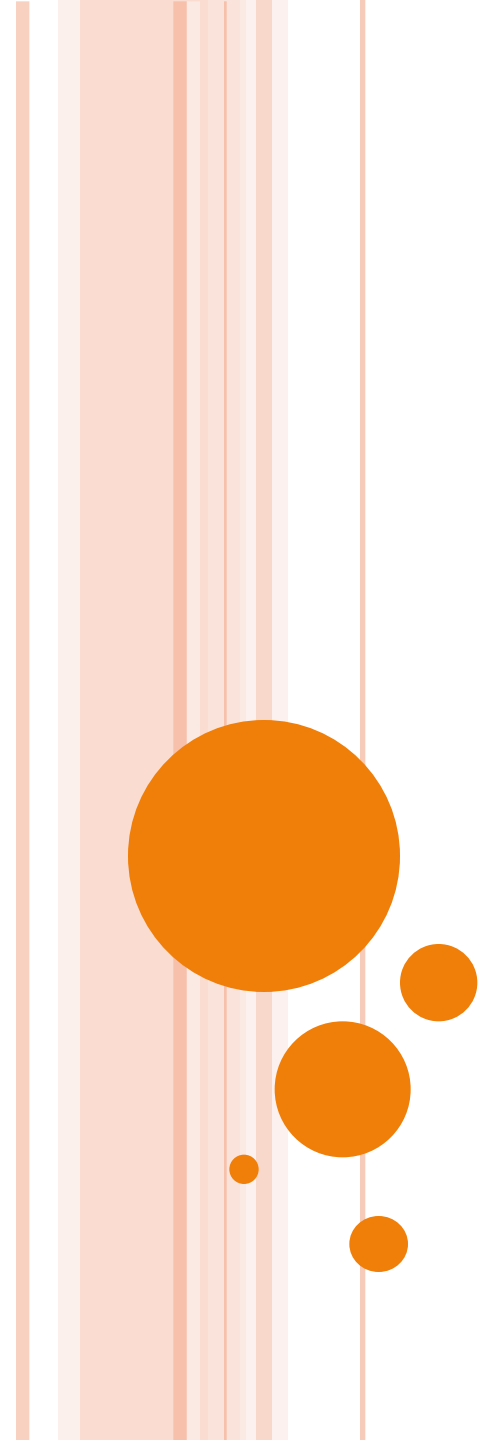


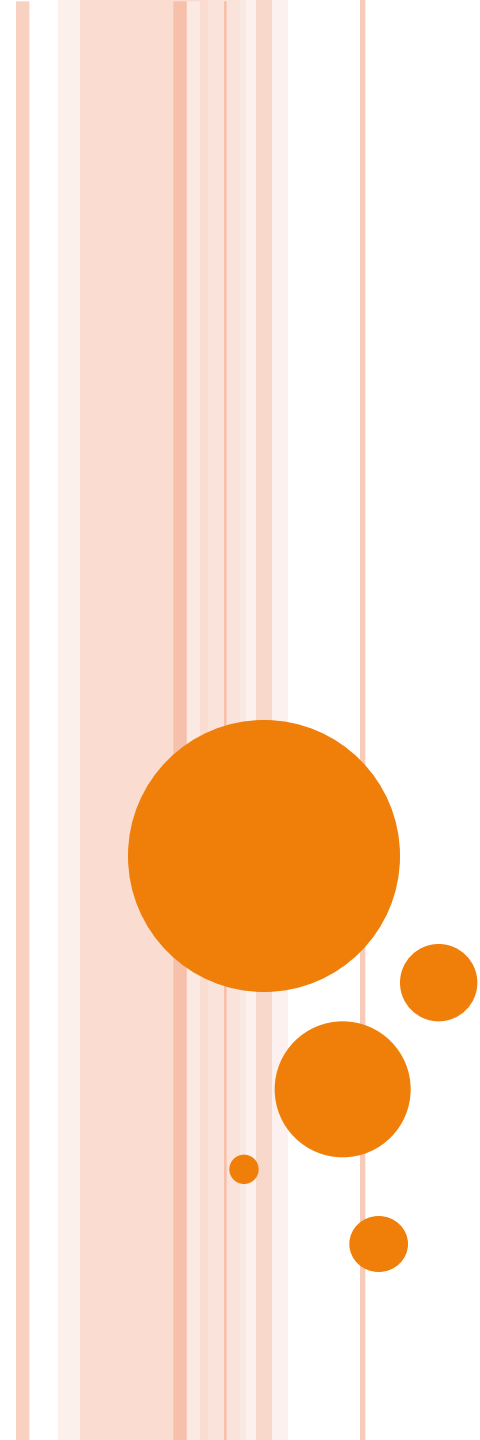


*altre*MENTI

BIBLIOTECA
POPOLARE

**LA SANITÀ TERRITORIALE
IN UMBRIA
DISTRETTI E CASA DELLA
SALUTE**

Filippo Bauleo



PAROLE CHIAVE:

**DISTRETTO, CENTRO DI SALUTE, CASA
DELLA SALUTE, CASA DELLA
COMUNITÀ CURE PRIMARIE**

**GLI ANNI: 1978, 1999, 2007 ... FINO A
OGGI**

1978: UN AUTENTICO CAMBIAMENTO

45 anni orsono, il 23 dicembre 1978, il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge N.833 che trasformava radicalmente - in senso universalistico - il sistema sanitario italiano.

Quell'anno, il 1978, fu un tempo di autentico «cambiamento» per la sanità e la salute della popolazione italiana. Nello stesso anno furono approvate la Legge 180 («legge Basaglia») e la Legge 194 (sull'interruzione volontaria di gravidanza). Tutte e tre le leggi portarono la firma di Tina Anselmi, prima donna ministro nella storia della Repubblica italiana.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 41101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 13 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8008

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

**Istituzione del servizio sanitario
nazionale.**

1978 LEGGE 833

1. il sistema mutualistico ha accumulato 4.000 miliardi di debiti
2. sono disponibili soluzioni concrete, dati gli studi e le proposte messe a punto in quegli anni, in particolare intorno ad Alessandro Seppilli
3. emerge la volontà politica

Si concretizza una “finestra di opportunità”, che permette l’approvazione della Riforma sanitaria.



LA PARTECIPAZIONE

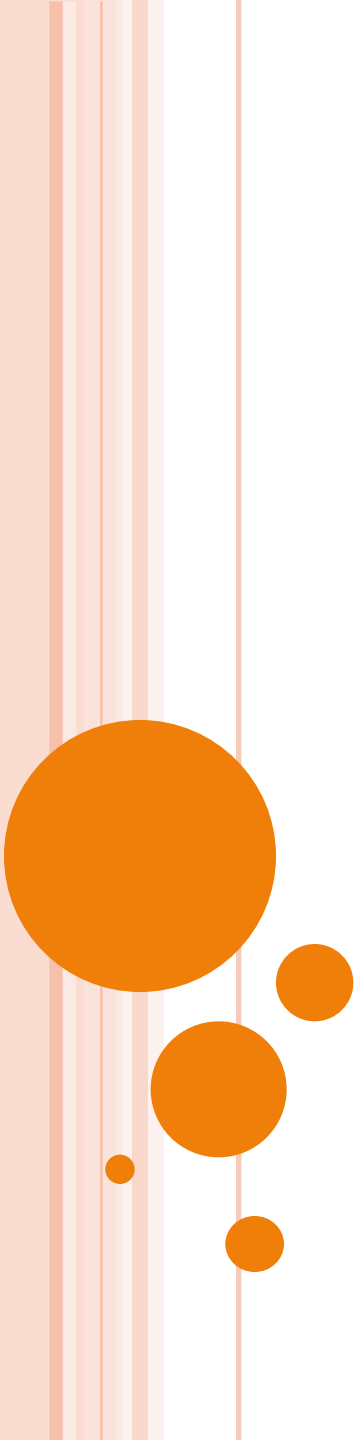
il tema della partecipazione è uno dei “principi” del SSN ribadito nel testo ben undici volte: la sicurezza sul lavoro, la programmazione regionale (art. 11), la programmazione e attuazione delle attività delle Usl attraverso i comuni (art. 13) e attraverso i consigli circoscrizionali (art. 15), l'autonomia tecnico funzionale delle Usl mediante la partecipazione degli operatori (art. 15), gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori tramite la partecipazione di chi vi è coinvolto (art. 33), la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria (art. 48).

su tutto sta l'obiettivo assegnato al SSN: “la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità” (art. 2).

ART. 10 DELLA LEGGE 833: DISTRETTO SANITARIO DI BASE

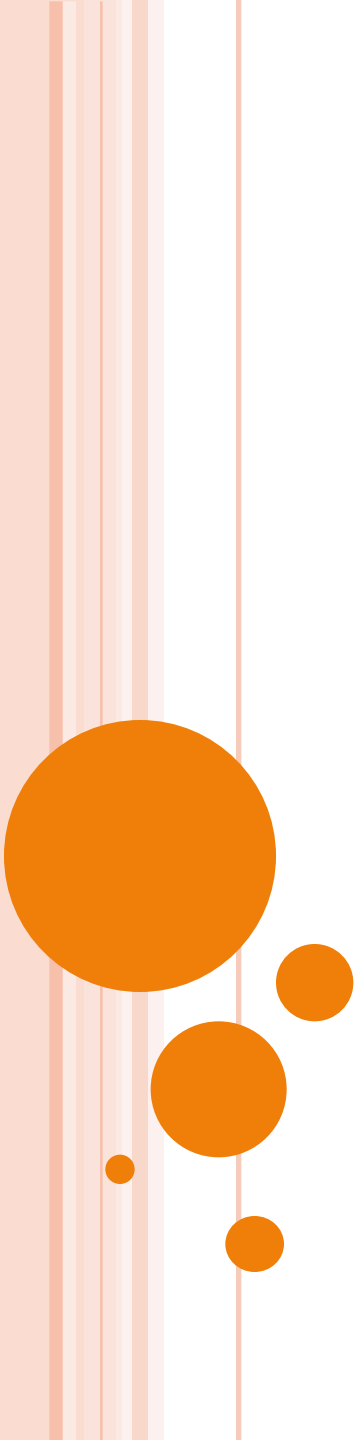
Strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei
servizi di primo livello e pronto intervento





1979 LEGGE N. 65 DELLA REGIONE UMBRIA: ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

12 USL
distretti sanitari
da 4 mila a 10 mila abitanti



1992/1993 DL 502/DL 517: AZIENDALIZZAZIONE

**In Umbria
5 Aziende USL
2 Aziende Ospedaliere**

PIANO SANITARIO REGIONALE 1995: I CENTRI DI SALUTE

“... luoghi di aggregazione dei servizi di comunità.
Recupera il precedente significato di distretto
come spazio fisico presidiato da un'apposita
equipe.”

“... struttura tecnico-funzionale centrale della
medicina territoriale”

Da 10.000 a 30.000 abitanti = 36 Centri di Salute



DL 229 DEL 1999: DISTRETTO SANITARIO

60.000 abitanti

una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.



DL 229 DEL 1999: DISTRETTO SANITARIO

In Umbria: 12 Distretti

I territori dei Distretti corrispondono
praticamente alle “vecchie” 12 ULSS



CENTRO DI SALUTE

- assicura i livelli essenziali di assistenza ad “alto grado di decentrabilità” con popolazione minima tra 10.000 e massima 30.000 abitanti

(PSR 1999 -2001)





La "Casa della salute" vicino al cittadino sette giorni su sette e ventiquattro ore al giorno per rispondere ai nuovi bisogni di assistenza: un vero e proprio pilastro della sanità pubblica da affiancare all'ospedale.

Proposte e sperimentazioni al centro del Convegno in un confronto tra il Ministero della Salute, le Regioni, gli operatori sanitari, le forze sociali e le associazioni dei cittadini che saranno chiamati a svolgere un ruolo di attori nel processo di potenziamento del sistema di cure primarie di cui la Casa della salute è parte di rilievo.

Segreteria organizzativa:

ADRIANO RAI - a.rai@sanita.it - Tel. 06.59945938
TIZIANA DI MAURO - t.dimauro@sanita.it - Tel. 06.59945148/5151

Ufficio Stampa:

ufficiostampa@sanita.it - Tel. 06.59945289/5397



Ministero della Salute

INCONTRO NAZIONALE

"La Casa della salute"

1 Marzo 2007
Centro Congressi APAT
Via Curtatone, 7 - Roma





2007 Ministro Livia Turco: Casa della Salute

“E’ una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell’ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000). La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l’insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell’intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali.

Ministro della Salute sen. Livia Turco (Roma, 22 marzo 2007)



- **VISIBILITA'**
- **PROSSIMITA' e CENTRALITA' del CITTADINO**
- **CONTINUITA' delle CURE**
- **POLIFUNZIONALITA'**: eroga materialmente l'insieme delle cure primarie e garantisce la continuità assistenziale con l'ospedale e con le attività di prevenzione



“... la Casa della salute non è un modello di riorganizzazione della medicina territoriale. E’ un’idea, un’opportunità, la proposta di una sperimentazione da condividere in un contesto di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali.”

Ministro della Salute sen. Livia Turco (Roma, 22 marzo 2007)



GLI ELEMENTI CULTURALI DELLA CASA DELLA SALUTE

- PUNTO UNICO DI ACCESSO**
- PRESA IN CARICO**
- PERCORSI ASSISTENZIALI**
- ASSISTENZA DOMICILIARE**
a forte integrazione multidisciplinare
- PROMOZIONE DELLA SALUTE**



**Conferenza Programmatica
Regionale sulla Assistenza
Distrettuale
*2007***

***CENTRO DI SALUTE E
CASA DELLA SALUTE***



LE CASE DELLA SALUTE IN UMBRIA

Progetto regionale:
sperimentazione della Casa della salute

Gli obiettivi

potenziare il sistema delle cure primarie

garantire la continuità delle cure

ridurre gli accessi **impropri all'ospedale**

IL VALORE AGGIUNTO:

**Integrazione degli ambulatori
dei MMG, PLS**

Servizi sociali dei comuni e associazioni



Regione Umbria



UFFICIO DELLA CITTADINANZA
ANNO
GUARDIA MEDICA
SPORTELLO SOMMA

La Casa della Salute di Trevi

**Sviluppo delle cure primarie,
promozione della salute
e continuità delle cure**

**Trevi - Teatro Clitunno
27 marzo 2011 ore 10:00**



Confederazione
Associazioni
Regionali di
Distretto

Filippo Bauleo
Presidente CARD Umbria

“IL DISTRETTO E LA SANITÀ D’INIZIATIVA: CONTRIBUTO PER L’INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE”

Il vero problema del nostro sistema sanitario è rappresentato dalle patologie croniche che da sole rappresentano il 70% dei costi della sanità, patologie che si continuano per lo più ad affrontare con le modalità organizzative del secolo scorso, valide quando le malattie principali erano infettive acute, attraverso una sanità di attesa, basata soprattutto sull’ospedale.



COS'È LA SANITÀ D'INIZIATIVA?

La sanità d'iniziativa riguarda la gestione attiva in particolare di queste patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco, bronchite cronica, ictus, ipertensione arteriosa.

Si realizza attraverso il lavoro integrato di medici di medicina generale, infermieri, medici di distretto, specialisti.

La novità sostanziale è che si lavora partendo da elenchi di persone affetti dalle patologie individuate, si costruiscono percorsi assistenziali, secondo linee guida validate e condivise dai professionisti, che mettono al centro il paziente, facilitandolo anche nella conoscenza e gestione della sua patologia. Intorno al paziente ruotano le varie figure professionali che intervengono secondo compiti, funzioni e tempistica determinata con un ruolo clinico centrale del medico di medicina generale e la valorizzazione delle professionalità degli infermieri di distretto.

Tutto viene realizzato in modo attivo chiamando ad esempio il paziente ad effettuare esami. In questo modo il paziente è seguito in modo più appropriato e non si sente abbandonato o comunque “sballottato” tra vari servizi.

REPORT WHO 2008: CURE PRIMARIE, ORA PIÙ CHE MAI



Primary Health Care

**Now
More
Than
Ever**



Figure 1.10 How health systems are diverted from PHC core values



TENDENZE CHE CARATTERIZZANO OGGI I SISTEMI SANITARI:

1. l'attenzione eccessiva alle cure specialistiche e terziarie, spesso definita "ospedalocentrismo"
2. la frammentazione
3. la commercializzazione dell'assistenza sanitaria

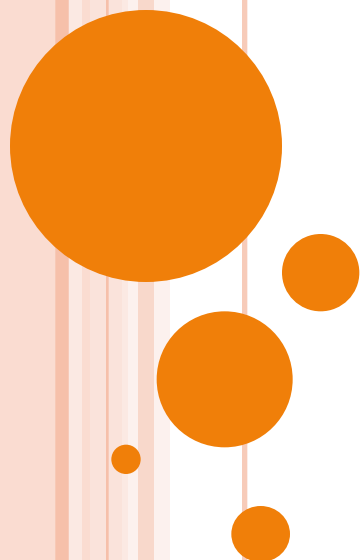


OGGI ...

**DELIBERA DI PIANO SANITARIO
REGIONALE 2022- 2026**

**da 12 a 4 Distretti
(un sistema sanitario più vicino alla
comunità!!)**

finanziamenti per 17 Case della Comunità



10 MARZO 2022: NASCE L'ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Ripensare, valorizzare e riprogettare
la medicina territoriale

È questo l'obiettivo dell'*Alleanza
per la Riforma delle Cure Primarie in
Italia*



ALLEANZA
PER LA RIFORMA
DELLE
CURE PRIMARIE
IN ITALIA

The logo features the text 'ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA' in blue capital letters. The word 'PER' is smaller and positioned to the left of 'LA RIFORMA'. The word 'RIFORMA' contains a circular emblem with the word 'LIBRO' inside. The words 'DELLE', 'CURE', and 'PRIMARIE' are separated by horizontal lines. The words 'IN' and 'ITALIA' are at the bottom, with 'IN' being smaller and positioned to the left of 'ITALIA'.

IL DOCUMENTO FONDATIVO DELL'ALLEANZA

LE LINEE DI INDIRIZZO:

- definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie, identificata nel Distretto Sociale e Sanitario;
- sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere;
- territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario;
- organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con il territorio e gli ospedali, secondo modalità strutturate di lavoro di equipe multiprofessionale;
- adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute;
- dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.



LE ORGANIZZAZIONI ADERENTI ALL'ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

- Campagna Primary Health Care *Now or Never*
 - ACLI - *Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani*
 - AICP - *Accademia Italiana Cure Primarie*
 - AsIQuAS - *Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale*
 - AIFeC – *Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità*
 - Associazione APRIRE – *Assistenza Primaria In Rete*
 - Associazione Comunità Solidale Parma
 - Associazione La Bottega del Possibile
 - Associazione Prima la Comunità
 - Associazione Salute Diritto Fondamentale
 - Associazione Salute Internazionale
 - CARD - *Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto*
 - EURIPA Italia - *European Rural and Isolated Practitioners Association*
 - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS
 - Movimento Giotto
 - SIItI - *Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*
 - Slow Medicine ETS
- 