



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
E CHIRURGIA

**Master universitario**

Anno accademico 2025-2026

**INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E ASSISTENZA  
INTEGRATA PER LA SALUTE COLLETTIVA**



***L'esperienza di APRIRE***

***L'esperienza ed i contenuti del Libro Azzurro  
e dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia***

19 Settembre e 3 ottobre 2025

***Lonati Fulvio***



**APRIREnetwork**

Assistenza PRIMARIA In REte  
Salute a Km 0

## Finalità

**APRIREnetwork** è una rete di persone che partecipano alla identificazione, "costruzione collaborativa" e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi e non formativi, nell'ambito dell'Assistenza Primaria:

- promuove scambi scientifici, professionali e culturali tra persone e realtà associative interessate a cooperare per lo sviluppo e la qualificazione dell'Assistenza Primaria, ovvero dell'insieme dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali distribuiti nel territorio, erogati a livello domiciliare, ambulatoriale o residenziale;
- contribuisce a promuovere, sostenere e proteggere il patrimonio di salute delle comunità locali, specialmente per quanto riguarda la tutela materno-infantile, la prevenzione e cura delle malattie croniche, il supporto alle fragilità, mediante il progressivo sviluppo qualitativo della rete territoriale di servizi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali, con il contributo dei singoli cittadini e delle forze sociali.

Le attività di **APRIREnetwork** sono coordinate dalla "[Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0](#)".

Le attività di **APRIREnetwork** sono realizzate da "**Gruppi di Lavoro APRIREnetwork**", tematici o su

ALLEANZA  
PER  
LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

Comunicato Stampa: Pericolosa negligenza verso i bisogni di cura e assistenza

Cerca ...

Cerca

## PIANO DI LAVORO

- Presentiamoci!
- Qualche esempio concreto di «cambio di paradigma»
- Che cos'è l' Assistenza Primaria?
- Verso la Casa della Comunità che vorremmo - alcuni spunti
- Proposta di Laboratorio di approfondimento (compiti a casa!)
  
- La Casa della Comunità che vorremmo - organizziamo le idee
- I possibili ruoli delle figure infermieristiche nel territorio
- L'alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia
- Diverse tipologie di cronicità - di approcci terapeutici
- Le "grandi tipologie di assistiti"
- I servizi del territorio classificati in base ai LEA
- Ai corsisti che hanno/avranno compiti di coordinamento

# **Cambio di paradigma: qualche esempio concreto**

Francesca ha **8 anni, frequenta la terza elementare, è diabetica e deve fare la puntura dell'insulina alle 11,45, durante l'orario scolastico**. L'infermiera incaricata va a scuola e gli somministra l'insulina (siamo in una regione italiana dove la gestione dei servizi sanitari territoriali, abbastanza strutturati, è per lo più affidata a cooperative che erogano prestazioni). Un giorno, un'ora dopo la somministrazione dell'insulina, Francesca comincia a sudare e non stare bene: a scuola non si sa che fare. Quindi si chiama l'ambulanza per le emergenze (l'infermiera non è ovviamente attrezzata e attivabile per urgenze). Si tratta di una crisi ipoglicemica: sarebbe bastato un po' di zucchero, dopo il controllo della glicemia con la striscia reattiva.

Nome ed episodio, benché di fantasia, sono mutuati da vicende realmente sperimentate.

Un'altra Francesca, in altro contesto con differente orientamento ed approccio, riceve invece cure diverse. L'infermiera di famiglia e comunità supporta il contesto scolastico della bambina: informa, raccoglie le disponibilità, forma, avvia l'autonomizzazione, rimane disponibile ad intervenire per problemi-dubbi-cambiamenti-difficoltà: il contesto scolastico (si scopre che una bidella fa la volontaria con le ambulanze) acquisisce così competenze-capacità (peraltro non particolarmente complesse) per gestire in "autonomia supportata" i bisogni del bambino, in accordo con i genitori, anche nella prospettiva educativa di una sua progressiva acquisizione della capacità di auto-somministrarsi le cure, non in solitudine ma in una comunità, anche educativa, presente.

Fatto, benché di fantasia, mutuato da vicende realmente sperimentate

Leonardo è un **adolescente, in un quartiere periferico di una grande città, vittima di un episodio di bullismo**. Il pronto soccorso prima ed il medico di famiglia poi si trovano a doverlo curare; trattano il caso con un esame obiettivo per rilevare eventuali segni di violenza -che non si riscontrano- e con ansiolitici; affermano: “Il problema bullismo non è di nostra competenza”. Il pronto soccorso denuncia il caso alle forze dell’ordine. Anche questo fatto, benché di fantasia, è mutuato da vicende realmente sperimentate. Un approccio diverso viene già attuato in alcune realtà: lo psicologo della Casa della Comunità si attiva con incontri, telefonate, comunicazioni verso medici-pediatri di famiglia, farmacie, scuole, oratori, gruppi sportivi, bar, forze dell’ordine per evidenziare la presenza del problema bullismo tra gli adolescenti e perché ciascuno usi attenzione, segnali, chieda aiuto; tutta la comunità locale può essere attivata perché ciascuno giochi un ruolo attivo, sapendo di non essere solo e di poter contribuire alla prevenzione del problema.

La signora Teresa ha **87 anni**, è ancora abbastanza autonoma ma con **parecchi acciacchi**. Fa fatica ad uscire da casa; peraltro non ne ha neanche molta voglia, anche perché non saprebbe che fare. Vive sola, in solitudine: i vicini la conoscono appena. L'assistente sociale del Comune, a seguito della richiesta della figlia che vive lontano, in città, ha attivato il servizio “pasto a domicilio”, che viene consegnato da operatori, che si avvicendano, della ditta incaricata dal Comune.

Fatto, ancora di fantasia: certamente però molti hanno conosciuto situazioni analoghe. Ecco un approccio alternativo: l'assistente sociale che lavora presso la Casa della Comunità individua una trattoria vicina e attiva la possibilità che l'anziano vi faccia i pasti principali o, quando necessario, possa riceverlo a casa. Infatti, il Comune ha coinvolto i gestori di bar, trattorie e ristoranti perché forniscano ad anziani e disabili pasti idonei “in convenzione” (tariffa agevolata e sostenuta dal Comune); gestori che fanno, se insorgono problemi, di poter chiedere informazioni-supporto-aiuto alla Casa della Comunità e che, in un clima di “accoglienza” e “supervisione”, diventano “antenne sociali”: pongono puntualmente la domanda “va tutto bene?” e sanno chi attivare se insorgono problemi

Giovanni, **35 anni, dopo cinque mesi di permanenza in una comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica, torna a casa, in famiglia**; il piano di reinserimento sociale di fatto può “appoggiarsi” solo sulla famiglia con il supporto di un educatore del Centro Psico-Sociale: la famiglia si sente abbandonata, con un carico troppo pesante e teme di non farcela.

Gli approcci alternativi proposti negli esempi precedenti lasciano chiaramente intravedere la possibilità di dare un respiro ben più ampio al piano di reinserimento di Giovanni, trovando “appoggi” anche oltre la famiglia, in una comunità “accogliente”

# 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**

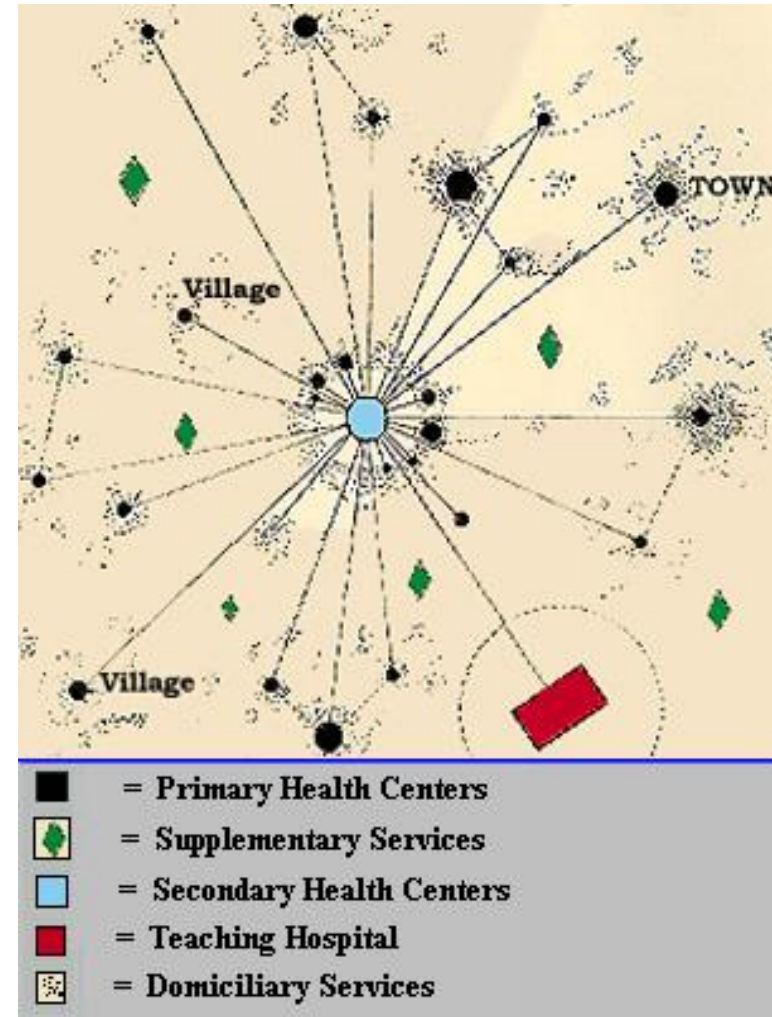
primo contatto assistenziale e servizi di cura e di medicina preventiva ad opera di *Medici di Medicina Generale*

## **Secondary Health Centre**

per il trattamento di casi più complessi

## **Teaching Hospital**

competenza su patologie di maggiore importanza e addestramento dei futuri medici



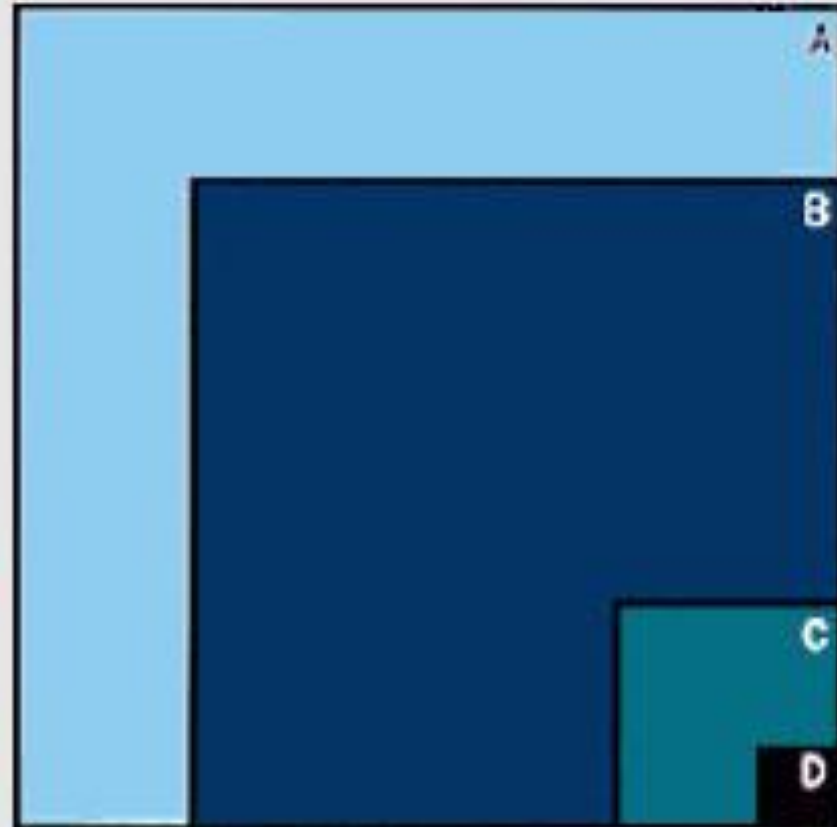
# Kerr White e coll.

New England Journal of Medicine 1961

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

## 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



# 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 termine «*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**

# Traduciamo in italiano

***Assistenza Primaria*** è il tentativo impreciso di tradurre ***Primary Health Care - PHC***.

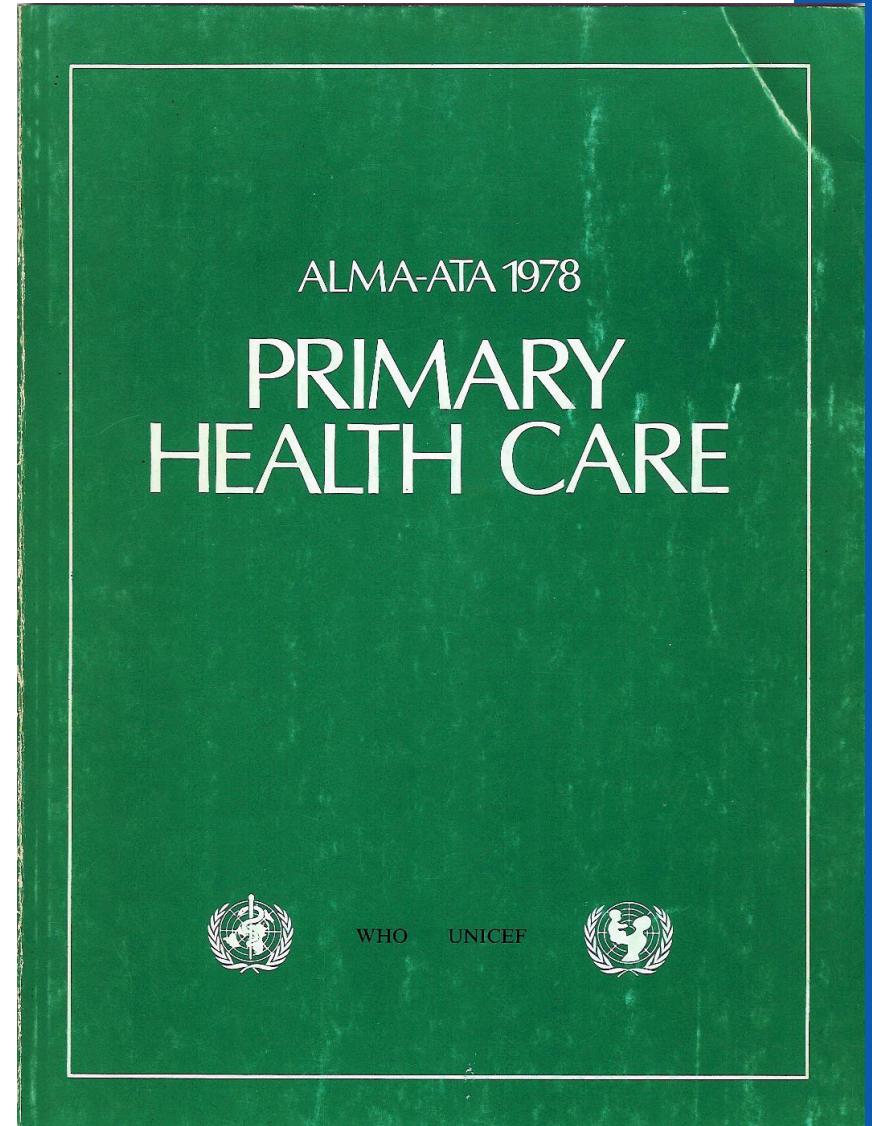
Ricorriamo infatti a diverse locuzioni:

- ***Assistenza Primaria,***
- ***Servizi Sanitari Di Base,***
- ***Cure Primarie,***
- ***Assistenza Sanitaria Primaria.***

Se la definizione “*Servizi Sanitari di Base*”, utilizzata negli anni '90, è ora completamente caduta in disuso, “*Cure Primarie*” e “*Assistenza Sanitaria Primaria*”, o più sinteticamente *Assistenza Primaria*, si sono evolute nel tempo e permangono tutt'ora, ma con differenti interpretazioni.

## L'Assistenza Sanitaria Primaria

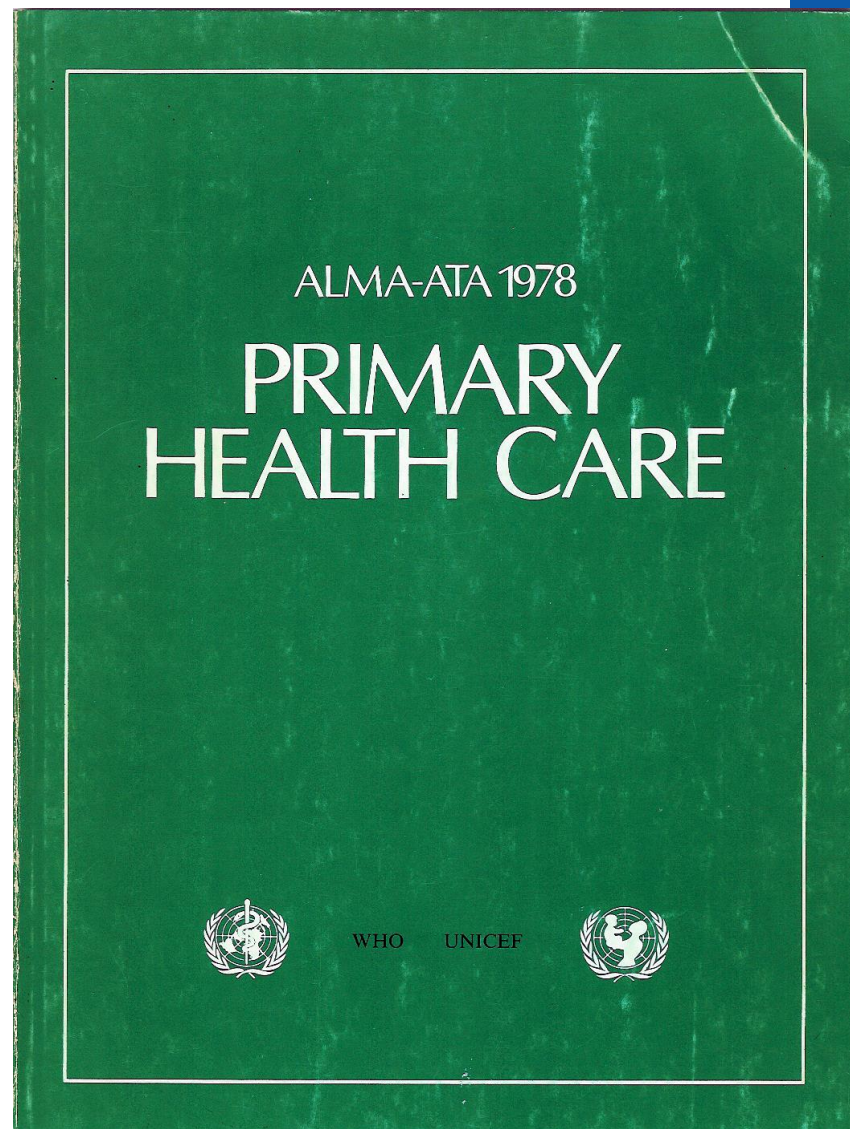
*«è quell'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possono permettersi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



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria

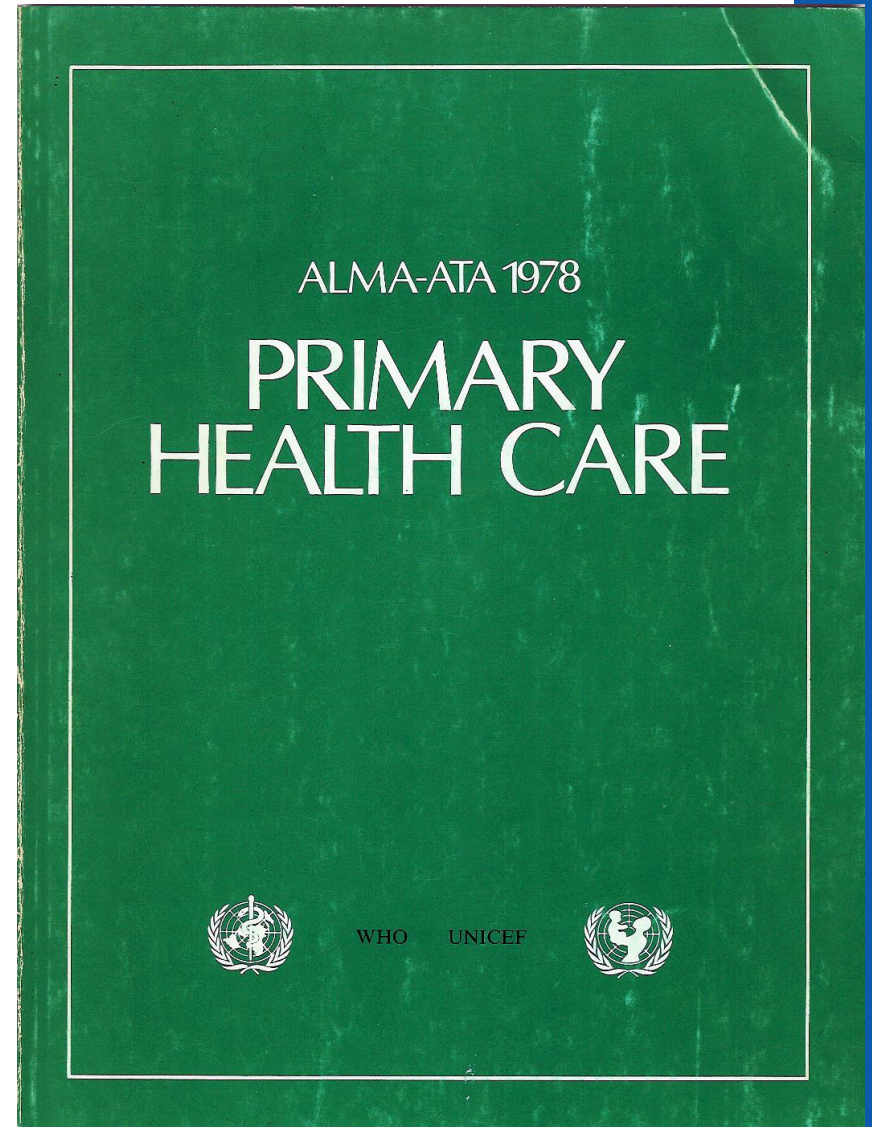
*«è parte integrante  
sia del sistema sanitario del Paese,  
di cui è la funzione  
centrale e principale,  
sia dello sviluppo sociale-economico  
della comunità»*



Fulvio Lonati

L'Assistenza Sanitaria Primaria è

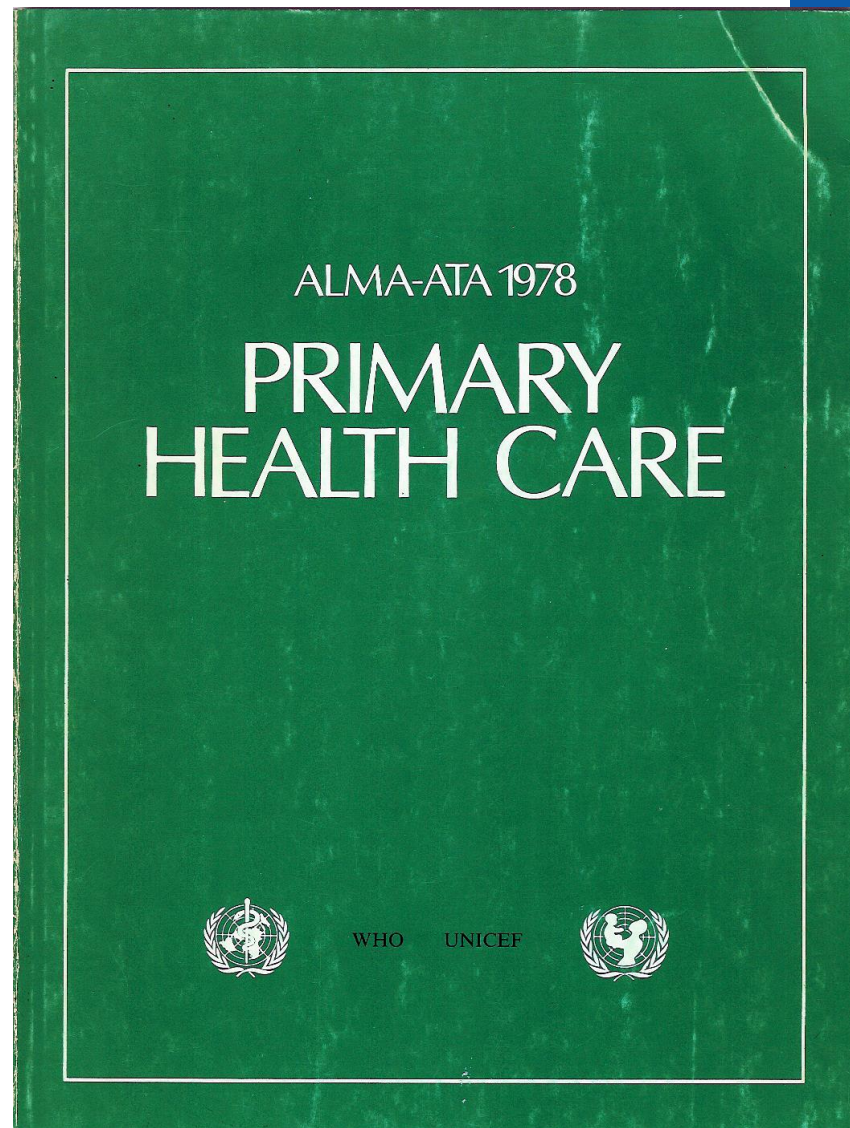
*«il primo livello di contatto degli individui,  
delle famiglie  
e della comunità  
con il sistema sanitario del paese,  
portando l'assistenza sanitaria  
quanto più vicino e possibile  
a dove la popolazione vive e lavora  
e costituendo il primo elemento  
di un processo continuo  
di assistenza»*



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»*



# ***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 Starfield, 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).

# Lo scopo della PHC: UHC

---

*Affinché la copertura sanitaria universale (UHC)*

*sia veramente universale,*

*è necessario uno spostamento*

*dai sistemi sanitari progettati attorno alle malattie e alle istituzioni*

*verso sistemi sanitari progettati per le persone, con le persone*

# Importanza della PHC

---

- La PHC affronta i **determinanti più ampi della salute** e si concentra sugli aspetti globali e interconnessi della salute e del benessere fisico, mentale e sociale.
- Fornisce assistenza sanitaria a tutta la persona **per tutta la durata della vita**, non solo per una serie di malattie specifiche.
- La PHC garantisce che le persone ricevano **un'assistenza completa e di qualità** – che va dalla promozione e prevenzione al trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative – il più vicino possibile all'ambiente quotidiano delle persone.

# Importanza della PHC

---

- La PHC rappresenta l'approccio **più inclusivo, equo, economicamente vantaggioso ed efficiente** per migliorare la salute fisica e mentale delle persone, nonché il benessere sociale.
- La PHC è fondamentale anche per rendere i sistemi sanitari **più resilienti** alle situazioni di crisi, **più proattivi** nel rilevare i primi segnali di epidemia e **più preparati** ad agire tempestivamente in risposta all'impennata della domanda di servizi.
- La PHC è **la “porta d'ingresso” del sistema sanitario** e fornisce le basi per il rafforzamento delle funzioni sanitarie pubbliche essenziali per affrontare crisi sanitarie pubbliche come quella del covid-19

# Caratteristiche della PHC

## 8 A

**Adeguatezza** degli interventi

**Disponibilità (availability)** delle risorse

**Adeguatezza** al contesto

**Accessibilità** al sistema

**Accettabilità** delle attività sociali e culturali

**Accessibilità** agli interventi

**Valutabilità (affordability)** degli interventi

**Responsabilità (accountability)** nella gestione delle risorse

## 3 C

**Completezza** (che va dalla promozione e prevenzione alla cura, riabilitazione e cure palliative)

**Comprehensive** (affronta tutti i problemi di salute dell'individuo e della comunità)

**Continuità delle cure**

# Dopo Alma Ata...

Nei paesi industrializzati la proposta arrivata da Alma Ata era considerata irrilevante.

In questo hanno giocato un ruolo diverse variabili:

- il forte **sviluppo simultaneo del settore ospedaliero**, delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica;
- la **minore attrattività della medicina generale** rispetto a quella specialistica;
- il generale **calo dell'attenzione e della tensione morale** verso i valori della giustizia sociale e dell'equità.

# Dopo Alma Ata...

Pochi anni dopo, la Banca Mondiale contesta le raccomandazioni della conferenza, sostenendo che dovrebbero essere sostituite con altre perché quella forma di PHC è troppo costosa per i paesi in via di sviluppo (selective-PHC, in alternativa a Comprehensive-PHC)

| <b>Primary Care</b><br>focus on individual  | <b>Selective Primary Health Care</b><br>Population Health through individuals  | <b>Comprehensive Primary Health Care</b><br>tackles social determinants of health   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Individualized clinical services</li> <li>-Secondary &amp; Tertiary disease prevention</li> <li>-Health Education</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Screening and surveillance</li> <li>-Immunization</li> <li>-Primary prevention</li> <li>-Health education</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Provision of housing, shelter, social support, food and nutrition, safe environments</li> <li>-Capacity building and health promotion</li> <li>-Health impact awareness</li> <li>-Harm minimization approaches</li> <li>-Advocacy for sustainable social and system change</li> </ul> |
| <p><u>Examples:</u><br/>                     General Practice<br/>                     Diabetic Clinic<br/>                     Heart Health Clinic<br/>                     Screening Programs</p> | <p><u>Examples:</u><br/>                     Healthy Heart Programs<br/>                     Well child clinics<br/>                     Flu Clinics</p>     | <p><u>Examples:</u><br/>                     Youth Health Centres<br/>                     Healthy Public Policies<br/>                     Food Security work</p>  |



# 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



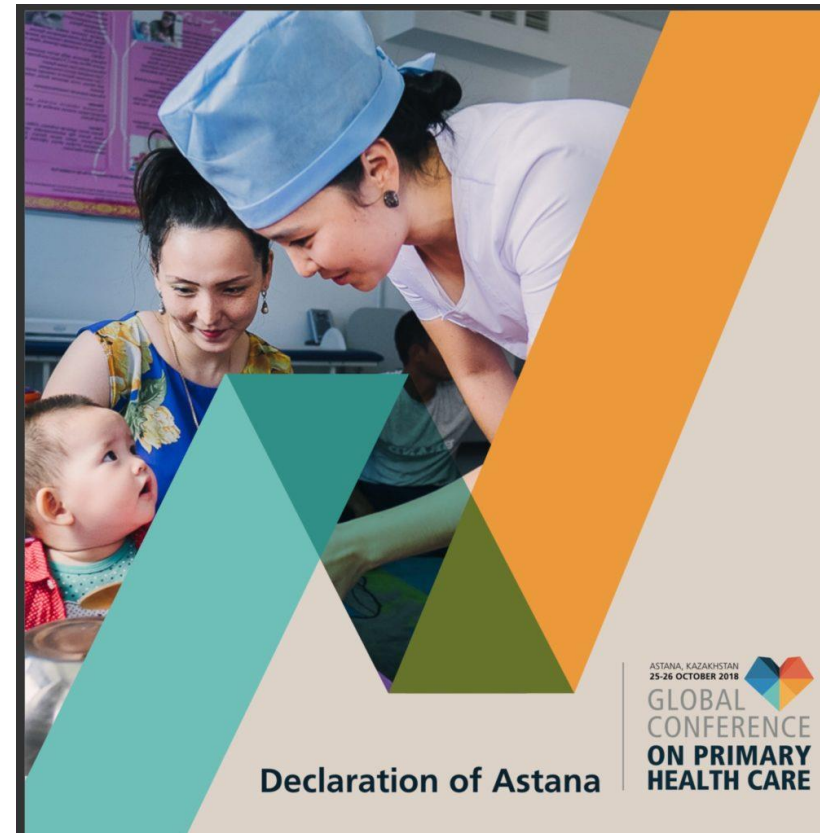
*Fulvio Lonati*



APRIREnetwork  
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**”

## **Primo «giro» di pareri:**

**Nel lavoro che faccio e/o che vorrei fare,  
quanto/come interessa l'approccio di PHC?**

# Verso la Casa della Comunità che vorremmo

*alcuni spunti*


*Fulvio Lonati*


Idee tratte da:

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



2018  
Il Libro Azzurro | Campagna PHC

Home ▾ Le Sezioni del Lib  Sottoscrivi il Lib  Alleanza per le Cure Primarie in... ▾ Attività ▾



# Il Libro Azzurro


**per la riforma delle Cure Primarie in Italia**

- Contributi pubblicati
- Iniziative
- Esperienze
- Dicono di noi

## 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/](http://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*



... e idee tratte da:  [www.aprirenetwork.it](http://www.aprirenetwork.it)



Home

Chi siamo ▾

Partecipa e sostieni ▾

Documenti ▾

Attività ▾

Per chi... ▾



Finalità

Home / Finalità

## Finalità

**APRIrenetwork** è una rete di persone che partecipano alla identificazione, "costruzione collaborativa" e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi, eventi informativi, nell'ambito dell'Assistenza Primaria:

- promuove scambi scientifici, professionali e culturali tra persone e realtà associative interessate a cooperare per lo sviluppo e la qualificazione dell'Assistenza Primaria, ovvero dell'insieme dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali distribuiti nel territorio, erogati a livello domiciliare, ambulatoriale o residenziale;
- contribuisce a promuovere, sostenere e proteggere il patrimonio di salute delle comunità locali, specialmente per quanto riguarda la tutela materno-infantile, la prevenzione e cura delle malattie croniche, il supporto alle fragilità, mediante il progressivo sviluppo qualitativo della rete territoriale di servizi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali, con il contributo dei singoli cittadini e delle forze sociali.

Le attività di **APRIrenetwork** sono coordinate dalla "[Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0](#)".

Le attività di **APRIrenetwork** sono realizzate da "**Gruppi di Lavoro APRIrenetwork**". tematici o su

ALLEANZA  
PER  
LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

Comunicato Stampa: Pericolosa negligenza verso i bisogni di cura e assistenza

Cerca ...

Cerca

Fulvio Lonati



## 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](http://www.vimeo.com/665001270/081e18b52f)
- Versione estesa (43 minuti): [www.vimeo.com/663912888/2b71e5a55d](http://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>

In Italia esistono **esperienze concrete**  
realizzate negli ultimi anni  
in tutte le regioni  
che hanno messo in pratica  
il **nuovo paradigma**  
di un'assistenza territoriale  
delineata dal DM 77  
incernierata sulla **prospettiva**  
delle **Case della Comunità**

**Le esperienze raccolte  
mostrano che è possibile**

Volume 68, Numero 4

ottobre-dicembre 2024

# SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria  
e promozione della salute**

Rivista interdisciplinare del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute  
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

Numero monografico  
Esperienze preparatorie e percorsi di avvio  
delle Case della Comunità



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Fulvio Lonati



APRIREnetwork  
Assistenza PRimaria In REte  
Salute a Km 0

## Le esperienze raccolte mostrano

### un percorso

#### ➤ da Ospedale

risposta ai problemi acuti mediante un ricovero

#### ➤ a Poliambulatorio

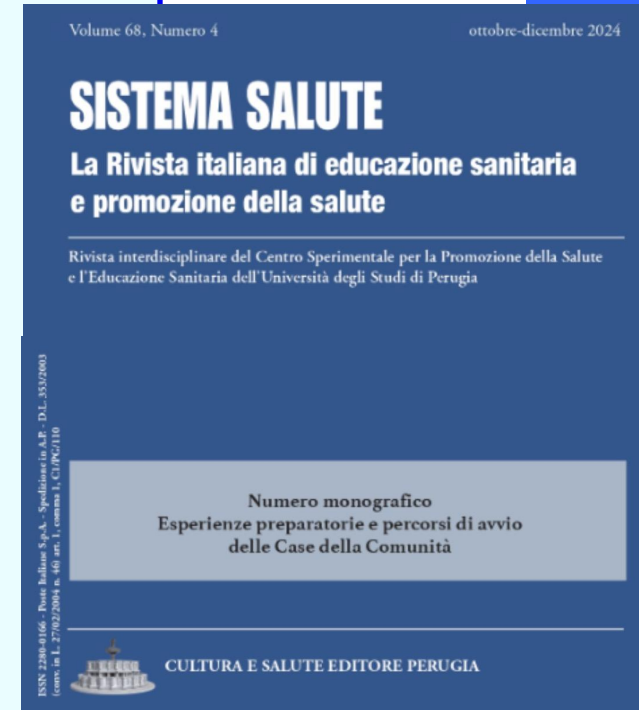
analoghi problemi ma in regime territoriale

#### ➤ a Casa della Salute

poliambulatorio responsabile  
di un territorio definito

#### ➤ a Casa della Comunità

da sanità a salute  
con integrazione  
sanitaria-sociale-comunitaria



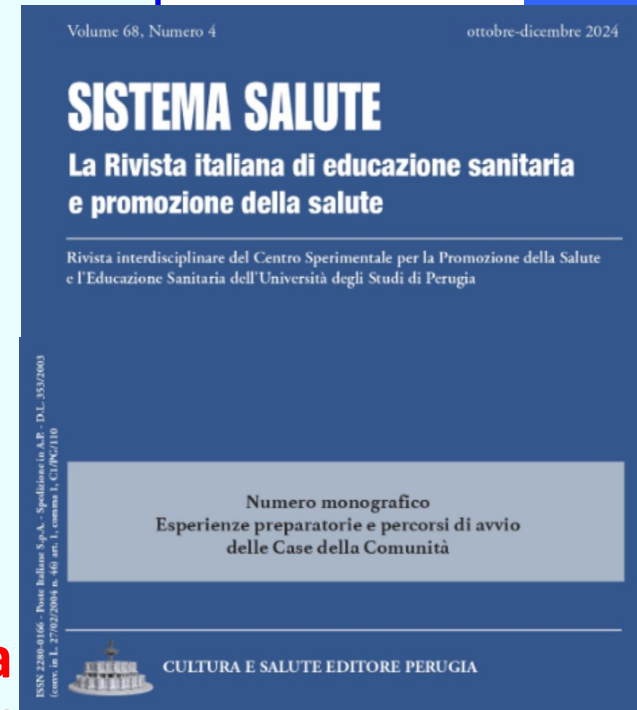
## Sono esperienze:

### in realtà

- di città, di pianura, di valle
- con nuovi orientamenti operativi
- con il coinvolgimento e la partecipazione della comunità

### con MMG

- in **gruppo con sede di riferimento presso la Casa della Comunità**
- con **segreteria clinica** e presenza **infermieristica**
- in collaborazione con il **servizio sociale comunale**
- **componenti dell'equipe multiprofessionale della Casa della Comunità**
- collegati alle **risorse della comunità educative, aggregative, del volontariato**





ISTITUTO DI RICERCHE  
FARMACOLOGICHE  
MARIO NEGRI · IRCCS



# INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ IN LOMBARDIA:

## Riflessioni e proposte

26 Febbraio 2025 ore 13,00

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS - Via Mario Negri 2, Milano

**Risultati della 2<sup>a</sup>  
indagine conoscitiva  
sulle case della Comunità  
in Lombardia**

coordinata dal Mario Negri con la  
collaborazione  
di un Gruppo di Lavoro  
di volontari

**Risultati della rilevazione  
sui Comuni  
e sugli  
Ambiti Territoriali Sociali**

condotta da ANCI  
Associazione Italiana  
Comuni Italiani  
della Lombardia

**500 partecipanti: operatori sanitari e sociali, amministratori e attori impegnati nella realizzazione delle Case della Comunità**

*Fulvio Lonati*



APRIREnetwork  
Assistenza PRimaria In REte  
Salute a Km 0



## Risultati

### della 2<sup>a</sup> indagine conoscitiva sulle case della Comunità in Lombardia

Identificate al 29.1.2025: 136

Visitate almeno 1 volta: 124

Con dati completi: 105

## CRITERI MINIMI DI QUALITÀ SODDISFATTI

(n=105/136)

|   | % SI |
|---|------|
| Bacino di utenza definito                       | 78   |
| Bacino di utenza ≤ 50.000 abitanti              | 41   |
| Punto Unico di Accesso aperto almeno 6 gg /7    | 27   |
| Punto Unico di Accesso aperto almeno 8 h /24    | 14   |
| Presenza Medici di Medicina Generale            | 39   |
| Presenza almeno 3 Medici di Medicina Generale   | 19   |
| Presenza Infermieri di Comunità                 | 99   |
| Presenza almeno 5 Infermieri di Comunità        | 74   |
| Continuità assistenziale                        | 61   |
| Ambulatori Specialistici                        | 92   |
| Strumentazione diagnostica di base              | 77   |
| Punto prelievi                                  | 78   |
| Assistenza infermieristica domiciliare          | 86   |
| Presenza Unità di Valutazione Multidimensionale | 84   |
| Consultorio familiare                           | 59   |
| Servizi di Salute Mentale                       | 45   |
| Servizio per le Dipendenze                      | 26   |
| Presenza Servizi Sociali Comunali               | 22   |
| Presenza Volontariato/Terzo settore             | 19   |
| Spazi disponibili per i cittadini               | 59   |

Un'esperienza  
su cui riflettere

**PROTOCOLLO D'INTESA ATTIVAZIONE CONSULENZA  
SPECIALISTICA DIABETOLOGICA PRESSO LA SEDE DELLE DUE  
MEDICINE DI GRUPPO DELL'AMBITO DI GHEDI NEL QUADRO DELLA  
GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO PREVISTA DAL PERCORSO  
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE  
INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO**

Tra

l'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRESCIA, con sede legale in Brescia – Viale Duca degli Abruzzi, 15 codice fiscale e partita IVA n. 03436310175, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante, Dott. Carmelo Scarcella, (d'ora innanzi denominata ASL)

E

l'A.O. di DESENZANO del GARDA, di seguito denominata AO con sede legale in Desenzano del Garda codice fiscale n. 01972400988 in persona del Direttore Generale e Legale Rappresentante, Dott.ssa Mara Azzi, (d'ora innanzi denominata AO)

E

le due Medicine di Gruppo con sede a Ghedi – Medicina di gruppo codice 00088, Referente Dr.ssa Magri Margherita; Medicina di gruppo codice 00089, Referente Dr. Ghisleri Domenico

*Fulvio Lonati*



APRIREnetwork  
Assistenza PRimaria In REte  
Salute a Km 0

## Per quali specialisti potrebbe funzionare il «modello Ghedi»?

Per le persone con problematiche clinico-assistenziali per le quali il MMG è quotidianamente e ordinariamente impegnato:

### Con **malattie croniche a maggior prevalenza**

- Cardiovasculopatie > **cardiologo - oculista**
- Diabete > **diabetologo - oculista**
- BPCO > **pneumologo**
- Malattie neurologiche degenerative > **neurologo**

### Con **compromissione dell'autonomia**

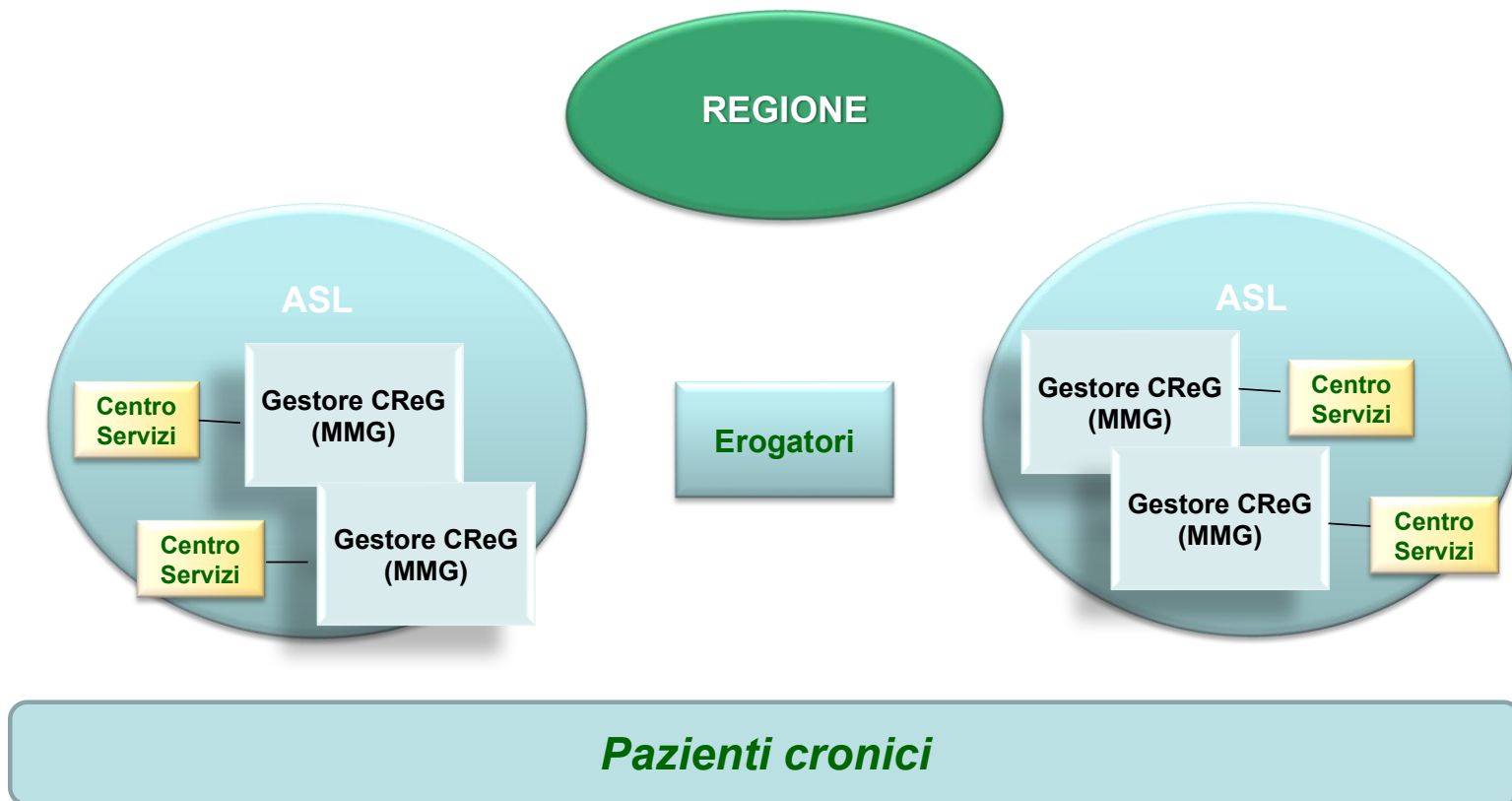
- > **geriatra - fisiatra - neurologo**

# Sperimentazione CReG in 5 ASL....



Strategie di monitoraggio epidemiologico, gestionale ed economico della Regione e delle ASL Lombarde

## Gli attori.....



, Brescia 9 novembre 2013

Agnello, Brescia 9 novembre 2013

# IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO



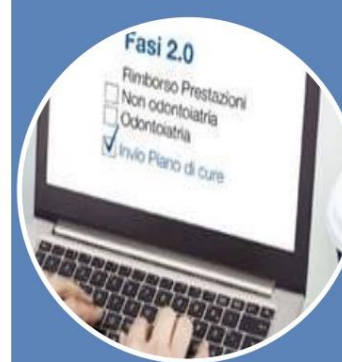
Il cittadino riceve la lettera di Regione Lombardia



Il cittadino sceglie il gestore



Il gestore chiama il cittadino per patto di cura e PAI (Clinical manager)



Il clinical manager trasmette il PAI al case manager



Il case manager prenota le prestazioni del PAI e informa il cittadino

Non potrebbe essere più semplice e funzionale  
un **modello di presa in cura dei cronici**  
con **piani personalizzati**  
supportato da una **organizzazione**  
**su base territoriale**

- con la «dimensione Ghedi» - 18.000 abitanti?
- di Casa della Comunità con massimo 50.000 abitanti?

**...e inoltre**

**per i malati con compromissione dell'autonomia**

**e/o con bisogni clinico-assistenziali complessi**

non potrebbe essere più semplice e funzionale

un **modello di presa in cura su base territoriale**

in grado di **connettere direttamente i servizi comunali**

**+ terzo settore + volontariato + vicinato solidale**

anziché il modello con diversi erogatori «a libera scelta»?

...e



**per i problemi che non possiamo risolvere  
solo in ambulatorio**



- solitudine
- bullismo
- violenza sulle donne
- sedentarietà
- sovrappeso e obesità
- dislipidemie
- abuso e dipendenze (alcool - fumo- gioco - sostanze)
- ....



## La cittadina britannica che ha scoperto una potente cura per le malattie: la socialità



Con il sostegno delle autorità locali e dell’NHS, la GP Kingston recluta gruppi di cittadini volontari suddivisi in due categorie:

➤ ***“health connectors”***

aiutano le persone nella pianificazione ed attuazione delle cure

➤ ***“community connectors”***

offrono un supporto economico e sociale come intermediari per risolvere problemi economici o abitativi;

aiutano a partecipare a circoli sportivi, letterari, cori o gruppi musicali: favoriscono l’integrazione nel tessuto sociale di Frome

**Secondo «giro» di pareri:**

**Che immagine abbiamo su:**

**Poliambulatorio**

**Casa della Salute**

**Casa della Comunità**



**territorializzare il SSN**  
**ovvero lavorare nel/sul/col territorio**  
**inteso come spazio fisico e come comunità di persone**  
**NON decentrare**

Alcune riflessioni

su tre livelli:

- **Territorio del Distretto Socio-Sanitario**
  - con un bacino di 100.000 ab
  - coincide con l'Ambito Territoriale Sociale
- **Territorio della Casa della Comunità**  
< 50.000 abitanti: diventa possibile che gli attori presenti
  - sanitari, sociosanitari, sociali, delle attività locali
  - conoscano il territorio (vie, scuole, mercati, parrocchie, ...)
  - possano incontrarsi, conoscersi, confrontarsi, connettersi, stimarsi, progettare insieme
- **«Microarea»: Comune – frazione – quartiere**  
«no a quartieri dormitorio» privi di servizi, anche sanitari

### **Distretto Socio-Sanitario**

- Individuare strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra operatori e servizi
- Organizzare le risposte ai bisogni della propria popolazione
- Definire territorio e attribuire risorse alle Case della Comunità
- Superare la separazione tra i “silos” organizzativi

### **Casa della Comunità**

- Lavoro in équipe multiprofessionali-multidisciplinari-multisetoriali radicate nella comunità
- Partecipazione attiva di cittadini e loro organizzazioni locali alla promozione della salute dei singoli e della comunità

### **«Microarea»: Comune – frazione – quartiere**

- Equipe di base: MMG e PLS, IFeC, segretari clinici, assistenti sociali, farmacisti, eventuali operatori-servizi presenti
- coordinata con la Casa della Comunità per servizi più complessi

**IFeC - Infermiere di Famiglia e Comunità  
e  
Assistente Sociale**

**figure da responsabilizzare su microarea  
non sui silos professionali**

*Peraltro, dall'indagine del Mario Negri  
sulle Case della Comunità in Lombardia  
l'IFeC si configura come  
un significativo elemento di novità*

## PUA - Punto Unico di Accesso

Alcune riflessioni

- come «sportello» che da accesso a tutti i servizi
- ma anche «**PUA diffuso**», cioè nessun operatore/servizio:
  - deve poter dire “non è di mia competenza”
  - ma, se conosce i servizi esistenti nel territorio, orienta e attiva subito i meccanismi di rete

## Unità di Valutazione Multidimensionale - UVMD-EVMD-UCAM

### Unità di Valutazione Multidimensionale UVMD-EVMD-UCAM:

- multidimensionale non vuole dire multiprofessionale
- ma è la persona che deve essere “letta” nelle **sue diverse dimensioni**:
  - malattie
  - autonomia
  - contesto di vita (relazionale-abitativo-economico-culturale)

## ADI e SAD

- devono lavorare in tandem

**Medico di Medicina Generale  
Pediatra di Libera Scelta**

Alcune riflessioni

**componenti essenziali**

della **equipe interdisciplinare e interprofessionale**  
**della Casa della Comunità**

**indipendentemente dal luogo** nel quale  
esercitano prevalentemente la loro attività:

garantire la prossimità ai propri assistiti  
implica essere parte integrante di una **equipe territoriale**  
con **attività disseminate sul territorio**  
e **attività interdisciplinari e interistituzionali**  
svolte nella **Casa della Comunità**

# Proposta di “laboratorio di approfondimento”

- Formare 5 gruppi di lavoro, a ciascuno dei quali attribuiamo un link tra quelli elencati nella diapositiva successiva
- Ogni gruppo presenterà nel prossimo incontro una breve esposizione di quanto riscontrato sul sito web assegnato (massimo 5 minuti, con l'eventuale ausilio di diapositive o di un testo schematico), facendo riferimento in particolare a questi criteri (non vincolanti) :
  - Contenuti
  - A chi e per che cosa potrebbe essere utile
  - Consigli ai colleghi del corso: Potrebbe essere utile? Se sì, come avvalersene meglio?
- Dopo ogni esposizione seguirà una discussione in classe

# Proposta di “laboratorio di approfondimento”

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

*Fulvio Lonati*



# Verso la Casa della Comunità che vorremmo

*organizziamo le idee*

*Fulvio Lonati*

## La Casa della Comunità che vorremmo (dalle proposte del Libro Azzurro)

- 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*”).

*...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.

*...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.

*Fulvio Lonati*

*...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)

# **Risultati del laboratorio di approfondimento**

*Fulvio Lonati*

# Risultati del “laboratorio di approfondimento”

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

# 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 è assegnata la **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.

# 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:*

## 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*

*...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.

# 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** 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-negoziatozione (partecipativo e reso pubblico) tra Comune e ASL?**

- 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-connessione 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.

# Possibili profili di infermiera nel territorio

*Fulvio Lonati*

## Possibili profili di infermierā nel territorio

|  |   |
|--|---|
| <b>Infermiere clinico</b>  | Effettua prestazioni; segue singole persone; si occupa del follow-up, dei percorsi codificati o di gestione di processi di screening  |
| <b>Infermiere case manager</b>   | 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 |
| <b>Infermiere educatore</b>  | Forma, orienta e supporta: <ul style="list-style-type: none"><li>•gli assistiti nella promozione dei corretti stili di vita</li><li>•i malati cronici e/o i caregivers</li></ul>  |
| <b>Infermiere che supporta<br/>Il reclutamento,<br/>l'aderenza,<br/>La persistenza</b> | 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.  |
| <b>Infermiere coordinatore organizzativo, funzionale</b>                               | 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.*  
...”

## **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”.*

**«Giro» di pareri:**

**Nella vostra esperienza,  
dove trovate l' infermiera  
nel territorio?**



# **Il Libro Azzurro**

**per la riforma delle Cure Primarie in Italia**

ALLEANZA  
PER LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

*Fulvio Lonati*



Facendo proprie le proposte del [Libro Azzurro](#)  
promosso dalla “**Campagna Primary Health Care: Now or Never**”

10 Marzo 2022



nasce l’[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#)”  
con l’obiettivo di ripensare, valorizzare e riprogettare  
la cosiddetta “medicina territoriale”



Fulvio Lonati



## All' **Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia**

aderiscono oggi 19 Organizzazioni che ritengono che:

- Il **SSN debba essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate** sostenute dalla fiscalità generale
- sia necessaria una **nuova visione complessiva del Servizio Socio-Sanitario nazionale**, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della "*Primary Health Care*" come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute
- il **rinnovamento di tutta l'assistenza primaria** italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile
- **la riforma delle Cure Primarie in Italia** possa iniziare ad attuarsi se richiesta e sostenuta da una "massa critica" di organizzazioni-enti-movimenti sensibili alla problematica che condividono le linee di rinnovamento fondamentali e siano alleate tra loro

# 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
- AsIQuAS - 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 Comunità Solidale Parma
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Prima la Comunità (\*)
- Associazione Salute Diritto Fondamentale (\*)
- Associazione Salute Internazionale
- CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (\*)
- Comitato Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia
- EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association (\*)
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS (\*)
- Movimento Giotto (\*)
- Movimento MMG per la Dirigenza(\*)
- SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Slow Medicine ETS (\*)

(\*) *Organizzazioni aderenti all'Alleanza dalla sua costituzione*

*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*

# Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

## 1. Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie

Proponiamo che il **modello istituzionale-organizzativo delle Cure Primarie** sia:

- **uniforme in tutte le Regioni,**
- **basato su una cornice istituzionale-organizzativa vincolante:**
  - **Distretto Sociale e Sanitario**
    - **Casa della Comunità**
      - **“Microaree”**
- **all'interno di un governo rigorosamente pubblico.**

Proponiamo che il Distretto Sociale e Sanitario:

- **abbia una dimensione di circa 100.000 abitanti**
- **coincida con l'Ambito Territoriale Sociale.**

# Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

## 2. Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere

Proponiamo:

- che si attivino **politiche pubbliche** capaci di **far crescere il capitale sociale**
- di promuovere la resilienza e l'empowerment delle comunità mediante la loro effettiva **partecipazione**.

Questo passa attraverso un **cambiamento culturale** radicale da promuovere **in tutti gli ambiti** educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione.

Proponiamo in tal senso che sia

- **vincolante il coinvolgimento dei Sindaci e delle rispettive organizzazioni comunali**.

# **Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia**

## **3. Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario**

Proponiamo che

**le attività del Servizio Sociale e Sanitario  
siano pensate e strutturate  
a partire dalla individuazione dei bacini territoriali  
per bisogni-risorse  
e non dai “silos” professionali e di patologia**

## Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

### 4. Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale

Proponiamo di organizzare il lavoro in **equipe interdisciplinari**:

- con la presenza di **tutte le figure professionali della salute (sanitarie e sociali)**
- adeguatamente **formate**
- in **numero congruo**
- operanti su definiti segmenti di territorio
- opportunamente **organizzate sui tre livelli**
  - **Distretto**
    - **Casa della Comunità**
    - **Microarea**
- integrate con i professionisti ospedalieri
- in rete con il territorio e partecipate dalle comunità

## Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

### 5. Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute

Proponiamo di

adottare metodologie di lavoro in cui  
la clinica, la ricerca e la programmazione dialoghino  
in maniera costante per rendere il Servizio Sociale e Sanitario  
flessibile e resiliente  
rispetto alle esigenze mutevoli e diversificate dei territori.

Questo è possibile con la **decentralizzazione** della pianificazione e della gestione dei servizi, attraverso:

- **processi partecipativi e inclusivi**
- **tutelando e programmando nell'attività lavorativa dell'equipe spazi e tempi dedicati a formazione e valutazione**

## Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

### 6. Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale

Proponiamo di

attivare le misure opportune

per **superare l'attuale carenza di risorse umane nelle Cure Primarie**,  
acquisendo i professionisti della salute:

- **adeguati per numero e competenze**
- **specificamente formati per agire in equipe nelle comunità locali:**
  - sblocco assunzioni nel pubblico
  - semplificazione e razionalizzazione dei rapporti contrattuali di tutte le figure professionali territoriali nel quadro della dipendenza pubblica (superando le diversificazioni contrattuali in atto)
  - adeguamento stipendiale
  - ulteriore razionale adeguamento degli accessi ai diversi percorsi pre e post-laurea.

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

**L'Alleanza chiede che gli 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)**

# Proposte dell'Alleanza per dare attuazione al DM77

## L'Alleanza chiede:

- che gli aspetti positivi del DM77
  - **uniformità dei criteri a livello nazionale**
  - **centralità del Distretto**
  - **riconduzione di tutte le attività territoriali alla Casa della Comunità**siano presenti nel percorso di attuazione **nell'intero Paese;**
- che l'attuazione, anche dietro la spinta dei finanziamenti del PNRR, sia ubiquitaria, **specialmente nelle regioni dove i Distretti sono attualmente realtà solo virtuali;**
- di dare attuazione in coerenza con la corretta e ampia visione esposta nell'introduzione del decreto, ponendo particolare attenzione a:
  - **casa come primo luogo di cura**
  - **approccio comunitario**
  - **passaggio dalla logica delle “prestazioni sanitarie” al “servizio per la salute” e al “prendersi cura”**
  - **integrazione multiprofessionale.**

Fulvio Lonati

# Alcune iniziative dell'Alleanza

*Fulvio Lonati*



# Manovra e Pnrr. Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia: “Pericolosa negligenza verso i bisogni di cura e assistenza”

***"Abbiamo bisogno di un Servizio Sanitario Nazionale adeguatamente organizzato, dotato e finanziato, in particolare nella sua componente territoriale e di assistenza primaria. Con il Pnrr, e a cascata con il DM 77, era stato attivato un radicale processo di rinnovamento e potenziamento dei servizi territoriali per la salute. Purtroppo stiamo perdendo lo spirito innovativo e registriamo una preoccupante stagnazione", spiegano Margherita Miotto e Fulvio Lonati.***

ALLEANZA  
PER LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

**Pericolosa negligenza verso i bisogni di cura e assistenza dei cittadini:  
rischio di depotenziare i servizi territoriali per la salute previsti dal PNRR**

- *In 17 mesi (gennaio 2021 - 31 maggio 2022) è stato costruito il programma, individuate le risorse e siglati i contratti con i soggetti attuatori;*
- *In 12 mesi (ottobre 2022-2023) sono stati ridimensionati gli obiettivi.*

*Manifestiamo grandissima preoccupazione per la disattenzione che circonda l'assistenza sociosanitaria territoriale e chiediamo alle Regioni il massimo impegno nella attuazione rapida dei programmi oggetto dei Contratti Istituzionali di Sviluppo ed al Governo la integrazione finanziaria indispensabile per la realizzazione delle strutture contenute nella Componente 1 della Missione 6.*

## Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

- ***Il SSN è a rischio di collasso***
- ***I problemi sono sotto gli occhi di tutti***
- ***Tante voci stanno denunciando la criticità della situazione e stanno facendo proposte***
- ***Sarebbe necessario ed urgente unire queste voci e realtà***
- ***La proposta*** [L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#), *organizzazione senza conflitti di interesse, non di categoria, non finanziata, trasversale alle singole componenti e alla quale aderiscono 19 organizzazioni, propone di avviare un percorso collaborativo con l'obiettivo di connettere e coalizzare le risorse interessate e disponibili ad impegnarsi per la difesa, ripensamento e rilancio del SSN e giungere a proposte unitarie e condivise, da porre ai decisori politici, con la forza che queste acquisirebbero dall'unità delle tante voci.*

# Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

## Da dove partire per individuare le proposte comuni e condivise per rilanciare il SSN

Per facilitare il percorso collaborativo

l'[Alleanza](#)

ha analizzato contributi pubblicati da diverse organizzazioni ed ha preliminarmente sintetizzato nella tabella, strutturata per temi, le proposte che sono apparse convergenti

|   |
|---|
| Natura del SSN  |
| Finanziamento   |
| Rapporto pubblico-privato   |
| Contributo del terzo settore e della società civile nella tutela della salute |
| Sanità integrativa  |
| Autonomia differenziata   |
| Organizzazione e programmazione   |
| Esternalizzazioni   |
| Appropriatezza  |
| Professionisti della salute   |
| Libera professione intramuraria   |
| Prevenzione e promozione della salute   |
| Assistenza Primaria   |
| Partecipazione comunitaria e dei Comuni                                       |
| Casa come primo luogo di cura   |
| Residenzialità  |
| Ospedali  |
| Politica del farmaco  |
| Telemedicina  |
| Ricerca   |
| Università e formazione   |

# Una riflessione

## Differenti tipologie di cronicità:

- **Malattie**
- **Fattori di rischio**
- **Fragilità**
- **Disabilità**

# Un'altra riflessione

## Differenti approcci terapeutici:

- **Eziologico**
- **Preventivo**
- **Funzionale**
- **Riparativo**
- **Sostitutivo**
- **Sintomatico**
- **Palliativo**

# 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
- Presa 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 équipe 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**

*Fulvio Lonati*

## 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 protesica

**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

**Ai corsisti del  
che hanno/avranno  
compiti di coordinamento**



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
E CHIRURGIA

MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN

INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E ASSISTENZA  
INTEGRATA PER LA SALUTE COLLETTIVA AA 2021/2022



INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E ASSISTENZA  
INTEGRATA PER LA SALUTE COLLETTIVA



**Favorire lo sviluppo  
di figure professionali con compiti di coordinamento  
delle attività territoriali per la salute**

**che non siano «funzionari-burocrati-controllori»**

**ma «registi» che**

- **facilitano la «connessione tra le parti»**
- **valorizzano tutti gli attori consentendo loro di giocare bene il loro ruolo e di esprimere a pieno le loro specificità e potenzialità**
- **che supportino il «lavorare insieme»**

*Fulvio Lonati*



**APRIREnetwork**  
Assistenza PRimaria In REte  
Salute a Km 0

**Ai corsisti del  
che hanno/avranno  
compiti di coordinamento**



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
E CHIRURGIA

MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN

INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E ASSISTENZA  
INTEGRATA PER LA SALUTE COLLETTIVA AA 2021/2022



INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E ASSISTENZA  
INTEGRATA PER LA SALUTE COLLETTIVA



**Riorientare la strategia nelle articolazioni territoriali dell'azienda sanitaria  
dalla sola logica "istituzionale-amministrativa"  
verso una "regia della rete"**

- sulle Cure Primarie,
- sul coinvolgimento e la valorizzazione di tutti gli attori

**Promuovere competenze cliniche**

- ai MMG: di tutoraggio clinico
- all'Infermiere di Famiglia e Comunità: di case manager
- agli specialisti territoriali o ospedalieri: di consulenza,

**Garantire il coordinamento complessivo delle attività  
con figure professionali che sviluppino anche competenze**  
→relazionali                      →manageriali                      → di leadership



## 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** **sistémico e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con la qualità della 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 interesse e di competenze 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 >