.*

Punto 10: CURE PRIMARIE COME DISCIPLINA ACCADEMICA

Nonostante la complessità e la specificità delle competenze richieste, manca ancora un riconoscimento accademico al bagaglio culturale della PHC. Riteniamo che le Cure Primarie debbano diventare disciplina universitaria con l’istituzione di uno specifico settore scientifico disciplinare. Per quanto riguarda la professione medica, sosteniamo che non sia più procrastinabile l’istituzione di una Scuola di Specializzazione universitaria che formi contemporaneamente alle Cure Primarie, alla Medicina Generale e alla Medicina di Comunità. Riteniamo, inoltre, auspicabile la creazione di percorsi formativi pre e post lauream comuni alle diverse figure professionali (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, ecc) che si troveranno a lavorare insieme nelle Cure Primarie, per garantire l’acquisizione di conoscenze condivise e meta-competenze necessarie al futuro lavoro di equipe. Al fine di un generale rinnovamento della formazione universitaria, contenuti e metodi dei percorsi formativi in Cure Primarie devono essere definiti, al pari di tutti gli altri insegnamenti, da un Core Curriculum la cui stesura si realizzi attraverso un processo trasparente e partecipato, che veda la collaborazione di università e collegi professionali e il cui rinnovamento avvenga con cadenza stabilita alla luce dei potenziali cambiamenti dei bisogni di salute della popolazione.

Punto 11: FORMAZIONE E RICERCA IN CURE PRIMARIE

Pensiamo che le nuove Cure Primarie debbano diventare per tutti i professionisti sociosanitari un luogo di formazione e ricerca sviluppate sulla base di standard qualitativi riconosciuti a livello internazionale e su criteri di assoluta autonomia e indipendenza rispetto a interessi privati di qualsiasi tipo. Formazione, ricerca e sperimentazione condotte nell’ambito di gruppi interprofessionali di Cure Primarie assumono un ruolo fondamentale nel generare pratiche evidence based e di rigore scientifico radicate nel territorio, come anche promuovere l’interconnessione del sapere biomedico con i contenuti ed i metodi delle discipline umanistiche. L’interazione culturale tra Università e professionisti del territorio permetterà di contaminare il sapere accademico con l’esperienza pratica quotidiana di chi lavora a contatto con le comunità promuovendo così lo sviluppo di nuove competenze indispensabili per comprendere la complessità dei processi di salute/malattia ed elaborare strategie d'intervento efficaci nel favorirle o nel contrastarli.

1. UNA NUOVA FORMA CONTRATTUALE PER UN NUOVO MODELLO DI CURE PRIMARIE Crediamo sia necessaria una sostanziale riforma delle diverse cornici contrattuali in cui sono inseriti i professionisti delle Cure Primarie al fine di superare molte criticità che attualmente ostacolano il processo di sviluppo dell’assistenza territoriale. In particolare, la coesistenza di differenti forme contrattuali rende difficoltoso il coordinamento degli interventi, favorisce la frammentazione delle cure e crea condizioni per lo sviluppo di conflitto all’interno dell’equipe. La riforma contrattuale dovrebbe essere capace di: - sostenere il continuo miglioramento della qualità dell’assistenza attraverso adeguati meccanismi di monitoraggio di esiti e processi assistenziali; - promuovere e incentivare un efficace lavoro in equipe interprofessionali all’interno di strutture adeguate; - garantire all’equipe la quota di autonomia decisionale necessaria per progettare e realizzare interventi di salute adeguati; - perseguire fermamente la necessaria integrazione tra ambito sociale e sanitario.

////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

**Bibliografia (e teorie da chiarire)**

Camera dei Deputati XVIII Legislatura, Servizio Studi-Affari Sociali (2021). Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale n.144. 1°marzo 2021.

Luisi, D. & Hämel, K. (2021). Community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna: A document analysis study. Health Policy, 125, 177-184.

Maciocco, G. & Brambilla, A. (2016). Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche. Salute e Territorio, 211, 992-996.

Martino, A., Sintoni, F. & Marta, B. (2015). La Casa della Salute. The House of Health. Sistema Salute, 59, 4, 519-533.

Prandi, F. & Roboldi, F. (2016). Riflettendo sulla “casa della salute”. Ricerca&Pratica, 32, 64-75, 116-120.

Turco, L. (2006). Un New Deal della Salute. Linee del Programma di Governo per la Promozione ed Equità della Salute dei Cittadini. Ministero della Salute.