



APRIREnetwork
Assistenza PRIMaria In REte
Salute a Km 0

Master Infermieristica di Famiglia e Comunità
Brescia – 2022

Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia “A.Gemelli”

***Analisi delle caratteristiche delle diverse
tipologie di servizi dell’Assistenza Primaria***

- ***Servizi del territorio e LEA***
- ***Grandi tipologie di assistiti***

PIANO DI LAVORO

1.

- Qualche esempio concreto di «cambio di paradigma»
- Assistenza Primaria come sistema organico delle cure primarie e dei servizi territoriali nelle comunità locali
- La Casa della Comunità che vorremmo

2.

- Chiariamo le idee sul Distretto
- Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali:
 - il Distretto
 - la Casa della Comunità
 - Microarea
- Quale ruolo per il Comune?
- Quale ruolo e quale collocazione del MMG?

PIANO DI LAVORO

3.

- Le “grandi tipologie di assistiti”
- I servizi del territorio classificati in base ai LEA
- L’Assistenza Primaria nel PNRR
- I possibili ruoli delle figure infermieristiche nel territorio
- Proposta di “laboratorio di approfondimento”

4.

Verifica finale: presentazione degli elaborati del laboratorio di approfondimento

Che cos'è l'Assistenza Primaria ?

The Dawson Report, 1920

Lord Dawson, capo della *British Army's Medical Services*, introduce il termine **Primary Care** in una relazione sul Sistema Sanitario Nazionale Inglese:

Primary Health Centre

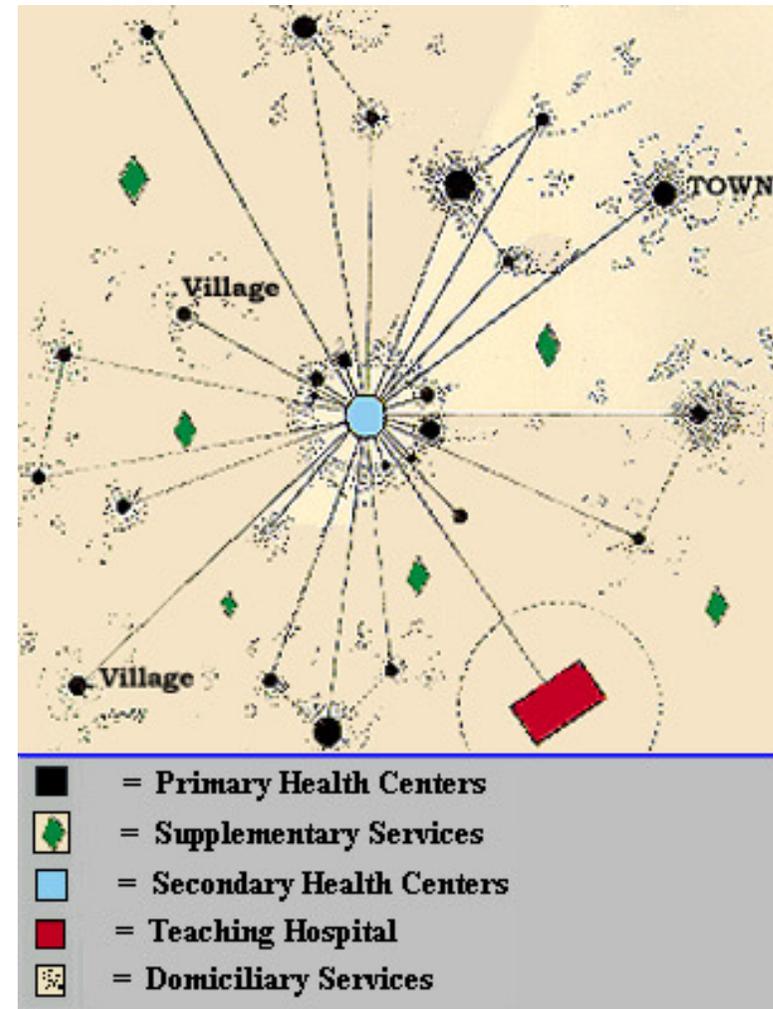
primo contatto assistenziale e servizi di cura e di medicina preventiva ad opera di *Medici di Medicina Generale*

Secondary Health Centre

per il trattamento di casi più complessi

Teaching Hospital

competenza su patologie di maggiore importanza e addestramento dei futuri medici

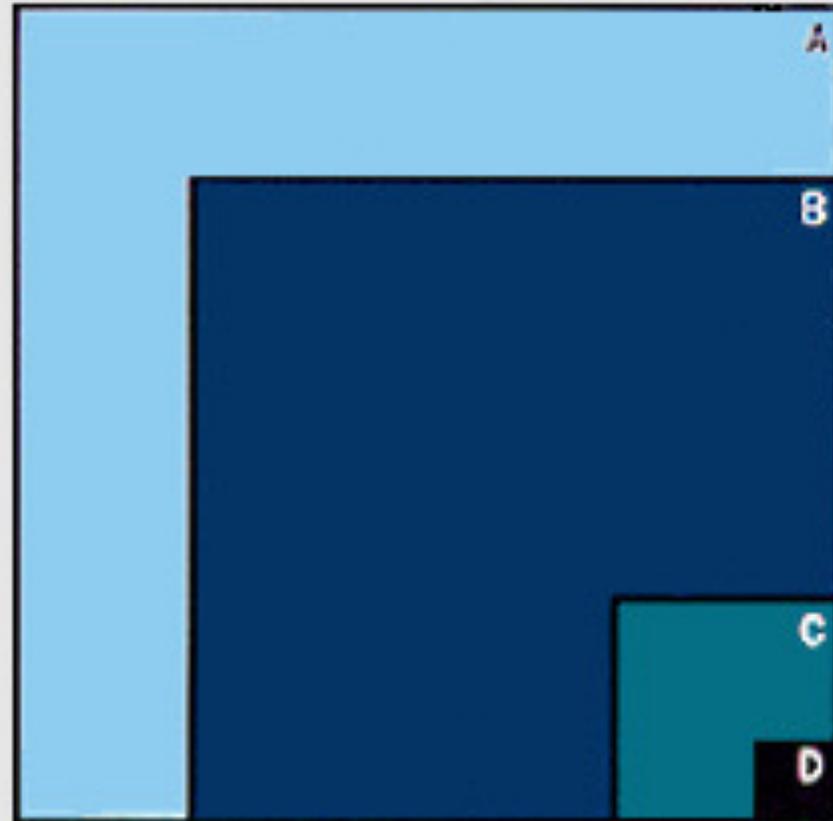


Kerr White e coll.

New England Journal of Medicine 1961

Ecology of Health Problems Annual Rates, USA

- A** Total population at risk: 1000
- B** Persons receiving primary care: 720
- C** Persons admitted to general hospital: 100
- D** Persons admitted to university hospital: 10



Riscontro ottenuto osservando un campione di popolazione nel Regno Unito e negli Stati Uniti per un anno

Family Medicine – 1966

Folson Report – Millis Report – Willard Report

- **Fornire ad ogni paziente un medico personale** e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario.
- **Erogare un set completo di servizi:** valutativi, preventivi e clinici generali.
- **Assicurare una continua responsabilità nei confronti dell'assistito**, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure.
- Operare nei confronti degli individui avendo **presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità.**
- Fornire un'assistenza appropriata ai **bisogni fisici, psicologici e sociali** del paziente nel **contesto della famiglia e della comunità.**

Rivista *Contact* - 1970

pubblicata da *Christian Medical Commission*

**Appare per la prima volta
il temine «*Primary Health Care*»**

riferendosi a

- **aspetti connessi all'offerta dei servizi**
- e**
- **aspetti organizzativi, quali l'integrazione tra professionisti ed assistiti**

Tudor Hart, 1971
The Lancet

Tudor Hart elabora il concetto della *inverse care law* (“*legge dell’assistenza inversa*”):

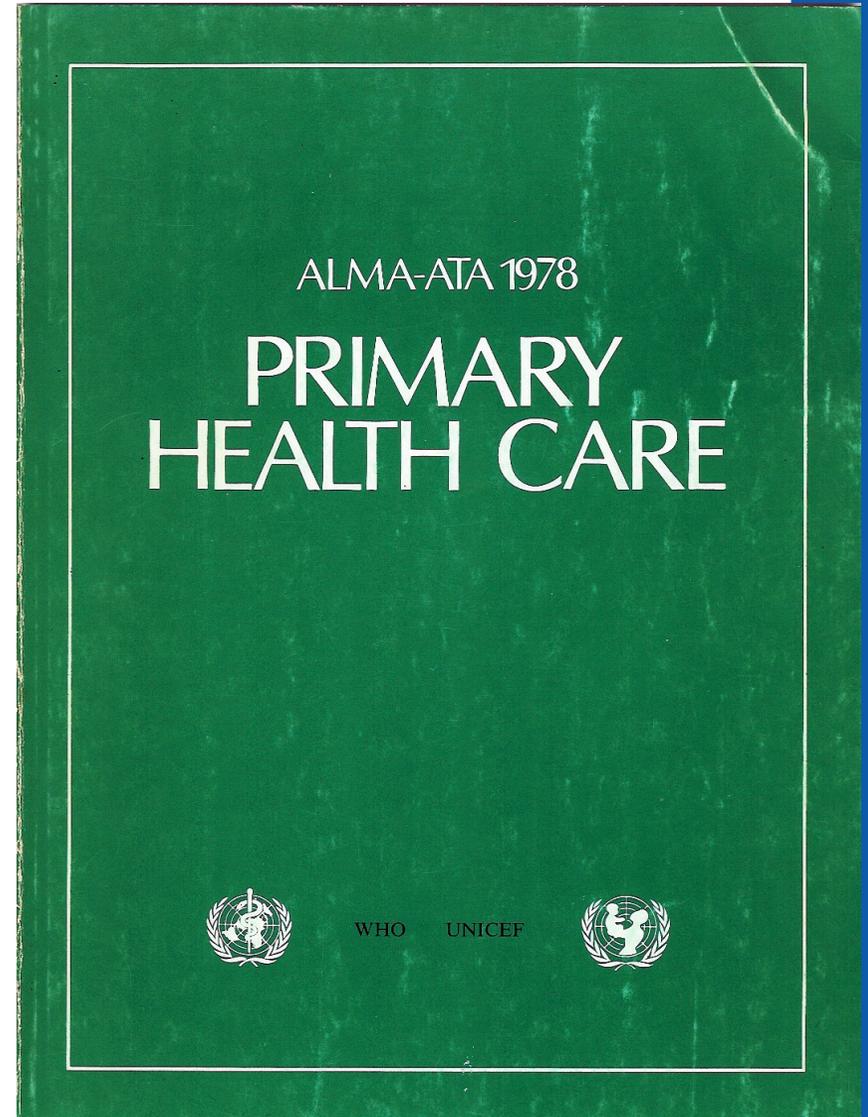
- le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla.

«La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell’assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta».

L'approccio innovativo della *Primary Health Care* viene declinato ulteriormente grazie al lavoro di *Halfdan Mahler*, dal 1973 al 1988 Direttore Generale della *World Health Organization* che culmina nella ***Dichiarazione Universale di Alma-Ata del 1978*** nella quale è esplicitato **il modello concettuale dell'Assistenza Primaria**

L'Assistenza Sanitaria Primaria

«è quell'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possono permettersi di mantenere in ogni fase del loro sviluppo nello spirito di autosufficienza e autodeterminazione»



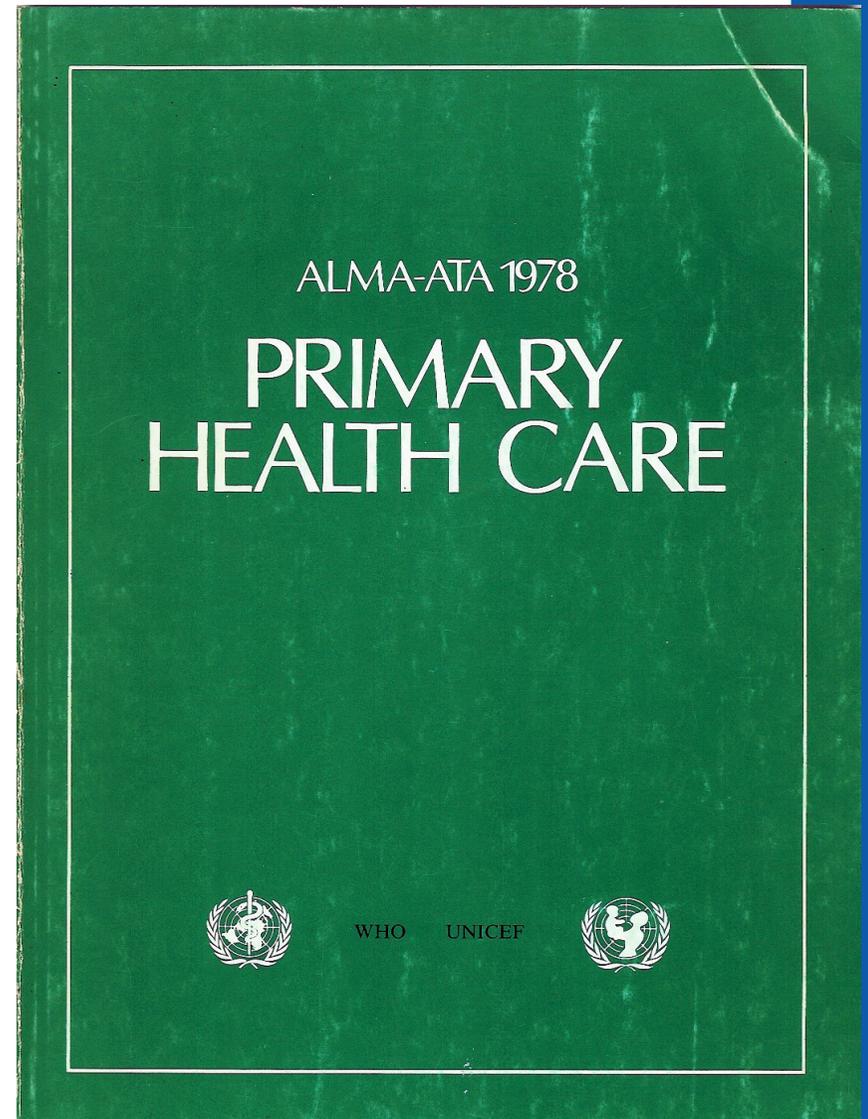
Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

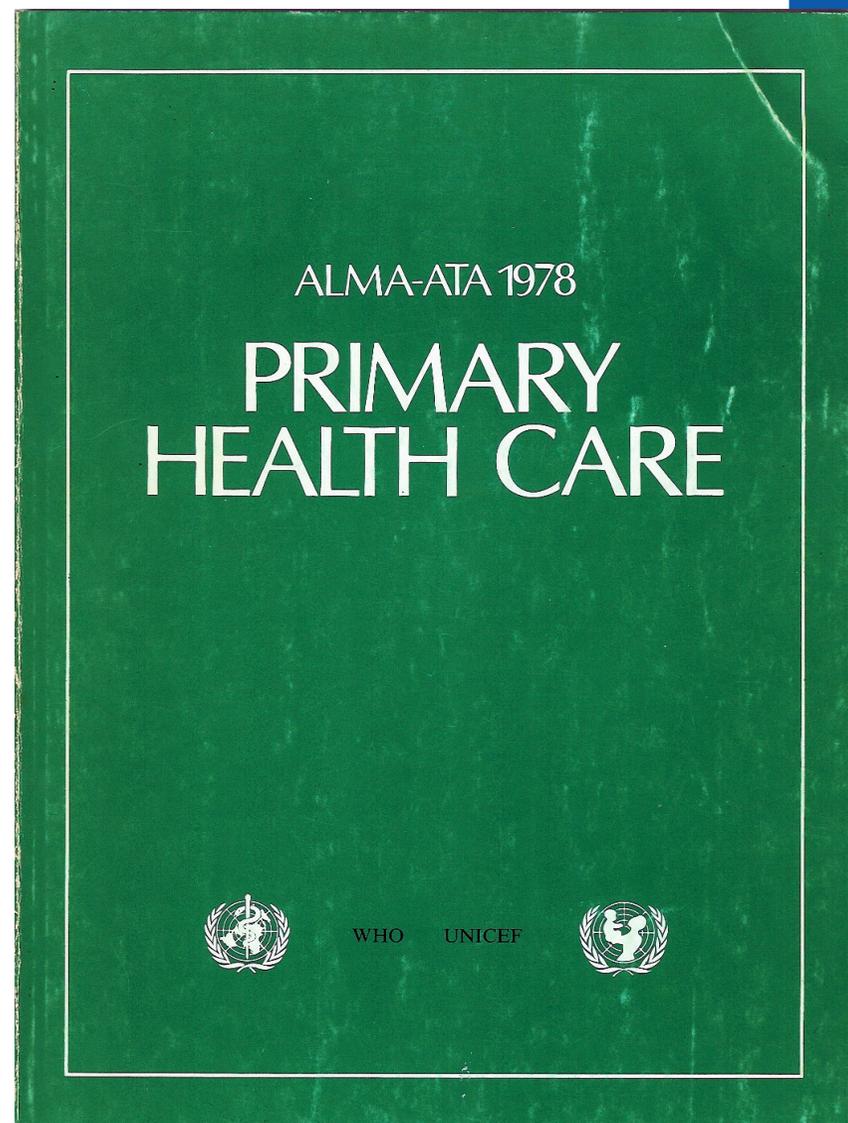
L'Assistenza Sanitaria Primaria

*«è parte integrante
sia del sistema sanitario del Paese,
di cui è la funzione
centrale e principale,
sia dello sviluppo sociale-economico
della comunità»*



L'Assistenza Sanitaria Primaria è

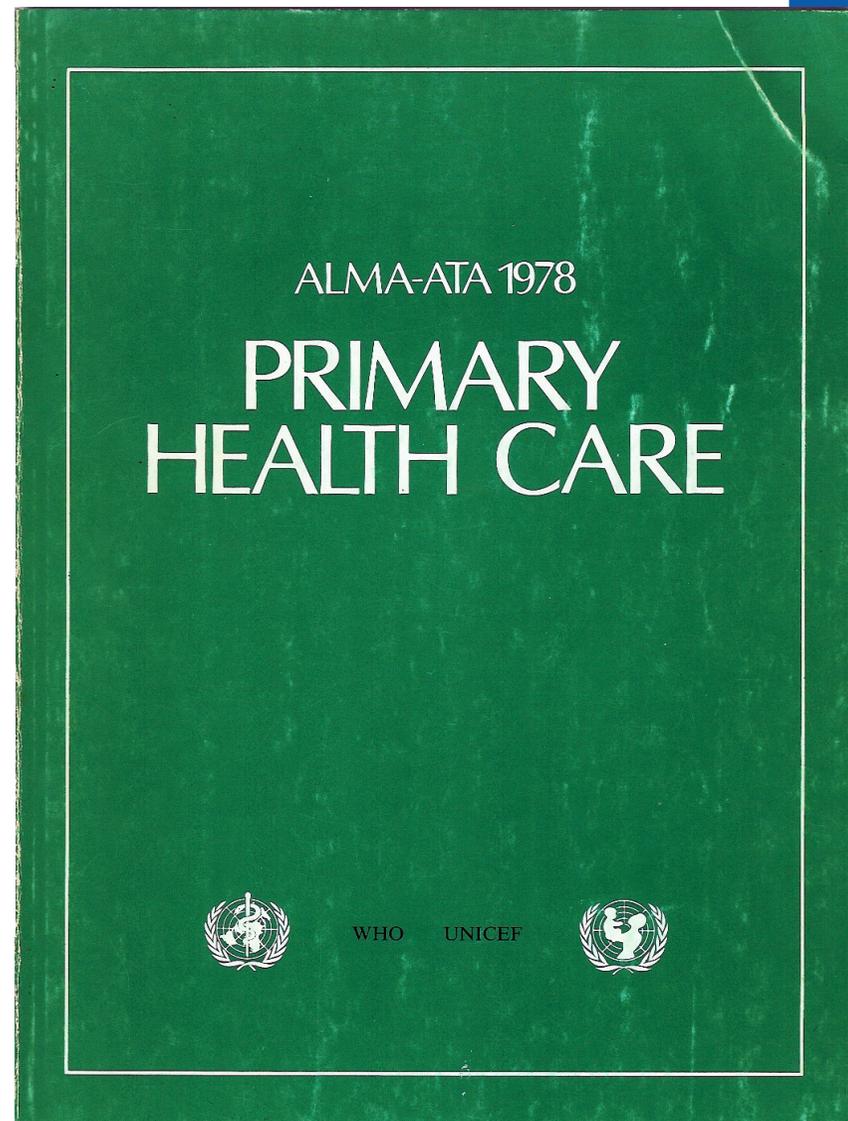
*«il primo livello di contatto degli individui,
delle famiglie
e della comunità
con il sistema sanitario del paese,
portando l'assistenza sanitaria
quanto più vicino e possibile
a dove la popolazione vive e lavora
e costituendo il primo elemento
di un processo continuo
di assistenza»*



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria

*«coinvolge, oltre al settore sanitario,
tutti i settori e gli aspetti correlati
allo sviluppo nazionale e comunitario,
in particolare l'agricoltura, l'allevamento,
l'alimentazione, l'industria, l'educazione,
l'edilizia abitativa, i lavori pubblici,
le comunicazioni e altri settori;
e chiede gli sforzi coordinati
di tutti quei settori»*



Fulvio Lonati

Dichiarazione Universale di Alma-Ata – 1978

Modello concettuale dell'Assistenza Primaria

- **accessibilità ed equità** dei servizi offerti
- centralità dei **bisogni delle popolazioni**
- **utilizzo “*cost effective*” ed appropriato** delle tecnologie e dei servizi
- **integrazione dei diversi livelli di assistenza** (primaria, secondaria e terziaria)
- **coinvolgimento dell'assistito e della comunità** nel progetto assistenziale
- **collaborazione** tra i diversi settori, **sanitari e non**

**Hunnu Vuori - 1986 - Congresso WONCA
Organizzazione mondiale dei medici di famiglia**

«... è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino -un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza- attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un'impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire.

È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili.

La soluzione a portata di mano è l'Assistenza Primaria. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie»

Fulvio Lonati

Barbara Strfield, 2002-2003-2005: relazione tra forza dell'Assistenza Primaria e risultati di salute, equità ed efficienza

Sistemi sanitari con all'interno **forti organizzazioni di Assistenza Primaria** sono associati a una **migliore salute della popolazione**.

Gli indicatori presi in considerazione sono:

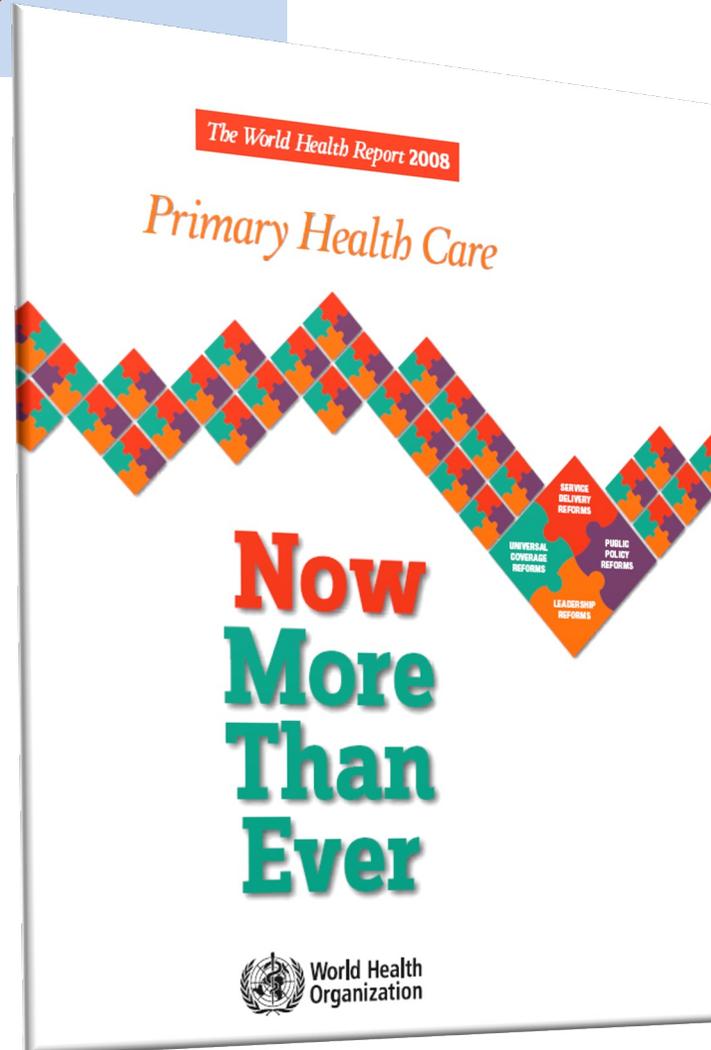
- la mortalità per tutte le cause
- la mortalità prematura per tutte le cause
- la mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari.

Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione**.

Più forti sono le cure primarie, più bassi sono i costi (i paesi con più forti sistemi di cure primarie sono, secondo gli autori, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Olanda, Italia, Finlandia, Norvegia, Australia, Canada e Svezia).

WHO Report 2008 “Now more than ever”

- **Rafforzamento e diffusione di sistemi di Assistenza Primaria:**
 - caratteristica indispensabile di Sistemi Sanitari efficienti
- **Sistemi Sanitari fortemente orientati verso Assistenza Primaria:**
 - migliore stato di salute di tutta la popolazione
 - riduzione diseguaglianze - azione mirata sui determinanti di salute, con interventi pesati in relazione alle condizioni degli assistiti e tramite un’offerta di servizi adeguata ai bisogni rilevati



Fulvio Lonati



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Rapporto 2013 WHO “Salute 2020”

L'Assistenza Primaria continua a rappresentare il caposaldo nella strategia proposta anche per i Sistemi Sanitari del XXI secolo,

- potendo **rispondere alle attuali esigenze**
- favorendo lo **sviluppo di partenariati**
- incoraggiando le persone a **partecipare in modo nuovo al proprio percorso di cura** e a tutelare maggiormente la propria salute.

SALUTE 2020

Un modello di politica europea
a sostegno di un'azione trasversale
al governo e alla società a favore
della salute e del benessere



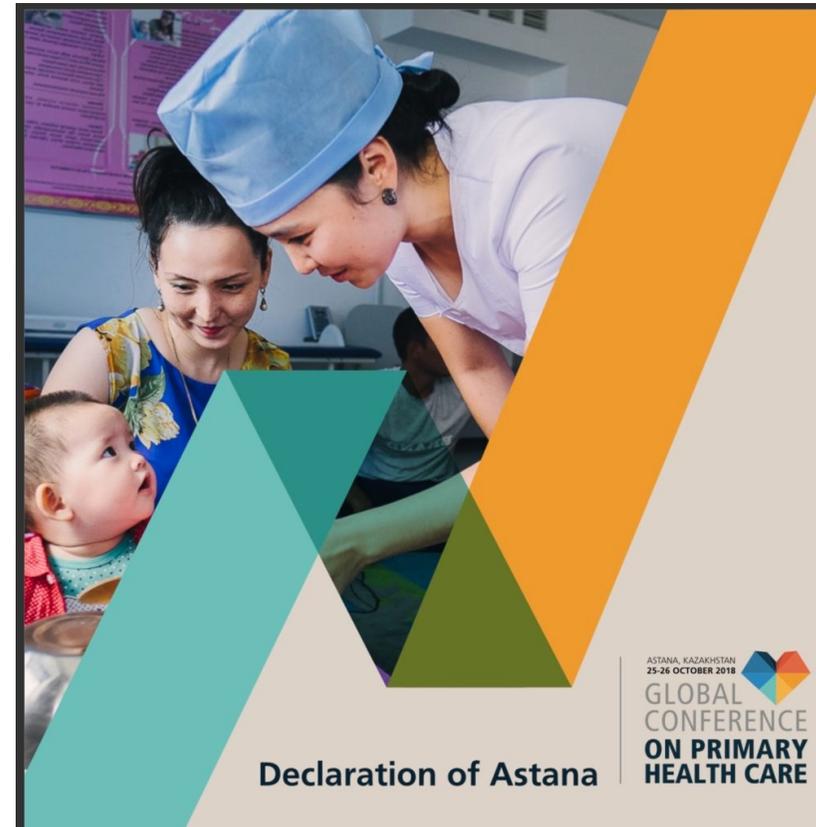
Fulvio Lonati



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Astana 2018: Global Conference on Primary Health Care *"From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals"*

*«Riconosciamo che rafforzare
l'Assistenza Primaria
(Primary Health Care - PHC)
sia l'approccio più inclusivo,
efficace ed efficiente
per promuovere la salute fisica e
mentale, così come il benessere,
e che la PHC sia il fondamento
di un sistema
di copertura sanitaria universale
(Universal Health Coverage - UHC)
sostenibile con sostenibili obiettivi
di sviluppo
correlati alla salute.»*



Fulvio Lonati

È NECESSARIO UN CAMBIO DI PARADIGMA

- da “sanità” a “**salute**”
- “da “prestazione ” a “**prendersi cura**”
- da “eccellenza” a “**equità**”
- da “efficienza” a “**efficacia**”
- da “accentramento” a “**decentramento**”
- da “economia di scala” a “**partecipazione**”
- “da “ospedale”
 - a “**poliambulatorio**”
 - a “**casa della salute**”
 - a “**casa della comunità**”

La Casa della Comunità che vorremmo

Fulvio Lonati



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Idee tratte da:

 <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/>



The screenshot shows the top navigation bar of the website. On the left, there is a logo for '2018' and the text 'Il Libro Azzurro | Campagna PHC'. The navigation menu includes 'Home', 'Le Sezioni del Libro', 'Sottoscrivi il Libro', 'Alleanza per le Cure Primarie in...', and 'Attività'. A search icon is on the far right. Below the navigation bar, on the left, is a large circular logo featuring an open book and the text 'LIBRO AZZURRO'. To the right of the logo, the main heading reads 'Il Libro Azzurro' in a large, bold, black font, followed by the subtitle 'per la riforma delle Cure Primarie in Italia' in a smaller, bold, black font. On the right side of the page, there is a vertical menu with four items: 'Contributi pubblicati', 'Iniziative', 'Esperienze', and 'Dicono di noi'. Two red arrows are overlaid on the screenshot, pointing from the 'Sottoscrivi il Libro' menu item to the 'Alleanza per le Cure Primarie in...' menu item.

Le sezioni del Libro Azzurro

- [1. Territorializzare le Cure Primarie](#)
- [2. Partecipazione della Comunità](#)
- [3. Governance e coordinamento](#)
- [4. Potenziare il Distretto sociale e sanitario](#)
- [5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità](#)
- [6. Domiciliarità e Cure Intermedie](#)
- [7. Formazione e ricerca in Cure Primarie](#)

... e idee tratte da:

 www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/



CHI SIAMO

COSA FACCIAMO

PERCORSO

ADESIONI

DOCUMENTI

NOTIZIE

CONTATTI



PRIMA LA COMUNITÀ.
Insieme per il benessere di
ogni persona.

Fulvio Lonati



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

... e idee tratte da:  www.aprirenetwork.it



Home

Chi siamo ▾

In 

Iscriviti

Partecipa

Documenti ▾

Sostieni

Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muovendo dal modello della patologia acuta ad **un nuovo paradigma sistematico e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con la quotidianità delle persone.

L'obiettivo è **promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria come materia specifica di ricerca, studio e lavoro**. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. **favorire la conoscenza reciproca e l'interazione tra realtà associative e professionisti** portatori di interessi e di letture multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. **valorizzare le persone quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;**
3. **rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria** nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.



News >

Eventi >

Fulvio Lonati



La Casa della Comunità che vorremmo

- Che accoglie
- Dotata
- Per una costruzione sociale e un nuovo welfare generativo
- Sostenibile
- Partecipata
- Che territorializza
- Con un Osservatorio della Casa della Comunità
- Multiprofessionale e Proattiva
- Connessa anche tecnologicamente
- Con un governo pubblico

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “che accoglie”

- La Casa della Comunità come punto di primo contatto vuol essere “la **porta d’entrata** del sistema”.
- Attivare il **PUA** (Punto Unico di Accesso):
 - E’ una struttura priva di barriere fisiche e architettoniche;
 - che rappresenta il punto di accoglienza e direzionamento delle richieste dei cittadini;
 - con attività espletate da personale specificamente formato attraverso short-courses sui temi dell’accoglienza, il riconoscimento dei bisogni e l’offerta dei servizi sociali, sanitari e amministrativi;
 - ed è adiacente alla segreteria dei servizi sociali e sanitari per l’espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative, nonché per indirizzare ai servizi specifici presenti sul territorio di competenza.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “dotata”

La Casa della Comunità deve essere dotata di:

- spazi dell'**accoglienza** e della **cura**;
- servizi sanitari **primari di diagnosi, cura e riabilitazione** garantiti da personale polispecialistico;
- servizi **sociali**;
- figure professionali per la prevenzione e la promozione della salute del territorio, volontari e reti del terzo settore che partecipano alla costruzione del **progetto di salute comunitario**, ecc.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “dotata”

Attivare nella Casa della Comunità **luoghi fisici adeguati e specifici** per le funzioni principali svolte:

- **ambulatori** adeguati per spazio, caratteristiche e funzioni;
- sala **diagnostica** dotata di strumentazione di base (es. ecografo, RX, spirometro, ECG, microscopio, biochimica di base);
- sala di **riabilitazione** dotata di spazi e strumentazione adeguati alle attività di prevenzione, riabilitazione, recupero funzionale e adatto a tutte le fasi della vita (età infantile, evolutiva, gestazionale, adulta e della terza età);
- uffici per i servizi **sociali**;
- stanza per i **colloqui difficili**, finalizzata ad affrontare tematiche complesse e che richiedono un luogo separato, accogliente e sicuro che faciliti il dialogo;
- sala **multifunzionale** della comunità, polivalente e versatile, dotata di infrastrutture rimovibili e che possa svolgere funzioni molteplici (sala conferenze, palestra, incontri di associazioni, educazione sanitaria, riunioni comunitarie, baby pit stop).

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

**Casa della Comunità come
“costruzione sociale e nuovo welfare generativo”**

La Casa della Comunità non è un luogo di prestazioni, ma di **relazione e d’incontro della comunità**.

La Casa della Comunità rappresenta il punto di **integrazione** e raccordo tra il sociale e il sanitario ([WHO, Integrating Health Services, 2018](#)).

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

**Casa della Comunità come
“costruzione sociale e nuovo welfare generativo”**

- Favorire la creazione della **rete** tra associazioni di volontariato / centri diurni per anziani / centri anti violenza / centri sportivi / parrocchie/oratori / ... presenti sul territorio, stabilendo modalità di comunicazione periodiche e condivisione di dati e informazioni.
- Costruire **relazione** e **dialogo** permanente con i rappresentanti della comunità, con le associazioni, il terzo settore, gli istituti di formazione, ecc.
- **Progettare e organizzare** in compartecipazione della comunità (con particolare attenzione alle persone con fragilità) attività ricreative, educative, culturali, sportive, ecc.
- Promuovere iniziative che vedano lo **scambio reciproco** di competenze e aiuto (es. “*Banca del Tempo*”).

Fulvio Lonati

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “sostenibile”

La Casa della Comunità si dovrebbe avvalere di una struttura **sostenibile** dal punto di vista ambientale ed **efficiente** dal punto di visto energetico.

La Casa della Comunità deve attenzionare i **determinanti di salute correlati all’ambiente**.

- Collocare la sede della Casa della Comunità, laddove possibile, all’interno o nelle adiacenze di **spazi verdi** che consentano la creazione di attività di promozione e protezione della salute e dell’ambiente, terapeutiche e riabilitative, sia per i cittadini che per gli operatori, sia individuali che collettive.
- Fornire agli operatori della struttura, strumenti e mezzi per favorire la **mobilità sostenibile**.
- Costruire **partnership** con le istituzioni/associazioni/enti locali al fine di promuovere la sostenibilità ambientale in compartecipazione della comunità.
- Promuovere attività che sensibilizzino la comunità alla **cura dell’ambiente di vita proprio e altrui**.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “partecipata”

La Casa della Comunità è il luogo e il contesto in cui gli utenti e la comunità partecipano attivamente alle decisioni che riguardano la medesima.

Istituire:

- un **coordinamento della Casa della Comunità** che si incontri regolarmente e che rappresenti il punto di incontro, dialogo e gestione; all’incontro si prevede la partecipazione dei rappresentanti della comunità, dei professionisti e dei gestori;
- un’**assemblea della Casa della Comunità** come momento fondamentale per favorire i processi decisionali. Essa è convocata obbligatoriamente sia nelle fasi di ascolto e raccolta dei bisogni che nelle fasi di valutazione dei risultati conseguiti; all’assemblea partecipano la comunità, i professionisti, i gestori.

Fulvio Lonati

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità che “territorializza”

La Casa della Comunità lavora tramite un approccio di territorializzazione. Tale aspetto è di fondamentale importanza, perché la Casa della Comunità diviene responsabile non soltanto degli individui ma anche dell'intero territorio di competenza e della sua comunità.

- Conoscere i bisogni e le risorse del territorio di competenza. L'analisi dei bisogni dovrà essere effettuata tenendo conto dei dati sociali e sanitari a disposizione, dell'esperienza e dell'attività degli attori sanitari e sociali che operano nella microarea.
- Coinvolgere, tramite forme partecipative, il terzo settore, la comunità, gli Enti Locali afferenti; auspicabile l'istituzione di dispositivi quali un “forum permanente come rete di esperienze, progetti, elaborazioni, sui temi del welfare di comunità”; dall'analisi dovrà derivare la programmazione delle attività sociali e sanitarie che dovranno essere messe in atto dentro e fuori la Casa della Comunità.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

L'Osservatorio della Casa della Comunità

All'interno della Casa della Comunità si istituisce **l'Osservatorio dei bisogni sociali e sanitari del territorio** di riferimento, comprese le sedi dei servizi attivi e dei punti di organizzazione della domiciliarità da garantire: ad ogni persona, nell'arco di tutta la vita, creando le condizioni per la continuità della cura e il benessere nelle diverse condizioni di fragilità, di non autosufficienza, di marginalità, secondo criteri di prossimità e dignità di ognuno/a.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

L'Osservatorio della Casa della Comunità

- costituito dall'unione dei professionisti sanitari, sociali, dai gestori, dai dirigenti;
- finalizzato ad individuare i bisogni sociali e sanitari della popolazione di riferimento nonché gli ostacoli principali affrontati nell'affermazione di diritti fondamentali;
- che svolge, fra le altre, le seguenti attività di monitoraggio:
 - rispetto ai problemi di livello meso e macro, che impediscono l'efficace risoluzione dei problemi occorsi a livello micro;
 - rispetto ai meccanismi di referral e counter-referral tra i professionisti, ovvero favorire il dialogo e la condivisione di informazioni al passaggio da un servizio/professionista all'altro in modo che si determini un percorso di cura efficace, integrato e continuo;
 - rispetto alle interconnessioni tra le risorse del territorio.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

L'approccio interprofessionale e proattivo

I professionisti della Casa della Comunità:

- lavorano con un approccio **multiprofessionale** necessario per poter soddisfare i diversi bisogni delle persone;
- sono capaci di **mappare il territorio**, rilevare determinanti di salute, **mobilizzare le risorse** comunitarie, raccogliere informazioni **quantitative e qualitative** dei bisogni della popolazione, realizzare **itinerari terapeutici, di accessibilità** ai servizi, elaborare temi specifici per la **formazione e l'empowerment** comunitario, stimolare la costruzione di **reti comunitarie** e la **partecipazione attiva** della popolazione;
- lavorano tramite un approccio di tipo **proattivo**, non volto solamente a soddisfare le domande espresse, ma anche quelle inesprese;
- promuovono l'**integrazione** tra Casa della Comunità e Ospedale.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

L'approccio interprofessionale e proattivo

Impegnare ogni professionista della Casa della Comunità a:

- apprendere in forma permanente (tracciabile) i **principi fondamentali della PHC**, attraverso un percorso di studi adeguato, indipendentemente dal proprio curriculum di studi
- rispettare/condividere la visione culturale della PHC
- **conoscere i ruoli e le competenze degli altri operatori** per stimolare la **costruzione di saperi e pratiche condivise**, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio di competenza
- partecipare alle **equipe multiprofessionali** finalizzate alla presa in carico congiunta di situazioni a medio-alta complessità, con incontri periodici sulla base delle esigenze presenti
- cooperare con il mondo **accademico**, in particolare nella formazione per le Cure Primarie di tutte le professioni sanitarie.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

L'approccio interprofessionale e proattivo

- Organizzare:
 - l'**equipe multiprofessionale** che si tiene con cadenza regolare per la risoluzione multiprofessionale di casi complessi
 - periodicamente **corsi di *role playing* e di simulazione** per immedesimarsi nell'esperienza altrui
 - un **training** per obiettivi strutturati per chiunque entri a lavorare nella Casa della Comunità, indipendentemente dal curriculum di studi, con un affiancamento a tutor esperti scelti "interni", di durata adeguata alla complessità del territorio/comunità di riferimento.
- Rendere tutte le Case della Comunità **sedi di formazione e tirocinio pre-post laurea** di tutte le professioni sociali e sanitarie coinvolte.
- Promuovere l'attribuzione a professionisti delle Case della Comunità di **corsi di insegnamento pre-post laurea** di tutte le professioni sociali e sanitarie coinvolte.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “connessa anche tecnologicamente”

I professionisti della salute imparano ad utilizzare le migliori **tecnologie hardware e software disponibili per la condivisione** di tutti i dati raccolti.

La sfida quotidiana è orientata a sviluppare e potenziare raffinate tecnologie relazionali, di gestione ed organizzazione dei percorsi assistenziali, attraverso la negoziazione tra i linguaggi e i valori degli attori coinvolti.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Casa della Comunità “connessa anche tecnologicamente”

- Sviluppare **cartelle sociali e sanitarie integrate**:
 - con minimo utilizzo di supporto cartaceo, se non per vincoli di legge;
 - che promuovano il lavoro integrato dei professionisti sociali e sanitari non soltanto dentro la Casa della Comunità ma anche a distanza.
- Potenziare la **telemedicina**.
- Dotare gli operatori di **strumenti di comunicazione** adeguati indipendenti dalla rete telefonica, per le comunicazioni immediate tra diversi attori quando impegnati insieme sul territorio, a garanzia di uno scambio sempre efficace di informazioni.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Governo della Casa della Comunità

La Casa della Comunità è basata su una **governance pubblica, chiara e partecipata**.

- Prevedere, all'interno del territorio di competenza del Distretto Sociale e Sanitario, **almeno una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti**, ciascuna con un proprio territorio elettivo di afferenza, ma favorire l'attivazione di Case della Comunità per territori di minore dimensione, anche valorizzando aggregazioni di servizi e/o di MMG già attivi.
- Collocare il **coordinamento del Distretto Sociale e Sanitario** nella Casa di Comunità più grande.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Governo della Casa della Comunità

- Promuove le azioni e le progettualità a livello delle **microaree**, fornendo supporto logistico e culturale.
- Riconoscere l'**assemblea della Casa della Comunità come momento fondamentale** per favorire i processi decisionali, convocandola obbligatoriamente sia nelle fasi di ascolto e raccolta dei bisogni che nelle fasi di valutazione dei risultati conseguiti.
- Favorire l'**integrazione** fra tutti i professionisti mediante una figura che coordini, che faciliti la comunicazione tra le varie interfacce, che supporti il Direttore di Distretto, che monitori l'andamento delle attività programmate per il territorio di riferimento.

Le possibili vocazioni della Case della Comunità

(da Francesco Longo - SDA Bocconi)

LE VOCAZIONI POSSIBILI

CASA DELLA SALUTE

- a) Accesso e *case management* della cronicità stabile
- b) Casa della specialistica territoriale
- c) Casa della fragilità e *long term care*
- d) Piattaforma dei servizi territoriali: psichiatria, igiene, materno-infantile, ecc.

CASA SOCIO-SANITARIA

- a) Co-programmazione interistituzionale
- b) Accesso e *case management* socio-sanitario
- c) Erogazione di servizi SSN ed EE.LL. (quota parte)
- d) Erogazione del portafoglio completo dei servizi SSN territoriali e degli EE.LL., delega dei servizi socio-assistenziali

CASA DELLA COMUNITÀ

- a) Co-produzione di gruppo (educazione sanitaria per gruppi di pazienti)
- b) Partecipazione democratica: co-design dei servizi, valutazione partecipata
- c) Valorizzazione e creazione di reti sociali (gruppi di lettura, gruppi di cammino, rete dei NEET)

Qualche esempio significativo



Idee per le Case della Comunità > un film documentario mostra l'esperienza di quattro Case della Salute-Comunità:

- sono effettivamente attive da alcuni anni
- garantiscono Cure Primarie universalmente accessibili
- sono messe in atto da équipe multidisciplinari
- sono centrate sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità.

Per accedere al video:

- Versione sintetica (2minuti): www.vimeo.com/665001270/081e18b52f
- Versione estesa (43 minuti): www.vimeo.com/663912888/2b71e5a55d

**Qualche
esempio
significativo**

CHI SONO I TALENTI SOCIALI

Interlocutori insoliti, apparentemente lontani dal lavoro sociale (baristi, fornai, parrucchieri, edicolanti, commessi di supermercati, farmacisti, ecc.) ma che per la loro attività e/o propensione possono avere uno sguardo diretto su situazioni sociali critiche

Il percorso di comunità dell' Unione delle Colline Matildiche (video e diapositive dell'intervento di Federina Cirlini)

- <https://www.sitinazionale.it/video/phc/4.mp4> (al minuto 15 e 30')
- <http://www.sitinazionale.org/site/new/images/docs/atticongressi/2022/phc/4/cirlini.pdf>

«Compiti a casa»

Visitare-navigare (iscriversi):

- <https://www.aprirenetwork.it/>
- <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/>
- <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/>
- <vimeo.com/663912888/2b71e5a55d>
- <https://www.sitinazionale.it/video/phc/4.mp4> (al minuto 15 e 30')

Chiariamo le idee sul Distretto

Fulvio Lonati

...dalle proposte del Libro Azzurro:

Il Distretto in una cornice istituzionale organizzativa vincolante

- Definire un modello organizzativo che identifichi chiaramente il **Distretto come l'ente cardine per l'attuazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale** e delle politiche sociali locali
- Ridenominare il Distretto in “**Distretto Sociale e Sanitario**”

Nota Bene:

**Il territorio del Distretto Socio-Sanitario
deve coincidere
con il territorio dell'Ambito Territoriale Sociale**

...dalle proposte del Libro Azzurro:
Il territorio del Distretto Sociale e Sanitario

- Attribuire al Distretto Sociale e Sanitario un territorio che sia:
 - **chiaramente individuato**;
 - **governabile** tenendo conto delle peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche e infrastrutturali;
 - di dimensione **flessibile** (indicativamente di 50-100.000 abitanti) per garantire conoscenza-dialogo-cooperazione tra gli operatori e servizi e la sostenibilità economica.
- Garantire la **flessibilità** della delimitazione del territorio di riferimento in modo da scongiurare il rischio di escludere fasce di popolazione che non vengano riconosciute appartenere ad esso.

Una precisazione

Perché 100.000 abitanti come dimensione del Distretto?

Perché 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”).

La dimensione “100.000 abitanti” è il compromesso ottimale:

- Tutti i servizi territoriali “più complessi ” (es. Sert, Medicina del Lavoro,...) possono-dovrebbero essere presenti;
- Dovrebbe essere presente anche un ospedale “zonale”;
- Ad esempio sarebbe possibile incontrare insieme tutti i MMG (circa 70 - 1/ 1.500 abitanti) che potrebbero facilmente conoscersi personalmente.

Perché è necessario “territorializzare” il Servizio Socio-Sanitario?

Per lavorare alla salute di una popolazione si deve **lavorare nel/sul/col territorio**, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone che vi vivono.

Territorializzare significa attuare il Servizio Sanitario Nazionale-Regionale nello specifico contesto locale, tutelare la salute di persone e della comunità «proprio lì»,

incentivando l'**autodeterminazione individuale e collettiva**, promuovendo la **salute globale** e circolare, **superando la delega della gestione della salute**.

Infatti:

- **il modello territoriale è centrato sulla salute** (logica degli obiettivi di salute, approccio globale, destandardizzazione/contestualizzazione, prossimità, rete/relazione, sostenibilità e uso delle risorse personali e locali)
- **l'attuale modello di sanità è sovraterritoriale e centrato sulla malattia** (logica delle prestazioni, specialmente se superspecialistiche e presso centri di eccellenza, pagamento a prestazione, approccio selettivo e settoriale).

...dalle proposte del Libro Azzurro:
Distretto Sociale e Sanitario
agente della territorializzazione

- Identificare il Distretto Sociale e Sanitario come ente organizzativo con lo scopo di attuare la territorializzazione, cioè la promozione e la tutela nello specifico contesto locale della salute delle persone e della comunità
- In tale direzione, il Distretto Sociale e Sanitario:
 - definisce la **programmazione integrata sanitaria, socio-sanitaria e sociale**, sulla base della lettura epidemiologica di prossimità, mediante la concertazione tra i decisori politici, sociali, sanitari, culturali e il Direttore del Distretto Sociale e Sanitario con l'attivazione di tavoli di analisi-confronto-programmazione;
 - opera un'**analisi integrata** dei dati demografici, sociali, sanitari, socio-ambientali, assistenziali e di infrastruttura;
 - **connette** i dipartimenti del territorio con le Case della Comunità, gli Ospedali e gli altri territori;
 - individua le modalità per integrare i **Consultori Familiari** nella rete distrettuale;
 - **integra** le risorse sanitarie, socio-sanitarie e sociali e definisce i rapporti tra i diversi professionisti;
 - **alloca le risorse** umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie con particolare riferimento alle Case della Comunità;
 - **garantisce l'intersectorialità** delle collaborazioni e degli interventi;
 - **definisce gli obiettivi del sistema distrettuale** e verifica nei tavoli di analisi-confronto-programmazione il loro raggiungimento.

Fulvio Lonati

...dalle proposte del Libro Azzurro:
**Distretto Sociale e Sanitario
agente della territorializzazione**

- Nominare per ogni Distretto Sociale e Sanitario un **Direttore di Distretto**, proveniente o dall'ambito sociale o da quello sanitario e con competenze nello sviluppo di processi di territorializzazione, individuato dall'Azienda Sanitaria Locale e dai sindaci del territorio distrettuale.
- **Formare** il personale del Distretto allo sviluppo dei processi territoriali e attribuire ad ogni Distretto almeno un operatore con competenze nello sviluppo di processi di territorializzazione.
- Attivare un tavolo permanente **deputato alla territorializzazione nel Distretto Sociale e Sanitario** composto da referenti provenienti da diverse aree:
 - analisti del territorio (es. epidemiologi, urbanisti, antropologi, demografi, ecc);
 - professionisti della salute;
 - amministratori locali;
 - altri attori del territorio (es. architetti, operatori ecologici, forze dell'ordine, health city manager, ecc);
 - terzo settore e volontariato.

...dalle proposte del Libro Azzurro:
I “partner” del Distretto Sociale e Sanitario

Assegnare al Distretto Sociale e Sanitario il compito di:

1. individuare gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali, flessibili e non normativi, per **facilitare comunicazione-coordinamento** tra operatori diversi;
2. promuovere la **connessione in rete** di:
 - attività di prevenzione primaria e di assistenza sanitaria primaria;
 - comuni;
 - scuole e università;
 - volontariato e terzo settore;
 - organizzazioni culturali, sportive, ricreative, religiose, turistiche;
 - attività commerciali, produttive e della ristorazione

...dalle proposte del Libro Azzurro:
I “partner” del Distretto Sociale e Sanitario

Assegnare al Distretto Sociale e Sanitario il compito di:

3. Organizzare le risposte sui bisogni della popolazione e non per “silos” organizzativi separati, individuando le "grandi sotto-popolazioni", caratterizzate da diversi bisogni-approcci, con particolare attenzione a persone:

- sane,
- con problemi di salute di nuova emergenza,
- con malattie croniche ad elevata prevalenza,
- con problemi di salute mentale,
- con malattie croniche rare,
- con compromissione dell'autosufficienza o bisogni assistenziali complessi,
- con necessità di approccio palliativo.

Fulvio Lonati

Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali:

- **il Distretto**
- **la Casa della Comunità**
- **la Microarea**

...dalle proposte del Libro Azzurro:

Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto - la Casa della Comunità - la Microarea

- Suddividere ulteriormente il territorio di riferimento della Casa della Comunità in **microaree**. Ogni microarea deve possedere una popolazione tra i 4000 e i 10000 abitanti a seconda delle caratteristiche geografiche, sociali, demografiche del territorio.
- La suddivisione in microaree è attuata a livello della Casa della Comunità e può subire variazioni nel tempo alla luce dei cambiamenti dei determinanti rilevati secondo i processi di **territorializzazione**.
- La microarea è il livello di base nel quale avvengono i processi di territorializzazione, con l'**integrazione** tra le microaree svolta a livello della Casa della Comunità e l'integrazione tra le Case della Comunità svolta a livello del Distretto.

Fulvio Lonati

...dalle proposte del Libro Azzurro:

Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto - la Casa della Comunità - la Microarea

- In ogni microarea operano i professionisti a cui sono assegnati una **quota di persone residenti** nella microarea.
- La dimensione della microarea dev'essere tale da non creare un rapporto uno a uno tra persona e professionisti di riferimento, al fine di consentire un livello minimo di possibilità di **scelta** per la persona.
- Fanno parte dell'**equipe di base** i professionisti che, alla luce dei bisogni rilevati e in ottica di un'economia di scala, operano all'interno di un'unica microarea; fanno parte del **team allargato** i professionisti che operano su più microaree (o su più Case della Comunità), partecipando però a tutti gli effetti alle attività dell'equipe di base delle microaree sulle quali operano.

...dalle proposte del Libro Azzurro:

Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto - la Casa della Comunità - la Microarea

- La definizione dell'equipe di base e dell'equipe allargata viene svolta a livello della Casa della Comunità in coordinamento col Distretto alla luce dei bisogni rilevati nelle attività di **territorializzazione**.
- La **sede fisica** degli operatori dell'equipe di base che operano in microarea è la **Casa della Comunità** laddove questo non crei una barriera di accesso per la popolazione o tale barriera sia compensata da attività di prossimità; nel caso ciò non fosse possibile o di difficile realizzazione (es.: aree montane), la sede dell'equipe di base può essere fisicamente collocata nelle **microaree**, garantendo però uno stretto legame e coordinamento con la Casa della Comunità, anche avvalendosi delle potenzialità messe a disposizione dalla **tecnologia**.

Fulvio Lonati

Le “Microaree di Assistenza Primaria”

Microarea > Comune-Quartiere-Frazione:

- Puntare a che figure-servizi presenti si conoscano e siano tra loro collegati, con Punto di Comunità “catalizzatore” di:
 - ❖ medici di famiglia ed eventuali collaboratori
 - ❖ pediatri di famiglia ed eventuali collaboratori
 - ❖ farmacisti
 - ❖ terzo settore, volontariato
 - ❖ scuole, aggregazioni, esercizi pubblici,
 - ❖ infermiere di comunità?
 - ❖ altri operatori-servizi se presenti (punto prelievi, consultorio, specialisti ambulatoriali, RSA, CDI, assistente sociale, servizi comunali...)
- Ogni Microarea si coordina con la Casa della Comunità per i servizi di maggiore complessità.

Quale ruolo per il Comune

?

Quale ruolo per il Comune?

Il Comune

- può **orientare sviluppo-distribuzione territoriale dei servizi sanitari** e socio-sanitari
- non ha responsabilità dirette sui servizi sanitari ma ha competenze su:
 - **servizi alla persona** → contribuiscono a promuovere la “salute”
 - **sviluppo urbanistico e delle infrastrutture** → dove collocare i servizi
 - **orientamento e supporto delle attività** «aperte al pubblico» e aggregative-culturali-sportive e commerciali → risorse della comunità possibili co-attori di welfare generativo

Tutte le delibere comunali dovrebbero esplicitare come contribuiscono al benessere e alla salute dei cittadini e dell'intera comunità

Quale ruolo per il Comune?

Il Comune può:

- **decidere, e rendere ciò manifesto, di collocare obbligatoriamente nelle future Case della Comunità le attività dei servizi alla persona di propria competenza.** Alla luce di tale decisione, **il Comune può divenire “attore” della realizzazione della Casa della Comunità** (i propri operatori vi lavoreranno) con possibilità-necessità di attivare specifiche convenzioni con le Aziende Sanitarie Locali.
- **svolgere un ruolo attivo di interlocuzione-negoziazione con le Aziende Sanitarie Locali (ASST e ATS)** affinché si sviluppi nel territorio un sistema di Case della Comunità organico, funzionale, in grado sia di offrire i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali necessari, sia soprattutto di valorizzare il patrimonio di salute-benessere di ciascuna comunità attraverso la partecipazione della comunità in una logica di welfare generativo.

È necessario che tale processo di interlocuzione-negoziazione sia partecipativo e reso pubblico.

Come orientare il processo di interlocuzione-negoziazione (partecipativo e reso pubblico) tra Comune e ATS/ASST?

- 1. Basare l'intera progettualità delle Case della Comunità sulla preliminare definizione dei territori di appartenenza di ciascuna Casa della Comunità**
- 2. Evitare che la localizzazione delle Case della Comunità sia il risultato di scelte occasionali, settoriali, non organiche**
- 3. Avviare da subito il processo di coordinamento-connesione tra le diverse componenti (sanitarie, sociosanitarie, sociali, del terzo settore, del volontariato, della società civile) subito dopo aver definito i territori di appartenenza di ciascuna (futura) Casa della Comunità;**
- 4. Rivendicare che la realizzazione delle Case della comunità avvenga entro i tempi previsti dal PNRR, per lo meno rispetto allo standard previsto (1 casa della Comunità ogni 50.000 abitanti), non solo per quanto riguarda le "strutture" ma, soprattutto, per la messa in atto dei meccanismi operativi di cooperazione-integrazione-partecipazione e dell'offerta di servizi.**

Quale ruolo e quale collocazione del Medico di Medicina Generale

?

Qual è il problema

- Non è la figura del MMG ad essere inadeguata
- Il problema è come il MMG è connesso con la rete e come la rete è strutturata
- Solo all'interno di un disegno complessivo chiaro, certamente non fatto solo di MMG, ma con i MMG insieme a tutti gli altri professionisti della salute e del sociale, è possibile valorizzare il loro ruolo
- Quindi: anche i MMG dovrebbero lavorare in equipe multiprofessionali:
 - nella Casa della Comunità
 - in una Microarea connessa con la sua Casa della Comunità

Dal Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie: una nuova visione

L'Accordo Collettivo Nazionale definisce un **rapporto di lavoro libero professionale convenzionato** che non solo non favorisce ma in molti casi **ostacola l'integrazione del MMG all'interno della rete** assistenziale permettendo o addirittura agevolando che questi **professionisti rimangano nella sostanza dei "solisti"**.

La Medicina Generale **deve essere riformata** sotto due fondamentali aspetti: quello **organizzativo/contrattuale** e quello **culturale/scientifico**: il secondo aspetto deve guidare il primo, ovvero: l'organizzazione del lavoro e la forma contrattuale devono essere funzionali alla realizzazione del modello di cure primarie desiderato e non il contrario che è ciò che avviene dal 1978 ad oggi.

Dal Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie: linee d'azione

- Istituire la Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure primarie effettuando alcune variazioni nel curricula della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie già esistente e garantendo a questi Specialisti l'accesso alla professione di MMG.
- Riformare profondamente il rapporto di lavoro e gli accordi contrattuali della MG al fine di garantire su tutto il territorio nazionale la presenza strutturale e funzionale del MMG all'interno dell'equipe territoriale multidisciplinare di Cure Primarie, la quale opera nel contesto delle Case e degli Ospedali di Comunità. Anche prevedendo la possibilità di svolgere la professione di MMG nel contesto di un rapporto di lavoro dipendente.



Il Libro Azzurro

per la riforma delle Cure Primarie in Italia

ALLEANZA
PER LA RIFORMA
DELLE
CURE PRIMARIE
IN ITALIA

Fulvio Lonati



Organizzazioni aderenti all'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia:

- Campagna Primary Health Care Now or Never
- ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
- AICP - Accademia Italiana Cure Primarie
- AslQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
- Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Prima la Comunità
- Associazione Salute Diritto Fondamentale
- Associazione Salute Internazionale
- CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto
- EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS
- Movimento Giotto
- SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Slow Medicine ETS

Fulvio Lonati



Il “manifesto fondativo”: *Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*

Roma, 10 marzo 2022

- 1. Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie**
- 2. Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere**
- 3. Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario**
- 4. Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale**
- 5. Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute**
- 6. Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale**

Fulvio Lonati

L'Alleanza e il “DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale ”

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

1. Modifica delle programmazioni regionali introducendo l'**identificazione dei territori di tutti i Distretti** e la contestuale attivazione istituzionale, rispettando i seguenti criteri:
 - **Dimensione indicativa di 100.000 abitanti**, con deroghe rigorosamente legate a vincoli oro-geografici e di configurazione urbana
 - **Coincidenza con il corrispondente Ambito Territoriale Sociale**
 - Avvio della **programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie** con valorizzazione delle correlate funzioni degli enti locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale

L'Alleanza e il “DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale ”

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

2. Attuazione delle **Centrali Operative Territoriali – COT** per ogni Distretto;
3. **Attivazione delle Unità Operative indispensabili** previste dal DM77 in ciascun Distretto;
4. Attivazione, in coordinamento con le COT, del **Punto Unico di Accesso** nella logica dell'**accoglienza** e dell'**ascolto**, a carattere **Sociale e Sanitario (PUA)** in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni **Casa della Comunità** contestualmente alla loro attivazione;

L'Alleanza e il “DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale ”

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

5. Implementazione di **equipe multiprofessionali** a partire dal **necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta** (anche per far fronte all'attuale carenza di professionisti), con possibilità di avviare-valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.
6. Attivazione di **percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto** e, dove già attivate, **in ogni Casa della Comunità**, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

L'Alleanza e il “DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

**L'Alleanza chiede quindi che tali obiettivi, già normati,
vengano fatti propri da tutte le Regioni
e che il Ministero della Salute
ne monitori puntualmente l'attuazione
e che, riscontrandone eventuali inadempienze,
eserciti i poteri sostitutivi (Articolo 120 della Costituzione)**

«Compiti a casa»

Visitare la pagina web:

- <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia>

Le «Grandi tipologie di assistiti»

Fulvio Lonati

Le grandi tipologie di assistiti

ASSISTITI SANI

ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

ASSISTITI CON PROBLEMI PSICO SOCIALI

ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE RARE

ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

Le grandi tipologie di assistiti

Criteri di lettura

Quanti sono:

Come si caratterizza la domanda di salute

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

I professionisti - servizi coinvolti

Il percorso di riferimento per l'assistito

I modelli di intervento

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI SANI (ed eventi fisiologici)

Quanti sono:

- **Più della metà della popolazione gode di buona salute**
- **Tutta la popolazione “passa attraverso”** (nascita, adolescenza, sessualità, genitorialità, menopausa, senescenza ...)

Come si caratterizza la domanda di salute

- Monitoraggio, accompagnamento e assistenza **nelle diverse fasi della vita**
- Importanza dell'**educazione e dei comportamenti individuali e collettivi**
- Interventi di **profilassi per patologie prevenibili**
- **Diagnosi precoce** nei casi in cui è possibile modificare la storia naturale della malattia

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Esistenza di segmenti di offerta specifici ma mancanza di **un disegno e di un investimento strutturato**

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI SANI (ed eventi fisiologici)

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF, igiene pubblica, consultori familiari, Sert, UO ostetricia, UO diagnostica, UO oncologia

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Pluralità di percorsi in rapporto alle fasce di età e agli eventi fisiologici: bilanci di salute in età pediatrica, vaccinazioni dell'infanzia, sessualità consapevole, percorso nascita, percorsi screening oncologici, promozione di stili di vita

I modelli di intervento

- Medicina di iniziativa da parte del MMG-PdF che deve essere in grado di giocare un ruolo di regia rispetto al coinvolgimento dei propri assistiti
- Programmi strutturati di sanità pubblica, contestualizzati con la partecipazione dei servizi e professionisti coinvolti

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

Quanti sono:

- **La maggioranza dei cittadini può presentare problemi di nuova insorgenza**

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Livello di acuzie**
- **Esigenza di accesso a consulenza sanitaria - visita**
- **Esigenza di accertamenti diagnostici**
- **Presenza in carico e risoluzione del problema**

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- **Tempi di risposta in rapporto al problema di salute: organizzazione dei servizi in funzione della domanda**
- **Carenza di cultura / informazione sanitaria: non appropriato accesso diretto al secondo livello e al pronto soccorso**

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON NUOVI PROBLEMI DI SALUTE

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF-MCA, UO diagnostica / specialistica ambulatoriale, farmacie, trasporto sanitario, AREU-SUEM 118, Pronto soccorso, UO di ricovero ospedaliero

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Accesso diretto al MMG-PdF-MCA / Pronto soccorso / AREU-SUEM 118 in base al livello di urgenza del problema
- Percorso di accertamento diagnostico e terapia su prescrizione e accompagnamento del proprio medico
- Eventuale ricovero ospedaliero

I modelli di intervento

- Accessibilità alla consultazione del medico di famiglia nell'arco della giornata. Accesso ai MCA nei giorni prefestivi e festivi e nelle ore notturne
- Condivisione informazioni tra i professionisti coinvolti
- Percorsi di continuità di cura dalla dimissione al domicilio

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

Quanti sono:

- **Circa un terzo della popolazione**

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Esigenza di presa in carico di un percorso di prevenzione, diagnosi, cura assistenza**
- **Continuità nel tempo e tra professionisti**
- **Ruolo dei comportamenti e aspetti multidimensionali coinvolti (relazionale, educativo, terapeutico)**

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- **Logica prestazionale: i diversi operatori lavorano tendenzialmente da soli, discontinuità tra professionisti e livelli di cura diversi**
- **Assistito non coinvolto nel percorso di cura – carente educazione terapeutica**
- **Approccio di attesa, non proattivo**

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE AD ELEVATA PREVALENZA

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF , UO diagnostica - specialistica ambulatoriale, farmacie, UO ricovero ospedaliero

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Presa in carico del problema di salute da parte del proprio medico di fiducia a cui fare riferimento per il monitoraggio dello stato di salute e il controllo della malattia, la prevenzione delle sue complicanze

I modelli di intervento

- Il MMG-PdF assume il governo clinico del percorso del paziente, secondo PDT condivisi, accompagnandolo lungo la storia sanitaria e nei passaggi verso e dagli interventi specialistici
- Possibilità di avvalersi del contributo infermieristico e delle altre professioni sanitarie nell'educazione al processo di cura e nei controlli periodici
- Ruolo attivo dell'assistito nella gestione della malattia

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE (psico-sociali)

Quanti sono:

- La prevalenza annuale di disturbi della salute mentale nella popolazione è di circa l'8%, una minoranza di questi accede ai servizi psichiatrici.
- Nel corso della vita circa il 10% degli adulti presenta sintomi depressivi, 5% disturbi d'ansia, 1% schizofrenia, 1% disturbo affettivo bipolare.
- Dal 5 al 10% dei giovani adulti presenta disturbi di personalità, circa 5 % degli adulti alcoldipendenza, 2% dipendenza da sostanze.

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Situazioni patologiche complesse** nelle quali sono coinvolti fattori genetici, biologici, comportamentali, sociali, familiari, relazionali
- **Presenza in carico integrata** dei bisogni di salute fisica e mentale

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- **Percorsi di cura integrati** correlati alla gravità del disturbo che prevedono setting differenziati, dalla medicina generale ai servizi psichiatrici, in un rapporto di continuità

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE (psico sociali)

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF, Consultori familiari, Sert, UO Psichiatria, NPIA

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Accesso al proprio medico di fiducia ed eventuale successivo invio a servizio specialistico
- Accesso diretto a Consultori, Sert, CPS, NPIA

I modelli di intervento

- Il MMG-PdF può farsi carico del problema dell'assistito, utilizzando la consulenza dei servizi di riferimento in base alla tipologia del problema e al suo livello di gravità-complexità, secondo PDTA condivisi
- I servizi di salute mentale (Psichiatria, Sert), NPIA prendono in carico l'assistito per il problema considerato

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

Quanti sono:

- I malati con compromissione dell'autosufficienza o con necessità di cure complesse sono 30-60-.../1.000 abitanti

Come si caratterizza la domanda di salute

- Frequente multi morbosità
- Compromissione dell'autosufficienza e/o con necessità di cure complesse
- E' richiesto un piano assistenziale integrato che prevede il coinvolgimento di servizi sanitari – assistenziali - sociali

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- Valutazione multidimensionale
- Integrazione e coordinamento tra servizi e figure professionali diverse

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF , Cure domiciliari sanitarie e socio sanitarie, servizi protesi/ausili, diagnostica e specialistica ambulatoriale, servizi riabilitazione, servizi socio sanitari semiresidenziali e residenziali

Il percorso di riferimento per l'assistito

- L'assistito è seguito a livello domiciliare dal proprio medico di fiducia con cui collaborano i diversi professionisti coinvolti in un Piano di assistenza
- L'assistito può essere ricoverato, previa valutazione multidimensionale, presso strutture di riabilitazione, di lungodegenza o socio sanitarie residenziali

I modelli di intervento

- Il MMG-PdF è il responsabile clinico al domicilio e accompagna l'assistito all'eventuale ricovero e alla dimissione
- La valutazione multidimensionale e il piano di assistenza (PAI) sono gli strumenti su cui coinvolgere i diversi professionisti
- Coinvolgimento del care giver nel PAI

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON MALATTIE CRONICHE RARE

Quanti sono:

- **Pochissimi assistiti con singola malattia, ma numerose malattie rare: le persone interessate sono nell'ordine delle migliaia per milione di abitanti**

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Problema rilevante**
- **Specificità della diagnosi e della terapia**
- **Necessità di riferimenti specializzati per i pazienti e i familiari e messa a punto di progettualità mirate**

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- **Inadeguata conoscenza della dimensione e caratterizzazione delle malattie rare**
- **E' difficile individuare operatori, servizi, unità operative in grado di riconoscere la malattia e di curarla adeguatamente**
- **Frammentazione dell'iter diagnostico terapeutico assistenziale**

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

Quanti sono:

- **Circa 6.000 per milione di abitanti (75% dei morenti)**

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Cure palliative e terapia del dolore garantendo la continuità assistenziale**
- **Adeguate sostegno sanitario e socio assistenziale della persona malata e della famiglia**
- **Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine**
- **Tutela della dignità e autonomia della persona malata**

Possibili aspetti critici:

- **Non è diffusa l'attenzione alla necessità di cure palliative né la capacità di approccio palliativo**
- **Le cure palliative sono attivate in modo incostante, intempestivo, inappropriato**

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON NECESSITA' DI APPROCCIO PALLIATIVO

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF, cure domiciliari, UO cure palliative

Il percorso di riferimento per l'assistito

- Il MMG-PdF e gli specialisti di riferimento devono saper riconoscere la necessità di cure palliative e terapia del dolore ed attivare la rete delle cure palliative

I modelli di intervento

- Presa in carico da parte del MMG-PdF e dell'UO di cure Palliative (in base al livello di complessità e instabilità clinica) per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipes specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.
- Coinvolgimento del malato e della famiglia

I Servizi del territorio e i LEA Livelli Essenziali di Assistenza

Fulvio Lonati

Le macro aree di offerta sanitaria e socio sanitaria

I LIVELLI DI ASSISTENZA - LEA

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

ASSISTENZA DISTRETTUALE (ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA)

ASSISTENZA (DISTRETTUALE) SOCIO SANITARIA

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le macro aree di offerta sociale di interesse per la tutela della salute

AREA SOCIO ASSISTENZIALE

AREA SOCIO EDUCATIVA

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

I servizi di questo livello privilegiano gli interventi volti ad evitare l'insorgenza delle malattie nella collettività, affiancando sinergicamente gli interventi di prevenzione individuale attuati in tutti gli altri livelli di assistenza ed in particolare dai medici e pediatri di famiglia.

Aree di attività

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle **malattie infettive** e parassitarie
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei **luoghi di lavoro**
- **Salute animale** e igiene urbana veterinaria
- **Sicurezza alimentare** – Tutela della salute dei consumatori
- Sorveglianza e prevenzione delle **malattie croniche**, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi di screening;
- Sorveglianza e prevenzione **nutrizionale**;
- Attività **medico legali** per finalità pubbliche.

ASSISTENZA DISTRETTUALE (Assistenza Sanitaria Primaria)

Aree di attività

- **Assistenza Distrettuale (Sanitaria)**
 - Assistenza sanitaria di base e Continuità Assistenziale
 - Emergenza sanitaria territoriale
 - Assistenza specialistica ambulatoriale
 - Assistenza farmaceutica
 - Assistenza integrativa
 - Assistenza protesica
- **Assistenza (Distrettuale) Socio Sanitaria**
 - domiciliare e territoriale
 - residenziale e semiresidenziale

Assistenza Distrettuale

Assistenza Sanitaria di Base e Continuità Assistenziale

Fulvio Lonati

Assistenza Sanitaria di Base

Scopo: gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche, inclusi gli interventi di promozione e di tutela globale della salute

Professioni: medico di medicina generale, pediatra di famiglia, medico di continuità assistenziale, infermiere, personale amministrativo

Strutture - strumenti: AFT - UCCP; ambulatori singoli o di gruppo; diagnostica di primo livello; centrale operativa - sedi continuità assistenziale

Accesso: libera scelta del professionista di fiducia; accesso alla consultazione libero o su prenotazione

Remunerazione: quota capitaria + quota variabile in rapporto a caratteristiche del servizio, prestazioni, risultati

Emergenza sanitaria territoriale

Scopo: garantire interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato

Professioni: medico di emergenza-urgenza, infermiere

Strutture - strumenti: Centrale operativa; mezzi di soccorso di base e avanzato; trasporto sanitario

Accesso: su chiamata

Remunerazione: riconoscimento funzioni

Assistenza Distrettuale

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Fulvio Lonati

Assistenza specialistica ambulatoriale

Scopo: assicurare l'iter diagnostico-terapeutico e il monitoraggio clinico in continuità e con modalità integrate con l'offerta di cure primarie

Professioni: medico specialista; infermiere; tecnico laboratorio e diagnostica per immagini; terapista della riabilitazione

Strutture - strumenti: laboratorio di analisi; poliambulatorio; diagnostica per immagini; palestra riabilitazione; macro-attività ambulatoriali

Accesso: indiretto su prescrizione MMG - PdF

Remunerazione: a prestazione

Assistenza Distrettuale

Assistenza Farmaceutica,
Integrativa e Protesica

Fulvio Lonati

Assistenza Farmaceutica

Scopo: fornitura dei medicinali appartenenti alla classe A

Professioni: farmacista

Strutture - strumenti: strutture autorizzate per la dispensazione al pubblico

Accesso: tramite prescrizione del MMG-PdF-medico specialista

Remunerazione: tramite convenzione nazionale

Assistenza Integrativa

Scopo: erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare

Professioni: farmacisti, tecnici protesisti

Strutture - strumenti: strutture autorizzate per la dispensazione al pubblico

Accesso: tramite prescrizione del MMG-PdF-medico specialista

Remunerazione: tramite convenzioni

Assistenza Protetica

Scopo: fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali

Professioni: MMG, PdF, medico specialista, tecnico protesista

Strutture - strumenti: strutture autorizzate per l'allestimento e la dispensazione al pubblico

Accesso: tramite prescrizione, limitata a soggetti con menomazioni e/o disabilità specificate

Remunerazione: secondo nomenclatore tariffario

LEA - Assistenza socio sanitaria:

- **domiciliare e territoriale**
- **semi residenziale e residenziale**

Prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati sanitari e sanitario-assistenziali (PAI) a:

- Minori, donne, coppie, famiglie
- Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico
- Persone con disturbi mentali
- Persone con dipendenze patologiche
- Persone con disabilità
- Persone non autosufficienti
- Persone nella fase terminale della vita

Assistenza Distrettuale Socio-Sanitaria Ambulatoriale e Domiciliare

Consultorio Familiare > **minori, donne, coppie, famiglie**

NPIA > **bambini e adolescenti con disturbi neuropsichiatrici**

Centro Psico-Sociale > **persone con disturbi mentali**

SerT- NOA > **persone con dipendenze patologiche**

Cure Domiciliari > **malati non autosufficienti**

Cure palliative > **persone nella fase terminale della vita**

Assistenza Distrettuale

Socio-Sanitaria Semiresidenziale e Residenziale

NPIA > Centri Diurni e Strutture residenziali terapeutico-riabilitative

Salute mentale > Centri Diurni e Comunità terapeutiche

Dipendenze patologiche > Comunità terapeutiche

Disabili > Centri Diurni Disabili (CDD), Comunità Socio Sanitarie (CSS), Residenze Sanitarie Disabili (RSD)

Malati non autosufficienti > Centri Diurni Integrati (CDI), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

In fase terminale della vita > Hospice

Assistenza Distrettuale

Socio-Sanitaria Ambulatoriale e Domiciliare

Fulvio Lonati



Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale: ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Scopo: garantire le prestazioni medico specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psico-terapeutiche, riabilitative necessarie e appropriate per la procreazione responsabile, assistenza alla gravidanza e al puerperio, prevenzione, consulenza e supporto psicologico alla coppia, ai nuclei familiari e ai minori in situazioni di disagio

Professioni: ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale

Strutture - strumenti: Consultorio Familiare

Accesso: diretto

Remunerazione: a prestazione

Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale: ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico

Scopo: presa in carico multidisciplinare e svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative

Professioni: neuropsichiatra infantile, psicologo, terapisti della riabilitazione

Strutture - strumenti: servizi di NPI – valutazione diagnostica multidisciplinare , programma terapeutico riabilitativo (PTR)

Accesso: diretto

Remunerazione: a prestazione

Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale: alle persone con disturbi mentali

Scopo: presa in carico multidisciplinare e svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative

Professioni: psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale

Strutture - strumenti: CPS, Centri diurni

Accesso: diretto

Remunerazione: a prestazione

Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale: persone con dipendenze patologiche

Scopo: presa in carico multidisciplinare e svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative

Professioni: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore

Strutture / strumenti: Sert; NOA; Gruppi auto aiuto; Centri antifumo

Accesso: diretto

Remunerazione: a prestazione

Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale:

Cure Domiciliari

Scopo: garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita

Professioni: medici, infermieri, terapisti riabilitazione

Strutture - strumenti: centrale operativa ADI; Unità di Valutazione Multi-Dimensionale; progetto di assistenza individuale (PAI)

Accesso: su indicazione MMG – PdF; da dimissione ospedaliera protetta

Remunerazione: a pacchetto assistenziale

Assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale: alle persone nella fase terminale della vita

Scopo: garantire alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica, le prestazioni sociali

Professioni: equipe multidisciplinari e multiprofessionali

Strutture - strumenti: Unità Cure Palliative Domiciliari

Accesso: previa valutazione multidimensionale

Remunerazione: a pacchetto assistenziale

L'Assistenza Primaria nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Fulvio Lonati



MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63

Totale

**M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE** 7,00

**M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE** 8,63

**L'Assistenza
Primaria nel
PNRR**

1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

- rafforzamento territorio, potenziamento-creazione strutture-presidi territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità)
- rafforzamento assistenza domiciliare
- sviluppo telemedicina
- più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari

2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:

- rinnovamento-ammodernamento strutture tecnologiche-digitali; completamento-diffusione del FSE
- miglioramento-monitoraggio LEA con più efficaci sistemi informativi
- ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
- rafforzamento competenze-capitale umano del SSN anche con formazione

Fulvio Lonati

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

OBIETTIVI GENERALI:



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

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

**L'Assistenza
Primaria nel
PNRR**

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

7,00

Mld

Totale

Ambiti di intervento/Misure

Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Totale

-

2,00

4,00

1,00



APRIEnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Riforma 1.1: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio

La riforma intende:

- perseguire una nuova strategia sanitaria con definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo
- verso gli standard qualitativi di cura dei migliori paesi europei
- con SSN parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

La Riforma prevede due attività principali:

- Decreto Ministeriale (entro 2021) per definire standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e identificare le strutture
- Disegno di Legge alle Camere (entro metà 2022) del nuovo assetto istituzionale per prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health".

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Perché:

- emergenza pandemica → necessità di rafforzare SSN sul territorio
- invecchiamento della popolazione + afflitta da malattie croniche (circa al 40%)

Realizzare le Case della Comunità consente di:

- potenziare-riorganizzare i servizi sul territorio
- migliorarne la qualità

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

La Casa della Comunità diventerà:

- strumento per coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici
- punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie
- struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare
 - medici di medicina generale, pediatri di libera scelta
 - medici specialistici
 - infermieri di comunità
 - altri professionisti della salute
 - anche assistenti sociali (rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale)

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Casa della Comunità punto di riferimento continuativo per la popolazione:

- Infrastruttura informatica
- Punto prelievi
- Strumentazione polispecialistica
- Promozione-prevenzione della salute della comunità
- Presa in carico della comunità
- Punto unico di accesso (PUA) per valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e servizi dedicati a tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari
- Servizi sociali e assistenziali per anziani e fragili, organizzati secondo le caratteristiche della comunità

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

L'investimento (€ 2 miliardi) prevede:

- Entro metà 2026: attivazione di 1.288 Case della Comunità con possibilità utilizzo sia strutture già esistenti sia nuove
- definizione strumento di programmazione negoziata con Ministero della Salute (anche attraverso suoi Enti vigilati) per implementazione-coinvolgimento
 - amministrazioni regionali
 - tutti gli altri enti interessati

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

Potenziamento dei servizi domiciliari obiettivo fondamentale

Perché:

- per rispondere a invecchiamento e malattie croniche
- in linea con raccomandazioni della Commissione Europea del 2019
- verso l'aumento del volume delle prestazioni in assistenza domiciliare (entro metà 2026: presa in carico $\geq 10\%$ della popolazione > 65 anni) in linea con le migliori prassi europee
- rivolto in particolare ai pazienti >65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

L'investimento (€ 4 miliardi) mira a:

- Identificare un modello condiviso per le cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale
- Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
- Utilizzare la telemedicina per supportare pazienti con malattie croniche

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

In linea-rafforzamento con:

- *Missione 5: Inclusione e Coesione - Componente: Infrastrutture Sociali, Famiglie, Comunità e Terzo Settore* (integrazione assistenza sanitaria domiciliare con interventi sociali → autonomia e indipendenza di anziani/disabili a casa - anche grazie a domotica, telemedicina e telemonitoraggio)

Intervento collegato all'investimento per telemedicina, per:

- ridurre divari geografici-territoriali sanitari
- garantire una migliore “esperienza di cura” per gli assistiti
- migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite
 - promozione dell'assistenza domiciliare
 - protocolli di monitoraggio da remoto

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

Progetti collegati all'investimento per telemedicina:

- per ogni ambito clinico
- di tele-assistenza/consulto/monitoraggio/refertazione
- integrati con Fascicolo Sanitario Elettronico
- verso target quantitativi di performance di SSN
- che garantiscano un'armonizzazione dei servizi sanitari
- NB >> privilegiati se:
 - insistono su più Regioni
 - fanno leva su esperienze di successo esistenti
 - su “piattaforme di telemedicina” facilmente scaricabili

Investimento 1.3: Sviluppo delle cure intermedie

Potenziamento dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità:

- struttura sanitaria della rete territoriale
- a ricovero breve
- destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica
- di norma di 20 posti letto (massimo 40)
- a gestione prevalentemente infermieristica
- verso:
 - maggiore appropriatezza delle cure
 - riduzione accessi a pronto soccorso-ricovero-specialistica
- per facilitare transizione dall'ospedale al domicilio

Investimento 1.3: Sviluppo delle cure intermedie

Un investimento (€1 miliardo):

- Per realizzare 381 Ospedali di Comunità
- Implementato con il supporto di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti
- Orizzonte temporale: completamento per metà 2026
- Risorse umane garantite nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale

Possibili profili di infermiere nel territorio

Fulvio Lonati

Possibili profili di infermiere nel territorio

Infermiere clinico	Effettua prestazioni; segue singole persone; si occupa del follow-up, dei percorsi codificati o di gestione di processi di screening
Infermiere case manager	Segue un gruppo di assistiti, sostenendo la definizione e attuazione dei piani di cura individuali, promuovendo l'integrazione tra i diversi operatori/servizi, promuovendo l'aderenza e persistenza dei controlli e delle terapie, verificando gli esiti
Infermiere educatore	Forma, orienta e supporta: <ul style="list-style-type: none">• gli assistiti nella promozione dei corretti stili di vita• i malati cronici e/o i caregivers
Infermiere che supporta Il reclutamento, l'aderenza, La persistenza	Sviluppa, anche con nuove logiche e strumenti, il reclutamento precoce degli assistiti, l'educazione alla compliance terapeutica, l'aderenza e la persistenza alla terapia, indirizza alla telesorveglianza.
Infermiere coordinatore organizzativo, funzionale	Coordina: unità operative, processi assistenziali, fattori produttivi, presidi, reparti, sezioni operative (es: day hospital, blocco operatorio, presidio territoriale, attività di "RSA aperta")

Position Statement pubblicato da FNOPI (4) definisce l'Infermiere di Famiglia e Comunità come:

“il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di competenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

Agisce le competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

...”

Fulvio Lonati

Position Statement pubblicato da FNOPI (4) definisce l'Infermiere di Famiglia come:

“
....

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute e risponde ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

Agisce in autonomia professionale, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

”
....

Fulvio Lonati

Position Statement pubblicato da FNOPI (4) definisce l'Infermiere di Famiglia come:

“
....

L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche”.

Proposta di “laboratorio di approfondimento”

Fulvio Lonati

Proposta di “laboratorio di approfondimento”

- Formare gruppi di lavoro, a ciascuno dei quali attribuiamo un servizio tra quelli elencati in rosso nella diapositiva successiva
- Ogni gruppo presenterà una breve esposizione (massimo 15 minuti, con l'ausilio di diapositive o di un testo schematico), relativa al servizio attribuito, riferita ai seguenti aspetti:
 - Elementi caratterizzanti il servizio (diapositiva successiva)
 - In quali tipologia di assistiti è coinvolto/coinvolgibile (diapositiva successiva)
 - Di quali strumenti di integrazione si può avvalere (diapositiva successiva)
 - Come si può connettere alla Casa della Comunità (diapositiva successiva)
- Dopo ogni esposizione seguirà una discussione in classe

Attribuire ad ogni coppia uno dei servizi elencati in rosso

ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza sanitaria di base e continuità assistenziale

Assistenza sanitaria di base **!) MMG --- 2) PDF**

Continuità Assistenziale **3) MCA**

Emergenza sanitaria territoriale

ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica

Assistenza farmaceutica **4) Farmacie territoriali**

5) Assistenza Protesica e Integrativa

Valutazione medico legale disabilità

ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica ambulatoriale e termale

6) Assistenza specialistica ambulatoriale

ASSISTENZA SOCIOSANITARIA - livello ambulatoriale e domiciliare

7) Cure domiciliari

Cure palliative domiciliari

Assistenza SocioSanitaria (A.S.S.) ai minori, donne, coppie e famiglie **8) Consultorio Familiare**

A.S.S. alle persone con disturbi mentali

A.S.S. ai minori con disturbi neuro-psichiatrici

A.S.S. alle persone con disabilità

A.S.S. alle persone con dipendenze patologiche

ASSISTENZA SOCIOSANITARIA - livello semiresidenziale e residenziale

ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE **9) Servizi Comunali**

AREA SOCIALE-PROMOZIONALE

AREA PREVENZIONE DI COLLETTIVITA'

Individuare per il servizio attribuito:

1 > GLI ELEMENTI CHE LO CARATTERIZZANO:

- Scopo
- Professioni che vi operano
- Strutture/strumenti necessari
- Modalità di accesso
- Criteri di autorizzazione/accreditamento
- Modalità di remunerazione
- Partecipazione alla spesa da parte dell'assistito

**Individuare
per il servizio attribuito:**

**2 > IN QUALI GRANDI CATEGORIE DI ASSISTITI E'
COINVOLTO/COINVOLGIBILE:**

- sani/ nelle fasi di passaggio della vita
- con nuovi problemi di salute
- con malattie croniche ad elevata prevalenza
- con problemi psico-sociali
- con malattie rare
- con bisogni assistenziali complessi
- con necessità di approccio palliative

**Individuare
per il servizio attribuito:**

3 > GLI STRUMENTI DI INTEGRAZIONE UTILIZZABILI:

- PDTA
- Protocolli operativi
- PAI
- sistemi informativi
- altro

**Individuare
per il servizio attribuito:**

**4 > COME SI PUÒ CONNETTERE ALLA CASA DELLA
COMUNITÀ**



Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muovendo dal modello della patologia acuta ad **un nuovo paradigma sistemico e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con i modi di vita delle persone.

L'obiettivo è **promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria** come materia specifica di ricerca, **studio e lavoro**. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. **favorire la conoscenza e l'interazione tra realtà associative e professionisti** portatori di interessi e risorse multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. **valorizzare le persone quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;**
3. **rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria** nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.



News >

Eventi >