



## XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD

# VIII CONFERENZA CURE DOMICILIARI I DISTRETTI PER LA SALUTE NELLE COMUNITÀ LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA

---

COSENZA 16 - 18 OTTOBRE

BV | PRESIDENT HOTEL

Via Alessandro Volta 47/49, Rende - CS

***«L'ambulatorio specialistico itinerante nei comuni  
interni a rischio di spopolamento dell'Alto Ionio  
cosentino:  
un nuovo modello di cura della cronicità»***



Dott. MARCO FILICE

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cosenza

Specialista ambulatoriale Geriatra, ASP Cosenza

## II DM 77/2022

Normativa del Ministero della Salute che ha lo scopo di riorganizzare l'assistenza sanitaria territoriale offrendo un modello di sanità più integrato e vicino ai cittadini, promuovendo le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), e potenziando il ruolo dell'infermiere di famiglia

### Obiettivi:

- Spostare il focus dell'assistenza dall'ospedale al territorio
- Favorire il lavoro tra le varie figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.)
- Rendere i servizi più accessibili/vicini

### Novità:

- Case di comunità
- Ospedali di comunità per le persone non autosufficienti
- COT (centrali operative territoriali) per coordinare la presa in carico e i diversi servizi
- Infermiere di famiglia e di comunità
- Telemedicina



# **PROBLEMATICHE DA AFFRONTARE PER UNA MIGLIOR CURA DELLA CRONICITA' SUL TERRITORIO**



**Caratteristiche orogeografiche**

**Caratteristiche demografiche  
invecchiamento**

**Esplosione delle Patologie Croniche**

**Transizione antropologica**



# Distretti sanitari della Provincia di Cosenza

## Caratteristiche orogeografiche

Cervicati - Fagnano Castello - Malvito - Mongrassano - Mottafallone -  
Roggiano Gravina - San Donato di Ninea - San Lorenzo del Vallo - San  
Marco Argentano - San Sosti - Santa Caterina Albanese - Sant'Agata  
d'Esaro - Spezzano Albanese - Tarsia - Terranova da Sibari

### Distretto Scalea

Aieta  
Belvedere M.  
Buonvicino  
Diamante  
Grisolia  
Maierà  
Orsomarso  
Papasidero  
Praia a Mare  
San Nicola Arcella  
Santa Domenica Talao  
Santa Maria del Cedro  
Scalea  
Tortora  
Verbicaro

### Distretto Paola/Cetraro

Acquappesa - Bonifati -  
Cetraro - Falconara A. -  
Fuscaldo - Guardia P. - Paola -  
San Lucido - Sangineto

### Distretto Amantea

Aiello Calabro - Amantea -  
Belmonte - Cleto -  
Fiumefreddo Bruzio - Lago -  
Longobardi - San Pietro in  
Amantea - Serra D'Aiello

### Distretto Cosenza

Aprigliano - Carolei - Casole Bruzio -  
Celico - Cerisano - Cosenza - Dipignano -  
Domenico - Lappano - Mendicino -  
Pedace - Pietrafitta - Rovito - San  
Giovanni in Fiore - Serra Pedace -  
Spezzano della Sila - Spezzano Piccolo -  
Trenta - Zumpano

### Distretto Rende

Castiglione Cosentino -  
Castrolibero - Marano Marchesato -  
Marano Principato - Rende - Rose -  
San Fili - San Pietro in Guarano -  
San Vincenzo la Costa

### Distretto Corigliano

Corigliano Calabro - San Cosmo Albanese -  
San Demetrio Corone - San Giorgio Albanese -  
Vaccarizzo Albanese

### Distretto Rossano

Calopezzati - Caloveto - Cropolati -  
Longobucco - Mirto Crocia - Paludi - Rossano

### Distretto Cariati

Bocchigliero - Campana - Cariati -  
Mandatoriccio - Pietrapaola - Scala Coeli -  
Terravecchia

### Distretto Acri

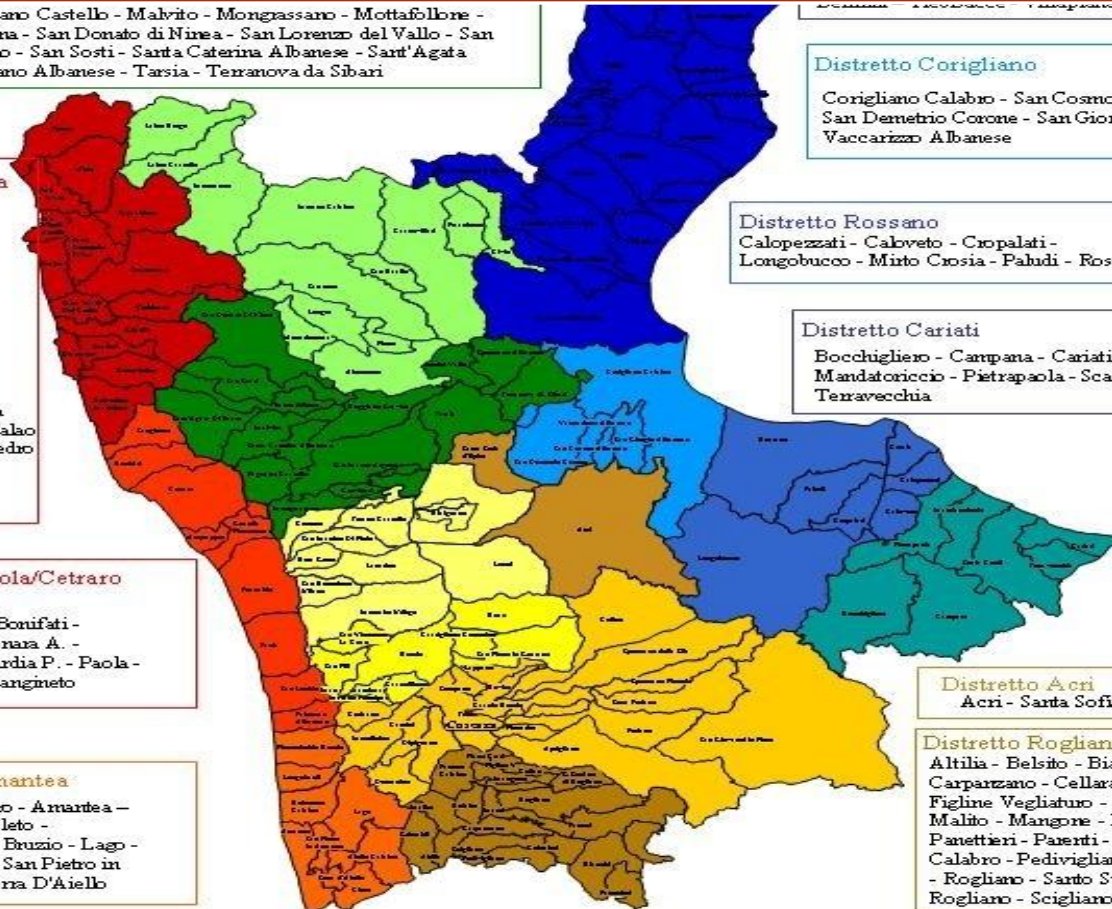
Acri - Santa Sofia d'Episo

### Distretto Rogliano

Altilla - Belsito - Bianchi -  
Carpazzano - Cellara - Colosimi -  
Figline Vegliaturo - Grimaldi -  
Malito - Mangone - Marzi -  
Panettieri - Parenti - Paterno  
Calabro - Pedivigliano - Piane Crati -  
Rogliano - Santo Stefano di  
Rogliano - Scigliano

### Distretto Maida Valle Crati

Bisignano - Cerseto - Lattarico - Luzzi -  
Montalto Uffugo - Rota Greca - San  
Benedetto Ullano - San Martino di Finita -  
Torano Castello







## Alessandria del Carretto

ALESSANDRIA

## Caratteristiche demografiche invecchiamento

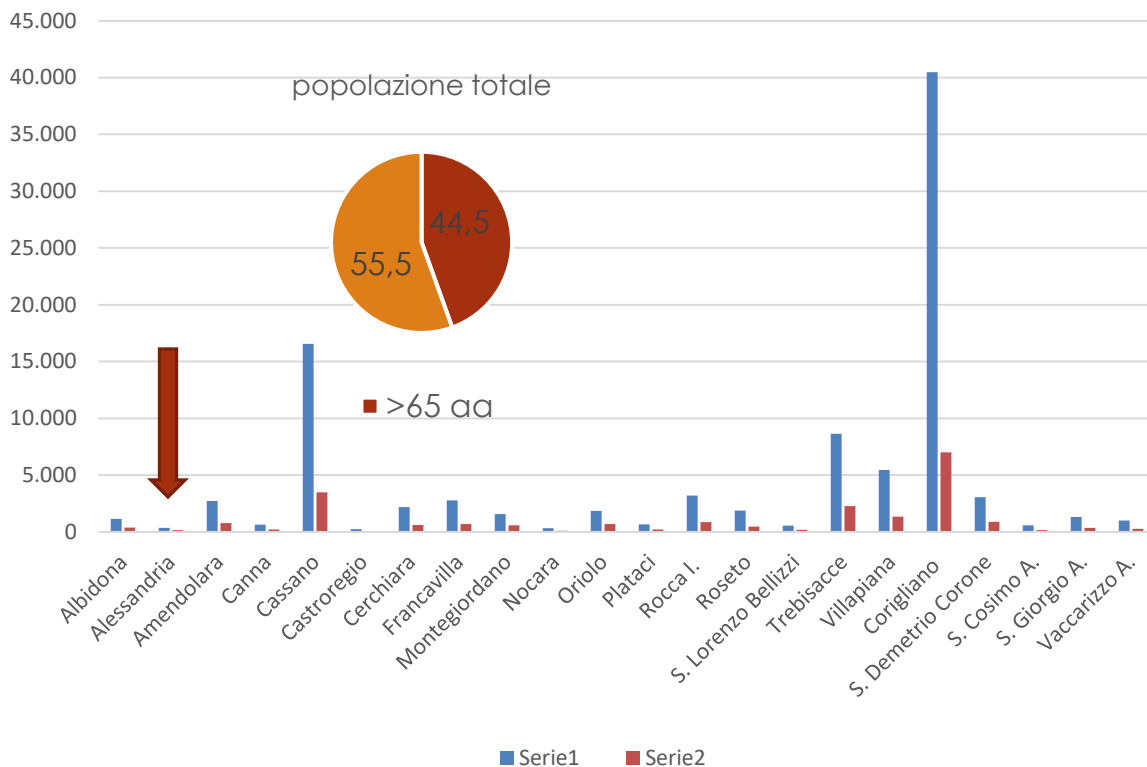
Aree	Comuni	Popolazione Totale	Superficie (Kmq)	Densità (Ab/Km)	Pop. >65 anni
Corigliano	5	46.440	302,96	168.56	8.654 (18,6% del pop. tot.)
Trebisacce	17	50.715	887,81	64,66	13.094 (26% del pop. tot.)

## CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Pop. Distretto Jonio Nord ASP CS anno 2023

Albidona	1.143	378
Alessandria	357	159
Amendolara	2.726	782
Canna	630	211
Cassano	16.547	3.485
Castroregio	234	82
Cerchiara	2.192	620
Francavilla	2.774	679
Montegiordano	1.566	570
Nocara	319	98
Oriolo	1.834	680
Plataci	656	208
Rocca I.	3.208	854
Roseto	1.887	479
S. Lorenzo Bellizzi	538	196
Trebisacce	8.641	2.262
Villapiana	5.463	1.351
Corigliano	40.478	6.992
S. Demetrio Corone	3.064	876
S. Cosimo A.	584	148
S. Giorgio A.	1.314	358
Vaccarizzo A.	1.000	280
Popolazione Totale		Popolazione Over 65
Totale	97.155	21.748

Popolazione Distretto Jonio Nord ASP CS Anno 2023





# Impatto delle Patologie Croniche

Assorbono oltre il 70-80% della spesa sanitaria totale

Incrementano la richiesta di cure a lungo termine

Oltre il 40% degli over 65 convive con almeno due malattie croniche

Maggiori costi sociali per assistenza domiciliare e caregiver informali

# Transizione antropologica: l'umanizzazione delle cure

La transizione antropologica si può definire come il cambio di prospettiva nell'approccio alla cura e alla salute, da un modello biomedico a uno che integra l'antropologia medica. Questo processo implica l'adozione di un approccio più inclusivo e culturalmente sensibile, riconoscendo l'influenza dei fattori sociali, culturali e religiosi sulla percezione della malattia e sui percorsi di cura, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'equità sanitaria

Nuovi modelli organizzativi (secondo il piano nazionale della cronicità)



Stratificazione della popolazione



PRESA IN CARICO





PERCHE' STRATIFICARE LA POPOLAZIONE?

SANITA' DI INIZIATIVA

ATTIVAZIONE PROATTIVA DEI SERVIZI

INTERCETTARE PRECOCEMENTE I PZ CRONICI E FRAGILI





## PRESA IN CARICO



E' una proposta/risposta strutturata ai bisogni di salute, che garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) articolando le azioni appropriate nelle diverse fasi della malattia.

Rappresenta un'assunzione di responsabilità proattiva nei confronti della persona malata, strutturata per fornire, attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, una risposta articolata e individualizzata, declinata nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).



## RUOLO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DELLA GERIATRIA

Gli specialisti ambulatoriali sono chiamati a rafforzare la continuità assistenziale, operando in sinergia con i medici di famiglia e le équipes territoriali per la gestione della cronicità. In particolare, la geriatria assume un ruolo chiave: l'anziano fragile è il paziente tipico del territorio e richiede valutazioni multidimensionali, piani terapeutici personalizzati, interventi domiciliari e collegamenti costanti con i servizi sociali. Il geriatra di territorio, integrato nei PDTA e negli ambulatori distrettuali, diventa garante di appropriatezza e qualità di cura, riducendo accessi impropri in ospedale.



## Modelli virtuosi già attivi

Alcune Regioni hanno già messo in pratica soluzioni innovative:

- Emilia-Romagna, con la trasformazione delle Case della Salute in Case della Comunità, ha consolidato una rete capillare di strutture integrate e team multiprofessionali.
- Il primary nurse (VAL D'AOSTA) è l'infermiere di riferimento che ha la responsabilità complessiva del piano di cura di un paziente, qualunque sia il contesto (ospedale o territorio). Coordina gli altri infermieri coinvolti e garantisce continuità, personalizzazione e coerenza assistenziale. È quindi una figura concettualmente e organizzativamente trasversale
- Unità mobili itineranti, promossi da LILT e Croce Rossa, hanno migliorato l'accessibilità agli screening e alle cure nelle aree periferiche.





## IL MODELLO (SPERIMENTALE) IONIO NORD: OLTRE LA CASA DI COMUNITA'

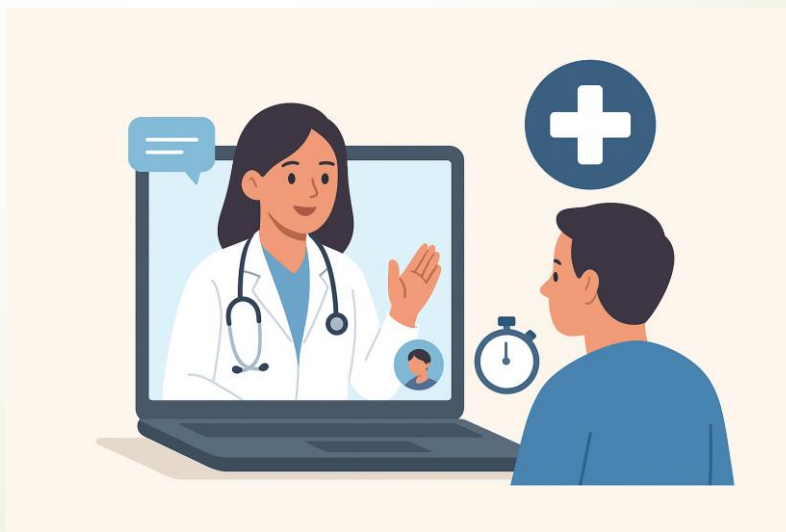
Infermiere/Terapista  
Assistente Sociale



Specialisti ADI:



MMG/PLS/MCA



Supporto dei sindaci dei piccoli comuni

## DOVE E COME

**Spostamenti programmati presso i Comuni più disagiati e periferici (con cadenza programmabile).**

**Gli accessi sono stati agevolati dalla messa in opera di ambulatori comunali allestiti all'uopo o in strutture dell'ASP distribuiti sul territorio presso i comuni e valorizzati a questo scopo;**

**Gli operatori sono stati coadiuvati da attrezzatura medica portatile (ECG, ecografo, mini lab per controlli ematochimici, attrezzatura per piccola chirurgia ecc.)**











# CHI SEGNALE I CASI?

LE CARATTERISTICHE OROGEOGRAFICHE DEL TERRITORIO  
HANNO GUIDATO LA SCELTA DEI COMUNI

- CONTATTO COL SINDACO E SERVIZI SOCIALI (O VOLONTARI) LOCALI
- SEGNALAZIONE DA PARTE DEI NOSTRI OPERATORI SUL TERRITORIO
- INTERROGAZIONE DEI MMG DEL POSTO (INVITATI ALLA PARTECIPAZIONE ATTIVA)



## **COSA SERVIREBBE PER OFFRIRE MIGLIORI SERVIZI?**

- **PIU' PERSONALE MEDICO-INFERMIERISTICO**
- **MEZZO ATTREZZATO PER LA DIAGNOSTICA (UTILE ANCHE PER LA PREVENZIONE)**
- **TELEMEDICINA A CADENZA DETERMINATA DALLA SEVERITA' CLINICA**
- **MAGGIOR COLLABORAZIONE MMG - SPECIALISTI**



## CONCLUSIONI:

Il rafforzamento della medicina territoriale non è solo un adempimento normativo o una voce di spesa del PNRR: è una necessità per garantire sostenibilità e universalismo al nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Occorre consolidare la governance distrettuale, investire nelle risorse umane e professionali, sfruttare appieno i fondi disponibili per digitalizzazione e telemedicina, e replicare o proporre modelli virtuosi.

Solo così la medicina territoriale potrà essere realmente la “porta di accesso” al sistema sanitario, capace di prendersi cura delle persone, soprattutto degli anziani fragili, là dove vivono e con continuità.





La sanità vista NON come “prestazione  
tecnica” MA come “relazione di cura”



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE!**