

IL RUOLO DELL'AFT PER GARANTIRE L'ADEMPIMENTO DELLA GRIGLIA DEI LEA NELL'ADULTO



13 OTTOBRE 2018

Napoli, Villa Walpole - ASL Napoli 1
Via Ponti Rossi, 118

La riorganizzazione delle cure primarie

Beniamino Picciano

- ▶ **Passa per l'adattamento degli operatori** alle nuove proposte assistenziali e all'attivazione di **comportamenti ad esse funzionali** ed ancora all'integrazione dei saperi e degli interventi per la realizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico globale in **AFT, Poliambulatorio avanzato e Ambulatorio infermieristico** e dell'**appropriatezza prestazionale** indicata nei **LEA**.
- ▶ **Le professionalità sanitarie impegnate nel percorso Territorio Ospedale** sono chiamate a **reinterpretare la loro presenza** nella pratica clinica e nella **promozione della salute per il benessere dei cittadini**, in particolare alla luce dei **bisogni della periferia**, attraverso il **dialogo e l'armonizzazione delle diversità**. Si guarda qui **all'integrazione inter e multi professionale** alla luce degli **aspetti relazionali, comunicazionali** verso l'umanizzazione delle cure alla **PERSONA/UTENTE**.

PROFESSIONALITÀ IN DIALOGO NELLA SANITÀ CHE CAMBIA: PERCHÉ?

- ▶ **RECUPERARE IL RAPPORTO FIDUCIARIO con la PERSONA/UTENTE**
- ▶ La sfida resta quella annunciata: **uscire dal commissariamento della Sanità.**
- ▶ **Impresa al limite della follia** ma ce la faremo, dobbiamo farcela!!.
- ▶ Ce la stiamo mettendo tutta a **costi sovraumani** per gli operatori a cui bisogna dire **grazie.**
- ▶ Stiamo **recuperando sul tempo perduto** negli ultimi anni.
- ▶ Gli obiettivi sono precisi da raggiungere, lavoriamo ogni giorno per fare della sanità territoriale un **punto d'eccellenza** e la **rivoluzione** è sotto gli occhi di tutti anche al DISTRETTO 28 che partecipa con la Radiologia con **Mammografo con Tomosintesi, l' Ambulatorio Infermieristico con Care Manager, l' implementazione ADI e monitoraggio al domicilio sulla qualità prestazione erogata, Sala formazione in allestimento, riformulazione offering per PDTA con 2 PDTA (SM e AR) con sperimentazione interaziendale e 3 AFT con Case Manager, prossimamente prelievi ematici a domicilio con refertazione diretta ai MMG e utenti, rimodulazione accesso orario di accesso al Servizio Pubblico, Prenotazione CUP dagli studi dei medici MMG, integrazione sociosanitaria, Ufficio di Piano.**
- ▶ Fiducia nelle competenze e professionalità degli Operatori Sanitari Territoriali.

Un momento di **svolta**. Riconfermare i **nostri obiettivi**... attenzione al paziente fragile, anziano, vulnerabile.

In generale, la Campania, la nostra terra **ce la può fare**.

Ce la possa fare sul serio a uscire dal piano di rientro.

Carissimi amici, Operatori Territoriali: perché questo lavoro immane?

La situazione **resta ancora critica sui Lea** dove il punteggio è ancora basso, ma si tratta di un divario che può essere colmato indicando con precisione i fabbisogni e lavorando su una serie di misure.

Si tratta del futuro dei ragazzi e di tutti noi e di quello che lasceremo, non solo ricordi!!!

Il Distretto, il Territorio vuole mettersi in discussione per offrire il proprio contributo di competenze alla causa comune, camminando con rigore.

Vuole guardare alla meritocrazia e superare l'appartenenza a gruppi. **Non facile!!!**

Stiamo cercando di dare motivazione in tanti operatori che stanno ritrovando coraggio

Senza una mobilitazione di energie, senza la passione senza la motivazione ideale,

Vivere questo momento come una sfida personale avremo difficoltà di andare avanti.

L'obiettivo è quello di fare del Distretto un grande Centro di Salute territoriale.

Non deve mancare entusiasmo, tenacia passione e dedizione.... E' possibile raggiungere gli obiettivi restando uniti. Perché? E' la nostra Sanità Pubblica che comunque utilizzeremo.

Non bisogna mai dimenticare, infatti, che, accanto alla performance economica, occorre valutare il modo in cui una determinata Regione eroga, rispetta e dà dignità ai Livelli essenziali di assistenza.

I conti e i Lea devono procedere assieme: sia i conti devono essere in equilibrio con una valutazione almeno sufficiente dei Lea.

Non a caso la normativa denomina il Piano di rientro come un programma operativo da attuare non solo sotto il profilo economico-finanziario, ma anche sul versante della

riorganizzazione, della riqualificazione dei

rispettivi servizi

sanitari

Tuttavia, ora che i Piani di rientro hanno raggiunto gli effetti attesi in termini di recupero del disavanzo sanitario, **l'attenzione si deve spostare inevitabilmente sui Lea**; il problema, ora, è rendere compatibile l'equilibrio economico-finanziario e la **qualità dell'assistenza**.

La nostra Regione si trova in difficoltà, in affanno, nel tentativo di raggiungere la sufficienza o il livello minimo di assistenza.

I settori coinvolti vanno dalla prevenzione (screening oncologici e vaccinazioni), all'assistenza domiciliare integrata, ai PDTA, a nuove forme di assistenza in AFT e UCCP).

Secondo Cittadinanzattiva sono più di 4 milioni i cittadini che rinunciano alle cure per colpa dei ticket e delle liste di attesa; le differenze tra le Regioni sono notevoli e ancora una volta sono quelle del Sud che “annaspano”.

Sempre l'Ocse, in uno studio effettuato in collaborazione con Agenas e presentato all'inizio del 2015, mette anche in luce il persistere di importanti disparità regionali.

La mobilità sanitaria è un fenomeno in crescita.

Otto Regioni in Piano di rientro è afflitta da una emorragia inarrestabile di malati.

I cittadini che si spostano dalla propria Regione per curarsi in posti differenti valgono, dal punto di vista finanziario, circa 3,8 miliardi di euro (*dati Agenas- La spesa sanitaria nelle Regioni, 2014*).

Sono cittadini di un Paese che non è in grado di assicurare l'esigibilità dei Lea ovunque.

Bisogna lavorare su almeno due fronti: territorio e appropriatezza. Infatti, nella maggior parte dei casi ci si sposta per prestazioni ad elevata inappropriatezza piuttosto che per quelle ad elevata complessità.

**La consapevolezza dell'esserci e nel concepire
una sorta di “managerialità diffusa”.**

Acquisire consapevolezza della propria posizione nel sistema e competenza organizzativa, una prerogativa che si deve possedere all'interno di una preparazione specifica professionale.

Obiettivi condivisi da tutte le professioni sanitarie, secondo le proprie specificità.

LEVE PER IL CAMBIAMENTO PER LA RIORGANIZZAZIONE CURE PRIMARIE

Rispetto delle regole e delle direttive aziendali

Formazione continua

Capacità di problem solving

Programmazione e gestione delle attività

Autonomia decisionale

Relazione con i colleghi e con i professionisti e con la rete assistenziale

Orientamento ai bisogni dell'utenza

Disponibilità e collaborazione

Apporto positivo al gruppo di lavoro

Carissimi,

c'è chi scarica le difficoltà sulle aziende ospedaliere e altri che le scaricano sulle aziende territoriali.

Noi Operatori del Territorio della Periferia Nord di Napoli ci proponiamo come Distretto che vuole sperimentare strategie assistenziali (AFT, Poliambulatorio avanzato, Ambulatorio infermieristico verso UCCP) per recuperare il rapporto fiduciario con l'Utente/Persona attraverso la presa in carico globale in PDTA e offrendo contenuti di promozione di stili salutari, screening e vaccinazioni, CU.DO: **che rappresentano obiettivi LEA.**

IL RUOLO DELL'AFT PER GARANTIRE L'ADEMPIMENTO DELLA GRIGLIA DEI LEA NELL'ADULTO



13 OTTOBRE 2018

Napoli, Villa Walpole - ASL Napoli 1
Via Ponti Rossi, 118

La riorganizzazione delle cure primarie

Beniamino Picciano

Le Cure Primarie sul territorio rappresentano il **primo livello strategico nell'organizzazione sanitaria** e svolgono prevalentemente le seguenti funzioni:

- **rappresentano la forma assistenziale più vicina al paziente e il luogo di cura più frequente e diffuso;**
- **rappresentano un punto di accesso e di ritorno nel sistema delle urgenze/emergenze;**
- **possono, se ben organizzate, rappresentare un sistema di assistenza a costo relativamente basso rispetto agli obiettivi di salute.**

RAZIONALE

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

Cardini:

Equità e uniformità accesso alle cure

Sicurezza delle prestazioni

Tempestività della presa in carico

Continuità dell'assistenza

Appropriatezza

Trasparenza

Innovazione

Ricerca

Equilibrio tra sostenibilità ed innovazione.

► **Sostenibilità** che consente di definire quali sono le risorse da utilizzare **garantendo appropriatezza**

► **Innovazione** perché il **coinvolgimento dei pazienti** nelle proprie decisioni, riposiziona in maniera corretta il rapporto con essi perché la vera ricchezza **non è il numero di arruolamenti** ma sapere come essi stanno, al netto di zavorre che portiamo, si cerca di **offrire un servizio di salute** a fronte di chi è recalcitrante o contestatore o immobile realista.

I setting assistenziali sono organizzati in modo da poter **impegnare in modo coordinato** gli operatori sanitari che assumere come risposta alla gente il dare nuova assistenza.

DELIBERA LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

Che con Decreto commissariale n. 134 del 28.10.2016 e successivo n. 188 del 13.12.2016 è stata approvato per gli anni 2014, 2015 e 2016, il riparto delle risorse vincolate, pari a euro 350.684.150,00

a. Attività di Assistenza Primaria – euro 62.634.426

1. di approvare il progetto regionale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevedendo nuove forme aggregative che saranno lo strumento operativo per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di "iniziativa". denominato "Sviluppo delle cure Primarie" che allegato al presente atto ne forma parte integrante, i cui costi sono supportati dalle risorse già individuate con DCA 134/2016 per la Linea 1;

PDTA

E' un sistema che garantisce la **presa in carico del paziente in sostenibilità**, in qualità dell'assistenza e in responsabilità della cura tenuto conto dell'eccellenza e dell' **innovazione della modalità di assistenza (come)**

Essa va **verificata puntualmente**

Se tale sistema funziona il **potere attrattivo fa diminuire la fuga** verso altre scelte **(perché)**

- **reset delle risorse umane**, tecnologiche ed organizzative **(chi)**
- **valutazione del fabbisogno assistenziale** e individuazione dei nodi della rete **(che cosa)**
- dal **5 novembre 2018 (quando)**
- al **Distretto 28 (dove)**
- **analisi dell'organizzazione** per la presa in carico globale **(come)**
- assistenza Territoriale **(AFT e Poliambulatorio avanzato e ambulatorio infermieristico)** con raccordo con i MMG **(in che modo realizzarla)**

DECRETO 53 A.F.T. – U.C.C.P.

Oggetto: Decreto n. 53 del 5/3/2018

Si trasmette in allegato il decreto n. 53 del 5/3/2018 ad oggetto: *“Decreto Commissariale n. 134 del 28.10.2016 e successivo n. 188 del 13.12.2016. Art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale - Assistenza Primaria .”*

Con tale provvedimento è stato approvato il progetto regionale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevedendo nuove forme aggregative che saranno lo strumento operativo per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di “iniziativa, i cui costi sono supportati dalle risorse per la Linea 1 (Assistenza Primaria) già individuate ed assegnate alle singole aziende con DCA 134/2016.

- ▶ 1) **Punto di primo intervento (Psaut con Saut 118)**, ovvero servizio di assistenza e urgenza territoriale. Il pronto soccorso sarà garantito 24 ore su 24, con ambulanza fissa dedicata.
- ▶ 2) **Poliambulatorio polispecialistico**: cardiologia con ecografia cardiovascolare, ecodoppler vascolare, test da sforzo e medicina dello sport, neurologia e neurofisiopatologia con elettroencefalografia, elettromiografia, elettroencefalografia, dermatologia, pneumologia, urologia, oculistica otorinolaringoiatria con audiometria, ortopedia, chirurgia, chirurgia vascolare, diabetologia, endocrinologia, geriatria, odontostomatologia, medicina nucleare, terapia antalgica, gastroenterologia ed endoscopia digestiva con gastroscopia e colonscopia, epatologia, allergologia, reumatologia.
- ▶ 3) **Ambulatorio infermieristico**. Somministrazione di terapie, gestione cateteri, medicazioni, gestione ileostomia e urostomia);
- ▶ 4) **Day Service con erogazione di percorsi assistenziali complessi e coordinati** con presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, asma, ipertensione);

DECRETO 49 DEL 2010: L'OSPEDALE SAN GENNARO NON CHIUDE, E' UN PRESIDIO DI AMBULATORIO E PRIMO SOCCORSO - SPS STRUTTURE POLIFUNZIONALI SALUTE

- ▶ 5) **Laboratorio di patologia clinica e genetica. Punto prelievi.**
- ▶ 6) **Servizio di radiologia territoriale** con ecografia e Tac.
- ▶ 7) **Farmacia territoriale**
- ▶ 8) **Centro antidiabetico**
- ▶ 9) **Polo di riabilitazione territoriale polispecialistica**, con collegamento funzionale con le unità operative fasce deboli distrettuali ed i centri privati accreditati. Centro di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, diagnostica cardiovascolare non invasiva, centro di riabilitazione geriatrica con annesso centro diurno, attività di riabilitazione neuromotoria, riabilitazione respiratoria.
- ▶ 10) **Ospedale di comunità**: struttura di ricovero gestita dagli infermieri dell'Asl e dai medici di Medicina generale per patologie che non richiedono il ricovero ospedaliero.
- ▶ 11) **Consultorio di II Livello** con attività di ecografia strutturale e attività di monitoraggio della gravidanza, screening della sfera genitale femminile e attività di prevenzione dell'obesità pediatrica, centro vaccinale.
- ▶ 12) **HOSPICE**
- ▶ 13) **UOSD Cure Palliative Domiciliari**

**DECRETO 49 DEL 2010: L'OSPEDALE SAN GENNARO
NON CHIUDE, E' UN PRESIDIO DI AMBULATORIO E
PRIMO SOCCORSO SEDE ODC E HOSPICE**



IL MODELLO DI AGGREGAZIONE DEI MEDICI DI FAMIGLIA



L'ESPERIENZA DEL
DISTRETTO SOCIOSANITARIO 28
ASL NAPOLI 1 CENTRO



IL DISTRETTO 28 AFFERENTE ALLA MUNICIPALITÀ VIII DI NAPOLI (CHIAIANO, MARIANELLA, PISCINOLA, SCAMPIA) COMPRENDE UNA POPOLAZIONE DI N. 91.022 ABITANTI (ISTAT 2016 B.U.R.C. 63 DEL 26/09/2016)

Quartiere	0-14	15 - 64	>65	totale	Ind.vec	Ind.dip. anz	Ind.dip. strut
Chiaiano, Marianella, Piscinola, Scampia	14.414	63.653	12.955	91.022	89.9%	20.4%	43.0%

PDTA	codici esenzioni	n° pazienti affetti nel Distretto 28	
Scompenso - Ipertensione	021.428 (scompenso cardiaco NYHA 3,4)	50	386
	0A02,0B02,0C02 (affezioni del sist.circolatorio)	-	
	0A31 ipertensione senza danno d'organo *1	-	
	0031 (.402;-.405) con danno d'organo	336	
Sclerosi Multipla	046.340	43	
Artrite reumatoide	006 (.714.0; 714.1; 714.2; 714.30; 714.32; 714.33)	197	
Diabete	013.250	993	
BPCO	024.518.83 (insufficienza respiratoria cronica) *2	163	
Demenze	011 (.290.0; .290.1; 290.2; .290.4; .291.1; .294.0)	con il codice 011.290.0 (23 pz)	42 (?)
	029.331.0 (Malattia di Alzheimer)	19	

*1 stadio della malattia importante per la prevenzione

*2 è importante individuare modalità per reclutare i pazienti prima dello stadio cronico

MMG ORGANIZZATI IN AFT

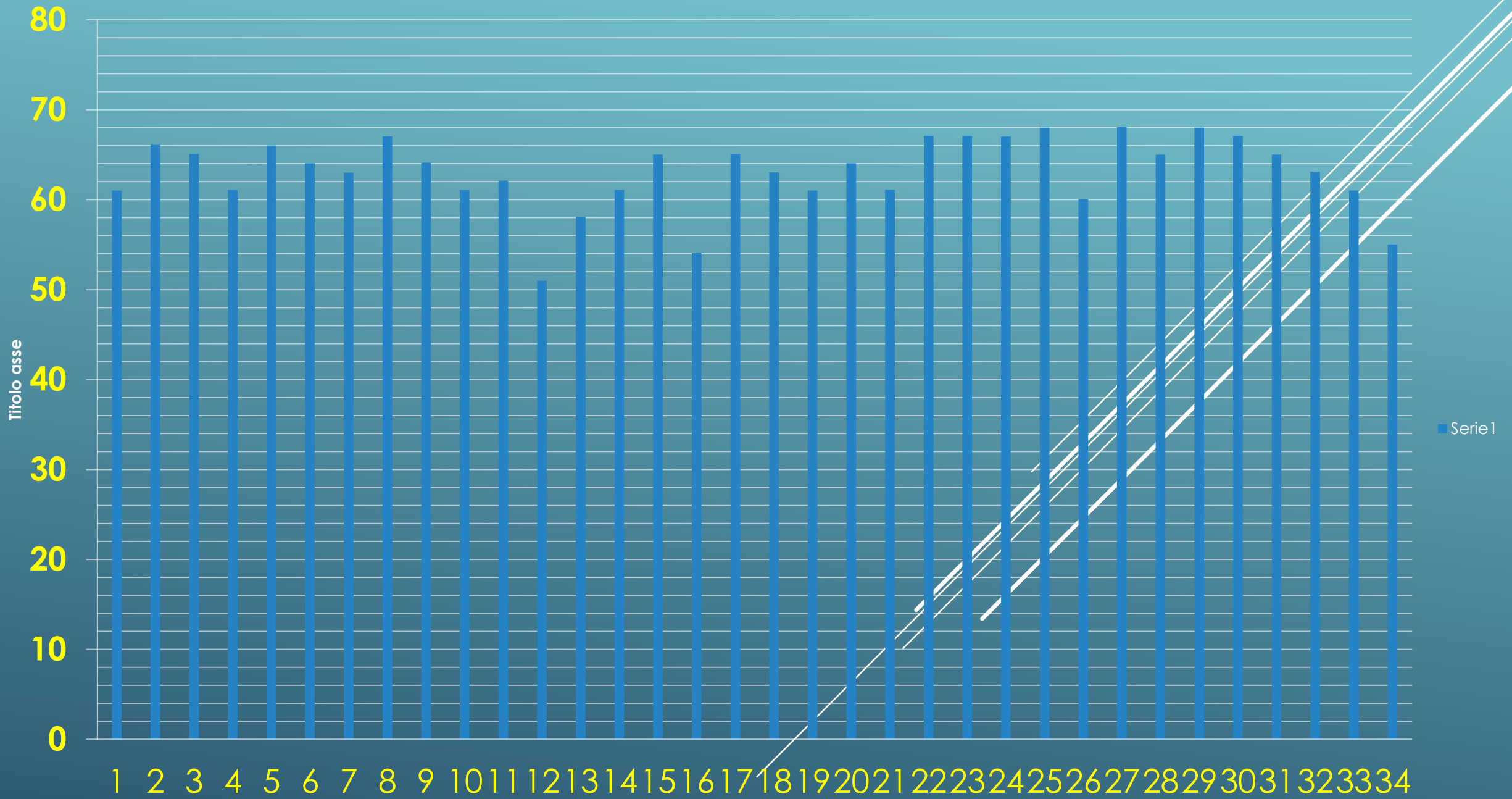
AGGREGAZIONI FUNZIONALI CHE COPRONO UN BACINO DI UTENZA DI **30.000 ABITANTI**

A SCAMPIA TRE AFT:

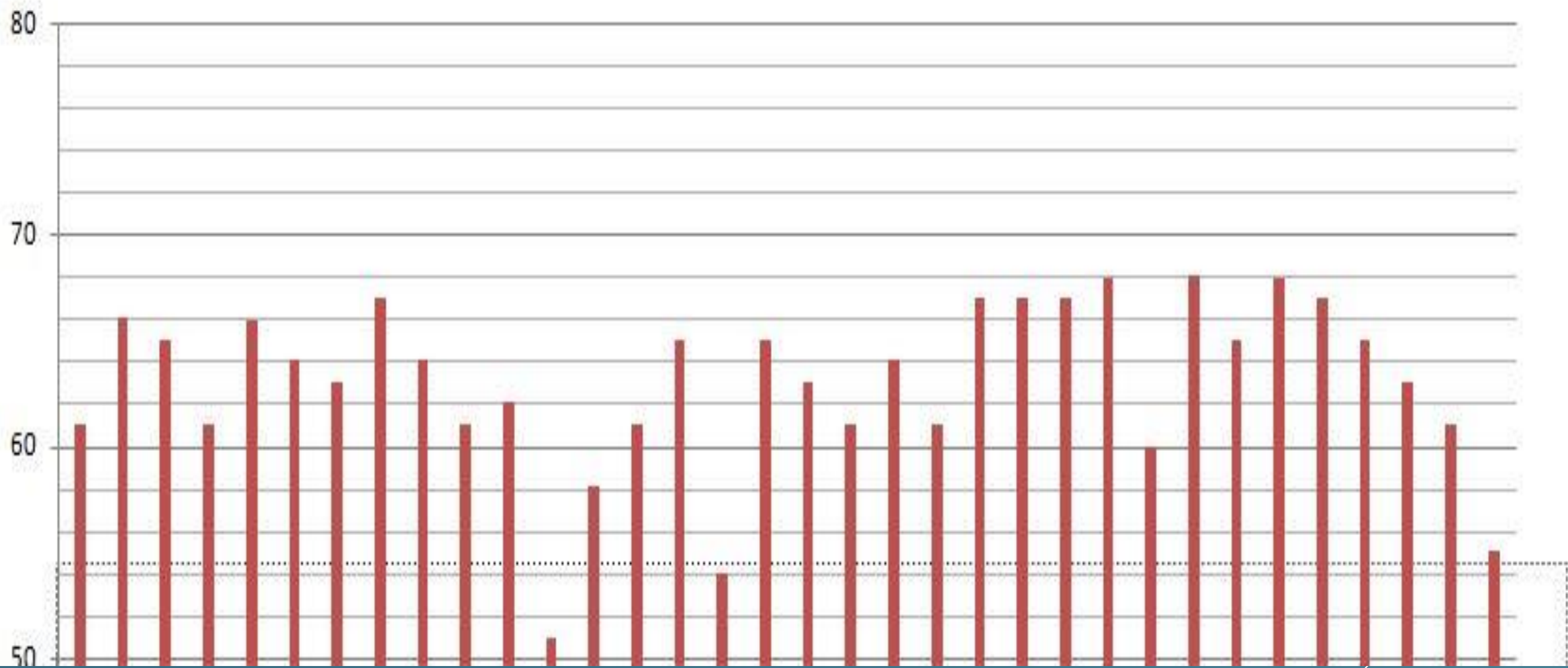
- ▶ **AFT1** - Scampia è costituita da **12 MMG**,
- ▶ **AFT 2** - Piscinola/Marianella da **9 MMG**
- ▶ **AFT 3** – Chiaiano da **13 MMG**

per un totale di **34 MMG**

**chi sono i medici
in AFT che sono
per il
cambiamento
?**



età dei 34 medici di famiglia del dist. 28 al 02-10-2018



- ▶ 34 medici su 34 sono over 50
- ▶ 30 medici su 34 sono over 60
- ▶ 18 sono over 64
- ▶ 10 sono over 66

A TITOLO GRATUITO



Principali Aperti Chiusi (23) Tutti [Espandi](#) [Organizza](#)

[Nuovo problema](#)

- Diario**
- Procedure di prevenzione**
- 00 DIABETE MELLITO TIPO II**
- 14 RETINOPATIA DIABETICA**
- 13 NODULO TIROIDEO**
- 00 IPERTENSIONE ARTERIOSA**
- 00 CARDIOPATIA IPERTENSIVA**
- 13 LINFOADENOPATIA**
- 18 OSTEOPOROSI**
- 13 ARTRALGIA**
- 12 ARTROSI**
- 18 ORTICARIA**
- 14 DERMATOSI**
- 14 ESOFAGITE**
- 16 DEPRESSIONE**
- 16 ANSIA**
- 15 CARIE DENTARIA**
- 17 CONGIUNTIVITE**

Motivo visita:

Terapie [Richieste](#) [Vaccini](#) [consigli](#) [mBds](#) [Scadenze](#)

		Farmaci	n°	Posologia	E	T		
02.10.18	<input type="checkbox"/>	✓				NM		
	<input type="checkbox"/>	✓ NERISONA*CREMA IDROF3				CD	A	
10.09.18	<input type="checkbox"/>	♦ PEPTAZOL*14CPR GASTR2		UNAAL DI		CD	A	
21.09.18	<input type="checkbox"/>	♦ APIDRA*SOLOST SC 5PE1			P	CD	A	
06.08.18	<input type="checkbox"/>	♦ LANTUS*SOLOST 5PEN 11			P	CD	A	
	<input type="checkbox"/>	♦ NATECAL D3*60CPR ORO1				CD	A	
28.09.18	<input type="checkbox"/>	♦ TIKLID*30CPR RIV 250MG2		UNA OGNI D		CD	A	
21.09.18	<input type="checkbox"/>	♦ LASIX*30CPR 25MG			P	CD	A	
06.08.18	<input type="checkbox"/>	♦ SELOKEN*50CPR 100MG1		UNA OGNI D	P	CD	A	
	<input type="checkbox"/>	♦ NORVASC*14CPR 10MG4		UNAAL DI	P	CD	A	
21.09.18	<input type="checkbox"/>	♦ TRIA TEC*28CPR DIV 10M2		UNAAL DI	P	CD	A	

Accertamenti [Pressione](#) [Certificati](#) [Esenz.](#) [Intolleranze](#) [Allegati](#)

		Accertamenti	Risultato	O	N	E	Tipo	S
15.03.96	<input type="checkbox"/>	■ Colesterolo totale	266				L	
	<input type="checkbox"/>	■ Bilirubina totale					L	
	<input type="checkbox"/>	■ GPT					L	
	<input type="checkbox"/>	■ GOT					L	
	<input type="checkbox"/>	■ Protidoqrama					L	
	<input type="checkbox"/>	■ Uricemia	7,1				L	
	<input type="checkbox"/>	■ Creatininemia					L	
	<input type="checkbox"/>	■ Glicemia	127				L	



Principali Aperti Chiusi (15) Tutti [Espandi](#) [Organizza](#)

- [Nuovo problema](#)
- Diario
 - Procedure di prevenzione
 - ... (2 intolleranze)
 - 03 DIABETE MELLITO TIPO II
 - 17 IPERCOLESTEROLEMIA
 - 17 IPERURICEMIA
 - 18 VASCULOPATIA CEREBRALE CRONICA
 - 17 FIBRILLAZIONE ATRIALE
 - 03 IPERTENSIONE ARTERIOSA
 - 17 ARITMIA CARDIACA
 - 16 SOFFIO CARDIACO SISTOLICO
 - 13 LINFOADENOPATIA
 - 05 ASMA ESTRINSECO
 - 01 BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA <
 - 00 ASMA
 - 02 ARTROSI GENERALIZZATA
 - 14 OSTEOPOROSI
 - 13 CERVICALGIA con brachialgia dx e sin
 - 13 ARTRALGIA

Terapie		Richieste	Vaccini	consigli	mBds				
		Farmaci (+)				n°	Posologia	E	T
04.10.18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							NM
03.09.18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2	UNAAL DI	B	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2	UNAOGNI	CP	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1	UNAOGNI	DB	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1	UNAAL DI	B	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1		B	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1	UNAAL DI	B	CD
12.09.18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2	UNAOGNI	DB	CD
03.09.18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			2	UNAAL DI	B	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1	UNAAL DI	B	CD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			1	UNAAL DI	B	CD

Accertamenti		Pressione	Certificati	Esenz.				
		Accertamenti (+)			Risultato	N	E	Tipo
04.10.18	<input checked="" type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						026
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						002
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						002
20.04.18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					B	026
09.01.18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						044

- ▶ La cartella clinica appartiene al paziente
- ▶ Obbligo di trasferimento della cartella clinica dal vecchio al nuovo medico
- ▶ Nel gestionale è possibile con un click esportare o importare il file della intera cartella clinica... verso dei programmi di interfaccia MMG/ASL?
- ▶ Pen drive al paziente?
- ▶ Telemedicina-cartella con smartphone?

PROPOSTE DEI MMG PER UN PASSAGGIO MENO TRAUMATICO





SATURIMETRO

- ▶ per il paziente costretto a letto e con patologie invalidanti
- ▶ Riduce in maniera drastica i ricoveri
- ▶ Consente di coordinare le visite domiciliari degli specialisti e la possibilità di avvalersi della collaborazione infermieristica-
- ▶ (criticità>difficoltà di recuperare alcuni specialisti - impossibilità di effettuare a domicilio esami strumentali importanti come rx torace ed ecocardio-ritardi nelle visite specialistiche domiciliari)

ADI

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

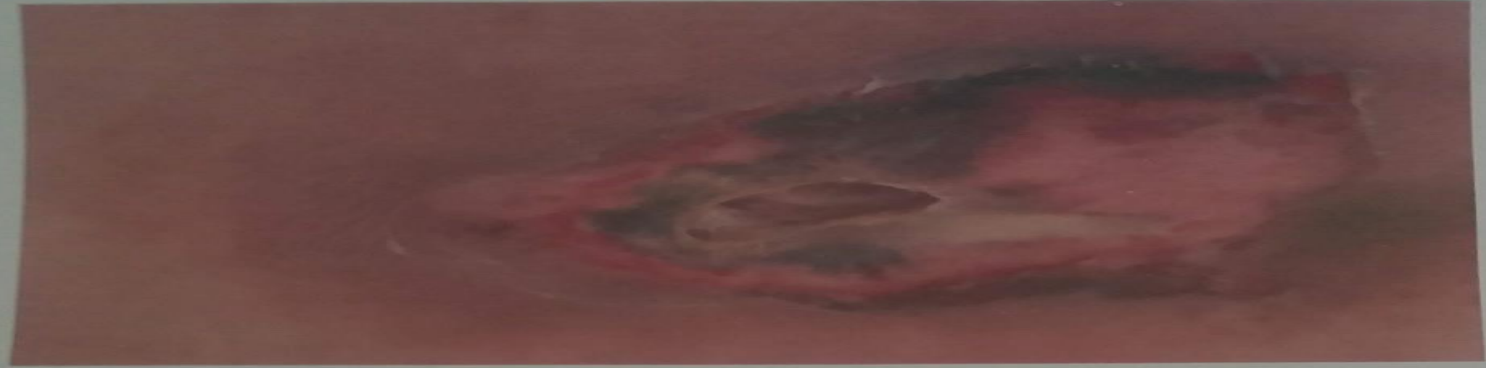
- ▶ **Canale preferenziale per le visite specialistiche**
- ▶ **Migliore coordinamento con infermieri e specialisti con aggiornamenti della cartella clinica domiciliare**

ESIGENZE MMG

▶ Collaborazione infermieristica

MAGGIO 2018

1



2



20 18

settembre



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

Data 05/ [REDACTED]

Luogo di nascita NO Data di nascita 25/10/99 Stato civile

Consulenze effettuate

Tipo di consulenza Consulenza Psichiatrica

L'operato giunge alla nostra conoscenza in seguito ad un referto di primo grado emesso in forma libera e non strutturata e ottenuto in forma libera e non strutturata a seguito di un referto di primo grado emesso in forma libera e non strutturata a seguito di un referto di primo grado emesso in forma libera e non strutturata.

Indirizzo diagnostico

Esami consigliati

Terapie

Firma e timbro del

MMG organizzati in AFT

Definizione: articolazione del **distretto sociosanitario** nell'ambito delle quali **operano MMG** coordinati in team funzionali al fine di realizzare una **rete orizzontale** tra medici ponendo le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema (**UCCP**)

Compiti:

Hanno il compito di omogeneizzare il modello di cura dei MMG
Assistenza in ambulatorio e a domicilio della popolazione in carico
Valutazione dei bisogni, percorsi **PDTA** per la continuità della cura
Medicina preventiva, Screening e Vaccinazioni, Raggiungimento dei **LEA**,
miglior uso possibile delle risorse efficacia – efficienza



Coordinatore nominato dai medici dell' AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale

IN AGGIUNTA OGNI AFT È DOTATA DI STRUMENTAZIONE PER IL PERSEGUIMENTO DI OBIETTIVI DI SANITÀ PUBBLICA

Definizione di strumenti per il perseguimento delle finalità delle AA FF TT (risorse/decreto 134)

- ▶ **Strumenti diagnostici** per il perseguimento degli obiettivi da perseguire nella adozione dei PDTA (ecografi, spirometri, ECG, ...)
- ▶ **Accesso condiviso alle cartelle informatiche** di tutta la popolazione assistita indipendentemente dai diversi gestionali in singolo possesso
- ▶ Possibilità di accedere alle **liste di pazienti affetti da patologie croniche** per conoscere l'aderenza ai trattamenti e l'andamento della presa in carico in **PDTA**.
- ▶ **Gli esiti delle cure primarie sono soggetti a monitoraggio attraverso l'uso di indicatori specifici**

DALL'AFT AL POLIAMBULATORIO AVANZATO VERSO LA UCCP

- ▶ La **UCCP** che ha sede nel distretto, coinvolge le **AA FF TT** (Aggregazioni dei MMG) presenti nel territorio, **presentandosi come il modello di congiunzione** tra le attività fiduciarie dei MMG ed il sistema della specialistica territoriale, con la funzione di **migliorare la «presa in carico» delle patologie croniche** maggiormente presenti nel territorio distrettuale, legata alle **comorbilità** ed alla **maggiore sopravvivenza della popolazione**

MODALITÀ ATTUATIVA

- Le attività della **UCCP**, si caratterizzano nella adozione di un PDTA che facilità la presa in carico del paziente

SISTEMA DELLE AA FF TT

RECLUTAMENTO
IN UN PDTA

PERCORSO FACILITATO
DI INTEGRAZIONE CON
LA SPECIALISTICA

Le AA FF TT hanno il compito di **intercettare il paziente** affetto da scompenso cardiaco (1-2% popolazione). i MMG delle AA FF TT reclutano con un **percorso di cura «protetto» i pazienti scompensati che si realizza nel Poliambulatorio avanzato poi UCCP.**

Facilitano il percorso specialistico con diagnostica idonea in tempi definiti tali da **ridurre il ricorso a cure maggiormente complesse;**

Riducono il numero di prestazioni singole, perché inseribili nel **pacchetto PDTA**, con la possibilità di migliorare **sostenibilità delle cure e appropriatezza delle stesse**

NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA POTENZIANO IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE

Hanno essenzialmente la funzione di potenziare le attività fiduciarie della Medicina di famiglia i cui elementi fondamentali sono:

✓ La **conservazione della capillarità del modello di cura** basato sul rapporto fiduciario individuale e sulla vicina localizzazione dello studio (**PROSSIMITA' DELLE CURE**)

✓ **Continuità delle cure nel tempo** (**AMBITO FIDUCIARIO**)

✓ Modello assistenziale basato sulla «**presa in carico**» e non su un modello prestazionale (**SOSTENIBILITA' DELLE CURE**)



NUOVE FIGURE PROFESSIONALI NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE



• **Care manager** è il **Dirigente Medico dell'Emergenza** che **indirizza e segue il paziente nei PDTA** percorsi diagnostici terapeutici assistenziali che trovano nel distretto la loro struttura fisica, organizzativa e gestionale

Il **Care Manager** avrà gli elenchi dei **MMG** iscritti nelle **AFT** e **terrà il contatto telefonico con i coordinatori di ogni AFT per facilitarne la presa in carico rapida al 2° livello assistenziale**

• **Case manager** è il **MMG** quando si interessa del **PAI**. Nella situazione specifica prende il **bisogno del paziente** in carico, e lo arruola nel percorso PDTA mantenendo un **filo diretto con il Care Manager** che seguirà il paziente all'interno del distretto

IL TERRITORIO SERVITO DA MMG ORGANIZZATI IN AFT



- 1) Efficacia delle cure attraverso una **comunicazione continua tra medici** dell'AFT che condividono tra loro perplessità e normative relative all'appropriatezza delle prescrizioni tramite **gruppo Whatsapp**
- 2) **Unico modello gestionale** e **cartelle cliniche** disponibili ai medici che conoscono i bisogni del territorio e intervengono in favore anche di assistiti non propri
- 3) **Perseguimento di obiettivi di Sanità Pubblica condivisi per la prevenzione** sul territorio – medicina proattiva (**vaccinazioni e screening**)
- 4) Strumentazioni diagnostiche di primo livello per le AFT per un primo **inquadramento “semi specialistico” medico TEAM LEADER**

In presenza di **paziente instabile** per criticità sopravvenute o paziente complesso per patologie croniche è affidato al **CARE MANAGER** – medico che segue il paziente durante il PDTA del **2° livello assistenziale**.

**PARTE 2 DEL
PERCORSO**

CARE MANAGER



- 1) Il MMG (in AFT) prescrive **consulti specialistici con classe di priorità** (U-entro 72h, B-entro 10gg, D-entro 30 gg per visite o 60 per esami diagnostici, P-entro 180 gg) e invia i pazienti al distretto con indicazione per il PDTA che segue una rimodulazione dell'offering territoriale.
- 2) Il **Care Manager** è il punto di snodo tra il MMG e l'ambulatorio infermieristico e successivamente punto di raccordo tra specialisti e coordinatore **Poliambulatorio avanzato**.
- 3) L'ambulatorio infermieristico accoglie il paziente, rilevando i **bisogni del paziente, il suo stato di salute, gli esami clinici portati dallo stesso**, e se manca qualche indagine o esame per la visita specialistica, si raccorda con il MMG e rilascia una scheda infermieristica di primo accesso **nell'ambulatorio avanzato** poi UCCP.

In presenza di **paziente** con patologie croniche quali BPCO, IPERTENSIONE/SCOMPENSO CARDIACO, DIABETE, ... e quindi **con bisogni multispecialistici entra nel percorso PDTA**

**PARTE 3 DEL
PERCORSO**

CARE MANAGER



STADIO A

I pazienti in stadio A dello scompenso cardiaco sono a rischio di sviluppare cardiopatia strutturale prevalentemente attraverso il legame fisiopatologico che lega i fattori di rischio cardiovascolari:

- Familiarità per cardiopatia ischemica
- Ipertensione arteriosa
- Dislipidemia
- Diabete
- Fumo
- Obesità
- Trattamenti cardiotossici

STADIO B

I pazienti in Stadio B dello Scompenso Cardiaco sono rappresentati da quei soggetti, con danno d'organo cardiovascolare, che non riferiscono sintomi oppure semplicemente oligosintomatici (potrebbe essere opportuno anche prevedere distinti percorsi) e che presentano le seguenti caratteristiche:

- 1) Pazienti con fattori di rischio che hanno ipertrofia ventricolare sinistra, aterosclerosi coronarica, disfunzione sistolica oligo/asintomatica
- 2) Cardiopatia ischemica con o senza rimodellamento ventricolare, senza significativa riduzione della capacità funzionale
- 3) Pazienti con valvulopatie di grado almeno moderato, seppur senza significativa riduzione della capacità funzionale

In presenza di **paziente** con patologie croniche quali BPCO, IPERTENSIONE/SCOMPENSO CARDIACO, DIABETE, ... e quindi **con bisogni multispecialistici** entra nel percorso PDTA

**PARTE 3 DEL
PERCORSO**

AMBULATORIO INFERMIERISTICO



Attivare con il MMG un **programma di attività educazionale e di prevenzione** delle instabilizzazioni e della progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.

- Migliorare l'appropriatezza** delle prestazioni sanitarie -
- Prevenire la riacutizzazione** dello scompenso cardiaco -
- Ridurre i fattori di rischio**
- Monitorare l'aderenza alla terapia e il rispetto delle visite di controllo**
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti**
- Garantire la continuità delle cure**
- Fornire cure all'avanguardia e una figura di riferimento a cui rivolgersi**
- Ridurre i costi**

In caso di **riscontro positivo** si avvia all'ambulatorio infermieristico per l'accoglienza e l'invio Poliambulatorio avanzato

PARTE 3 DEL
PERCORSO

AI

- ▶ Attualmente, **i pazienti in fase pre acuta** non trovano supporto nelle sole visite ambulatoriali, **poiché non garantiscono la possibilità di effettuare una verifica tempestiva**, sistematica dell'efficacia della terapia e preventiva dell'andamento della patologia, né nel ricovero ospedaliero che potrebbe essere in molti casi inappropriato o ritardato.
- ▶ **L'AI dello scompenso cardiaco** può garantire un miglior adesione al trattamento di pazienti con patologie croniche riacutizzate tramite un intervento coordinato e continuativo fino alla risoluzione della sintomatologia.



POLIAMBULATORIO AVANZATO SPECIALISTICO

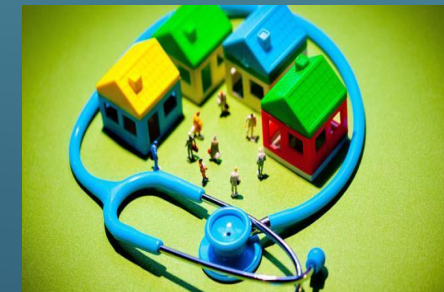


1) Il paziente con prescrizione del MMG, scheda infermieristica, è affidato agli **specialisti ambulatoriali per le prestazioni diagnostiche terapeutiche proprie del PDTA**. Un **medico Care Manager** è punto di raccordo tra **specialisti** e coordinatore del **Poliambulatorio avanzato**.

2) Il paziente torna in ambulatorio infermieristico per il **follow-up**, rimane sotto osservazione o riceve indicazioni per la **cura da proseguire a casa**.



3) Il paziente ritorna sotto la protezione della rete costituita dai MMG (AFT)



DELIBERA DI G.R. 271/2012 – DELIBERA AZIENDALE 1092/2013

Prima visita è quella in cui il paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico in **primo accesso**

Per accessi successivi devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore e/o MMG, **l'evoluzione della patologia o l'insorgenza delle complicanze**

CLASSE URGENTE:

- ▶ EPISODIO DI SINCOPE O LIPOTIMIA
- ▶ TORACOALGIE CON O SENZA IRRADIAZIONI E DOLORE EPIGASTRICO IN SOGGETTO CON RISCHIO CARDIOVASCOLARE MEDIO-ALTO (IPERTESI, FUMATORI, DIABETICI, DISLIPIDEMICI, CON FAMILIARITA' PER CARDIOPATIA ISCHEMICA)
- ▶ CARDIOPALMO PERSISTENTE/PAROSSISTICO IN ATTO O DI RECENTE INSORGENZA, RITMICO O ARITMICO
- ▶ RECENTE INSORGENZA DI DISPNEA E/O EDEMI DI SOSPETTA ORIGINE CARDIACA

CLASSE BREVE:

- ▶ DOLORE TORACICO DA SFORZO IN SOGGETTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE MEDIO-ALTO (IPERTESI, FUMATORI, DIABETICI, DISLIPIDEMICI, CON FAMILIARITA' PER CARDIOPATIA ISCHEMICA)
- ▶ PAZIENTI NEOPLASTICI PROGRAMMATI PER CHEMIOTERAPIA
- ▶ PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO IN FASE DI RIACUTIZZAZIONE NON RISPONDENTI AGLI AGGIUSTAMENTI TERAPEUTICI GIA' MESSI IN ATTO

**RILEVAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE:
VISITA CARDIOLOGICA ED ECG**

CLASSE DIFFERIBILE

- ▶ PRIMA VISITA IN PREGRESSA CRISI IPERTENSIVA
- ▶ PRIMA VISITA IN PAZIENTI CON PREGRESSO DISTURBO ACUTO DEL RITMO DOPO RICOVERO
- ▶ SOSPETTO DIAGNOSTICO DI VALVULOPATIA IN SOGGETTI SENZA SEGNI CLINICI DI INSUFFICIENZA CARDIACA (ALTRIMENTI VANNO IN CLASSE URGENTE)
- ▶ SOSPETTO DIAGNOSTICO DI CARDIOMIOPATIA IN SOGGETTI SENZA SEGNI CLINICI DI INSUFFICIENZA CARDIACA (ALTRIMENTI VANNO IN CLASSE URGENTE)

CLASSE PROGRAMMATA

- ▶ PRIMA VISITA IN PAZIENTI CON IPERTENSIONE ARTERIOSA DI RECENTE DIAGNOSI
- ▶ PRIMA VISITA IN PAZIENTI CON DIABETE MELLITO DI RECENTE DIAGNOSI
- ▶ RISCONTRO DI SOFFIO CARDIACO IN SOGGETTO ASINTOMATICO
- ▶ MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE
- ▶ TUTTE LE CONDIZIONI CLINICHE NON RICONDUCIBILI ALLE CLASSI PRECEDENTI

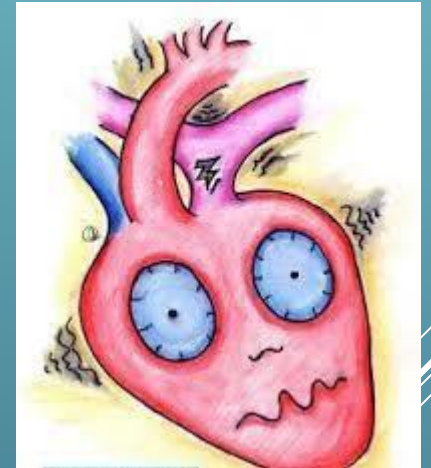
**RILEVAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE:
VISITA CARDIOLOGICA ED ECG**

AFT FUNZIONALI ALL'INTERO PROCESSO DI PRESA IN CARICO (ESEMPIO AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO)

- ▶ I **MMG** che adottano un sistema fiduciario di cure e **non vincolati alla prestazione**, con il compito di individuare, reclutare ed attivare procedure “di percorso facilitato”, usando conoscenze e competenze.
- ▶ La **conoscenza** anamnestica è legata alla acquisizione di eventi consolidati nel tempo di assistenza (paziente in carico, diagnosi nota, terapia in corso, monitoraggio) utilizzando il **sistema dei gestionali cartelle cliniche WEB e l'uso di piattaforme con estrattori specifici per la valutazione degli audit di cura dello scompenso cardiaco.**
- ▶ La **competenza** legata ad attività di **diagnostica di primo livello** quale **l'ECG**, da praticarsi nell'ambito della AFT dei MMG.
- ▶ Medici definiti quali **Team leader**, hanno il compito in un sistema organizzativo autonomo di eseguire l'esame diagnostico per i pazienti affetti da scompenso cardiaco individuati dai MMG dell'AFT.
- ▶ Tale **condizione operativa riduce oltre che l'attesa dei tempi di presa in carico**, facilita il migliore inquadramento diagnostico esaltando il ruolo dello specialista per le competenze specifiche funzionali al migliore trattamento.

ELEMENTI FUNZIONALI DEL POLIAMBULATORIO AVANZATO - UCCCP: (ES.SCOMPENSO)

- Il modello organizzativo di tale sistema di cure prevede il necessario coinvolgimento della seguente rete assistenziale:
 - ▶ Il **Distretto** sanitario di base
 - ▶ I **MMG** presenti sul territorio Organizzati in AFT secondo la geo-localizzazione strategica per il fine assistenziale.
 - ▶ Il **CUP** Aziendale
 - ▶ **Ambulatorio infermieristico**
 - ▶ I **Medici Specialisti ambulatoriali Cardiologi** (individuati e correlati alla tipologia di PDTA) ed altri correlati alla patologia



L'INIZIO DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT E DEL POLIAMBULATORIO AVANZATO VERSO LA UCCP

- ▶ Tale progetto di Sviluppo delle Cure Primarie del Decreto 53/2018 è stato sottoposto alla valutazione del Comitato di Medicina Generale (**comitato ex art. 24**) nella seduta del 01/02/2017
- ▶ L'azienda propone modelli con i MMG operanti nel distretto e definiti in ambito aziendale con una **geolizzazione (comitato art 23)**
- ▶ I costi sono supportati dalle risorse già individuate con DCA 134/2016 per la linea 1
- ▶ Si realizza così una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di «iniziativa»

Obiettivi prioritari:

- ▶ Presa in carico dei pazienti affetti con patologia cronica anche attraverso la medicina di iniziativa
- ▶ **Risposta alla richiesta di prestazioni con classe di priorità con particolare riguardo alle prestazioni urgenti (classe di priorità U)**



MA ...

- ▶ Ogni modello per trovare attuazione è **vincolato alla negoziazione** con i MMG
- ▶ Alla definizione dei **ruoli e delle risorse** da destinarsi per il modello organizzativo
- ▶ Alla **approvazione** da definirsi su proposta aziendale (con le modalità previste negli accordi dei MMG) in ambito regionale.



SIAMO ORA

Nella fase di proposizione iniziale

Per la consapevolezza e il coinvolgimento degli obiettivi realizzabili abbiamo il conforto delle **norme e delle idonee risorse** per lo sviluppo della **medicina territoriale (MMG e distretti)**

FORMAZIONE ED INFORMAZIONE
ALLA POPOLAZIONE CHE CERCA
DI TROVARE RISPOSTE AI PROPRI
BISOGNI

di contro

Tremila aggressioni a medici e infermieri in servizio, solo un terzo denunciate.

Riconoscimento dello status
di pubblico ufficiale

ASCOLTO
COMPETENTE INTEGRATO/UVI

VEDERE L'INVISIBILE

Se si riesce a **vedere l'invisibile** è possibile raggiungere **l'impossibile**.
Guardare al Sistema AFT e UCCP e alla rete assistenziale come scelta strategica. Garantire **valore salute** per **qualità e accesso alle cure**



Non sono un visionario ma un
idealista pratico (Gandhi)



IL DISTRETTO SANITARIO DALLA PREVENZIONE ALLA TERAPIA QUALE RUOLO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO?

Il rapporto
Ospedale - Territorio

LA RETE ONCOLOGICA e L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

DOPO OGNI TRAMONTO C'E' UN'ALBA



***PER OGNI FERITA, PER OGNI PERDITA DI
PERSONA CARA SU QUESTA TERRA AUMENTA LA
NOSTRA VOGLIA DI GUARDARE LE COSE***

DALL'ALTO



Dott.ssa Melania G.
Malpede

FERITA O BIVIO ?



- ▶ Dove c'è un ospedale l'assistenza territoriale è minore dove non c'è l'attività territoriale è maggiore.

***Se alla scienza unisci l'empatia la scienza sarà nobile,
ma senza l' empatia nulla ti gioverà***

Serve mettere sempre in pratica queste parole.

***La scienza, le conoscenze, la professionalità, bisogna sempre mettere
a disposizione dell'altro.***

Sempre con il sorriso e la disponibilità, con empatia

***Bisogna accompagnare i nostri assistiti nel percorso
difficile della malattia.***

ONCOLOGIA TERRITORIALE

*L'oncologia oggi sta cambiando a grande velocità
Cambiamenti nelle terapie con **farmaci biologici** come gli anticorpi
monoclonali, e **farmaci modulatori del ciclo cellulare**.
Cambiamenti nella **diagnostica** con metodiche strumentali
multiparametriche e funzionali e la **biologia molecolare**.*

*Tutto questo deve migliorare la capacità di prenderci carico
dei pazienti che ogni giorno vengono alla nostra osservazione.*

Siamo inclusi nella rete oncologica di presa in carico del paziente oncologico (ITN-ADI)

Proprio sul territorio per anni l'attività profusa negli anni

Ricordo sempre a me stesso con dolore, stima e profondo affetto:

“sono un medico di campagna”

“sono un medico di un territorio posto alla periferia nord di Napoli”

“sono un povero medico del territorio”

Vogliamo rimarcare **INSIEME TUTTI** l'orgogliosa
differenza dal mondo della ricerca o dal mondo accademico,
la fatica, la determinazione, **il quotidiano sudore di chi -poi-
deve cercare, di alleviare la sofferenza** terminale di chi
**combatte una guerra o forse l'ultima battaglia...il nostro
paziente/PERSONA.**

GLI SFORZI DELLA RICERCA A VOLTE NON BASTANO...

E' di recente la notizia di una grande multinazionale che ha interrotto la ricerca di modelli terapeutici complessi ma ritenuti inefficaci.

*Per questo dove la ricerca non può, al pari dei Centri di Eccellenza, nella rete Oncologica Regionale ha grande importanza la **funzione preventiva** e di **trattamento del Territorio e del Distretto**.*

*Le aspettative delle AFT
e delle Unità di Cura Complesse Primarie*

LOTTA CONTINUA

primaria



progetti di PREVENZIONE

*Strategie di Comunicazione
efficace all'utente*

secondaria



- *corretti stili di vita*
- *lotta al tabagismo*
- *cancerogenesi
ambientale
e professionale*

anticipazione diagnostica:

- *tum. mammella e utero*
- *tum. colon-retto*
- *tum. prostata*
- *tum. cute e cavo orale*

Azione: Verso la lega territoriale per la lotta contro i tumori

DS 28

FORMAT PDTA – AFT – UCCP - ADI

Sperimentazione su più patologie croniche

Reclutamento pazienti

Comunicazione efficace all'utente

Gli operatori di soccorso: infermieri, psicologi, assistenti sanitari, assistenti sociali, tecnici di radiologia, educatori professionali

Progetto prevenzione primaria e secondaria


La parola che cura

***Equipe multidisciplinare Percorsi differenziati Psicoterapie di indirizzo e di sostegno
La rete territoriale sociosanitaria integrata***

-- ***Eventi nazionali:***

- * ***Settimana della Prevenzione***
- * ***Giornata Mondiale senza Tabacco***
- * ***Settimana Europea contro il Cancro***
- * ***Mese "rosa"***
- * ***Stati Generali***

OBIETTIVI PRESA IN CARICO TERRITORIALE

- * ***maggiore conoscenza***
 - * ***diagnostica sempre più precoce***
 - * ***migliore qualità assistenziale***
 - * ***empatia***
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

TERRITORIO E CURE PRIMARIE

Risulta ancora molto difficile sensibilizzare le persone sulla necessità di una corretta prevenzione.

Ma se si pensa che la malattia può essere curata e guarita, se diagnosticata nella sua fase iniziale, non c'è dubbio che dedicare qualche minuto della propria giornata ad una visita di controllo sia segno di ragionevolezza e attenzione per la propria vita.

sono utili non tanto per il fatto che ci fanno «inghiottire» ogni possibile sostanza e/o parola, ma perché essi corrispondano ad un **bisogno del paziente** o dei suoi parenti:

**I Medici e gli infermieri,
i sociologi, psicologi
gli assistenti sanitari, gli
assistenti sociali
in AFT e UCCP**

l'eterno **bisogno di speranza,**

di ... **“familiarità professionale” e di sollievo**

di cui una **PERSONA**

che soffre, specie se introversa, ha
necessità... ha bisogno...sempre.

(parafrasando Tolstoj)

**Nulla di veramente valido nasce
dall'ambizione o da un semplice senso del
dovere, ma piuttosto dall'empatia e dalla
dedizione agli uomini ed ai fatti.**

(Einstein)

**Non si può pensare alla sanità come azienda,
alla salute come prodotto (soggetto alle leggi economiche di
mercato),**

al malato come cliente/persona

Il profitto non vale più della vita!

**E' quindi necessario riproporre la centralità
della persona umana soprattutto nel momento della
vulnerabilità.**

(S.E. Card. Martini)

Al futuro Territoriale

**ogni atto di cura eticamente alto, umile,
onesto**

ed efficace

ogni impronta del nostro quotidiano

dall' AFT all'UCCP con i MMG