

# IL LIBRO AZZURRO PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Applicare il modello della Primary Health Care



Un lavoro collettivo promosso dalla Campagna Primary Health Care

**2018** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER

## Perché questo Libro Azzurro?

*"This science is excellent at understanding the behaviour of discrete parts but does not have the power to recognise the interplay of multiple factors that are essential to being a healthy person within a healthy society. We general medical practitioners and other members of the primary care team deal with these complexities all the time. We sit at the interface between medical science and the multiple factors that affect health. For this reason, we are well placed to lead a new way. We must continue to value medical science and practice medical care, but we also must become more skilled at the science of multiple insights and working with whole systems of care. We need to test the ideas arising from learning organisations, including participatory and action approaches to inquiry, and from this contribute to a new phase in implementing the idea of comprehensive Primary Health Care."*

Questa scienza (medica) è eccellente nel comprendere il comportamento di parti discrete ma non ha il potere di riconoscere l'interazione dei molteplici fattori che sono essenziali per essere una persona in salute all'interno di una società in salute. Noi medici di medicina generale e altri membri delle Cure Primarie ci occupiamo continuamente di queste complessità. Ci posizioniamo all'interfaccia tra la scienza medica e i molteplici fattori che influenzano la salute. Per questa ragione siamo ben collocati per aprire una nuova strada. Dobbiamo continuare ad apprezzare la scienza medica e praticare l'assistenza medica ma dobbiamo anche diventare più abili nella scienza che è aperta a intuizioni molteplici e nel lavorare con interi sistemi di cura. Abbiamo bisogno di testare le idee che emergono dalle organizzazioni che apprendono ([learning organisations](#)), compresi gli approcci di ricerca-azione partecipata, e da questo contribuire a una nuova fase nell'attuazione dell'idea di *comprehensive* Primary Health Care.

([Thomas, 2008](#))

I moderni sistemi di sicurezza sociale devono oggi affrontare le sfide poste dal profondo cambiamento in atto, che vede, in contemporanea, una fase di [transizione demografica, epidemiologica e sociale](#). Queste mettono in evidenza, in modo lampante, l'inadeguatezza di un modello assistenziale centrato sulla sola cura delle patologie acute - di impronta classicamente ospedalocentrica - all'interno di un contesto in cui invece le dimensioni della promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione svolgono un ruolo fondamentale.

Le ragioni che **impongono un cambio di paradigma** risiedono nell'enorme **complessità** dei processi che influiscono su salute e malattia. Le malattie croniche rappresentano la grande sfida dei servizi sanitari nazionali: esse, per definizione non guaribili, non possono essere adeguatamente affrontate né con un approccio di attesa, che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato ed è impossibile restaurare la condizione di salute originaria, né da un modello assistenziale fortemente riduzionista, di matrice esclusivamente biomedica.

Le dimensioni con le quali è necessario interagire nella cura delle persone travalicano, infatti, la sola dimensione biologica della dicotomia salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali, ecc. (noti nel loro complesso come determinanti di salute).

L'obiettivo finale è quello di trattare non solo la patologia quando questa si instauri, ma di promuovere il mantenimento della salute affinché lo sviluppo della malattia venga contrastato.

Come enunciato nel manifesto "Dico 32 Salute - Bene comune" di Cittadinanzattiva, *"la salute è influenzata da molteplici aspetti della vita: il contesto e l'ambiente in cui le persone nascono, vivono, crescono, lavorano e invecchiano determinano lo stato di benessere psicofisico e questi fattori si influenzano reciprocamente. Ambienti di lavoro sicuri, condizioni di lavoro dignitose e adeguatamente retribuite, l'accesso a un'istruzione ben organizzata e inclusiva, la possibilità di vivere in abitazioni adeguate e in un ecosistema sostenibile, per fare alcuni esempi, determinano lo stato di benessere e quindi la qualità di vita del singolo e della comunità in cui vive"*.

La necessità di un cambio di paradigma era già emersa con forza nella conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tenuta ad [Alma Ata nel 1978](#), giunta a coronamento di una serie considerevole di conferenze regionali. Fu in quel contesto che venne proposta la [Primary Health Care](#) come nuova cornice culturale e concettuale. Durante la conferenza venne sottolineata la necessità di un sistema di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non fosse limitato solamente al trattamento delle patologie, ma orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità. Alla dimensione del trattamento si affiancarono così in modo inscindibile le dimensioni di promozione della salute e quelli di prevenzione delle patologie, cura e riabilitazione.

Dai lavori della Conferenza di Alma Ata emerse l'obiettivo di garantire il massimo livello di salute a tutte le persone. Apparve chiaro come il raggiungimento di tale ambizioso obiettivo dipendesse **dall'adozione di politiche per la salute che andassero oltre le dimensioni prettamente biomediche, interessando altri ambiti: il lavoro, i trasporti, l'alimentazione, l'educazione, l'abitare, l'attività fisica, ecc.** Era quindi necessario sviluppare servizi sanitari centrati sulle Cure Primarie.

La [Primary Health Care](#), che emerse dalla [Conferenza di Alma Ata](#), rappresenta di fatto un nuovo modo di concepire l'assistenza: **un approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale.**

L'approccio di Primary Health Care, nella sua originaria accezione di **Comprehensive Primary Health Care**, è rimasto tuttavia ampiamente inattuato, complice il ruolo sempre più rilevante del mercato che, anche nell'ambito della salute, spinge verso un approccio prestazionale e frammentato dei sistemi di assistenza. Un orientamento sostenuto dal concomitante straordinario sviluppo tecnologico della biomedicina, che ha contribuito a generare l'illusione di una sufficienza dell'approccio alla salute di tipo prestazionale-specialistico.

Senza un modello adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto, basato sul potenziamento delle Cure Primarie, dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni, che **rischia di porre i sistemi assistenziali in una condizione di crisi strutturale**. Da una parte un maggior *incremento del numero di persone* con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una *risposta adeguata e sistematica* alle persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, effetto dell'incapacità a privilegiare, innanzitutto, le risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone.

La stessa recente pandemia ha mostrato quanto le dimensioni non biomediche intervengano, in modo assolutamente rilevante, anche nel determinare l'evolversi di condizioni acute. Ciò prova come, nel contesto

attuale, sia sempre più urgente **sviluppare un modello capace di affrontare la complessità del mondo reale** a partire da sistemi di assistenza che possiedano gli strumenti per intervenire sui determinanti di salute.

Solo un modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care può garantire ciò, favorendo il **superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti** - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene.

Un recente studio dell'OMS ([WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018](#)) ha inoltre fatto luce sul rapporto costi-efficacia della Primary Health Care. La Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento, dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute. Questo investimento iniziale produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse già presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute.

Da queste premesse nasce e si sviluppa il "*Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia*", risultato di un **lungo lavoro di scrittura collettiva e partecipata**, parte di un processo di **educazione permanente** che vuole essere strumento di riflessione e cambiamento, per il rinnovamento delle Cure Primarie in Italia<sup>1</sup>.

Il cuore del documento espone [una serie di proposte](#), suddivise in sette sezioni tra loro strettamente connesse, che non hanno la pretesa di essere esaustive e **che restano aperte** al dialogo, consapevoli anche della necessaria attenzione ai singoli territori.

Ciascuna sezione parte dall'analisi dell'attuale, elencandone le principali criticità, per giungere alla stesura di alcune proposte:

1. [Territorializzare le Cure Primarie](#);
2. [Partecipazione della Comunità](#);
3. [Governance e coordinamento: politiche adattive e educazione permanente](#);
4. [Potenziare il distretto sociale e sanitario](#);
5. [Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità](#);
6. [Domiciliarità e Cure Intermedie](#);
7. [Formazione e ricerca in Cure Primarie](#).

**Il Libro Azzurro è un laboratorio aperto di formazione collettiva.** Il suo obiettivo è dare voce a chi lavora nei territori e partecipare al dibattito sulla necessità del cambiamento del paradigma relativo alle Cure Primarie.

Il processo partecipativo ha sottolineato come siano in particolare alcune tematiche a richiedere un maggiore approfondimento e un confronto anche con altre realtà sociali e professionali:

- il lavoro in equipe;
- la digitalizzazione e le nuove tecnologie;
- rapporto tra Cure Primarie e Servizi di Emergenza-Urgenza/PS/Ospedale;
- inquadramento contrattuale dei professionisti delle Cure Primarie;
- *to be continued...*

*A partire da questi primi risultati desideriamo continuare a lavorare con chiunque lo vorrà per integrare e ampliare il Libro Azzurro.*

---

<sup>1</sup> Si veda la sezione "[La Storia del Libro Azzurro](#)" alla fine di questo stesso documento

Segue la sezione "**Precisazioni e approfondimenti**" che contiene:

- "[Cosa intendiamo per](#)" ovvero il glossario dei termini di significato rilevante;
- "[Precisazioni](#)" contenente puntualizzazioni rispetto ad alcuni concetti;
- "[Riferimenti bibliografici](#)" dove vengono riportate le fonti principali;
- "[La storia del Libro Azzurro](#)" che narra sinteticamente tutto il percorso collaborativo che ha portato alla produzione del Libro Azzurro;
- "[Partecipanti alla scrittura collettiva del Libro Azzurro](#)" in cui vengono raccolti i nominativi delle persone che hanno collaborato e contribuito al processo di scrittura del documento.

*Chiarimento preliminare in merito a PHC, Cure Primarie, Assistenza Sanitaria Primaria, Assistenza Primaria (Damiani et al, 2016).*

Sin dalla Conferenza di [Alma Ata nel 1978](#) è sempre risultato oggettivamente difficile tradurre il concetto di [Primary Health Care](#), che si avvale del termine "Health", traducibile con "salute" (non sanità) e "Care", corrispondente al concetto di "prendersi cura". Nel tempo si sono tentate diverse forme per tradurre PHC: se la definizione "Servizi Sanitari di Base", utilizzata negli anni '90, è ora completamente caduta in disuso, permangono le locuzioni "Cure Primarie" e "Assistenza Sanitaria Primaria", o più sinteticamente "Assistenza Primaria", utilizzate spesso come sinonimi seppur con diverse significanze, spesso non marginali, da parte dei diversi autori e nei diversi documenti normativi e professionali; purtroppo nessuna delle precedenti riesce a rendere esattamente e completamente il significato di PHC.

Nel Libro Azzurro si è deciso di adottare:

- il termine "PHC" per indicare il corrispondente specifico approccio;
- la locuzione "Cure Primarie" per indicare l'insieme di tutti i servizi territoriali del comparto sanitario (medici e pediatri di famiglia e di continuità assistenziale, farmacie territoriali, assistenza specialistica ambulatoriale, servizi per la salute mentale, assistenza protesica, ecc.) e socio-sanitario (consultori familiari, servizi per anziani, disabili, per il contrasto alle dipendenze, ecc.), comprendendo anche i relativi meccanismi di autorizzazione-controllo e di collegamento-coordinamento;
- i termini "assistenza", "assistenziale" (e "assistito") per indicare le attività del "prendersi cura".

# Proposte per la riforma delle Cure Primarie in Italia

## 1. Territorializzare le Cure Primarie

Secondo la prospettiva di salute adottata dalla Campagna PHC, per lavorare alla salute di una popolazione è necessario lavorare *nel/sul/col* [territorio](#), inteso sia come spazio fisico che come [comunità](#) di persone che vivono un certo spazio. La [territorializzazione](#) rappresenta l'organizzazione attraverso cui si incentiva l'autodeterminazione individuale e collettiva e si promuove una salute globale e circolare.

Infatti, il modello territoriale è centrato sulla salute (logica degli obiettivi di salute, approccio globale, destandardizzazione/contestualizzazione, prossimità, rete/relazione, sostenibilità e uso delle risorse personali e locali) mentre l'attuale modello di sanità è sovraterritoriale e centrato sulla malattia (logica delle prestazioni, specialmente se super specialistiche e presso centri di eccellenza, *fee for service*, approccio selettivo e non globale).

### Criticità attuali

- Il bisogno di salute è di norma **supposto** piuttosto che concretamente rilevato e le risposte e le soluzioni ad esso fornite sono spesso **standard** piuttosto che appropriate al contesto.
- Sia il rilevamento dei bisogni che la costruzione delle risposte vedono solo **marginalmente la partecipazione** delle comunità coinvolte.
- Il servizio sanitario si è sviluppato e costruito per grossi silos, spesso indipendenti per organizzazione, funzionamento e finanziamento e con pressoché nulla condivisione di dati e informazioni formali e informali (**frammentazione**).
- La **comunicazione** è di norma **inefficace**, carente, burocratizzata e scarsamente operativa, frammentata per le diverse professioni e settori.
- Le criticità di cui sopra impediscono l'integrazione, la prossimità e la flessibilità dei servizi di salute, fondamentali ad accogliere e adattare la risposta ai bisogni dell'individuo e della comunità e dunque alla risolutività degli interventi.
- Le attività sanitarie sono principalmente orientate al **riconoscimento e trattamento delle patologie** piuttosto che alla promozione, conservazione e riabilitazione della salute nei luoghi di vita delle persone, azioni che sono strettamente connesse allo sviluppo di un contesto che permetta alle persone di acquisire le capacità di fare le cose alle quali attribuiscono valore.

### Proposte per il futuro

- 1.1. [L'approccio territoriale](#)
- 1.2. [Il modello relazionale](#)
- 1.3. [La formazione e declinazione della territorializzazione a più livelli](#)
- 1.4. [L'organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea](#)

## 1.1. L'Approccio Territoriale

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Le Cure Primarie producono modelli organizzativi e strategie di intervento specifici, che siano partecipati e basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni della popolazione del territorio attraverso la <b>territorializzazione</b>, ovvero il processo di conoscenza (<b>mappatura descrittiva</b>) e di co-costruzione (<b>mappatura trasformativa</b>) del territorio di cui l'equipe/servizio di salute è responsabile.</p> <p>Lo scopo della territorializzazione è quello di raccogliere e analizzare i dati di salute e malattia, dai più prossimali ai più distali, di attivare le <b>risorse comunitarie</b> e il <b>capitale sociale</b> e di pianificare e programmare le conseguenti azioni di salute, il più possibile volte alla <b>realtà quotidiana di vita</b> delle persone.</p> <p>La <b>partecipazione</b> delle persone e delle comunità nelle diverse fasi della territorializzazione è indispensabile al conseguimento dell'obiettivo, ovvero quello di promuovere la salute come salute eco-bio-psico-sociale, orientata all'autodeterminazione, all'autonomia e alle libertà individuali e collettive.</p>	<p>1.1.1. Progettare equipe/servizi di salute in modo che agiscano secondo i seguenti assi di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>comprehensiveness</b> (approccio globale)</li> <li>• <b>destandardizzazione</b> e <b>contestualizzazione</b> intesa come servizi ad hoc per ogni territorio, funzionali e integrati, in risposta ai bisogni specifici rilevati e in funzione alle risorse dello stesso</li> </ul> <p>1.1.2. Superare la frammentazione dei servizi attraverso la <b>comunicazione, coordinamento e costruzione di reti</b> (importanza del supporto informatico)</p>

## 1.2. Il modello relazionale

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Valorizzare la <b>relazione umana</b> virando da una relazione verticale gerarchica a una relazione di <b>co-gestione e negoziazione</b> a tutti i livelli, in particolare degli obiettivi di salute.</p> <p>Sviluppare il <b>senso di appartenenza</b> delle persone (professionisti della salute e non) a quel territorio sia in termini di <b>accessibilità e fruizione dei servizi</b>, sia in termini relazionale-affettivi e conseguente corresponsabilizzazione.</p> <p>Favorire la <b>comunicazione di dati, informazioni e procedure</b> in maniera <b>efficace</b> e <b>fruibile</b> tra gli operatori coinvolti nell'assistenza.</p>	<p>1.2.1. Facilitare la <b>conoscenza reciproca e collaborazione</b> a più livelli (professionisti - comunità; professionisti - professionisti anche appartenenti a diverse discipline/settori/setting; comunità - comunità);</p> <p>1.2.2. Favorire l'<b>educazione permanente</b> dei <b>professionisti</b> (educazione transprofessionale) dell'equipe/servizi di salute e della <b>comunità</b> attraverso lo sviluppo di relazioni di collaborazione non gerarchica tra e nei gruppi;</p> <p>1.2.3. <b>Umanizzare</b> le cure: fare entrare in gioco la dimensione personale e il legame con il territorio di operatori e assistiti;</p> <p>1.2.4. Favorire la <b>prossimità</b>;</p>

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
	<p><b>1.2.5.</b> Favorire la <b>partecipazione</b> dei professionisti, della comunità, dei gestori e degli enti di formazione nelle fasi di pianificazione, progettazione, azione, ecc. in salute;</p> <p><b>1.2.6.</b> Operare un'analisi effettiva e integrata dei bisogni attraverso la relazione tra persone e dati/informazioni e avvalendosi degli strumenti dell'<a href="#">epidemiologia di prossimità</a> e della <b>mappatura trasformativa</b> mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• costruzione di database <b>intersettoriali</b> di facile consultazione;</li> <li>• utilizzo degli <b>stessi canali di comunicazione</b> per tutte le professioni coinvolte;</li> <li>• <b>efficientamento</b> dell'informazione;</li> <li>• utilizzo dello <b>stesso gestionale/cartella</b> per le diverse professioni e i diversi setting;</li> <li>• programmazione di <b>riunioni e incontri</b> di equipe/CdC/distretto a cadenza prestabilita a distanza o in presenza.</li> </ul>

### 1.3. La formazione e declinazione della territorializzazione a più livelli

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>I professionisti della salute devono essere formati al <b>rilevamento e all'analisi dei bisogni di salute</b> di una popolazione e alla <b>costruzione di risposte</b> mirate, integrate e coordinate, avvalendosi delle risorse locali.</p>	<p><b>1.3.1. Formare</b> i professionisti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>competenze</b> relazionali, organizzative, di coordinamento, di gestione, di counseling, di policy making, di co-gestione e negoziazione;</li> <li>• <b>strumenti</b> quali l'<a href="#">epidemiologia di prossimità</a>, processi di ricerca-formazione-intervento, geografia e cartografia fisica e sociale.</li> </ul> <p><b>1.3.2. Strutturare la territorializzazione a livello di equipe</b> di salute in modo che possa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attuare la territorializzazione in maniera permanente e intersecata alle attività quotidiane dell'equipe;</li> <li>• attuare le fasi di pianificazione, raccolta, analisi, diagnosi e programmazione in maniera ciclico-evolutiva (a spirale);</li> <li>• raccogliere dati primari (cartelle cliniche, interviste, osservazioni in loco, ecc.) e condividerli anche tramite modalità telematica e incontri di rete.</li> </ul>



## 1.4. Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea

### Razionale

La territorializzazione può essere declinata su almeno 2 livelli, quello del Distretto e quello dell'equipe, con 2 set di competenze complementari, passando da una funzione di coordinamento e programmazione ad una di relazione, lettura dei bisogni, advocacy.

Distretto	Equipe
Analisi dati Programmazione Cura delle reti	Relazione Lettura dei bisogni Advocacy

L'equipe di salute è **prossima** alle popolazioni di cui è responsabile, di cui approfondisce conoscenza e comprensione e con le quali crea relazioni al fine di sviluppare pratiche di salute risolutive e volte alla realtà quotidiana delle persone. Sebbene alcuni membri dell'equipe possano ricoprire ruoli specifici nell'ambito della territorializzazione, tutti partecipano alle diverse fasi del processo al fine di ampliarne la capacità di comprensione e azione.

### Le proposte del Libro Azzurro

1.4.1. Articolare l'organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali, il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea:

- Suddividere ulteriormente il territorio di riferimento della Casa della Comunità in microaree. Ogni microarea deve possedere una popolazione tra i 4000 e i 10000 abitanti a seconda delle caratteristiche geografiche, sociali, demografiche del territorio.
- La suddivisione in microaree è attuata a livello della Casa della Comunità e può subire variazioni nel tempo alla luce dei cambiamenti dei determinanti rilevati secondo i processi di territorializzazione.
- La microarea è il livello di base nel quale avvengono i processi di territorializzazione, con l'integrazione tra le microaree svolta a livello della Casa della Comunità e l'integrazione tra le Case della Comunità svolta a livello del Distretto.
- In ogni microarea operano dei professionisti a cui sono assegnati una quota di persone residenti nella microarea. La dimensione della microarea dev'essere tale da non creare un rapporto uno a uno tra cittadino e professionisti di riferimento, al fine da consentire un livello minimo di possibilità di scelta per il cittadino. Fanno parte dell'equipe di base i professionisti che, alla luce dei bisogni rilevati e in ottica di un'economia di scala, operano all'interno di un'unica microarea; fanno parte del team allargato i professionisti che operano su più microaree (o su più Case della Comunità), partecipando però a tutti gli effetti alle attività dell'equipe di base delle microaree sulle quali operano.
- La definizione dell'equipe di base e dell'equipe allargata viene svolta a livello della Casa della Comunità in coordinamento col Distretto alla luce dei bisogni rilevati nelle attività di territorializzazione.

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
	<ul style="list-style-type: none"><li>• La sede fisica degli operatori dell'equipe di base che operano in microarea è la Casa della Comunità laddove questo non crei una barriera di accesso per la popolazione o tale barriera sia compensata da attività di prossimità; nel caso ciò non fosse possibile o di difficile realizzazione (es.: aree montane), la sede dell'equipe di base può essere fisicamente collocata nelle microaree, garantendo però uno stretto legame e coordinamento con la Casa della Comunità, anche avvalendosi delle potenzialità messe a disposizione dalla tecnologia.</li></ul> <p>1.4.2. Per il <b>Distretto</b>, vedi paragrafo 4. <a href="#">Potenziare il distretto sociale e sanitario</a></p>



## Glossario

[Capitale sociale](#)

[Epidemiologia di prossimità](#)

[Territorializzazione](#)

[Territorio](#)

## 2. Partecipazione della Comunità

La [partecipazione](#) è riconoscimento delle diversità, di bisogni e di risorse, di educazione alla libertà, alla responsabilità, alla democrazia. Generare salute è attività politica, che riguarda la popolazione ed è risultato del dibattito pubblico che precede e si affianca alla delega.

È ampiamente evidenziato che solo la partecipazione, quale processo sia individuale che collettivo, consente il perseguimento della salute come benessere, la possibilità di vita piena del soggetto e della [comunità](#). Quindi è un processo indispensabile per l'efficacia delle cure e dell'assistenza, ma soprattutto per la sostenibilità del sistema ([Lemma, 2018](#)). Per queste ragioni la partecipazione della comunità è il fattore fondante dei principali modelli internazionali di riferimento per le Cure Primarie.

### Criticità attuali

- Le attuali Cure Primarie dovrebbero riguardare la salute delle persone, ma spesso non le rendono partecipi e dunque rischiano di partire da "bisogni **presunti**" e non da "bisogni sentiti come di proprio interesse dalla popolazione".
- I servizi **faticano a conoscere il territorio**, non lo vivono, evitano di farne parte e quindi non sempre entrano in dialogo con le sue risorse, i suoi bisogni, le sue fragilità.
- In alcuni contesti, i servizi si autopromuovono come produttori di progetti per accedere ai fondi disponibili, privilegiano i propri bisogni e assumono il controllo e la gestione delle risposte non riconoscendo la comunità come soggetto attivo. Il loro approccio alla comunità rischia quindi di essere strumentale anziché partecipativo, considerandola **oggetto e non soggetto di salute**. Per questo i progetti si rivelano poco efficaci e non effettivi, non avendo seguito nel medio-lungo termine.
- I servizi frequentemente intendono per partecipazione della comunità la **mera informazione o l'intervenire su di essa**. La privano così dei diritti partecipativi che garantiscono equità, sviluppo, autodeterminazione, democrazia.
- Attualmente la *mission* dei servizi è rispondere a disagi, problemi, secondo **modalità d'attesa**, reattive, spesso esclusivamente a fronte di domande poste da chi è in grado di portarle alla loro attenzione; non hanno atteggiamenti e metodi di iniziativa, preventivi, proattivi, promuovendo l'agio e intervenendo in anticipo sul peggioramento e sulle crisi, supportando lo sviluppo di comunità attraverso la creazione di spazi relazionali, di cogestione, di scambio, di promozione della salute.

Per queste ragioni la **comunità è debole** ed i suoi membri - spesso inconsapevoli della propria fragilità e delle proprie potenzialità di sviluppo del loro stesso benessere - delegano completamente ai servizi, sanitari e sociali, la responsabilità e le scelte che li riguardano e che determinano le loro opportunità di partecipazione sociale e di vita piena.

### Proposte per il futuro

- 2.1. [Aprire i servizi al territorio](#)
- 2.2. [Conoscere territorio e comunità](#)
- 2.3. [Comunanza di strumenti e strategie per la salute della comunità](#)
- 2.4. [Operatori formati e motivati per lavorare nelle Cure Primarie](#)
- 2.5. [I luoghi "strategici" della comunità](#)
- 2.6. [Interventi basati sulle evidenze e sulle buone pratiche locali](#)

## 2.1. Aprire i servizi al territorio

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La cittadinanza necessita di abituarsi alla "<b>partecipazione</b>" per non perseguire il proprio benessere soltanto attraverso la delega.</p> <p>Va facilitato questo processo di ri-appropriazione decisionale sulla propria salute e benessere, individuale e collettivo.</p>	<p><b>2.1.1. Aprire i servizi al territorio</b>, sia intercettando gli spazi dove già avviene incontro e partecipazione, sia dando la possibilità di creazione di nuovi luoghi pubblici, fisici e virtuali, che diano la possibilità di condivisione incontro e dialogo in modo orizzontale.</p>

## 2.2. Conoscere territorio e comunità

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Per permettere la partecipazione si deve <b>conoscere il territorio/comunità</b>, sapere come quali attori e dinamiche si muovono al suo interno e per farlo occorre <b>instaurare relazioni di fiducia</b>, possibili soltanto con il tempo, la costanza e la continuità.</p>	<p><b>2.2.1. Co-costruire l'analisi dei bisogni e la definizione di obiettivi e interventi</b> tramite la <b>creazione di reti</b> tra istituzioni, associazioni, comunità e singole persone, in modo che le reti stesse divengano sostegno della salute dei singoli e del benessere complessivo.</p>

## 2.3. Comunanza di strumenti e strategie per la salute nella comunità

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Le equipe che promuovono la PHC e lo sviluppo di comunità devono essere <b>multidisciplinari</b> con professionisti sociali e sanitari appartenente a diversi profili e composte anche dai referenti dei portatori di interessi della <b>comunità</b>, da rappresentanti del terzo settore e degli enti locali.</p>	<p><b>2.3.1</b> Porre come obiettivo prioritario nel <b>percorso di empowerment</b> della comunità la condivisione delle competenze, degli strumenti e delle strategie di partecipazione tra tutti i portatori di interessi.</p>

## 2.4. Operatori formati e motivati per lavorare nelle Cure Primarie

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>I professionisti devono essere specificamente formati, con competenze in Cure primarie e partecipazione della comunità. Devono essere dotati di strumenti metodologici per supportare la rilevazione dei bisogni, per l'empowerment di comunità, per l'advocacy e per costruire e accompagnare gli incontri, gestire i conflitti.</p>	<p><b>2.4.1.</b> Favorire l'<b>integrazione</b> degli operatori delle Cure Primarie nella comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valorizzare la conoscenza di bisogni, risorse, linguaggi e dinamiche relazionali;</li> <li>• facilitare il riconoscimento degli operatori come persone/professionisti di <b>fiducia</b> e di <b>riferimento</b> nel tempo, promuovendo così la continuità relazionale con la comunità di riferimento, il terzo settore e le istituzioni locali.</li> </ul> <p><b>2.4.2.</b> Porre come obiettivo dei servizi l'<b>interazione tra gli operatori e le persone</b> che vivono il territorio, favorendo un senso di <b>appartenenza</b> e di <b>cooperazione</b> per la salute della comunità.</p> <p><b>2.4.3.</b> Promuovere nella popolazione, nel contesto universitario e tra tutti gli operatori (sia del territorio sia dell'ospedale) la <b>cultura delle Cure Primarie</b> riconoscendone ad ogni livello l'importanza e la significatività scientifico-professionale, anche al fine di sviluppare negli operatori territoriali un "orgoglioso senso di appartenenza".</p>

## 2.5. I luoghi "strategici" della comunità

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Le equipe che promuovono la PHC e lo sviluppo di comunità devono essere <b>multidisciplinari</b> con professionisti sociali e sanitari appartenente a diversi profili e composte anche dai referenti dei portatori di interessi della <b>comunità</b>, da rappresentanti del terzo settore e degli enti locali.</p>	<p><b>2.5.1.</b> I professionisti che operano all'interno delle microaree valorizzano i luoghi di partecipazione comunitari già presenti all'interno del territorio e cercano di interagire con le realtà comunitarie che hanno come obiettivo la produzione di beni collettivi. Nelle realtà dove queste realtà sono carenti o assenti, tali luoghi e momenti di partecipazione vengono promossi (per es.: mediante lo sviluppo di dispositivi analoghi ai Community Lab)</p> <p>Per approfondimento vedi <a href="#">1. Territorializzare le Cure Primarie</a></p>

## 2.6. Interventi basati sulle evidenze e sulle buone pratiche locali

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Le pratiche per la salute devono essere progettate sulla scorta di linee guida e pratiche basate sull'<b>evidenza</b>, ma anche su "<b>linee guida locali partecipate</b>", che attingono dai saperi e dalle buone pratiche locali. Se la delega ai servizi è necessaria per le competenze professionali più tecniche, ruolo importante hanno i <b>pazienti esperti</b>, le figure comunitarie "tessitrici" delle relazioni tra gli abitanti locali e i professionisti formati in Cure Primarie (<a href="#">Franco et al. 2016</a>).</p>	<p><b>2.6.1</b> Avviare le attività di sviluppo della partecipazione partendo dai contesti che manifestano maggiormente la volontà di <b>sperimentare</b> l'innovazione, costruendo alleanze con le altre risorse della comunità.</p> <p><b>2.6.2.</b> Adottare e sviluppare <b>dispositivi di partecipazione</b> che permettano di <b>aumentare la capacità risolutiva dei contesti locali</b>, adattando le pratiche di successo ai diversi livelli delle organizzazioni territoriali (es. equipe, Casa della Comunità, distretto).</p> <p><b>2.6.3.</b> Raccogliere ed esportare i prodotti processuali e le <b>buone pratiche</b>.</p> <p><b>2.6.4.</b> Ancorare ciò che emerge localmente alle politiche più ampie, per dare maggiore forza e tenuta alle <b>reti</b> complessive.</p> <p>Per approfondimento vedi <a href="#">3.3. Ricerca, formazione e educazione permanente</a></p>



## Glossario

[Comunità](#)  
[Partecipazione](#)

### 3. Governance e coordinamento: politiche adattive e educazione permanente

La riorganizzazione dei servizi territoriali in ottica di PHC necessita di una profonda ristrutturazione delle strategie e metodologie di **pianificazione, gestione, valutazione, qualificazione delle reti assistenziali, attraverso un approccio integrato, centrato sulla salute, multisetoriale e legato alle risorse presenti in ogni territorio.**

Affinché le politiche e gli interventi sanitari siano in grado di adattarsi alle caratteristiche uniche di ogni [territorio](#), alla sua epidemiologia, alle risorse disponibili sia in termini quantitativi sia di competenze professionali, la pianificazione e gestione delle reti assistenziali territoriali deve basarsi su analisi integrate, partecipative e di lungo periodo, capaci di promuovere risposte organizzative diversificate. Pertanto, la gestione deve essere decentralizzata e accompagnata da una valorizzazione delle reti assistenziali territoriali già esistenti e dalla istituzione di un **coordinamento intersettoriale e partecipativo**.

Attraverso il quadro teorico metodologico e tecnico dell'educazione permanente ([Gomes, 2016](#); [Miccas, 2014](#)) si creano le condizioni locali e le competenze per la gestione decentrata e si permette la realizzazione di politiche adattive ([Swanson, 2010](#)) in grado di rispondere alla complessità del nuovo sistema.

#### Criticità attuali

- Attualmente il SSN è **centralizzato nel livello regionale** con un peso variabile in ogni Regione della gestione Aziendale, con una disomogenea decentralizzazione della pianificazione a livello distrettuale e ancora meno presente decentralizzazione sulla prima linea dei servizi.
- La rete assistenziale è costituita a partire da presupposti quasi esclusivamente **biomedici** e sbilanciata sulla **professione medica**.
- **Manca una cultura** delle **co-gestione partecipativa** e le competenze necessarie alla costituzione di reti sanitarie **multi-settoriali e partecipative** in cui le decisioni passano per la costruzione di **consenso**. Allo stesso tempo sono scarsamente diffuse attività di ricerca e formazione relative alle metodologie di **apprendimento in contesto**, che consentano di sostenere l'analisi delle pratiche assistenziali locali e la formulazione delle conoscenze necessarie a sviluppare la [territorializzazione](#) dell'assistenza e della gestione.
- Nell'attuale architettura dei servizi sono scarsi i **luoghi istituzionali ed i percorsi assistenziali che consentono la co-gestione** dei servizi in un'ottica **decentrata multi-servizio e multi-settoriale**.

#### Proposte per il futuro

- 3.1. [Decentralizzare per rispondere meglio agli specifici territori](#)
- 3.2. [Politiche adattative come strumento di governance](#)
- 3.3. [Ricerca, formazione e educazione permanente](#)

### 3.1. Decentralizzare per rispondere meglio agli specifici territori

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p><b>Decentralizzare</b> i processi di pianificazione, gestione, erogazione e valutazione in modo che siano ancorati al <b>territorio</b> ed alle peculiari caratteristiche di produzione delle azioni di salute attraverso una stretta collaborazione tra settori e livelli di assistenza.</p>	<p><b>3.1.1.</b> Costruire un'architettura normativa e un'organizzazione dei flussi di lavoro che esalti il ruolo del <b>distretto</b> e <b>delle equipe territoriali</b>, favorendo l'auto-organizzazione interna delle Case della Comunità e delle reti assistenziali integrate, inter-servizio, inter-settoriali e partecipative.</p> <p><b>3.1.2.</b> Sviluppo di <b>strumenti di <a href="#">epidemiologia di prossimità</a></b> e di valutazione delle linee assistenziali a partire dall'uso reale che le persone ne fanno a supporto dello sviluppo del distretto e delle azioni di territorializzazione</p> <p><b>3.1.3.</b> Sviluppo di processi legati al contesto di <b>pianificazione, gestione e valutazione partecipata</b>, che coinvolga e tenga conto di tutti gli attori coinvolti (<a href="#">Guba, 1989</a>).</p>

### 3.2. Politiche adattative come strumento di governance

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare politiche, organizzazioni e pratiche specifiche per la decentralizzazione della pianificazione e gestione dei servizi attraverso <b>processi partecipativi e inclusivi</b> che rafforzino la gestione democratica in accordo con una visione di Salute quale Diritto umano fondamentale.</li> <li>• <b>Co-gestione</b> attraverso strategie di negoziazione e contrattualizzazione delle attività delle reti multisettoriali (istituzioni, attori comunitari, caregivers, reti di relazioni significative, comunità). L'attivazione di tali strategie si basa sulla capacità degli operatori di leggere e interpretare il contesto, interrogarsi su problemi organizzativi e assistenziali, individuare e ottimizzare le risorse e adoperarsi per colmare le lacune e rimuovere gli ostacoli presenti.</li> </ul>	<p><b>3.2.1.</b> Adottare un quadro di <b>politiche adattative</b> e i principi dell'<b>equità</b> e della <b>giustizia</b> quali guida per la governance dei processi di decentralizzazione, favorendo la <b><a href="#">partecipazione</a></b>, <b>l'inclusione comunitaria</b> e <b>la lotta alle diseguaglianze</b>.</p> <p><b>3.2.2.</b> Potenziare il ruolo del <b>Distretto</b> quale luogo del coordinamento e dei processi di decentralizzazione.</p> <p><b>3.2.3.</b> Potenziare il lavoro in <b>equipe</b> ed in <b>rete</b>.</p> <p><b>3.2.4</b> Definizione dei <b>flussi di negoziazione e contrattualizzazione</b> e degli idonei spazi istituzionali che possono rendere possibile la co-gestione.</p>



### 3.3. Ricerca, formazione e educazione permanente

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare <b>ricerca e formazione</b> specifiche rispetto alle competenze legate alle politiche adattative in ambito sanitario, alla territorializzazione dell'assistenza, alle pratiche ed agli strumenti mesogestionali e microgestionali, specialmente in riferimento al Distretto ed alla Casa della Comunità.</li> <li>• <b>Empowerment e capacitazione delle reti</b> assistenziali per rispondere alle nuove esigenze attraverso conoscenze e competenze adeguate al contesto.</li> <li>• Sovrapporre le funzioni di ricerca e formazione a quelle di pianificazione, gestione ed erogazione dei servizi, attraverso una <b>solida sovrapposizione tra servizi, comunità e università</b>.</li> <li>• Processi di <a href="#">educazione permanente</a> che consentano la formazione ancorata alla pratica.</li> </ul>	<p><b>3.3.1.</b> Costruire una collaborazione strutturata tra <b>servizi, comunità e università</b> per sostenere le azioni di ricerca e formazione situata (<a href="#">Frenk, 2010</a>).</p> <p><b>3.3.2.</b> Adottare un approccio prassiologico che leghi fortemente la gestione al contesto ed alle pratiche locali attraverso il <b>coinvolgimento strutturato del settore accademico</b> (<a href="#">Franco TB, 2016</a>; <a href="#">Mayo, 2009</a>).</p> <p><b>3.3.3.</b> Identificare nelle reti assistenziali il luogo di produzione della <b>domanda di ricerca e formazione</b> (<a href="#">Belluto, 2020</a>).</p> <p><b>3.3.4.</b> Adottare il quadro teorico e gli strumenti dell'<a href="#">Educazione Permanente</a>.</p>

## Glossario

[Educazione Permanente](#)  
[Politiche adattative](#)

## 4. Potenziare il Distretto sociale e sanitario

### Criticità attuali

Nonostante la [normativa nazionale](#) abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto ([Del Giudice et al, 2016](#)):

- V'è un'applicazione **incompleta e molto diversificata** tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto risulta essere un'**entità virtuale**.
- Il coordinamento tra la **componente "sanitaria" e quella "sociale"**, così come il lavoro in equipe interprofessionali, sono avvenuti occasionalmente, solo dove si sono incontrate disponibilità individuali e favorevoli ed eccezionali contingenze.
- Il passaggio da modello **prettamente "sanitario"** (concentrato nell'erogazione e prestazione di servizi sanitari) ad un modello di "salute" (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo in alcune Regioni.
- **Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta**, a fronte del loro ruolo nodale in quanto "chiavi di accesso" ai servizi sanitari, sono rimasti solo parzialmente e occasionalmente coinvolti nei meccanismi di connessione tra le diverse componenti distrettuali. Le nuove **potenzialità tecnologiche di connessione informativa ed operativa** sono state utilizzate nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari in misura marginale, a volte frammentaria e non sempre coordinata all'interno di una progettualità organica.

### Proposte per il futuro

- 4.1. [Il Distretto in una cornice istituzionale organizzativa vincolante](#)
- 4.2. [Distretto Sociale e Sanitario agente della territorializzazione](#)
- 4.3. [Il territorio del Distretto Sociale e Sanitario](#)
- 4.4. [I "partner" del Distretto Sociale e Sanitario](#)
- 4.5. [Il Distretto digitale](#)

#### 4.1. Il Distretto in una cornice istituzionale organizzativa vincolante

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'<b>incompleta</b> e <b>disomogenea</b> attuazione delle indicazioni normative nazionali nelle diverse regioni va assolutamente superata, anche cogliendo le opportunità offerte dal PNRR.</p>	<p><b>4.1.1</b> Definire un modello organizzativo che identifichi chiaramente il <b>Distretto come l'ente cardine</b> per l'attuazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e delle politiche sociali locali</p> <p><b>4.1.2.</b> Ridenominare il Distretto in "<b>Distretto Sociale e Sanitario</b>"</p>

## 4.2. Distretto sociale e sanitario agente della territorializzazione

### Razionale

Va confermato l'orientamento di un Distretto Sociale e Sanitario che sia **responsabile della territorializzazione**, luogo amministrativo di **coordinamento locale**, sia delle funzioni di programmazione, committenza ed erogazione delle cure, sia di tutti gli attori che agiscono sui determinanti della salute, sia nella promozione dell'integrazione ospedale-territorio e dell'intersettorialità degli interventi.

Il Distretto Sociale e Sanitario è quindi connettore funzionale di tutti i professionisti sociosanitari che operano nel territorio di riferimento ed ente di dialogo intersettoriale sul territorio e nella programmazione di politiche pubbliche

### Le proposte del Libro Azzurro

4.2.1 Identificare il Distretto Sociale e Sanitario come ente organizzativo con lo scopo di attuare la **territorializzazione**, cioè la promozione e la tutela nello specifico contesto locale della salute dei cittadini e della **comunità**.

4.2.2. In tale direzione, il Distretto Sociale e Sanitario:

- definisce la **programmazione integrata sanitaria, sociosanitaria e sociale**, sulla base della lettura epidemiologica di prossimità, mediante la concertazione tra i decisori politici, sociali, sanitari, culturali e il Direttore del Distretto Sociale e Sanitario con l'attivazione tavoli di analisi-confronto-programmazione;
- opera un'**analisi integrata** dei dati demografici, sociali, sanitari, socio-ambientali, assistenziali e di infrastruttura;
- **connette** i dipartimenti del territorio con le Case della Comunità, gli Ospedali e gli altri territori;
- individua le modalità per integrare i **Consultori Familiari** nella rete distrettuale;
- **integra** le risorse sanitarie, sociosanitarie e sociali e definisce i rapporti tra i diversi professionisti;
- **alloca le risorse** umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie con particolare riferimento alle Case della Comunità;
- **garantisce l'intersettorialità** delle collaborazioni e degli interventi;
- **definisce gli obiettivi del sistema distrettuale** e verifica nei tavoli di analisi-confronto-programmazione il loro raggiungimento.

4.2.3. Nominare per ogni Distretto Sociale e Sanitario un **Direttore di Distretto**, proveniente o dall'ambito sociale o da quello sanitario e con competenze nello sviluppo di processi di territorializzazione, individuato dall'azienda Sanitaria Locale e dai sindaci del territorio distrettuale.

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
	<p><b>4.2.4.</b> Formare il personale del Distretto allo sviluppo dei processi territoriali e attribuire ad ogni Distretto almeno un operatore con competenze nello sviluppo di processi di territorializzazione.</p> <p><b>4.2.5.</b> Attivare un tavolo permanente deputato alla territorializzazione nel Distretto Sociale e Sanitario composto da referenti provenienti da diverse aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● analisti del territorio (es. epidemiologi, urbanisti, antropologi, demografi, ecc.);</li> <li>● professionisti della salute;</li> <li>● amministratori locali;</li> <li>● altri attori del territorio (es. architetti, operatori ecologici, forze dell'ordine, health city manager, ecc.);</li> <li>● terzo settore e volontariato.</li> </ul> <p>Vedi paragrafo <a href="#">1.4 Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea</a></p>

### 4.3. Il territorio del Distretto Sociale e Sanitario

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Il <b>bacino territoriale</b> del Distretto Sociale e Sanitario deve essere chiaramente individuato a beneficio della sua riconoscibilità, senso di appartenenza, responsabilizzazione. Va definito sulla base di elementi geografici, sociali, esistenziali, organizzativi, epidemiologici; che tengano conto cioè di: oro-idro-geografia, densità e distribuzione abitativa, viabilità, infrastrutture e servizi di collegamento, centri riconosciuti come capoluoghi e loro area di riferimento, articolazione e caratterizzazione della/e urbanizzazione/i, tipologia e distribuzione dei vari insediamenti (abitativi, di lavoro, di servizi,...), presenza di strutture-punti forti riconosciuti (scuole-ospedali-mercati,...), storia, tradizioni, consuetudini, organizzazioni, iniziative, esperienze consortili e collaborative consolidate, presenza immigrati e loro eventuali organizzazioni, organizzazioni-strutture confessionali.</p>	<p><b>4.3.1</b> Attribuire al Distretto Sociale e Sanitario un territorio che sia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>chiaramente individuato</b>;</li> <li>● <b>governabile</b> tenendo conto delle peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche e infrastrutturali;</li> <li>● di dimensione <b>flessibile</b> (indicativamente di 50-100.000 abitanti) per garantire conoscenza-dialogo-cooperazione tra gli operatori e servizi e la sostenibilità economica.</li> </ul> <p><b>4.3.2</b> Garantire la <b>flessibilità</b> della delimitazione del territorio di riferimento in modo da scongiurare il rischio di escludere fasce di popolazione che non vengano riconosciute appartenere ad esso.</p>

## 4.4. I “partner” del Distretto Sociale e Sanitario

### Razionale

Sono numerosi e diversificati:

- le attività di **Prevenzione Primaria**: presidio alimenti, animali-allevamenti-pesca, ciclo idrico, malattie infettive, ambienti lavoro, abitabilità;
- i servizi Sanitari e Sociosanitari direttamente dipendenti o convenzionati-accreditati con il Servizio Socio-Sanitario afferenti all'**Assistenza Sanitaria Primaria** (attività “distrettuali” previste dai LEA): MMG-PLS-CA; farmacie; fornitori protesica; consultorio; servizi ambulatoriali-domiciliari-residenziali per la salute mentale, il contrasto dipendenze e la neuropsichiatria infantile; specialistica ambulatoriale di primo livello; cure domiciliari; servizi residenziali e semiresidenziali per disabili e anziani; strutture intermedie (ospedali di comunità; riabilitazione);
- i **Comuni**, sia per quanto riguarda i servizi alla persona sia per tutte le altre funzioni comunali che, comunque, sono di rilievo per la salute (viabilità, abitabilità, licenze esercizi ristorazione, attività culturali-ricreative, ...);
- tutte le **altre** entità, formali e informali, culturali, ricreative, sportive, associative, del volontariato, ecc.

### Le proposte del Libro Azzurro

Assegnare al Distretto Sociale e Sanitario il compito di:

**4.4.1.** Individuare gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali, flessibili e non normativi, per **facilitare comunicazione-coordinamento** tra operatori diversi;

**4.4.2.** Promuovere la **connessione in rete** di:

- attività di prevenzione primaria e di assistenza sanitaria primaria;
- comuni;
- scuole e università;
- volontariato e terzo settore;
- organizzazioni religiose, culturali, sportive, ricreative, turistiche;
- attività commerciali, produttive e della ristorazione.

**4.4.3.** Organizzare le risposte sui bisogni della popolazione e non per “silos” organizzativi separati, individuando le “grandi sottopopolazioni”, caratterizzate da diversi bisogni-approcci, con particolare attenzione a persone:

- sane,
- con problemi di salute di nuova emergenza,
- con malattie croniche ad elevata prevalenza,
- con problemi di salute mentale,
- con malattie croniche rare,
- con compromissione dell'autosufficienza o bisogni assistenziali complessi,
- con necessità di approccio palliativo.

## 4.5. Il Distretto digitale

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'organizzazione distrettuale deve potersi avvalere delle opportunità offerte dalle tecnologie, sia per quanto riguarda la <b>comunicazione</b> tra cittadini, operatori, servizi tra loro e al loro interno, sia per quanto riguarda la possibilità di offrire <b>risposte ai problemi</b> delle persone utilizzando servizi telematici (teleassistenza, televista-teleconsulto, telemonitoraggio, domotica, ecc.) opportunamente contestualizzati alla situazione locale.</p>	<p><b>4.5.1.</b> Dotare il Distretto Sociale e Sanitario della strumentazione necessaria per attivare un'efficiente <b>Centrale Operativa Territoriale (COT)</b> che sia in grado di supportare la connessione tra cittadini e attori del Distretto.</p>

## 5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

Il passaggio dal modello delle Case della Salute alle Case della Comunità sottolinea la necessità di un **cambiamento non solo organizzativo ma soprattutto culturale**, da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute, cambiamento che già le Case delle Salute hanno tentato di portare, senza però riuscirci nella maggior parte dei casi.

Questo cambiamento implica che compito della nuova organizzazione del territorio non sia solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche temi come l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, il rispetto di sé e della dignità, di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la [partecipazione](#), in un contesto di ecologia integrale, anche adottando strumenti come il budget di salute.

Una Casa della Comunità che metta al centro la [comunità](#) con i suoi bisogni e con le sue risorse; occasione permanente di "costruzione sociale", motore e punto di riferimento di un "nuovo [welfare generativo](#)", luogo di tutela e promozione della giustizia sociale e dell'equità nell'accesso a diritti di base quali la salute e il lavoro.

La Casa della Comunità non deve essere sinonimo di accentramento e, quindi, allontanamento dal territorio, come in alcuni casi è avvenuto con le Case della Salute, ma anzi deve compensare e favorire l'accessibilità alle cure da parte dei cittadini. La Casa della Comunità, quindi, dialoga continuamente con il suo [territorio](#) di riferimento, ulteriormente suddiviso in microaree, e svolge un'azione di promozione, di supporto culturale e logistico alle attività che vengono progettate e svolte nelle [microaree](#).

### Criticità attuali

Il processo di costituzione delle **Case della Salute** ha messo in luce la difficoltà politica, culturale e professionale nel modernizzare le Cure Primarie in Italia, dando vita in più di un caso a strutture che di Casa della Salute hanno solo il contrassegno.

### Proposte per il futuro

- 5.1. [Casa della Comunità "che accoglie"](#)
- 5.2. [Casa della Comunità "dotata"](#)
- 5.3. [Casa della Comunità come "costruzione sociale e nuovo welfare generativo"](#)
- 5.4. [Casa della Comunità "sostenibile"](#)
- 5.5. [Casa della Comunità "partecipata"](#)
- 5.6. [Casa della Comunità che "territorializza"](#)
- 5.7. [L'Osservatorio della Casa della Comunità](#)
- 5.8. [L'approccio interprofessionale e proattivo della Casa della Comunità](#)
- 5.9. [Casa della Comunità "connessa anche tecnologicamente"](#)
- 5.10. [Governo della Casa della Comunità](#)

## 5.1. Casa della Comunità “che accoglie”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità come punto di primo contatto vuol essere “la <b>porta d'entrata</b> del sistema”.</p>	<p><b>5.1.1. Attivare il PUA (Punto Unico di Accesso):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• È una struttura priva di barriere fisiche e architettoniche;</li> <li>• che rappresenta il punto di accoglienza e direzione delle richieste dei cittadini;</li> <li>• con attività espletate da personale specificamente formato attraverso short-courses sui temi dell'accoglienza, il riconoscimento dei bisogni e l'offerta dei servizi sociali, sanitari e amministrativi;</li> <li>• ed è adiacente alla segreteria dei servizi sociali e sanitari per l'espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative, nonché per indirizzare ai servizi specifici presenti sul territorio di competenza.</li> </ul>

## 5.2. Casa della Comunità “dotata”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità deve essere dotata di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spazi dell'<b>accoglienza</b> e della <b>cura</b>;</li> <li>• servizi sanitari <b>primari di diagnosi, cura e riabilitazione</b> garantiti da personale polispecialistico;</li> <li>• servizi <b>sociali</b>;</li> <li>• figure professionali per la prevenzione e la promozione della salute del territorio, volontari e reti del terzo settore che partecipano alla costruzione del <b>progetto di salute comunitario</b>, ecc.</li> </ul>	<p>2.1 Attivare nella Casa della Comunità <b>luoghi fisici adeguati e specifici</b> per le funzioni principali svolte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ambulatori</b> adeguati per spazio, caratteristiche e funzioni;</li> <li>• sala <b>diagnostica</b> dotata di strumentazione di base (es. ecografo, RX, spirometro, ECG, microscopio, biochimica di base);</li> <li>• sala di <b>riabilitazione</b> dotata di spazi e strumentazione adeguati alle attività di prevenzione, riabilitazione, recupero funzionale e adatto a tutte le fasi della vita (età infantile, evolutiva, gestazionale, adulta e della terza età);</li> <li>• uffici per i servizi <b>sociali</b>;</li> <li>• stanza per i <b>colloqui difficili</b>, finalizzata ad affrontare tematiche complesse e che richiedono un luogo separato, accogliente e sicuro che faciliti il dialogo;</li> <li>• sala <b>multifunzionale</b> della comunità, polivalente e versatile, dotata di infrastrutture rimovibili e che possa svolgere funzioni molteplici (sala conferenze, palestra, incontri di associazioni, educazione sanitaria, riunioni comunitarie, baby pit stop).</li> </ul>



### 5.3. Casa della Comunità come “costruzione sociale e nuovo welfare generativo”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità non è un luogo di prestazioni, ma di <b>relazione e d'incontro della comunità</b>.</p> <p>La Casa della Comunità rappresenta il punto di <b>integrazione</b> e raccordo tra il sociale e il sanitario (<a href="#">WHO, Integrating Health Services, 2018</a>).</p>	<p><b>5.3.1.</b> Favorire la creazione della <b>rete</b> tra associazioni di volontariato / centri diurni per anziani / centri antiviolenza / centri sportivi / parrocchie / oratori / ecc. presenti sul territorio, stabilendo modalità di comunicazione periodiche e condivisione di dati e informazioni.</p> <p><b>5.3.2.</b> Costruire <b>relazione e dialogo</b> permanente con i rappresentanti della comunità, con le associazioni, il terzo settore, gli istituti di formazione, ecc.</p> <p><b>5.3.3.</b> <b>Progettare e organizzare</b> in compartecipazione della comunità (con particolare attenzione alle persone con fragilità) attività ricreative, educative, culturali, sportive, ecc.</p> <p><b>5.3.4.</b> Promuovere iniziative che vedano lo <b>scambio reciproco</b> di competenze e aiuto (es. "<i>Banca del Tempo</i>").</p>

### 5.4. Casa della Comunità “sostenibile”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità si dovrebbe avvalere di una struttura sostenibile dal punto di vista ambientale ed efficiente dal punto di vista energetico.</p> <p>La Casa della Comunità deve attenzionare i determinanti di salute correlati all'ambiente.</p>	<p><b>5.4.1.</b> Collocare la sede della Casa della Comunità, laddove possibile, all'interno o nelle adiacenze di <b>spazi verdi</b> che consentano la creazione di attività di promozione e protezione della salute e dell'ambiente, terapeutiche e riabilitative, sia per i cittadini che per gli operatori, sia individuali che collettive.</p> <p><b>5.4.2.</b> Fornire agli operatori della struttura, strumenti e mezzi per favorire la <b>mobilità sostenibile</b>.</p> <p><b>5.4.3.</b> Costruire <b>partnership</b> con le istituzioni/associazioni/enti locali al fine di promuovere la sostenibilità ambientale in compartecipazione della comunità.</p> <p><b>5.4.4.</b> Promuovere attività che sensibilizzino la comunità alla <b>cura dell'ambiente di vita proprio e altrui</b>.</p>

## 5.5. Casa della Comunità “partecipata”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità è il luogo e il contesto in cui gli utenti e la comunità <a href="#">partecipano</a> attivamente alle decisioni che riguardano la medesima. Vedi paragrafo <a href="#">2. Partecipazione della Comunità</a></p>	<p><b>5.5.1. Istituire:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un <b>coordinamento della Casa della Comunità</b> che si incontri regolarmente e che rappresenti il punto di incontro, dialogo e gestione; all'incontro si prevede la partecipazione dei rappresentanti della comunità, dei professionisti e dei gestori;</li> <li>• un'<b>assemblea della Casa della Comunità</b> come momento fondamentale per favorire i processi decisionali. Essa è convocata obbligatoriamente sia nelle fasi di ascolto e raccolta dei bisogni che nelle fasi di valutazione dei risultati conseguiti; all'assemblea partecipano la comunità, i professionisti, i gestori.</li> </ul>

## 5.6. Casa della Comunità che “territorializza”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità lavora tramite un approccio di <a href="#">territorializzazione</a>.</p> <p>Tale aspetto è di fondamentale importanza, perché la Casa della Comunità diviene responsabile non soltanto degli individui ma anche dell'intero territorio di competenza e della sua comunità.</p>	<p><b>5.6.1.</b> Conoscere i bisogni e le risorse del territorio di competenza. L'analisi dei bisogni dovrà essere effettuata tenendo conto dei dati sociali e sanitari a disposizione, dell'esperienza e dell'attività degli attori sanitari e sociali che operano nella <a href="#">microarea</a>.</p> <p><b>5.6.2.</b> Coinvolgere, tramite forme partecipative, il terzo settore, la comunità, gli Enti Locali afferenti; auspicabile l'istituzione di dispositivi quali un “forum permanente come rete di esperienze, progetti, elaborazioni, sui temi del welfare di comunità”; dall'analisi dovrà derivare la programmazione delle attività sociali e sanitarie che dovranno essere messe in atto dentro e fuori la Casa della Comunità.</p> <p>Vedi paragrafo <a href="#">1. Territorializzare le Cure Primarie</a></p>

## 5.7. L'Osservatorio della Casa della Comunità

### Razionale

All'interno della Casa della Comunità si istituisce l'Osservatorio dei bisogni sociali e sanitari del territorio di riferimento, comprese le sedi dei servizi attivi e dei punti di organizzazione della domiciliarità da garantire: ad ogni persona, nell'arco di tutta la vita, creando le condizioni per la continuità della cura e il benessere nelle diverse condizioni di fragilità, di non autosufficienza, di marginalità, secondo criteri di prossimità e dignità di ognuno/a.

### Le proposte del Libro Azzurro

#### 5.7.1 Attivare l'Osservatorio della Casa della Comunità:

- costituito dall'unione dei professionisti sanitari, sociali, dai gestori, dai dirigenti;
- finalizzato ad individuare i bisogni sociali e sanitari della popolazione di riferimento nonché gli ostacoli principali affrontati nell'affermazione di diritti fondamentali;
- che svolge, fra le altre, le seguenti attività di monitoraggio:
  - rispetto ai problemi di livello meso e macro, che impediscono l'efficace risoluzione dei problemi occorsi a livello micro;
  - rispetto ai meccanismi di *referral* e *counter-referral* tra i professionisti, ovvero favorire il dialogo e la condivisione di informazioni al passaggio da un servizio/professionista all'altro in modo che si determini un percorso di cura efficace, integrato e continuo;
  - rispetto alle interconnessioni tra le risorse del territorio.

## 5.8. L'approccio multiprofessionale e proattivo della Casa della Comunità

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>I professionisti della Casa della Comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lavorano con un approccio <b>multiprofessionale</b> necessario per poter soddisfare i diversi bisogni delle persone;</li> <li>• sono capaci di <b>mappare il territorio</b>, rilevare determinanti di salute, <b>mobilizzare le risorse</b> comunitarie, raccogliere informazioni <b>quantitative e qualitative</b> dei bisogni della popolazione, realizzare <b>itinerari terapeutici, di accessibilità</b> ai servizi, elaborare temi specifici per la <b>formazione e l'empowerment</b> comunitario, stimolare la costruzione di <b>reti comunitarie</b> e la <b>partecipazione attiva</b> della popolazione;</li> <li>• lavorano tramite un approccio di tipo <b>proattivo</b>, non volto solamente a soddisfare le domande espresse, ma anche quelle inesprese;</li> <li>• promuovono l'<b>integrazione</b> tra Casa della Comunità e Ospedale.</li> </ul>	<p><b>5.8.1.</b> Impegnare ogni professionista della Casa della Comunità a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apprendere in forma permanente (tracciabile) i <b>principi fondamentali della PHC</b>, attraverso un percorso di studi adeguato, indipendentemente dal proprio curriculum di studi</li> <li>• rispettare/condividere la visione culturale della PHC</li> <li>• <b>conoscere i ruoli e le competenze degli altri operatori</b> per stimolare la <b>costruzione di saperi e pratiche condivise</b>, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio di competenza</li> <li>• partecipare alle <b>equipe multiprofessionali</b> finalizzate alla presa in carico congiunta di situazioni a medio-alta complessità, con incontri periodici sulla base delle esigenze presenti</li> <li>• cooperare con il mondo <b>accademico</b>, in particolare nella formazione per le Cure Primarie di tutte le professioni sanitarie.</li> </ul> <p>Vedi paragrafo <a href="#">3.3 Ricerca, formazione e educazione permanente</a></p> <p><b>5.8.2.</b> Organizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'<b>equipe multiprofessionale</b> che si tiene con cadenza regolare per la risoluzione multiprofessionale di casi complessi</li> <li>• periodicamente <b>corsi di role playing e di simulazione</b> per immedesimarsi nell'esperienza altrui</li> <li>• un <b>training</b> per obiettivi strutturati per chiunque entri a lavorare nella Casa della Comunità, indipendentemente dal curriculum di studi, con un affiancamento a tutor esperti scelti "interni", di durata adeguata alla complessità del territorio/comunità di riferimento.</li> </ul>

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
	<p><b>5.8.3.</b> Rendere tutte le Case della Comunità sedi di <b>formazione e tirocinio pre-post laurea</b> di tutte le professioni sociali e sanitarie coinvolte.</p> <p><b>5.8.4.</b> Promuovere l'attribuzione a professionisti delle Case della Comunità di <b>corsi di insegnamento pre-post laurea</b> di tutte le professioni sociali e sanitarie coinvolte.</p>

### 5.9. Casa della Comunità “connessa anche tecnologicamente”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>I professionisti della salute imparano ad utilizzare le migliori <b>tecnologie hardware e software disponibili per la condivisione</b> di tutti i dati raccolti.</p> <p>La sfida quotidiana è orientata a sviluppare e potenziare raffinate tecnologie relazionali, di gestione ed organizzazione dei percorsi assistenziali, attraverso la negoziazione tra i linguaggi e i valori degli attori coinvolti.</p>	<p><b>5.9.1.</b> Sviluppare <b>cartelle sociali e sanitarie integrate</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• con minimo utilizzo di supporto cartaceo, se non per vincoli di legge;</li> <li>• che promuovano il lavoro integrato dei professionisti sociali e sanitari non soltanto dentro la Casa della Comunità ma anche a distanza;</li> </ul> <p><b>5.9.2</b> Potenziare la <b>telemedicina</b>;</p> <p><b>5.9.3</b> Dotare gli operatori di <b>strumenti di comunicazione</b> adeguati indipendenti dalla rete telefonica, per le comunicazioni immediate tra diversi attori quando impegnati insieme sul territorio, a garanzia di uno scambio sempre efficace di informazioni.</p>

### 5.6. Casa della Comunità che “territorializza”

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>La Casa della Comunità è basata su una <b>governance pubblica, chiara e partecipata</b>.</p>	<p><b>5.10.1.</b> Prevedere, all'interno del territorio di competenza del Distretto Sociale e Sanitario, <b>almeno una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti</b>, ciascuna con un proprio territorio elettivo di afferenza, ma favorire l'attivazione di Case della Comunità per territori di minore dimensione, anche valorizzando aggregazioni di servizi e/o di MMG già attivi.</p>

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
	<p><b>5.10.2.</b> Collocare il <b>coordinamento del Distretto Sociale e Sanitario</b> nella Casa di Comunità più grande.</p> <p><b>5.10.3.</b> Promuove le azioni e le progettualità a livello delle <a href="#">microaree</a>, fornendo supporto logistico e culturale.</p> <p><b>5.10.4.</b> Riconoscere l'<b>assemblea della Casa della Comunità come momento fondamentale</b> per favorire i processi decisionali, convocandola obbligatoriamente sia nelle fasi di ascolto e raccolta dei bisogni che nelle fasi di valutazione dei risultati conseguiti.</p> <p><b>5.10.5.</b> Favorire l'<b>integrazione</b> fra tutti i professionisti mediante una figura che coordini, che faciliti la comunicazione tra le varie interfacce, che supporti il Direttore di Distretto, che monitori l'andamento delle attività programmate per il territorio di riferimento.</p>



## Glossario

[Welfare generativo](#)

## 6. Domiciliarità e Cure Intermedie

Le Cure Intermedie non sono ancora chiaramente definite a livello internazionale tanto che in diversi contesti sanitari si definiscono come intermedi dispositivi o strutture differenti. Esistono 2 orientamenti principali: l'identificazione delle cure intermedie con strutture specifiche o con una serie di servizi.

In ottica PHC, appare come una scelta possibile quella di identificare e responsabilizzare singole strutture per l'erogazione di servizi che necessitano di interventi in rete, localizzati e centrati sulla persona. L'espansione del comparto intermedio di salute rappresenta la risposta adeguata alla mancanza di una rete di servizi che supporti territorio ed ospedale nella gestione integrata dei pazienti cronici complessi e vulnerabili.

### Criticità attuali

- Risultano di limitata utilità - nell'attuale contesto demografico ed epidemiologico di crescente complessità dei bisogni di salute - gli interventi dei servizi per acuti di tipo ospedaliero centrati sulla diagnosi e sulla terapia clinica, ma con **limitate capacità di gestione complessiva** della persona.
- Si rileva un vuoto assistenziale relativo alla gestione di pazienti complessi che non necessitano di nuova diagnosi o di nuova terapia, ma che richiedono un **carico assistenziale o di gestione elevato che supera la capacità del comparto primario**.
- Prevale una modalità di fare assistenza domiciliare secondo **modelli ospedalieri/prestazionali**, anche in ragione della normativa nazionale. Non prevale così la presa in carico integrata di tutto il sistema assistito/assistenza e del suo contesto di vita.
- È poco valorizzata e potenziata l'assistenza realizzata dalle **risorse informali** (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.) che sostiene prevalentemente il poter stare a casa delle persone; non è attività core dei servizi un approccio di rete che le coinvolga, quando non attivate.
- Non è effettiva l'**integrazione sociosanitaria**, contrariamente alle indicazioni di politica sanitaria ormai più che ventennali, ma è ancora prevalente un sistema a silos del sanitario e del sociale scarsamente comunicanti tra loro.
- L'assistenza domiciliare integrata, a fronte di una elevata multidimensionalità dei problemi e bisogni a domicilio, non è svolta da una vera **equipe multidisciplinare**; tendenzialmente è realizzata dal MMG/PLS con l'infermiere (ed eventualmente l'OSS), poco presenti fisioterapista e assistente sociale, pochissimo lo psicologo, in particolare a fronte di dolore, terminalità, lutto.
- Non vi è una **organizzazione complessiva** delle cure e assistenza domiciliari, fondata su principi organizzativi consapevoli e orientata da EBM ed EBP.

### Proposte per il futuro

- 6.1. [L'espansione delle Cure Intermedie](#)
- 6.2. [L'alta densità di cura generalista](#)
- 6.3. [Capacitare le risorse informali dell'assistenza domiciliare](#)
- 6.4. [Equipe multidisciplinari per la multidimensionalità del bisogno domiciliare](#)
- 6.5. [Curare le dimensioni organizzative della domiciliarità](#)

## 6.1. L'espansione delle Cure Intermedie

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Il "Sistema della domiciliarità" è l'insieme organico e dinamico di prestazioni, interventi, servizi, progetti, attenzioni per il permanere a domicilio delle persone con ridotta o assente autonomia; fa capo a soggetti e risorse del sanitario e del sociale, formali e informali. Il sistema deve essere <b>integrato, flessibile, partecipativo</b> e contare di una rete supportiva costituita da servizi domiciliari, semi-residenziali, residenziali, ambulatoriali e di comunità, servizi pubblici e privati, del terzo settore e del volontariato non organizzato.</p>	<p><b>6.1.1.</b> Centrare l'espansione delle Cure Intermedie sulla nuova modalità di <b>gestione integrata</b> della persona, sull'<b>alta densità assistenziale di tipo generalista</b>, sulla definizione di <b>nuovi dispositivi di assistenza</b> e, soprattutto, <b>integrando tali attività a livello di Casa della Comunità</b>.</p> <p><b>6.1.2.</b> Concepire come nodi dell'assistenza intermedia <b>dispositivi</b> già presenti sul territorio quali le Case della Comunità, le RSA, le Lungodegenze Ospedaliere, gli Ospedali di Comunità (OsCo), gli istituti di riabilitazione, le ADI, l'abitazione stessa delle persone, i nuovi dispositivi come le USCA nonché la teleassistenza.</p> <p><b>6.1.3.</b> Sostanziare l'impostazione delle Cure Intermedie in un nuovo segmento <b>multi-servizio, dai confini sfumati, per interventi centrati sulla persona</b> e non sul servizio; ciò comporta una <b>flessibilità</b> delle configurazioni assistenziali necessaria alla localizzazione degli interventi assistenziali con le relative negoziazioni e contrattualizzazioni.</p>

## 6.2. L'alta densità di cura generalista

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>I pazienti complessi e vulnerabili necessitano di maggiori risorse per permetterne la presa in carico complessiva.</p>	<p><b>2.1</b> Sviluppare un nuovo concetto di alta densità di cura non specialistico, che potremmo definire <b>alta densità di cura generalista</b>, che amplia la capacità di intervento della PHC senza diminuire il campo di azione e mantenendo la capacità complessiva di gestione.</p> <p><b>2.2</b> Configurare le <b>nuove competenze assistenziali</b> come la principale caratteristica delle Cure Intermedie.</p>



### 6.3. Capacitare le risorse informali dell'assistenza domiciliare

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'assistenza domiciliare è l'insieme di attività sanitarie e sociali che intervengono a casa della persona, realizzate nell'ambito di una pianificazione personalizzata condivisa con gli utenti (assistito in condizioni di fragilità e/o suoi familiari e/o figure prossime).</p> <p>L'assistenza domiciliare viene attuata principalmente da <b>soggetti estranei alle organizzazioni istituzionali</b>: familiari, badanti, vicini, ma anche dall'assistito stesso (<a href="#">WHO, 2003</a>).</p>	<p><b>6.3.1.</b> Portare l'attenzione prioritariamente alle <b>risorse informali</b>, contenendo la <b>medicalizzazione</b> e supportando il <b>benessere di chi presta l'assistenza</b> (<a href="#">WHO. Home-based long term care, 2000</a>).</p> <p><b>6.3.2.</b> Capacitare intenzionalmente le <b>risorse informali</b> per una <b>co-partecipazione esperta</b> nella prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione delle persone con bisogni sanitari e sociali.</p> <p><b>6.3.3.</b> Prestare assistenza al domicilio della persona <b>integralmente con il suo contesto fisico e sociale</b> (casa, famiglia, assistenti, comunità) e attraverso l'attivazione delle <b>risorse locali</b>.</p>

### 6.4. Equipe multidisciplinari per la multidimensionalità del bisogno domiciliare

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'assistenza domiciliare affronta problematiche di tipo <b>multidimensionale</b>.</p> <p>La <b>multidisciplinarietà</b> delle equipe di assistenza domiciliare garantisce approcci modulati sulla complessità dei bisogni sociosanitari: proattivi, tempestivi e partecipati, consentendo il permanere a casa dignitoso e umanizzato delle persone lungo tutto l'arco della loro vita.</p>	<p><b>6.4.1.</b> Sviluppare <b>adeguati strumenti disciplinari</b> che permettano la multidisciplinarietà delle cure delle persone a domicilio.</p>

## 6.5. Curare le dimensioni organizzative della domiciliarità

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Data la complessità dell'assistenza, devono essere previsti elevati livelli di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacitazione e responsabilizzazione degli utenti per lo sviluppo delle <b>competenze di autocura/autodeterminazione</b>;</li> <li>• coinvolgimento ed empowerment delle <b>risorse comunitarie</b> formali e informali;</li> <li>• condivisione di sistemi <b>informativi-comunicativi</b>;</li> </ul> <p>Individuazione di <b>modelli gestionali e di EBM/EBP</b> che definiscano l'accessibilità, il sistema delle responsabilità, i principali ruoli e attività e i principali stadi/fasi delle condizioni di salute e dei livelli/interventi assistenziali previsti.</p>	<p><b>6.5.1.</b> Considerare nello sviluppo della domiciliarità le dimensioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>"Governance e organizzazione"</b> per una struttura gestionale di indirizzo;</li> <li>• <b>"Sicurezza e rischio clinico"</b> per strumenti e metodologie garanti di un'assistenza domiciliare sicura;</li> <li>• <b>"Profilo di ruolo, conoscenze e competenze"</b> come requisiti minimi, anche formativi, per le diverse figure che attuano la domiciliarità.</li> <li>• <b>"Comunicazione e informazione"</b> per la circolarità delle informazioni tra le organizzazioni e i cittadini;</li> <li>• <b>"Strumenti di integrazione</b> nei processi assistenziali" quali strumenti operativi che consentono la valutazione e la presa in carico integrata del bisogno;</li> <li>• <b>"Miglioramento ed innovazione"</b> come capacità dell'organizzazione di evolvere e di ridefinire i propri percorsi a fronte dei bisogni della popolazione.</li> </ul> <p><b>6.5.2.</b> Ricondurre necessariamente a livello di <b>Casa della Comunità</b> l'organizzazione delle attività domiciliari e della loro integrazione con altri servizi-attività (formali e informali).</p>

## 7. Formazione e ricerca in Cure Primarie

*Nota: quanto sotto tratta in maniera più approfondita la formazione delle figure mediche e infermieristiche, delle quali gli autori hanno maggiore conoscenza. Tuttavia, il nodo della formazione riguarda tutte le professioni della salute coinvolte nelle Cure Primarie.*

Nel 2011, WONCA Europe definisce la Medicina Generale/Medicina di Famiglia una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle Cure Primarie ([WONCA, 2011](#)).

Ogni Stato membro in Europa deve quindi riconoscere pienamente la disciplina e la specialità della Medicina di Famiglia ([WONCA et al, 2018](#)). In una logica di PHC, la definizione WONCA può essere applicata a tutti i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie.



### Criticità attuali

A livello internazionale

- La **formazione dei professionisti della salute non è adeguata** alle trasformazioni epidemiologiche, demografiche e sociali dell'ultimo secolo. È inoltre frammentata, basata su profili professionali spesso sorpassati e non integrati, non adeguata ai bisogni della popolazione, non finalizzata al lavoro di equipe, dotata di elevato tecnicismo ma incapace di comprendere il contesto, orientata alla gestione di singoli episodi di cura piuttosto che alla continuità e longitudinalità delle cure, ospedalocentrica, con prevalenza di dati quantitativi.
- Secondo il rapporto della Commissione Lancet del 2010 ([Frenk, 2010](#)), l'ultima generazione di riforme educative deve orientarsi al miglioramento dei rendimenti dei sistemi di servizi sanitari attraverso un apprendimento, non più solo informativo (mirato alla produzione di "esperti") né formativo (mirato alla produzione di "professionisti") bensì trasformativo, mirato alla produzione di "**agenti di cambiamento**" con **competenze di leadership, advocacy e lavoro in equipe**, capaci di mobilitare conoscenze, impegnarsi in ragionamenti critici e condotte etiche. La sola memorizzazione dei contenuti non è più adeguata al tempo odierno data l'ampia accessibilità alle informazioni: è necessario saper gestire la grande mole di informazioni e saper estrarre da esse solo le informazioni utili al contesto

A livello nazionale

- Mancato riconoscimento accademico:
  - formazione sanitaria pre-laurea ospedalocentrica che promuove **cultura e identità professionali ospedalocentriche e iperspecialistiche**;
  - assenza o marginalità di un insegnamento nei diversi corsi di laurea di area sanitaria in **Cure Primarie - Medicina Generale - Medicina di Famiglia e Comunità – PHC**;
  - assenza o marginalità di **didattica extraospedaliera**;
  - assenza nel corso di studi di esami in Medicina Generale, assenza di docenti e marginalità di tirocini **territoriali**;
  - assenza di uno **specifico Settore Scientifico Disciplinare** dedicato a PHC;
  - marginalità di investimenti in ricerca clinico-assistenziale **territoriale**.
- L'assenza di un insegnamento specifico ufficialmente riconosciuto non solo restringe le possibilità di ricerca e di formazione, ma riduce l'attrattiva della formazione in Cure Primarie, perpetuando la svalutazione dei professionisti non ospedalieri e la qualità delle cure da essi prestate ([Borelli, 2021](#)). Ciò ha contribuito a uno svilimento della Medicina Generale e delle Cure Primarie, con il diffondersi comune dell'idea erronea che esse consistano in cure non specializzate, "di serie B" ([Rubatto, 2021](#)).

- Assenza di **corsi integrati** tra le diverse figure professionali con conseguente mancanza dello sviluppo di competenze e modalità di gestione interprofessionali nel settore delle Cure Primarie, nel Distretto e nelle cure domiciliari

#### Area Medica

- **Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG)**: a gestione regionale, non accademica e in assenza di parametri di qualità verificabili dei docenti MMG/specialisti;
- **Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie**: presenta numeri esigui e al momento gli specialisti non possono esercitare la medicina generale; è una specializzazione universitaria completa nel trasmettere le competenze di medicina di comunità, ma rischia di essere carente nel proporre un profilo di competenze cliniche peculiare della medicina territoriale;
- **Scuola di Specializzazione in Igiene e Salute Pubblica e Medicina Preventiva**: insegnamento in PHC presente solo occasionalmente ([Patano et al. 2018](#)).

#### Area Infermieristica

- **Master Infermieristica di Famiglia e Comunità (IFeC)**: marginali e disomogenei, persino nella denominazione. I risultati conseguiti sono periodicamente valutati dall'OCSE che registra per l'Italia un ritardo legislativo e formativo che penalizza il contributo professionale all'interno delle Cure Primarie. I master di primo livello offerti da pochissime università non trovano attualmente alcun riconoscimento contrattuale e i costi sono a carico dei professionisti;
- le **Linee Guida** regionali attuative della legge 77/20 e delle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni sono ancora in fase di definizione. Il rischio è che si scelgano percorsi di specializzazione disomogenei e minimali, penalizzando le potenzialità del ruolo;
- è stato delineato un **core curriculum**, ad opera di operatori del settore, sottoposto alla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, che può confluire dal master di primo livello in laurea magistrale clinica e costituire la base per programmi interdisciplinari. Tale proposta recepisce le competenze delineate dalla [FNOPI nel Position Statement pubblicato nel 2019](#).

## Proposte per il futuro

- 7.1. [Riconoscimento accademico](#)
- 7.2. [Il Dipartimento interdisciplinare di PHC per percorsi comuni tra figure professionali](#)
- 7.3. [Curricula con una base comune](#)
- 7.4. [Il setting di insegnamento](#)
- 7.5. [L'architettura dell'insegnamento](#)

## 7.1. Riconoscimento accademico

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'<b>Università</b> è il principale ente di formazione e ricerca specialistica in qualsiasi campo, medicina inclusa, preposto a garantire qualità, imparzialità e legittimità. Includere la PHC tra gli insegnamenti universitari (disciplina accademica) è a sostegno dello sviluppo della ricerca e della cultura di PHC.</p>	<p><b>7.1.1.</b> Rendere la PHC <b>disciplina universitaria</b> (<a href="#">Movimento Giotto, 2019</a>) con un proprio Settore Scientifico Disciplinare (SSD).</p> <p><b>7.1.2.</b> Istituire <b>percorsi di formazione post-laurea multiprofessionali in PHC</b>.</p> <p><b>7.1.3.</b> Creare <b>sviluppi professionali</b> di carriera accademica (PhD, docenza universitaria), favorendo specifici progetti di ricerca.</p>

## 7.2. Il Dipartimento interdisciplinare di PHC per percorsi comuni tra figure

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Al fine di cambiare i modelli organizzativi delle Cure Primarie, occorre ripartire dai modelli formativi indispensabili a gestire il cambiamento, in una visione fortemente integrata delle Cure Primarie.</p>	<p><b>7.2.1.</b> Istituire <b>dipartimenti universitari di PHC interdisciplinari</b>, affidati e guidati da professionisti sanitari e sociali con esperienza maturata sul territorio ed esperti di formazione, in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• essere riferimento per tutti i professionisti della salute e del sociale attivi nelle Cure Primarie;</li> <li>• fungere da interlocutore autorevole per ASL, ospedali e università;</li> <li>• creare legami culturali e professionali con gli altri dipartimenti nell'ambito della formazione e dell'educazione sanitaria a livello locale, nazionale e internazionale;</li> <li>• promuovere l'insegnamento della PHC sia nei corsi pre- che post-laurea;</li> <li>• delineare i campi di ricerca propri della disciplina, sviluppando e aggiornando i temi della formazione pre- e post-laurea.</li> </ul>

### 7.3. Curricula con una base comune

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>Obiettivo della formazione dei professionisti in salute è quello di acquisire competenze che siano aggiornate ai tempi correnti e integrate alle competenze delle altre figure professionali.</p>	<p><b>7.3.1.</b> Definire un <b>Core Curriculum</b> per competenze redatto e aggiornato con cadenza prestabilita attraverso un processo trasparente e partecipato, che veda la collaborazione di Università e colleghi professionali.</p> <p><b>7.3.2.</b> Strutturare i curricula su un livello comune di <b>core competence</b> necessarie a tutti gli attori (ad es. "sviluppo di comunità") e un livello specifico professionale per lo sviluppo delle <b>competenze professionali</b>.</p>

### 7.4. Il setting di insegnamento

Razionale	Le proposte del Libro Azzurro
<p>L'interazione culturale tra Università e professionisti del <b>territorio</b> permetterà di contaminare il sapere accademico con l'esperienza pratica quotidiana di chi lavora a contatto con le comunità promuovendo così lo sviluppo di nuove competenze indispensabili per comprendere la complessità dei processi di salute/malattia ed elaborare strategie d'intervento efficaci nel favorirli o nel contrastarli.</p> <p>Vedi paragrafo <a href="#">3.3 Ricerca, formazione ed educazione permanente</a>.</p>	<p><b>7.4.1.</b> Rendere le nuove Cure Primarie un luogo di <b>formazione e ricerca</b> per tutti i professionisti sociali e sanitari.</p> <p><b>7.4.2.</b> Istituire momenti formativi pre- e post-laurea comuni alle diverse figure professionali che si troveranno a lavorare insieme nel territorio, per garantire l'acquisizione di <b>conoscenze condivise e meta-competenze</b> necessarie al futuro lavoro di <b>equipe</b>.</p> <p><b>7.4.3.</b> Curare la progettazione e realizzazione della formazione attraverso la <b>partnership</b> tra Università (non solo di ambito sanitario e sociale, ma anche dell'educazione, economia, antropologia ecc.), "istituti" regionali (ad es. IRSSSES) e aziende sanitarie e sociali locali, affinché sia applicabile nella realtà locale.</p>

## 7.5. L'architettura dell'insegnamento

### Razionale

Le Cure Primarie riguardano un sistema ad elevata complessità dinamica, che richiede un ampio e articolato corpus di conoscenze e competenze per avere significato in termini di effettività e sostenibilità.

L'impatto di salute-benessere su individui e comunità può essere effettivo se ogni strategia, inclusa quella formativa, è definita e realizzata nella comunità, in stretta collaborazione con tutti gli interessati (operatori del sociale e del sanitario, enti, cittadini, ecc.).

### Le proposte del Libro Azzurro

**7.5.1.** Architetture la formazione in Cure Primarie secondo le principali dimensioni strutturanti:

- approccio alla **complessità** ecologico-sistemica, al lavoro di **comunità**, al lavoro di **rete**, alla **digitalizzazione**. Tra i modelli di riferimento: PHC, Long Term Care (LTC), Expanded Chronic Care Model (ECCM);
- fondante riferimento alle metodologie proprie dell'**evidence based practice** e agli **approcci metodologici delle scienze umane e sociali**;
- didattica e pedagogia che coniugano **attività interattive d'aula e attività (ricerca-azione) "in contesto"**, centrate sull'apprendimento nel contesto lavorativo e sulle esperienze di vita quotidiana delle organizzazioni;
- **partecipazione** dei diversi portatori di interessi sia come docenti che come discenti.

## Precisazioni e Approfondimenti

### Cosa intendiamo per

**Capitale sociale:** quando una persona o un gruppo partecipa alla vita della comunità e tale partecipazione supera gli interessi diretti e misurabili da ciascuno. Il capitale sociale è ascrivibile ad un prodotto di livello superiore che incide sulla qualità della vita delle persone senza che queste ne percepiscano in modo pienamente consapevole i processi di funzionamento e gli effetti. Emerge dalla quantità e qualità dei rapporti, delle connessioni che si attivano e si mantengono nella comunità. Secondo [Bourdieu \(1986\)](#) questo favorisce la produzione di risorse, attuali o virtuali, che vengono accumulate dalla persona o da un gruppo proprio perché legati ad una rete di relazioni durevoli. Una società che gode di un elevato capitale sociale è caratterizzata da rapporti stabili e conoscenze reciproche più o meno istituzionalizzate. Questo genera fiducia reciproca nei confronti delle persone e delle istituzioni; in questo modo la reciproca fedeltà diviene una norma che regola i rapporti ([Putnam, 2000](#)).

**Comunità:** con il termine comunità viene comunemente indicato un insieme di soggetti legati da un linguaggio comune e da una struttura organizzativa sociale, tipo un quartiere, un paese o una regione o comunque un'estensione geografica limitata in cui gli abitanti abbiano caratteristiche, interessi e bisogni comuni. Nella contemporaneità, tuttavia, è caduta l'idea di poter incontrare comunità piccole, omogenee, isolate. Esse, al contrario, sono composte e attraversate da una pluralità di soggetti che si raggruppano in configurazioni sociali provvisorie e mobili ([Callari Galli et al, 2007](#); [Laverack, 2018](#)). I luoghi fisici, dunque, possono essere identificati come comunità territoriali e quelli che incontriamo o frequentiamo, piccoli o grandi che siano, sono contraddistinti da traiettorie multiple e complesse; da persone che vi abitano sempre o qualche momento dell'anno, che vi transitano, che vi lavorano. Da mero spazio geografico il luogo diventa un insieme di caratteristiche dotate di personalità, il contesto dell'azione e un centro di significati ([Massey, Jess, 2001](#)). Non è soltanto una "struttura di sentimento", è uno spazio di cui si rivendica l'appartenenza in relazione a quel senso di territorialità con il quale ci identifichiamo ([Portis, 2021](#)). [Esposito \(1998\)](#) sottolinea il duplice significato inscritto nell'etimologia di comunità: *cum - munus*. Ovvero, condividere qualcosa con gli altri, ponendo l'accento sul "qualcosa in comune" ma anche il munus, cioè il dono. La comunità, in questa seconda accezione, fa così riferimento alla mancanza di qualcosa (e non all'avere) che ha a che fare con ciò che dobbiamo agli altri. Vivere insieme significa anche tener conto degli obblighi e delle responsabilità in un impegno donativo verso gli altri.

**Educazione Permanente:** Il quadro concettuale di Educazione Permanente in Salute (PHE) intende il lavoro all'interno del Sistema Sanitario come un momento di apprendimento a partire dal quotidiano ed orientato allo sviluppo del sistema sanitario come spazio collettivo di produzione della salute. L'EP ribalta la concezione classica della formazione continua e riconosce il contesto del quotidiano di lavoro nel servizio come il luogo dell'invenzione e dell'innovazione, del confronto con le sfide assistenziali ed organizzative e della sostituzione creativa di modelli di lavoro precostituiti con pratiche cooperative, collaborative ed integrate e coraggiose basate sull'arte di ascoltare la diversità e di mettere in pratica democraticamente il pluralismo proprio del campo della salute. Ed è partire dal quotidiano contesto di lavoro che i quadri teorici, le metodologie e le tecniche vengono incorporate nelle pratiche e nelle competenze dei lavoratori, senza mai perdere la dimensione collettiva, valoriale, etica e democratica propria del servizio sanitario. L'EP al contrario della formazione disciplinare dovrebbe sempre essere centrata sui team multiprofessionali, nelle reti di salute intersettoriali e partecipative che sono proprie della PHC, contribuendo a costruire l'interdisciplinarietà, l'intersessualità, la partecipazione comunitaria e l'affermazione della democrazia nei contesti reali di vita in cui il SSN è inserito ([Gomes, 2016](#); [Miccas, 2014](#)).



**Epidemiologia di prossimità:** tra epidemiologia classica, epidemiologia sociale, epidemiologia comunitaria ed epidemiologia di cittadinanza. Un approccio di indagine della realtà territoriale più prossima, di raccolta e analisi dei dati micro, di relazione, al fine di comprendere il territorio, la sua complessità e l'interazione delle tante reti coinvolte nella malattia e nella salute delle persone e delle comunità che lo abitano e attraversano.

**Partecipazione:** il concetto di partecipazione implica il prendere parte attivamente a un processo sapendo che la propria voce sarà ascoltata. È un obiettivo da perseguire e una caratteristica mai scontata, rappresenta sia un punto di partenza che un punto di arrivo ([Martini, Torti, 2014](#)). I processi partecipativi implicano un'intenzionalità e dunque un progetto, poiché nella nostra contemporaneità, fluida e multisituata, non è semplice ritrovarsi in spazi sociali riconosciuti. La partecipazione sottintende sempre un'assunzione di responsabilità ed è diffusa la convinzione che questa aumenti il senso di autoefficacia e l'autostima: ci si sente meno impotenti e appartenenti a una comunità inclusiva (Portis, 2021).

**Politiche adattive:** il quadro teorico-metodologico delle Politiche Adattive (PA) è stato sviluppato a partire dall'esigenza di produrre strumenti di governance per politiche elaborate in contesti ad alta variabilità che devono rispondere ad una vasta gamma di condizioni, in particolare se complesse, dinamiche, incerte e scarsamente prevedibili. Il carattere di innovatività delle PA risiede nel processo di apprendimento continuo, calato nel contesto, e nel processo decisionale partecipativo inclusivo dei punti di vista e della prospettiva dei differenti stakeholders. Nelle PA sono inoltre centrali il consentire l'auto-organizzazione e il networking sociale, decentralizzare il processo decisionale al livello giurisdizionale più basso ed efficace e promuovere la variazione nelle risposte politiche ([Swanson, 2010](#)).

**Territorializzazione:** processo permanente di riconoscimento e induzione del territorio, inteso quindi sia come processo di conoscenza del territorio-oggetto che, soprattutto, come processo di riconoscimento e di co-costruzione identitaria del territorio-soggetto (territorio che si crea e trasforma nell'interazione coi servizi di salute). La territorializzazione è uno strumento fondamentale di attuazione dei principi fondanti il Libro Azzurro (salute come diritto, approccio centrato sulla salute della persona e delle comunità e orientato ai principi della Comprehensive PHC). Essa è inoltre un mezzo in grado di produrre cambiamenti nel modello di assistenza e nelle pratiche di salute ([Teixeira et al, 1998](#)) e consente la pianificazione di azioni di salute volte alla realtà quotidiana delle persone.

**Territorio:** spazio fisico o virtuale, dinamico, delimitato da confini e profili fluidi, in continua costruzione e trasformazione, appartenente non solo a una dimensione geografica ma anche a una dimensione demografica, epidemiologica, amministrativa, tecnologica, politica, sociale, culturale ([Mendes, 1993](#)), ecc. Il territorio è un processo che si (ri)costruisce con le azioni delle persone che lo attraversano, è il luogo di (interazione di gruppi sociali ed è un luogo di costruzione ed esercizio di potere ([Gondim et al, 2008](#)).

**Welfare generativo:** la funzione del Welfare non dovrebbe esaurirsi nella mera erogazione di prestazioni economicamente sostenibili in risposta ai bisogni dei cittadini, ma dovrebbe contribuire ad accrescere il capitale sociale di una comunità ([Pasqualotto, 2016](#)). Il welfare generativo consiste dunque in un processo in grado di migliorare le risorse disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività. Questa proposta culturale è stata lanciata dalla Fondazione Zancan nel Rapporto sulla lotta alla povertà 2012 e ripresa e approfondita nel Rapporto 2013.

## Precisazioni

### Allegato #1

**TRANSIZIONE DEMOGRAFICA:** passaggio della popolazione da un regime demografico tradizionale ad uno moderno, dove a bassi tassi di natalità corrispondono bassi tassi di mortalità.

**TRANSIZIONE SOCIALE:** conseguenza dell'allentarsi e del rarefarsi dei legami familiari, con conseguente diminuzione della capacità delle famiglie di sopportare il carico assistenziale dei membri più fragili e non autosufficienti. Ad oggi si assiste ad un aumento delle famiglie monopersonali, anche e soprattutto nelle fasce più anziane della popolazione, dove sono maggiori le necessità assistenziali.

**TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA:** cambiamento della domanda di salute, che vede un aumento costante e consistente della prevalenza e della mortalità per patologie croniche rispetto a quelle acute; in Europa le malattie non trasmissibili, che quindi sono legate a multipli fattori e si caratterizzano per un decorso cronico, sono state responsabili dell'80% delle morti nel 2009. I Sistemi Sanitari Nazionali, quindi, progettati tradizionalmente per rispondere prevalentemente a episodi di malattia acuti, si trovano ora a dover affrontare un cambiamento epidemiologico che richiede prevalentemente di gestire in modo efficace problematiche di ordine cronico che necessitano di un'organizzazione dei servizi radicalmente diversa.

### Allegato #2

Evoluzione del quadro normativo del distretto:

- **1979:** la legge di istituzione del SSN (L. 833) indica i Distretti quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento;
- **1992:** il D.lgs. 502 indica il Distretto come centro di governo, non solo di erogazione, che deve portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone e dare risposta al bisogno di integrazione sociosanitaria;
- **1999:** il D.lgs. 229 attribuisce al Distretto sia il compito di erogare i servizi (ruolo di produzione) sia la responsabilità di governare la domanda attraverso la programmazione delle attività territoriali (ruolo di committenza);
- **2000:** la L. 328 indica come elemento importante la coincidenza tra Distretti e Ambiti Sociali, al fine di favorire l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- **2012:** il D.lgs. 159 introduce nell'organizzazione distrettuale le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei MMG e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

## Allegato #3

Si devono pertanto approfondire per il professionista medico:

1. le competenze orizzontali (comuni a tutti i professionisti della salute), gestionali e relazionali, e in primis la capacità di lavorare efficacemente in equipe (ad esempio, nello specifico: costruire, mantenere, gestire il lavoro in equipe), ma anche con particolare attenzione alle competenze comunicative e relazionali con gli altri professionisti e con gli assistiti (ad esempio, nello specifico: comunicare efficacemente nell'ambito della consultazione professionale, costruire e gestire la relazione nel tempo, con continuità e creando un rapporto di fiducia)
2. le competenze cliniche distintive del medico di Medicina Generale, poco visibili ma messe in atto di routine nelle Cure Primarie, ben descritte nella "Definizione WONCA", vale a dire le competenze cliniche per la diagnosi e la gestione del paziente acuto e cronico, che nella maggior parte dei casi sono situazioni patologiche falsamente semplici, che non debbono essere date per scontate o acquisite nel corso degli studi pre-laurea, ma che devono essere prese in considerazione e insegnate nel contesto della Scuola di Specialità; esse si basano sulla capacità di focalizzare i problemi dell'individuo inserito nel contesto, sul peculiare metodo clinico da adottare nelle situazioni di bassa prevalenza epidemiologica e ad alta incertezza, sulla capacità di giungere ad una decisione condivisa con il paziente e la famiglia, nella cornice metodologica specifica della consultazione nelle cure primarie.

Solo la gestione efficace dei sintomi lievi, in modo che il paziente all'interno del rapporto di fiducia si possa sentir seguito, permette al medico di entrare a pieno titolo nella gestione di problemi severi, stabilendo il timing appropriato. Il peculiare metodo clinico raccomandato nelle Cure Primarie si basa su una valutazione di contesto e sull'utilizzo sapiente e rigoroso di test diagnostici "semplici" prevalentemente non strumentali, seguendo le indicazioni del contesto, e dove il test del tempo è lo strumento cardine per decidere la tempestività dell'intervento e l'attivazione di percorsi diagnostici o terapeutici utilizzando il secondo livello di cure. Nelle Cure Primarie strumenti diagnostici più sofisticati sono benvenuti, ma non necessari per migliorare la qualità dell'assistenza, in quanto l'obiettivo – a parte casi particolari – non è quello di non inviare i pazienti al secondo livello e tenerli al domicilio (ospedalizzazione al domicilio), ma organizzare un invio appropriato al secondo livello tenendo conto nella situazione specifica individuale del paziente, le sue preferenze o quelle della famiglia. Deve essere messo in atto un sistema uniforme di valutazione delle decisioni di ospedalizzazione in collaborazione con i medici ospedalieri.

## Riferimenti bibliografici

Agnoletto A.P, Catelani A, De Sarno C, Odasmini B, Pauletto S, Stenico P, Toso C. Proposta di modello per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare sociosanitaria. Tesi Master in "Governare e dirigere i servizi sociosanitari". Udine: Università degli Studi di Udine, 2017.

Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model. An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.*, 2003; 7(1): 73-82.

Belluto M, Burg Ceccim R, Martino A. La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori. *Tracce urbane* [Internet]. *Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani.* 2020; 4(8): 70-98.

Borelli A. La formazione in medicina generale, in Portogallo. *Salute Internazionale* [Internet], 2021. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/02/la-formazione-in-medicina-generale-in-portogallo/>

Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson J. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education.* Westport, CT: Greenwood; 1986. 241–58.

Callari Galli M, Scandurra G, Riccio B. *Mappe urbane. Per un'etnografia della città.* Rimini: Guaraldi; 2007.

Camera dei Deputati XVIII Legislatura, Servizio Studi - Dipartimento Affari Sociali. *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Documentazione e ricerche n.144.* 1° marzo 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://temi.camera.it/leg18/dossier/OCD18-14726/case-della-salute-ed-ospedali-comunita-i-presidi-cure-intermedie-mappatura-sul-territorio-e-normativa-nazionale-e-regionale.html>

Damiani G, Silvestrini G, Visca M, Bellentani M. Che cos'è l'Assistenza Primaria. In: Gruppo di Lavoro Nazionale PHC della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. *Governare l'Assistenza Primaria: Manuale per Operatori di Sanità Pubblica.* Bruno Mondadori; 2016. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.aprirenetwork.it/2016/11/10/che-cosa-e-la-assistenza-primaria/>

Del Giudice P, Menegazzi G, Lesa L, Brusaferrò S. Organizzazione distrettuale dei servizi dell'Assistenza Primaria. In: Gruppo di Lavoro Nazionale PHC della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. *Governare l'Assistenza Primaria: Manuale per Operatori di Sanità Pubblica.* Bruno Mondadori; 2016. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.aprirenetwork.it/2017/05/06/organizzazione-distrettuale-dei-servizi-dellassistenza-primaria/>

Dirindin, N. *È tutta salute: in difesa della sanità pubblica.* Torino: Edizioni Gruppo Abele; 2018.

Esposito R. *Communitas. Origine e destino della comunità.* Torino: Einaudi; 1998.

FNOPI. *Position Statement. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità.* Roma. 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

Franco TB, Ceccim Burg R. *Prassi in Salute Globale: azione condivise tra Brasile e Italia.* Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia: Rede UNIDA/CSI- Unibo; 2016.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 2010; 376(9756): 1923-58.

Gallio G, Cogliati Dezza MG (a cura di). *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Merano: Edizioni alpha beta verlag ; 2018.

Gomes L, Guimarães CF, Sintoni F, Franco TB. L'educazione permanente in salute nell'esperienza brasiliana. In: Franco TB, Ceccim Burg R. *Prassi in Salute Globale: azione condivise tra Brasile e Italia*. Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia: Rede UNIDA/CSI- Unibo; 2016.

Gondim GMM, Monken M, Iñiguez Rojas L, Barcellos C, Peiter P, Navarro MBMA, Gracie R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização/Territory's health: the organization of the health system and the territorialization. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 237-255.

Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage; 1989.

Maciocco G, Brambilla A. *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci Faber; 2016.

Martini ER, Torti A. *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Carocci Faber Il Servizio sociale; 2014.

Martino A, Sintoni F, Marta B. *La Casa della Salute. The House of Health*. *Sistema Salute*, 2015; 59(4): 519-533.

Massey D, Jess P. *Luoghi, culture e globalizzazione*. Torino: UTET Università; 2001.

Mayo P. *Liberating praxis - Paulo Freire's legacy for radical education and politics*. Rotterdam: Sense; 2009.

Mendes EV (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde/Sanitary district: the social process of change in the Unique Health System's sanitary practices*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Miccas FL, Batista SH. *Educação permanente em saúde: metassíntese/Permanent education in health: a review*. *Rev Saude Publica*, 2014; 48(1): 170-85.

Movimento Giotto. *Verso un Core Curriculum della Medicina Generale*. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.movimentogiotto.org/core-curriculum-medicina-generale/>

Laverack G. *Salute pubblica. Potere, empowerment e pratica professionale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2018.

Lemma P. *Promuovere Salute. Principi e Strategie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2018.

Luisi D, Hämel K. *Community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna: A document analysis study*. *Health Policy*, 2021; 125(2): 177-184.

OMS. *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erickson; 2002.

Pasqualotto L. Rendere generativo il lavoro sociale. Guida per operatori ed amministratori locali. Molfetta: La Meridiana; 2016.

Patano F, Primieri C, Bernini D, Barbara A, Guicciardi S, Reguzzoni G, Lonati F. L'Assistenza Primaria nel percorso formativo degli specializzandi in Igiene: risultati di una survey online. APRIREnetwork [Internet], 2018. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.aprirenetwork.it/book/assistenza-primaria-nelle-scuole-di-specializzazione-in-igiene-2018-2019/>

Prandi F, Riboldi F. Riflettendo sulla "Casa della Salute". Ric&Pra, 2016; 32(3): 115-119.

Prima la comunità. Manifesto "La Casa della Comunità: la salute per tutte e per tutti". Prima la comunità [Internet], 2021. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.primalacomunita.it/manifesto-casa-della-comunita/>

Portis L. Comunità, appartenenza e partecipazione. In: Pugliese E. (a cura). Nella tua voce, opera sonora partecipata. Torino: Printaly.com; 2021.

Putnam RD. Bowling alone: the Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster; 2000.

Rubatto E, Maciocco G. Riformare la medicina generale italiana. Salute Internazionale [Internet]; 2021. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/04/riformare-la-medicina-generale-italiana/>

Scopetani E. La gestione delle malattie croniche. In: Maciocco G, Salvadori P, Tedeschi P. Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2010.

Senge P. The Fifth Discipline. London: Century Hutchinson, 1993

Swanson D, Barg S, Tyler S, Venema H, Tomar S, Bhadwal S, Nair S, Roy D, Drexhage J. Seven tools for creating adaptive policies. Technological Forecasting and Social Change, 2010; 77(6): 924-939.

Tedeschi P. Risorse umane e lavoro multidisciplinare. In: Maciocco G, Salvadori P, Tedeschi P. Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2010.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 1998; 7(2): 7-28.

Thomas P. Comprehensive Primary Health Care: a new phase? London J Prim Care, 2008; 1(2): 87-89

Turco L. Un New Deal della Salute. Linee del Programma di Governo per la Promozione ed Equità della Salute dei Cittadini. Roma: Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati; 27 giugno 2006.

Western Cape Government Department of Health. Defining Home-Based Care (HC) and Community-Based Care (CC). In: Western Cape Government Department of Health. National guideline on home-based care (HC) and community-based care (CC); 2001. Disponibile all'indirizzo: [https://www.westerncape.gov.za/sites/www.westerncape.gov.za/files/documents/2003/define\\_homebased.pdf](https://www.westerncape.gov.za/sites/www.westerncape.gov.za/files/documents/2003/define_homebased.pdf)

WHO. Building the economic case for primary health care: a scoping review. Geneva: WHO. Technical series on primary health care; 2018. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>

WHO. Declaration of Alma Ata. Alma Ata; 1978. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

WHO. Integrating health services: brief. Geneva: WHO. Technical series on primary health care; 2018. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>

WHO. Key Policy Issues in Long-Term Care. World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M; 2003. Disponibile all'indirizzo:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42604/9241562250.pdf?sequence=1>

WHO Study Group on Home-Based Long-Term Care and World Health Organization. Home-based long-term care: report of a WHO Study Group. Geneva: WHO. Technical Report Series n. 898; 2000. Disponibile all'indirizzo:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO\\_TRS\\_898.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR\\_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WONCA, WONCA Europe, EGPRN, EURIPA, CSerMEG, Movimento Giotto, EURACT. Position paper on Family Medicine. Documento congiunto. Movimento Giotto [Internet], 2018.

<https://www.movimentogiotto.org/2018/12/07/position-paper-on-family-medicine/>

WONCA Europe. La definizione europea della Medicina Generale. Edizione Italiana; 2011. Disponibile all'indirizzo:

[https://www.woncaeurope.org/file/f4a65273-e260-4b0b-a9ee-cf2aa1688909/Definizione%20WONCA%202011%20ita\\_A4.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/f4a65273-e260-4b0b-a9ee-cf2aa1688909/Definizione%20WONCA%202011%20ita_A4.pdf)

## La storia del Libro Azzurro

Dal 2017 la Campagna Primary Health Care organizza convegni e seminari su tutto il territorio nazionale per promuovere il dibattito sulla necessità di una riforma del sistema sanitario a partire dai principi espressi nella Dichiarazione di Alma Ata già nel 1978.

Nel 2018, dopo essere entrati in contatto con il modello portoghese attraverso il dr. André Biscaia durante l'[evento nazionale di Firenze](#), nasce l'idea di scrivere il corrispettivo italiano del *Livro Azul*.

Il Libro Azzurro rimane un sogno nel cassetto fino a settembre 2019 quando, durante il convegno organizzato a Cagliari, ci si rende conto che per riformare le Cure Primarie è prima necessario sviluppare un immaginario condiviso e si inizia a lavorare alla scrittura di un documento che raccolga le proposte elaborate dalla Campagna negli anni.

La pandemia da Sars-Cov2 blocca momentaneamente i lavori. Allo stesso tempo vengono alla luce tutte le criticità dell'attuale sistema e in molti sentono l'esigenza di un nuovo paradigma delle Cure Primarie, basato sui territori e sulle comunità, portato avanti da equipe multiprofessionali che considerino tutte le variabili di salute, non solo quelle biomediche.

A novembre 2020 finalmente esce il [Manifesto del Libro Azzurro](#)<sup>2</sup> con l'obiettivo di far conoscere le idee alla base della Campagna e offrire uno spazio aperto di discussione sulle Cure Primarie.

È iniziato così un percorso di un anno in cui, dopo aver ufficialmente presentato il Libro Azzurro in una conferenza stampa con 150 presenze, la Campagna PHC ha invitato professionisti e simpatizzanti a scrivere *insieme* il Libro Azzurro. Costruire un percorso partecipativo online con un obiettivo tanto ambizioso è stato sicuramente una bella sfida e siamo oggi orgogliosi di poter presentare il risultato concreto di tante ore passate a immaginare il Libro Azzurro.

Da novembre 2020 a settembre 2021 ci sono stati 12 gruppi di lavoro sulla piattaforma Teams che hanno coinvolto circa 200 persone, ci sono stati 8 incontri online in plenaria di aggiornamento sui lavori e 3 webinar di approfondimento, è stata fatta una relazione in Senato, sono stati organizzati un focus group e un laboratorio di scrittura autobiografica sul concetto di salute.

I gruppi hanno lavorato in modo indipendente con frequenti sovrapposizioni e ad inizio luglio ci si è trovati in presenza per vederci finalmente dal vivo e tirare le fila del lavoro fatto online. L'incontro si è svolto significativamente a Casa Cervi, luogo simbolo della resistenza emiliana, da cui abbiamo voluto prendere la tensione morale che riteniamo necessaria nella fase di crisi e grandi cambiamenti che stiamo vivendo.

Tutto questo organizzato in modo totalmente volontario e gratuito da persone di età, regioni ed esperienze professionali diverse con l'obiettivo di proporre un'alternativa all'attuale SSN capace di rispondere alle sfide di oggi (a partire dalla pandemia) e di domani (la crisi climatica e i problemi economici e sociali a cui andremo incontro nei prossimi decenni). Il grande valore del lavoro fatto sta proprio nell'essere una proposta dal basso, elaborata da coloro che vivono il territorio ogni giorno.

Il Libro Azzurro è il risultato di questo percorso, ma non ha pretesa di essere finito ed esaustivo, anzi, si apre all'esterno chiedendo di discutere insieme i nodi più complessi.

---

<sup>2</sup> Per il Manifesto completo si veda <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>



## Partecipanti al processo di scrittura collettiva del Libro Azzurro

Agostino Panajia - Alice Cicognani - Andrea Canini - Andrea Maurizzi - Ardigò Martino - Arianna Welisch - Attà Negri - Bruno Bersellini - Claudia Zamin - Corrado Tosetto - Desiree Barbetta - Elena Rubatto - Fabrizio Cossutta - Fulvio Lonati - Gianfranco Martucci - Gianluca Marini -Gianna Rensi - Giorgio Sessa - Giuseppe Parisi - Isabella Masaneo - Laura Viotto - Liliana Anghinelli - Lucia Portis - Maria Benedetta Michelazzo - Marina Spanu - Martina Consoloni - Massimo Quatrini - Matteo Di Pasquale - Mirko Pasquini - Paola Obbia - Rita Maffei - Rosario Falanga - Viviana Forte