

*Lo sviluppo della salute
comunitaria.*

*L'infermiere di famiglia e di
comunità.*

Flavio Paoletti

- Direttore Struttura Complessa gestione prestazioni sanitarie e progettazione attività sociosanitaria ASUI Trieste
- Docente Cdl triennale e specialistica, master I e II livello e corsi di formazione

Contenuti

- La Salute e i determinanti di Salute
- I dati epidemiologici e le trasformazioni socio-demografiche
- Leggi e riforme sanitarie nazionali per lo sviluppo della sanità territoriale
- Leggi di integrazione socio-sanitaria nazionali
- Nuove risposte integrate di salute Il progetto Microarea come risposta di salute comunitaria
- L'infermiere di famiglia e di comunità

Prima parte

La Salute e i determinanti di salute



Il contesto



Concetto di salute

La salute, dall'OMS, è considerata un **diritto** e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario.

Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di **modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva**, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Articolo 32

Costituzione

*La tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo** e interesse **della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

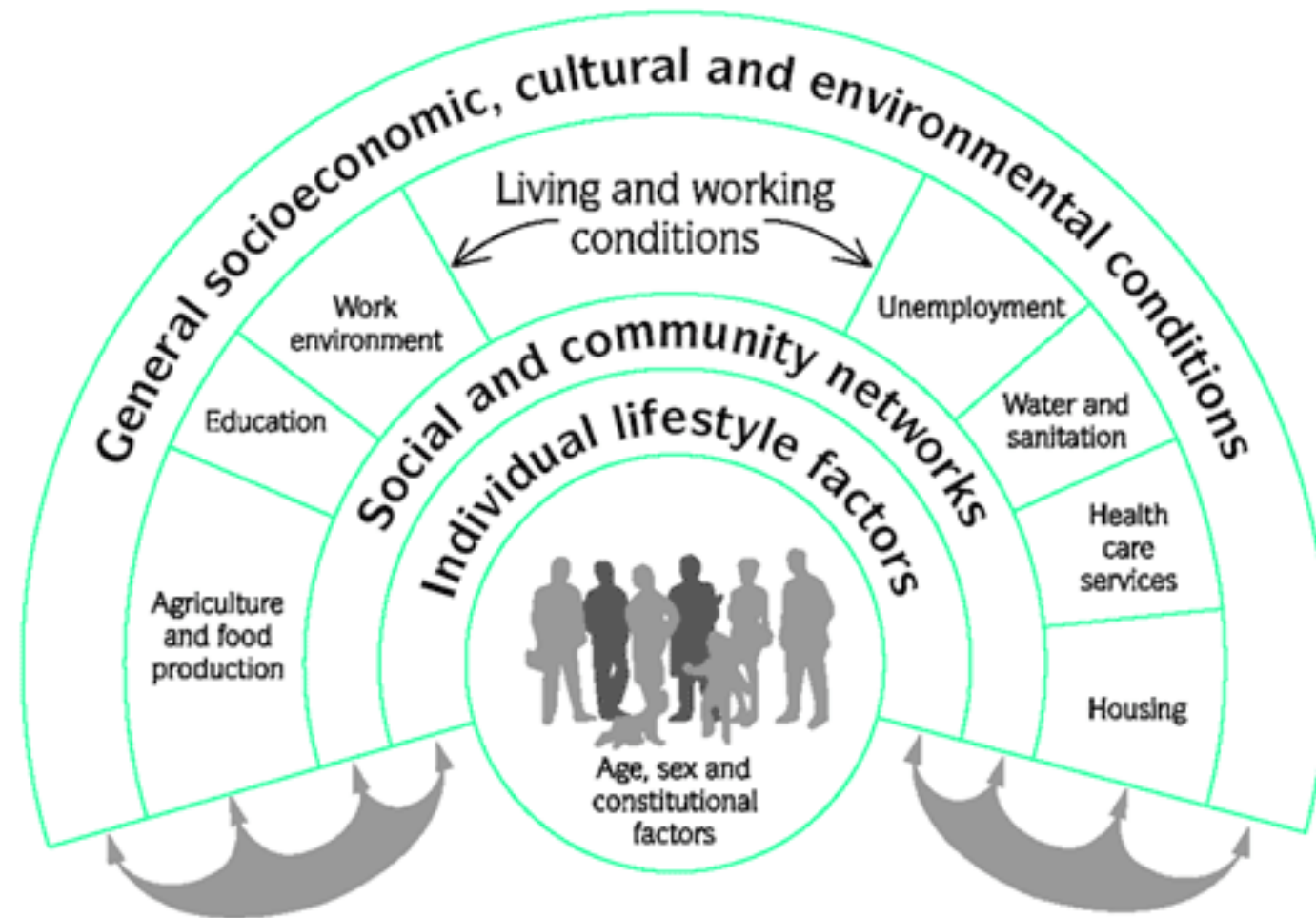
Determinanti di salute

*Tutti quei fattori che
influenzano e, appunto,
determinano la salute e
il benessere degli
Individui.*



Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Determinanti di salute

<i>Non modificabili</i>	<i>Socio - economici</i>	<i>Stili di vita</i>	<i>Ambientali</i>	Accesso ai servizi
<i>Genetica</i>	<i>Politica sanitaria</i>	<i>Alimentazione</i>	<i>Aria</i>	<i>Istruzione</i>
<i>Sesso</i>	<i>Reddito e occupazione</i>	<i>Attività fisica</i>	<i>Acqua e alimenti</i>	Servizi socio sanitari
<i>Età</i>	<i>Esclusione sociale</i>	<i>Fumo e alcool</i>	<i>Ambiente sociale e culturale</i>	<i>Trasporti</i>

Variabili incidenti

- > malattia cronico-degenerative
- > esiti malattie invalidanti anche tra i giovani
- > povertà
- > stranieri UE e non UE
- > esclusione sociale
- > famiglie monocomponenti
- > di accessi ai contributi e ai servizi sociali
- < di accesso ai servizi sanitari pubblici
- < delle risorse economiche (PIL sanità)
- > risorse assegnate per acuzie rispetto alla cronicità
- “contenitori” sbagliati per persone con bisogni/diritti diversi
- modalità organizzative tarate esclusivamente sulla patologia e non sul case mix di risorse assorbite e case mix professionale

Organizzazione Mondiale Sanità

In molti documenti di programmazione sanitaria, l'OMS ha messo in stretta relazione il numero di operatori sanitari, in **particolare infermieri e medici**, con alcuni indicatori di salute dei Paesi:

- mortalità infantile
- mortalità generale
- istituzionalizzazione delle persone anziane
- consumo/abuso di farmaci
- infezioni ospedaliere
- cadute

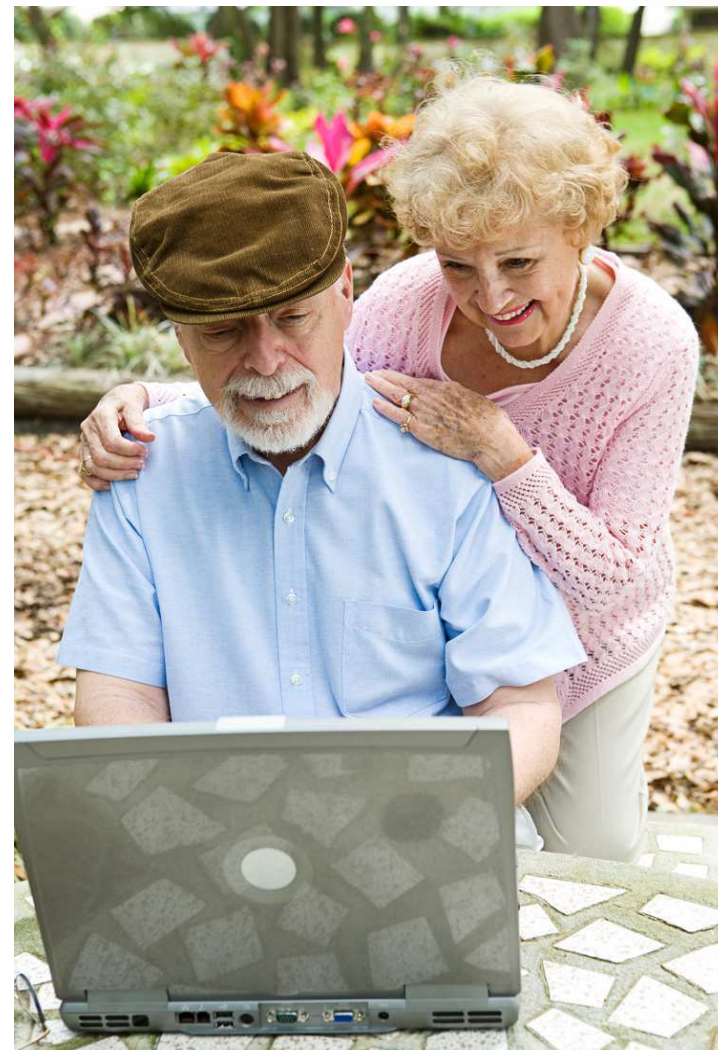
New England Journal of Medicine, 2011 Mar 17; 364(11): 1037-45

Un grosso dibattito di politica professionale

settembre 2018

- Se ogni infermiere assistesse al massimo 6 pazienti, sarebbero evitabili almeno 3.500 morti l'anno.
- Gli studi pubblicati su riviste internazionali (JAMA e British Medical Journal) parlano chiaro: a un **incremento del 10%** di infermieri, corrisponde una **diminuzione della mortalità del 7%**.
- In Italia ogni infermiere assiste invece in media **11 pazienti**, nelle Regioni migliori scendono a 8-9, ma nelle regioni più tartassate dai piani di rientro salgono fino a **17-18** con un rischio di mortalità in più quindi che raggiunge in media il 30-35% circa.
- Ogni volta che si assegna 1 assistito in più a un infermiere, **augmenta del 23% l'indice di burnout, del 7% la mortalità dei pazienti, del 7% il rischio che l'infermiere non si renda conto delle complicanze a cui il paziente va incontro.**

Le trasformazioni socio-demografiche



Le trasformazioni socio-demografiche

Allungamento della vita
dovuto a:

- Processo tecnologico
- Scoperte mediche e farmacologiche
- Stili di vita



Gli scenari socio-demografici: la situazione italiana

Riduzione della fecondità
italiana

Riduzione della mortalità
infantile

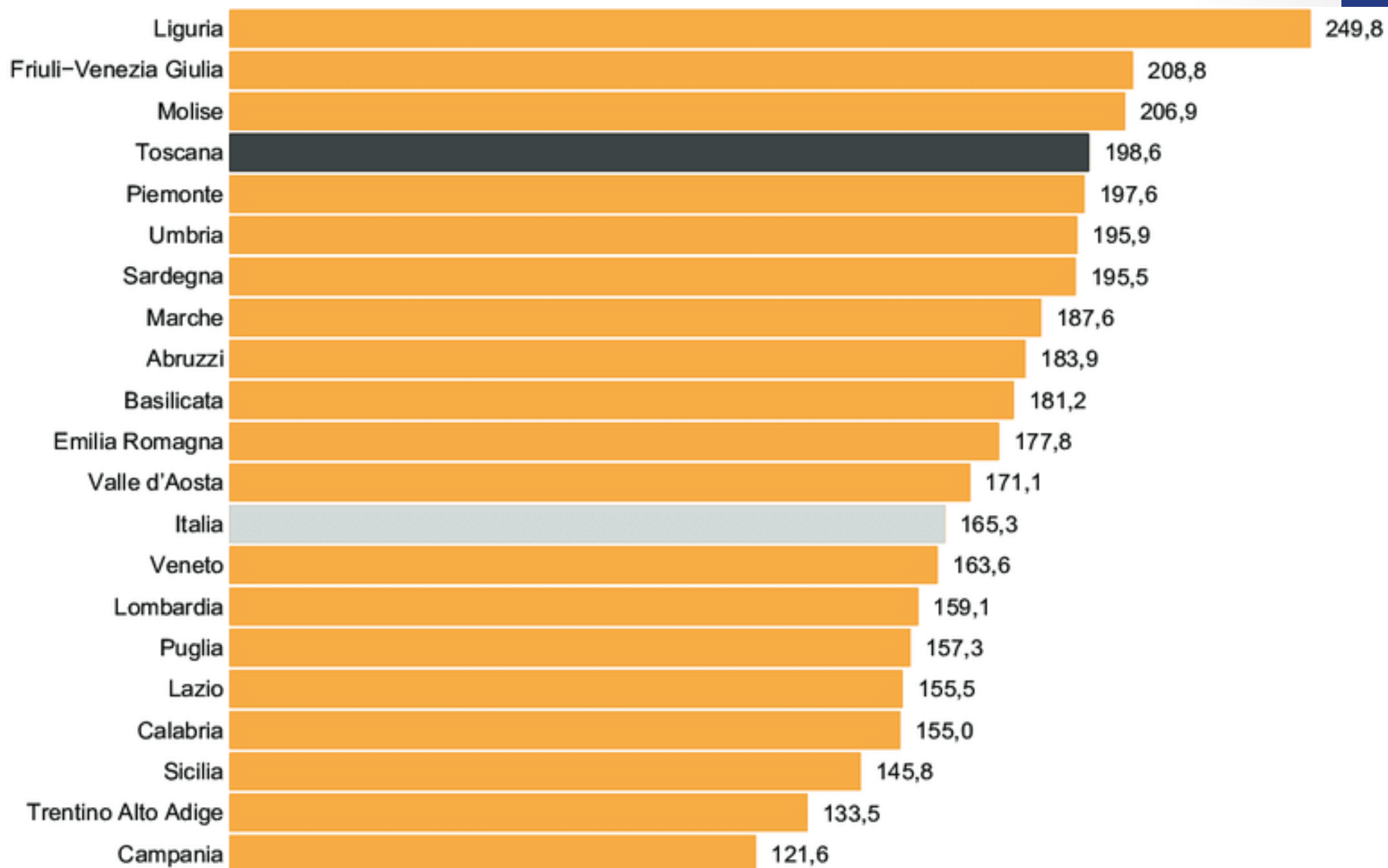
Crescita dell'immigrazione

Aumento della speranza di vita
in entrambi i generi

Aumento delle malattie coniche
degenerative



Indice di vecchiaia Regioni e Italia, anno 2017-Fonte: ISTAT



La situazione italiana

Le previsioni ISTAT stimano che nel 2050 ci saranno quasi **18 milioni** di > 65enni in Italia, rispetto ai 10,4 milioni del 2000.

Questo incremento farà variare il peso sul totale della popolazione che passerà dal 22,3% al **34,4%** determinando ulteriori trasformazioni sociali ed economiche



La popolazione regionale residedente al 31 dicembre 2020

<i>Provincia</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
<i>Gorizia</i>	67.168	69.641	136.809
<i>Trieste</i>	110.292	119.178	229.470
<i>Pordenone</i>	151.742	157.316	309.058
<i>Udine</i>	254.078	269.338	523.416
<i>Totale</i>	583.280	615.473	1.198.753

Indici

Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli **ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni**. *Ad esempio, nel 2019 l'indice di vecchiaia per l'Italia dice che ci sono 173,1 anziani ogni 100 giovani.*

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il **carico sociale ed economico della popolazione non attiva** (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, in Italia nel 2019 ci sono 56,3 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

Indici

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la **fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni)**. La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. *Ad esempio, in Italia nel 2019 l'indice di ricambio è 132,8 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.*

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il **grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa**. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Indici

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il **numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni)**. Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Indice di natalità

Rappresenta il numero **medio di nascite** in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità

Rappresenta il numero **medio di decessi** in un anno ogni mille abitanti.

Età media

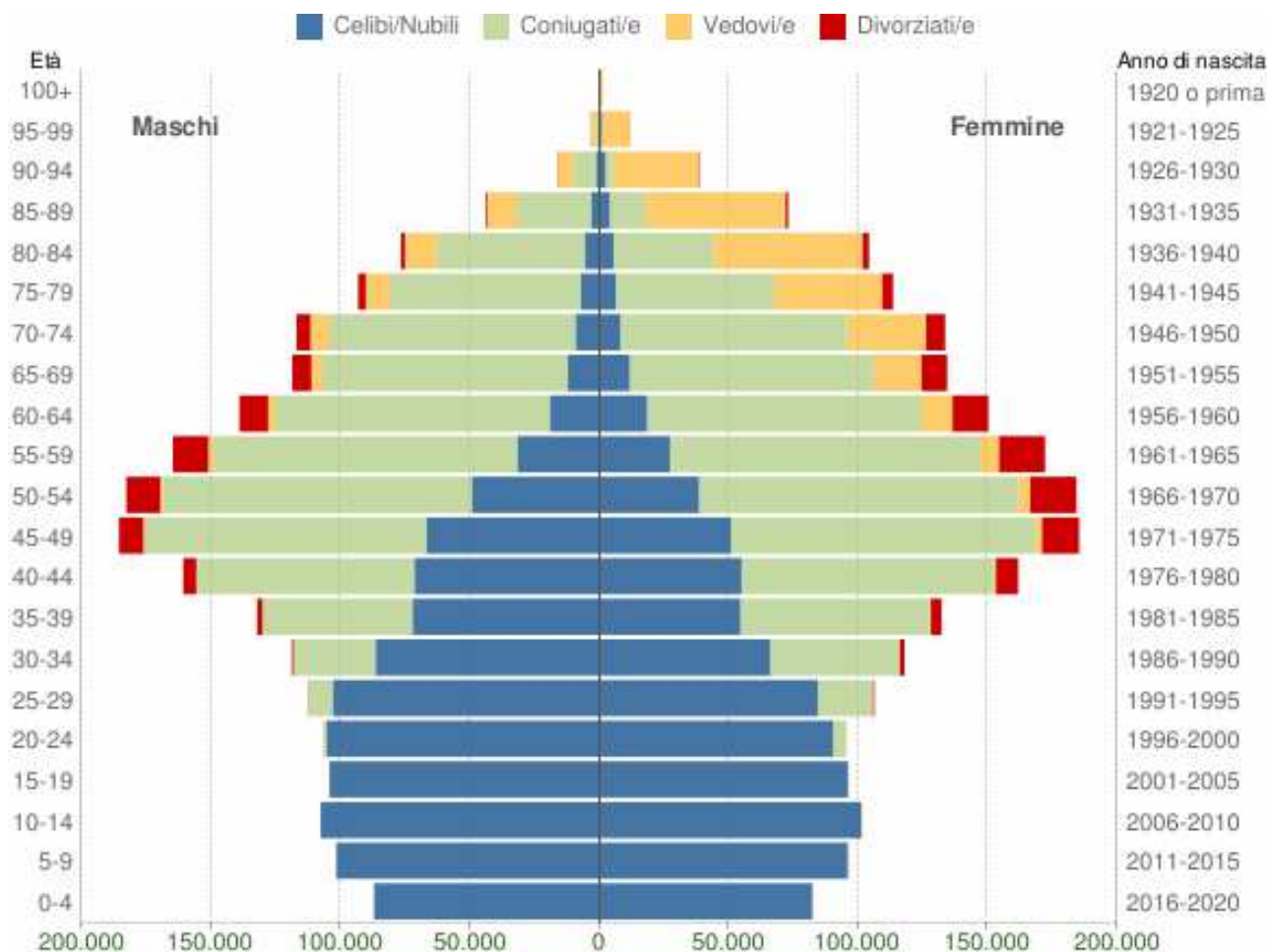
È la **media delle età di una popolazione**, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con **l'aspettativa di vita di una popolazione**.

Indici statistici

Città	Residenti	N° famiglie	Età media	Tasso natalità	Indice Vecchiaia 65-14	Tasso stranieri*
Go	33.915	16.983	48,24	6,1	228,8	47,1
Ts	201.613	106.450	49,13	5,8	266,2	11,6
Pn	51.577	23.831	46,43	7,1	184,2	14,7
Ud	100.170	49.781	48,27	5,9	232,2	-1,2

*Tasso di Crescita Stranieri = Tasso di Natalità Stranieri - Tasso di Mortalità Stranieri + Tasso Migratorio Stranieri

Piramide d'età della popolazione residente dell'Emilia Romagna



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2020

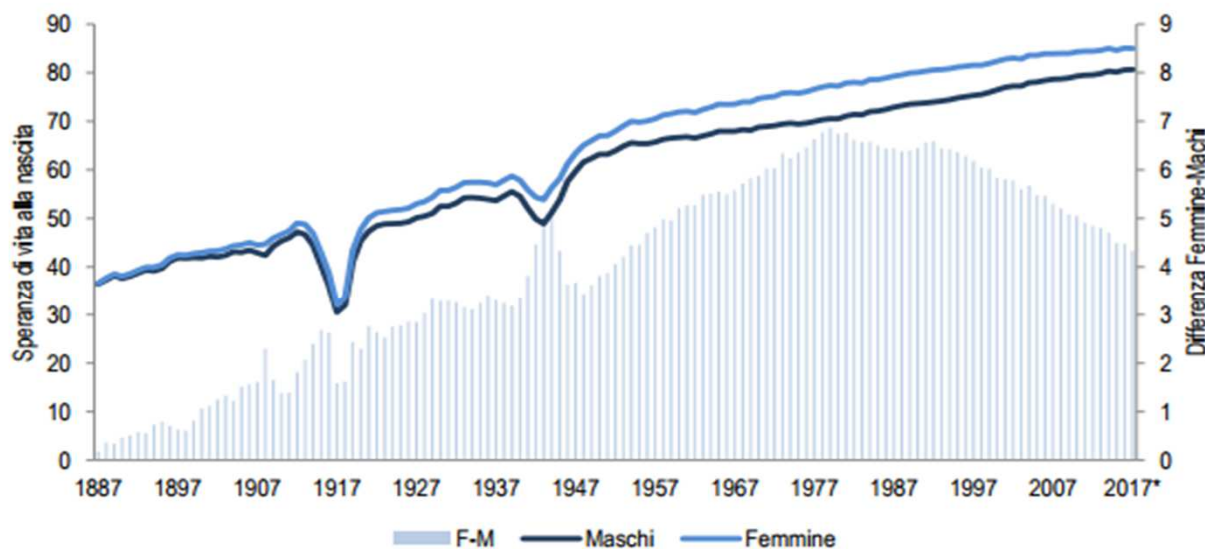
EMILIA-ROMAGNA - Dati ISTAT 1° gennaio 2020 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

LE DIMENSIONI DELLA SALUTE IN ITALIA

DETERMINANTI SOCIALI, POLITICHE
SANITARIE E DIFFERENZE TERRITORIALI

Speranza di vita alla nascita

Nel 2018 la speranza di vita alla nascita risulta pari a **80,8 anni per gli uomini**, come nel 2016, e a **85,2 anni per le donne**, contro gli 85 anni del 2016. In virtù dei più rapidi miglioramenti nella mortalità maschile, se confrontati con quella femminile, il **gap di genere** si riduce nel 2018 a soli 4,4 anni. Si tratta del più basso divario riscontrato dalla metà degli anni '50, un periodo quest'ultimo dal contesto profondamente diverso rispetto a quello attuale, in cui le donne tendevano anno dopo anno ad ampliare le distanze dagli uomini.



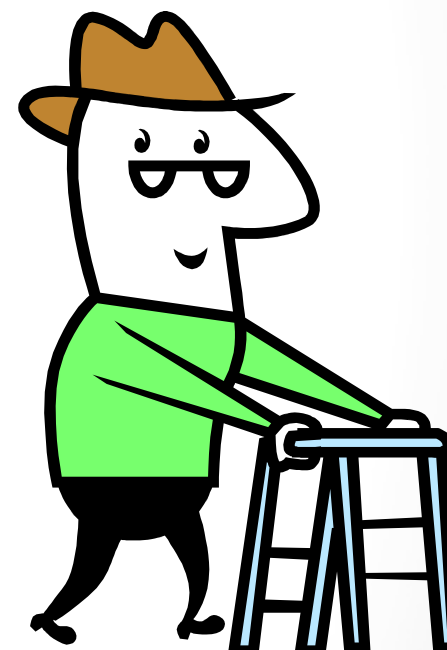
(*) 2017 stima.

Disabilità

Circa il 20% degli anziani sono affetti da una disabilità, percentuale che aumenta con l'avanzare dell'età.

Circa il 3% degli ultrasessantacinquenni ha un grado di dipendenza molto elevato.

Il 25% delle donne sopra gli 80 anni ha bisogno di assistenza quotidiana.



Seconda parte



*Leggi e riforme sanitarie
nazionali per lo sviluppo della
sanità territoriale*

L'Unione Europea



Può esistere un quadro legislativo sanitario unico?

- La preoccupazione dei vari Stati europei di perdere la sovranità in materia sanitaria;
- La differenza tra i diversi modelli sanitari dei paesi dovuta a differenti modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi;
- Il problema dell'integrazione socio-sanitaria in quanto, in Europa, la sanità va coordinata con l'assistenza sociale.

Ruolo dell'Europa

- compito di **armonizzare** e **coordinare** la sanità dei vari stati membri in modo da garantire un'assistenza sanitaria sicura e di qualità in tutti gli Stati.
- l'UE si indirizza al miglioramento della sanità pubblica favorendo la prevenzione delle malattie e la ricerca promuovendo dei **piani** e dei **programmi** con lo scopo di perseguire determinati obiettivi comuni da realizzare.

Criteri di classificazione del modello

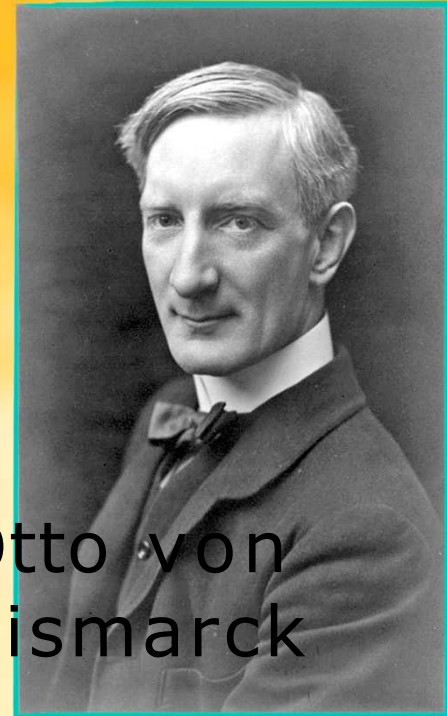
Ci sono tre criteri di classificazione di un modello organizzativo che differiscono per:

- ◆ **il criterio di finanziamento** (chi finanzia il sistema);
- ◆ **chi fornisce le prestazioni** (enti pubblici e/o privati dei servizi sanitari);
- ◆ **ruolo delle regioni e dei comuni** (poteri e responsabilità in materia di legislazione, programmazione e attuazione sanitaria).

In base a questi tre criteri è possibile distinguere tre modelli principali: il **Modello Beveridge** (universalistico), il **Modello Bismarck** (mutualistico) e il **modello delle assicurazioni private**.



William
Beveridge



Otto von
Bismarck

Modello Bismarck

Il **Modello Bismarck**, o anche “sistema di assicurazione sanitaria e sociale”, è un modello istituito da Otto Von Bismarck per favorire i ceti più bisognosi.

Esso è un modello basato sul **principio assicurativo** che garantisce al lavoratore e alla sua famiglia la copertura sanitaria in base ai contributi versati.

Il sistema sanitario di questo modello è finanziato da **contributi obbligatori versati sia dai datori di lavoro che dai dipendenti**. I servizi e prestazioni vengono erogati sia da **enti pubblici che privati**.

Modello Beveridge

Il modello **Beveridge**, conosciuto anche come “sistema sanitario nazionale”, è un modello inglese nato dopo il Rapporto di Lord Beveridge del 1942 che rispetta il diritto sociale del cittadino ad avere un buono stato di salute e perciò garantisce una **copertura universale** a tutti coloro che risiedono o dimorano nel territorio dello Stato.

Questo modello vede come **fonte di finanziamento** il gettito fiscale pubblico e gli **erogatori del servizio sono prevalentemente pubblici**.

Questo è il modello a cui si ispira il il Sistema Sanitario Italiano e quello inglese

MODELLO BISMARCK

MODELLO BEVERIDGE

Copertura

Occupazionale

Universale

Eleggibilità

Lavoratori

Cittadinanza, residenza,
bisogni

Finanziamento

Contributi delle
assicurazioni
sociali

Tassazione generale

Benefici

Dipendenti dal salario

Uguali per tutti

Modello assicurazioni private

Il **modello delle assicurazioni private** o anche “sistema di assicurazione sanitaria privata”, è incentrato su **assicurazioni private e volontarie**, con erogazioni fatte da **strutture sanitarie private**.

Lo Stato garantisce solo il livello assistenziale minimo ai bisognosi (modello americano).

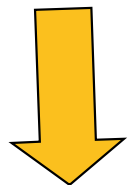
Articolo 32 della Costituzione italiana

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell' individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

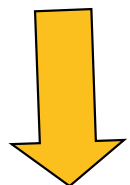
Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti del rispetto della persona umana.

La copertura sanitaria Italiana e il diritto di salute individuale e collettivo

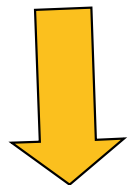
- Modello **Bismark** (mutue)



- Modello **Beveridge** (SSN)



- Modello **pubblico-privato** (Accreditamento)



- Modello **assicurativo**????

Prima della legge n. 833/1978

- L'art. 38 garantisce la previdenza e l'assistenza sanitaria ai lavoratori
- Questo comporta che il sistema era basato attorno alle assicurazioni obbligatorie professionali per i lavoratori: le cosiddette "casse mutue" la cui gestione è affidata ad enti pubblici e la cui vigilanza è rimessa al Ministero del Lavoro
- Con la L. 296/1958 viene istituito il Ministero della Sanità (che diventerà Ministero della Salute nel 2001)
- Con la L. 132/1968 gli enti ospedalieri vengono affidati agli enti mutualistici e acquisiscono personalità giuridica di diritto pubblico. E' il primo passo verso un Sistema Sanitario veramente pubblico
- Gli anni che seguono vedono l'avvento delle Regioni ordinarie e gli interventi del legislatore sono mirati a disciplinare questa evoluzione istituzionale senza precedenti

Riforme sanitarie

Legge 833 del 23 dicembre 1978
(istituzione del SSN)

- *Rispetto della dignità e della libertà*
- *Prestazioni a tutta la popolazione*
- *Pluralità di istituzioni nella programmazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria*



Riforme sanitarie

Legge 421, del 23 ottobre 1992
(il processo di aziendalizzazione)

- *D.lgs 502/92*
- *D.lgs 517/93*



Riforme sanitarie

Legge 419, del 30 novembre 1998

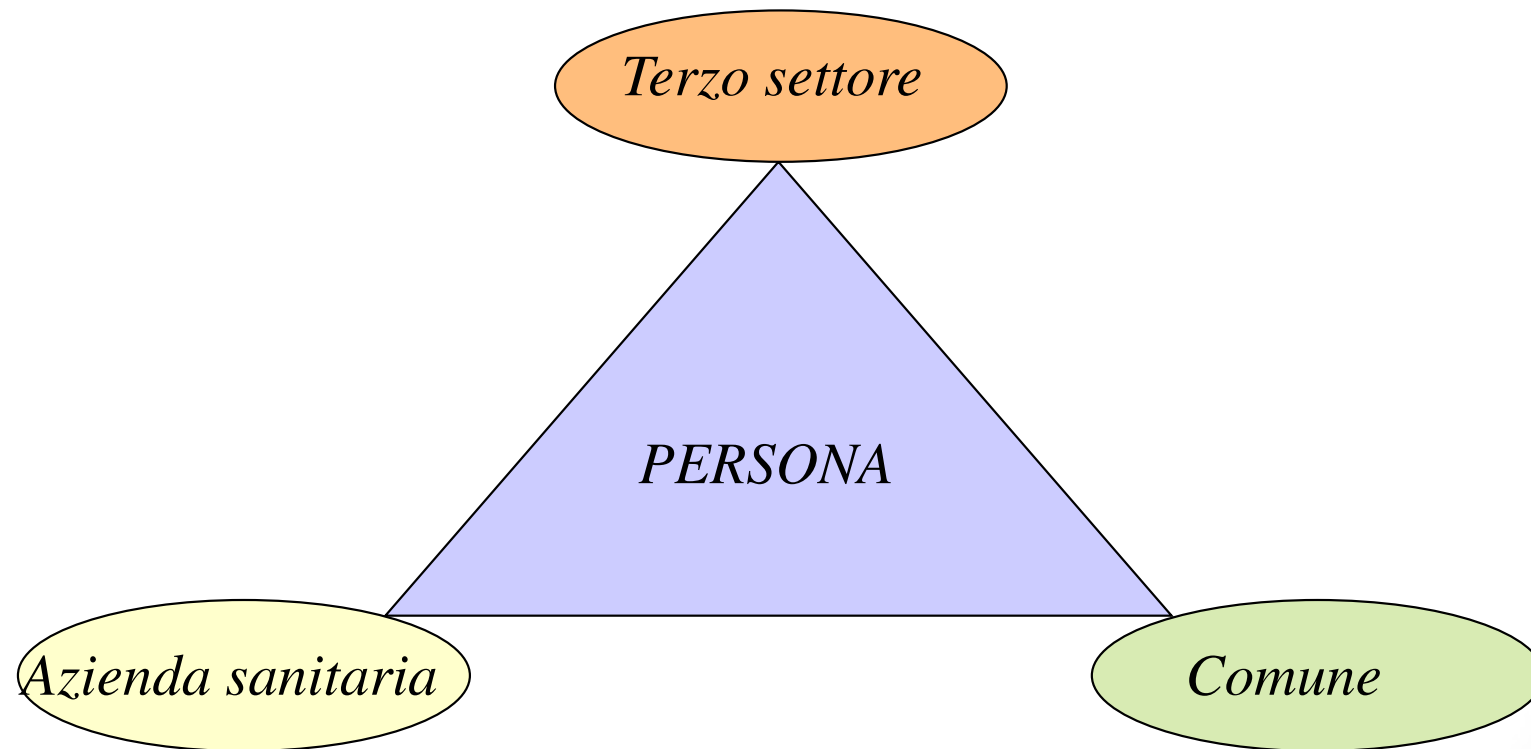
(lo sviluppo territoriale dei Distretti)

- *D.lgs 229/99*



L'integrazione socio-sanitaria

Legge 328, del 8 novembre 2000



Scopo e obiettivo

- La Legge 328/2000 intitolata "**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**" è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere **interventi sociali, assistenziali e sociosanitari** che garantiscano un **aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà**.
- Scopo principale della legge è, oltre, la semplice assistenza del singolo, anche il **sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare**.

Scopo e obiettivo

- La **qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni** sono gli obiettivi della 328.
- Per la prima volta, altresì, viene istituito un **fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali**, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli enti.
- Dal titolo si può osservare che si tratta di una **legge quadro**, pertanto la relativa applicazione è delegata all'emanazione di **decreti da parte del governo, ministeri, regioni, ecc.**

Soggetti destinatari

- La legge in esame stabilisce che hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i **cittadini italiani** e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i **cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea** ed i **loro familiari**, nonché gli **stranieri**, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. (carta o permesso di soggiorno non inferiore ad un anno).
- Ai **profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza**, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera *h*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Cittadino soggetto attivo

- La legge 328 intende superare ulteriormente il **concetto assistenzialistico dell'intervento sociale**, nel senso che considera il cittadino non come passivo fruitore, ma come **soggetto attivo** e in quanto tale **portatore di diritti**, a cui devono essere destinati interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità.

Servizi previsti

Progetti individuali per le persone disabili: i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale che comprende:

- la **valutazione** diagnostico-funzionale;
- le **prestazioni di cura e di riabilitazione** a carico del **Servizio sanitario nazionale**;
- i **servizi alla persona a cui provvede il Comune** in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;
- le **misure economiche** necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Soggetti erogatori

- Lo **Stato** ha il compito di fissare un **Piano sociale nazionale** che indichi i **livelli uniformi e di base delle prestazioni** e ripartire le risorse del Fondo sociale nazionale e controllare l'andamento della riforma.
- Le **Regioni** dovranno **programmare e coordinare gli interventi sociali**, spingere verso l'integrazione degli interventi sanitari, sociali, formativi e di inserimento lavorativo, stabilire i criteri di **accreditamento** e vigilare sulle strutture e i servizi sia pubblici che privati, costituire un **albo dei soggetti autorizzati** a svolgere le funzioni indicate dalla normativa, stabilire la **qualità delle prestazioni, determinare i livelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti**, finanziare e programmare la **formazione degli operatori**

Soggetti erogatori

- I **Comuni** sono gli organi amministrativi che **gestiscono** e **coordinano** le iniziative per realizzare il "**sistema locale della rete di servizi sociali**". In questo, i Comuni devono coinvolgere e **cooperare con le strutture sanitarie**, con gli altri **enti locali** e con le **associazioni dei cittadini**.

Piano Sociale Nazionale *(2018-2020)*

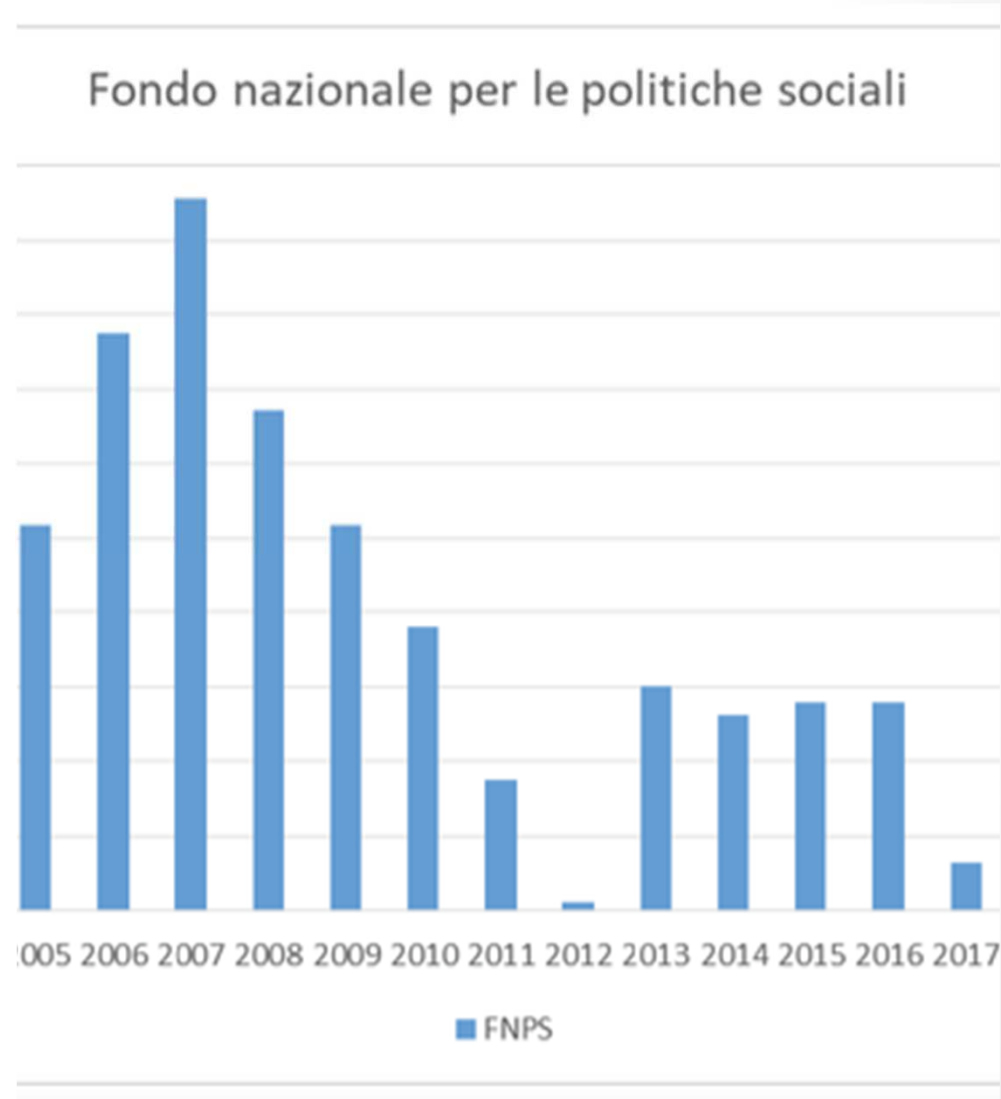
Il FNPS, seppur **istituito nel 1998**, trova una sua piena definizione nell'ambito della legge quadro sul sistema degli interventi e dei servizi sociali – **la legge n. 328 del 2000** (nello specifico, l'art. 20) – nel contesto della quale è stabilita una stretta connessione tra gli strumenti finanziari – il **Fondo**, per l'appunto – e uno specifico strumento di programmazione, il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali** (art. 18).

Fondo Nazionale Piano Sociale

- Insieme, Fondo e Piano, rappresentavano nel disegno del legislatore, uno strumento fondamentale di **attuazione delle politiche sociali nazionali**, in quanto avrebbero dovuto garantire la definizione di **livelli essenziali delle prestazioni** (art. 22 della 328).
- Il **Piano**, oltre ad essere uno strumento di governo delle politiche su base nazionale, esprimendo indirizzi, priorità di intervento, modalità attuative del sistema dei servizi e sperimentazioni, avrebbe dovuto indicare «**caratteristiche e requisiti delle prestazioni sociali che costituiscono livelli essenziali**». Il Fondo, dal canto suo, avrebbe dovuto finanziarli, prevedendosi che «**la definizione dei livelli essenziali è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo**» (art. 20, co. 4, della 328).

Le risorse del FNPS

- Tale disegno **non ha però potuto realizzarsi** per almeno due ordini di ragioni.
- Dal punto di vista delle **risorse**, sin da principio, non ha assunto **caratteri strutturali**, rendendo impossibile il finanziamento di diritti soggettivi. In particolare, nel quinquennio successivo al 2007, gli stanziamenti si sono ridotti anno per anno fino quasi ad azzerarsi nel 2012.



Competenze del FNPS

Il secondo ordine di ragioni per cui il disegno originariamente previsto dalla legge 328 non ha trovato attuazione ha a che fare con il **riparto di competenze tra i diversi livelli di Governo** emerso dalla riforma del Titolo della Costituzione.

In particolare, a seguito di tale riforma, approvata dal Parlamento pochi mesi dopo il varo della 328, la materia delle politiche sociali è diventata **competenza esclusiva delle Regioni**, rendendo **non più legittimo il Piano nazionale** inteso come strumento di indirizzo delle politiche territoriali da parte del Governo nazionale.

Competenze

Nello scenario post-riforma, l'unica competenza rimasta allo **Stato** è proprio quella della definizione dei **livelli essenziali**, pertanto, nell'impossibilità di definire questi ultimi, causa **l'assenza di finanziamenti adeguati e strutturali**, non resta quindi alcun ancoraggio per un **Piano nazionale**, che non a caso (dopo il primo del 2001) **non è stato più adottato**.

Il risultato è stato, **l'assenza di un qualunque strumento di coordinamento nazionale ed una estrema eterogeneità territoriale del nostro sistema di welfare**.

L'economia globale e la salute

La crisi economica potrebbe avere **effetti negativi sul sistema di protezione sanitaria e sociale** del paese, caratterizzato dalla presenza di nuovi bisogni e dalla riduzione delle risorse disponibili.

I punti di riferimento del modello sociale europeo

- **il federalismo** (sussidiarietà verticale), che consiste nel permettere alle singole comunità nazionali e locali di sperimentare in modo flessibile i modelli e i tentativi di risposta che questi ultimi ritengono adeguati;
- **la sussidiarietà orizzontale**, che mira a valorizzare e inserire all'interno del sistema sanitario pubblico tutte le istituzioni e gli organismi che operano efficacemente sul territorio, anche se questi ultimi non appartengono all'amministrazione pubblica;
- **il solidarismo**, che rappresenta il quadro di riferimento all'interno del quale le amministrazioni nazionali e locali si muovono per **sperimentare i loro modelli, e coinvolgere le istituzioni private.**

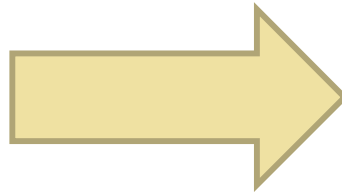
Il welfare europeo

- Il welfare viene definito generalmente come ***“il complesso di politiche pubbliche dirette a migliorare le condizioni di vita dei cittadini”***.
- Il quadro di riferimento per il welfare in Europa è stato sviluppato nell'ambito della strategia ***Health 2020*** proposto dalla Regione europea OMS, composta da 53 Stati Membri nei quali circa novecento milioni di persone vivono in una vasta varietà di contesti sociali, economici, politici e culturali.

Il superamento del welfare assistenziale



Stato Sociale/Stato Assistenziale
=
Stato che raccoglie e distribuisce risorse tramite il sistema fiscale e i trasferimenti monetari



Welfare Partecipativo/Generativo
=
rigenerare le risorse (già) disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività



Il quadro europeo

- ❖ Il quadro di riferimento per il welfare in Europa è stato sviluppato nell'ambito della **strategia Health 2020** adottata dal Comitato Regionale Europeo OMS nel 2012
- ❖ Mira a **ridurre i gap tra i determinanti di salute** dei 53 stati della Regione Europea attraverso:
 - ❖ Supporto alle azioni di governi e società per **migliorare significativamente la salute e il benessere** delle popolazioni
 - ❖ Ridurre le **disuguaglianze**
 - ❖ Rafforzare la **sanità pubblica**
 - ❖ Garantire sistemi sanitari accentrati sui bisogni dell'individuo che siano **universali, equi, sostenibili, e di alta qualità**



Obiettivi e priorità trasversali



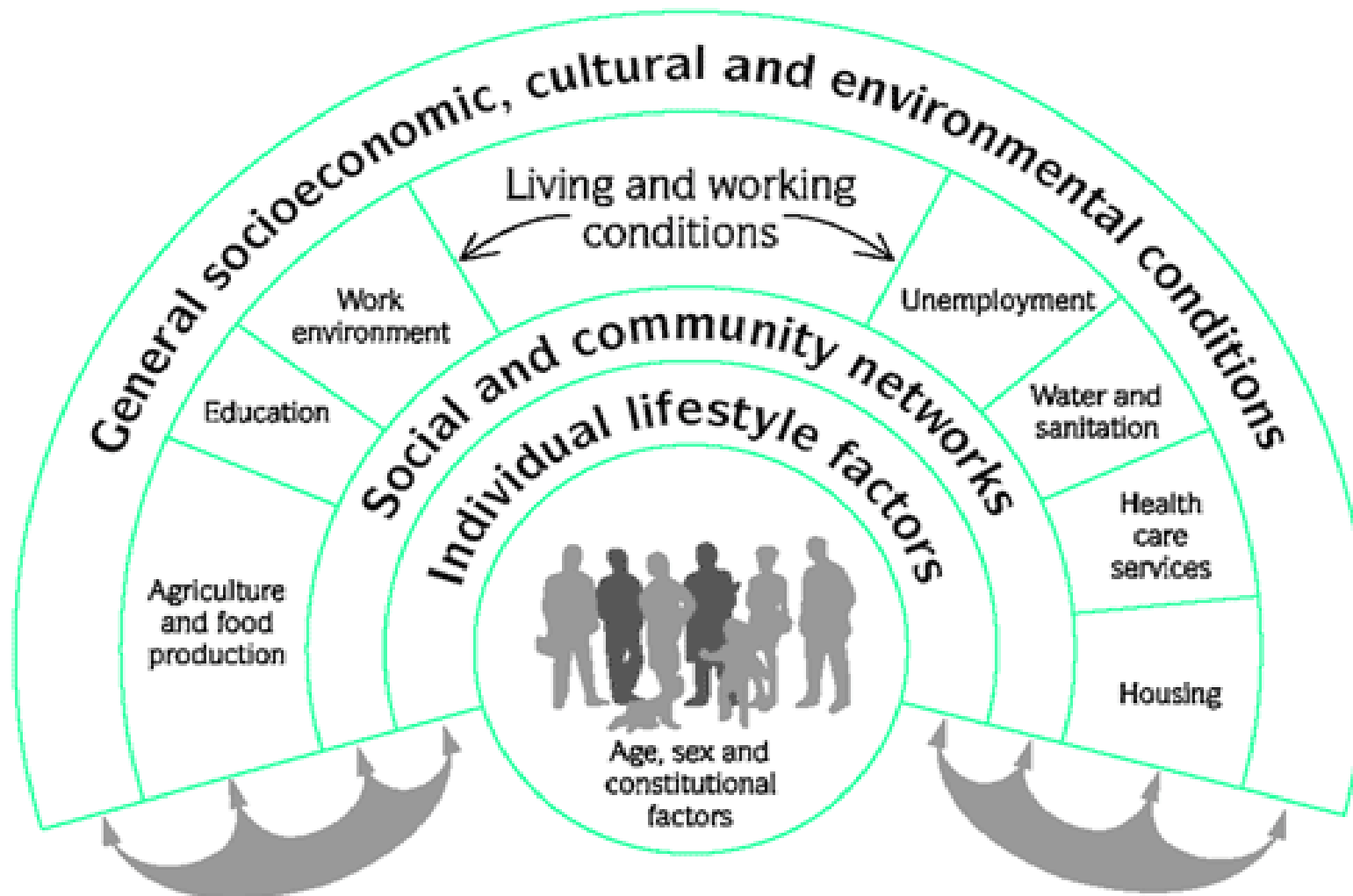
- **2 Obiettivi Principali:**

- ❖ Migliorare la salute e **ridurre le iniquità sociali**
- ❖ Rafforzare la leadership e la **governance partecipativa** per la salute

4 Priorità Trasversali:

- ❖ investire nella salute attraverso un approccio *life-course* che miri a **rafforzare il cittadino**
- ❖ contrastare i disagi delle **malattie trasmissibili e non trasmissibili** in Europa
- ❖ rafforzare i sistemi sanitari e la *capacity* della **sanità pubblica**, incluse la prontezza e la capacità di risposta alle emergenze
- ❖ creare **ambienti supportivi e comunità resilienti**

Determinanti Sanitari e Sociali di Salute



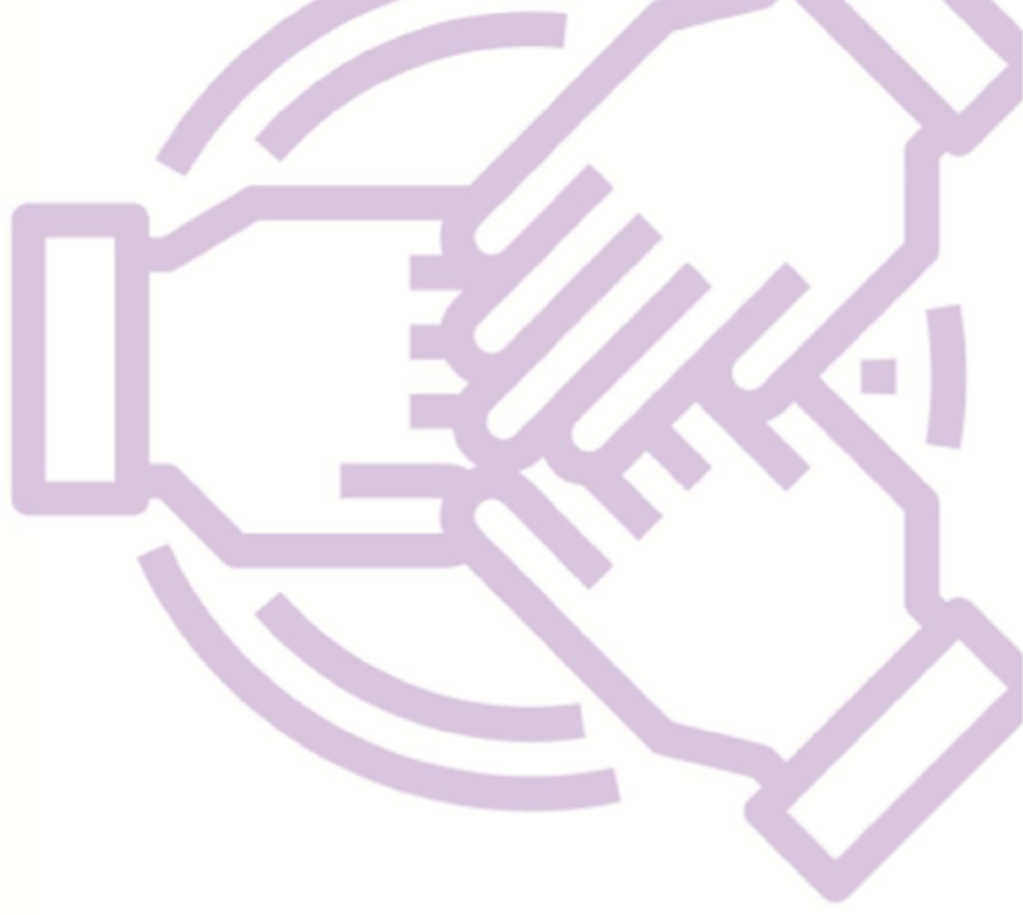
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA



MISSIONE 5:

COESIONE E
INCLUSIONE



MISSIONE 5: INCLUSIONE E COESIONE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



19,81

Totale

M5C1 - POLITICHE PER IL LAVORO

6,66

**M5C2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE,
COMUNITÀ E TERZO SETTORE**

11,17

**M5C3 - INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE
TERRITORIALE**

1,98

OBIETTIVI GENERALI:



M5C2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

- Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità
- Migliorare il sistema di protezione e le azioni di inclusione a favore di persone in condizioni di estrema emarginazione (es. persone senza dimora) e di deprivazione abitativa attraverso una più ampia offerta di strutture e servizi anche temporanei
- Integrare politiche e investimenti nazionali per garantire un approccio multiplo che riguardi sia la disponibilità di case pubbliche e private più accessibili, sia la rigenerazione urbana e territoriale
- Riconoscere il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale come strumento di contrasto alla marginalizzazione di soggetti e comunità locali

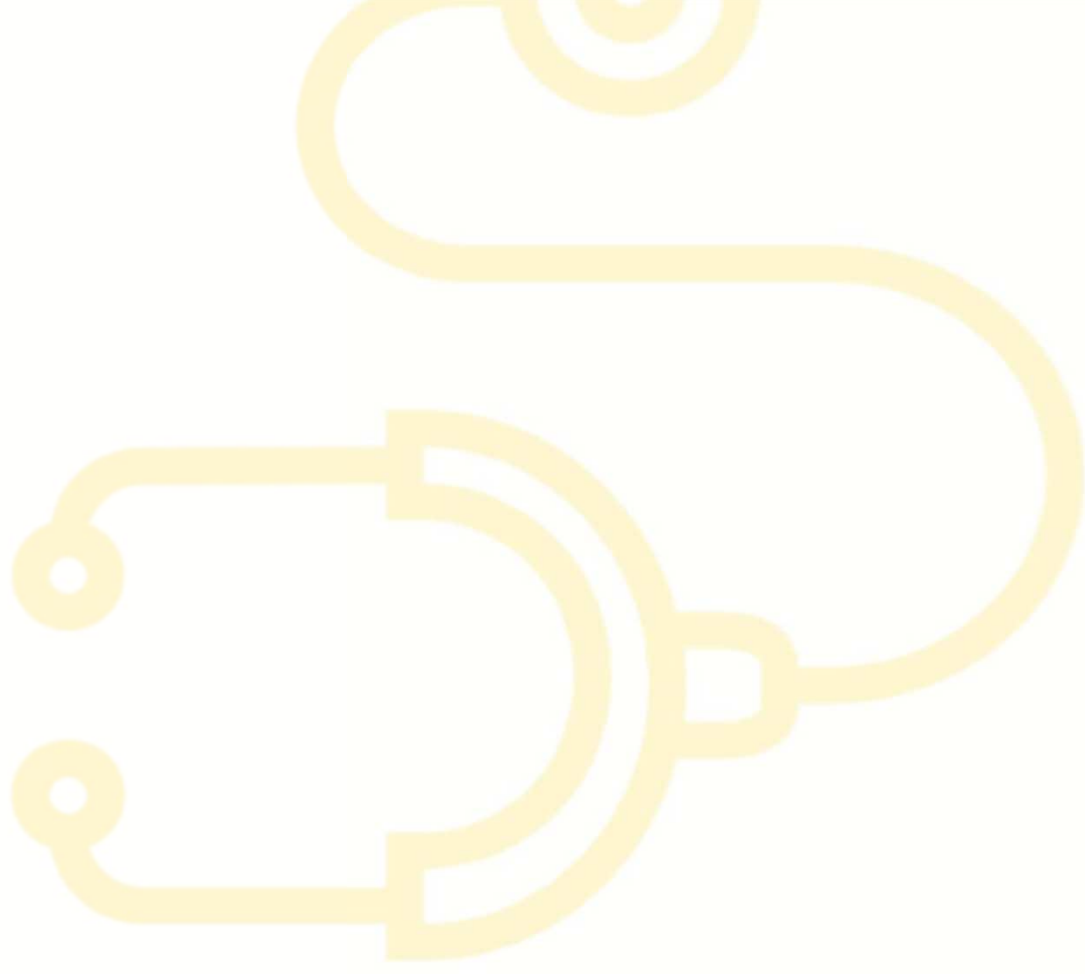
QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

11,17 Mld

Ambiti di intervento/Misure	Totale
1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale	1,45
Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	0,50
Investimento 1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità	0,50
Investimento 1.3: <i>Housing</i> temporaneo e stazioni di posta	0,45
Riforma 1.1: Legge quadro per le disabilità	-
Riforma 1.2: Sistema degli Interventi in favore degli anziani non autosufficienti	-
2. Rigenerazione urbana e <i>housing sociale</i>	9,02
Investimento 2.1: Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale	3,30
Investimento 2.2: Piani Urbani Integrati	2,45
Investimento 2.2.a: Piani Urbani Integrati – superamento degli insediamenti abusivi per combattere lo sfruttamento dei lavoratori in agricoltura	0,27
Investimento 2.2.b: Piani Urbani Integrati – Fondo di fondi della BEI	0,20
Investimento 2.3: Programma Innovativo della qualità dell'abitare	2,80
3. Sport e inclusione sociale	0,70
Investimento 3.1 Sport e inclusione sociale	0,70

MISSIONE 6:

SALUTE



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

OBIETTIVI GENERALI:



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

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

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

7,00	Totale
MId	
	Totale
Ambiti di intervento/Misure	
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

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

- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale
- La definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health"

Case della Comunità e presa in carico della persona

La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui **coordinare tutti i servizi offerti**, in particolare ai malati cronici.

Nella Casa della Comunità sarà presente il **punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie.

La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui **opererà un team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, **infermieri di comunità**, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.

La presenza degli **assistenti sociali nelle Case della Comunità** rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il **punto di riferimento continuativo per la popolazione**, anche attraverso un'**infrastruttura informatica**, un **punto prelievi**, la **strumentazione polispecialistica**, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.

Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il **punto unico di accesso (PUA)** per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere.

Potranno inoltre essere ospitati **servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili**, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

L'investimento prevede l'attivazione di **1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026**, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

Casa come primo luogo di cura e telemedicina

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

- **Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle strutture (Ospedali di Comunità)**

- Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.
- Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.
- L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.
- L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità.

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

8,63

Mld

Totale

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	.
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza. In particolare saranno finanziate:

- **Borse di studio di medicina generale:** ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026
- **Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere** (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- **Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN:** si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026
- **4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi,** per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020

Terza parte

Nuove risposte integrate di salute



Strumenti, progetti, risorse e valutazioni

Il position statement dell'infermiere di famiglia e di comunità

POSITION STATEMENT
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
Revisione luglio 2020



Con questo documento la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI), intende **definire la propria visione sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)**, per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a **una definizione univoca del modello**, riconoscibile sia **all'interno che all'esterno** della professione infermieristica.

Aspetti peculiari IFeC

- Fronteggiare il fenomeno con azioni di **promozione della salute e di prevenzione** principalmente rivolte alla popolazione anziana o attraverso percorsi di accompagnamento standardizzati è una delle possibili strategie per il futuro.
- Ciò significa un passaggio dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali al **Population Health Management** ripensando ad un sistema che investa nei fondi per **la non autosufficienza**, e sulle **cure primarie**, in termini di modelli condivisi di **stratificazione della popolazione** in funzione della gravità/complessità, nonché adeguamento dei **Sistemi Informatici** e **maggiore integrazione tra i professionisti e le reti**.

L'empowerment

- **L'empowerment individuale** della persona assistita, in modo da migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e di sviluppare abilità self-care;
- **L'empowerment di comunità** al fine di influenzare e controllare maggiormente i **determinanti di salute** e la **qualità di vita** all'interno della propria comunità.

Il welfare generativo

- Si ritiene che una strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di **Welfare generativo di comunità**, in grado di potenziare il **Capitale Sociale** esistente e di aumentare la sostenibilità del sistema stesso.
- Molti esperti internazionali sui temi dell'empowerment e delle disuguaglianze sociali sostengono che, sia la sostenibilità dei sistemi sanitari, sia la riduzione delle disuguaglianze di salute, sono rese facilitate da **azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali** sui temi che riguardano la salute stessa

Il welfare generativo

- Riconoscere e cercare di **mobilitare risorse all'interno delle comunità**, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- Concentrarsi sulla promozione della **salute e del benessere nella comunità**, piuttosto che su logiche di servizio;
- Promuovere **l'equità nella salute** lavorando in collaborazione con individui e gruppi per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- Cercare di **aumentare il controllo delle persone sulla loro salute**.

Condizioni necessarie

- **La formazione dell'IFeC, a livello accademico, in percorsi post-laurea** (Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I-II Livello).
- **Il superamento del modello prestazionale**, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali. **L'infermiere di famiglia e comunità non è infatti una diversificazione degli interventi ADI** ma svolge una funzione integrata e aggiunta a tali interventi.
- Inoltre, pregresse esperienze di implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, suggeriscono una **revisione e una eventuale rimodulazione dei servizi infermieristici precedentemente attivi.**

Rapporto IFeC/abitanti

- La promozione di **modelli di prossimità e di proattività** anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana.
- Un **bacino di utenza definito** che sia coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento (le esperienze attualmente attive in Italia, mostrano un rapporto Infermiere di Famiglia e Comunità che oscilla tra 1:500 persone over 65 anni (progetto CoSENSo) e 1:2500 abitanti (Microaree). Non esiste ad oggi in letteratura **un preciso standard di riferimento** e sarà necessario una volta messo a regime il modello che questo venga indagato con ricerche multicentriche ad hoc. Il bacino di utenza può comunque variare a seconda delle **caratteristiche orografiche del territorio**.

- La possibilità di **condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti** con gli altri professionisti tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera equipe
- L'integrazione dell'azione degli Infermieri di Famiglia e Comunità con i servizi esistenti, attraverso **percorsi condivisi e definizione di ruoli complementari come il care manager, l'eHealth monitoring** ecc.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IFeC al potenziamento e allo **sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.**

Ambiti di intervento

- **a livello ambulatoriale**, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere:
 - (a) **informazioni**, per orientare meglio ai servizi
 - (b) **prestazioni** incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione alla salute;
- **a livello domiciliare**;
- **a livello comunitario** con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti e possibili risorse formali e informali;
- **strutture residenziali e intermedie.**

Definizione IFeC

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il **professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità**, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area **infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica**.

Agisce le competenze nella **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**

Obiettivo IFeC

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

Agisce in **autonomia professionale**, afferendo ai **servizi infermieristici del Distretto di riferimento**, in stretto raccordo con i **servizi sanitari e sociali** e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

I livelli dell'intervento

L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare **in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi** per le diverse caratteristiche del contesto territoriale.

Infatti, zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono *soluzioni organizzative e di intervento specifiche*.

Livello dell'intervento individuale e familiare

Livello individuale e familiare attraverso **interventi diretti e indiretti** che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento.

Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il **rafforzamento della sua autonomia decisionale**, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di **anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi**, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

Livello d'intervento comunitario

Livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una **rete di relazioni e connessioni formali e informali**, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le **risorse presenti nella comunità** sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del **welfare di comunità**.

Funzioni

L'IFeC non è solo un erogatore di care, ma **attivatore di potenziali di care**, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di **favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio** utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Funzioni individuali e familiari

L'IFeC, attraverso la **formazione universitaria post base**, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- La **valutazione dei bisogni di salute** della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati
- La **promozione della salute e la prevenzione primaria**, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili

Funzioni individuali e familiari

- La **presa in carico** delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età.
- La **conoscenza dei fattori di rischio** prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute.
- Lo sviluppo **dell'educazione sanitaria in ambito scolastico** anche nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, Covid 19 ecc.).
- La **relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica** con gli assistiti.

Funzioni individuali e familiari

- La **valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari** che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.
- La definizione di **programmi di intervento infermieristici** basata su prove scientifiche di efficacia, anche **prescrivendo o fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali** più efficaci al percorso di cura concordato.
- La creazione e **valutazione degli standard qualitativi** per l'assistenza infermieristica territoriale.

Funzioni individuali e familiari

- La definizione di ambiti e **problemi di ricerca**.
- L'utilizzo di **supporti documentali** e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.
- Rilevazione dei **rischi comportamentali, ambientali e domestici** e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici
- Identificazione precoce delle **condizioni di rischio e di fragilità delle persone** attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano.

Funzioni individuali e familiari

- Interventi di **promozione di stili di vita e comportamenti salutar**i dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
- **Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie** nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- **Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti**, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.

Funzioni individuali e familiari

- Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di **case management**.
- **Facilitazione delle dimissioni precoci** in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.
- Monitoraggio del **grado di stabilità clinica/assistenziale** e del livello di complessità
- Assistenziale e **valutazione delle alterazioni** sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i MMG e con gli altri professionisti coinvolti.

Funzioni individuali e familiari

- **Monitoraggio dell'aderenza terapeutica** ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale.
- **Attivazioni di processi collaborativi** per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- Adozione di **strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza** che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.
- **Interventi diretti** sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.
- Attivazione di **consulenze infermieristiche** su specifiche problematiche assistenziali.

Funzioni a livello comunitario

- **Lettura e analisi del contesto comunitario**, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio.
- **Mappatura delle risorse del territorio** per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato.
- **Formazione, coordinamento e supervisione delle persone** che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.
- **Collaborazione con le autorità sanitarie locali** per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.

Funzioni a livello comunitario

- **Collaborazione alla continuità assistenziale** attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti.
- **Collaborazione** con il Medico di Medicina Generale, con le Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le associazioni di volontariato.
- Partecipazione alla **redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli** e procedure per la qualità dell'assistenza.
- .

Funzioni a livello comunitario

- Progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica **dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità**
- Progettazione e attivazione di iniziative di **promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità** che favoriscano la partecipazione attiva.
- Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui **rischi rivolte a gruppi di persone.**
- Applicazione di strategie e **metodi educativi** a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management.

Funzioni a livello comunitario

- Progettazione di **occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili** per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati

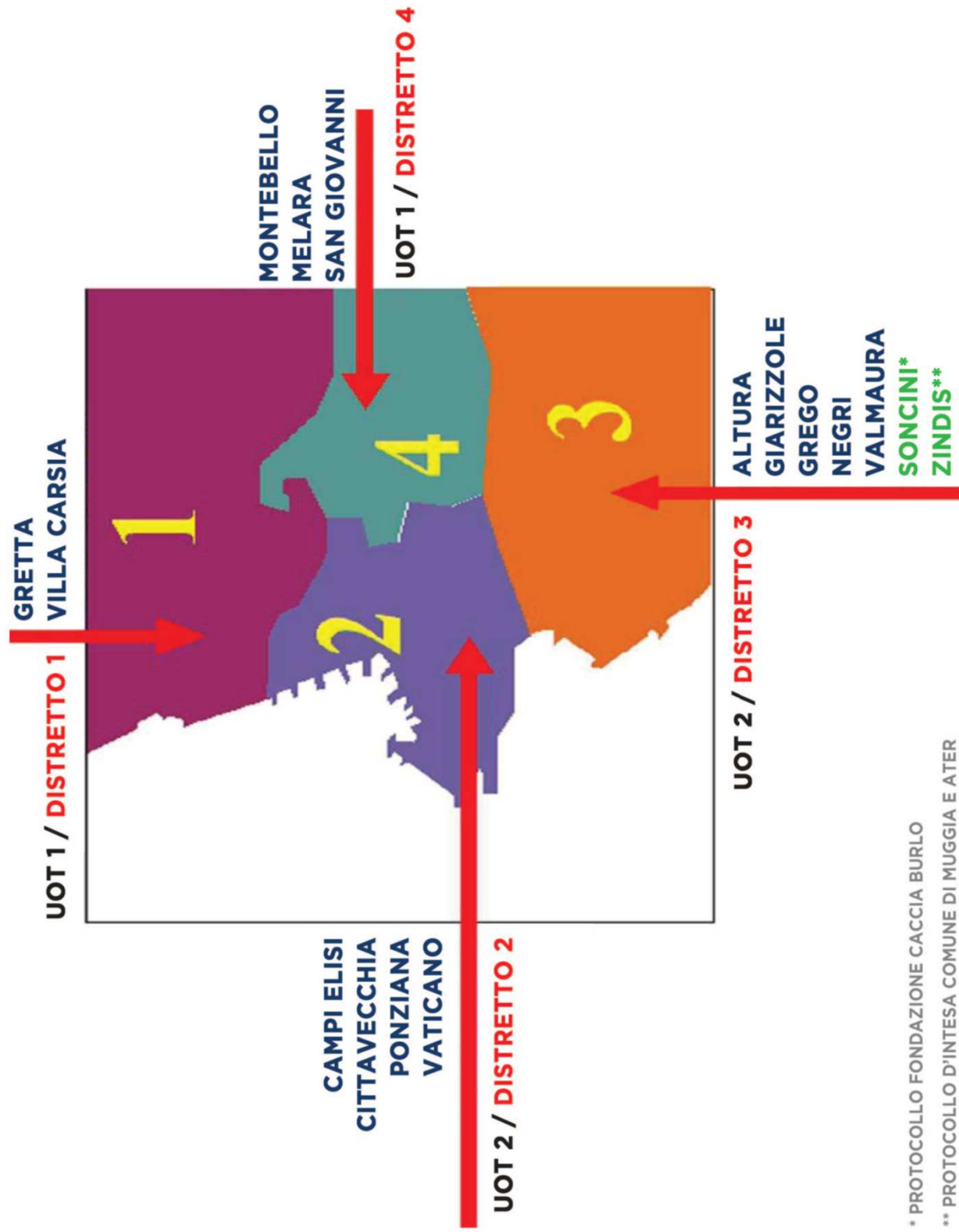
La comunità che fa salute: habitat microarea Trieste



Flavio Paoletti

Direttore Struttura Complessa Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione Attività Sociosanitaria

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)



* PROTOCOLLO FONDAZIONE CACCIA BURLO

** PROTOCOLLO D'INTESA COMUNE DI MUGGIA E ATER

Le microaree

- Il progetto «*microwin*-microaree», che viene concepito nell'ambito del **laboratorio internazionale *win-welfare innovations*** per sviluppare un welfare di comunità e le cui prime sperimentazioni sono promosse nel 2005 dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 «Triestina» attraverso l'individuazione delle microaree, vede, sin dall'inizio, la collaborazione **dell'ambito comunale, dell'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale (Ater)** e di altre realtà di intervento a carattere sociale e sanitario.
- Coinvolge, inoltre, le **imprese e gli esercizi commerciali, le associazioni di volontariato e i cittadini** attivi del territorio.

Le microaree

- Si tratta di un'azione locale di contesti socio-demografici definiti quantitativamente, delimitati territorialmente, in cui si **interviene in modo proattivo su tutta la popolazione residente e non solo su quella parte di cittadinanza che presenta specifiche problematiche sanitarie.**
- La microarea è un territorio fisicamente aggregato (quartiere, piccolo comune, agglomerato di case) che comprende tra i **500 e i 2.300 abitanti.**
- Dal punto di vista dell'analisi organizzativa si può anche definire una “**lente d'ingrandimento**” focalizzata su circa il 5% della popolazione triestina.

Caratteristiche dei residenti

Attraverso l'analisi degli **indici di struttura demografica** e delle **esenzioni**, si evidenzia:

- il peso in termini sanitari, sociosanitari, economici e sociali
- la complessità degli interventi necessari nell'ottica di voler intervenire sui **determinanti non sanitari di salute**, sia in una logica di **inclusione**, di **equità di accesso** e di **risposta ai bisogni di salute**.

Popolazione residente per microarea

MICROAREA	2005	2014
CITTAVECCHIA	1.656	1.483
GIARIZZOLE	2.286	1.943
GREGO	894	715
GRETTA	1.032	804
MELARA	2.060	1.648
PONZIANA	1.482	1.600
SAN GIOVANNI	2.197	2.101
VALMAURA	1.068	843
VATICANO	361	335
TOTALE MICORAREA	13.036	11.472
Totale residenti AAS1	241.326	235.793

Dal punto di vista demografico se è vero che la popolazione triestina si è ridotta in 10 anni del **2,3%**, la popolazione di microarea si è ridotta maggiormente, del **12%**.

Indici di Struttura demografica microaree ASUITs vs FVG

I principali indicatori demografici tracciano un profilo segnatamente fosco per le microaree, partendo già dallo svantaggio di ASUITs nel confronto con i valori di riferimento regionali e nazionali. L' **indice di vecchiaia in microarea, infatti, è più del doppio di quello del FVG.**

INDICI DI STRUTTURA DEMOGRAFICA - 2013	Microarea	ASUITs	FVG
indice di dipendenza giovanile	14,24	18,96	20,14
Ind. dip. senile (%)	58,14	46,2	38,63
Indice di dipendenza (%)	72,38	65,16	58,77
Indice di vecchiaia (%)	408,32	243,6	191,81

Tasso per 10.000 abitanti calcolato sulla popolazione pesata

Oltre alla descrizione per valori assoluti delle esenzioni è calcolato **anche il tasso per 10.000 abitanti** ed evidenziato il confronto tra ASUITs e microaree.

I tassi sono calcolati utilizzando la **popolazione pesata secondo i criteri di finanziamento, utilizzando cioè i pesi ministeriali**, al fine di rendere il confronto più corretto possibile.

TIPOLOGIA ESENZIONE	ASUITs	TOTALE MICROAREE
Patologia	3.501	4.670
Età	1.900	2.527
Invalidità	617	1.065
Reddito	356	857
Gravidanza	104	108
Malattie rare	81	84
TOTALE	6.560	9.311

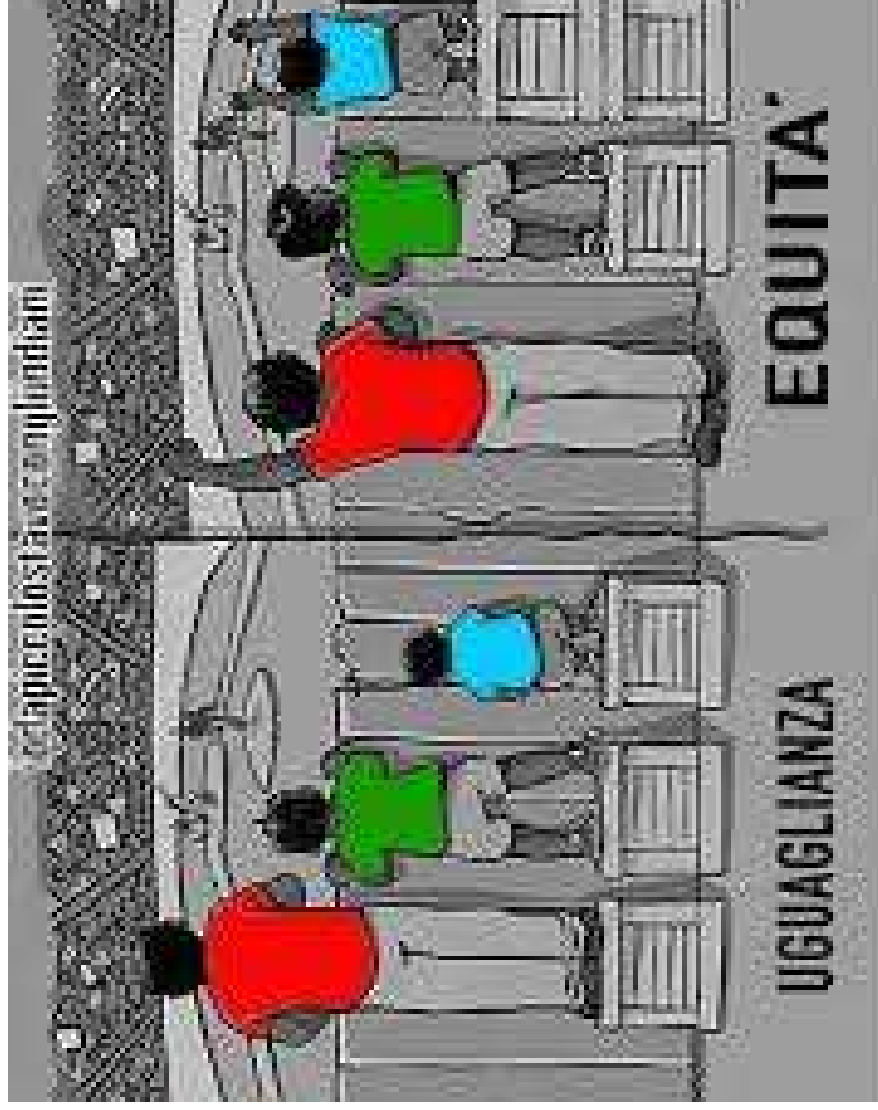
Rapporto tasso per tipologia di esenzione

Il risultato principale è che il totale delle esenzioni delle microaree risulta in **rapporto di 1,42 rispetto al totale per 10.000 abitanti** di ASUITs, quindi, il numero di esenzioni complessivo a parità di popolazione è di **42% maggiore**

DESCRIZIONE ESENZIONE	ASUITs	TOTALE MICROAREE
Patologia	1	1,33
Età	1	1,33
Invalidità	1	1,73
Reddito	1	2,40
Gravidanza	1	1,04
Malattie rare	1	1,03
TOTALE	1	1,42

Rapporto del tasso di esenzione delle microaree rispetto ad ASUITs delle esenzioni maggiormente diffuse

Codice	Esenzione	Indice di frequenza rispetto al contesto cittadino
014	Dipendenza da stupefacenti e alcool	3,32
E03	Titolare pensione sociale	2,26
E02	Disoccupato	2,13
S57	Invalidi civili al 100%	2,03
L04	Infortunio sul lavoro o malattia professionali	1,92
013	diabete mellito	1,47
P15	ipertensione arteriosa	1,39
031A	ipertensione arteriosa senza danno d'organo	1,16
031	ipertensione arteriosa con danno d'organo	1,15
024	Insufficienza respiratoria cronica	2,39



1. Uguaglianza: è dare alle persone le stesse cose.
2. Equità: è dare a tutti le stesse possibilità.

Perché ASUITs deve intervenire?

Normativa di riferimento

- **Legge 328/2000** Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- **L.R. 23/2004** Partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione
- **L.R. 6/2006** Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale
- **DGR 458/2012** Linee guida per la predisposizione del PDZ

Perché ASUITs deve intervenire?

Normativa di riferimento

- **L.R. 17/2014** art.18 e 19 Riordino dell' assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
- **DPCM 12/01/2017** Definizione e aggiornamento dei LEA – **area F** Cooperazione dei sistemi sanitari con organizzazioni ed enti della collettività per l' attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del programma nazionale «Guadagnare salute» (DPCM 4.5.2007)
- **DGR 1783/2017** Aggiornamento LEA e prestazioni regionali extra LEA

Finalità della sperimentazione

- Finalità principale della sperimentazione è la **promozione della salute e l'aumento del benessere** all'interno di queste aree delimitate, spesso degradate, scelte sulla base di criteri eterogenei, con prevalenza per le zone con edilizia popolare e un minimo d'identità storica e "rionale".
- Attraverso questo progetto si cerca di coniugare il **mandato istituzionale di un'Azienda sanitaria con la persona quale protagonista attiva nel proprio progetto di salute**, capace di generare nuove risorse anche a ricaduta sociale.
- Questa dimensione è considerata adeguata per una reale sperimentazione di **welfare integrato e generativo**, soprattutto per un'effettiva partecipazione dei diversi soggetti che insistono sul territorio individuato: abitanti, rappresentanze della cittadinanza attiva, operatori, ma anche istanze amministrative e politiche.

Le tipologie di azioni

Le zone coinvolte nella sperimentazione sono ripartite tra i quattro distretti sanitari e questa metodologia organizzativa e gestionale si centra su:

- un' **azione locale**, in quanto misurata su uno specifico contesto territoriale;
- un' **azione plurale**, in quanto sono coinvolti tutti i soggetti attivi in quel determinato territorio e perché l'insieme dell'azienda partecipa e contribuisce alla sperimentazione;
- un' **azione globale**, perché attraverso la rigorosa intersettorialità degli interventi si desidera raggiungere tutti i determinanti dello stato di salute della popolazione (sociali e sanitari).

Il valore della comunità

- Il lavoro di microarea deve **rafforzare e valorizzare la comunità** generando nuove potenzialità di salute anche **riducendo l'impegno istituzionale di risorse economiche** (*welfare generativo*).
- Obiettivo peculiare è sicuramente quello relativo alla **conoscenza diretta degli abitanti da parte del referente di microarea**, specialmente di quelli più a rischio e non noti ai servizi, evidenziando la **funzione proattiva** delle istituzioni e in particolar modo della sanità che passa da una medicina di attesa ad una d'iniziativa e generativa di risorsa sociale.

Le azioni progettuali

- **nominati i referenti** di microarea, dedicati a tempo pieno;
- individuati gli **appartamenti Ater** quali sedi fisiche di microarea;
- disegnate le **mappe, i percorsi, i locali e i punti di aggregazione** delle singole microaree;
- create le **schede e la documentazione**, condivisa da tutti i referenti di microarea e dai vari professionisti dell' Azienda sanitaria coinvolti, quale strumento utile alla raccolta delle informazioni derivanti dalla conoscenza diretta degli abitanti;
- definiti gli **incontri di coordinamento** a livello distrettuale e direzionale e approvazione di un **protocollo d'intesa inter-enti**

Obiettivi

Al fine di **misurare gli esiti**, sono stati individuati dieci azioni da monitorare nei tre anni di sperimentazione:

- 1) realizzare il **massimo di conoscenza** sui problemi di salute delle persone residenti nelle microaree;
- 2) ottimizzare gli interventi per la **permanenza nel proprio domicilio** ove ottenere tutta l'assistenza necessaria (e contrastare l'istituzionalizzazione);
- 3) elevare l'**appropriatezza nell'uso dei farmaci**;
- 4) elevare l'**appropriatezza delle prestazioni diagnostiche**;
- 5) elevare l'**appropriatezza per prestazioni terapeutiche** (curative e riabilitative);

Obiettivi

- 6) promuovere **iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto** da parte di non professionali (costruire comunità);
- 7) promuovere la **collaborazione di enti, associazioni e organizzazioni profit e no profit** per migliorare il ben-essere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo);
- 8) realizzare un **ottimale coordinamento** tra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia;
- 9) promuovere **equità nell'accesso alle prestazioni** (più qualità per cittadini più vulnerabili);
- 10) elevare il livello di **qualità della vita quotidiana** di persone a più alta fragilità (per una vita attiva e indipendente).

Da sperimentali a servizi

- Dopo questa **prima fase sperimentale**, le microaree sono aumentate di numero, da sperimentali sono diventate servizi stabili dell'offerta distrettuale e nel 2010 sono state **incardinate alla struttura semplice dipartimentale servizio infermieristico distrettuale**, diretta da un dirigente infermieristico.
- Ogni microarea è gestita da un **referente** con tempo di lavoro **a tempo pieno** che deve possedere competenze adeguate.

Ruolo del referente di microarea

- Il ruolo del referente **solo raramente è di tipo clinico-assistenziale**, cioè solo in alcuni casi eroga prestazioni sanitarie in senso stretto (prelievi, medicazioni ecc.).
- Il suo ruolo principale è analizzare il contesto di vita della persona, fare **un'assessment generale** della persona e della sua famiglia, individuare i diritti e i **bisogni non soddisfatti**, individuare le **priorità** di intervento, le **risorse** istituzionali e innovative necessarie, i diversi **attori** da coinvolgere nel processo di presa in carico sociosanitaria e individuare gli indicatori più appropriati per poter poi misurare gli esiti degli interventi fatti.

Ruolo del referente di microarea

- Il referente gioca un ruolo molto diverso dall'infermiere o da altri professionisti dedicati all'assistenza domiciliare che si muovono in un contesto di *Chronic Care Model* tarato più sui settori alti della piramide attraverso modelli di *disease management e case management*.
- Proprio perché sono richieste *competenze, attitudini e atteggiamenti "non convenzionali"* che non tutti possono aver sviluppato, è stata adottata una specifica *job description* per il referente della microarea.



JOB DESCRIPTION Rev.02 - 18.12.18
Referente di Microarea
S.S.D. Servizio Infermieristico Distrettuale

Pagina 1 di 3



- Posizione di Lavoro Responsabile di progetto – Microarea
- Qualifica Operatore professionale collaboratore
- Area funzionale Assistenza Distrettuale. Area progetti di innovazione e sviluppo della Comunità
- Principali Funzioni e Responsabilità

Il Referente di Microarea è responsabile del coordinamento e dell'integrazione delle attività di promozione e tutela della salute delle persone residenti in un'area di progetto definita Microarea. Partecipa alla mission aziendale contribuendo al raggiungimento degli obiettivi attraverso interventi proattivi atti a prevenire e risolvere fenomeni di emarginazione e di

Le ricerche

- La ricerca si proponeva di esplorare gli **effetti sulla salute generati dall'intervento sulle micro-aree**, condotto nella città di Trieste dall'azione concertata di ASUITs, Comune e ATER.
- In particolare la ricerca si è concentrata sull'identificazione del meccanismo causale attraverso cui **l'intervento intendeva migliorare la salute** e di rintracciarne **evidenze empiriche** teoricamente e socialmente rilevanti e **statisticamente significative**.
- A partire da un campione al 1 gennaio 2006 di 21.176, sono stati selezionati **18.142 residenti** per tutto il periodo. Tra questi 7.804 in micro-area e 10.238 fuori.

Le tre fasi di valutazione

La **prima fase** della valutazione è stata svolta attraverso un approfondimento con **focus group di operatori** e ha analizzato i processi di lavoro messi in atto nell'intervento.

La **seconda fase** della valutazione è consistita nella realizzazione, da parte degli stessi operatori, di **600 interviste a tre campioni di soggetti**, disegnati in modo da creare due gruppi di controllo rispetto al gruppo destinatario dell'intervento.

La **terza fase** della valutazione è consistita nella discussione dei risultati ottenuti dal gruppo di lavoro dell'Università di Udine, che ha condotto **un'analisi longitudinale** sulle medesime popolazioni

Risultati sanitari

L'analisi longitudinale mostra nell'area trattata una:

- **riduzione significativa dei ricoveri urgenti** ed un aumento di quelli programmati (per tutte le cause);
- la **diminuzione degli accessi non prioritari al pronto soccorso**;
- una **riduzione dei ricoveri multipli**;
- le donne hanno una **diminuzione del 50% dei ricoveri urgenti per psicosi** nel caso di ricoveri per patologie respiratorie, tra le donne, **diminuiscono i ricoveri programmati** e rimangono stabili quelli urgenti.

Risultati sanitari

Per quanto riguarda gli uomini si osserva:

- una riduzione dei ricoveri urgenti e un incremento di quelli programmati per malattie cardiache e vascolari;
- nel caso di problemi urologici nel decennio diminuiscono sia i ricoveri urgenti sia i ricoveri programmati;
- per problemi osteo-articolari si osserva una diminuzione sia dei ricoveri urgenti che di quelli programmati.

Risultati capitale sociale

- A parità di risorse e capacità individuali, le persone che hanno relazioni prossime che si attivano, che hanno maggiore capitale sociale (qualcuno è al loro fianco e li aiuta), riescono a controllare meglio i problemi che gli si presentano e attenuano le conseguenze sulla salute mentale.
- L'intervento micro-aree ha aumentato il livello e la qualità del capitale sociale utile alla salute. Ciò riguarda sia gli aiuti ricevuti per affrontare i problemi, anche nei casi di assenza della famiglia, sia l'attivazione per aiutare altri, assumendo un ruolo attivo di prestatori di aiuti.

Risultati capitale sociale

- Se si stima con **strumenti econometrici** la **salute che avrebbero avuto i trattati**, qualora avessero avuto le medesime risorse e capacità dei sosia (quindi migliori) ma **senza l'intervento degli operatori di Microarea**, si ottiene che la loro **salute sarebbe stata peggiore** di quella effettivamente riscontrata.

Risultati generali

- Le persone del campione complessivo (600), mostrano, come atteso, una **capacità di controllo sulla propria salute direttamente proporzionale alle loro risorse e capacità individuali supportate dall'intervento di microarea.**
- La **salute mentale** è più influenzata dalle condizioni di **breve periodo**, dalle carenze di risorse del momento.
- La **salute fisica** è più esposta all'effetto delle **carenze nel lungo periodo**, ed in particolare di istruzione, che caratterizzano il corso di vita.

Conclusioni

- Attivazione di **6 nuove microaree**, per un totale di **17**:
Altura, Villa Carsia, Campi Elisi, Negri, Cittavecchia e Zindis
- Progettazione di **altre microaree**
- Diffusione **nuove sperimentazioni** del modello in altri contesti nazionali ed internazionali

Attivazione di sei nuove microaree: Altura, Villa Carsia, Campi Elisi, Negri, Cittavecchia e Zindis

MA 2019	POP
Gretta	788
Villa carsia	723
Ponziana	1533
Cittavecchia	2768
Vaticano	306
Campi Elisi	1311
Giarizzole	1505
Grego	698
Valmaura	880
Soncini	1553
Altura	1343
Negri	158
Puccini	1641
Melara	1544
San Giovanni	2123
Montebello	482
Zindis	457
	19813

Alcuni trailer La città che cura 2019

<https://www.youtube.com/watch?v=RCGleOFwrY8>

https://www.youtube.com/watch?v=jeWi_AnqCd8

<https://www.facebook.com/watch/?v=363393091187875>

Trailer Babylon Sisters - 2017

- <https://www.youtube.com/watch?v=urKZ0DmFU7Y>

Film completo

- <https://www.youtube.com/watch?v=he-W1ETKN6E>



ASSOCIAZIONE INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Grazie dell'attenzione



Flavio Paoletti

flavio.paoletti@gmail.com