



CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie territoriali*

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

Il 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



PROBLEMATICA DA AFFRONTARE PER UNA MIGLIOR CURA DELLA CRONICITA' SUL TERRITORIO

Caratteristiche orografiche

**Caratteristiche demografiche
invecchiamento**

Esplosione delle Patologie Croniche

Transizione antropologica

Distretti sanitari della Provincia di Cosenza

Caratteristiche orogeografiche

Cervicati - Fagnano Castello - Malvito - Mongrassano - Mottafollone - 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

Apigliano - Carolei - Casole Bruzio -
Celico - Cerisano - Cosenza - Dipignano -
Domanico - Lappano - Mendicino -
Pedace - Pietrafitta - Rovito - San
Giovanni in Fiore - Serra Pedace -
Spezzano della Sila - Spezzano Piccolo -
Trenta - Zungaro



Distretto Corigliano

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

Distretto Rossano

Calopezzati - Cabveto - Ciopalati -
Longobucco - Mirto Crosia - Paludi - Rossano

Distretto Cariati

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

Distretto Aci

Aci - Santa Sofia d'Epiro

Distretto Rogliano

Altilia - Belsito - Bianchi -
Carpanzano - Cellara - Colosimi -
Figline Vegliaturo - Grimaldi -
Malito - Mangone - Marzi -
Panetteri - Parenti - Paterno
Calabro - Pedivigliano - Piane Crati -
Rogliano - Santo Stefano di
Rogliano - Scigliano

Distretto Rende

Castiglione Cosenzino -
Castelbero - Marano Marchesato -
Marano Principato - Rende - Rose -
San Fili - San Pietro in Guarano -
San Vincenzo la Costa

Distretto Modica Valle Crati

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



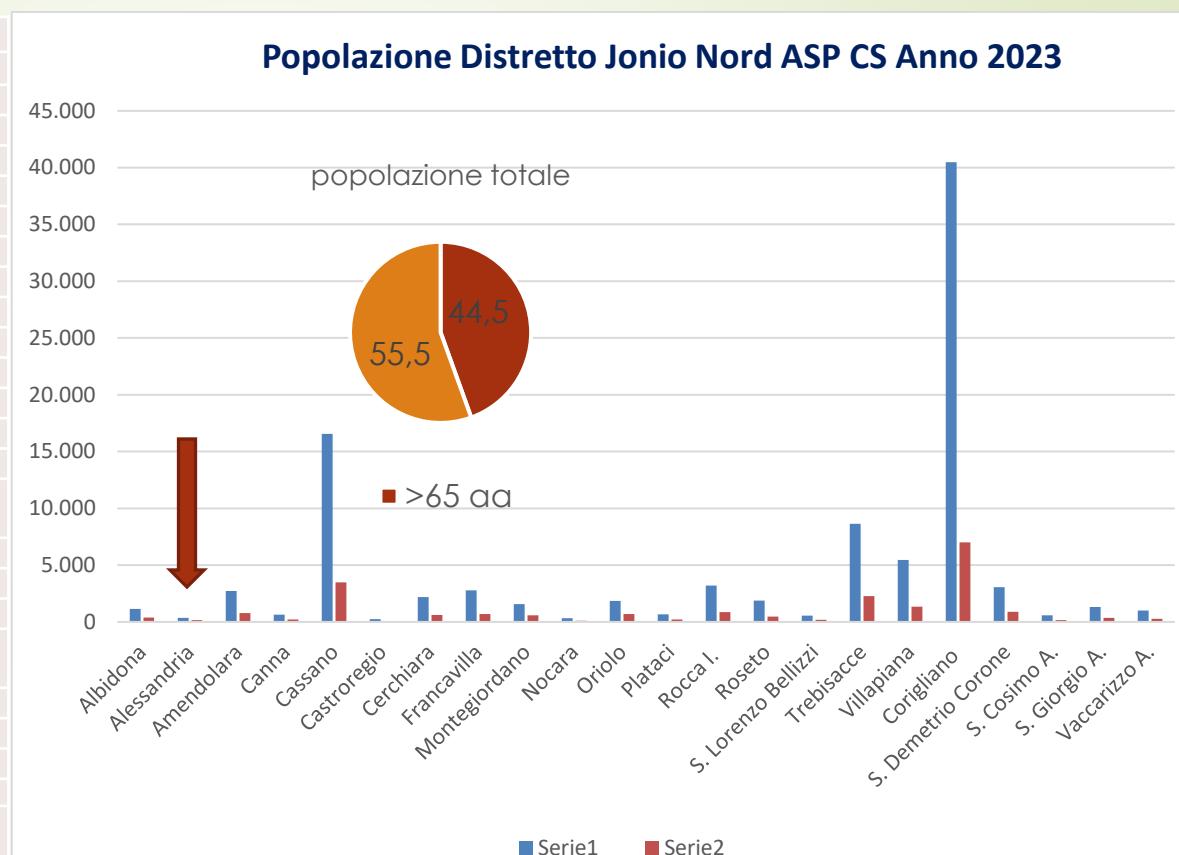
Alessandria del Carretto

Caratteristiche demografiche invecchiamento

Area	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		97.155
Popolazione Over 65		21.748
Totali		



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 équipe 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

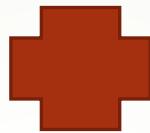
Alcune Regioni hanno già messo in pratica soluzioni innovative:

- . 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 COMUNITÀ

Infermiere/Terapista
Assistente Sociale



Specialisti ADI:



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 SEGNALA 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-INFERNIERISTICO
- 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!