

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale e l'inserimento degli IFeC nel SSR, in attuazione della missione 6C1 del PNRR

Dr.ssa Simonetta Di Meo
Direttore Distretto Brescia Ovest
ASST Spedali Civili - Brescia

I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

Sistema Sanitario Nazionale italiano (Legge n.833 del 1978)

Si basa su tre principi fondamentali:

universalità - uguaglianza - equità

Oggi, più che mai, il perseguimento di questi principi richiede un cambio di prospettiva, passando:

- **da** sistemi sanitari **progettati intorno alle malattie e alle istituzioni**
- **verso** sistemi sanitari **vicini alla comunità, progettati per le persone e con le persone.**

Necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali

I dati sulla cronicità in Italia

In Italia nel 2022 il **39,9%** della popolazione convive con almeno una patologia cronica (ISTAT, 2022). Le patologie a maggiore prevalenza sono:

- ▶ l'ipertensione (18,8%)
- ▶ artrosi e artrite (14,8%)
- ▶ le malattie allergiche (11%)
- ▶ l'osteoporosi (7,8%)
- ▶ il diabete (6,3%)
- ▶ la bronchite cronica (5,7%)
- ▶ le malattie del cuore (4,3%)
- ▶ i disturbi nervosi (4,6%)
- ▶ l'ulcera gastrica o duodenale (2,2%)

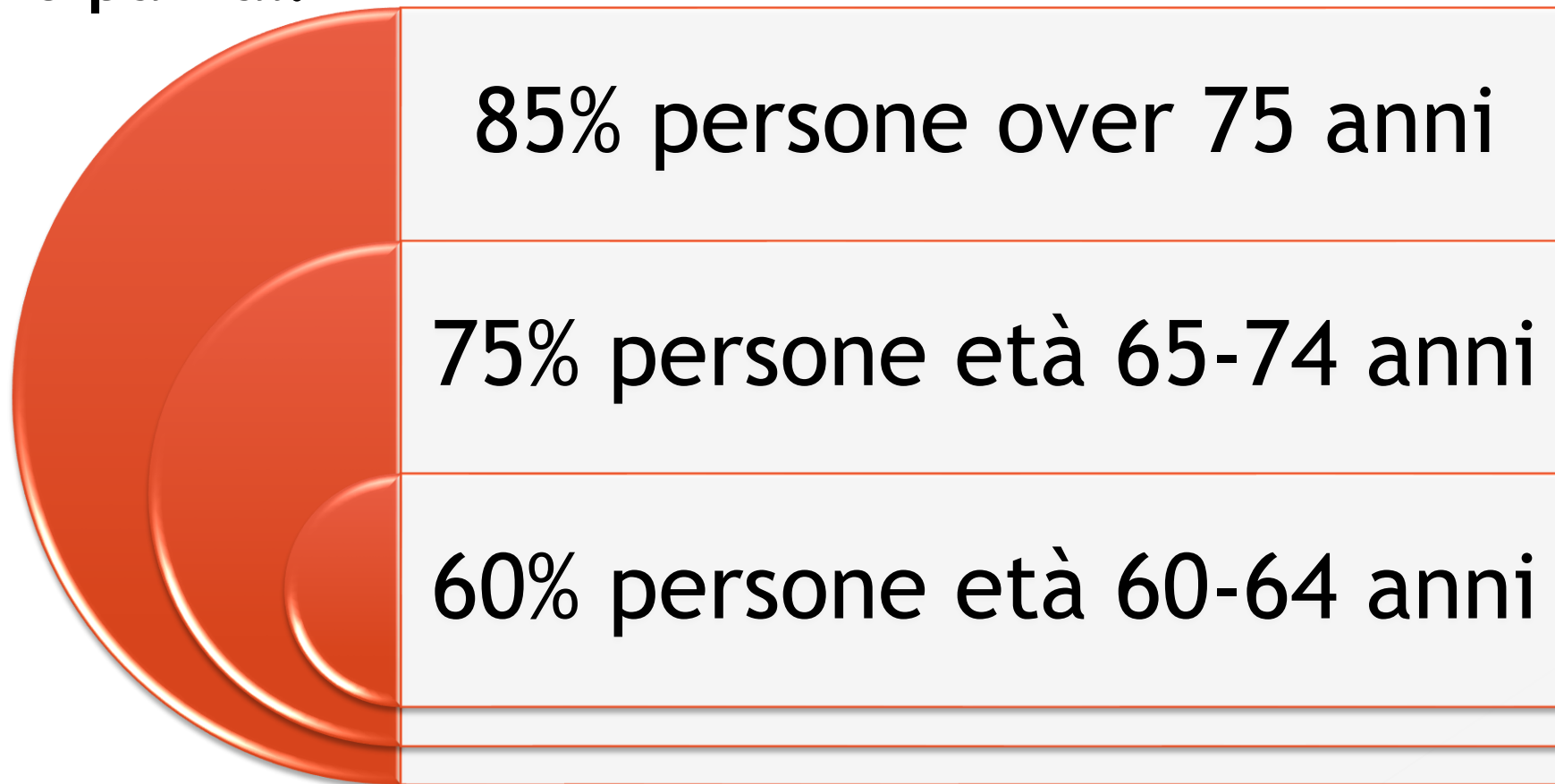


Ogni anno il **74%** dei decessi a livello globale è causato da malattie croniche (WHO, 2022)

Prima del decesso i malati cronici sperimentano una **bassa qualità della vita**, dovuta a complicanze, disabilità, fragilità e comorbidità

I dati sulla cronicità in Italia

Il tema della cronicità è indissolubilmente legato a quello dell'invecchiamento: **le persone con una malattia cronica in Italia sono pari al:**



I dati sulla cronicità - OMS

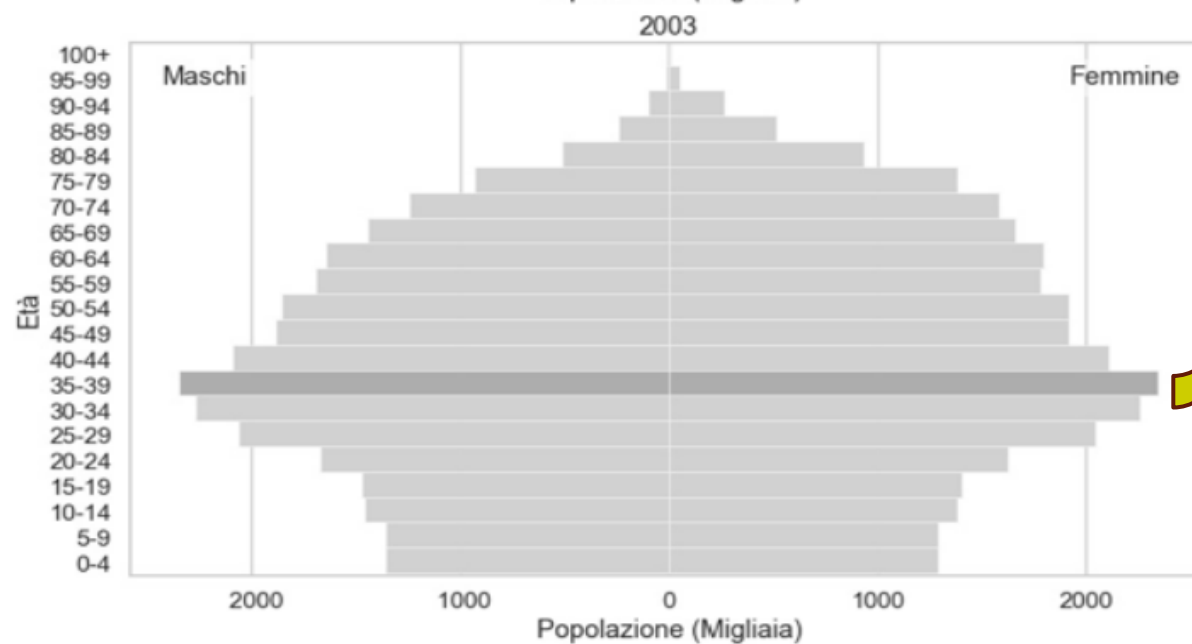
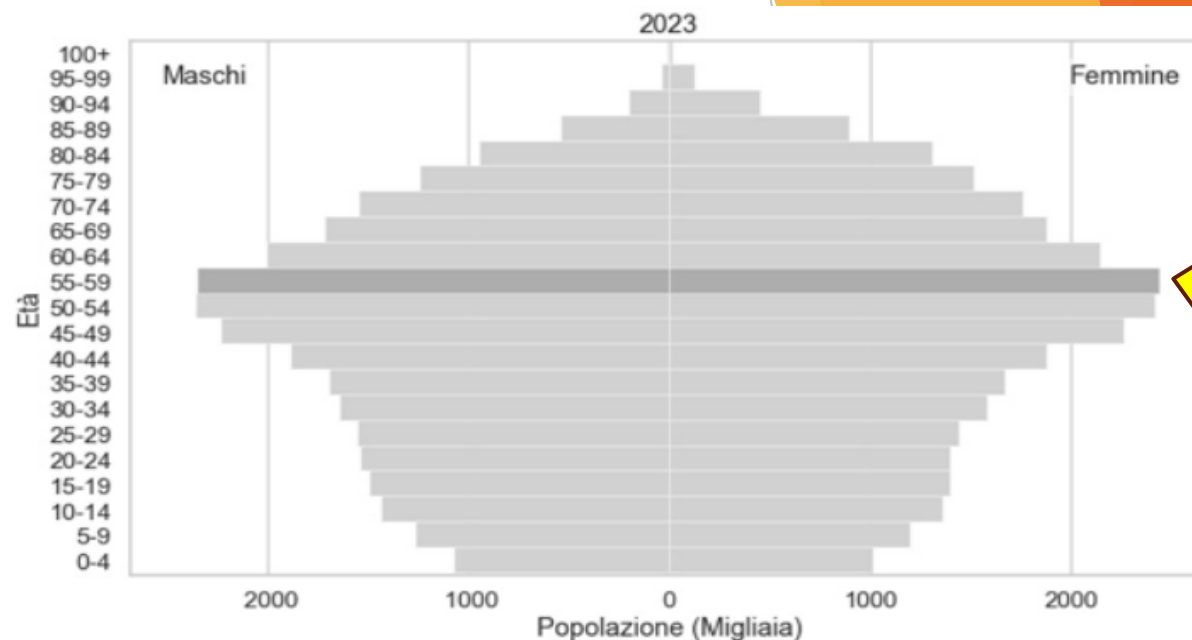
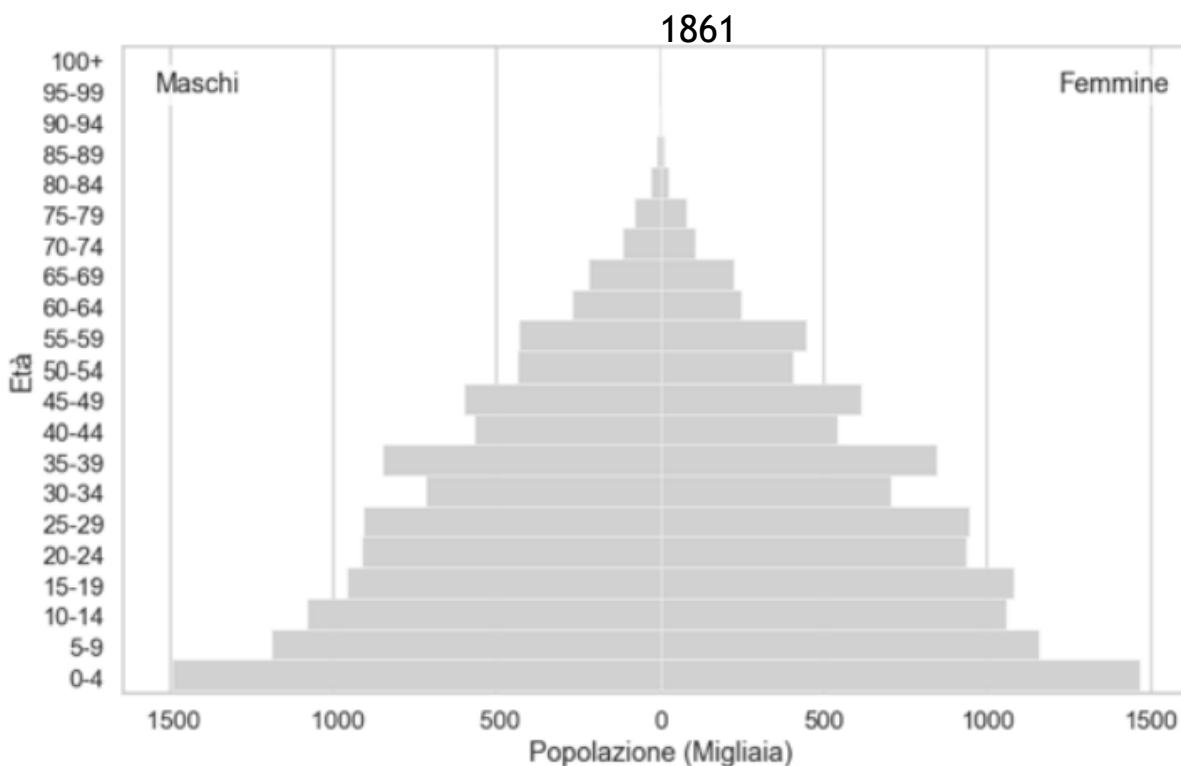
Tutto questo motiva i continui richiami ad aumentare l'attenzione sul tema promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che identifica cinque malattie croniche (non-communicable diseases, NCD) come più rilevanti:

- 1 malattie cardiovascolari
- 2 cancro
- 3 diabete
- 4 malattie respiratorie croniche
- 5 malattie mentali

Aspetti demografici

Speranza di vita alla nascita in Italia:

- 29-30 anni nel 1861
- 49 anni (M) e 51 anni (F) nel 1921-22
- **80,5 anni (M) e 85 anni (F) nel 2022**



Quale prospettiva?

34,5%

**Quota di individui di
65 anni e più nel 2050**

23,8% nel 2022

2,13

**Il numero medio di
componenti per famiglia nel
2042**

Da 2,32 nel 2022

9,8 milioni

**Le persone destinate
a vivere sole nel
2042**

Da 8,4 milioni nel 2022

E in Lombardia? Il PSSR 2023-2027

(Deliberazione N° XII/1518 Seduta del 13/12/2023)



Popolazione: dinamiche e fragilità

Una popolazione con le sue dinamiche...

10 milioni cittadini assistiti

... che comportano **importanti sfide**



Invecchiamento della popolazione (dal 2020 al 2040, gli ultra 85enni passeranno dal 3,6% all'8%)



Riduzione della natalità (dal 2015 al 2019 la natalità si è ridotta del 3.5%)



Aumento del numero di famiglie unipersonali (dal 2020 al 2040, + 332 mila famiglie composte da una sola persona)

Una popolazione con le sue fragilità...

...sulle quali basare gli **interventi**

1

3.127.000 cittadini hanno almeno una **condizione cronica**

2

fino al **50%** dei pazienti con condizioni croniche **non aderisce** alle raccomandazioni

3

672.000 cittadini hanno **limitata autosufficienza**

4

1.162.000 ultra 65enni hanno **aumentato rischio di istituzionalizzazione**

5

Dal 4% al 38% dei cittadini vive in un **ambiente sociale disagiato**

L'evoluzione della complessità clinica

Descrizione Complessità Clinica



Necessità di Cure
Intensive



Quadro clinico severo



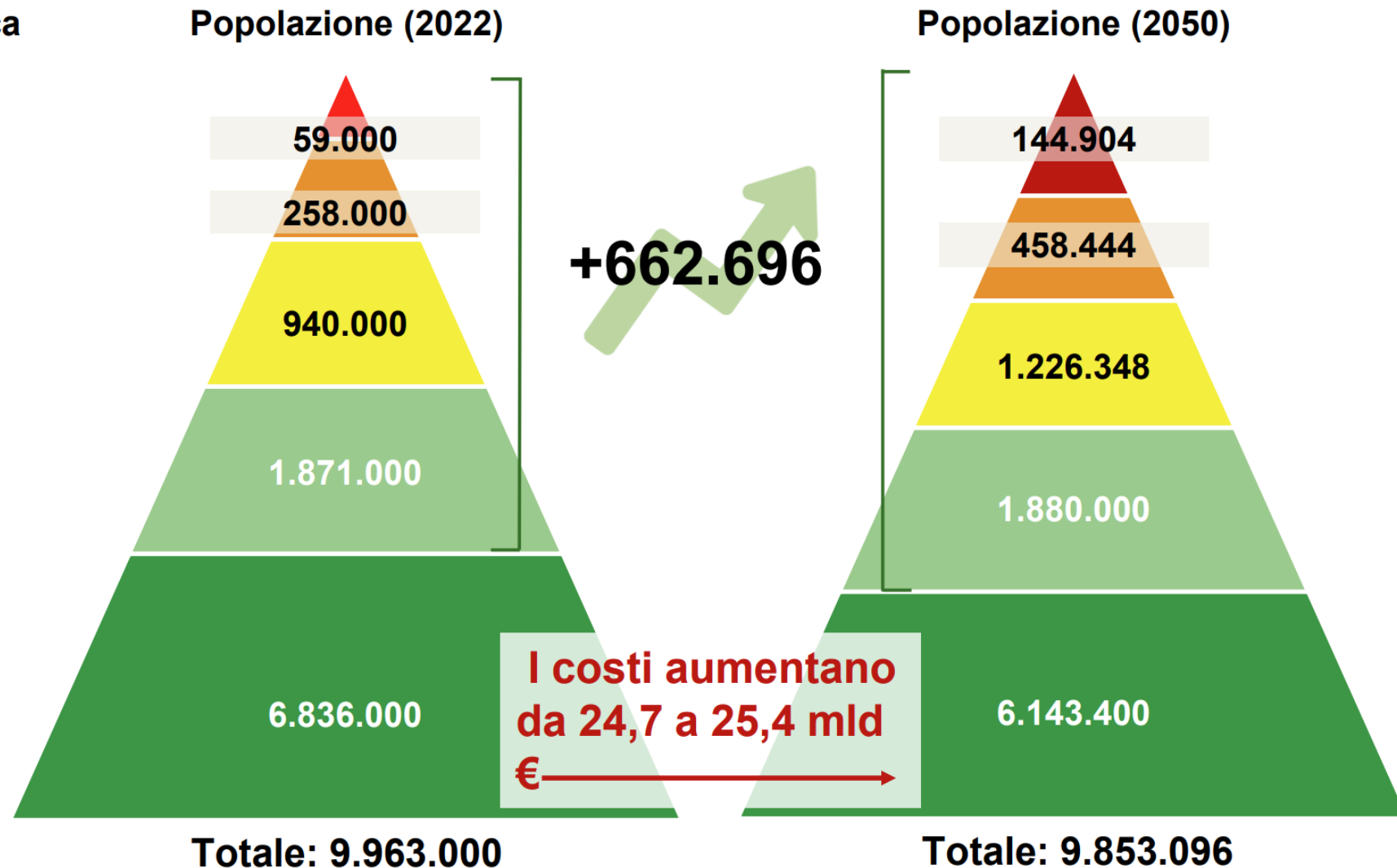
Quadro clinico di media
intensità



Quadro clinico di lieve
intensità

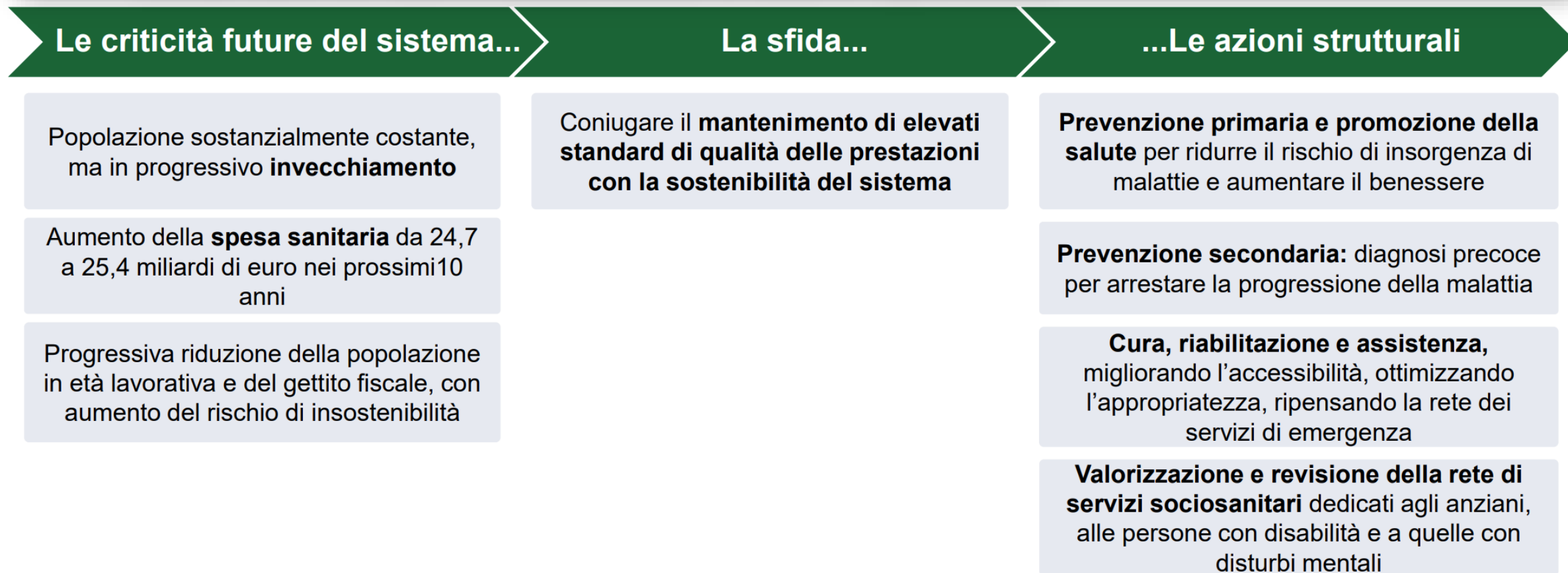


Nessuna Condizione
Cronica



Dalle sfide alle opportunità

Il Piano si ispira alle linee di indirizzo strategico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Comunità Europea, con particolare riferimento all'approccio **One Health** e intende affrontare le criticità future del sistema **trasformando le sfide in opportunità**



Gli ambiti di intervento

Una programmazione integrata che impatta su organizzazione, modelli assistenziali e riparto delle risorse nei seguenti ambiti:



Prevenzione primaria e promozione della salute



Diagnosi precoce e prevenzione secondaria



Razionalizzazione dei servizi di emergenza urgenza



Cura e riabilitazione



Potenziamento della sanità veterinaria pubblica

Dal curare al prendersi cura

Il Piano fa leva su una rete capillare di strutture sociosanitarie e su un sistema di accreditamento e controllo che ha ormai maturato un'esperienza ventennale.

Per sostenere il passaggio **dal curare al prendersi cura** si prevedono interventi per:

Anziani	Disabili	Cure palliative	Consultori	Salute mentale
Rimodulazione delle rete di offerta; estensione utilizzo dell'offerta diurna e integrazione con gli Enti locali; potenziamento RSA aperta	Rimodulazione della rete delle unità di offerta	Maggiore flessibilità al modello di cura, attraverso una presa in carico precoce e integrata con altre Unità d'Offerta	Rafforzamento ed integrazione della rete per affrontare la crisi della natalità e sostenere la famiglia, al maternità e la genitorialità	Integrazione e trasversalità tra Ospedale e Territorio, tra servizi, ATS / ASST / Enti Locali, Enti privati accreditati, Terzo e Quarto Settore, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D)

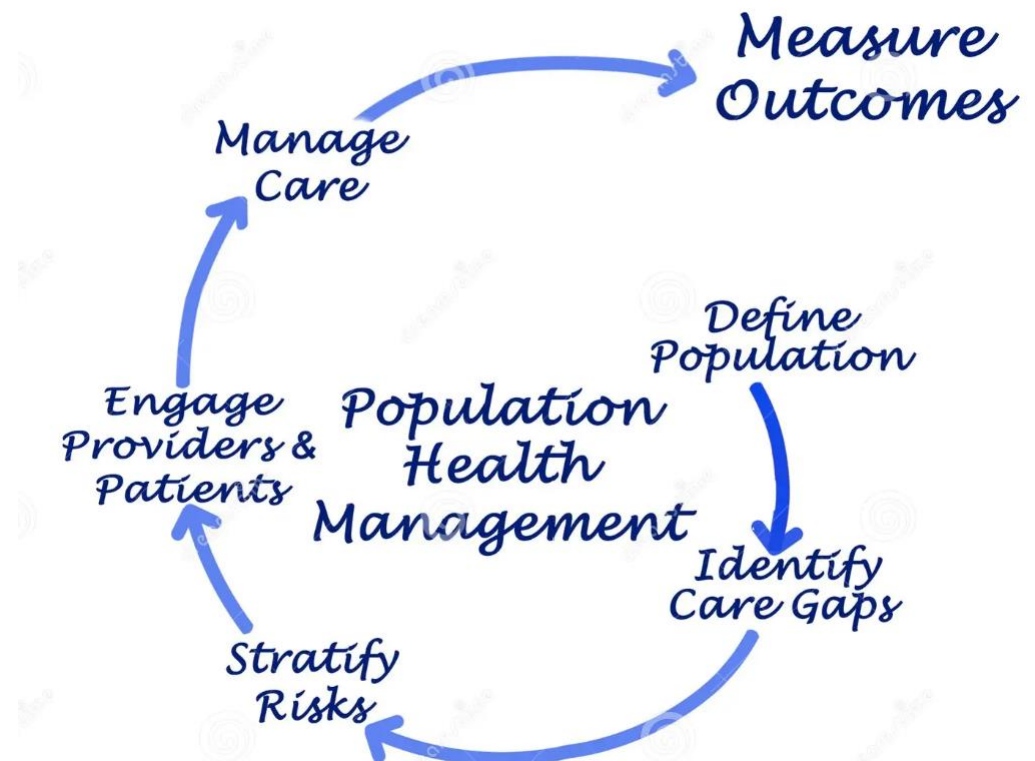
I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

Dai PDTA al Population Health Management

Elementi distintivi del PHM

- ▶ Identificazione della popolazione
- ▶ Valutazione dello stato di salute
- ▶ Stratificazione del rischio/segmentazione della popolazione in gruppi omogenei
- ▶ Definizione del piano di cura individuale
- ▶ Valutazione dell'impatto clinico e audit tra i professionisti (risultati di salute e di processo)
- ▶ Ciclo della qualità e miglioramento continuo



Dai PDTA al Population Health Management

Le opportunità di intervento: gli elementi di impatto sull'epidemiologia

Negli ultimi anni **tre temi** hanno ricevuto maggiore attenzione per via della crescente consapevolezza circa il ruolo giocato dagli stessi all'interno delle **storie di salute delle persone**:

1. la prevenzione

2. l'aderenza

3. il gradiente socioeconomico



Vanno ad arricchire la fotografia di salute complessiva di ciascun assistito

Queste informazioni dovrebbero far parte degli input negli algoritmi di stratificazione, rendendo maggiormente efficace la presa in carico di fasce omogenee di popolazione.

Altre caratteristiche che meritano di essere considerate in virtù del loro potenziale impatto sulla salute sono:

- il capitale sociale
- il ruolo della comunità

1 - Prevenzione

Obiettivo

migliorare la qualità di vita della popolazione aumentando gli anni in salute, riducendo la mortalità prevenibile e l'istituzionalizzazione.

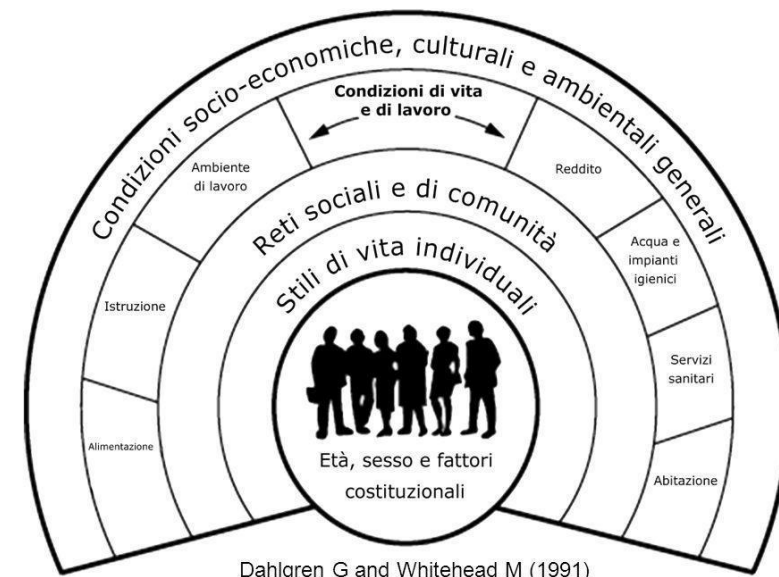
Le cause di malattia possono essere ricondotte a due categorie di fattori:

- ▶ **fattori non modificabili** (es. età o predisposizione genetica)
- ▶ **fattori comportamentali e biologici modificabili**
 - ▶ insufficiente attività fisica
 - ▶ errate abitudini alimentari
 - ▶ consumo di tabacco
 - ▶ consumo rischioso e dannoso di alcol
 - ▶ caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale

Ai fattori modificabili si può ricondurre il 60% del carico di malattia, in Europa e in Italia

(Ministero della Salute, 2022)

I determinanti della salute



Promozione della salute

Nella Carta di Ottawa (WHO, 1986) è definita come

“il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”

La promozione della salute rappresenta quindi un processo sociale e politico globale, che oltre alle azioni specifiche sui **singoli individui**, comprende anche azioni volte a **modificare concretamente le condizioni sociali, ambientali ed economiche**, così da attenuarne l'impatto sulla salute del singolo e della collettività.

Per promuovere la salute si è passati da interventi di tipo esclusivamente informativo, a interventi educativi (che incrementano le abilità dell'individuo oltre che le conoscenze) e, infine, a interventi di promozione della salute che agiscono su molti livelli: **conoscenze, competenze, ambienti di vita e di lavoro, comunità e politiche.**



Piano Integrato Locale (PIL) per la promozione della salute (a partire dal PNP e dal PRP)

SETTING LUOGHI DI LAVORO	Luoghi di lavoro che promuovono salute - Rete WHP Lombardia
	Le reti di conciliazione
	La prevenzione delle dipendenze comportamentali nei luoghi di lavoro
SETTING SCUOLA	Scuole che promuovono salute – Rete SPS Lombardia
	Se lo conosci diventerete amici
	Sana alimentazione a scuola
	Pedibus
	<i>Life Skills Training</i> Lombardia - scuola primaria e scuola secondaria
	Educare all'affettività e sessualità in preadolescenza
	Unplugged
	Educazione tra pari
	Rafforzamento e coordinamento delle azioni preventive in tema di Gioco d'Azzardo Patologico attraverso interventi di sistema
	Sorveglianza e allerta nel sistema scolastico: la gestione dei casi e dei focolai da Sars CoV-2 e la sorveglianza delle malattie infettive a trasmissione aerea durante la fase inter pandemica attraverso interventi di sistema
SETTING COMUNITA' LOCALI	Gruppi di Cammino
	Laboratori permanenti per la promozione dell'attività fisica e movimento
	Adolescenti ed emergenza educativa. Il nuovo Protocollo Prefettura
	La salute a tavola: una scelta consapevole
	Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico nella comunità locale
SETTING SOCIOSANITARIO	Promozione dell'allattamento al seno
	Nati per leggere
	Di Nido in Nido: sguardi non indifferenti
	Giornate mondiali: i soggetti del territorio lavorano insieme per la prevenzione e la promozione della salute
	L'implementazione del <i>Counseling</i> Motivazionale Breve nei contesti opportunistici
	Rete A.Mo La Salute Brescia
	FOODia.NET: strumenti a supporto del paziente diabetico e dei suoi <i>caregiver</i>
	Interventi di sensibilizzazione prevenzione delle malattie infettive

Prevenzione: i programmi di screening



Obiettivo: individuare la malattia in una fase precoce della sua storia naturale (prevenzione secondaria)

Presupposto: più precoce è la diagnosi tanto più elevata è la probabilità di modificare la storia naturale attraverso un trattamento



L'adesione ai programmi di screening rappresenta un **fattore protettivo** per la **riduzione della mortalità e morbidità** dovuta alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di screening di popolazione (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto)

2 - Aderenza

«È la misura in cui il comportamento di una persona - assumere farmaci, seguire una dieta e/o apportare modifiche allo stile di vita - corrisponde alle raccomandazioni concordate con un operatore sanitario» (WHO, 2003). Sono 5 i fattori in gioco:

1

Sociali ed economici

2

Legati al team/sistema sanitario

3

Basati sulle caratteristiche della malattia

4

Dipende dalle terapie

5

Fattori propri personali dell'assistito

3 - Fattori socio economici

Qualunque sia l'indicatore di posizione sociale impiegato - l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione, ... - il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.



I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA

L'Assistenza Primaria rappresenta la **prima porta d'accesso** ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più **inclusivo, equo, conveniente ed efficiente** per migliorare la **salute** fisica e mentale degli individui, così come il **benessere della società**.



Alma Ata 1978

“...L’assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle **forme essenziali di assistenza sanitaria** che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a **tutti gli individui e alle famiglie nella comunità** grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un **costo che la comunità e la nazione possono sostenere** in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. ...

Essa rappresenta la **prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale**, portando l’assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.”

CONFERENZA DI ASTANA SULL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

25 e 26 ottobre 2018

«Da Alma-Ata verso la copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile»

“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.”



PATIENT-CENTERED PRIMARY CARE

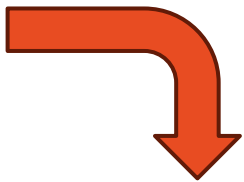
Concetto che include le seguenti caratteristiche:

- **facilità di accesso** alle cure e ai servizi (porte uniche di accesso, accompagnamento nella rete dei servizi, tempestività e appropriatezza delle risposte, facilità di comunicazione con i professionisti, etc.)
- **coinvolgimento dell'assistito** (e della sua famiglia) nelle scelte e nella gestione delle cure (educazione e supporto all'auto-cura, counselling, accesso ai propri dati personali, etc.)
- **pro-attività degli interventi** e passaggio da una medicina di attesa a una sanità d'iniziativa (focus sulla prevenzione, utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitino il follow-up, etc.),
- **coordinamento delle cure** (tra i diversi professionisti) e **continuità dell'assistenza** (tra differenti livelli organizzativi)

Pianificazione, rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali

- Attraverso lo **sviluppo di strutture di prossimità**, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il **potenziamento delle cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** che promuova lo sviluppo di équipes multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico,
- con **logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico**, attraverso la **stratificazione** della popolazione per intensità dei bisogni;





- con **modelli di servizi digitalizzati**, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali);
- attraverso la **valorizzazione della co-produzione con gli utenti** e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- con la **partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità** nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, assistiti, associazioni, farmacie, ecc.).

I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

PNRR Missione 6 Salute - componenti C1 e C2

- ▶ **M6C1** - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
 1. Case della Comunità e presa in carico della persona (target 2026: 1350 ->1038);
 2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - Casa come primo luogo di cura (ADI 10% delle persone >65 anni);
 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT 600 ->480);
 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
 3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità 600 -> 407).
- ▶ **M6C2** - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77
Regolamento recante la
definizione di modelli e standard
per lo sviluppo dell'assistenza
territoriale nel Servizio Sanitario
Nazionale

SOMMARIO

1.	PREMESSA.....	
2.	SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN	
3.	STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO.....	
4.	DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI	
5.	CASA DELLA COMUNITÀ.....	
6.	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ.....	
7.	UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	
8.	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....	
9.	CENTRALE OPERATIVA 116117.....	
10.	ASSISTENZA DOMICILIARE.....	
11.	OSPEDALE DI COMUNITÀ	
12.	RETE DELLE CURE PALLIATIVE	
13.	SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE ..	
14.	PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO	
15.	TELEMEDICINA.....	
16.	SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'	

COOPERAZIONE DELLE FIGURE CHE COSTITUISCONO L'ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Presa in carico derivante
I LIVELLO PERSONA IN SALUTE	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II LIVELLO PERSONA CON COMPLESSITÀ CLINICO ASSISTENZIALE MINIMA	Assenza di cronicità o fragilità	Utilizzo sporadico dei servizi	Azioni proattive di stratificazione del rischio
III LIVELLO PERSONA CON COMPLESSITÀ CLINICO ASSISTENZIALE MEDIA	Cronicità, fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente monopatologica con buona tenuta dei determinanti sociali	Utilizzo di bassa/media frequenza dei servizi	Presa in carico, supporto proattivo e orientamento come azioni coordinate semplici

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

IV LIVELLO
PERSONA CON
COMPLESSITÀ
CLINICO
ASSISTENZIALE
MEDIO-ALTA

Condizione
clinica/sociale

Cronicità, fragilità
e/o disabilità con
patologie multiple
complesse con o
senza determinanti
sociali deficitari

Bisogno/intensità
assistenziale

Elevato utilizzo
servizi sanitari e
socio-sanitari con
prevalenti bisogni
residenziali

Presa in carico
derivante

V LIVELLO
PERSONA CON
COMPLESSITÀ
CLINICO
ASSISTENZIALE
ELEVATA CON
EVENTUALE
FRAGILITÀ SOCIALE

Multimorbilità
con limitazioni
funzionali con
determinanti
sociali deficitari
perduranti nel
tempo

Prevalenti e
continuativi
bisogni
assistenziali

Azioni coordinate
complesse, integrazioni tra
setting, presa in carico
multiprofessionale,
orientamento alla persona
e alla famiglia

VI LIVELLO
PERSONA IN FASE
TERMINALE

Patologia evolutiva
in fase avanzata

Bisogno prevalente
di cure palliative

Il Distretto

LE FUNZIONI DEL DISTRETTO:

- COMMITTENZA
- PRODUZIONE
- GARANZIA

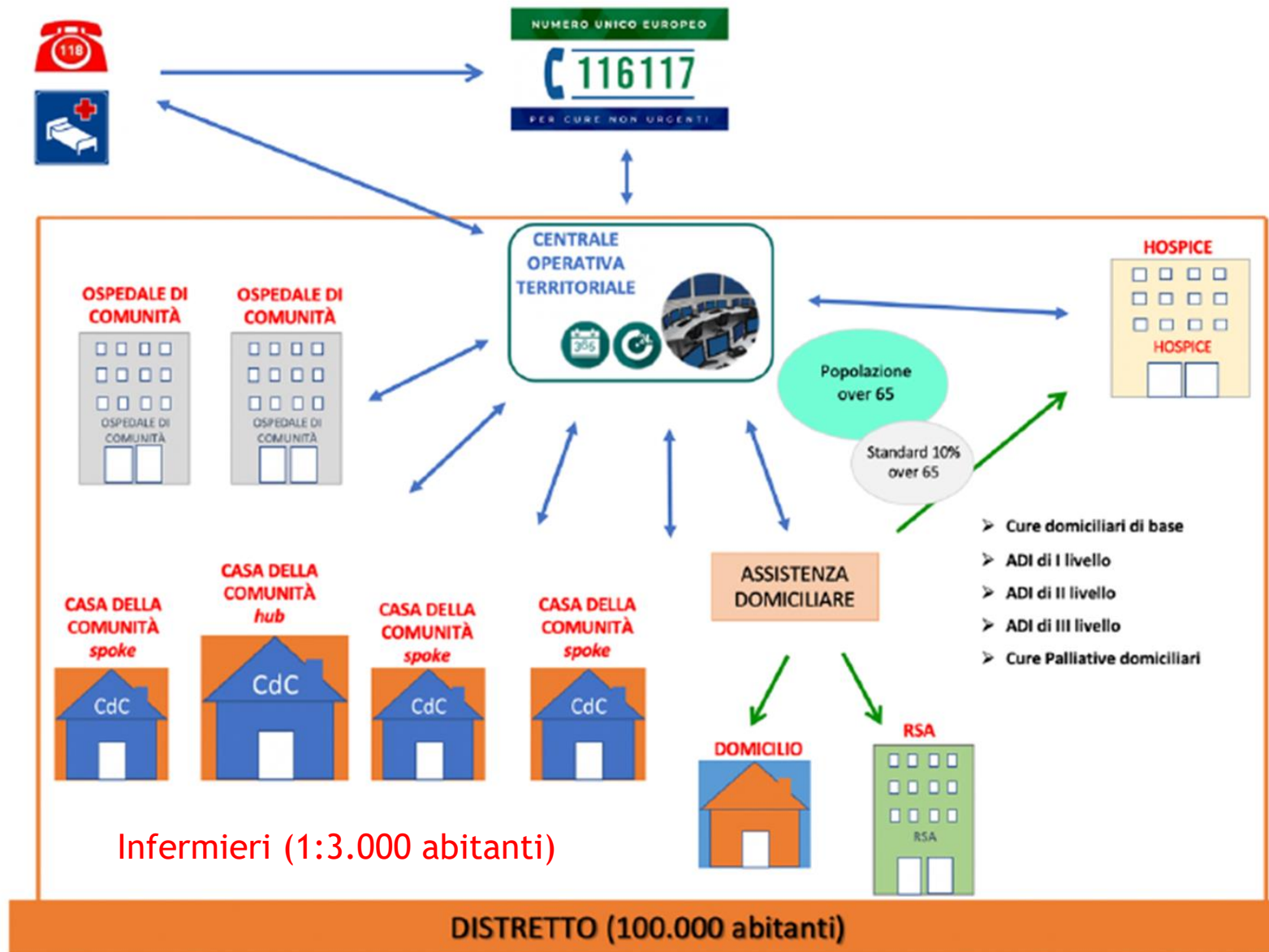


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

Le Case di Comunità (CdC)



La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

	Cure domiciliari
	Ambulatori specialistici
	Area materno infantile
	Area disabilità
	COT Centrale operativa territoriale
	CUP Centro unico prenotazioni
	IFeC Infermieri di famiglia e comunità
	Partecipazione della comunità
	PUA Punto unico di accesso
	Prelievi e vaccinazioni
	Screening
	EVM Equipe di valutazione multidimensionale
	Cure primarie
	Psicologo di comunità



CASE DI COMUNITÀ: I SERVIZI

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Cure primarie erogate attraverso equipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFeC ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto unico di accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizio di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i servizi sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità dub di riferimento	-	OBBLIGATORIO

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 GG	OBBLIGATORIO H12, 6/7 GG
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 GG FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 GG	OBBLIGATORIO H12, 6/7 GG
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di sanità pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge **cinque funzioni principali**:

- è il luogo dove **la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali** sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali;
- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, **interpreta il quadro dei bisogni**, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove **professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti** per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le **risorse pubbliche**, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, **vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità**, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo di **integrazione delle risorse della comunità** che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni.



REALIZZAZIONE DI 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)



1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore



1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

Modello organizzativo

Funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza.

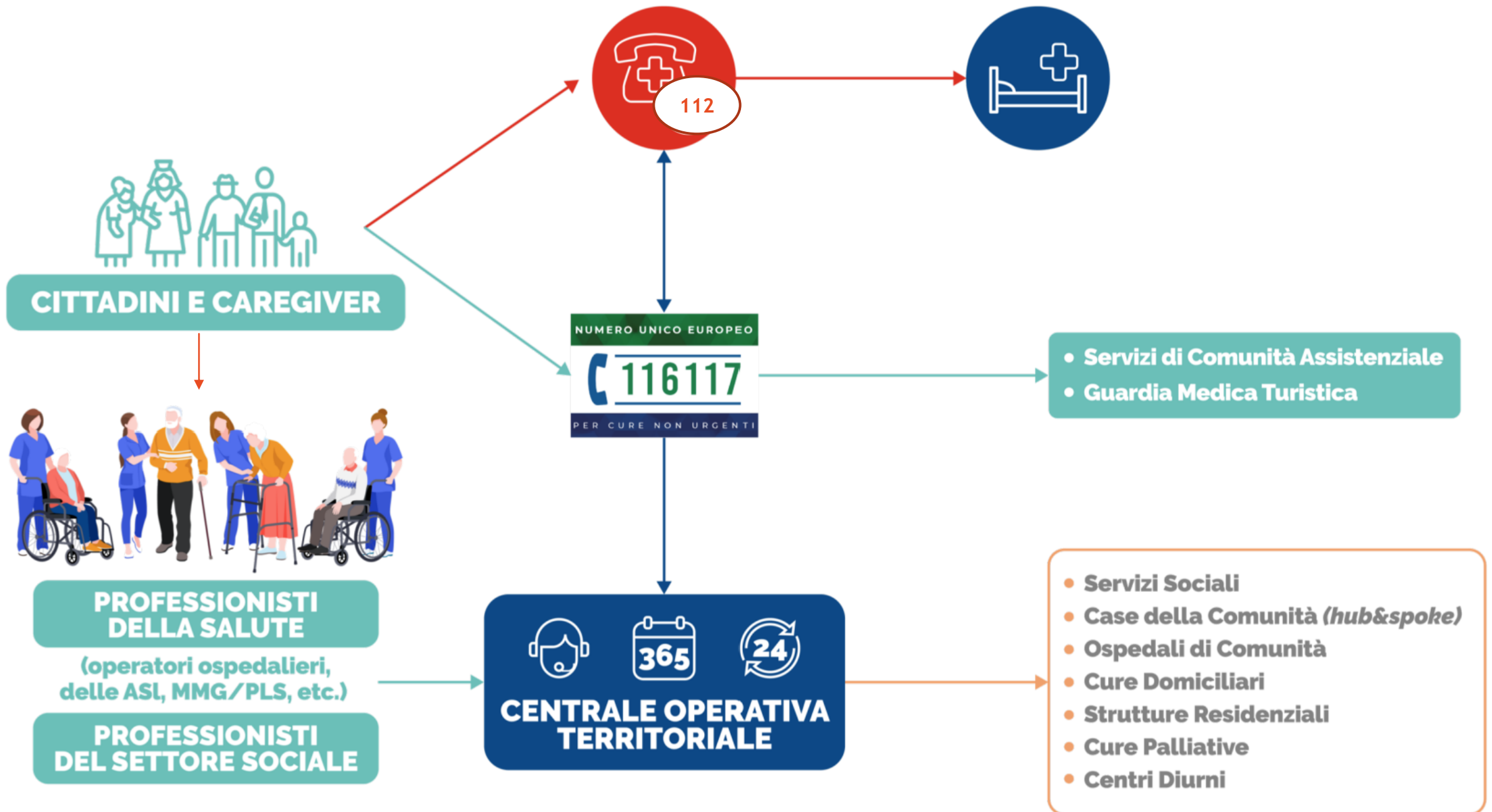
La Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le **cure mediche non urgenti** offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard).







TELEMEDICINA PER UN MIGLIORE SUPPORTO AI PAZIENTI CRONICI



- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici.
- Integrare le soluzioni di telemedicina con i sistemi digitali sanitari, in particolare con Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori, perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN.

Target europei

- Dicembre 2023 - Almeno un progetto per regione/PA
- Dicembre 2025 - Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina



REALIZZAZIONE DI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)



1 OdC da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti



- 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico)
- 4-6 operatori socio-sanitari
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Modello Organizzativo

Presenza di personale sanitario 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, destinata a ricoveri brevi di pazienti, che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica.

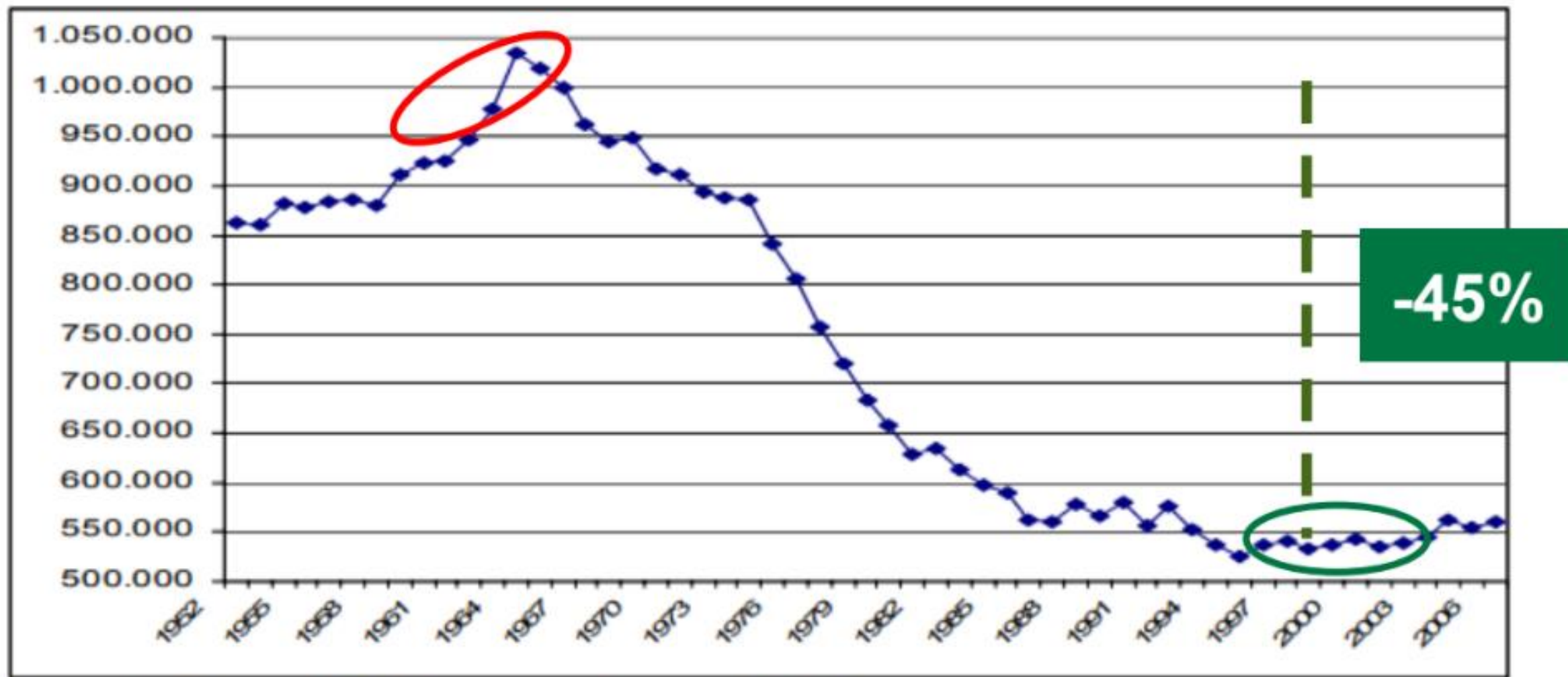
L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20 ed è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre (massimo 40 posti letto).

I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

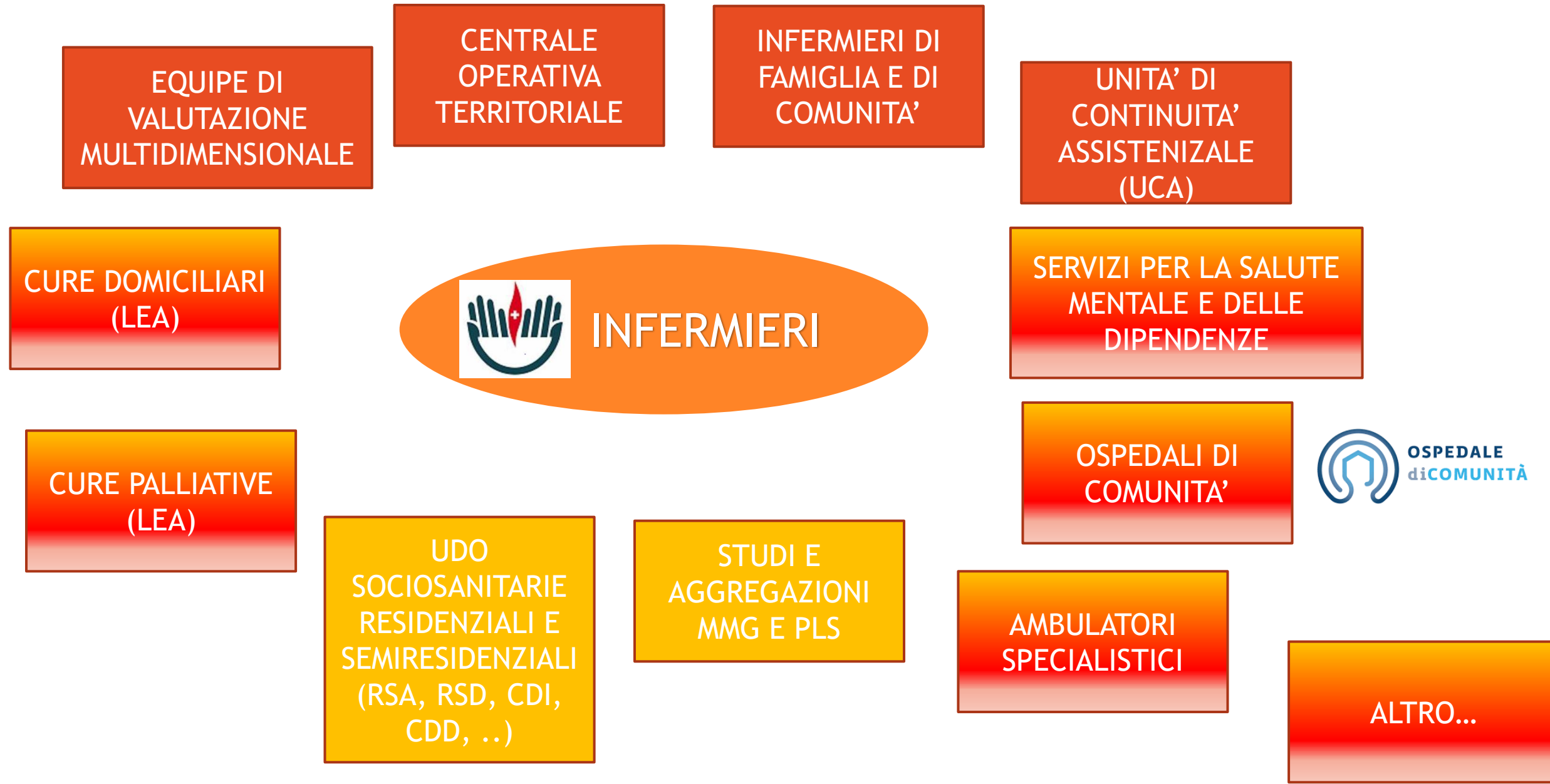
Ci sono gli Infermieri?

Figura 1. Nati vivi della popolazione residente in Italia. Anni 1952-2006



Fonte: Rilevazione del movimento e calcolo della popolazione residente annuale (Bilancio demografico)

Dove sono gli Infermieri sul territorio?



Target intermedi e finali dell'obiettivo PNRR «Assistenza Domiciliare» in termini assoluti e incrementali per ASST - Provincia di Brescia

ASST	BASELINE SIAD 2019	2022		2023		2024		2025	
		TARGET PIC SIAD NETTO	TARGET PIC SIAD LORDO	TARGET PIC SIAD NETTO	TARGET PIC SIAD LORDO	TARGET PIC SIAD NETTO	TARGET PIC SIAD LORDO	TARGET PIC SIAD NETTO	TARGET PIC SIAD LORDO
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	4257	2082	6339	4144	8404	6202	10460	6680	10938
GARDA	3229	1416	4646	2820	6049	4220	7449	4545	7775
FRANCIACORTA	2108	921	3029	1833	3941	2744	4852	2955	5063
VALCAMONICA	1872	232	2104	461	2333	690	2562	743	2615
REGIONE LOMBARDIA	92551	41704	134255	83026	175577	124267	216818	133839	226390

Infermieri di Famiglia e Comunità



NASCE L'INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ: ECCO CHI È E COSA FARÀ

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ È UN PROFESSIONISTA RESPONSABILE DEI PROCESSI INFERMIERISTICI IN AMBITO FAMILIARE E DI COMUNITÀ, CON CONOSCENZE E COMPETENZE SPECIALISTICHE NELLE CURE PRIMARIE E SANITÀ PUBBLICA. IL SUO RUOLO È QUELLO DI PROMUOVERE SALUTE, PREVENZIONE E GESTIRE NELLE RETI MULTIPROFESSIONALI I PROCESSI DI SALUTE INDIVIDUALI, FAMILIARI E DELLA COMUNITÀ ALL'INTERNO DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE.

**CON IL DECRETO RILANCIO IN GAZZETTA UFFICIALE,
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ È LEGGE.**

Infermieri di Famiglia e Comunità

- ▶ Si occupano della **presa in carico** della persona nella comunità, della comunità costituita dal livello individuale, sociale e familiare all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali.
- ▶ **Interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità** sottoforma di volontariato, associazioni, vicinato e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.
- ▶ Svolge attività trasversali di **implementazione dell'integrazione** con l'obiettivo di favorire l'integrazione tra i vari operatori sanitari, sociali e le risorse presenti sul territorio
- ▶ Svolge attività di **promozione della salute, prevenzione, educazione terapeutica e dei caregiver** e gestione della salute in tutte le fasi della vita favorendo lo sviluppo di stili di vita favorevoli al mantenimento della salute
- ▶ Valuta i **bisogni di salute** delle persone assistite in modo personalizzato.
- ▶ **Identifica precocemente condizioni di rischio** per la salute (monitoraggio).

Prende in carico di persone sane, a rischio di sviluppare malattia o malate

I punti della relazione

1	Alcuni dati sulla cronicità e sui cambiamenti socio-demografici
2	Management della cronicità: dai PDTA al Population Health Management (PHM)
3	L'assistenza sanitaria primaria
4	Missione 6C1 PNRR e DM 77/2022
5	Dove sono e cosa fanno gli infermieri sul territorio?
6	Conclusioni

Conclusioni

- ▶ Necessità di gestire i bisogni di salute di oggi e di progettare i servizi in funzione degli scenari demografici ed epidemiologici futuri
- ▶ PNRR opportunità:
 - ▶ per dare risposte efficaci, integrate e di prossimità ai bisogni delle persone, riducendo gli accessi inappropriati alle strutture di ricovero e cura attraverso il potenziamento delle cure primarie (servizi territoriali accessibili e casa come primo luogo di cura)
 - ▶ per garantire continuità nella risposta ai bisogni delle persone nei passaggi tra setting assistenziali
 - ▶ per la professione infermieristica nell'ambito della prevenzione, promozione della salute, della presa in carico integrata di persone e famiglie nei contesti di vita. Per contribuire allo sviluppo di un welfare di comunità

GRAZIE PER L'ATTENZIONE