



Cure Palliative e Cure Primarie 15 Giugno 2030

Pierangelo Lora Aprile

*Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area della Fragilità
Società Italiana di Medicina Generale*

#sanita2030



www.sanita2030.it



DISCLOSURE

In qualità di RELATORE, ai sensi dell'art.76 sul Conflitto di Interessi dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

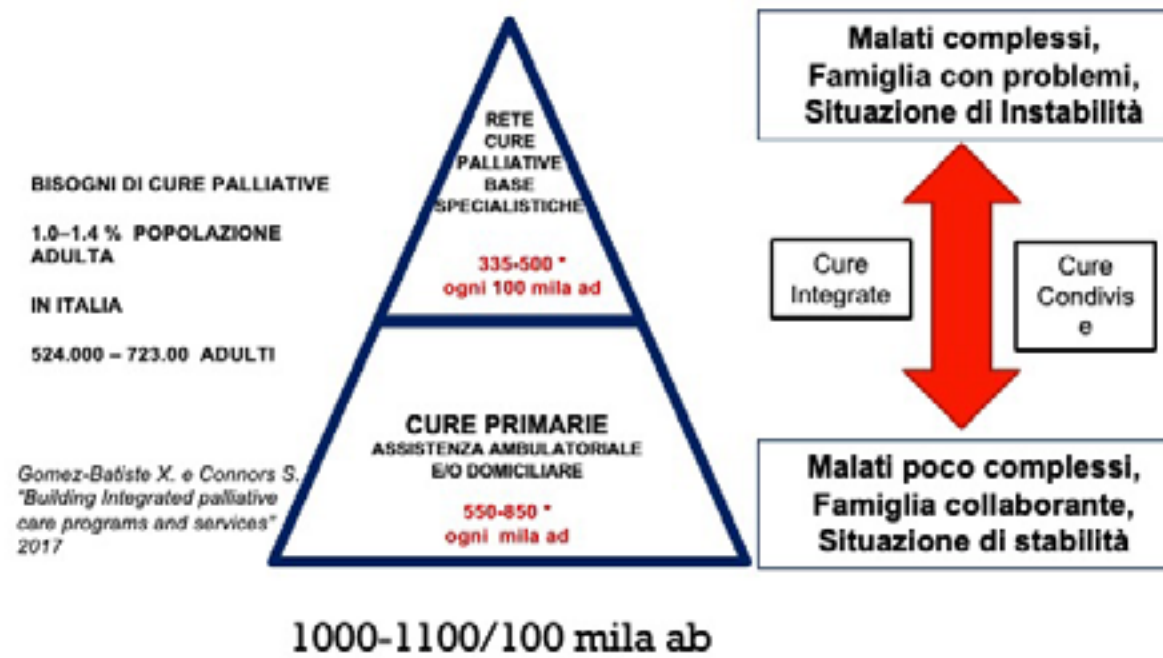
Dichiaro, inoltre, che i contenuti formativi esposti sono indipendenti da interessi commerciali.



Quanti sono i malati con bisogni di Cure Palliative

Chi se ne deve occupare ?

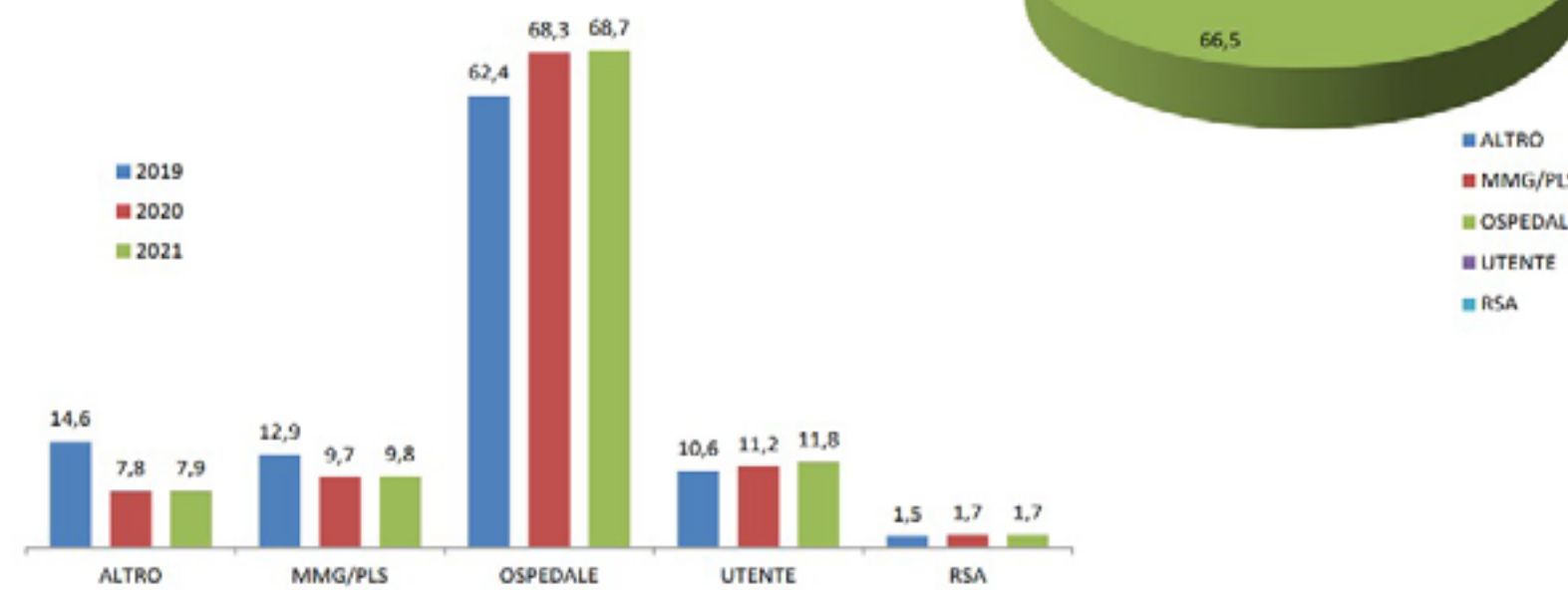
In quale Setting ?



* Fonte Sezione O CTS Min Sal 2018-2021



Provenienza segnalazioni per Hospice



Segnalazioni dal
 Medico di
 Medicina
 Generale

10 %



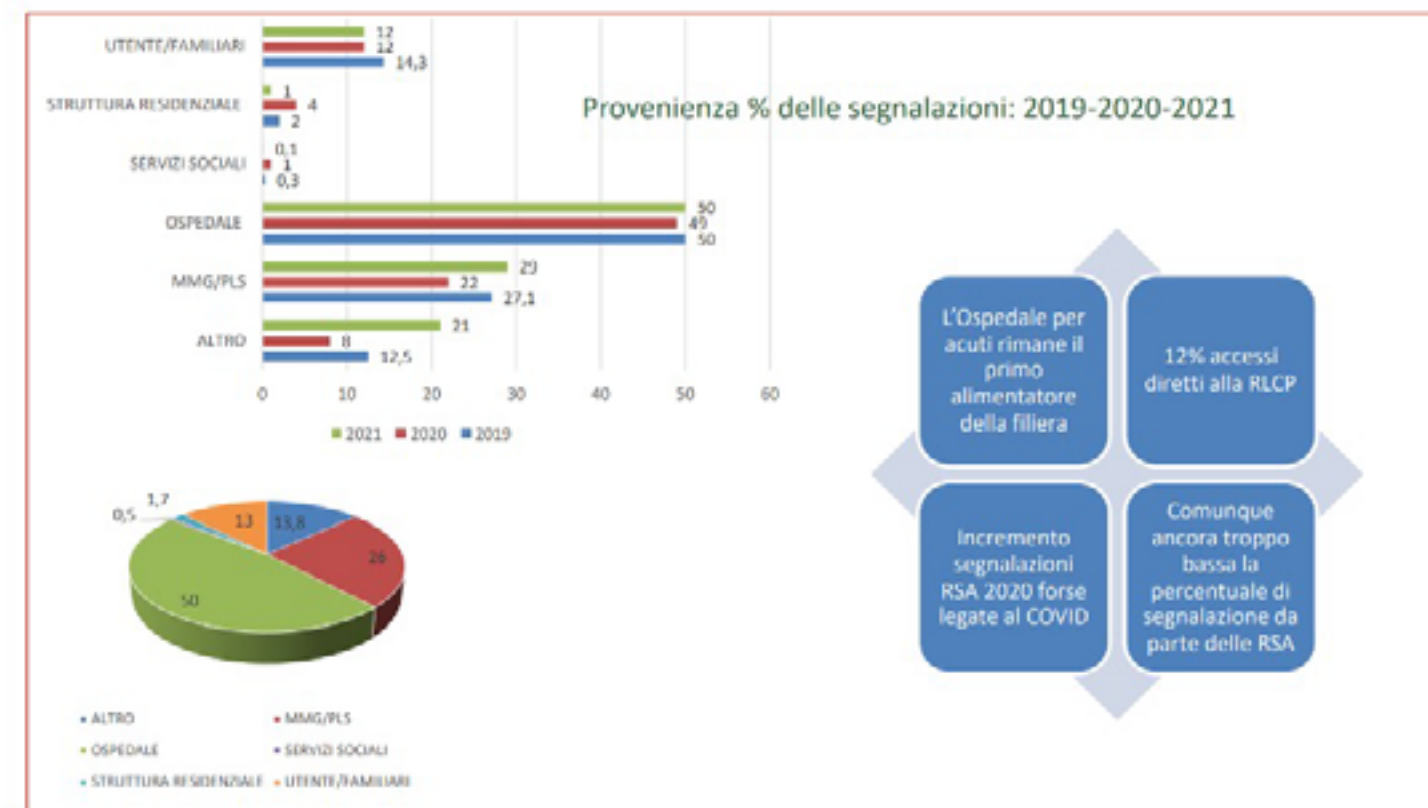
	N. Percorsi	% DA UCP-Dom	DURATA MEDIA	GdC	% OCCUPAZIONE	PERCORSI/100.000 ab.	N. PL 100.000 ab
2019	15000	16,4	17,2	258000	87	152,6	8,1
2020	13371	14,6	18,25	244020,75	82	133	8,1
2021	13277	15	17,4	231019,8	78	133,2	8,1

REGIONE LOMBARDIA

Analisi Qualitativa percorsi Hospice 2020-2021

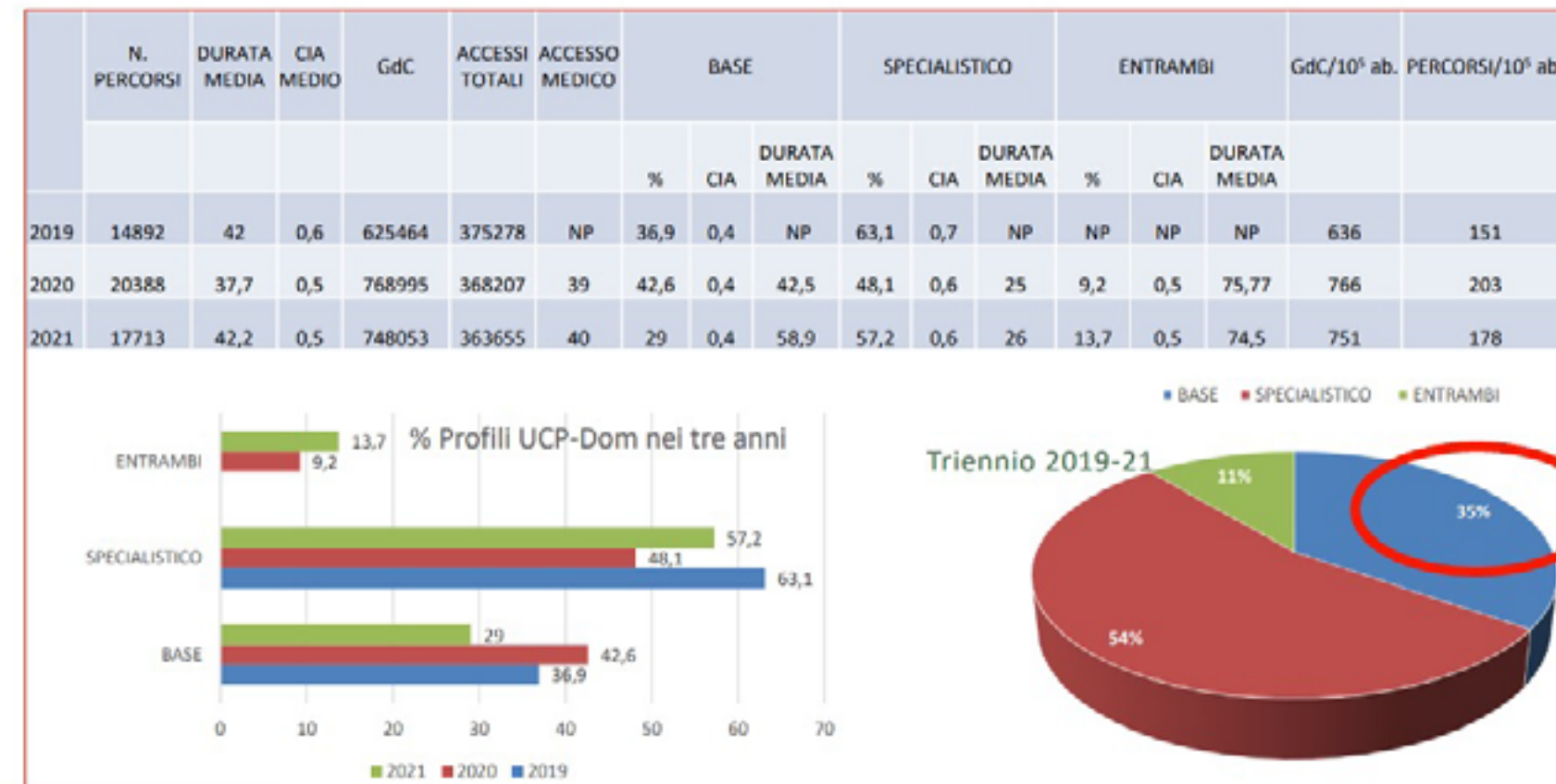
		2020		2021	
Percorsi > 6 mesi	32 (0,24%)	Percorsi < 10 gg	6.694 (50%)	Percorsi >3 mesi	311 (2,3%)
				Provenienti da UCP-Dom	1950 (14,6%)
Percorsi > 6 mesi	33 (0,20%)	Percorsi < 10 gg	6.715 (50,6%)	Percorsi >3 mesi	259 (1,95%)
				Provenienti da UCP-Dom	1994 (15%)

ANALISI QUANTITATIVA PERCORSI HOSPICE



**Segnalazioni
 UCPDom
 dal Medico di
 Medicina
 Generale**

26 %



REGIONE LOMBARDIA:

ANALISI QUANTITATIVA PERCORSI UCPDom



Anni di riferimento: 2019-2020

	Hospice	UCP-Dom	Totale (%)	GdC (Degenza media in giorni per tipologia di malati)
Pazienti oncologici # degenza media	18.390 # 18,5	23.430 # 45,5	41.820 (72,8)	1.396.619 (33)
Pazienti non oncologici	8.818	6.829	15.647 (27,2)	419.772 (27)
Totale	27.208	30.259	57.467	1.816.391
Giornate di Cura (Degenza media in gg)	458.666 (17)	1.357.725 (45)		

PRESA IN CARICO MALATI

**ONCOLOGICI
NON ONCOLOGICI**

73/27



NEL 2023 LA MEDICINA GENERALE DEL NOSTRO PAESE ATTRAVERSAVA UNA CRISI PROFONDA

- CARENZA DI MEDICI IN ALCUNE AREE CON MANCANZA DI UN RICAMBIO GENERAZIONALE
- STUDI DEI MMG ERANO INADEGUATI: NON ESISTEVA UNO STANDARD CHE GARANTISSE UNA QUALITÀ DI OFFERTA
- IL PERCORSO DI FORMAZIONE POCO RISPONDENTE AD UN ESERCIZIO EVOLUTO DI UNA PROFESSIONE COMPLESSA: NON ESISTEVA LA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE !
- I MODELLI CONTRATTUALI RISALIVANO AL 2000: NON DEFINIVANO STANDARD DI CURA E NON RICONOSCEVANO OUTCOMES PROFESSIONALI: I MMG ERANO PAGATI A QUOTA CAPITARIA ! ... NESSUNA ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO PER OBIETTIVI RAGGIUNTI
- IL PERSONALE INFERMIERISTICO E DI STUDIO ERA INFERIORE A 0.5 PERSONE/MEDICO (BENCHMARK EUROPEO:2.3, UK: 3,2)
- L'OFFERTA DI CURA IN GENERALE ERA INSUFFICIENTE A COPRIRE I BISOGNI DI CURA DELLA POPOLAZIONE
- IL LAVORO IN TEAM ERA EPISODICA...NON SISTEMATICA...NON DEFINITA DA REGOLE



Half of all GP surgery buildings 'unfit' for purpose

27-Feb-2019
Design & Build | Estates and Facilities

British Medical Association calls for urgent capital investment after report reveals shocking state of UK's primary care facilities

The British Medical Association (BMA) has called for urgent capital investment in primary care facilities after a worrying survey revealed that half of all buildings are unfit for purpose.

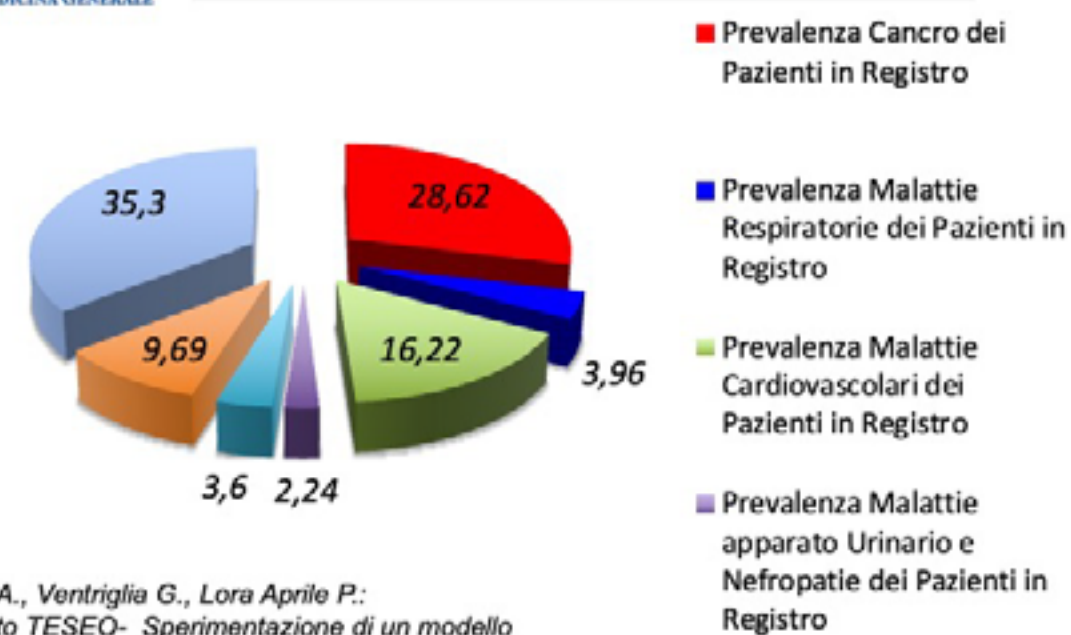
General Practice Premises Policy Review

General Practice Premises Policy Review Publishing approval number: 000127
Version number: 1 First
published: June 2019
Prepared by: Primary Care Strategy and NHS Contracts Group



TESEO

2.725 MALATI (1% assistiti) – 70% non oncologici



Magni A., Ventriglia G., Lora Aprile P.:
 Progetto TESEO- Sperimentazione di un modello
 formativo centrato sulla attività di un MMGcPI. *Rivista Simg*, n.5, 2014)



Progetto di ricerca Teseo-Arianna

**STUDIO OSSERVAZIONALE
 SULL'APPLICAZIONE DI UN MODELLO
 INTEGRATO DI CURE PALLIATIVE
 DOMICILIARI NELL'AMBITO DELLA RETE
 LOCALE DI ASSISTENZA A FAVORE DI
 PERSONE CON PATOLOGIE EVOLUTIVE CON
 LIMITATA ASPETTATIVA DI VITA**

Scaccabarozzi G.L., Amodio E., Pellegrini G., Limonta F., Lora Aprile P., Lovaglio P.G., Peruselli C., Crippa M. et Al. *The Arianna Project an observational study on a model of early identification of Patient with Palliative Care Needs Trought Integration between Primary Care and Italian Palliative Care Unit. Journal of Palliative Medicine Vol XX, Numero XX, 2018*

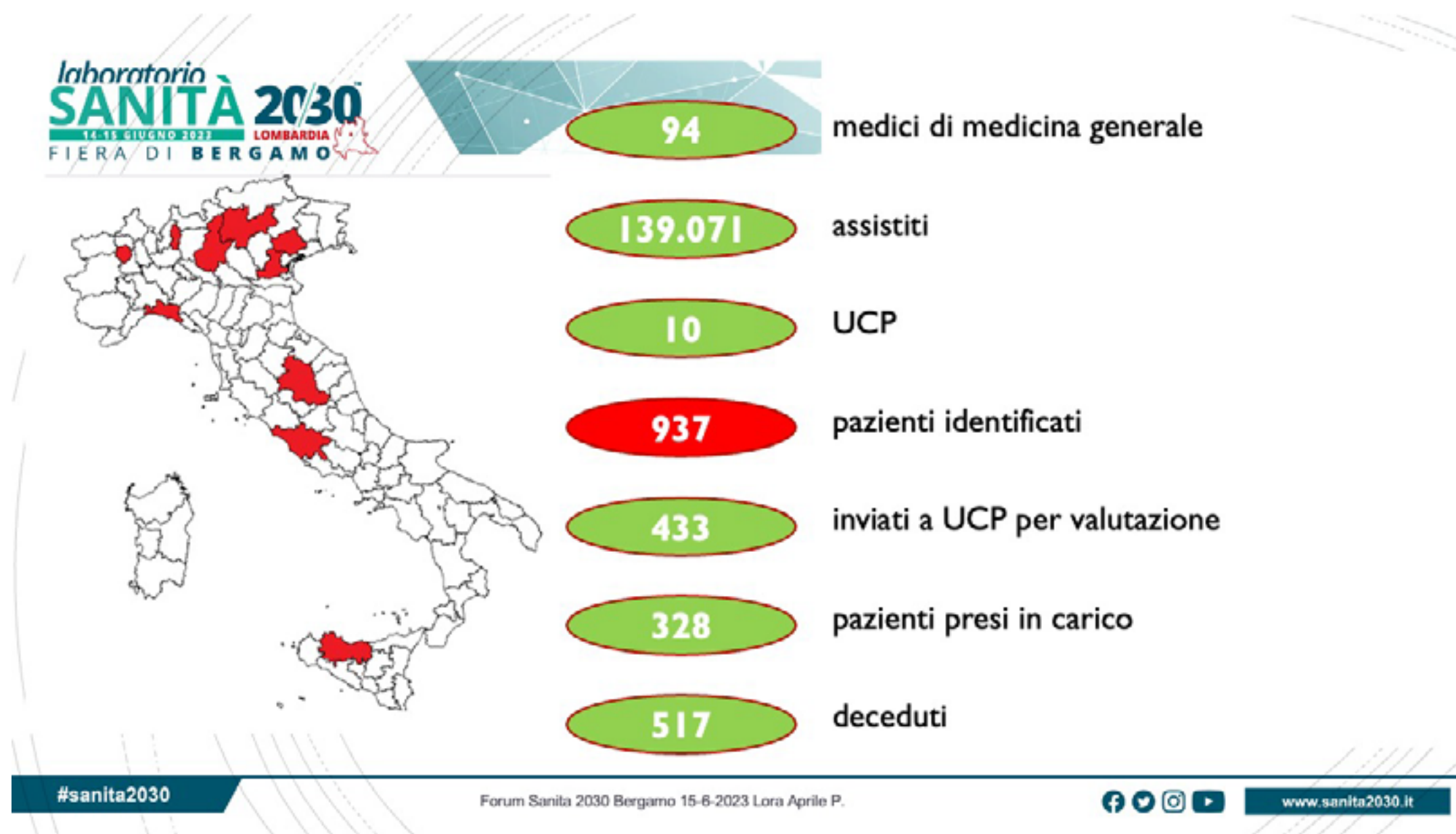
#sanita2030

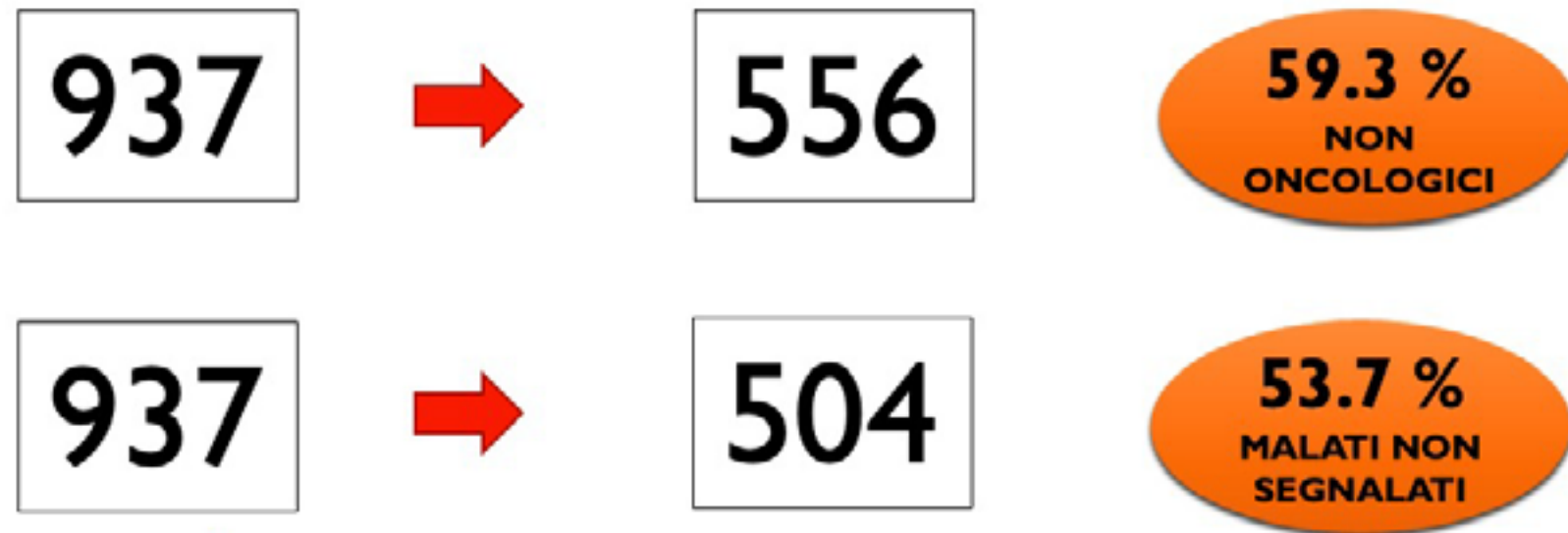
Forum Sanita 2030 Bergamo 15-6-2023 Lora Aprile P.



www.sanita2030.it









MEDICI DI MEDICINA GENERALE ESPERTI IN CURE PALLIATIVE

14



1. PROGETTARE ATTIVITA' FORMATIVA:

- CORSO FORMAZIONE SPECIFICA PER MMG
- FORMAZIONE CONTINUA AZIENDE SANITARIE
- FORMAZIONE SUL CAMPO GRUPPO DI MMG

2. CONSULENZA TRA PARI

- NORMALMENTE NON «BED SIDE»
- SPESSO TELEFONICA O IN TELECONSULTO
- IN VIA ECCEZIONALE IN PRESENZA DEL MALATO

3. MONITORAGGIO DEI TEAM DI MMG SUI PERCORSI (AFT)

- PIATTAFORME INFORMATICHE PER COSTRUIRE INDICATORI SINTETICI DI PERFORMANCES
- AUDIT CON GRUPPO DI MEDICI MMG
- FACILITAZIONE TRA GRUPPO DI MMG E RETI SP.

4. RICERCA

- CON LE ISTITUZIONI (MINISTERO, ISS, AGENAS)
- CON UNIVERSITA'
- CON LE SOCIETA' SCIENTIFICHE



Il 20° è stato il secolo dell'ospedale...
Il 21° sarà il SECOLO del SISTEMA

(How to build healthcare systems, 2012)



▪ **La Sanità di Iniziativa:**

- Dal Bisogno rilevato (Prendersi Cura delle Persone con Cronicità Avanzata e Fragili)
Alla Identificazione delle popolazione target (cronici, multi-morbidi, fragili, con limitata attesa di vita)

▪ **Un Percorso Unico con Pianificazione Anticipata delle Cure**

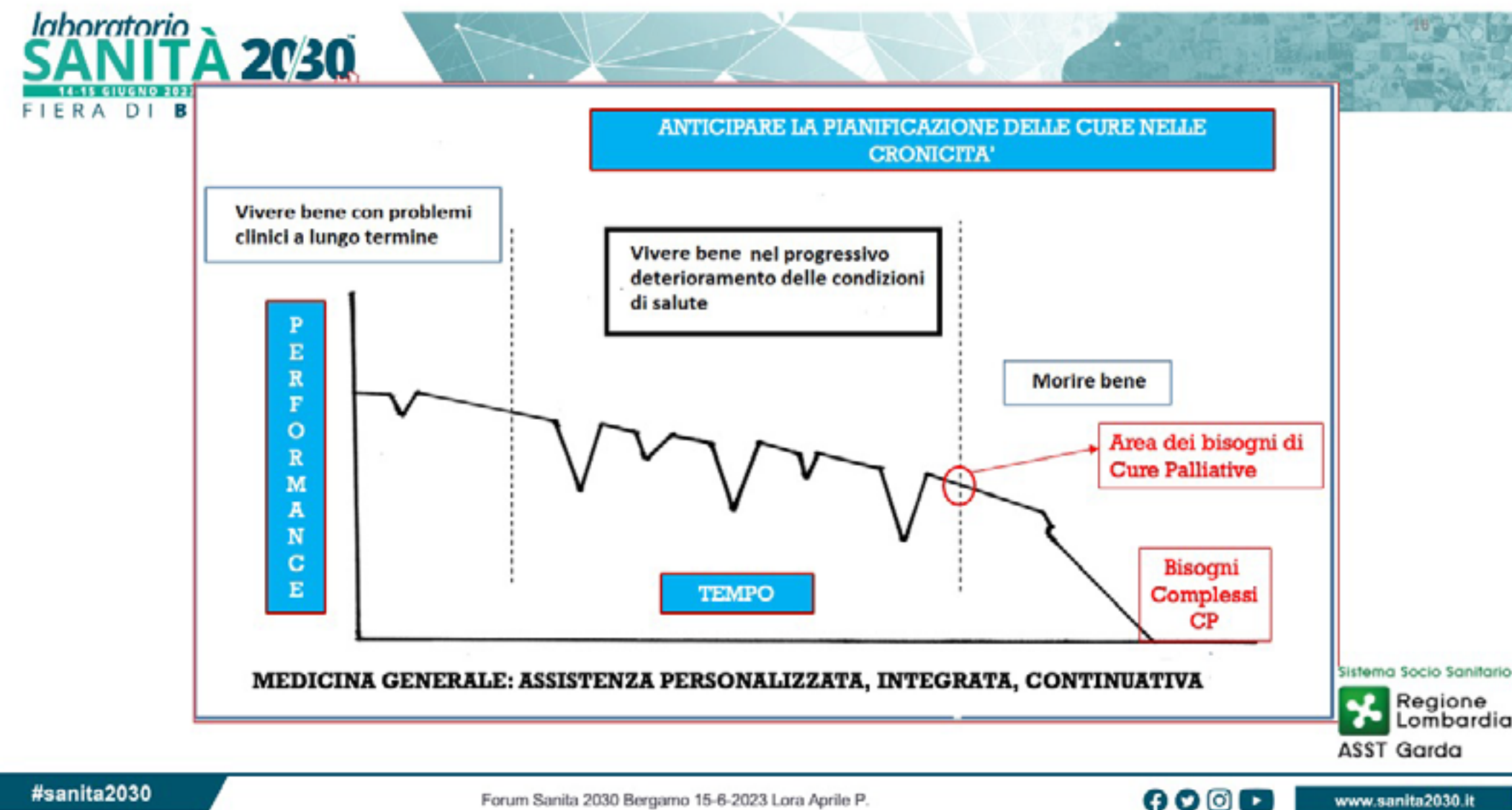
- Dall'utilizzo di molteplici strumenti (spesso non finalizzati al prendersi cura)
PDTA condiviso, ad una Valutazione Multidimensionale con criteri validati (coerente con le finalità del percorso, uniforme, informatizzato) finalizzata al Piano di Assistenza Individuale

ad un

▪ **Un Percorso Integrato/Interconnesso**

- Dalla compilazione di schede domiciliari cartacee (senza alcuna possibilità di recupero né di condivisione dei dati) alla digitalizzazione nativa dei dati e alla condivisione dei flussi informativi con la Rete dei Servizi e delle offerta di cura premessa per un Piano Nazionale Esiti delle Cure Domiciliari

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda





Processo di identificazione e assessment dei malati con potenziali bisogni di cure palliative

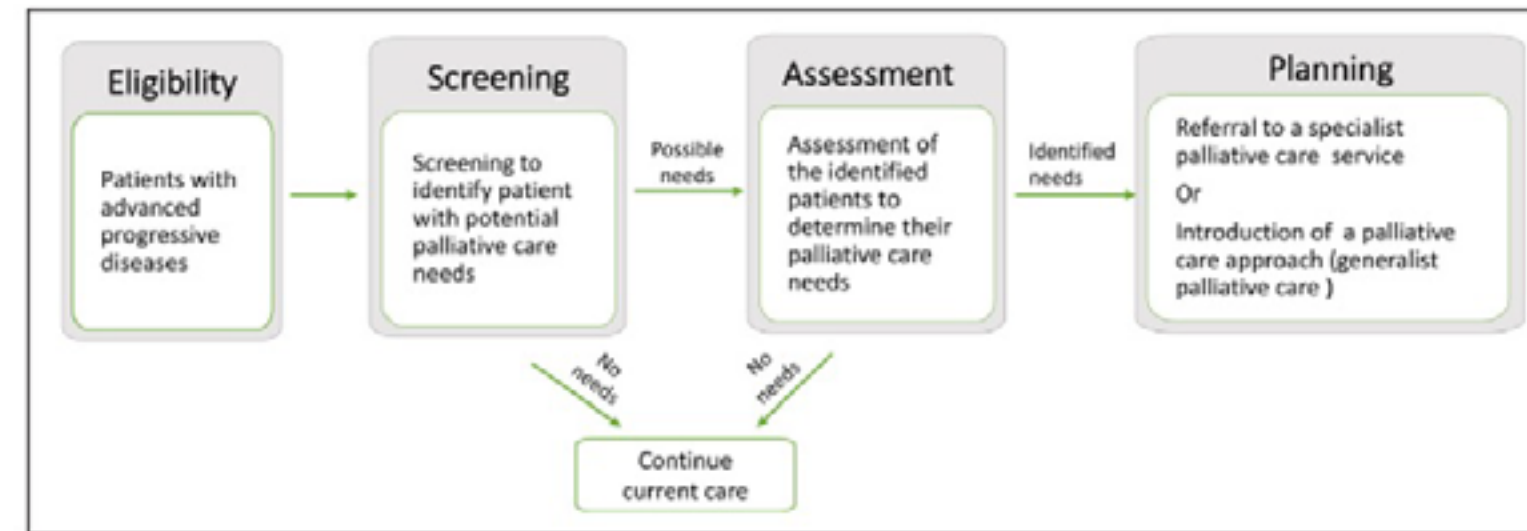


Figure 2. The process of patient identification and assessment of palliative care needs.

EIMokhallalati Y. et al. «Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care»
 Palliative Medicine June 2020



Health Search - Frailty Index (HS-FI)

- 1 • IDENTIFICARE FRAGILI PER PREVENIRE/RITARDARE
- 2 • STRATIFICARE (score di fragilità)
- 3 • VALUTARE I BISOGNI PER ASSEGNARE I MALATI AI SETTING CURA APPROPRIATI
- 4 • IDENTIFICARE I MALATI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE
- 5 • VALUTARE I BISOGNI DEI MALATI CON BISOGNO DI APPROCCIO PALLIATIVO
- 6 • IDENTIFICARE I MALATI CON BISOGNI COMPLESSI PER SEGNALARLI ALLA RETE

DEFICIT
 Malattie
 Sindromi
 Segni
 Sintomi
 Disabilità
 Caratteristiche socioec.



Vetrano D.L., Zucchelli A., Onder G., Fratiglioni L., Calderón-Larrañaga A., Marengoni A., Marconi E., Cricelli I., Lora Aprile P., Bernabei R., Cricelli C., & Lapi F. Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC-FI). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30350-3>

#sanita2030

Forum Sanità 2030 Bergamo 15-6-2023 Lora Aprile P.



www.sanita2030.it





Health Search - Frailty Index (HS-FI)

- Diario
- 10 Malattia a stenotica (ATORVASTATINA) (NO DETTO PER SCHERZO)
 - 19 K PROSTATA ADENOCARCINOMA CT20-T3A N1M0 G53+4
 - 15 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
 - 18 DIABETE MELLITO TIPO 2 DIETA EMOGLOBINA GLICATA 48
 - 18 DISCHINTE CRONICA OSTRUTTIVA
 - 16 STENO SI AORTICA SEVERA: PROTESI BIOE - POLIAM. MARZO 2016. FA AMMODARONE
 - 15 SCOMPENSO CARDIACO NYXIA III. RICOVERO E POI PROGRAMMATO INTERVENTO
 - 15 ANEURISMA AORTA SOTTORRENALE 53x49x70 ENDOPROTESI 09/18
 - 12 ICTUS CEREBRALE EMORRAGIA SUBARACNOIDEA ROTTURA ANEURISMA CAROTIDEO
 - 10 IPERTENSIONI SATELLITARIA
 - 17 ANEURISMA SIFONE CAROTIDEO DX 8 MM SX E BASILARE
 - 16 TACHICARDIA PAROSISTICA SOPRAVENTRICOLARE ATRIALE POLIFOCALE PROPRIONE
 - 20 ROTTURA ATRAUMATICA COMPLETA CUFFIA ROTATORI DX SOTTOSPIROSO LESIONE PARZIALE RD
 - 18 OCCLUSIONE ARTERIA CENTRALE RETINA
 - 18 ARTRITI GENERALIZZATA
 - 17 APNEE NOTTURNE
 - 17 IPOACUSIA BILATERALE
 - 17 PREVENZIONE TUMORE COLON
 - 16 L'OMEGA 3
 - 16 ANAMNESI FAMILIARE MALATTIA ISCHEMICA CUORE fratello 48 anni IMA deceduto
 - 16 REFLESSO GASTROESOFAGEO
 - 16 IPERURICEMIA

DSS Prevenzione | Scadenze

Score prognostici:

- 🔴 Covid-HS Score (Indice di vulnerabilità per COVID-19: ALTO) ☒
- 🔴 Frailty-HS Score (Indice di fragilità: ALTO) ☒
- 🔴 TEV-HS Score (Rischio TEV a 30 gg: MOLTO ALTO) ☒
- 🟢 FRA-HS Score (Prob. fratture Osteop., Anca e Femore) ☒

Prevenzione primaria:

- ⚠️ 🚫 Fumo (Assente > 12 mesi) ☒

Prevenzione secondaria:

Score di Fragilità (Frailty-HS Score)

Questo score studia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

Il paziente ha uno score di Fragilità (livello di rischio di decesso a 3 anni) di grado: **ALTO**
 Raccontati 9 deficit su 25.

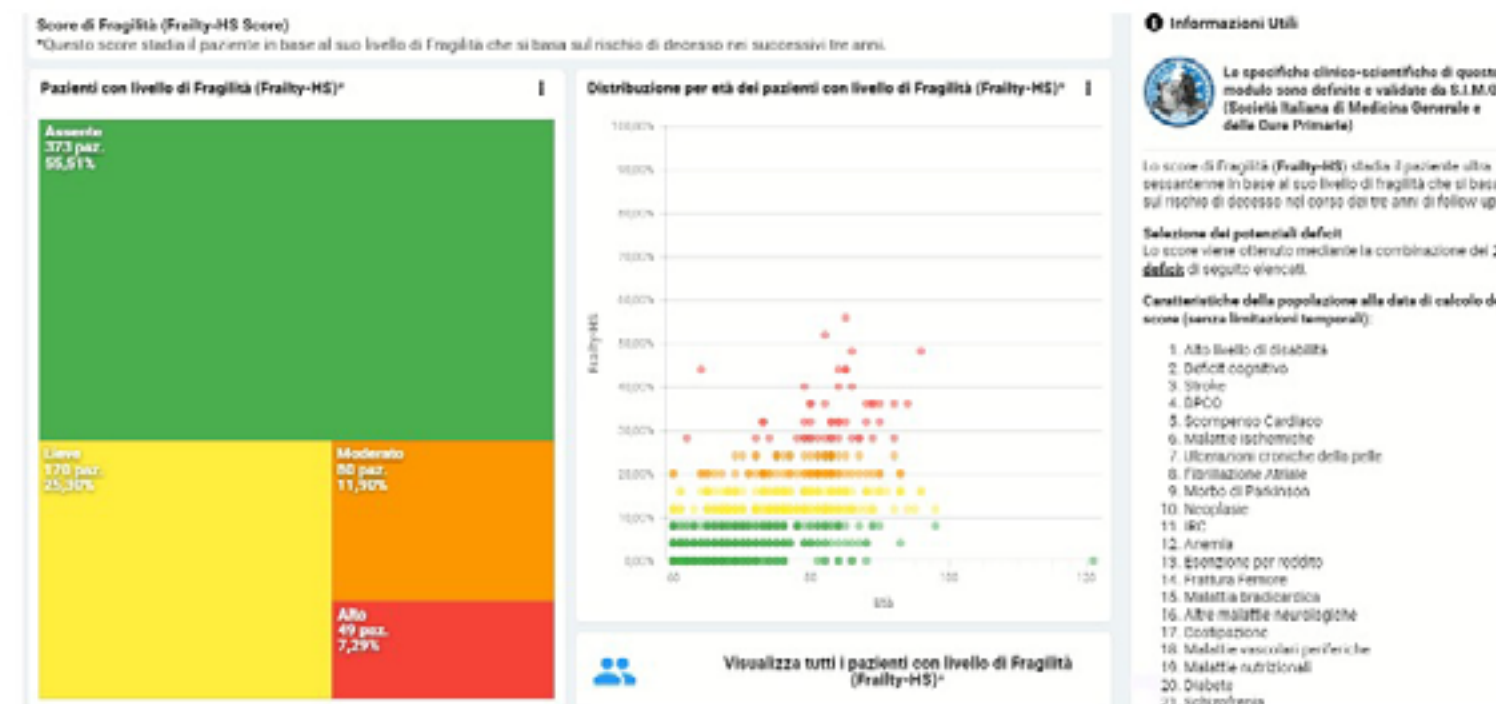
Fattori sui quali è stato calcolato il rischio per questo paziente:
 Deficit cognitivo, Stroke, BPCO, Scompensio Cardiaco, Neoplasie, BNC, Esercizio per reddito, Diabete, Ricovero ospedalieri.



POPOLAZIONE FRAGILE DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE



Popolazione totale : 1596 assistiti
Ultrasessantenni: 672 Fragili: 299





OGGETTO: PRESA ATTO SPERIMENTAZIONE MODELLO PRESA IN CARICO CRONICITÀ E MODELLO PRESA IN CARICO FRAGILITÀ



PROGETTO PILOTA FRAGILITÀ

MEDICI INSIEME GARDA
E
INFERMIERI DI
FAMIGLIA/COMUNITÀ



- 1) T0 = SCREENING DELLA POPOLAZIONE OVER 60 ANNI PER FRAGILITÀ
a) stratificazione dei pazienti in base al livello di FRAGILITÀ (assente-lieve-moderata-alta)
- 2) T1 = SCREENING DELLA POPOLAZIONE ALTAMENTE FRAGILE PER BISOGNI DI CURE PALLIATIVE
b) NECPAL
- 3) T2 = VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA POPOLAZIONE NECPAL POSITIVA
d) I-POS E PIANO PERSONALIZZATO DI CURE (PAI)
- 4) T3 = VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ NELLA POPOLAZIONE NECPAL POSITIVA
f) SDC-PALL E SEGNALAZIONE ALLA RETE (sub allegati E e F Regione Lombardia)
- 5) T4 = VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA POPOLAZIONE NECPAL NEGATIVA
h) BRIEF-MPI E PIANO PERSONALIZZATO DI CURA (PAI)
i) INDIRIZZO VERSO SETTING APPROPRIATO (RSA, ADI, RIABILITAZIONE)
l) RILIEVO DEI DEFICIT NEUROSENSORIALI (VISTA-UDITO)
m) ASSESSMENT NUTRIZIONALE (SARCOPENIA)
n) DEPRESCRIZIONE

Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia
ASST Garda



Alta Fragilità & Cure Palliative

	MEDICO 1	MEDICO 2	MEDICO 3	MEDICO 4	MEDICO 5	MEDICO 6	MEDICO 7	MEDICO 8	MEDICO 9	MEDICO 10	MEDICO 11	GRUPPO
ASSISTITI TOTALI	1555	1451	1558	1455	1608	1543	1628	1530	1569	1565	1614	17076
ASSISTITI TOTALI > 60 ANNI	561	408	572	295	435	656	417	513	425	547	448	5267
NON FRAGILI	72.55% (407)	72.95% (294)	61.01% (349)	73.9% (218)	53.79% (234)	55.79% (366)	68.11% (284)	60.82% (312)	73.65% (313)	66.36% (363)	72.01% (319)	65.67% (3459)
FRAGILI	27.45% (154)	27.05% (109)	38.99% (223)	26.1% (77)	46.21% (201)	44.21% (290)	31.89% (133)	39.18% (201)	26.35% (112)	33.64% (184)	27.99% (124)	34.33% (1808)
Fragilità lieve	20.5% (115)	15.38% (62)	21.85% (125)	17.97% (53)	24.6% (107)	24.09% (158)	20.38% (85)	24.37% (125)	18.82% (80)	23.58% (129)	18.28% (81)	21.26% (1120)
Fragilità moderata	4.63% (26)	7.69% (31)	10.84% (62)	6.1% (18)	12.41% (54)	12.96% (85)	6.71% (28)	9.16% (47)	5.65% (24)	6.4% (35)	7.22% (32)	8.39% (442)
Fragilità alta	2.32% (13)	3.97% (16)	6.29% (36)	2.03% (6)	9.2% (40)	7.16% (47)	4.8% (20)	5.65% (29)	1.88% (8)	3.66% (20)	2.48% (11)	4.67% (246)

- > Medici con stesso numero di assistiti hanno popolazioni molto diverse (anziani, fragili, multi-morbidi, con bisogni di Cure Palliative): range fragilità 77-290
- > Popolazione con livello di Fragilità Alta 4.76 % (246 assistiti)
- > Popolazione con livello di Fragilità Lieve 21.26 % (1.120)



MEDICINSIEME

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

Regione Lombardia – ASST GARDA – Medicina in Associazione Medici-Insieme - Desenzano del Garda (Brescia)

#sanita2030

Forum Sanità 2030 Bergamo 15-6-2023 Lora Aprile P.



www.sanita2030.it





ATTIVITA'	DESCRIZIONE	RESPONSABILITA'	TIMING TOTALE	TIMING MMG	TIMING IFEC	INTEGRAZIONE	OUTPUT	INDICATORI
SCREENING LIVELLO DI FRAGILITA' POPOLAZIONE ASSISTITA MMG	MEDICINA DI INIZIATIVA SU DATABASE ASSISTITI MMG: ESTRAZIONE PAZIENTI FRAGILI	IFEC ESTRAE DAI SINGOLI DATABASE DEL PROGRAMMA GESTIONALE LA LISTA DEGLI ASSISTITI	10'	0	10'		LISTA ASSISTITI STRATIFICATI PER LIVELLO DI FRAGILITA' ELETTRONICA E/O CARTACEA (LIEVE MODERATO ALTO)	NUMERI DI ASSISTITI OVER 60 MODERATAMENTE-ALTAMENTE FRAGILI/TOTALE ASSISTITI OVER 60
SCREENING DELLA POPOLAZIONE ALTAMENTE FRAGILE CON POSSIBILI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE	MEDICINA DI INIZIATIVA SU LISTA ASSISTITI ALTAMENTE FRAGILI ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI NECPAL PER IDENTIFICAZIONE ASSISTITI CON BISOGNI	MMG	2'/ASSISTITO FRAGILE (N ASSISTITI 10 - 50)	20' - 100' TOTALE	0	DEU, MCA, RETE LOCALE CP. Eventuali Specialisti di Branca per la compilazione di NecPal	LISTA DI ASSISTITI CON POSSIBILI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (REGISTRO ELETTRONICO)	NUMERO DI ASSISTITI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE/TOTALE ASSISTITI OVER 60 ALTAMENTE FRAGILI

Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Garda



ATTIVITA'	DESCRIZIONE	RESPONSABILITA'	TIMING TOTALE	TIMING MMG	TIMING IFEC	INTEGRAZIONE	OUTPUT	INDICATORI
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEGLI ASSISTITI CON POTENZIALI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (NECPAL POS)	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE UTILIZZANDO STRUMENTO VALIDATO (ES. IPOS)	IFEC CONTATTA L'ASSISTITO E VALUTA CONGIUNTAMENTE AL MMG I BISOGNI DELL'ASSISTITO (ES. IPOS)	30'/ASSISTITO NECPAL POS	30'/ASSISTITO	30'/ASSISTITO	SERVIZI SOCIALI	SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE COMPIATA (ES. IPOS)	NUMERO ASSISTITI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE VALUTATI/NUMERO DI ASSISTITI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE TOTALI
VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE IN MALATI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (NECPAL POS)	VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITA' UTILIZZANDO STRUMENTO VALIDATO (ES. SDC PAL)	MMG E IFEC COMPIANO SDC PAL DOPO VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	20'/ASSISTITO NECPAL POS	20'	20'	RETE LOCALE CP	SCHEDA SDC PAL COMPIATA	NUMERO DI MALATI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE COMPLESSI/NUMERO TOTALE DI MALATI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE
PRESA IN CARICO DEL MALATO CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (NECPAL POS) CON BASSA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PERSONALIZZATA (Piano Assistenziale Individuale) e MONITORAGGIO PHASE OF ILLNESS	MMG E IFEC STENDONO PIANO DI CURA E IFEC MONITORA IL MALATO NEL TEMPO	30' PAL, 30' SETTIMANA MONITORAGGIO	30	60	ADI EVENTUALE	PAI IPOS/SDC PAL COMPIATI SE CAMBIO DI FASE DI MALATTIA	NUMERO DI MALATI CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE CON PIANO DI CURA PERSONALIZZATO/NUMERO TOTALE DI MALATI CON BISOGNI DI CURE

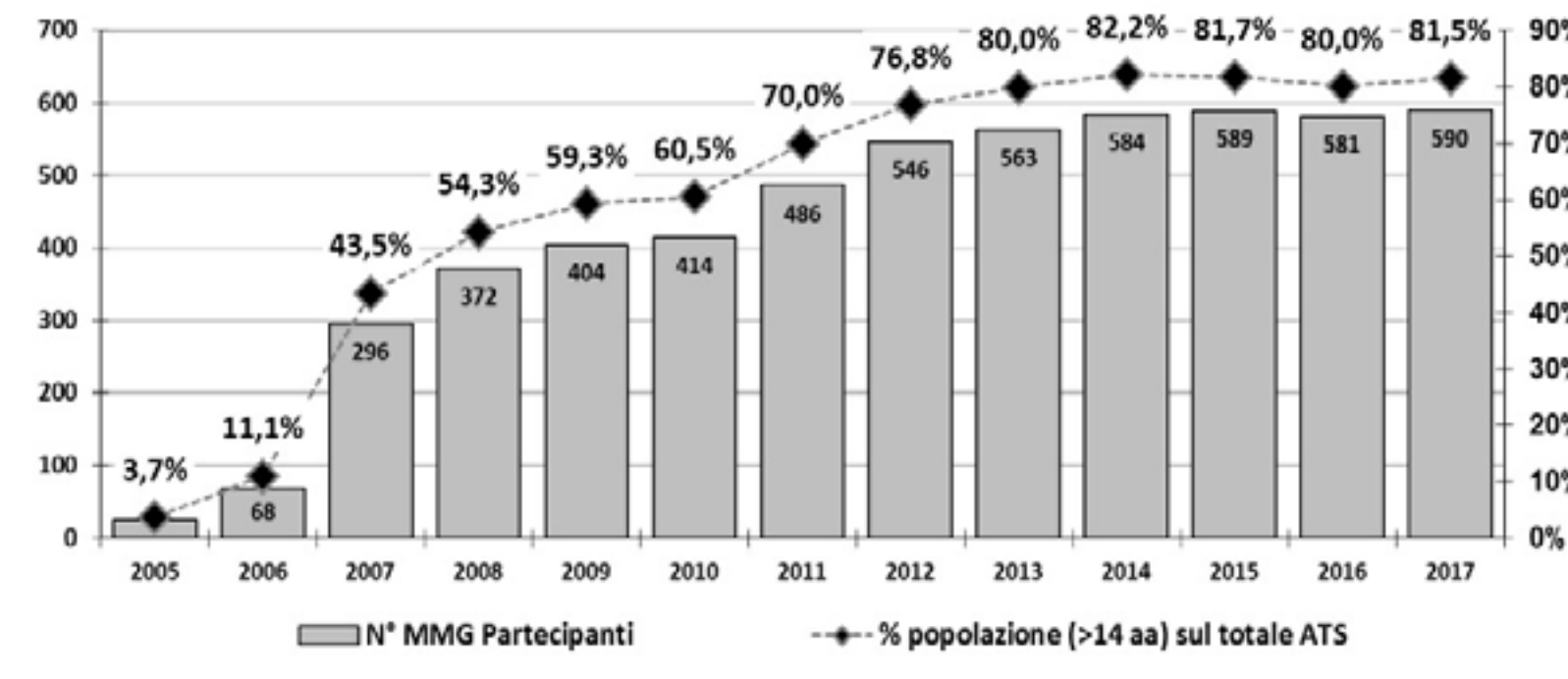


ATTIVITA'	DESCRIZIONE	RESPONSABILITA'	TIMING TOTALE	TIMING MMG	TIMING IFEC	INTEGRAZIONE	OUTPUT	INDICATORI
SCREENING DEGLI ALTAMENTE FRAGILI SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI SCREENING UTILIZZANDO STRUMENTO VALIDATO (ES. INTER RAI CONTACT ASSESSMENT)	IFEC CONTATTA L'ASSISTITO E COMPILA INTER RAI CONTACT ASSESSMENT	30'	0	30'		LISTA DEI FRAGILI DESTINATI A SETTING DI CURA SPECIFICI (APPROCCIO ORDINARIO MMG, RSA, ADI, RIABILITAZIONE)	NUMERO DI ALTAMENTI FRAGILI DESTINATI AI SETTING DI CURA SPECIFICI/NUMERO DI MALATI ALTAMENTE FRAGILI SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEGLI ASSISTITI ALTAMENTE FRAGILI SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE (SENZA SETTING)	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE CON STRUMENTO VALIDATO (es. Multidimensional Prognostic Index)	IFEC COMPILA STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	30' ASSISTITO	0	30'	SERVIZI SOCIALI	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE COMPILATA	NUMERO DI MALATI ALTAMENTE FRAGILI SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NE SETTING DI CURA SPECIFICI/NUMERO DI MALATI ALTAMENTE
PRESA IN CARICO DEL MALATO ALTAMENTE FRAGILE SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NE 4 SETTING SPECIFICI	PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PERSONALIZZATA (PAI), ASSESSMENT NUTRIZIONALE, DEFICIT VISIVI/UDITIVI/DEPRESSIONE	MMG E IFEC STENDONO PIANO DI CURA E IFEC MONITORA IL MALATO NEL TEMPO	60' PAI 15' SETTIMANA MONITORAGGIO	60'	60' PAI 15'/SETTIMANA MONITORAGGIO	SPECIALISTI DI BRANCA - SERVIZI SOCIALI	PAI COMPILATO E MPI COMPILATO (SE MODIFICAZIONE DEL QUADRO)	NUMERO DI MALATI ALTAMENTE FRAGILI SENZA BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NE SETTING SPECIFICI CON PIANO DI CURA PERSONALIZZATO/NUMERO



**PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI CLINICAL GOVERNANCE
 ATS BRESCIA 2005- 2017**

Figura 1: Evoluzione temporale del numero di MMG partecipanti al conferimento dati per il GC





**NEL 2023 INIZIO' L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA GENERALE...
 UN DISEGNO EVOLUTO DI CURE TERRITORIALI
 FONDATA SU UNA VISIONE INTEGRATA DI POLITICA SANITARIA
 ED UN PARALLELO CONCORDANTE PROGETTO DELLA PROFESSIONE**

Casa della Comunità

Standard

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 - 50.000 abitanti

- **Organizzazione capitare su tutto il territorio**
 Struttura fisica in cui opera un'équipe multiprofessionale di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Assistenti sociali
- **Punto di riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:
 - Una infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione poli-specialistica e diagnostica di base

VERRANNO REALIZZATE 5350 CASE DELLA COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR

ENPAM

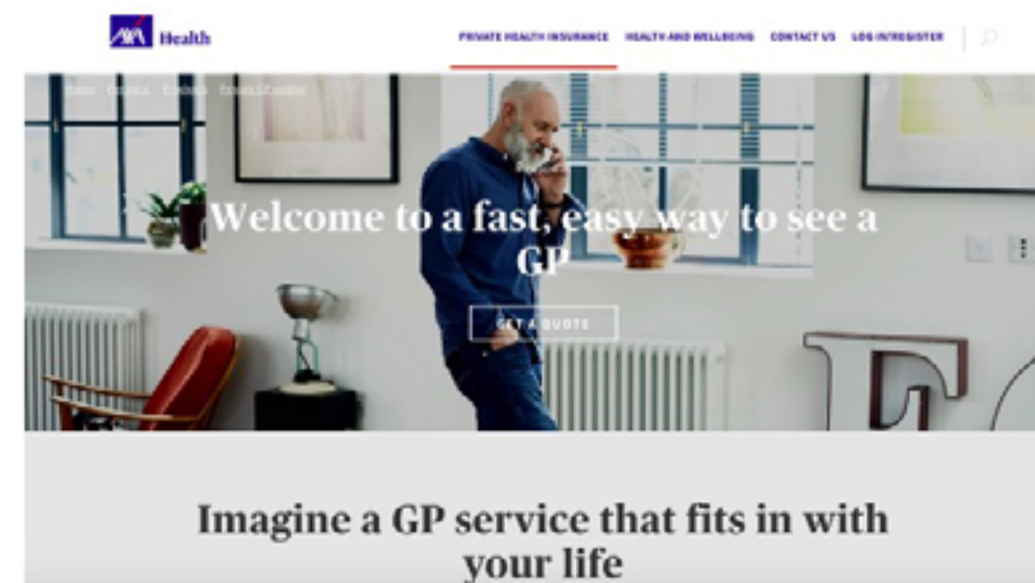
PROGETTO CASE DI COMUNITÀ SPOKE



**IMMAGINA UN MEDICO DI FAMIGLIA ...
«TAGLIATO» SU MISURA PER TE ...**



you'd better make inSURancE

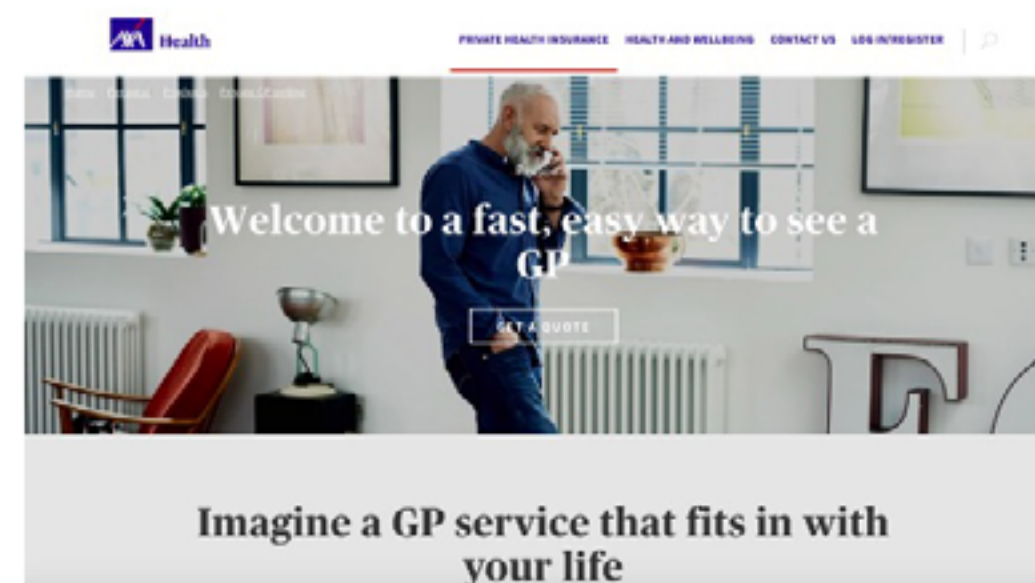




**IMMAGINA UN MEDICO DI FAMIGLIA ...
«TAGLIATO» SU MISURA PER TE ...**



you'd better make inSURancE



*Meglio essere ottimisti
e aver torto ...
Che essere pessimisti
e avere ragione.*

Albert Einstein

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)