D.L. 19 giugno 1999 n° 229 “NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL S.S.N.

DISTRETTO

Articolazione dell’Unità Sanitaria Locale che assiste una popolazione di almeno sessantamila abitanti (salvo particolari caratteristiche geomorfologiche del territorio o bassa densità dei residenti).

Il distretto assicura i servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria primaria.

Distretto Socio-Sanitario

Dimensione funzionale e territoriale nella quale avvengono il primo impatto del cittadino con il servizio, l'erogazione dei servizi di primo livello, l'integrazione tra gli interventi sanitarie sociali e la partecipazione degli utenti.

D.L. 19 giugno 1999 n° 229 "NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL S.S.N.*

FUNZIONI DEL DISTRETTO

Il distretto garantisce:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio;
- il coordinamento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con i Presidi Ospedalieri e le strutture operative a gestione diretta o accreditati;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate dai comuni;
- prevenzione (educazione sanitaria, vaccinazioni, organizzazione screening, ecc.)

Il distretto fornisce:

- assistenza farmaceutica;
- attività medico legale (visite di idoneità, certificazioni, ecc.);
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e la cura della tossicodipendenze;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (infermieristica, riabilitativa, ecc.);
- attività o servizi per le patologie da HIV e per la patologie in fase terminale

Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

*modificato

Integrazione sociosanitaria

Innanzitutto le risorse: l'obiettivo minimo è mantenere per una sostenibilità di tutte le attività integrate il Fondo per le non autosufficienze e quello per le politiche sociali, garantendo almeno le risorse da 300 milioni l'uno e, se possibile, tornando alle quote del 2009 (400 milioni per la non autosufficienza e 510 milioni per il welfare). Poi via ai Livelli essenziali integrati, come risultante dei Lea aggiornati e degli "obiettivi di servizio socio assistenziali" (in attesa dei Lep). Al sistema si accede tramite un Pua o punto unico di accesso. Restano valide le indicazioni già date per la presa in carico dal Dpcm del 2001, prevedendo pacchetti articolati di prestazioni per non autosufficienza e disabilità. I compiti delle Regioni: disciplinano in sede locale i princìpi per l'integrazione, particolarmente per le aree della non autosufficienza, dei disabili, dei minori e della famiglia; predispongono i piani sociosanitari in cui sono declinati i pacchetti delle prestazioni integrate e i collegamenti con altri comparti; danno indicazioni alle Asl e alle associazioni intercomunali per l'erogazione congiunta degli interventi sociosanitari e per la gestione finanziaria dei fondi; facilitano la formazione del personale. Il ruolo di Comuni e aziende sanitarie: realizzano le attività sociosanitarie organizzando i fattori produttivi nella maniera più consona e meno burocratica secondo uno schema di governance in linea con la coincidenza territoriale tra distretto e zona. I servizi sociosanitari sono responsabili della presa in carico complessiva, comprese le verifiche di efficacia/ efficienza e di spesa.

D.Lgs 19 giugno 1999 n° 229 “NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL S.S.N.

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

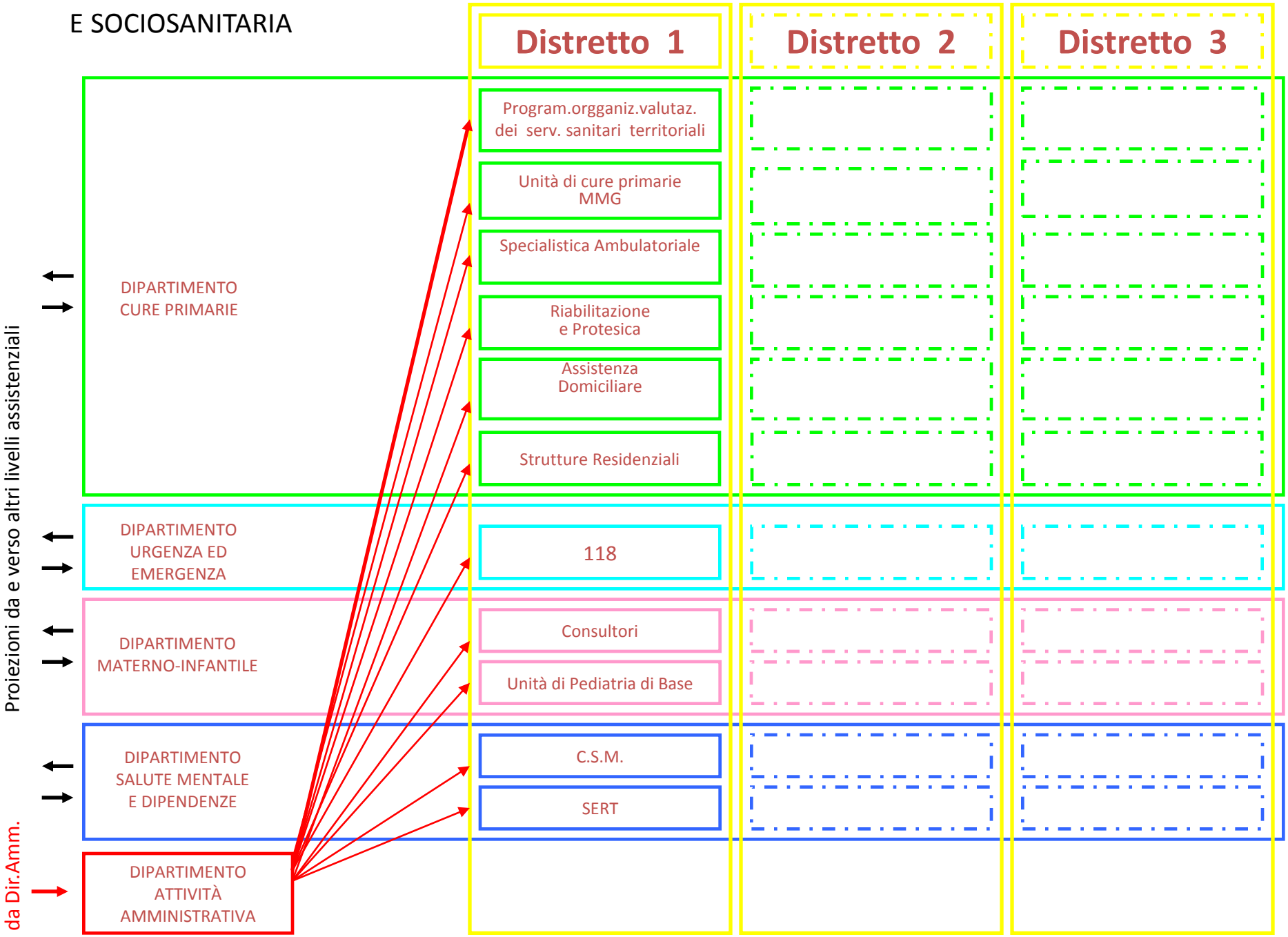
Attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute individuali che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Comprendono:

a) **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè attività finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite (di competenza delle ASL);

b) **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute (di competenza dei Comuni).

ASSISTENZA PRIMARIA E SOCIOSANITARIA



Archiatra dell'Imperatore Cinese

Medico condotto

MEDICO DELLA MUTUA

Rapporto "di fiducia" (agenzia)

Medico "di smistamento"

Filtro

Gate Keeper

Baricentro del Sistema

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Gestore del percorso assistenziale

Fundholder

Campo d'azione a 360°

Visione Olistica del paziente

MEDICO "TRASVERSALE"

Medico di famiglia

Medico di prima linea

sentinella epidemiologica

Medico "di iniziativa"

La **medicina di famiglia o di base** rappresenta l'elemento fondamentale dell'assistenza primaria ed il punto di contatto diretto tra il cittadino/utente ed i servizi sanitari.

Essa garantisce:

- Generalità (affronta tutti i problemi)
- Continuità (non si limita ai singoli episodi di malattia)
- Globalità (servizio integrato, prevenzione, promozione della salute, cura, riabilitazione e sostegno fisico psicologico e sociale)
- Coordinamento (tra i diversi servizi specialistici)
- Collaborazione (con altri operatori sanitari e sociali che intervengono nel percorso terapeutico)
- Contestualizzazione nell'ambito familiare
- Orientamento alla collettività (contestualizzazione socio-epidemiologica)

RUOLI del M.M.G.

- CLINICO
- PREVENTIVO
- ORGANIZZATIVO

Per una medicina generale efficace e sostenibile

10 punti per una Medicina interna efficace e sostenibile: la proposta Fadoi

1	Nel paziente complesso pluripatologico vanno selezionate le priorità terapeutiche, attribuendo un ordine di importanza alle singole problematiche in rapporto al loro significato clinico reale
2	Evitiamo di richiedere visite specialistiche inutili, limitandoci a quelle realmente necessarie nel singolo caso
3	Prima di richiedere nuovi esami clinici, teniamo in considerazione se e quando sono già stati precedentemente eseguiti e quali sono i rischi correlati
4	Informiamo e coinvolgiamo il paziente e chi si fa carico di assisterlo sulle scelte terapeutiche. Adattiamo le terapie e la gestione del paziente alle sue reali esigenze, necessità e valori e consideriamone i rischi potenziali; spieghiamo quali obiettivi clinici possono essere realisticamente perseguiti e quali delle eventuali richieste da parte del paziente e della sua famiglia sono da ritenersi improprie
5	Asteniamoci dal praticare procedure sofisticate o invasive nei pazienti in fase terminale. Scegliamo piuttosto un trattamento in grado di garantire un'adeguata qualità di vita e un efficace controllo del dolore
6	Al momento del ricovero in ospedale, della dimissione e a ogni visita adottiamo il criterio di riconciliazione farmacologica, confrontando i farmaci assunti precedentemente dal paziente con la prescrizione che sarebbe più opportuna in quel momento. Questo ci permetterà di definire una terapia farmacologica più sicura e in grado di favorire una maggiore continuità
7	Per ogni nuovo trattamento e per i cosiddetti pazienti drug-naive (mai trattati prima con quel farmaco) utilizziamo i farmaci equivalenti, tenendo sempre ben presente le caratteristiche del paziente, della malattia e i princìpi attivi del farmaco
8	Alla dimissione dall'ospedale, riduciamo il più possibile il numero di farmaci prescritti, anche, possibilmente, rispetto a quelli assunti prima del ricovero
9	Al ricovero in ospedale, una valutazione globale del paziente (clinica, funzionale, psicologico-cognitiva, economica, sociale e familiare) aiuterà a identificare le difficoltà che si presenteranno in fase di dimissione per la continuità della terapia, anche in rapporto alle risorse sociali e sanitarie disponibili
10	Alla dimissione dall'ospedale, quando possibile, forniamo ai pazienti, alle loro famiglie e agli operatori sanitari tutte le informazioni necessarie per l'autogestione della malattia: i farmaci e gli strumenti necessari, i sintomi da tenere sotto controllo per il mantenimento del suo stato di salute, le persone da contattare in caso di bisogno, un elenco delle procedure e delle visite per il periodo post-dimissione, e di tutti i servizi di assistenza che sono o che necessitano di essere attivati

FADOI, 2016

ott
3
2012

Censis, il 55,6% degli italiani cerca informazioni dal Mmg

Oltre la metà della popolazione (55,6%) dichiara di avere come fonte di informazione sanitaria il medico di medicina generale, mentre il 10,8% consulta il web, il 10,1% si rivolge a parenti e amici, il 5,9% alle trasmissioni televisive.

TAGS: MEDICI DI FAMIGLIA, MEDICI

SAVONA E IL SINDACO BERRUTI: «LA STIMA PER LA SANITA' SAVONESE E' INTATTA MA LE SCELTE DEI CITTADINI SONO SACRE E PRIVATE»

"La scelta del medico in Italia è libera"

Il vicesindaco Di Tullio rivendica il diritto di farsi curare nella struttura che preferisce

SAVONA

Il sindaco Berruti e il vicesindaco Di Tullio hanno replicato con decisione al Primario di Chirurgia Vascolare Massimo Marobotto che in un intervento su La Stampa si era lamentato del fatto che Di Tullio avesse scelto di farsi operare per un aneurisma a Milano anzichè a Savona.

«Caro Marabotto prima di decidere dove farmi operare ho cercato di capire come fa

I vertici di Palazzo Sisto replicano al primario di Chirurgia vascolare Massimo Marabotto

Alta tensione
Al vicesindaco Di Tullio e al sindaco Berruti non è piaciuta la polemica di Marabotto sulla scelta dell'ospedale

chiunque, quale fosse la migliore soluzione. Ho quindi sentito, come tutti, medici, personale paramedico, parenti, amici e conoscenti. Nessuno mi ha parlato male delle strutture savonesi; tutti mi hanno indicato per il mio particolare problema, altre soluzioni. Tra queste, dopo un'ultima verifica compiuta anche con la mia famiglia, ho scelto quella milanese. L'opportunità di scegliere la struttura dove farsi operare è concessa ad ogni cittadino e avviene attraverso il Servizio sanitario nazionale, senza costi aggiuntivi per l'utente . E' una delle migliori opportunità che il nostro Paese offre a tutti senza distinzione di reddito, ruolo, condizione sociale. Il mio ruolo pubblico non c'entra dunque nulla. Tutti lo possono fare. Mi dispiace per il livore che emerge dalla tua nota, come se sentissi che questa mia scelta fosse una diminuzione della tua personale competenza. Ti assicuro che non è così. Non sono minimamente in grado di decidere chi è bravo e chi no. E sulla mia salute ascolto tutti ma alla fine decido io , perché questo rientra nelle sfera delle valutazioni private e non pubbliche. Per quanto mi riguarda, sia come esperienze personali sia per aver affrontato il tema della sanità savonese nei miei ruoli pubblici , ho sempre avuto riscontri positivi sulla nostra sanità. Tuttavia se mi accorgessi che non fosse così il mio ruolo di vicesindaco sarebbe quello di denunciare i problemi perché il mio dovere è quello di tutelare i cittadini e non, per esempio, i primari di chirurgia vascolare o qualunque altro ruolo. Ciò detto , dovesse ricapitare chiederò anche la tua opinione».

Anche il sindaco Federico Berruti ha sentito la necessità di intervenire sulla vicenda umana del suo braccio destro: «Caro Massimo, ho letto la tua lettera pubblica al vicesindaco Di Tullio. Capisco te e capisco lui. Conosco il tuo impegno a favore della sanità savonese così come quello dei tuoi colleghi e di tutti i vostri collaboratori. Di questo vi sono grato come cittadino e per questo ti assicuro il mio sostegno come amministratore pubblico.Tutta l'Amministrazione di Savona, con in testa il vicesindaco Di Tullio, giudica eccellente la professionalità dei nostri ospedali e del nostro sistema territoriale e di essi si fida totalmente. Desidero cogliere l'occasione per ribadire a te, alla comunità che opera nel mondo della sanità savonese ed ai cittadini questi concetti e il nostro impegno a vostro favore. Fin qui le considerazioni di natura pubblica.

Poi c'è la sfera del privato che deve essere considerata come tale e in quanto tale rispettata. La scelta di Livio non ha nulla a che fare con il suo e il nostro giudizio sulla qualità ed efficienza dei nostri ospedali ma è frutto di tutt'altre valutazioni personali e dunque insindacabili. Tutto questo mi premeva dire in nome della stima e dell'amicizia che mi lega ad entrambi». [E. B.]

Proposta shock Cgil: "Massimale medici di famiglia da 1.500 a 1.000 assistiti". Subito l'H24

E' l'idea lanciata nel corso di un convegno in cui il sindacato ha presentato il progetto per "una riforma delle cure primarie che garantisca assistenza 24h e per 7 giorni a settimana". Chiesta anche abolizione guardia medica e creazione di un ruolo unico. Il monito di Bissoni: "C'è un problema di risorse"

26 GIU - Creare una rete assistenziale sul territorio in grado di farsi effettivamente carico dei bisogni dei cittadini e di gestirli garantendo a essi la continuità dell'assistenza orizzontale, nel tempo per 24 h e 7 giorni a settimana, e verticale nei vari bisogni assistenziali, dalla prevenzione alla riabilitazione. In sostanza, una radicale riforma dell'approccio alle cure primarie. E' la richiesta lanciata dalla Cgil in occasione del convegno "Sanità – assistenza h24. L'assistenza socio sanitaria distrettuale e le nuove convenzioni per la medicina del territorio", che si è svolto oggi a Roma presso la sede del sindacato in Corso Italia.

Una proposta che si fonda sull'abolizione della guardia medica e che punta sulla trasformazione di 13mila professionisti "che devono diventare medici di medicina generale a tutti gli effetti". Contestualmente il sindacato chiede l'abbattimento del massimale di assistiti a 1000 per i medici di famiglia, "dato che attualmente il 23,7% ha in carico oltre 1500 assistiti". In questo modo "circa 59mila medici, con un massimale a mille, potrebbero offrire cure migliori, liberare tempo necessario per le attività dei centri territoriali e rendere tutti i medici con lo stesso titolo e formazioni uguali".

Modelli organizzativi della M.G.

- Medico singolo
- Associazione semplice
- Medicina in rete
- Medicina di gruppo
- Associazione complessa
- Cooperativa
- Società di servizi

Delibera G.R. Toscana n°1231/2012

A.F.T.

aggregazione funzionale monoprofessionale

- sostituisce il medico singolo (adesione obbligatoria)
- 30.000 assistiti (almeno 20 medici)
- tutti i MMG di un ambito territoriale

U.C.C.P.

aggr. strutturale multiprofessionale (concentrata in presidio-casa della salute)

- MMG
- Personale infermieristico
- Personale ausiliario
- Medici specialisti
- Tecnici sanitari
- Assistenti sociali e sanitari

Doctor33

mag 16 2017

In Lombardia arrivano i gestori per i cronici. Allarme dei medici di famiglia: rischio estinzione

gen 15 2018

Gestori cronicità, in arrivo lettere a pazienti lombardi. Ecco le tipologie

TAGS: MEDICI DI MEDICINA GENERALE, REGIONE LOMBARDIA, MALATTIE CRONICHE, GESTORI PAZIENTI CRONICI, DRG

Arrivano oggi le lettere a oltre 3 milioni di pazienti cronici lombardi, chiamati dalle Ats (ex Asl) a scegliere tra l'assistenza del proprio medico di famiglia e quella di un altro ente gestore. Saranno differenziate in cinque tipologie a seconda della gravità di come s'è posto il medico di famiglia di fronte alla nuova modalità di presa in carico.

Le premesse - Dopo la sperimentazione sui Chronic related groups che ha costruito i budget per 11 malattie croniche e ha portato molti camici a organizzarsi in cooperativa per affrontare i nuovi compiti, la Regione ha chiesto ai mmg di scegliere se fare da gestori delle

Mercedes-Benz
A Faenza
Star Service
Officina autorizzata Mercedes-Benz
Tel. 0546.663701

Corriere
FAENZA
TELEFONO 0546 23120
FAX 0546 27150
Email: faenza@corriereromagna.it
12
SABATO
16 NOVEMBRE 2013

Mercedes-Benz
A Faenza
Star Service
Officina autorizzata Mercedes-Benz
Tel. 0546.663701

NASCE A BRISIGHELLA, E' LA PRIMA NEL FAENTINO

L'ex ospedale si trasforma in Casa della salute

Benefici per pronto soccorso, cure e assistenza ma ci sono polemiche: disagi per gli anziani

CONSIGLIO

...sori presenti
...e si taglino

Corr. Venerdì 06.09.2013

SANITÀ » PARLA L'ASSESSORE REGIONALE

IL TIRRENO

Addio guardia medica puntiamo tutto sulle Case della salute

...o di Marrone: le nuove strutture aperte dalle 8 alle 24
...tori e infermieri, nelle ore notturne resta il 118

Casa della Salute

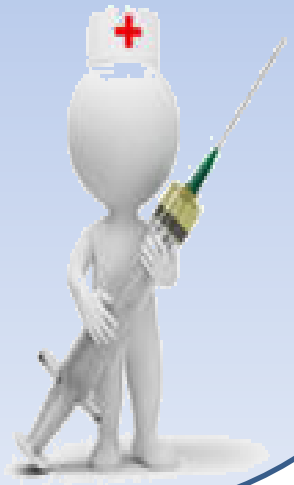
...contenuta negli atti di indirizzo della Regione Lazio

Casa della Salute al via

A novembre un consiglio comunale con i rappresentanti regionali

IL "*TASK SHIFTING*" DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'



ENTI GESTORI DELLA CRONICITÀ

MMG

N. Nante

quotidianosanità.it

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Martedì 06 MARZO 2018

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità della Regione Piemonte

Il progetto, dopo la sperimentazione nelle zone montane del Cuneese, è stato esteso anche in altre realtà del Piemonte. L'obiettivo è aiutare gli anziani a vivere autonomamente nel proprio domicilio il più a lungo possibile ed offrire supporto nelle attività della vita quotidiana, nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza nelle terapie, nel monitoraggio dei vari indicatori di salute.

L'infermiere di comunità e di famiglia è un progetto nato nel 2016 con i Fondi europei del Programma transnazionale Spazio Alpino con la Regione Piemonte come capofila, in collaborazione con istituzioni pubbliche sanitarie e accademiche di Francia, Croazia e Austria.

Dopo la sperimentazione nelle zone montane del Cuneese, dove le iniziative si sono concretizzate nelle visite a domicilio e nella creazione di ambulatori dedicati alla popolazione con più di 65 anni e alle persone in condizione di cronicità, il modello è stato esteso anche in altre realtà del Piemonte, con modalità diverse legate alle specificità del territorio.

L'obiettivo è aiutare gli anziani a vivere autonomamente nel proprio domicilio il più a lungo possibile ed offrire supporto nelle attività della vita quotidiana, nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza nelle terapie, nel monitoraggio dei vari indicatori di salute.

Progetto europeo
Co.N.SE.N.SO
"Comunity nurse supporting elderly in a changing society"

Il progetto dell'infermiere di famiglia e di comunità è servito molto anche per costruire il Piano regionale della Cronicità che a breve sarà illustrato alle associazioni ed ai cittadini. Nelle Case della Salute, negli ambulatori dei medici di famiglia, in quelli gestiti dai Comuni o dalle associazioni, nei servizi sociali, l'infermiere di famiglia e di comunità può trovare la sua collocazione e prendere in carico un numero predefinito di cittadini.

DISTRICT NURSE

a crucial role in the primary healthcare team

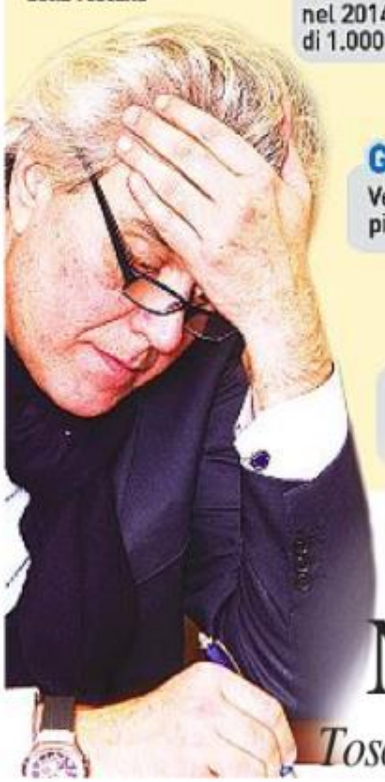
Funzioni:

- **visita** le persone nelle loro case o nelle residenze sanitarie
- **assiste** i bisogni di salute dei pazienti e delle loro famiglie
- **monitora** la qualità delle cure ricevute
- **punto di riferimento** professionale al momento della dimissione (o dell'invio)

Visita i **pazienti** (perlopiù **anziani**, **appena dimessi** dall'ospedale, **terminali** o con **gravi disabilità**) tutti i giorni, offrendo aiuto, consigli e supporto, anche alle famiglie (***empowerment)***.

Lavora **solo o in gruppo** (servizi sociali, agenzie di volontari, altre organizzazioni dell'NHS) aiutando a **coordinare** il grande numero di tipologie di servizi di cura.

Gioca un ruolo cardinale nel **limitare al massimo i ricoveri** in ospedale e permettendo ai pazienti più complessi di **ritornare a casa propria il prima possibile**.



Luigi Marroni, assessore alla Salute della Toscana

PUNTI NASCITA
Da abolire nel 2013 quelli con meno di 500 parti l'anno nel 2014 quelli con meno di 1.000 parti l'anno

LABORATORI
Esami da ridurre: 1 su 5 è inutile

118
Solo 3 centrali operative in tutta la regione a cui telefonare. Ora sono 12, una per ogni Asl.
60 medici in meno sulle ambulanze

GUARDIA MEDICA
Verrà abolita con l'eccezione dei piccoli centri lontani dagli ospedali

OSPEDALI
Da tagliare 1.500-2000 posti letto. Un'apposita task force per individuare dove sono in eccesso

TOTALE DEI RISPARMI
200 milioni di euro l'anno

Addio alla guardia medica Nella notte resta soltanto il 118

Toscana, i tagli alla sanità: «007» negli ospedali per ridurre i posti letto

Sandro Bennucci
FIRENZE

LA NOVITÀ del 2013? Gli 007 della Regione negli ospedali. A fare che cosa? Verificare quanti posti letto rispondono al tasso di oc-

termedie e di nuovi servizi sul territorio. Ma è altrettanto vero che un sistema elefantiaco come quello sanitario, anche in Toscana, corra il rischio di «rompere» prima di saper «aggiustare».
E vediamo la manovra nel detta-

re sarà implacabile. Con qualche eccezione. L'assessore spiega: «Nelle zone più lontane lasceremo il punto nascita, che diventerà distaccamento della maternità più vicina. Medici e infermieri saranno impegnati in turni a rotazione».

Guardia medica addio — La Regione punta sulle «Case della salute», dove 7-8 medici di famiglia si riuniranno per garantire visite domiciliari e presenze dalle 8 del mattino a mezzanotte. Nelle otto ore del cuore della notte si dovrà chia-

dagli ospedali rischiano l'isolamento. Marroni: «Vuol dire che lasceremo la guardia medica nelle zone più disagiate».
Laboratori — La Regione sostiene che un esame su 5 è di troppo. Medici sotto osservazione: «L'ap-

CASA della SALUTE

DISTRETTO

COMUNE

PREVENZIONE
Consultorio
Screening
Educazione alla salute
Chronic care model

MEDICINA GENERALE
Presenza **24** ore
7 giorni su **7**

SERVIZI SOCIALI
Assistenza domiciliare

SALUTE MENTALE e DIPENDENZE

POSTI LETTO TERRITORIALI
RSA
Ospedale di Comunità
Cure intermedie

FRONT OFFICE UNICO SOCIO-SANITARIO
Punto Insieme
CUP

SPECIALISTICA TERRITORIALE

LA CASA DELLA SALUTE

Struttura di *Area Elementare* che conferisce unitarietà e visibilità a servizi altrimenti dispersi nel territorio:

a) Assicura un punto unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociali e la presa in carico della domanda;
b) Garantisce la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette;
c) Opera per programmi condivisi sulla base del Piano Integrato di Salute del Distretto socio-sanitario;
d) Promuove la partecipazione di cittadini e associazioni, assicurando forme di gestione sociale dei vari servizi;
e) Realizza l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e integra operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
f) Coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio ed il contesto sociale;
g) Sviluppa programmi di prevenzione, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione dei cittadini;
h) Sviluppa, tramite il Distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento, sia per l'interdipendenza tra Cure primarie, specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate, in modo da evitare ricoveri impropri;
i) Cura la comunicazione sanitaria al livello micro della relazione terapeutica medico/operatore/paziente, e al livello macro della comunicazione pubblica;
j) Offre occasioni di formazione permanete degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

B. Benigni, 2016

Riorientamento sanitario sul territorio

L'ambulatorio integrato con tanto di diagnostica prenderà il via il 2 aprile con un'evoluzione costante di servizi

La casa dei medici e di 30mila pazienti pronta a Fontebecci

di Gaia Tancredi

SIENA La grande casa dei medici di famiglia e dei pazienti a Fontebecci è già pronta. Dal 2 aprile sarà operativa e consentirà di attuare concretamente quanto prescritto dalla legge Balduzzi e dall'accordo integrativo sulla medicina regionale, entrambi disegnano un quadro normativo tutto nuovo (come le Aft Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Uccp Unità Complesse di Cure Primarie) per garantire sul territorio forme di aggregazione di medici, con il fine di potenziare la continuità assistenziale extraospedaliera. In poche parole dal 2 aprile e con un'evoluzione costante dei servizi offerti alla cittadinanza, il centro polifunzionale che si trova davanti a Chantibianco, garantirà ad una buona fetta di cittadini senesi e di tutti i comuni del Chianti una presenza costante di medici, dal lunedì al venerdì, e una serie di possibilità diagnostiche che eviteranno, si spera, il ricorso all'ospedale. La sfida è proprio quella di contenere e se possibile ridurre drasticamente il ricorso al pronto soccorso, almeno dal lunedì al venerdì, con il rischio di ingolfarlo di codici bianchi, come accade oggi.

Non sarà facile cambiare la mentalità della gente, ma è chiaro che il nuovo centro polifunzionale e gli altri che nasceranno al servizio del nostro territorio nei prossimi mesi, vanno in questa direzione, nella speranza che la gente si abitui il prima possibilità alla nuova modalità che fa risparmiare tempo e denaro, non solo ai pazienti stessi ma anche al servizio pubblico. In un momento di grande difficoltà generale, scoprire che proprio Siena reagisca alla crisi, anche sanitaria, con un nuovo servizio per la presa in carico dei bisogni primari, è un segnale incoraggiante.

"Saranno 25-30 i medici che resteranno attorno alla nuova struttura - riferisce Maurizio Pozzi, presidente della cooperativa Medici2000 - molti di questi mantengono i loro studi, appoggiandosi alla nuova struttura, otto di questi invece saranno presenti costantemente a Fontebecci per fare attività ordinaria e nuove prestazioni che hanno a che fare con la diagnostica".

Non sembra lontano l'accordo con l'Usl 7 che consentirà a breve di garantire all'interno della nuova realtà di Fontebecci tutti i servizi distrettuali come i prelievi del sangue tutte le mattine, visite specialistiche e consultorio con supporto psicologico.

"I medici che aderiscono al nostro progetto partecipano alla medicina di iniziativa - continua Pozzi - per seguire con maggiore attenzione e continuità i malati cronici, per esempio gli ipertesi, i diabetici e gli scompensati. Grazie proprio alle dotazioni diagnostiche che saranno presenti sia nuovi studi, si potranno effettuare controlli periodici che eviteranno appunto il ricorso improprio in ospedale".

Per il momento l'orario di apertura del centro di Fontebecci sarà dalle 9 alle 19, ma presto, a regime, dovrebbe comprire una fascia più ampia, dalle 7 a mezzanotte. Dal mese di maggio opereranno all'interno della struttura in questi orari anche due pediatri.

Resta ancora da mettere a fuoco per una perfetta integrazione il ruolo della guardia medica e del 118 che dovrà comunque coprire il servizio durante gli orari in cui il centro resta chiuso, di notte e nei weekend. La nuova organizzazione è in fase sperimentale e saranno necessarie alcune settimane prima che vada a regime. Resta comunque la certezza che la sanità senese, partendo da un nuovo spirito collaborativo dei medici di base, si sia messa in cammino, inglobando il cambiamento, nell'interesse dei cittadini, affinché possano ricevere assistenza di base, per gran parte della settimana, con continuità ed appropriatezza.

gen 11 2018

Case della salute, medici in fuga. Il modello è in declino: ecco i numeri

TAGS: MINISTERO DELLA SALUTE, CASE DELLA SALUTE, LIVIA TURCO

Un cartello a Podenzano, comune pochi chilometri a monte di Piacenza. Nella casa della salute aperta nel 2013, medici di famiglia e pediatri hanno cessato la loro attività il 31 dicembre 2017 e ora visitano i loro pazienti negli studi privati. Solo la tappa di un braccio di ferro con l'Ausl piacentina o il tramonto di un modello nazionale nato nel 2008 con **Livia Turco** Ministro della Salute e a dieci anni di distanza non ancora decollato?

PIEMONTE/ Fondata da privati a Torino la Ssms offre prestazioni sanitarie low cost e in tempi brevi

La rinascita delle mutue assistenze

Prezzi inferiori al ticket - Oltre mille gli iscritti ma la soglia di pareggio è a quota 7mila

La crisi riporta in vita la formula delle Società di Mutuo soccorso, istituzione ottocentesca che risale a quando ancora non esisteva un Servizio sanitario nazionale. Per trovare una risposta alternativa da un lato alle lunghe attese del pubblico, dall'altro agli elevati costi del privato, è nata a Torino la Ssms, Società sanitaria di mutuo soccorso, associazione senza fine di lucro, i cui soci fondatori sono tutti privati cittadini attivi in campo sanitario, a diverso titolo. Promotore dell'iniziativa e presidente dell'associazione è **Ezechiele Saccone**, a lungo figura di riferimento per le attività sanitarie organizzate dalla Fiat per i dipendenti, ma nel gruppo ci sono anche proprietari di istituti diagnostici privati e medici che lavorano in libera professione.

Le strutture convenzionate sono elencate sul sito della società e oltre che a Torino si trovano anche a Cuneo, Genova e Milano.

Al costo di un euro di adesione vitalizia e di 70 euro a persona come contributo sociale alla Ssms, che si traduce in una personal card della durata un anno, si ha diritto all'erogazione di un numero illimitato di prestazioni sanitarie fra quelle offerte, esami diagnostici e visite specialistiche - ma niente ricoveri - a un prezzo che nell'80% dei casi è inferiore al ticket, presso le strutture sanitarie private o i liberi professionisti convenzionati. E la prestazione viene erogata entro pochi giorni dalla prenotazione. Per fare qualche esempio, un'ecocardiografia dell'addome completo costa all'associato 40 euro,

contro un ticket per il Ssn di 52,95 e un prezzo di 120 euro nel privato; una risonanza magnetica costa 75 euro per il socio Ssms, contro i 66,15 del ticket e a fronte di un costo totale della prestazione che in ambito privato è di circa 220 euro. La cifra rimanente la mette la società di mutuo soccorso. In fase iniziale, nel caso in cui il numero degli associati non garantisca ancora al fondo della mutua privata di coprire tutte le prestazioni, interviene la struttura convenzionata che eroga la visita o l'esame, in attesa della fase in cui si raggiungerà il punto di pareggio. Per l'adesione non ci sono limiti di età né vincoli relativi a patologie pregresse. E la Family Card estende i vantaggi per il socio anche ai suoi familiari, inclusi conviventi "more uxorio".

Secondo i promotori dell'iniziativa, il costo non poteva essere pari a zero per l'utente, oltre che per una questione di sostenibilità economica anche per una forma di responsabilizzazione del singolo, che in questo modo partecipa all'onere della prestazione, ma in maniera limitata.

Le strutture che aderiscono possono offrire una tariffa agevolata oppure essere a convenzione percentuale: nel primo caso si tratta semplicemente di un accordo fra Ssms e la struttura privata che sconta le proprie tariffe con il vantaggio di aumentare il proprio flusso di clienti; nel secondo caso invece c'è una effettiva compartecipazione della spesa da parte della Ssms.

L'operazione ha ottenuto già le prime sponsorizzazioni come quella della Bcc, Banca di credito cooperativo di Casalgrasso che offre gratuitamente la Personal Card del valore di 70 euro ai nuovi correntisti che accreditino lo stipendio o la propria pensione presso una delle proprie sedi.

A oggi gli iscritti alla Ssms sono oltre mille, ma il punto di pareggio si raggiungerà solo al superamento delle 7.000 adesioni. Senza pericolo di concorrenza con il pubblico, anzi, secondo Saccone, «Le società di mutuo soccorso rappresentano un vantaggio sia per i singoli cittadini che per le organizzazioni sanitarie pubbliche, poiché vengono incontro alla domanda di sanità quotidiana, nonché finanziano la prevenzione secondaria». Infine il costo sia della card che delle prestazioni risulta essere deducibile per l'associato e le aziende possono dedurre dal reddito d'impresa il contributo sostenuto per i propri dipendenti.

Silvia Alparone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANGOLO DI PENNA

Decidere insieme al paziente: strategia efficace per ridurre i costi?

di Nino Cartabellotta *

La crescente enfasi sull'assistenza centrata sul paziente richiede ai medici sempre più tempo e sforzi per coinvolgere i pazienti nelle decisioni terapeutiche; di conseguenza, è indispensabile conoscere i reali benefici del processo decisionale condiviso (Pdc) - shared decision making - che ha due obiettivi fondamentali: fornire ai pazienti informazioni complete sul profilo rischi-benefici delle diverse opzioni terapeutiche e integrare nel processo decisionale i loro valori e loro preferenze.

Le ragioni che sostengono il Pdc sono tradizionalmente due: innanzitutto, i medici hanno l'obbligo etico di coinvolgere i pazienti nelle decisioni terapeutiche perché sono proprio loro - insieme a familiari e caregiver - a "subire le conseguenze" di queste decisioni; in secondo luogo, le evidenze dimostrano che un mag-

MARCHE

Intesa sui trasporti

Il cane-guida

SARDEGNA

Fondi per i disabili

Doctor33

feb 7 2018

Convenzioni, vicini alla svolta. Verso un ricalcolo del massimale: ecco le novità

In Lombardia è stato concluso un accordo regionale che alza il massimale a un medico ogni 1800 abitanti nelle zone disagiate e a uno a 2000 con le scelte in deroga, ma accordi di questo genere sembrano andare al di là delle competenze delle Regioni, ad esempio quello altoatesino fu impugnato da Fimmg e bocciato dalla Cassazione quattro anni fa. «Al di là di quello che le Regioni fanno nella loro competenza, e sulle pronunce della Corte Costituzionale in merito, le cose stanno così: la legge 502 del '92 come modificata nel 2012 dalla legge Balduzzi statuisce che il rapporto ottimale sia definito dalle Regioni, ma il massimale debba essere fissato dagli accordi nazionali. Pertanto noi stiamo lavorando al ricalcolo del massimale in convenzione, secondo le indicazioni fornite dall'atto di indirizzo».

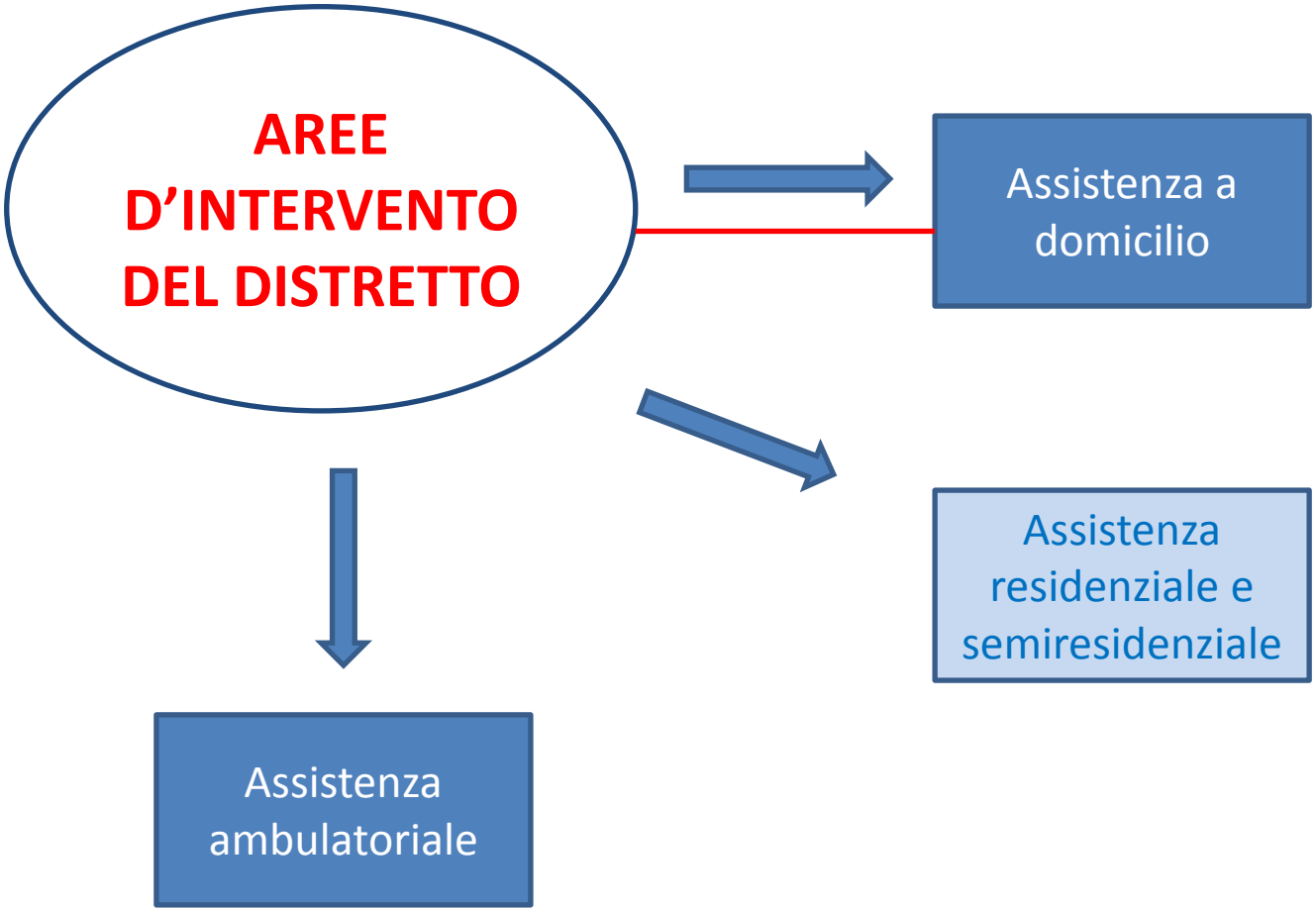
Sanità integrativa. Giannini (Ansi): "Mutualità è chiave per risolvere il problema dell'assistenza"

Per il vicepresidente dell'Associazione nazionale sanità integrativa "le strutture mutualistiche offrono servizi di qualità, con tempistiche adeguate e costi contenuti". E puntare sul loro contributo "significa liberare risorse pubbliche da utilizzare per rinforzare i presidi sanitari di base".

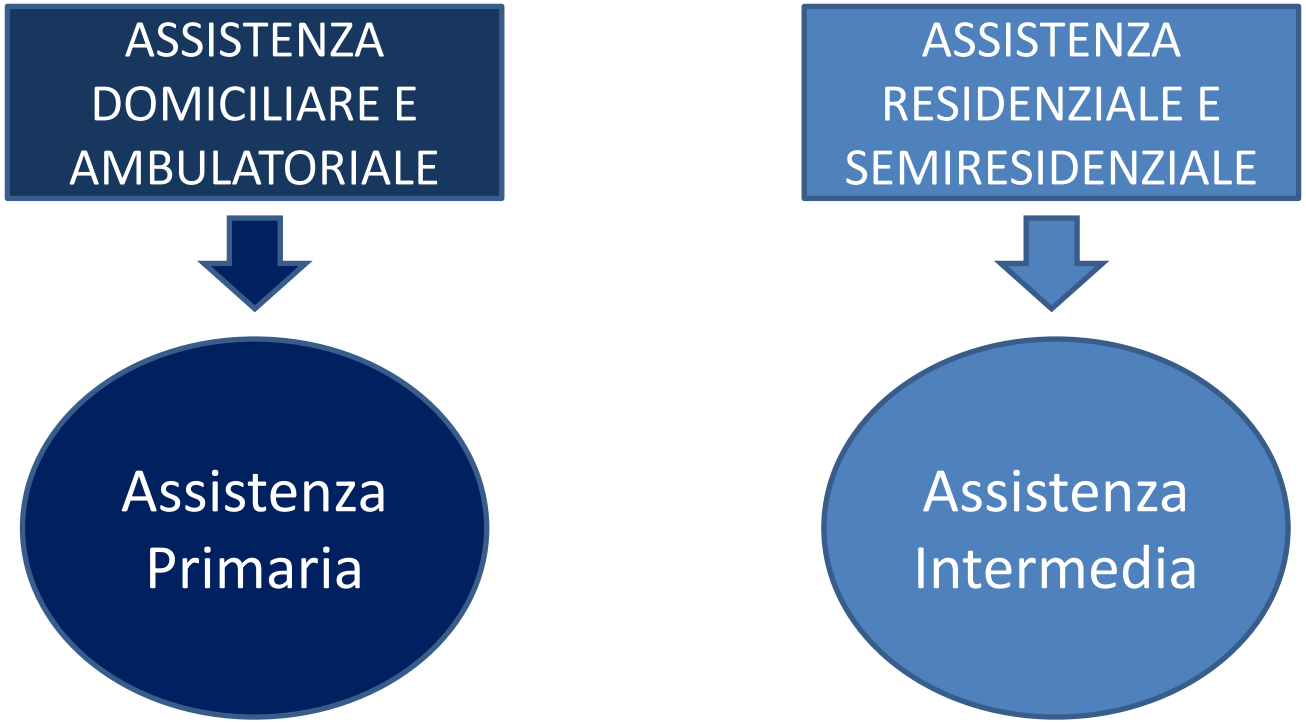
30 MAG - La normativa da uniformare, l'esempio della mutua ligure, le potenzialità del welfare aziendale e i meccanismi di controllo. La sanità integrativa è una sfida da vincere su più piani. Ne abbiamo parlato con Enzo Giannini, vicepresidente dell'Ansi.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Servizio organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni (coordinamento di MMG, Specialisti, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sanitari, Psicologi, Assistenti Sociali, etc.), che **assistite a casa** i bisognosi con programmi personalizzati, facenti seguito alle dimissioni ospedaliere o finalizzati ad evitare quanto più possibile ricoveri in ospedale o casa di riposo.



(Mete R. , Salvadori P. IL DISTRETTO E I NUOVI LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute. SEU, 2017)



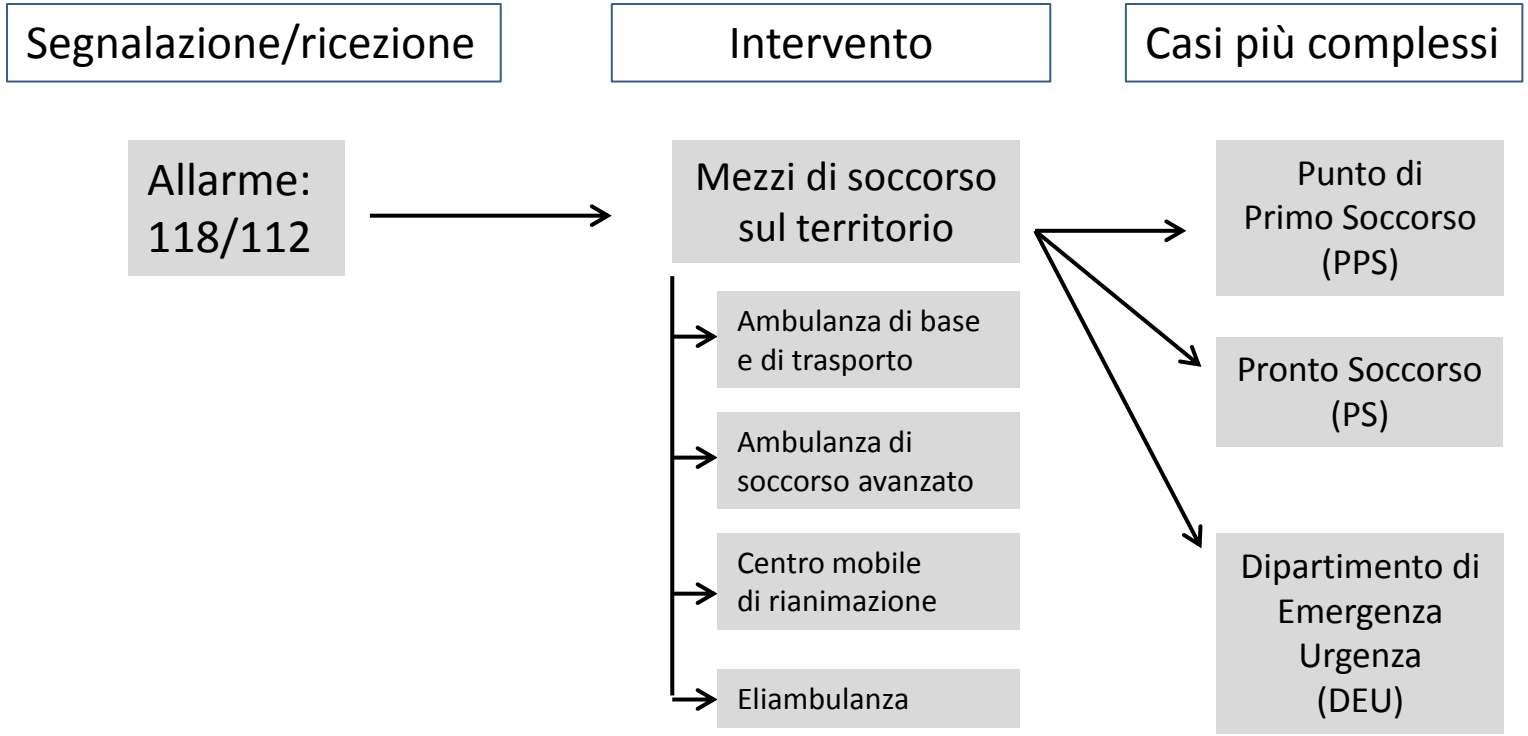
(Mete R. , Salvadori P. IL DISTRETTO E I NUOVI LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute. SEU, 2017)

TARGET DI POPOLAZIONE ED ATTIVITA' DEL DISTRETTO

Utente	Esempi di assistenza
Sano	Promozione della salute Prevenzione primo/secondo livello
Con bisogno semplice	Consultorio Assistenza Specialistica Assistenza Farmaceutica
Cronico	Gestione della cronicità Sanità d'iniziativa Riabilitazione Continuità Ospedale-Territorio
Non autosufficiente/fragile	Assistenza Domiciliare Assistenza Residenziale Assistenza Intermedia
In fase terminale	Assistenza fine vita Cure palliative

(Mete R. , Salvadori P. IL DISTRETTO E I NUOVI LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute. SEU, 2017)

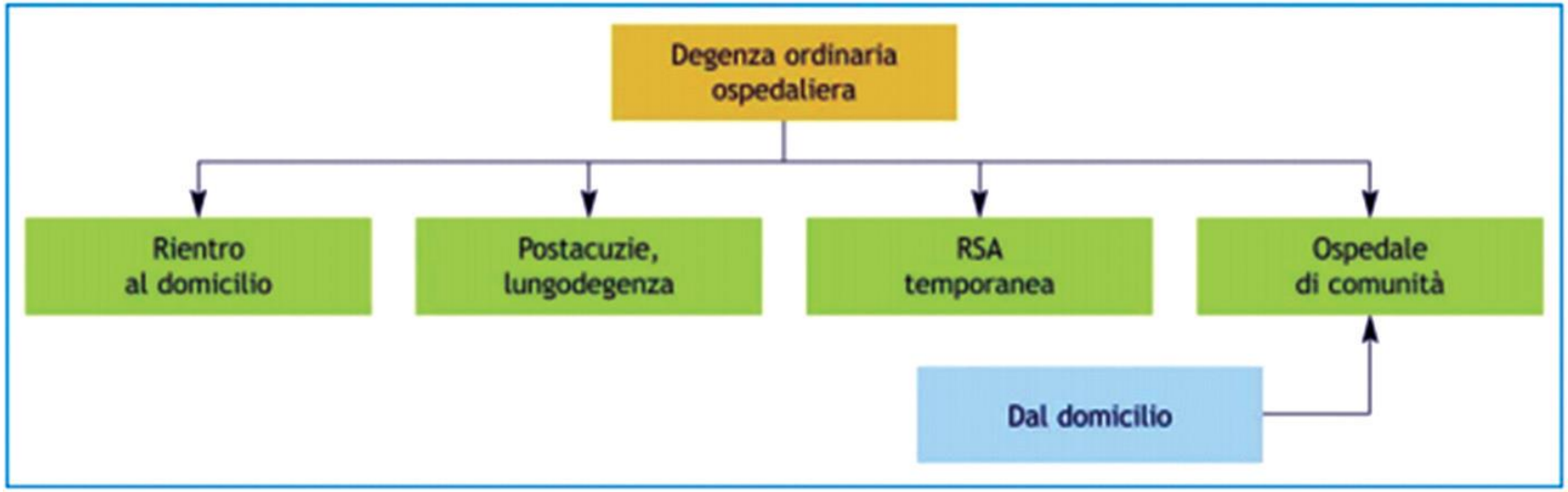
Sistema dell'Emergenza Sanitaria in Italia



(Mete R. , Salvadori P. IL DISTRETTO E I NUOVI LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute. SEU, 2017)

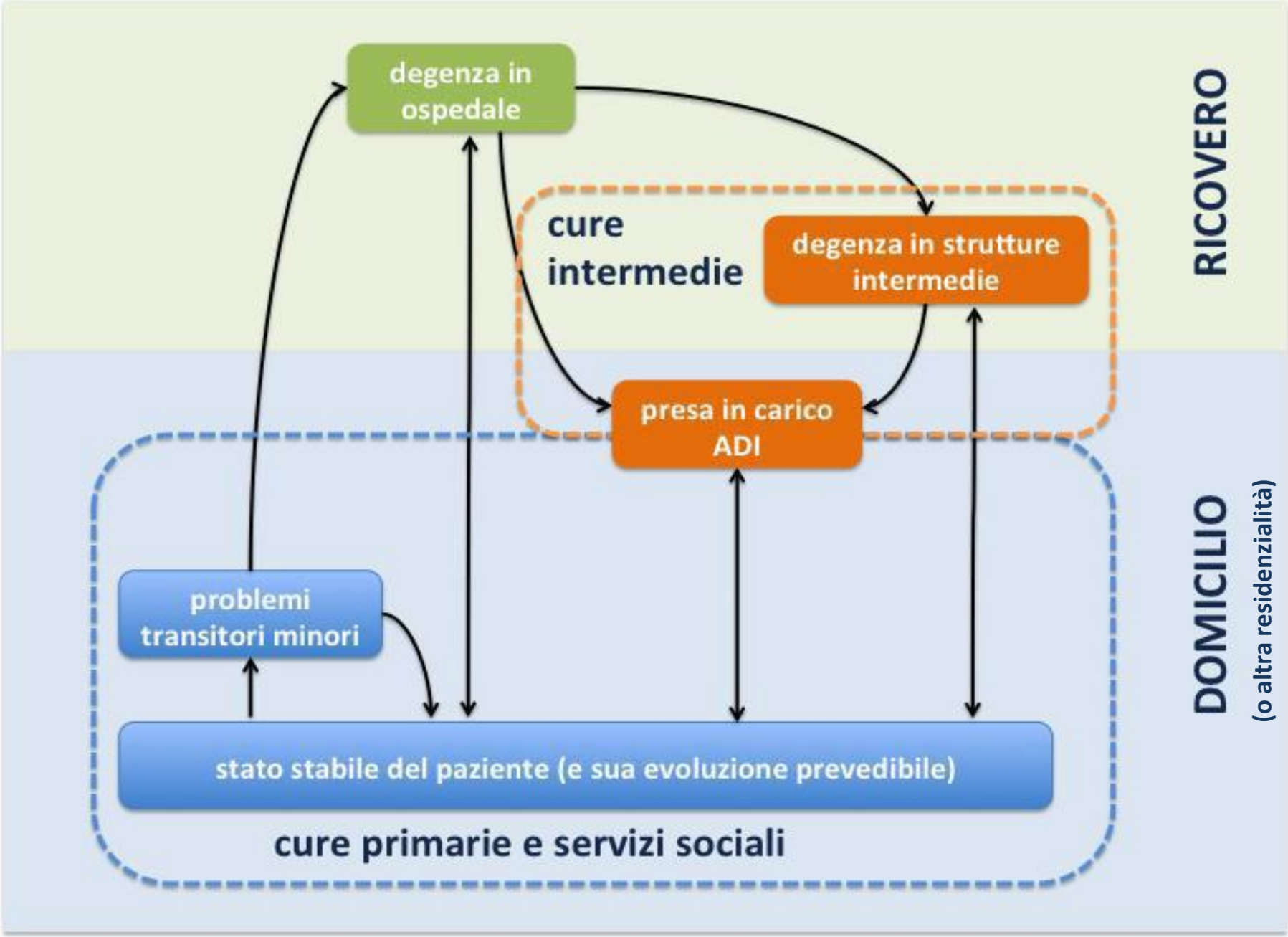
STRUTTURE INTERMEDIE

Chiamiamo "**intermedie" quelle cure di cui il paziente** fruisce una volta dimesso dall'ospedale per acuti essendo ancora in situazione di malattia e non sufficientemente stabilizzato da rientrare a domicilio ("*dimissione protetta*"). Possono essere erogate anche a soggetti provenienti direttamente dal territorio, ad esempio arruolati nel *Chronic Care Model.*
Il **presidio di cure intermedie può definirsi come una struttura extraospedaliera residenziale temporanea**. Si tratta di un' ampia ed eterogenea gamma di soluzioni finalizzate a colmare la domanda di **continuità ed integrazione tra Ospedale e Territorio.**



ESEMPI DI *STRUTTURE INTERMEDIE*

- **Ospedale di Comunità** - *Country Hospital* (struttura territoriale, per lo più a gestione infermieristica, laddove *Case Manager* è il MMG di ciascun paziente, il quale si avvale delle consulenze specialistiche in proiezione dall'Ospedale o dal Distretto);
- **Strutture di Riabilitazione Intensiva**;
- ***Hospice*** (struttura ad elevata intensità assistenziale, necessariamente territoriale, dedicata a pazienti terminali, perlopiù oncologici);
- ***Nursing home*** (talora indistinguibili dal *Country Hospital* o dalla RSA);
- **Residenza Sanitaria Assistenziale** (RSA) (ricoveri fino a 30 giorni, limite entro il quale usualmente è garantita la completa gratuità, contrariamente alle **Residenze Protette**, non a termine, per le quali è previsto il pagamento di una quota della retta da parte dell'ospite e di una quota da parte del Comune-Servizi Sociali);
- alcuni Ospedali propongono "**Aree di Cure infermieristiche**", che poi possono anche proiettarsi al domicilio del paziente in più complesse ed onerose sperimentazioni di **Ospedalizzazione Domiciliare**).


degenza in ospedale
cure intermedie
degenza in strutture intermedie
presa in carico ADI
problemi transitori minori
stato stabile del paziente (e sua evoluzione prevedibile)
cure primarie e servizi sociali
RICOVERO
DOMICILIO
(o altra residenzialità)

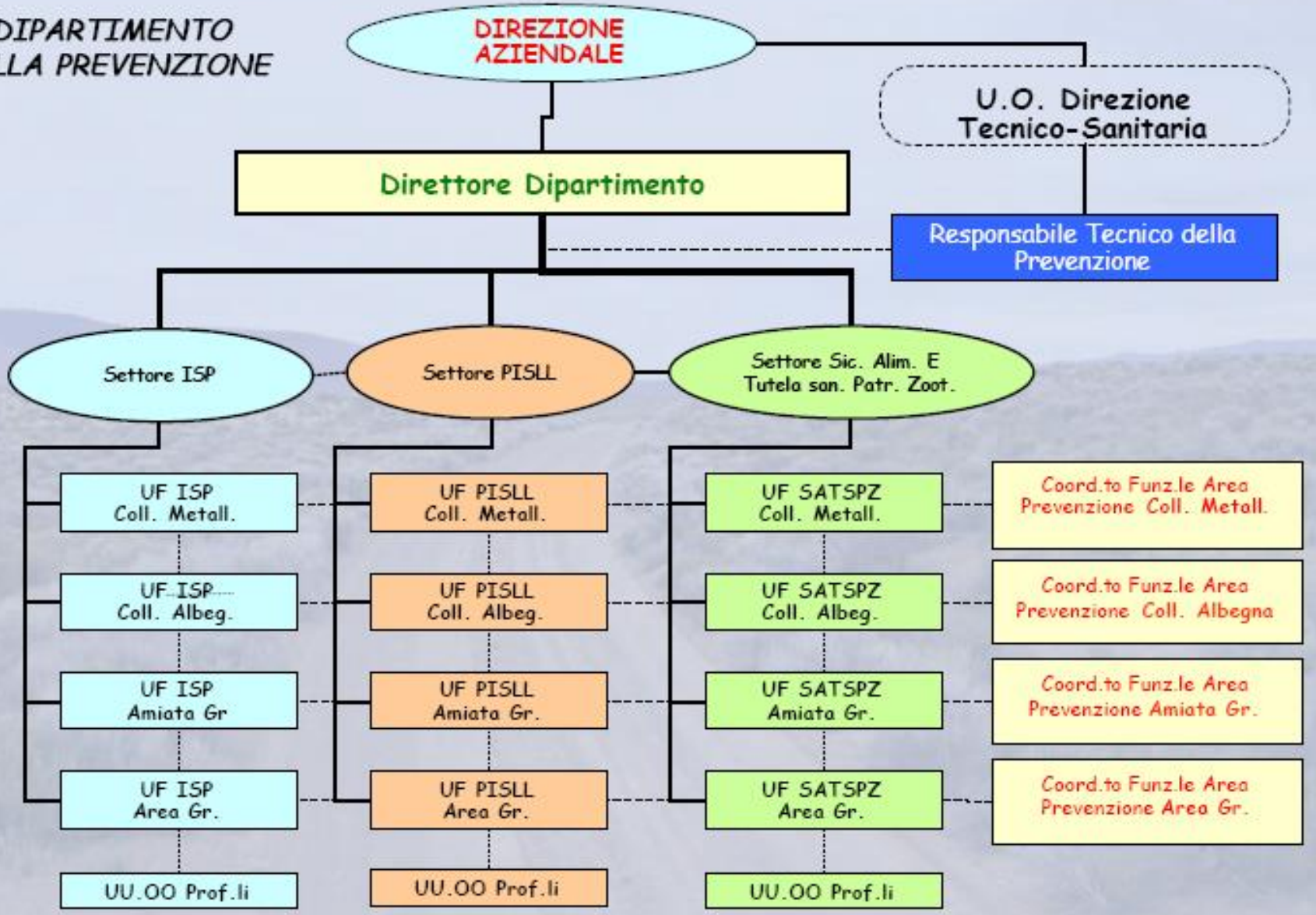
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura operativa che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con gli altri Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Funzioni del
Dipartimento di Prevenzione

- Profilassi delle malattie infettive parassitarie
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita
- Tutela della collettività e dei singoli i ambiente di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE



SST Azienda USL 9 Grosseto
Servizio Sanitario della Toscana

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
(e l'Unità Sanitaria locale)

ASSISTENZA OSPEDALIERA
(Ospedali)

ASSISTENZA TERRITORIALE
(Distretti sanitari di base)

PREVENZIONE COLLETTIVA
(Dip.Prevenzione)

ATTESA **INIZIATIVA**

UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240
nicola.nante@unisi.it
www.publichealth.it
N. Nante