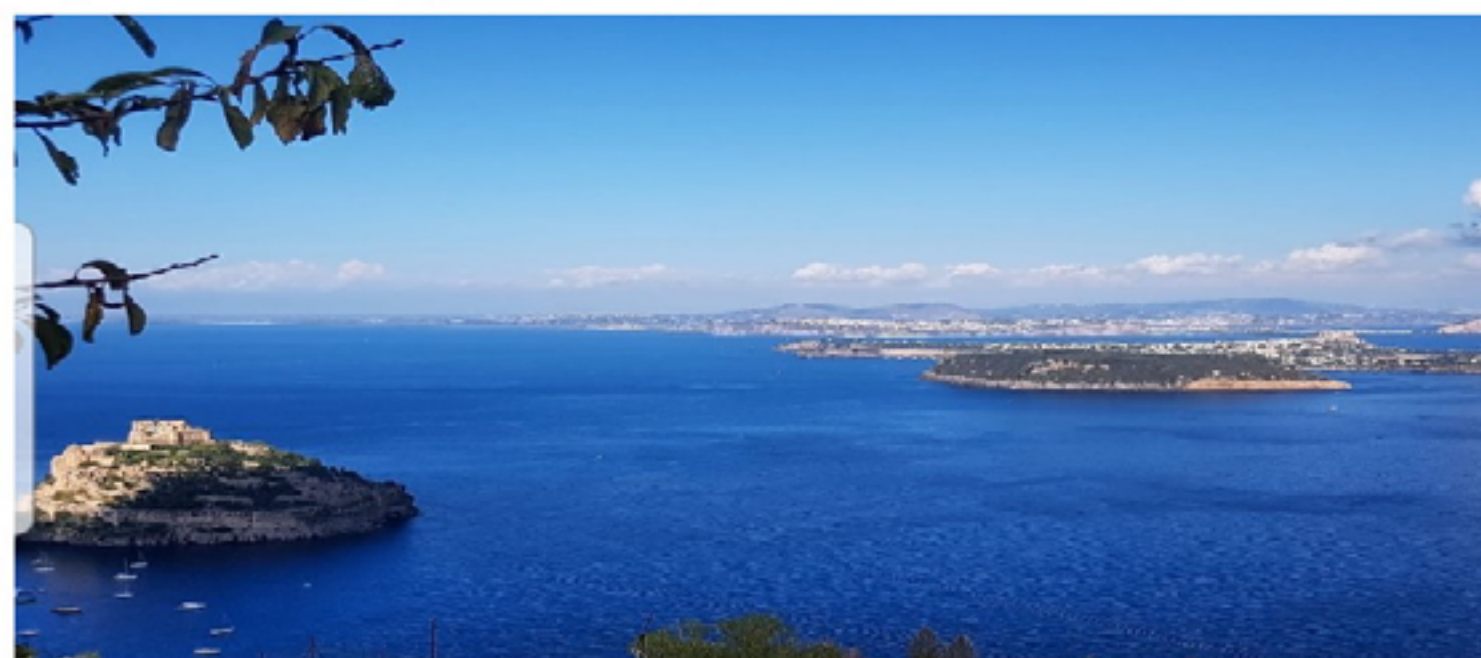




**CURE DI PROSSIMITÀ, ASSISTENZA DOMICILIARE, CASE
ED OSPEDALI DI COMUNITÀ, TELEMEDICINA**
Prospettive ed opportunità per le Professioni Sanitarie



#sanita2030



www.sanita2030.it



LE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NELL'ASSISTENZA DISEGNATA DAL PNRR

#sanita2030



www.sanita2030.it





PNRR

- L'Italia beneficiaria di :
- RRF: dispositivo per la ripresa e resilienza 191,5 mil.(2026), di cui 68,9 a fondo perduto.
- REACT EU: pacchetto di assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa.
- Il piano è composto da 6 missioni e 16 componenti

OBIETTIVI PNRR

- Riforma della pubblica amministrazione per migliorare la capacità amministrativa a livello centrale e locale;
- rafforzare i processi di selezione, formazione e promozione dei dipendenti pubblici;
- **incentivare la semplificazione e la digitalizzazione delle procedure amministrative.**
- sburocratizzazione per ridurre i costi e i tempi che attualmente gravano su imprese e cittadini.
- **Contribuire all'accesso all'assistenza sanitaria.**
- rafforzare le catene di approvvigionamento e le infrastrutture industriali e sanitarie.

MISSION 1

- **DIGITALIZZAZIONE** : Lo sforzo di digitalizzazione e innovazione è centrale in questa Missione, ma riguarda trasversalmente anche tutte le altre. la sanità, nelle infrastrutture ospedaliere, nei dispositivi medici, nelle competenze e nell'aggiornamento del personale, al fine di garantire il miglior livello di assistenza sanitaria a tutti i cittadini
- **SENZA DIGITALIZZAZIONE NON C'E' POSSIBILITA' DI SVILUPPO**



MISSION 5

- **LINEE DI INTERVENTO:**
- - individuazione di livelli essenziali delle prestazioni
- - riforma dei servizi sanitari di prossimità
- - l'investimento sull'assistenza domiciliare

MISSION 5C2

- **INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE**
- **La riforma semplificherà l'accesso ai servizi**, i meccanismi di accertamento della disabilità e potenzierà gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato.
- La linea di attività più corposa del progetto (oltre 300 milioni) è finalizzata a finanziare la **riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi**, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato

MISSION 6 SALUTE

- La missione si articola in due componenti:
 - **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:** gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità**), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:** le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, una **migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** attraverso più efficaci sistemi informativi

MISSION 6 (1.1)

- **CASE DI COMUNITA'**: 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.
- E' PREVISTO IL PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO), PER LE VALUTAZIONI MULTIDIMENSIONALI
- 1288 CASE DI COMUNITA' ENTRO 2026

MISSION 6 (1.2)

- **CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA:** L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni.
- **ATTIVAZIONE 602 COT, (CENTRI OPERATIVI 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



MISSION 6 (1.3)

- **Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue 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.

Dichiarazione
Universerale di
Alma Ata
sull'Assistenza
Sanitaria Primaria
(1978)

Per quanto riguarda la politica della salute internazionale, fu l'evento più importante degli anni '70. La conferenza fu organizzata dall'OMS, dall'Organizzazione panamericana della salute, dall'UNICEF e patrocinata dalla Unione Sovietica. La dichiarazione di Alma Ata sottolinea l'importanza dell'attenzione primaria alla salute come strategia per ottenere un miglior livello di salute della popolazione. Il suo motto fu: "**Salute per tutti entro il 2000**".

Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del paese, del quale essa assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità.

- **Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza .**
- VII. L'assistenza sanitaria primaria: ... 7 . a livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario, essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.



Cultura condivisa,
multidisciplinariet
à

- **Necessità di un sistema di servizi comunicanti tra loro, così che il paziente venga «accolto» in una forma piena, dal sistema e non in un sistema chiuso a comparti stagno**

Criticità

- Non si definiscono con chiarezza i ruoli dei professionisti impegnati
- non vi sono indicazioni formative né di governance pur a fronte di richiami alla collaborazione e al coordinamento
- si disegnano strumenti organizzativi con solo un generico auspicio alla compartecipazione
- C'è rischio di una strutturazione di un sistema di funzionamento a blocchi, in cui non esiste comunicazione tra i «vasi»



Multiprofession alità

- L'attuazione di una integrazione multiprofessionale impone una crescita professionale simultanea e coerente degli operatori della sanità, riconoscendo a tutti un'autonomia differenziata e coordinata nel quadro di una cultura istituzionale comune

Integrazione multiprofession ale

- **Requisiti per l'integrazione multiprofessionale**
- requisito strutturale/organizzativo (condivisione dei dati clinici e dei flussi, procedure e percorsi condivisi e monitorati)
- requisito culturale per lo sviluppo di una cultura di integrazione fra i professionisti
- requisito comunicativo con e per la popolazione (empowerment del cittadino, condivisione obiettivi fra i vari professionisti)

Integrazione multiprofession ale

- realizzazione di percorsi assistenziali declinati in base alle ai bisogni e contingenze specifiche di quella popolazione,
- sviluppo di una cultura di integrazione fra i professionisti e definizione di una **cultura della comunicazione con la popolazione**

Necessità di
risposte di sistema
alla popolazione

- Al cittadino viene data una risposta in base al grado di intensità e complessità clinico-assistenziale (Progressive Patient Care) secondo un modello proattivo e integrato dei vari setting assistenziali, incentrato sulla promozione della salute e sulla prevenzione, in risposta ai bisogni di salute della popolazione. **L'erogazione dell'assistenza avviene il più vicino possibile all'assistito, secondo il modello di assistenza capillare di prossimità** che avvicina il livello di cura idoneo all'assistito (domiciliarità o Rete di Prossimità) secondo un modello di **gestione dinamica** dell'assistenza.
- Il team assistenziale multi professionale, coordinato clinicamente sul territorio dal MMG che ha in carico il paziente, gestisce il percorso di cura in base ai livelli di intensità. Il team assistenziale attua l'intervento socio-sanitario multidisciplinare e multiprofessionale tramite la condivisione del PAI (Piano Assistenziale Individuale) e dei dati clinici attraverso sistemi informatizzati.

#sanita2030



www.sanita2030.it

Risposte al sistema

- Mettere in relazione le diverse strutture organizzative territoriali fra loro e con quelle ospedaliere
- Connettere con una relazione dinamica i singoli professionisti
- Strutturare gli incontri come momenti lavorativi dell'organizzazione
- Avere obiettivi comuni, condivisi e adattabili al contesto generali e locali
- Elaborare indicatori di processo ed esito condivisi
- Dotare di strumenti informatici per flussi informativi comuni



Informatizzaziodel
sistema,per
condivisione dati



#sanita2030



www.sanita2030.it

CRISI

危機
Pericolo
(wēi) Opportunità
(jī)

- Il Covid -19 ha innescato le reazioni comportamentali tipiche delle grandi emergenze, che hanno investito il modello sanitario del nostro Paese, indirizzando tutti gli sforzi nelle azioni di contenimento dell'infezione e nell'individuazione della migliore presa in carico e gestione del bisogno di salute.



CRISI
PANDEMICA

Lecce, 26 maggio 2020

(survey "Le patologie reumatologiche e Covid-19")

Il 61% delle persone affette da patologie reumatologiche sono preoccupate ...per gli effetti provocati dall'emergenza COVID-19, con impatti negativi sul proprio stato d'animo (aumento dell'irritabilità, disturbi dell'appetito, riduzione della qualità del sonno).

...tre su quattro (76%) hanno dovuto rimandare visite specialistiche e di controllo legate (88%) alla patologia.

Addirittura quasi uno su 4 (22%) pensa che non tornerà mai più sereno come prima dell'arrivo della pandemia.

TELERIABILITAZIONE

- La teleriabilitazione consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare o, comunque, migliorare il funzionamento psicofisico di persone, di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli.
- E' UNA MODALITA' DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA TRAMITE IL RICORSO A TECNOLOGIE INNOVATIVE, IN PARTICOLARE ALLE INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT), IN SITUAZIONI IN CUI IL PROFESSIONISTA DELLA SALUTE E IL PAZIENTE (O DUE PROFESSIONISTI) NON SI TROVANO NELLA STESSA LOCALITA

TELERIABILITAZIONE

- garantire una continuità delle cure fino al domicilio del paziente;
- migliorare l'intervento riabilitativo, attraverso l'utilizzo appropriato delle prestazioni e dei servizi a distanza
- aumentare l'efficienza dei servizi riabilitativi domiciliari, consentendo la presa in carico di un maggior numero di assistiti bisognosi di assistenza, e/o la riduzione dei costi per il servizio sanitario
- favorire le attività di sorveglianza, educazione sanitaria e l'applicazione o adozione di corrette pratiche di auto cura.

TELERIABILITAZIONE

- Rivolta a pazienti di tutte le età
- Utilizzata in continuità o alternativa alle metodiche e prassi tradizionali
- finalizzata a contribuire alla prevenzione o riduzione dell'espressività del disturbo, allo sviluppo delle funzioni adattive, alla realizzazione dell'autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni, al miglioramento della qualità della vita e delle attitudini ai rapporti interpersonali, allo sviluppo o al recupero parziale o totale delle capacità scolastiche, sociali e lavorative, verso il massimo livello di autonomia possibile, ed a favorire l'abilitazione come integrazione nei contesti di vita.

PRESA IN CARICO
IN
TELERIABILITAZIO
NE

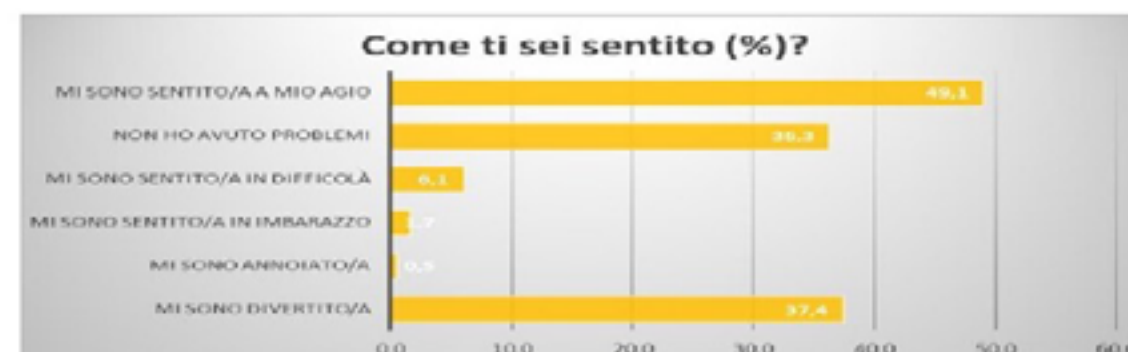
- definire gli obiettivi perseguibili attraverso il PRI/PTI/PAI
- individuare la tipologia di trattamento più idonea (sincrona, asincrona o mista), valutando anche l'inclusione o meno di attività di training dei contesti
- definire i tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati (frequenza e durata delle sessioni e durata del progetto)
- prevedere una fase di verifica degli outcome funzionali e assistenziali, valutati anche dalla prospettiva del paziente con idonei strumenti (ad esempio: Patient Reported Outcome Measure), del livello di soddisfazione degli utenti e della loro percezione del trattamento effettuato.

TELERIABILITAZIONE

- Razionale
- Teleconsulto (TC)
- Ciclo di Teleriabilitazione (TR)
- Seduta Sincrona
- Seduta Asincrona
- Seduta Mista (sincrona+asincrona o viceversa)
- Scheda Teleconsulto/Teleriabilitazione
- Riunioni Equipe
- Programmazione settimanale
- Rendicontazione (Rapportino Giornaliero)



COME TI SEMBRA CHE SIA ANDATA OGGI?
 (593 INTERVISTE AI PAZIENTI TRATTATI TRAMITE TELE-RIABILITAZIONE)



#sanita2030



www.sanita2030.it



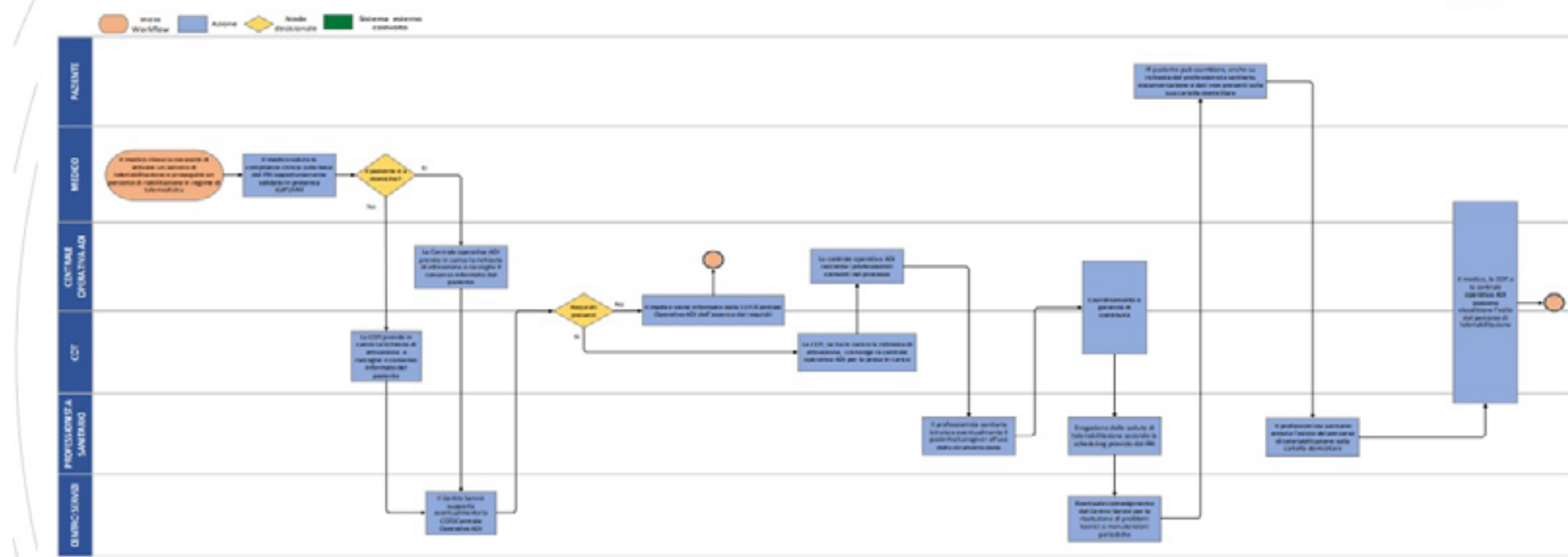
ANALISI

- **ELIMINAZIONE BUROCRATIZZAZIONE ECCESSIVA:** uno degli obiettivi del PNRR è la semplificazione e al digitalizzazione delle procedure amministrative
- **DISABILITA' COMPLESSE :** PAI, PRI,PTI.
- **DISABILITA' SEMPLICI :** PRI(?)
- La teleriabilitazione consiste in «momenti», che sono parte di un percorso più ampio in presenza. La teleriabilitazione è un adiuvante, ma raramente può sostituire in toto la riabilitazione.
- **Proposta:** Teleriabilitazione nelle cure primarie.
- **Obiettivi pnrr:** deistituallizzazione, promozione autonomie individuali soggetto con disabilità.



Workflow Teleriabilitazione

Figura 9



#sanita2030



www.sanita2030.it



INTEGRAZIONE
DEL
FISIOTERAPISTA DI
COMUNITA' NEI
SETTING

- ESPERIENZA FIRENZE
- DGR TOSCANA N. 650/2016 « SANTA' D'INIZIATIVA – APPROVAZIONE INDIRIZZI PER IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO MODELLO»
- MODELLO SPERIMENTALE INFERMIERE DI COMUNITA'

FISIOTERAPISTA DI COMUNITA'

- e si propone di attivare, a supporto della Medicina Generale di tutte le Zone, il progetto "Fisioterapista di
- Comunità", un servizio di consulenza ad accesso diretto, ambulatoriale o domiciliare, rivolto a pazienti adulti/anziani in condizioni di cronicità o fragilità

Chi è il
fisioterapista di
comunità

- E' il professionista sanitario che nell'ambito delle Case della Salute e/o ASL, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari/caregiver.

PER CHI?

- Una significativa riduzione dell'autonomia funzionale
- Un aumento del bisogno assistenziale o la necessità di specifico addestramento dei
- caregivers
- Storia di cadute o la rilevazione del rischio di caduta
- Bisogni legati al potenziamento dell'autonomia nei luoghi di vita, attraverso una valutazione ambientale

COME?

- Massimo 3 accessi in ambulatorio o a domicilio
- Possibilità di contatti da remoto (chiamate videochiamate)
- investimento di personale in proiezione dai distretti
- Relazione d'esito della valutazione con indirizzo ad eventuali percorsi

COSA FA?

- **Prevenzione delle malattie croniche, mediante la promozione di corretti stili di vita**
- **Coinvolgimento attivo della persona nel processo di cura (task shifting e self care) specialmente per le malattie croniche**
- **Valutazione, intervento diretto e/o self management nelle sindromi algiche muscoloscheletriche**
- **Interventi sull'ambiente domestico e per la partecipazione alla vita sociale**
- **Counseling ai caregiver nella gestione delle patologie croniche disabilitanti/fragilità**
- **Prevenzione e gestione rischio cadute**
- **Proposta/addestramento ausili**
- **Appropriatezza di invio ai percorsi di presa in carico riabilitativa**

FISIOTERAPIA TERRITORIALE

- **Fisioterapista di Comunità:** connessione strutturata con ASL locali di riferimento con incontri periodici
- **Superamento dell'attivazione del fisioterapista** tramite la «ricetta della prestazione» e definizione di una presa in carico condivisa per situazioni specifiche
- **Percorsi proattivi territoriali** sulla cronicità e fragilità
- **Percorsi proattivi su popolazione** con bisogni specifici



Table 1. Characteristics of patients included in the initial roll-out of the Family and Community Physiotherapist model, Tuscany, Italy, April–December 2021

| Characteristic | No. (%) (n = 165) |
|---------------------------------------|-------------------|
| Sex | |
| Male | 65 (39.4) |
| Female | 100 (60.6) |
| Principal medical diagnosis | |
| Multi-pathological | 64 (38.8) |
| Long-term immobilization consequences | 36 (21.8) |
| Neurological | 25 (15.2) |
| Frail patient | 18 (10.9) |
| Musculoskeletal | 13 (7.9) |
| Oncological | 1 (0.6) |
| Other | 8 (4.8) |

Table 2. Health-care needs of, and services accessed by, roll-out of the Family and Community Physiotherapist model, Tuscany, Italy, April–December 2021

| Intervention |
|--|
| Achieved goals, appropriateness* |
| Consultancy setting |
| Clinic |
| Patient's home |
| Consultancy activation area |
| Significant reduction in functional autonomy |
| Increased care burden or need for caregiver training |
| Home environment assessment |
| History of falls/risk of falling |
| Provided intervention |
| Counselling |
| Review of mobility aids and equipment |
| Full rehabilitation path |
| Caregiver training |
| Falling prevention training |
| Other |

* As determined by the general practitioners who referred patients.



| Principali categorie cliniche | n | % |
|--|-----|------|
| Multipatologico | 189 | 46.2 |
| Conseguenze dell'immobilizzazione a lungo termine | 95 | 23.3 |
| Neurologico | 59 | 14.4 |
| Paziente fragile | 25 | 6.1 |
| Muscoloscheletrico | 37 | 9.0 |
| Oncologico | 4 | 1.0 |
| Aree di attivazione della consulenza | | |
| Riduzione significativa dell'autonomia funzionale | 290 | 70.9 |
| Aumento del carico assistenziale o necessità di formazione per i caregiver | 81 | 19.8 |
| Storia di cadute/rischio di cadute | 28 | 6.8 |
| Valutazione dell'ambiente domestico | 10 | 2.5 |

Interventi forniti

Consulenza

Formazione dei caregiver

Revisione degli ausili e delle attrezzature per la mobilità

Altri percorsi

Formazione sulla prevenzione delle cadute

#sanita2030



www.sanita2030.it

risultati

- Lo studio voleva esplorare il modello della fisioterapia di famiglia e comunità in un'ottica puramente organizzativa e di costi perché non c'è una tabella che mostri un'efficacia tra il prima e il dopo l'implementazione.
- **Le conclusioni sono che è un modello in grado di favorire l'integrazione tra servizi sanitari in maniera flessibile ed efficace, promuovendo, dunque, una soluzione 'prossimale' ai problemi e sfide sanitarie.**



SERVIZI TERRITORIALI

- CASE DI COMUNITA'
- OSPEDALE DI COMUNITA'
- TELEMEDICINA TELERIABILITAZIONE
- ADI
- COT

CASE DI COMUNITA'

- Fornisce un approccio integrato e multidisciplinare attraverso il supporto e la collaborazione dell'equipe multiprofessionale territoriale. Al suo interno, la Fisioterapia di comunità mira a:
- Prevenzione e miglioramento della gestione delle patologie croniche e degenerative (effetti positivi attesi sia per la salute dei singoli cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema con maggiore appropriatezza dei percorsi e riduzione delle spese assistenziali)
- Pianificazione di interventi che abbiano tra gli obiettivi anche quello del potenziamento della persona, in un'ottica di assistenza a lungo termine

IL FT NELLE CDC

- **Elabora** con il team multiprofessionale una **valutazione dei bisogni della comunità**, con strutturazione di profili di cura e di profili assistenziali, come strumenti per l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio e per la definizione dei percorsi che il cittadino svolge all'interno dei servizi e tra i servizi del SSN per risolvere il proprio bisogno di salute
- **Promuove** la salute mediante interventi rivolti a specifici gruppi di popolazione a rischio
- **Promuove e sostiene:**
 - **autocura**
linee di indirizzo e pratiche basate sull'evidenza
coinvolgimento attivo di famiglia e caregivers nei vari processi (anche per favorire autogestione di alcune specifiche)
accesso appropriato ai servizi
proattività degli interventi (anche utilizzando Teleassistenza e Teleriabilitazione)

FT NELLE CDC

- Ruolo determinante all'interno dei percorsi e dei processi riguardanti la continuità assistenziale dei pazienti, in quanto interagiscono con tutti i servizi riabilitativi ospedalieri e territoriali
- Favoriscono l'integrazione tra i differenti servizi riabilitativi, incrementando l'accessibilità ai servizi territoriali da parte dei cittadini, attivando precocemente dei percorsi riabilitativi proattivi (forte integrazione e comunicazione fra professionisti sanitari e utenti)

OSPEDALI DI COMUNITA'

- Assicurare ai soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità la continuità assistenziale
- Struttura residenziale territoriale intermedia, di ricovero breve, che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero
- Integrazione con rete ospedaliera e rete territoriale con un alto grado di interdisciplinarietà

FT NEGLI ODC

- In un'ottica multiprofessionale, valuta l'eventuale bisogno di continuità riabilitativa
- Può favorire una maggiore appropriatezza nella scelta del setting di continuità, favorendo anche dimissioni precoci
- **N.B.:** L'inserimento stabile del Fisioterapista nei Team che sovrintendono alla dimissione del paziente diventa un elemento qualificante nel funzionamento della continuità Ospedale-Territorio o Territorio-Territorio nel caso specifico degli Ospedali di Comunità

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

- Funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale
- Assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza
- Gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting o fra setting differenti (**ottimizzazione della spesa pubblica**)

FT NELLE COT

- Gestione delle situazioni in cui la «navigazione» all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà o in tempi non adeguati, per via della complessità del bisogno sanitario e sociale del paziente oppure per difficoltà di accessibilità al setting di destinazione (tra cui il domicilio).
- Strumento intermedio finalizzato all'identificazione del setting più appropriato al bisogno assistenziale del singolo (analisi criticità nel sistema di approccio alle cure)



ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

- Riequilibrio del rapporto fra domanda (appropriata) ed offerta
- Ottimizzazione delle procedure di erogazione dei servizi domiciliari (per facilitare l'accesso e migliorarne la fruibilità da parte del cittadino)
- Omogeneizzazione dei vari servizi sociali e sanitari, da inquadrare in percorsi comuni

FT NELLE ADI

- Raccordarsi e collaborare con i diversi livelli della rete fin dalla fase di predisposizione del piano assistenziale, in primis con il MMG e con la COT
- Garantire l'attuazione dei protocolli assistenziali per quanto di propria competenza
- Concordare periodicamente con i diversi livelli della rete le variazioni del PAI

PUNTO UNICO DI ACCESSO

- Funzione caratterizzante la Casa della Comunità nella sua espressione di presidio di prossimità e di primo riferimento per la popolazione
- Le Regioni stanno approntando modelli e linee gestionali che comprendano anche strumenti per il primo assessment dei bisogni e delle istanze presentate dal cittadino (o da chi lo rappresenta) in sede di accesso al Punto

CHI OPERA NEI PUA

- Gli standard definiti nei documenti AGENAS, fanno riferimento all'approccio multiprofessionale a partire già da questo primo contatto cittadino/istituzione
- **La figura del Fisioterapista, di fatto, può rappresentare un elemento di giudizio e di lettura del bisogno rappresentato agendo nella definizione della sua complessità:**
 - 1) **in caso di bisogno semplice la presa in carico potrà avvenire eventualmente sulla base di obiettivi condivisi con il MMG, evitando l'aggravio procedurale ed economico e la ridondanza di successive valutazioni specialistiche**
 - 2) nel caso di bisogni complessi, assicurando il management del processo di valutazione di secondo livello e l'individuazione del piano di d'intervento (PRI, PAI..)



Il futuro del fisioterapista

- 1. First Contact Physiotherapy (Goodwin et al., 2021)
- 2. Co-gestione cronicità/fragilità
- 3. Intercettazione (PS, H, Amb, COT, Territorio)
- 4. Competenze distintive

Rischio fallimento

- DELIBERA GIUNTA REGIONALE N.21 GENNAIO 2023
- Allegato 5
- RECANTE "PROPOSTA DI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 406, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178"). DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE E PRIVATE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI.

Tabella n.1.flusso siad - Data Aggiornamento: 19/01/2023

| Descrizione Regione | Assistiti over 65 | Popolazione* over 65 | Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65 | Assistiti over 65 e under 75 | Popolazione over 65 e under 75 | Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75 | Assistiti over 75 | Popolazione over 75 | Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75 |
|---------------------|-------------------|----------------------|--|------------------------------|--------------------------------|--|-------------------|---------------------|--|
| CAMPANIA | 27.376 | 1.118.545 | 2,45 | 5.545 | 607 741 | 0,91 | 21.831 | 510.804 | 4,27 |

#sanita2030



www.sanita2030.it



Tabella 2 anziani in adi con dati di erogazione-cia 1, cia2 , ca3 -Data Aggiornamento: 24/06/2022

| | Assistiti over 65 | Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65 | Assistiti over 65 e under 75 | Popolazione over 65 e under 75 | Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75 | Assistiti over 75 | Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75 |
|------------------------|-------------------|--|------------------------------|--------------------------------|--|-------------------|--|
| A.S.L. AVELLINO | 1.789 | 1,95 | 331 | 46.693 | 0,71 | 1.458 | 3,24 |
| A.S.L. BENEVENTO | 1.321 | 2,09 | 161 | 31.318 | 0,51 | 1.160 | 3,64 |
| A.S.L. CASERTA | 2.604 | 1,56 | 615 | 92.207 | 0,67 | 1.989 | 2,67 |
| A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO | 3.296 | 1,67 | 551 | 106.021 | 0,52 | 2.745 | 3,00 |
| A.S.L. NAPOLI 2 NORD | 3.955 | 2,34 | 1.082 | 99.533 | 1,09 | 2.873 | 4,14 |
| A.S.L. NAPOLI 3 SUD | 2.814 | 1,41 | 536 | 110.895 | 0,48 | 2.278 | 2,56 |
| A.S.L. SALERNO | 8.861 | 3,84 | 1.587 | 121.074 | 1,31 | 7.274 | 6,63 |
| | 24.640 | 2,20 | 4.863 | 607.741 | 0,80 | 19.777 | 3,87 |

#sanita2030



www.sanita2030.it





Tabella 3. target incremento di utenti ultra65nni in cure domiciliari vs anno 2022

| Popolazione over 65 attuale | Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2021) | Popolazione ultrasessantacinquenne al 2026 | Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026 | Numero pazienti da incrementare per raggiungere il target del 10% | |
|-----------------------------|---|--|--|---|-----------------|
| Campania | 1.118.545 | 27.376 | 1.211.771 | 121.177 | + 87.500 |



Tabella 4 . ultra65nni residenti nel 2026 proiezione demografica scenario mediano

| Descrizione ASL | Popolazione >65 anno 2022 | Popolazione <65 anno 2026 | Differenza popolazione anziana > 65 |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| AVELLINO | 91.750 | 96.877 | 5.127 |
| BENEVENTO | 63.149 | 65.039 | 1.890 |
| CASERTA | 166.607 | 183.107 | 16.500 |
| NAPOLI 1 CENTRO | 197.455 | 215.721 | 18.266 |
| NAPOLI 2 NORD | 169.002 | 184.197 | 15.195 |
| NAPOLI 3 SUD | 199.799 | 218.194 | 18.395 |
| SALERNO | 230.783 | 248.636 | 17.853 |
| Totale | 1.118.545 | 1.211.771 | 93.226 |

#sa

030.it



FABBISOGNO UNIVERSITARIO

- NECESSITA' DI UN TAVOLO PERMANENTE SULLA QUESTIONE FABBISOGNO.



#sanita2030



www.sanita2030.it

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](#)