



**2008** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER

- Campagna italiana per un nuovo modello di Cure Primarie -

# PRINCIPI DI PRIMARY HEALTH CARE

Ardigó Martino



PRIMARY HEALTH CARE

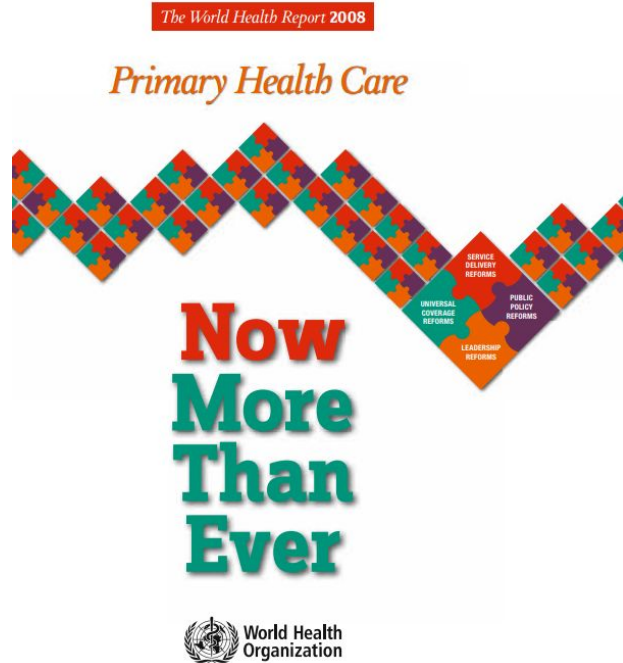
NOW MORE THAN EVER

- Campagna italiana per un nuovo modello di Cure Primarie -

**Presentazione e breve storia della**

**Campagna Italiana per un Nuovo Modello di Cure Primarie.**

# Perchè questo nome?



Il nome della Campagna deriva dalla rielaborazione del titolo di un [documento](#) prodotto nel 2008 dall'OMS "2008: **Primary Health Care Now More Than Ever**", redatto in occasione del trentesimo anniversario dalla [Dichiarazione di Alma Ata](#), di cui quest'anno ricorre il 40<sup>o</sup> anniversario.

Questo documento riafferma i valori di Alma Ata, ribadendo l'importanza e la centralità delle Cure Primarie, anche come risposta alle sfide della contemporaneità e all'aumentare delle disuguaglianze nell'accesso alle risorse sanitarie.

# Chi siamo:

Siamo un **gruppo indipendente di operatori sanitari e non**, provenienti da tutta Italia appassionati alle tematiche di salute: medici di medicina generale e continuità assistenziale, medici del CFSGM, studenti di medicina, specialisti in Salute Pubblica ed altre specialità mediche, infermieri, antropologi, amministratori locali.

Siamo aperti a contaminazioni ed al coinvolgimento di tutti coloro che si ritrovino nell'approccio della Comprehensive Primary Health Care (C-PHC) o che vogliano approfondirlo. Alcuni di noi fanno parte di sindacati, movimenti ed associazioni ma quello che ci unisce è la volontà di studiare e diffondere la conoscenza dei Modelli di Cure Primarie, soprattutto di tipo Comprehensive.

Tutti i nostri eventi sono totalmente auto-organizzati e auto-finanziati.

Ogni tappa del nostro percorso è stata un'occasione di confronto e di crescita, personale, culturale e professionale, e questo ci ha dato la spinta nel portare avanti questo progetto che ad oggi vede un crescente numero di firmatari e che coinvolge le figure professionali più disparate.



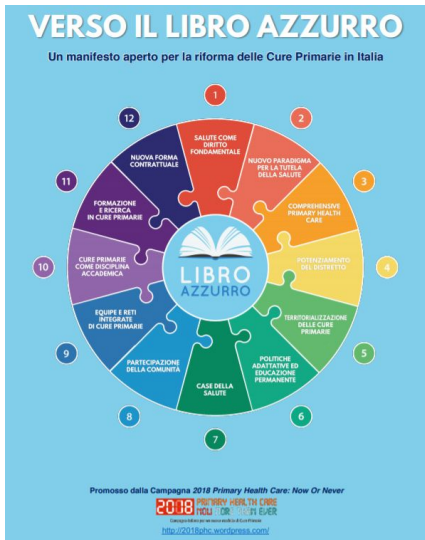
# Obiettivi

**Posizionamento etico e obiettivo politico:** sosteniamo il diritto alla salute come diritto umano fondamentale, attraverso un Servizio Sanitario Nazionale che sia universalistico, equo, pubblico e impegnato nel contrastare le diseguaglianze sociali in salute.

**Esplorazione e formazione alla pari e sul campo sui modelli di Primary Health Care già adottati:** Scegliamo, visitiamo e studiamo alcune delle realtà virtuose di Cure Primarie presenti in Italia e all'estero e le esploriamo con gli operatori, analizzando le misure concrete attuate e quelle auspicabili nel sostegno alla salute e nella presa in carico globale dei problemi socio sanitari della popolazione, con particolare attenzione al ruolo del MMG. Inoltre formiamo gruppi di lavoro e studio sui temi relativi alle Cure Primarie con lo scopo di raccogliere e ordinare materiale bibliografico e produrre articoli divulgativi, riflessioni e sintesi.

**Studio e sviluppo di strumenti concreti per migliorare il lavoro da Medico di Famiglia in Italia e renderlo più efficace, di qualità, risolutivo e sostenibile:** ricerchiamo, in letteratura e attraverso lo studio delle buone pratiche, di strumenti e metodi per migliorare sia la formazione che la qualità del lavoro del Medico di Famiglia e rendere applicabile al nostro contesto un modello di Cure Primarie basato sul contesto, che tenga in considerazione i determinanti di salute, orientato alla prevenzione, alla medicina di iniziativa e proattiva, all'empowerment dei pazienti e al coinvolgimento delle comunità.

# Libro Azzurro



# Epidemiologia di prossimità e Gruppo



# Formazione

# Ambulatori sperimentali

**Settimana tipo del MMG/Infermiere**

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8.30 - 12.30	Consultazione*	Programmata	Reperibilità telefonica (ogni 14 giorni)	Consultazione	Consultazione	Attività rivolte alla comunità
11.30 - 12.30			Pranzo	Riunione microequipe (ogni 14 gg)	Pranzo	
12.30 - 13.30	Pranzo	Pranzo	Pranzo			
13.30 - 18.00	Programmata	Consultazione	Consultazione	Reperibilità telefonica (ogni 14 gg)	Programmata	
18.00 - 20.00		Reperibilità (ogni 7 gg)				

\* (16 pose da 15' di cui 4 per urgenze del giorno) \* (a cadenza bimensile - a seconda delle necessità)

Le Cure Primarie che verranno - Firenze 9-11 Novembre 2018  
2018 PRIMARY HEALTH CARE NOW MORE THAN EVER



# HEALTH

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità.

- *Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948*

Oltre a tutto quello che sapete dal resto dell'elettivo

# CARE

Il termine “**care**” viene spesso tradotto in italiano attribuendogli il solo significato di “*cura*” mentre “*primary care*” è da intendersi come livello assistenziale comprensivo di “*cure + care*”, facendo riferimento al concetto di salute multidimensionale dell’OMS.



S S

S M

M S

M M

# PRIMARY

Il termine “*primary*” si riferisce al livello fondamentale di assistenza. Il primario in termini di primaria importanza. Non va confuso con la divisione in primario secondario e terziario propria dei modelli gerarchizzati. Il primary si riferisce al nodo della rete orizzontale che sta nel “driver’s seat”.

# PRIMARY HEALTH CARE

## La primary health care è:

- *PHC is a whole-of-society approach to health that aims at ensuring the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people's needs and as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment."*
- All people, everywhere, deserve the right care, right in their community. This is the fundamental premise of primary health care. Primary health care (PHC) addresses the majority of a person's health needs throughout their lifetime. This includes physical, mental and social well-being and it is people-centred rather than disease-centred. PHC is a whole-of-society approach that includes health promotion, disease prevention, treatment, rehabilitation and palliative care.

PHC entails three inter-related and synergistic components, including: comprehensive integrated health services that embrace primary care as well as public health goods and functions as central pieces; multi-sectoral policies and actions to address the upstream and wider determinants of health; and engaging and empowering individuals, families, and communities for increased social participation and enhanced self-care and self-reliance in health.

PHC is rooted in a commitment to social justice, equity, solidarity and participation. It is based on the recognition that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction.

A primary health care approach includes three components:

- meeting people's health needs throughout their lives;
- addressing the broader determinants of health through multisectoral policy and action; and
- empowering individuals, families and communities to take charge of their own health.

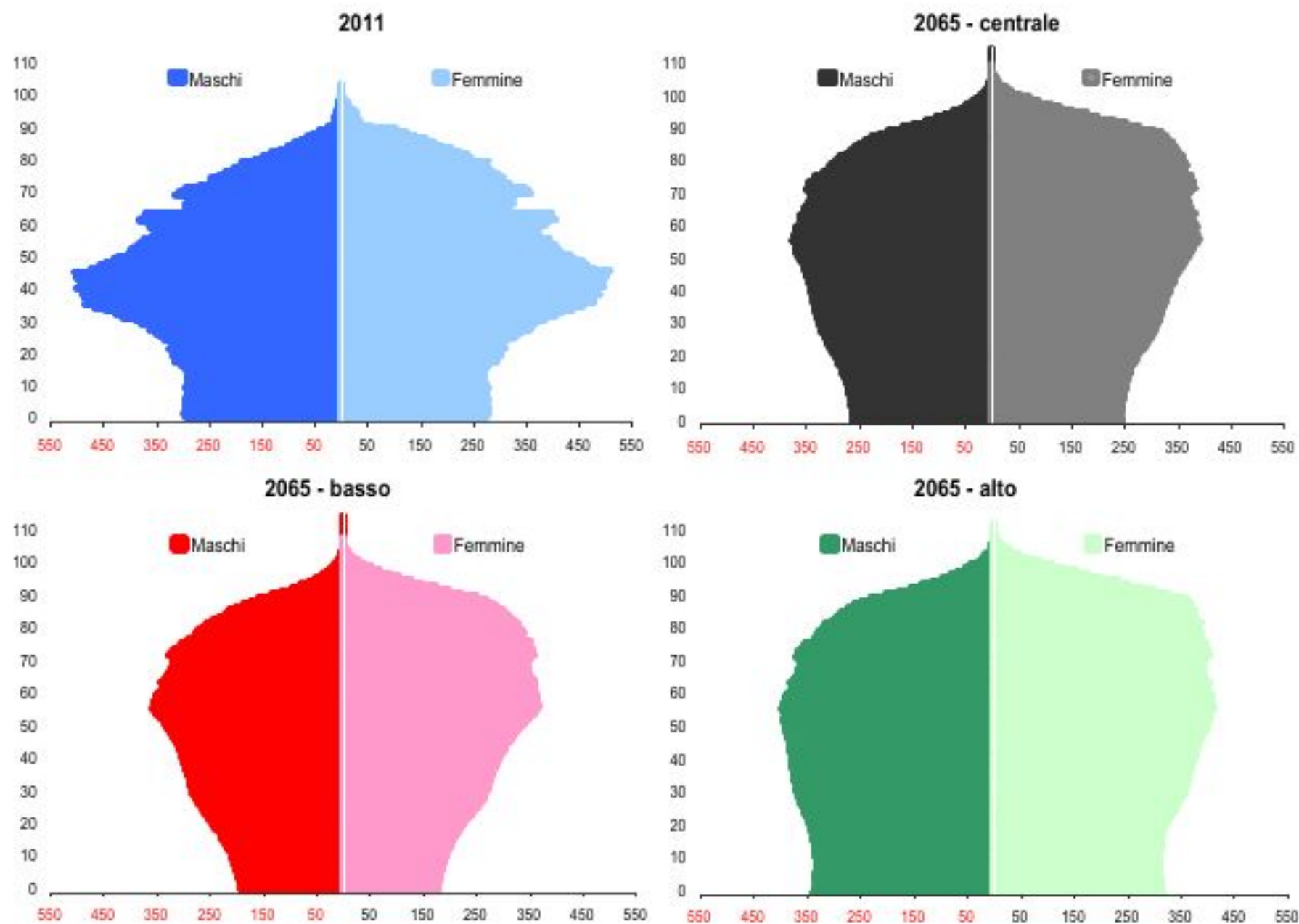
By providing care in the community as well as care through the community, PHC addresses not only individual and family health needs, but also the broader issue of public health and the needs of defined populations.

# Cambiamento Demografico

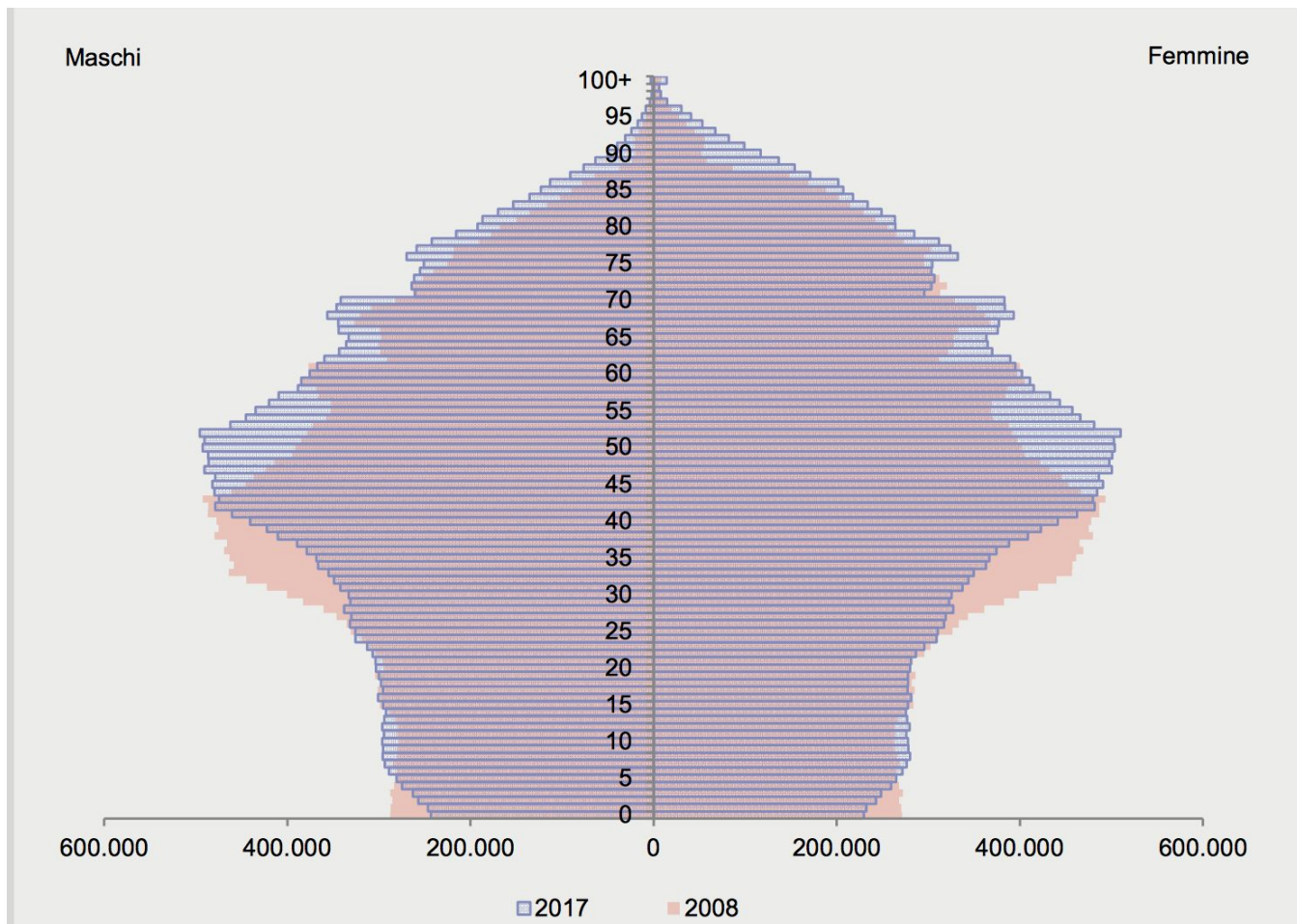
A causa della limitata fertilità, della progressiva riduzione dei tassi di mortalità (soprattutto nella popolazione più anziana) e dell'invecchiamento dei nati durante il periodo del secondo dopoguerra (baby boom), la popolazione italiana è caratterizzata da un invecchiamento progressivo più sostenuto rispetto a quasi totalità dei paesi membri dell'Unione Europea.

FIGURA 3. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AL 2011 E AL 2065 PER SCENARIO - ITALIA

Dati al 1° gennaio, in migliaia



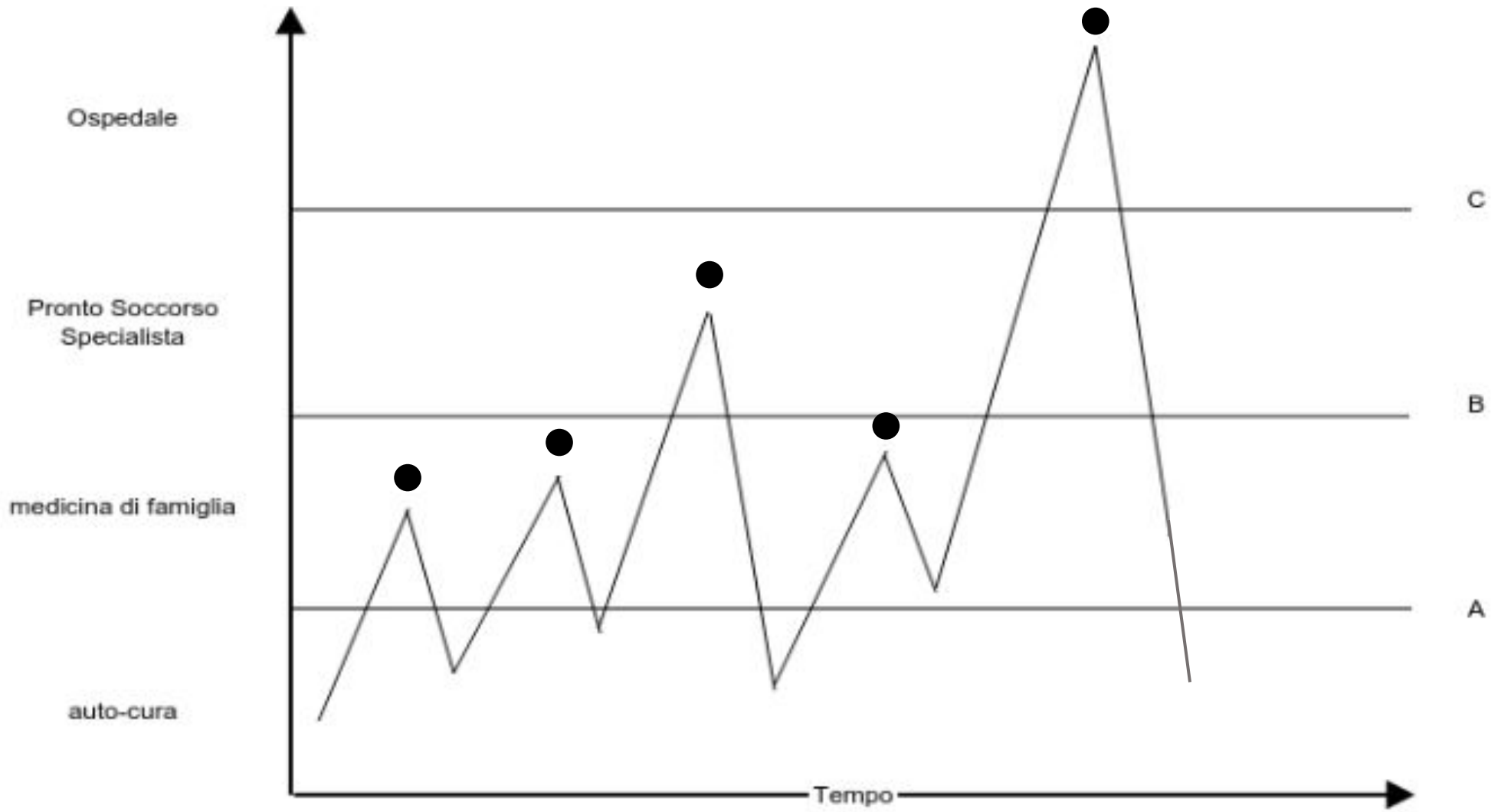
# TRANSIZIONE DEMOGRAFICA



Fonte: Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente; Indicatori demografici (a) Stima.

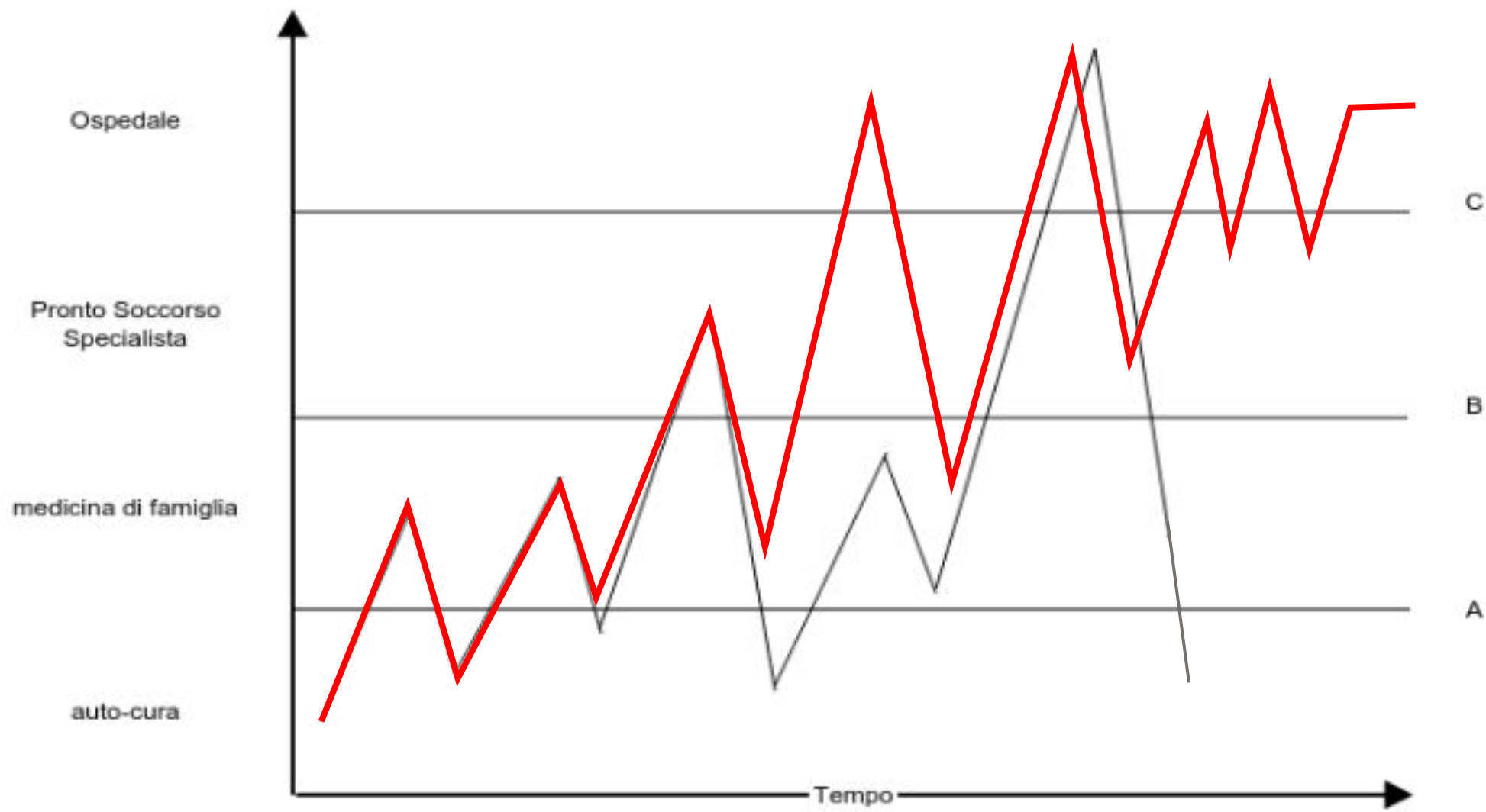
**Figura 3.3** Popolazione residente di età 18-34 anni per cittadinanza al 1° gennaio 2008 e 2017 (a)  
(valori in milioni)

# Modello di assistenza del paziente acuto



● = incontro con sistema di salute

Logica dell'assistenza alle patologie acute applicata alle condizioni di cronicità





# Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19

Kumanan Rasanathan<sup>a</sup> & Tim G Evans<sup>b</sup>

**Abstract** Four decades after the Declaration of Alma-Ata, its vision of health for all and strategy of primary health care are still an inspiration to many people. In this article we evaluate the current status of primary health care in the era of the Declaration of Astana, the sustainable development goals, universal health coverage and the coronavirus disease 2019 pandemic. We consider how best to guide greater application of the primary health care strategy, reflecting on tensions that remain between the political vision of primary health care and its implementation in countries. We also consider what is required to support countries to realize the aspirations of primary health care, arguing that national needs and action must dominate over global preoccupations. Changing contexts and realities need to be accommodated. A clear distinction is needed between primary health care as an inspirational vision and set of values for health development, and primary health care as policy and implementation space. To achieve this vision, political action is required. Stakeholders beyond the health sector will often need to lead, which is challenging because the concept of primary health care is poorly understood by other sectors. Efforts on primary health care as policy and implementation space might focus explicitly on primary care and the frontline of service delivery with clear links and support to complementary work on social determinants and building healthy societies. Such efforts can be partial but important implementation solutions to contribute to the much bigger political vision of primary health care.

Abstracts in [عربي](#), [中文](#), [Français](#), [Русский](#) and [Español](#) at the end of each article.

## Introduction

In 2018, the global health community came together in

at Alma-Ata.<sup>17</sup> Many countries have successfully implemented the directions advocated in the Declaration. Mostly these are high-income countries but there are also key success stories



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

## Public Health in Practice

journal homepage: [www.journals.elsevier.com/public-health-in-practice](http://www.journals.elsevier.com/public-health-in-practice)



### Commentary

## COVID-19: Challenges and its consequences for rural health care in India

Anant Kumar<sup>a,\*</sup>, K. Rajasekharan Nayar<sup>b</sup>, Shaffi Fazaludeen Koya<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Xavier Institute of Social Service, Ranchi, India

<sup>b</sup> Global Institute of Public Health, Thiruvananthapuram, Kerala, India

<sup>c</sup> Boston University School of Public Health, Boston, MA, USA



### ARTICLE INFO

#### Keywords:

COVID-19

SARS-CoV-2

Public health


Rural health care


### ABSTRACT


This commentary highlights the potential consequences of the COVID-19 pandemic for India's rural population. The rural health care system in India is not adequate or prepared to contain COVID-19 transmission, especially in many densely populated northern Indian States because of the shortage of doctors, hospital beds, and equipment. The COVID-19 pandemic creates a special challenge due to the paucity of testing services, weak surveillance system and above all poor medical care. The impacts of this pandemic, and especially the lockdown strategy, are


# What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?

doi: 10.5123/S1679-49742020000200024

**Thiago Dias Sarti**<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0002-1545-6276](https://orcid.org/0000-0002-1545-6276)

**Wellington Serra Lazarini**<sup>2</sup> –  [orcid.org/0000-0003-2798-7223](https://orcid.org/0000-0003-2798-7223)

**Leonardo Ferreira Fontenelle**<sup>3</sup> –  [orcid.org/0000-0003-4064-433X](https://orcid.org/0000-0003-4064-433X)

**Ana Paula Santana Coelho Almeida**<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0001-5808-5818](https://orcid.org/0000-0001-5808-5818)

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Medicina Social, Vitória, ES, Brazil

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem, Vitória, ES, Brazil

<sup>3</sup>Universidade Vila Velha, Faculdade de Medicina, Vila Velha, ES, Brazil

Originating in the Province of Hubei, in China, the epidemic unleashed by a new strain of the *Coronaviridae* virus family (SARS-CoV-2) that causes the disease

responses were targeted above all at disseminating social distancing measures and the race to make intensive therapy unit beds available for severe cases.

## The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic

**Carlos Dornels Freire de**

**SOUZA**<sup>(a)</sup> 

**Vanessa Tavares de**

**GOIS-SANTOS**<sup>(b)</sup> 

**Divanise Suruagy CORREIA**<sup>(c)</sup> 

**Paulo Ricardo MARTINS-FILHO**<sup>(b)</sup> 

**Victor Santana SANTOS**<sup>(d)</sup> 

<sup>(a)</sup>Universidade Federal do Alagoas – UFAL,  
Department of Medicine, Arapiraca, AL, Brazil.

<sup>(b)</sup>Universidade Federal do Sergipe – UFS,  
Investigative Pathology Laboratory, Aracaju,  
SE, Brazil.

**Abstract:** The emergence of severe acute respiratory coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and its association with severe pneumonia and deaths has exposed gaps in the health systems of several countries worldwide. Although the necessary focus has been to care for hospitalized patients, the strengthening of Primary Health Care (PHC) actions is necessary. PHC is the gateway to the health system in several countries, including Brazil and it plays a role in preventing, protecting, promoting, and treating individuals and communities. Brazil, like other countries, has faced the SARS-CoV-2 pandemic. As Brazil has a universal and decentralized health system, in which PHC has been the model of health re-organizing the health system; here we reflected the importance of strengthening PHC in Brazil in the times of coronavirus disease 2019 pandemic.

# Primary health care :

**PHC is the care of the whole family in a lifelong perspective:**

- (1) Socially appropriate,
- (2) Universally accessible, this means to be available to all the community (rich and poor people equally ) and also universal wise ,it should reach the developing and developed world equally ,since these services represent the base of primary health!
- (3) scientifically sound first level care provided by suitably trained workforce working in networks
- 4) Maximizes community and individual self –reliance and participation and involves collaboration with other sectors (like agriculture, industrial and education sectors)

# The functions of primary health care:

- 1- to provide continuous and comprehensive care.
- 2- be integrated with the specialists and/or hospital services.
- 3- to co-ordinate health services for the patient.
- 4- to guide the patient within the network of social welfare and public health services.
- 5- to provide the best possible health and social services in the light of economic considerations.

# The functions of primary health care:

- 1- to provide continuous and comprehensive care.
- 2- be integrated with the specialists and/or hospital services.
- 3- to co-ordinate health services for the patient.
- 4- to guide the patient within the network of social welfare and public health services.
- 5- to provide the best possible health and social services in the light of economic considerations.

# The Basic Requirements for Sound PHC (8A's and 3C's):

- 1-Appropriateness: whether a service is necessary and beneficial to the community. The service should be properly selected & provided by a highly qualified staff, for example: A nurse should know how to give an injection correctly and safely, and use the ultrasound to provide antenatal care.
- 2- Adequacy: The service proportionate to requirement, Sufficient volume of care to meet the need and demand of a community, example: having 200,000 children in need of polio vaccine, the amount of vaccines should be equal to the demand.
- 3- Affordability: The cost should be within the means and resources of the individual and the country.
- 4-Accessibility: Is the degree to which a product, device or service, is available to as many people as possible, reachable, convenient service so PHC centers should be distributed equally throughout the country and transportation to them should be taken into consideration. (geographic ,cultural ,economic).
- 5- Acceptability: The quality or state of meeting one's needs adequately depends on many factors: quality of care provided, efficiency, trust of the care provided, satisfactory communication between health care providers and the patients. The quality of care provided should be up to health department standards, if the service provided is not good it will only be used when it is crucially needed which doesn't meet the purpose of PHC in providing preventive services before having an illness, for example if a maternal clinic is not good, pregnant women will visit it only when suffering severe pain or bleeding, and avoid recommended checkups.
- 6-Availability: It can be obtained whenever needed.
- 7-Assessebility: Means that medical care can be readily evaluated.



# The Basic Requirements for Sound PHC (8A's and 3C's):

8-Accountability: The obligation of an organization to account for its activities, accept responsibility for them, and to disclose the results in a transparent manner. It also includes the responsibility for money or other entrusted property. It implies the feasibility of regular review of financial records by certified public accountants.

9-Completeness: Being able to cover all aspects of care, prevention, early detection, treatment, diagnosis, checkups, routine follow ups, rehabilitation, ex: providing physiotherapy for the hemiplegia after a cerebrovascular stroke, and continuous follow ups for diabetic patients after describing drugs to them.

10 Comprehensiveness: Covering every aspect needed to provide essential PHC; from head to toe. If a patient came with abdominal pain, we don't only examine the abdomen, but also we make a general checkup.(care provided for all types of health problems) .

11- Continuity: Management of patients care over time coordinated among providers as long as needed  
Important for chronic diseases: diabetes, hypertension, ischemic heart disease. Because these diseases if not controlled, they'll cause severe problems, however if they're controlled the mortality rate will be greatly reduced.

## Country setting & development status

**Health sector:**  
governance,  
financing &  
resources

**Service delivery:**  
networks,  
facilities &  
practitioners

*Universal, equitable, people-centred & integrated health services*

**Community**

**Family**

**PERSON**

**Other sectors:**  
education,  
sanitation,  
social assistance,  
labour, housing,  
environment  
& others

**Figure 2** The five interdependent strategies of the WHO Framework on integrated people-centred health services (IPCHS)

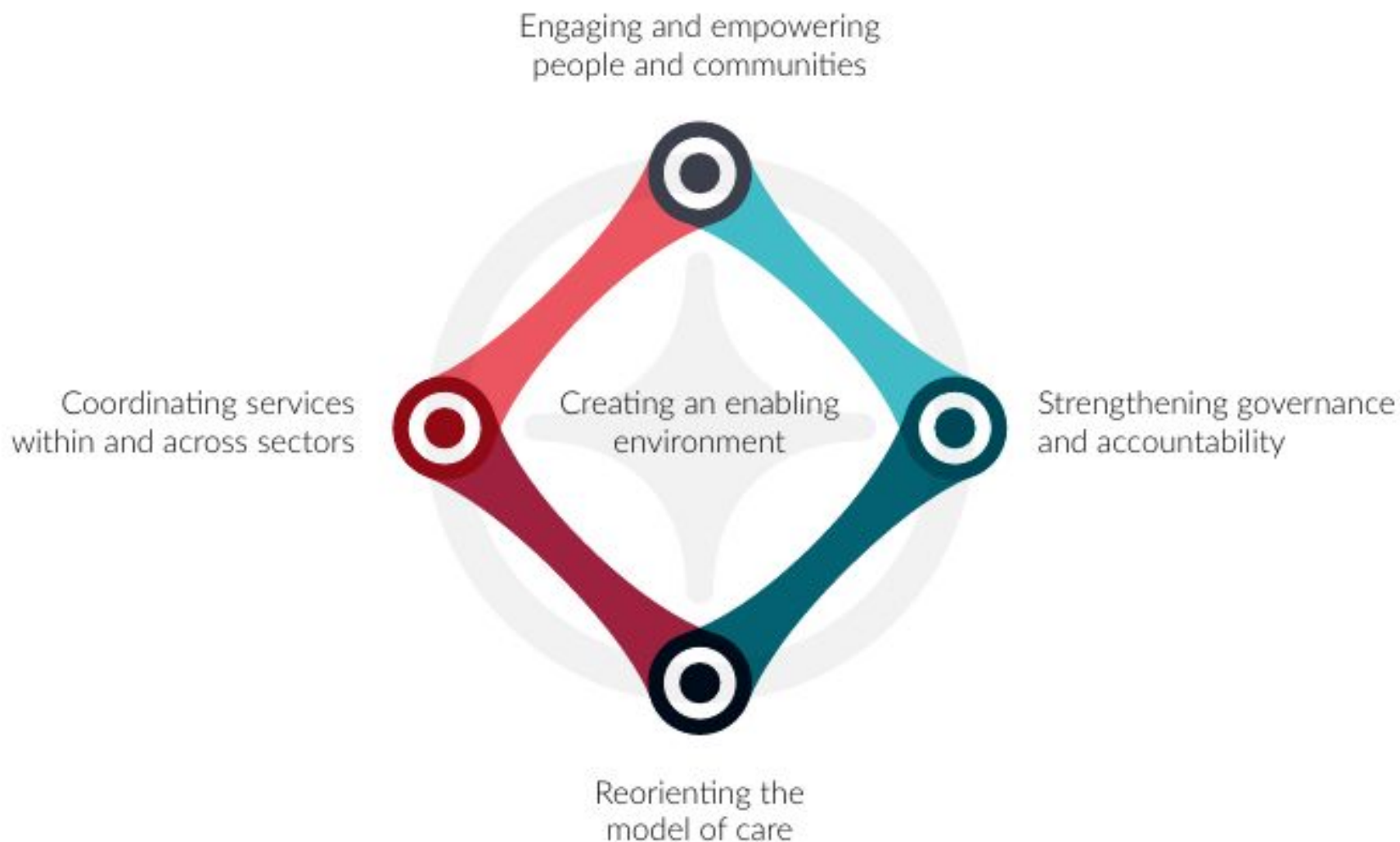


Figure 3 The range of approaches and interventions for achieving continuity of care

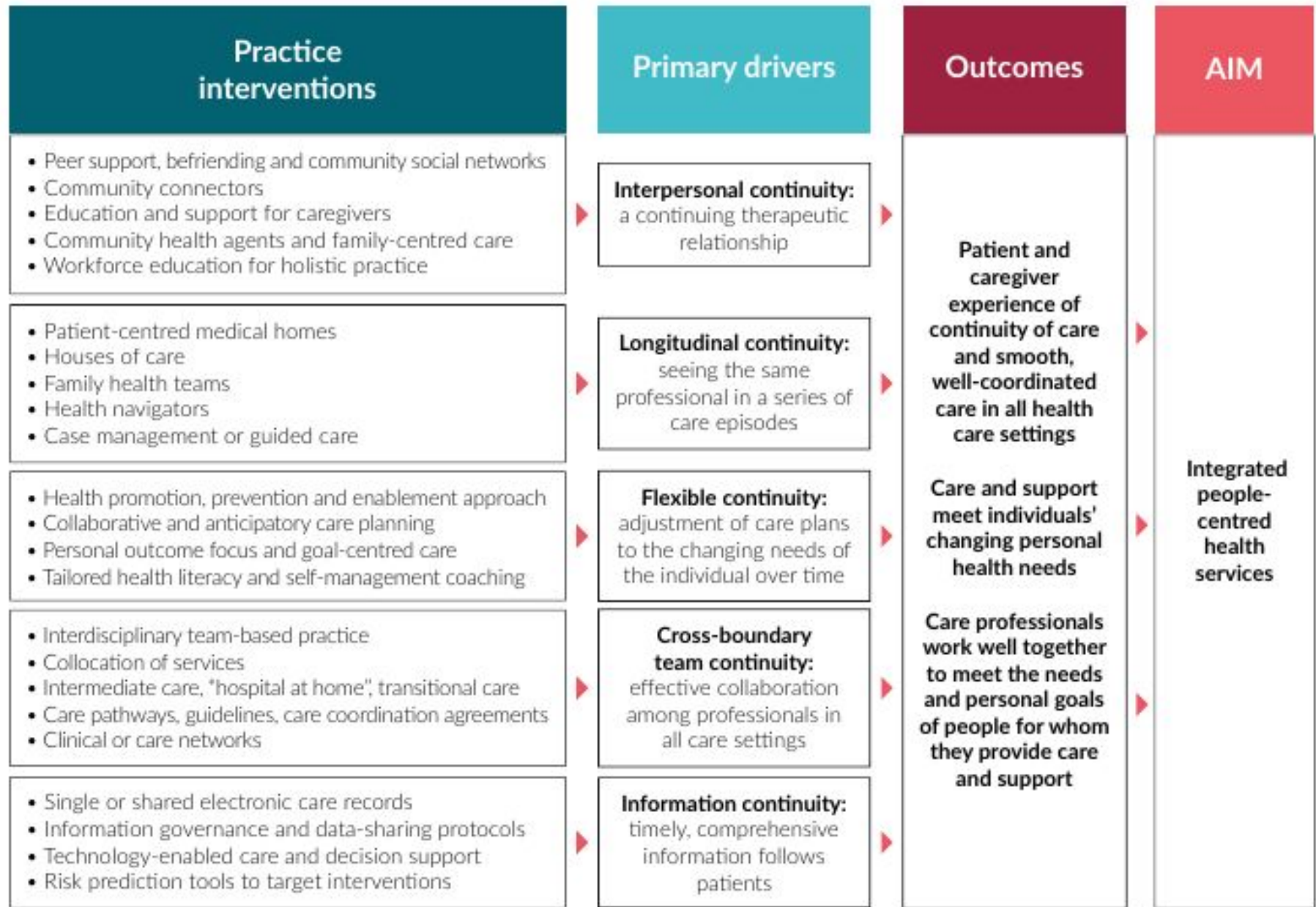


Source: adapted from (4).

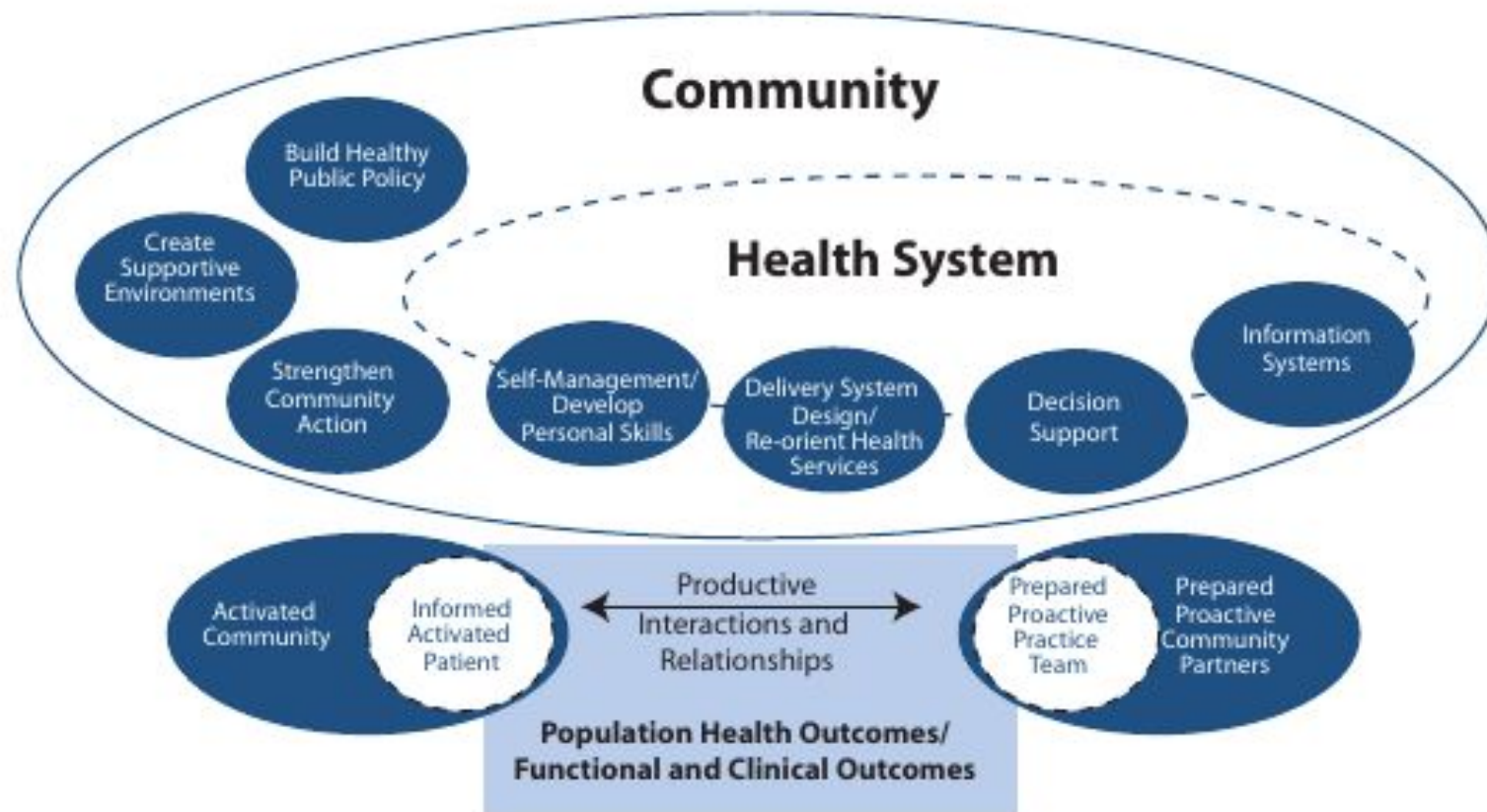
Figure 4 The range of approaches and interventions for optimizing care coordination



**Figure 5** Drivers of continuity and care coordination



**Figure 2.** The Expanded Chronic Care Model: Integrating Population Health Promotion



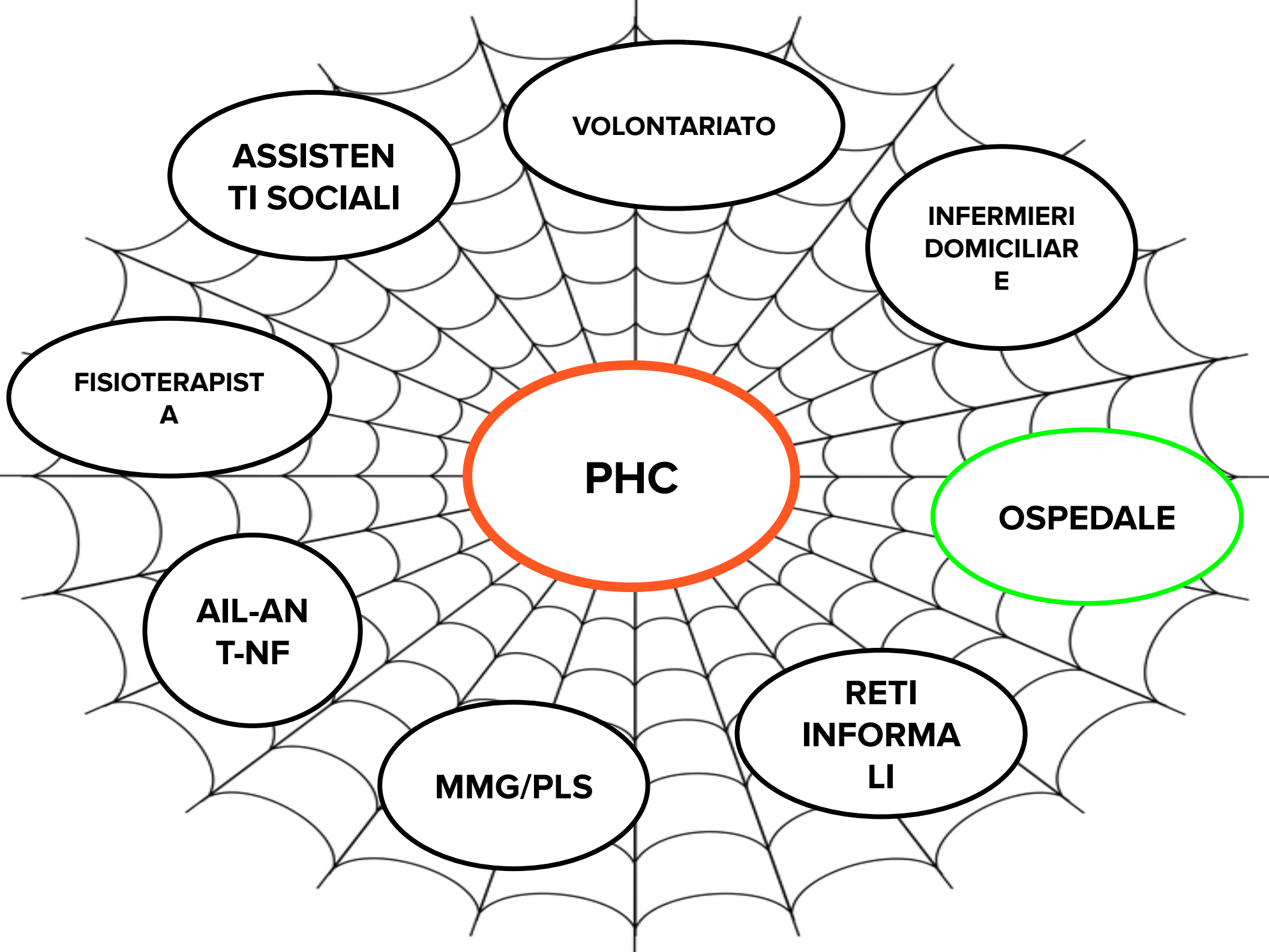
Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002)  
 Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). "Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.(1986). Ottawa Charter of Health Promotion.







OMS “2008: *Primary Health Care Now More Than Ever*”



**ASSISTENTI SOCIALI**

**VOLONTARIATO**

**INFERMIERI DOMICILIARI**

**FISIOTERAPISTA**

**PHC**

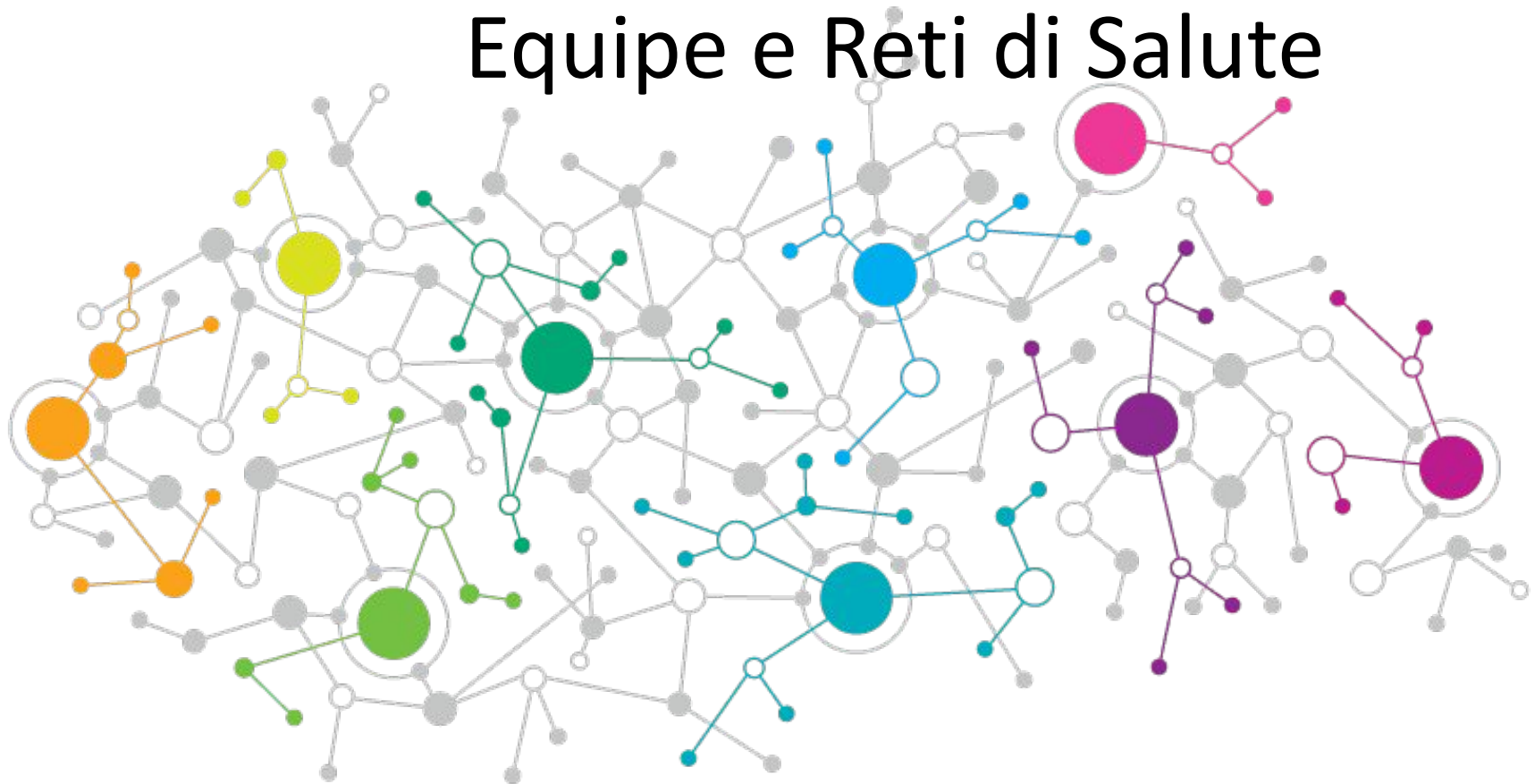
**OSPEDALE**

**AIL-ANTNF**

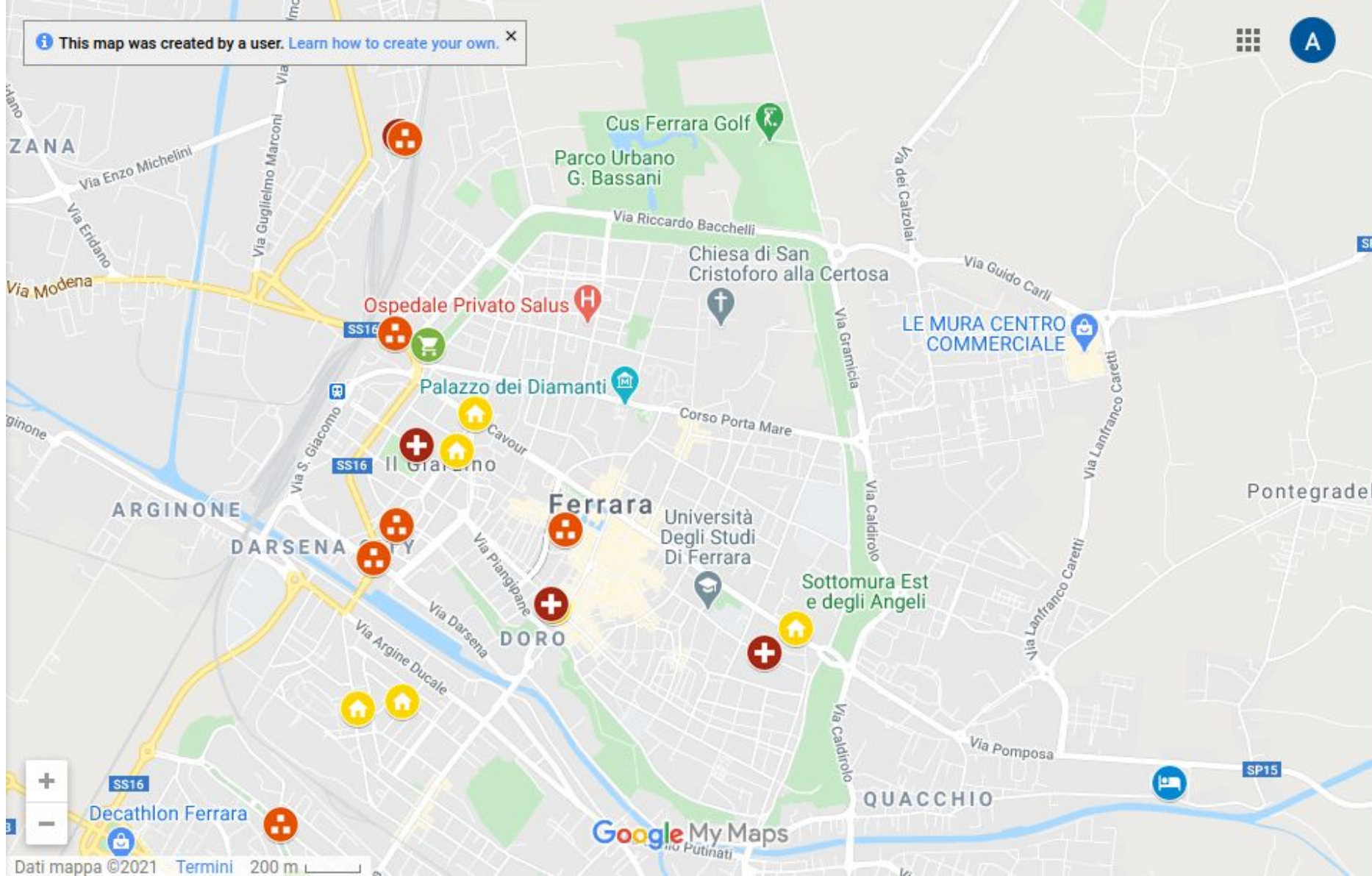
**RETI INFORMATIVE**

**MMG/PLS**

# Equipe e Reti di Salute



This map was created by a user. [Learn how to create your own.](#)



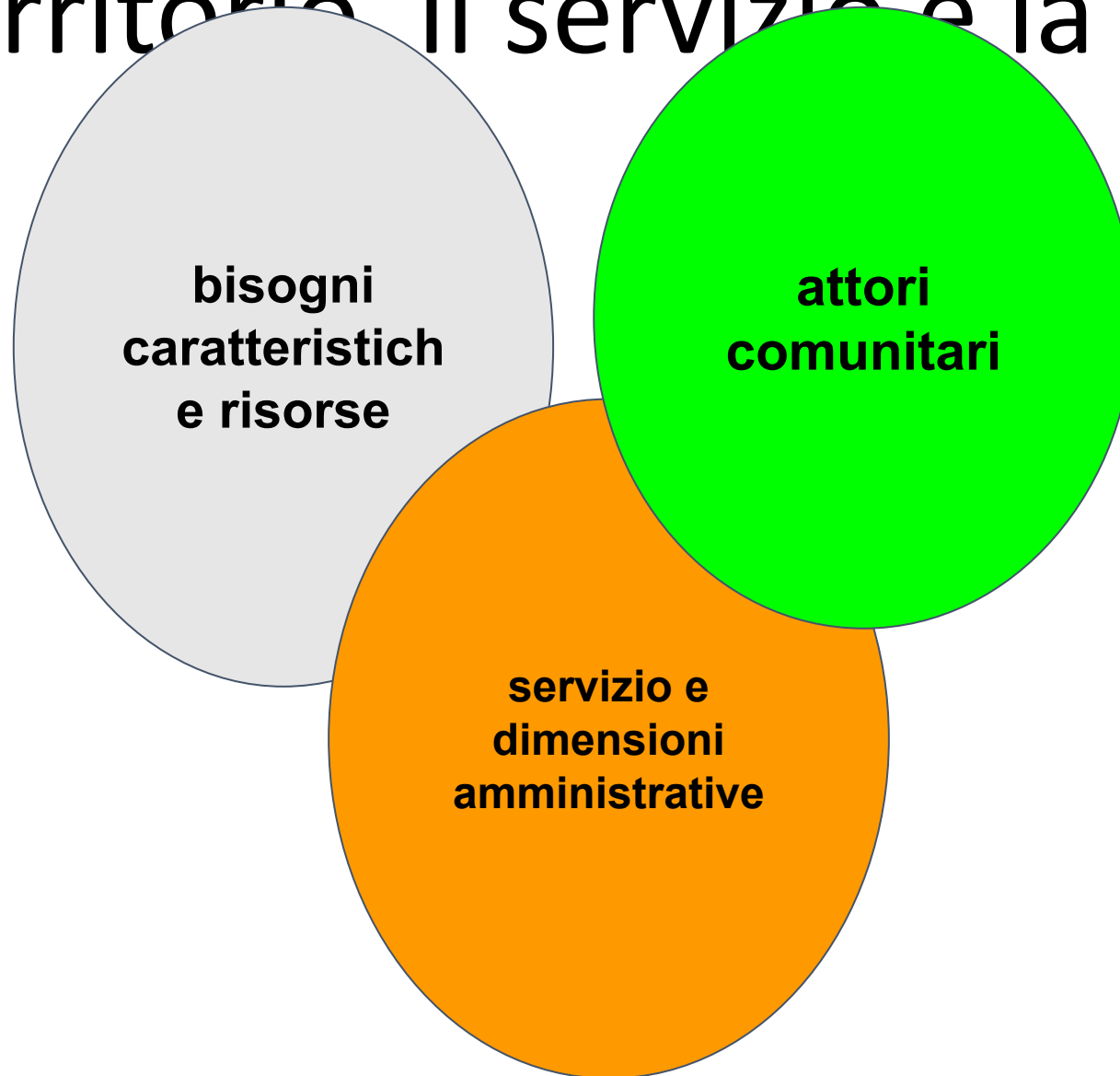
**2008** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER



# Il territorio, il servizio e la comunità

Il territorio si configura come area di responsabilità del sistema sanitario, in modo che possano essere pianificati i percorsi promotivi, preventivi, curativi e palliativi, prioritizzati gli interventi, rese operative e monitorate le azioni sanitarie.

# Il territorio, il servizio e la comunità



# Territorio geografico



This map was created by a user. [Learn how to create your own.](#)

# Territorio dinamico



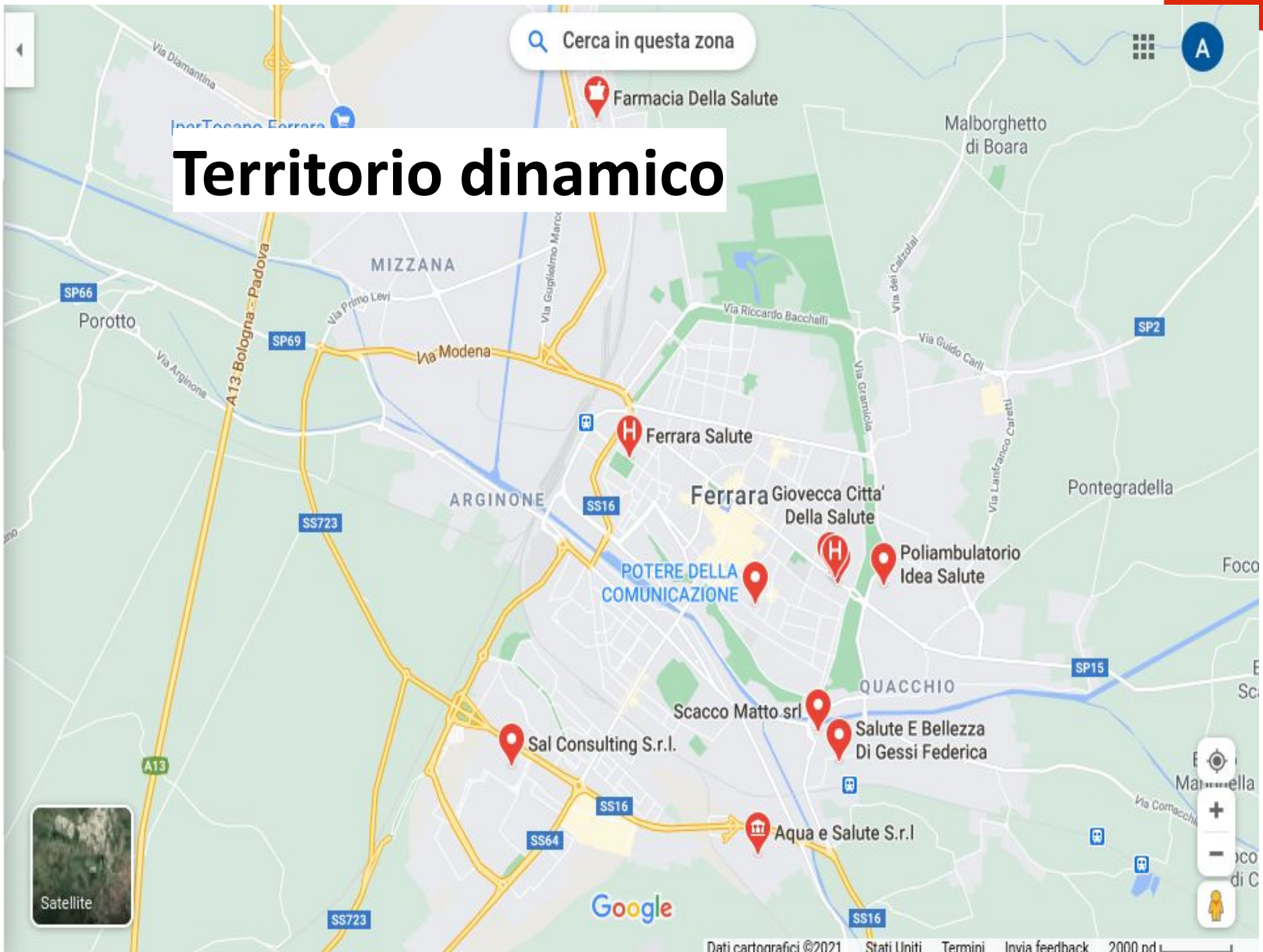
**2008** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER



# Territorio dinamico



# Territorio dinamico



Dati cartografici ©2021 Stati Uniti Termini Invia feedback 2000 pd

**2008** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER

# Il territorio organizzativo: il Distretto

I distretto come il punto di incontro tra  
domanda di salute dei cittadini ed offerta  
di cure, benessere e nuova socialità;  
Il distretto come spazio per l'integrazione tra  
le attività sanitarie e quelle di tipo sociale.

# Decreto Balduzzi (2012)

La legge n.189 dell' 8 novembre 2012  
(decreto Balduzzi)

## Art. 1 Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie.

“Le regioni definiscono l'organizzazione dei *servizi territoriali di assistenza primaria* promovendo *l'integrazione con il sociale*, anche con riferimento *all'assistenza domiciliare*, e i *servizi ospedalieri*, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono *forme organizzative monoprofessionali.....e multiprofessionali....*,”

La legge ha comportato modifiche all'art. 8, comma1, D. Lgs. 502/92 s.m.i.

# Aggregazioni Funzionali Territoriali Unità Complesse di Cure Primarie

## AFT, UCCP

AFT forme monoprofessionali che condividono, in forma strutturata:

- ✓ obiettivi e percorsi assistenziali,
- ✓ strumenti di valutazione della qualità assistenziale,
- ✓ linee guida,
- ✓ audit e strumenti analoghi



UCCP forme multiprofessionali che erogano, prestazioni assistenziali tramite il *coordinamento* e *l'integrazione* dei medici, delle altre professionalità convenzionate con SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”.

Strumentazione di base, h24 7/7

Collegamento con H

# La Casa della Salute

Accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento.

Valutazione del bisogno di salute della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile

Risposta alla domanda di salute della popolazione almeno nelle 12 ore giornaliere (24h distretto)

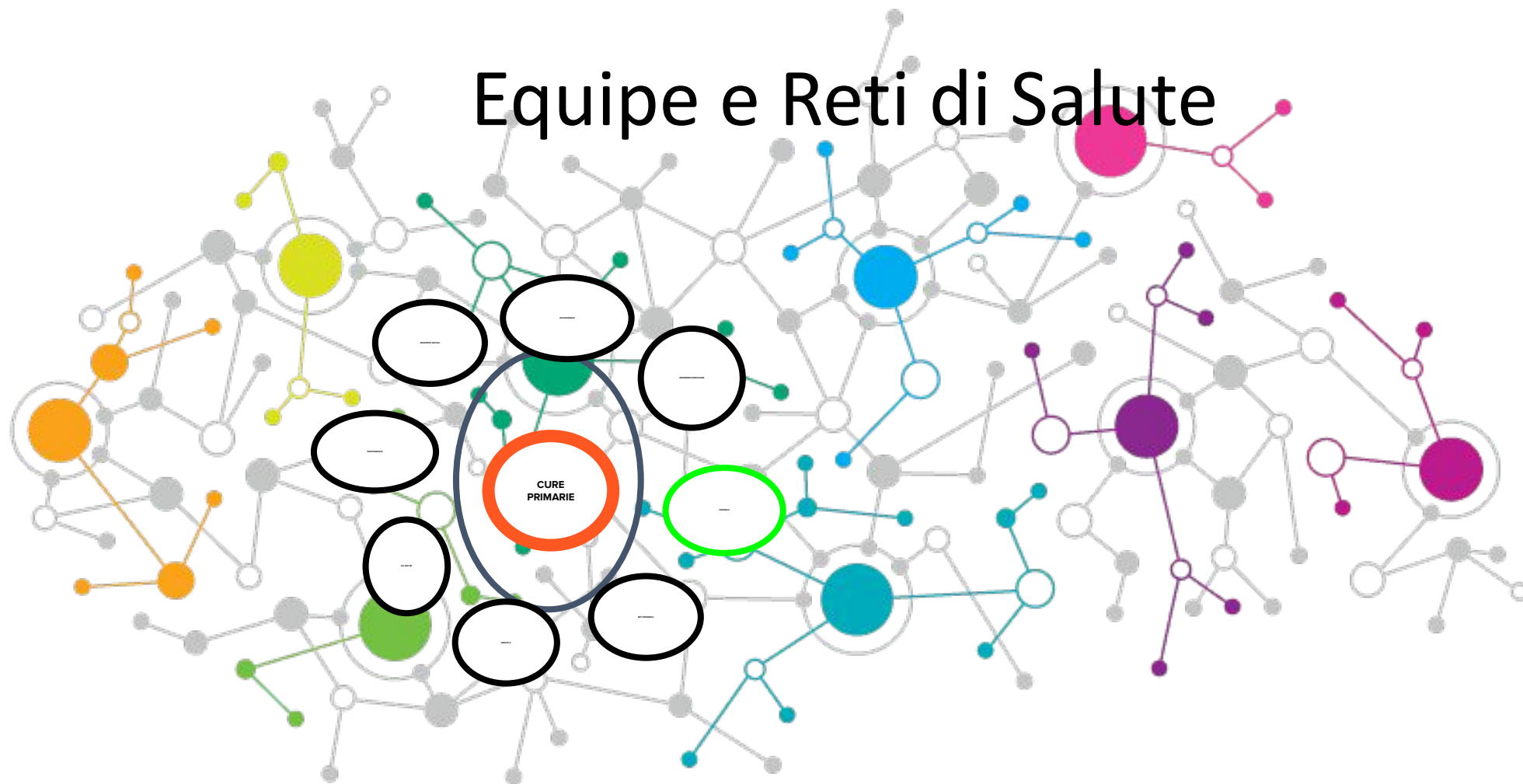
Presenza in carico della persona secondo un approccio proattivo

Attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra

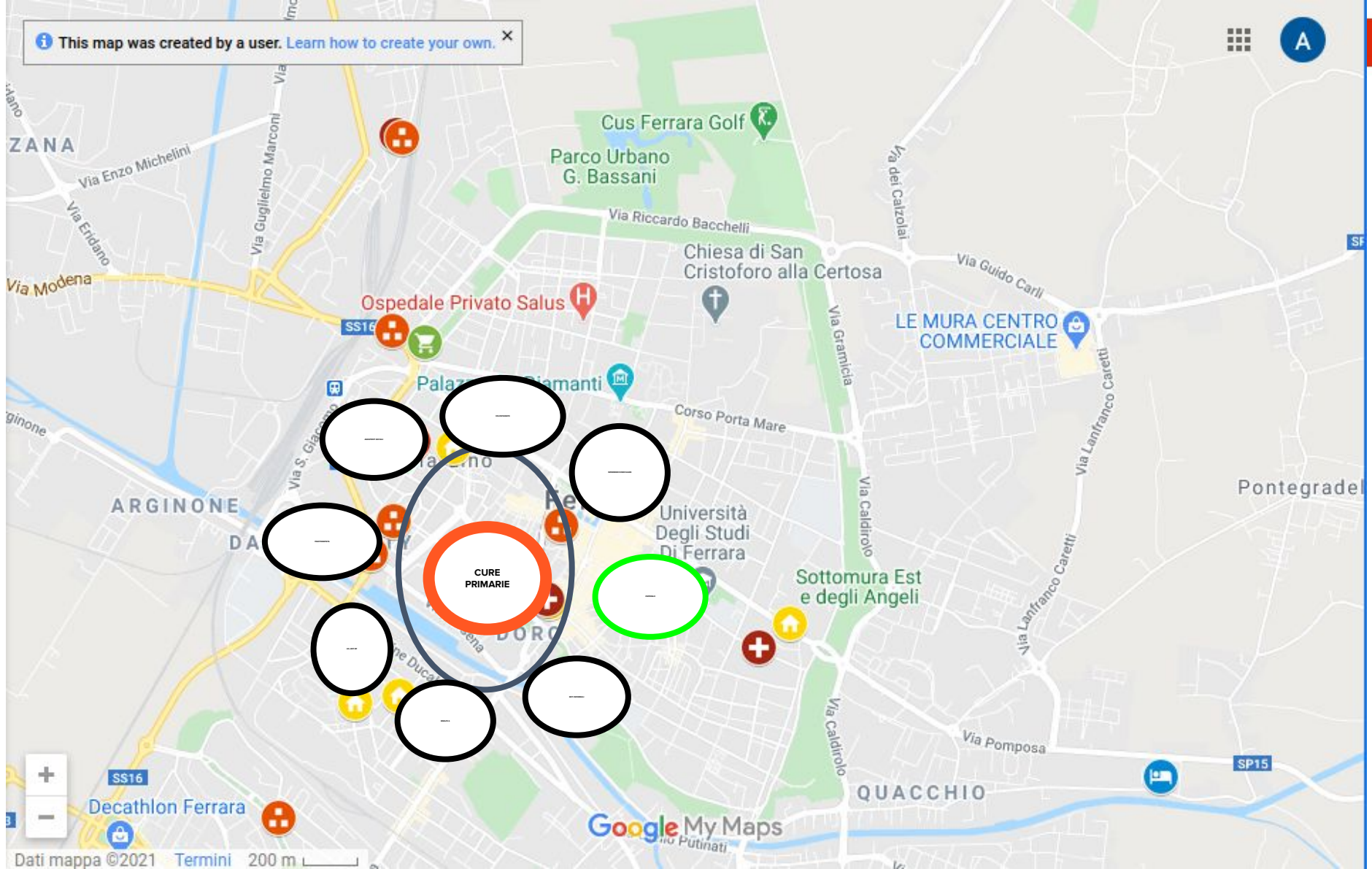
servizi sanitari e sociali;

Partecipazione della comunità locale, dei pazienti e caregiver.

# Equipe e Reti di Salute



This map was created by a user. [Learn how to create your own.](#)



**2008** PRIMARY HEALTH CARE  
NOW MORE THAN EVER



### 3. Priority practices

Continuity and care coordination have the greatest impact when practice interventions are delivered in a "bundle" along the care pathway, ideally as part of a comprehensive model of care with primary care as its focus.

The evidence suggests eight key actionable priorities:

**1. Continuity with a primary care professional.**

People who have continuous contact with their usual primary care provider have fewer attendances and admissions to an emergency department for conditions requiring ambulatory care and are more satisfied with their care.

**2. Collaborative planning of care and shared decision-making.**

Having person-centred, goal-oriented planning of care and coaching that enables individuals, families and informal caregivers to be fully involved in assessment and decisions about care is a factor in successful care coordination.

**3. Case management for people with complex needs.**

Having a proactive, continuous relationship in case-finding, assessment, care planning and care coordination to integrate the services needed by an individual reduces the probability that they will experience gaps in care.

**4. Collocated services or a single point of access.**

Collocation of different professionals, providers and services and links with people who know local

community and voluntary resources helps people who require chronic care to navigate and access the services and community support they need.

**5. Transitional or intermediate care.** Effective management of the transition of care from hospital to home improves the quality of care, speeds functional recovery, reduces the rate of rehospitalization and reduces the cost of care.

**6. Comprehensive care along the entire pathway.**

Effective care coordination anticipates crises and can provide urgent responses in the evening and at the weekend by professionals who communicate well and share information from health and care records along the entire pathway.

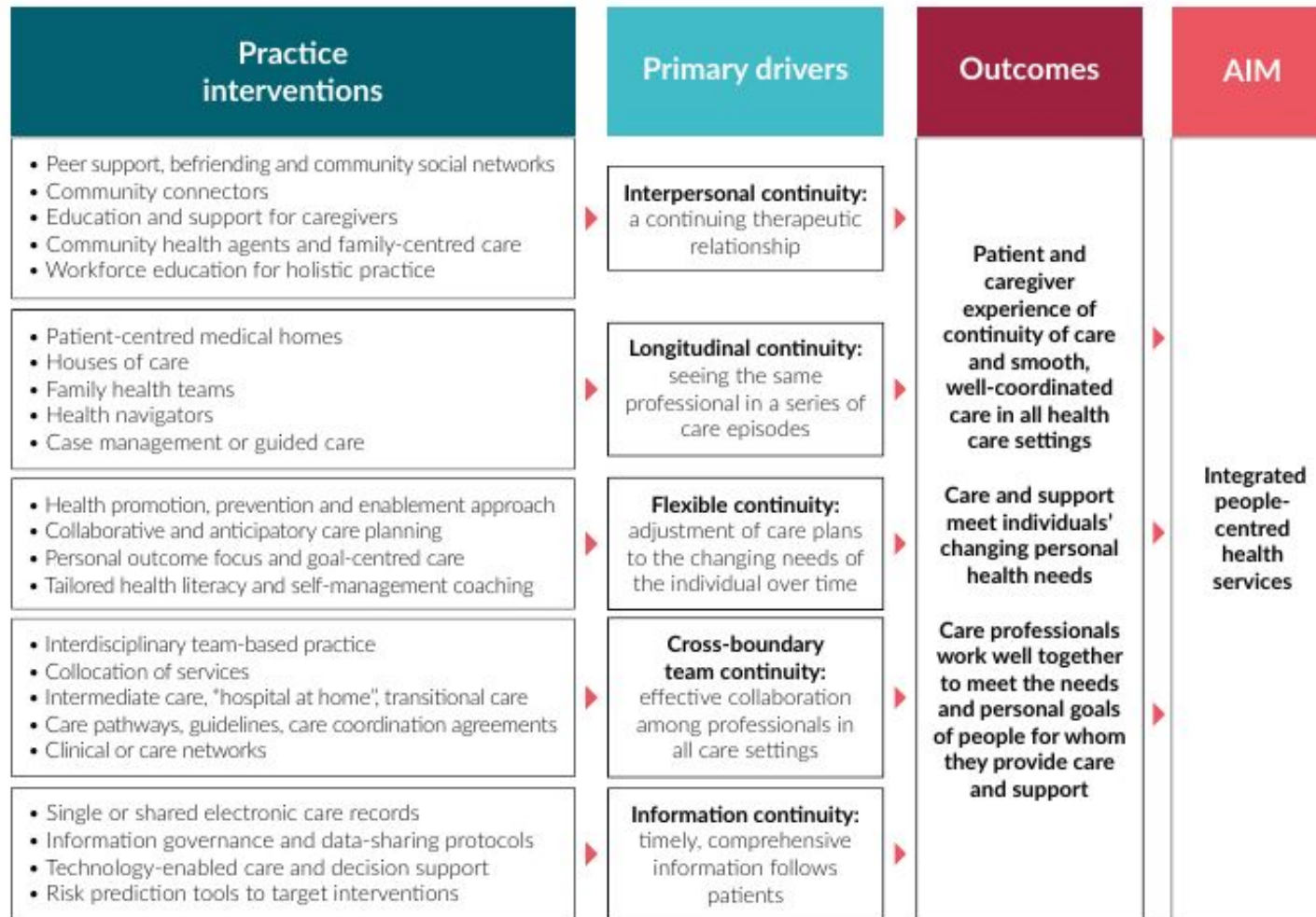
**7. Technology to support continuity and care coordination.**

Tools and platforms for the exchange of information facilitate adoption of practice interventions and identification of people who have multiple conditions, complex circumstances or have the most to gain from care coordination.

**8. Building workforce capability.**

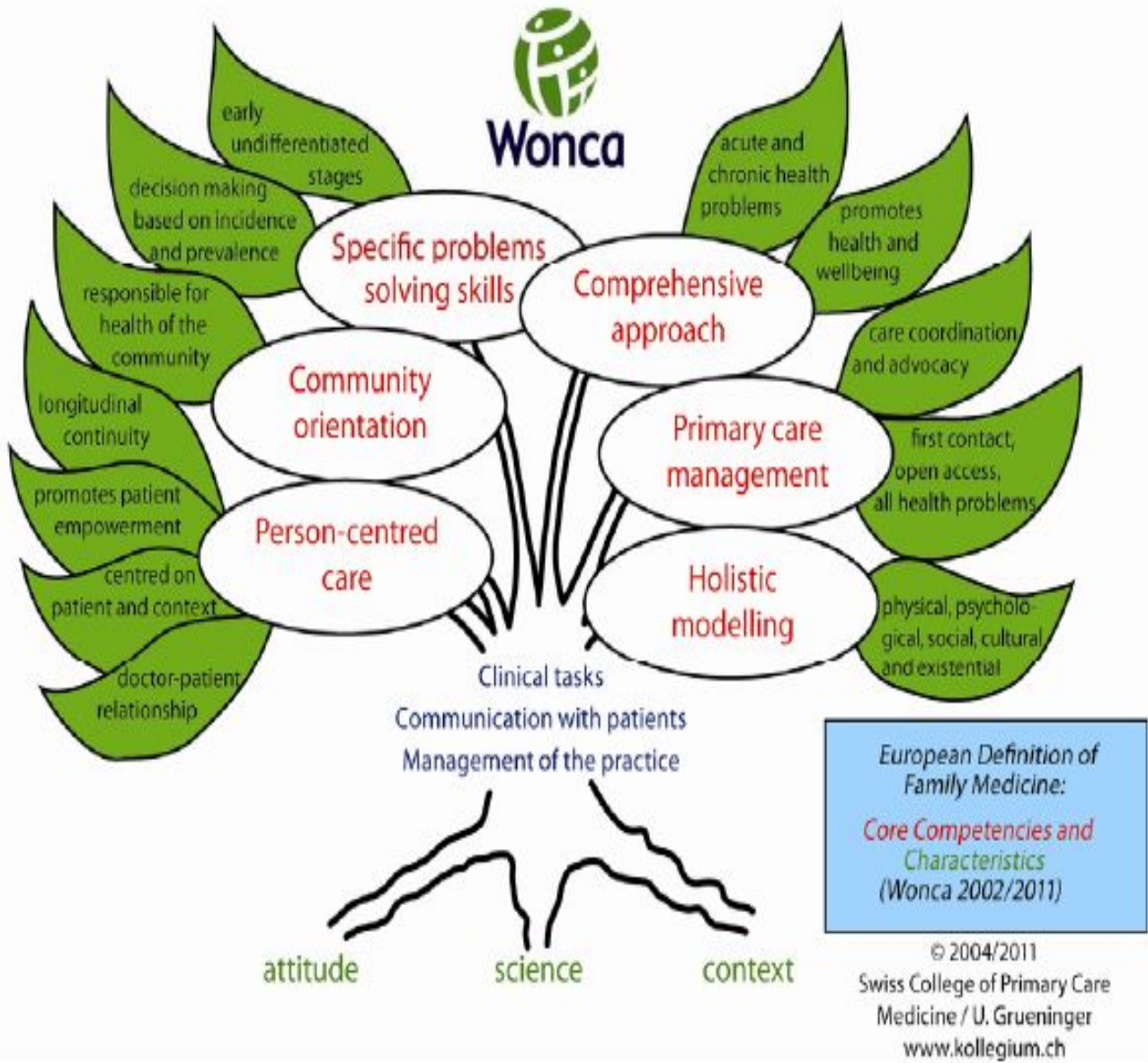
Developing the skills, strengths and confidence of the wider workforce ensures that they have the competence to fill their potential roles in delivering continuity and care coordination.

Figure 5 Drivers of continuity and care coordination



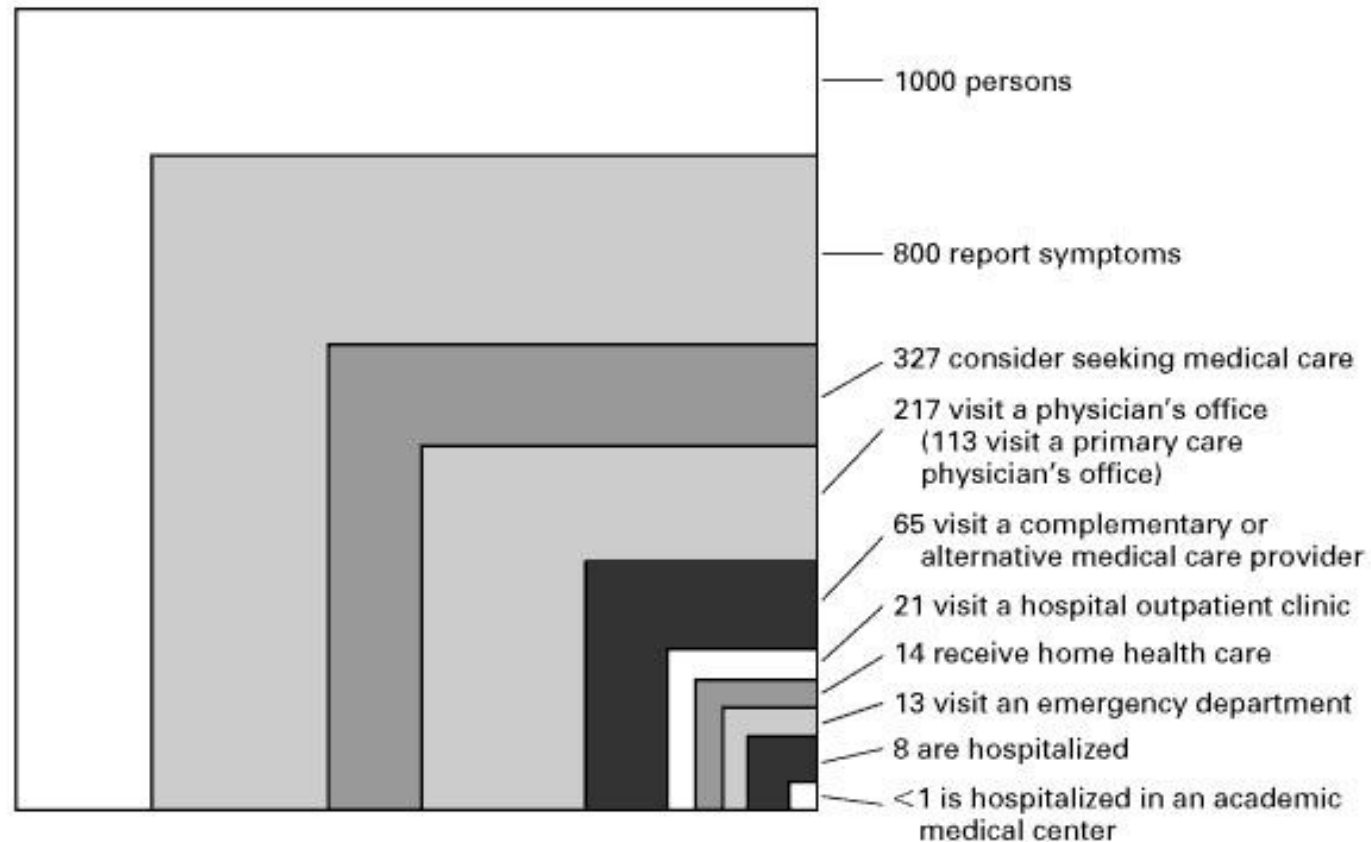


# Competenze MCF



L'ALBERO WONCA  
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie  
(riveduto nel 2011)

# Ecology of Health System:



# Organizzazione scalare dei servizi sul territorio

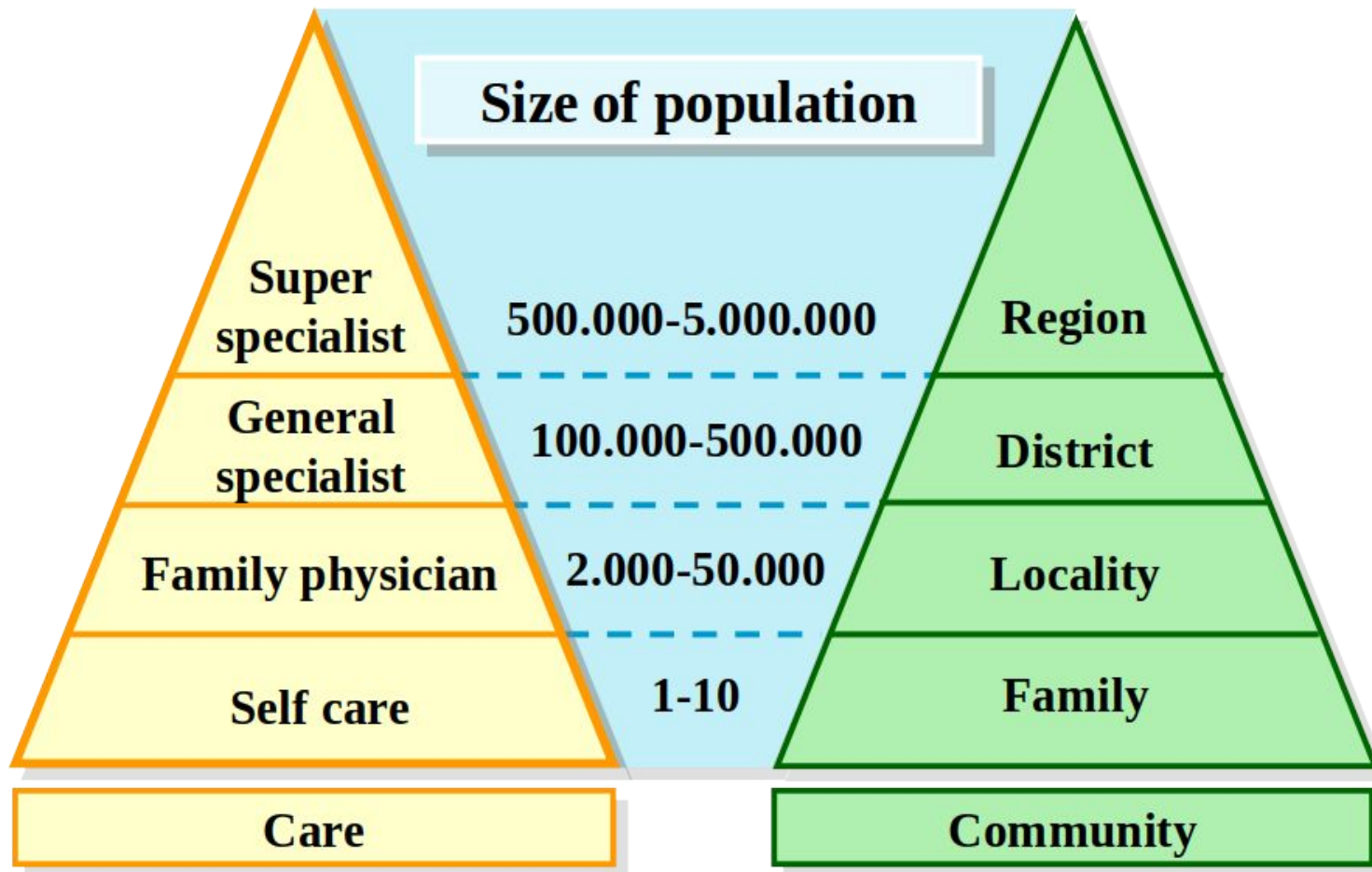
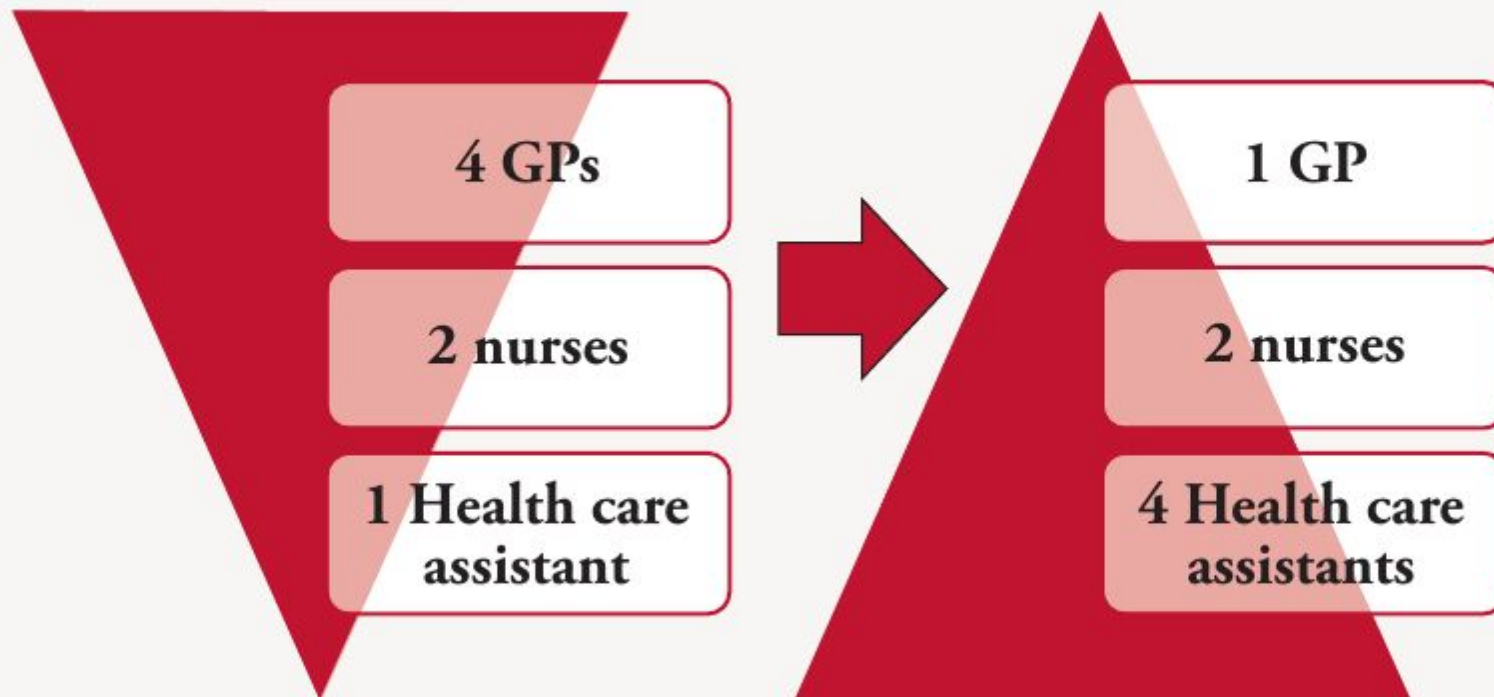
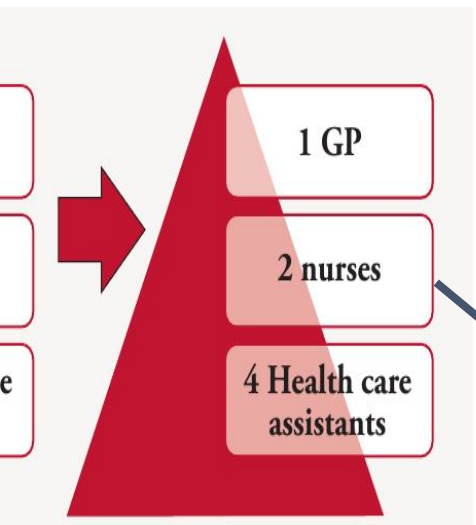


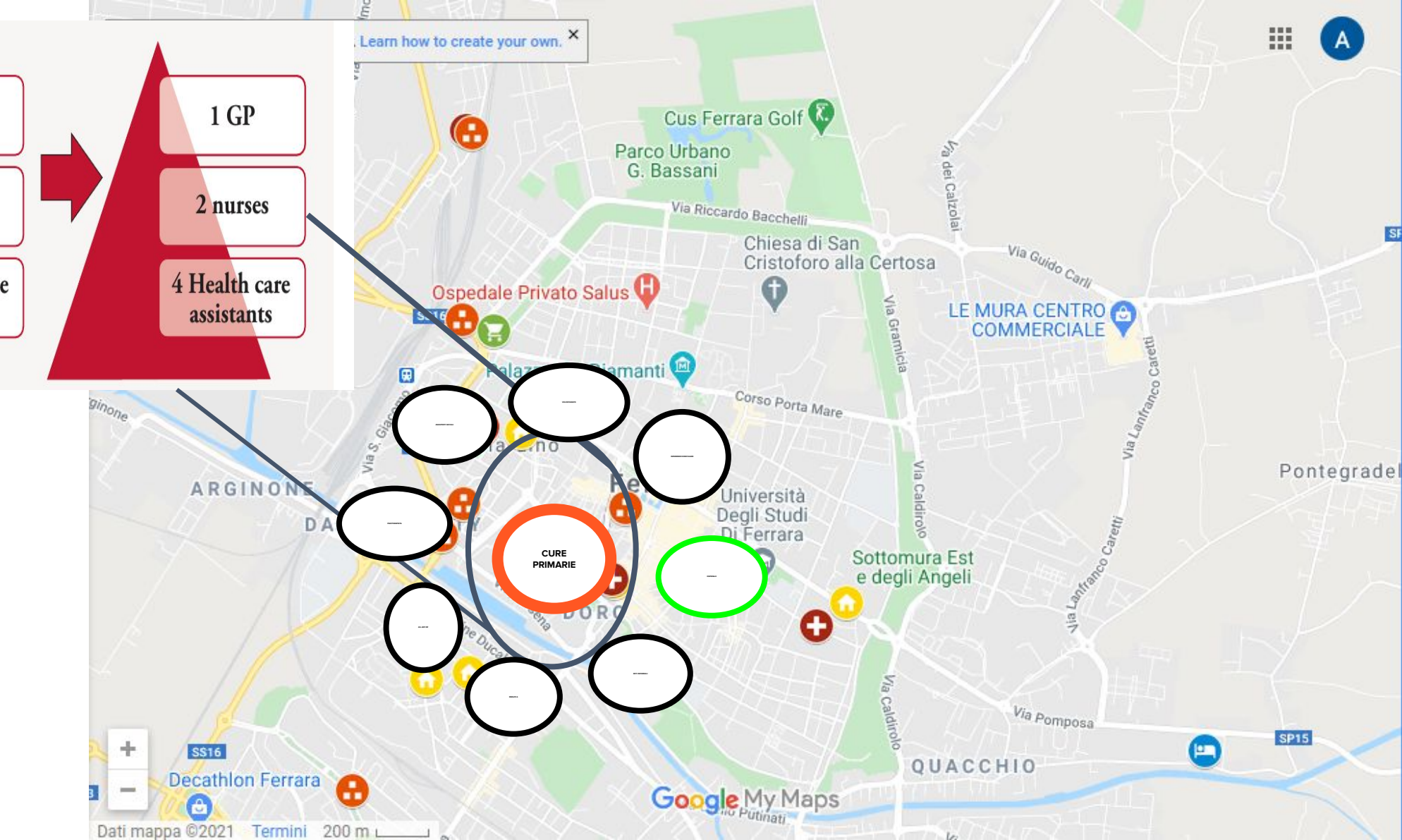
Figure 12.2: Yorkshire and Humber – ‘Toblerone Model’





# Equipe e Reti di Salute









# forme organizzative quali limiti

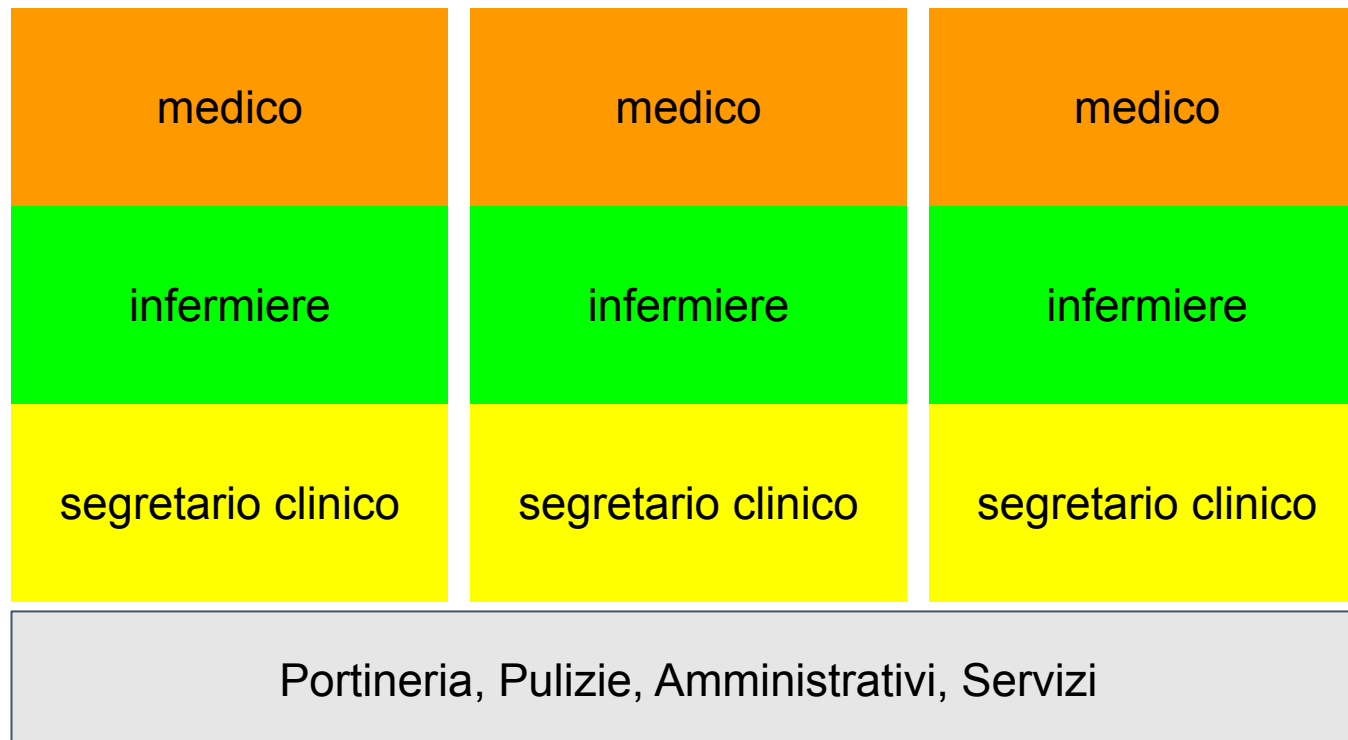
medico singolo:

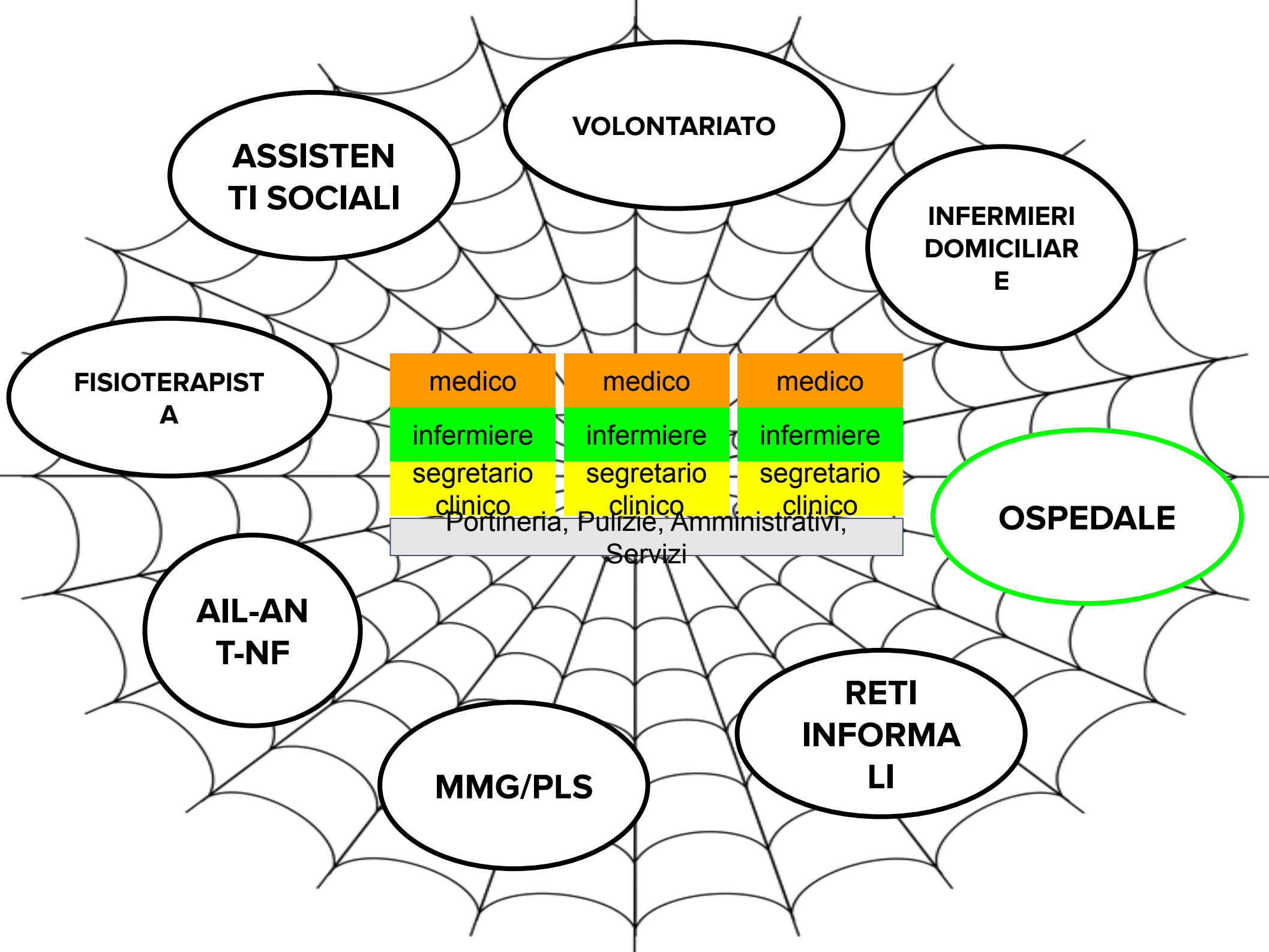
Medicina di gruppo:

Casa della Salute:

# Esempi di Piramide non Invertita

Tutti i contesti in cui lavorano 1 medico, almeno 1 infermiere, almeno 1 segretario clinico, in gruppo con personale di supporto





**VOLONTARIATO**

**ASSISTENTI SOCIALI**

**INFERMIERI DOMICILIARI**

medico	medico	medico
infermiere	infermiere	infermiere
segretario clinico	segretario clinico	segretario clinico
Portineria, Pulizie, Amministrativi, Servizi		

**OSPEDALE**

**AIL-ANTNF**

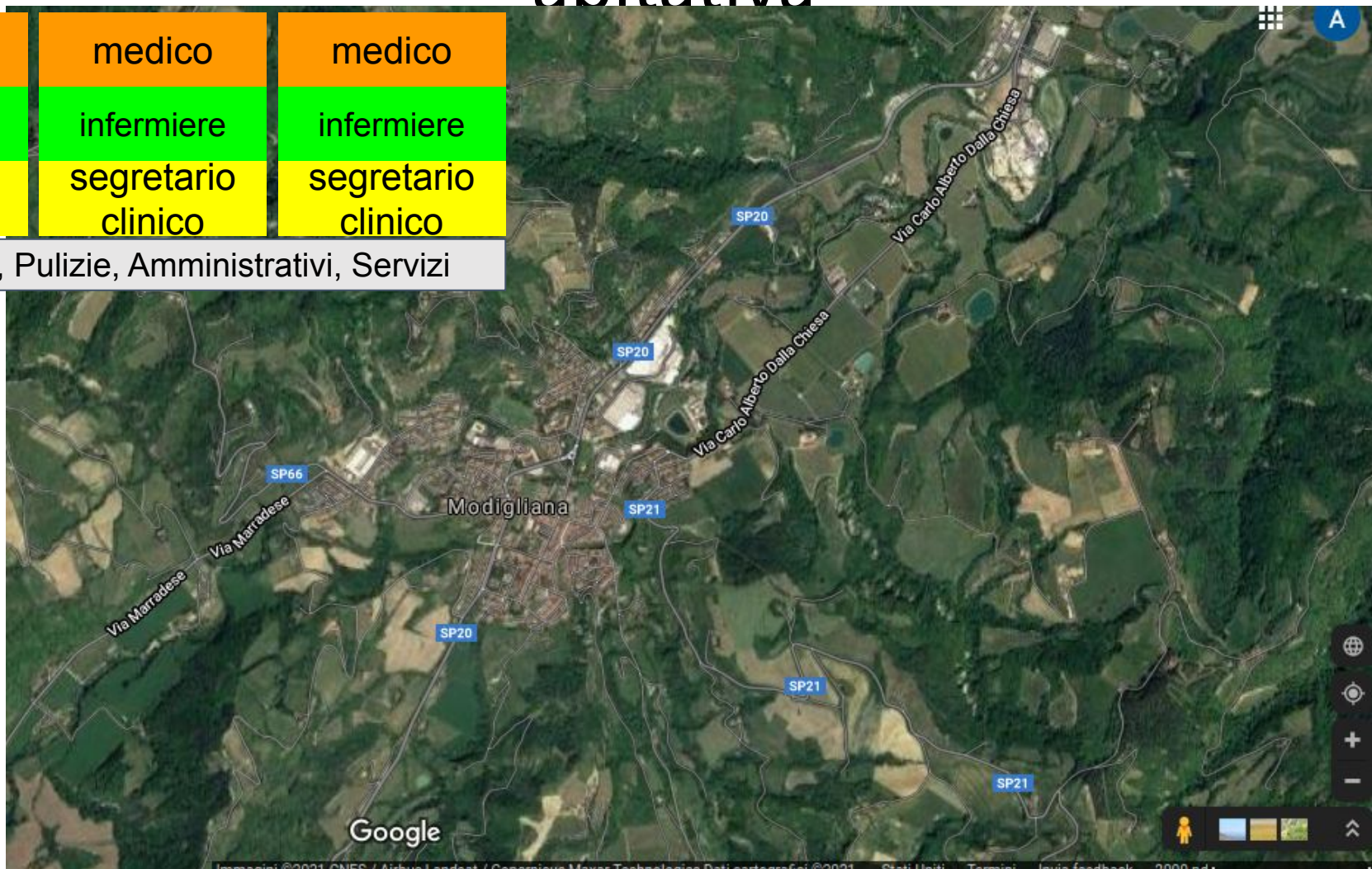
**RETI INFORMALI**

**MMG/PLS**

**FISIOTERAPISTA**

# questo non vale in contesti a bassa densità abitativa

medico	medico	medico
infermiere	infermiere	infermiere
segretario clinico	segretario clinico	segretario clinico
Portineria, Pulizie, Amministrativi, Servizi		



# Esempi di equipe a Piramide

Tutti i contesti in cui lavorano 1 medico, più di 1 infermiere 1 segretario clinico, o altri professionisti, in gruppo con personale di supporto.

Medico, Infermiere,  
Dentista, Igienista,  
dentalinfermiere  
e, OS

Agenti Comuntari di  
salute (4-7)

Medico, Infermiere,  
Dentista, Igienista,  
dentalinfermiere  
e, OS

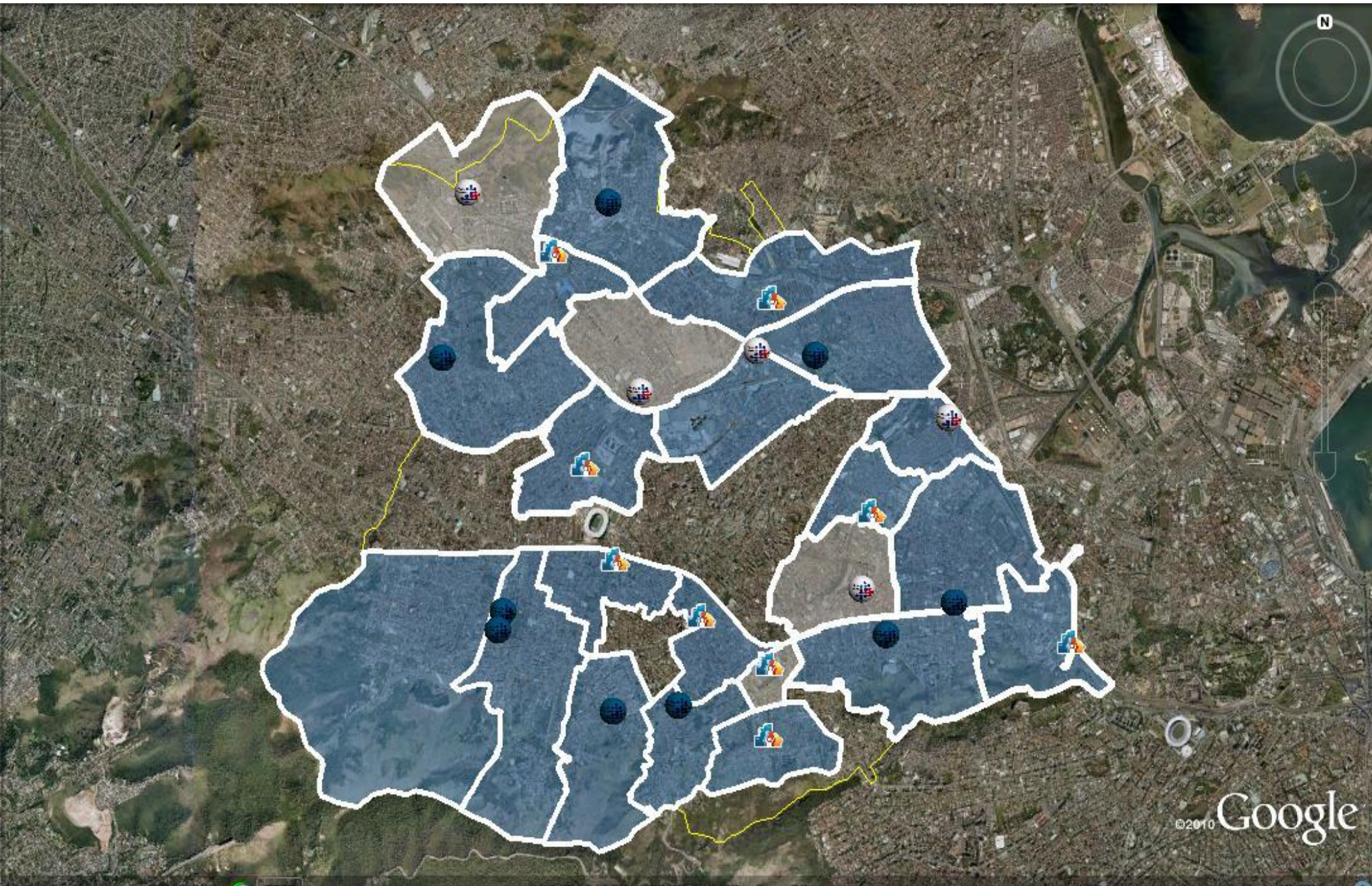
Agenti Comuntari di  
salute (4-7)

Medico, Infermiere,  
Dentista, Igienista,  
dentalinfermiere  
e, OS

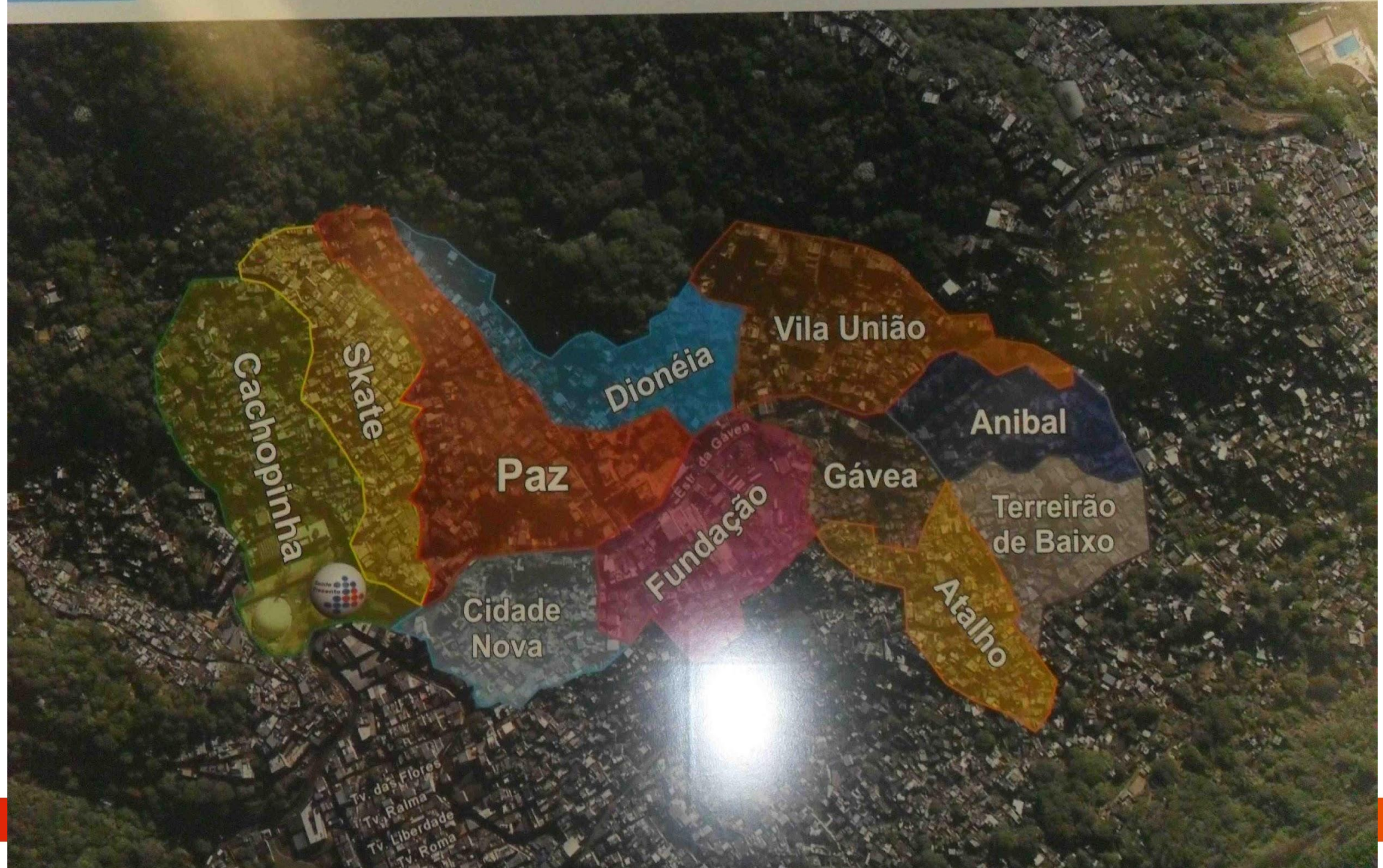
Agenti Comuntari di  
salute (4-7)

farmacista

Portineria, Pulizie, Sicurezza, Magazzino



# Clinica da Família Maria do Socorro Silva e Souza

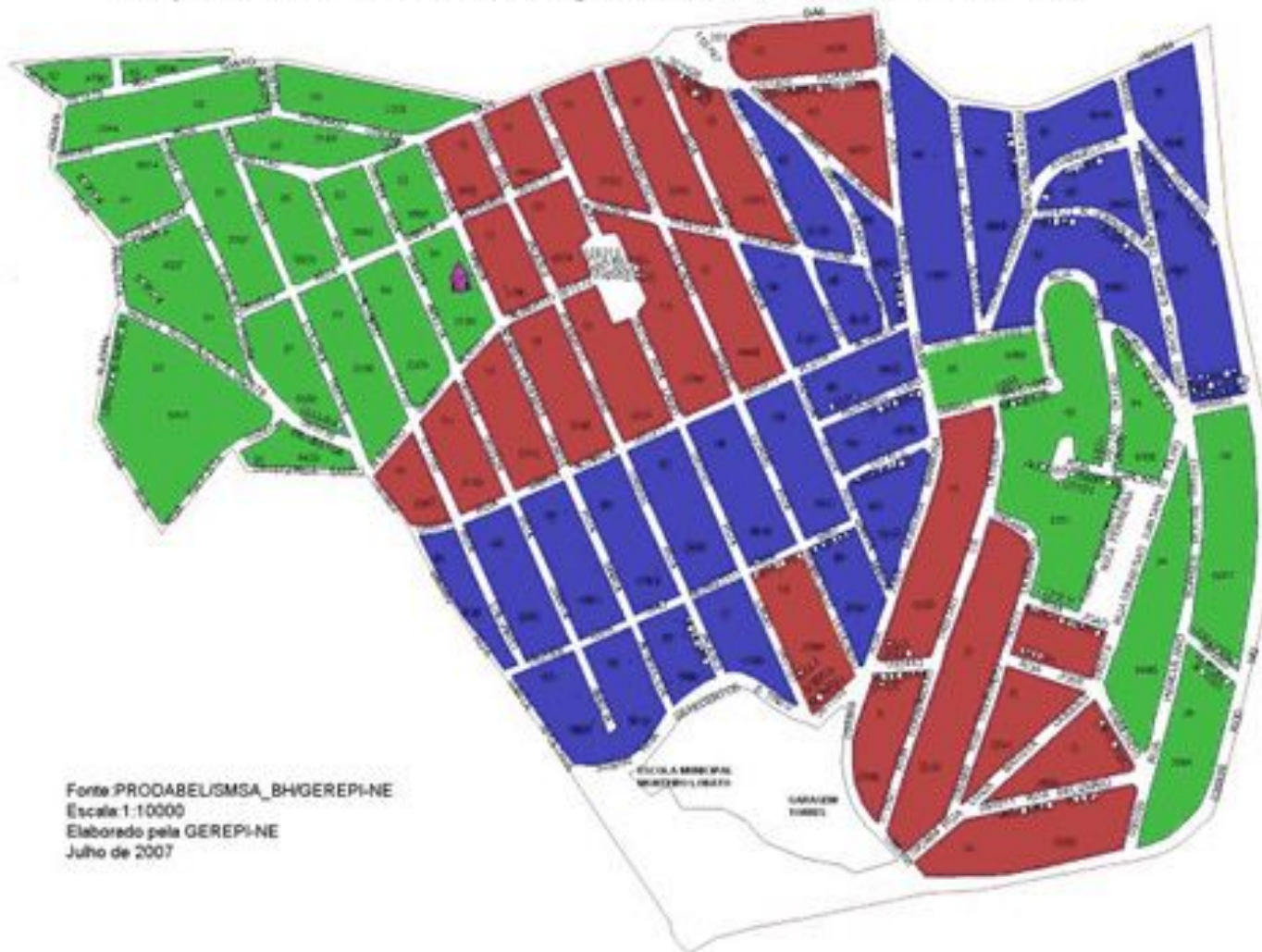


# Skate





# Mapa da Área de Abrangência do C.S São Marcos

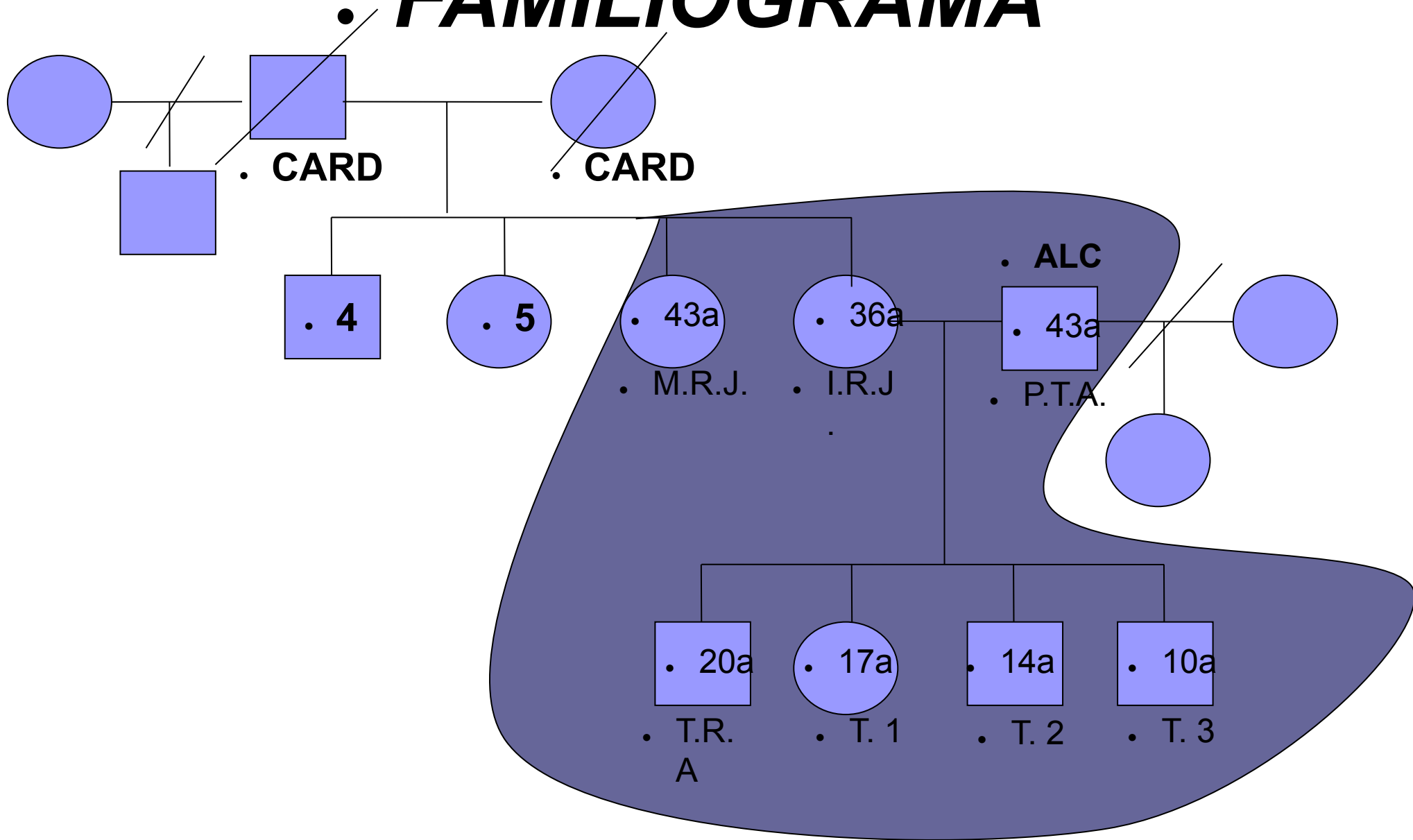


Fonte: PRODABEL/SMSA\_BHGEREPI-NE  
Escala: 1:10000  
Elaborado pela GEREPI-NE  
Julho de 2007

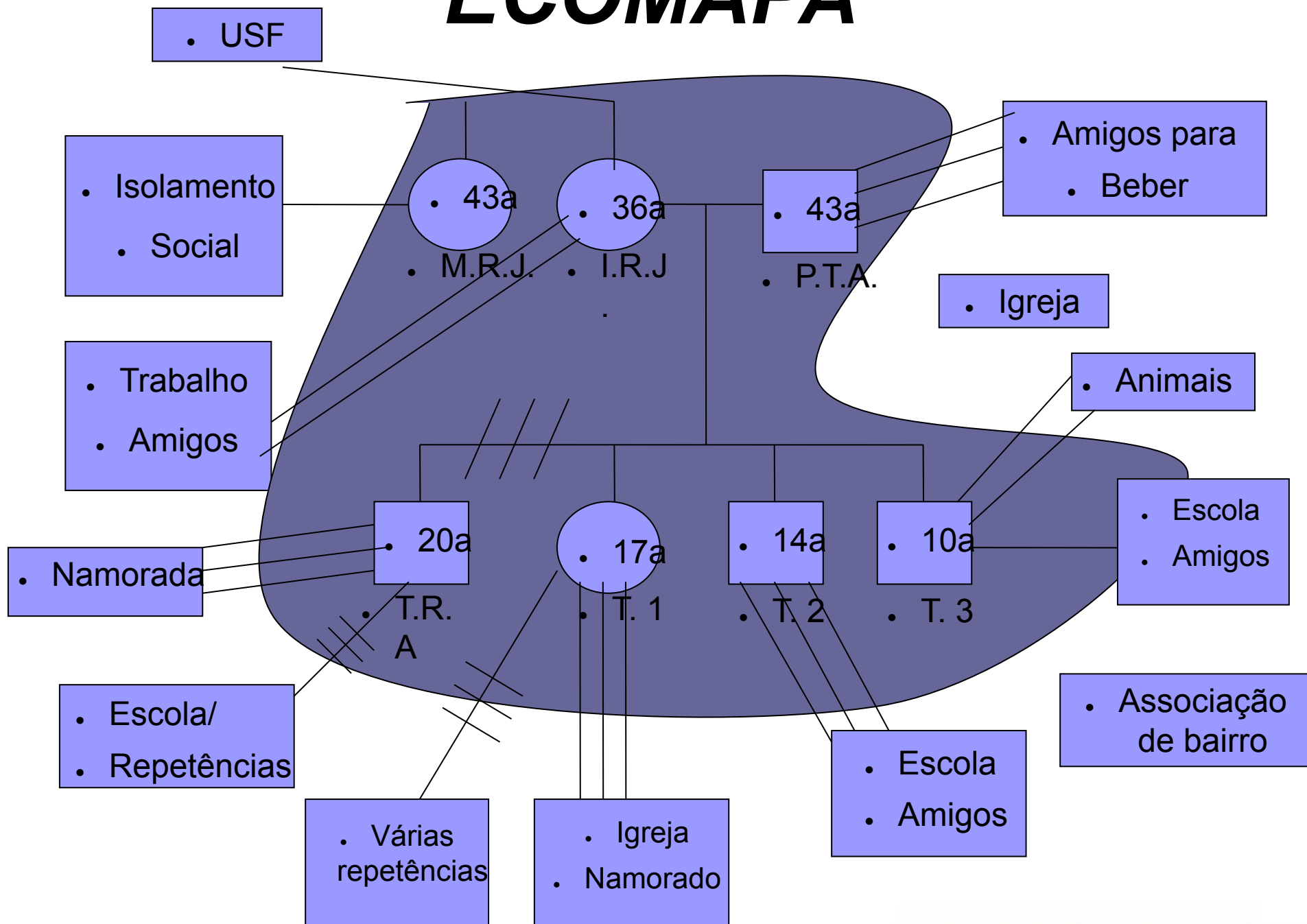




# . *FAMILIOGRAMA*



# ECOMAPA





VITA CARE

222 0403054 (OT. 40-12)

Saúde onde  
você mora

Saúde da Família - SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA FICHA DE CADASTRO DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO

NOME DO AGENTE / CADASTRADOR: Gil MATRÍCULA: EQUIPE: MICROÁREA: Comunidade RACINHA DATA: 26/04/2010

REGISTRO DA FAMÍLIA: FAMÍLIA: ENDEREÇO: Rua do Vale NÚMERO: 13 A CAS

COMPLEMENTO: PROCEDÊNCIA: Rua de Jomeria TEMPO DE MORADIA: 30 anos

BAIRRO: CEP: 22451-2161 RECEBE A CORRESPONDÊNCIA DO CORREIO EM CASA?  NÃO  SIM TELEFONES: 3322-3466 / 8733-0245

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA	NOME DO CIDADÃO	DATA DE NASCIMENTO	1 SEXO	2 RAÇA / COR	3 SIT. FAM	4 ESC	5 SÉRIE	6 NAT. ESC	7 PLANO SAÚDE	8 FUM	9 PDV	10 C.B.S.				11 GRUPOS DE SAÚDE	12 DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS
												D	M	I	NP		
1	Walter Rodrigo Nascimento de Lima 00004697-3	20/10/1978	M	4	1	5	8	M	S	N	S	1	1	1	1	1	18
2	Viviane Silva Lima 00004700-7	13/05/82	F	1	N	8	M	S	N	N	1	1	1	1	1	2	18
3	Gustavo Silva de Lima																18
4																	18
5																	18
6																	18

**LEGENDA**

**1 SEXO**  
F - Fêmea M - Masc

**2 RAÇA / COR**  
1 - Branca 4 - Parda  
2 - Preta 5 - Indígena  
3 - Amarela

**3 SITUAÇÃO FAMILIAR**  
1 - Vive com companheiro(s) e filhos  
2 - Convive com companheiro(s) com laços conjugais e sem filho(s)  
3 - Convive com companheiro(s) com filho(s) e/ou outros familiares  
4 - Convive com familiares, sem companheiro(s)  
5 - Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou conjugais  
6 - Vive so

**4 FREQUÊNCIA À ESCOLA?**  
S - Sim N - Não

**5 ESCOLARIDADE (ESC)**  
1 - Não sabe ler/escrever 7 - Sup. Incompleto  
2 - Alfabetizado 8 - Sup. Completo  
3 - Fundamental Incompleto 9 - Esp./Residência  
4 - Fundamental Completo 10 - Mestrado  
5 - Médio Incompleto 11 - Doutorado  
6 - Médio Completo

**6 NATUREZA DA ESCOLA**  
P - Particular E - Estadual  
M - Municipal F - Federal

**7 SÉRIE**  
1-Ed. Infantil 5-9ª Série  
1-1ª Série 6-6ª Série  
2-2ª Série 7-7ª Série  
3-3ª Série 8-8ª Série  
4-4ª Série E-Ed. Especial

**8 POSSUI PLANO DE SAÚDE?**  
S - Sim N - Não

**9 FUMAR?**  
S - Sim N - Não

**10 PRESENTE DURANTE A VISITA?**  
S - Sim N - Não

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL (C.B.S.)**  
11 DOR (D)  
1 - Sem dor  
2 - Espontânea  
3 - Provocada  
12 MUCOSA (M)  
1 - Normal  
2 - Lesão não cicatrizada a mais de 15 dias  
3 - Presença de ferida lábio-palatil

**13 INTERFERÊNCIA (I)**  
S - Sim N - Não

**14 NÍVEL DE PRÓTIPLA (NP)**  
1 - Sem necessidade  
2 - Uma prótese total  
3 - Duas próteses totais  
4 - Uma prótese parcial  
5 - Duas próteses parciais  
6 - Combinação de total com parcial

**15 GRUPOS DE SAÚDE**  
1 - Hipertensão 7 - Aclatamento  
2 - Pré-natal 8 - Desnutrição  
3 - Diabetes 9 - Obesidade  
4 - Hanseníase 10 - Aids  
5 - Tuberculose 11 - Acompanh. e desm. de criança  
6 - Isola 99 - Outros (indicar na obs)

**16 DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS**  
1 - Alcoolismo 14 - Hanseníase  
2 - Aids 15 - Malária  
3 - Câncer 16 - Tuberculose  
4 - Chagas 17 - Violência doméstica  
5 - Def. Física 18 - Tentativa de suicídio  
6 - Def. Mental 19 - Usuário de drogas ilícitas  
7 - Def. Visual 20 - Usuário de psicofármacos  
8 - Def. Auditiva 21 - Inf. Pelo Lít 12 meses  
9 - Diabetes 22 - Aids  
10 - Transtorno Mental 23 - Sintomas respiratório  
11 - Epilepsia 24 - Sintomas dermatológico  
12 - Gestante  
13 - Hipertensão arterial 99 - Outros (indicar na obs)

PREFEITURA  
SAÚDE

Gil

# Gli ACS coordinano le attività territoriali

- 



















# Sistemi Informativi









# Clínica da Família Assis Valente







# Placar da Saúde da Clínica da Família

INFORMA:

Nome da Clínica: **GRUPO CARLOS SAO FILHO** CAP: **S. S.** N° de Equipes: **05** Mês: **01/2011**

### I - População

População			Crianças e Mulheres - Dados Referidos			
	N°	%	N°	N°	N°	
Pessoas Estimadas	2490	100	N° Crianças < 1 ano	20	N° Gestantes < 20 anos	23
Pessoas Cadastradas	1113	24			N° Gestantes > 20 anos	15
Famílias Cadastradas	1313	17			Total de Gestantes	38
Famílias Visitadas	1181	100				

Escolaridade e Analfabetismo		
	N°	%
Crianças de 7 a 14 anos na Escola	150	100
Crianças de 7 a 14 anos fora da Escola	0	0
Maiores que 14 anos alfabetizados	1433	
Maiores que 14 anos não alfabetizados	21	

### II - Ambiente

Composto de Lixo			Destino de Fezes e Urina			Abastecimento de Água		
	N°	%		N°	%		N°	%
Córtado	1313	100	Rede Pública	42%	151	Rede Pública	4241	100
Côo Aberto	-	-	Fossa	81	9,1	Poço	-	-
Quemado	-	-	Côo Aberto	-	-	Outros	-	-

Água Consumida no Domicílio		
	N°	%
Filtrada	4340	91,9
Fervida	-	-
Clorada	-	-
Sem tratamento	01	0,01

### III - INDICADORES

Crianças Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde				
	N°	%	N°	
N° de Recém-nascidos vivos no mês	05		N° Crianças < 1 ano	125
% Baixo peso ao nascer (<2500 g)	-	-	% Desnutridas < 1 ano	-
Crianças < 4 meses	07		% Vacinas em dia < 1 ano	100
% Aleitamento Exclusivo	100		% Vacinas em dia de 1 a 2 anos	100

Gestantes Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde					
	N°	%	N°	%	
Cadastradas	05	100	Com vacina em dia	13	100
Menores de 20 anos	03	60	Com Pré-natal no mês	13	100
Acompanhadas	11	100	Início Pré-natal no 1° trimestre	12	91,9

Doenças Referidas - Acompanhamento em Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde				
	Cadastradas	Acompanhadas	%	%
Hipertensão Arterial	1250	1120	90	90
Diabetes Mellitus	980	980	100	100
Tuberculose	04	04	100	100
Hanseníase	0	0	0	0

Número de Consultas		Visitas Domiciliares realizadas pelas Equipes	
	N°	Medico	Auxiliar de Enfermagem
Medico	50	50	126
Enfermeiro	50	150	131
Primeira Consulta	-	-	-

Indicadores da Saúde Bucal	
	Procedimentos Coletivos
Proporção de extração dentária em relação às ações básicas individuais	0

Legenda: ● Aumento com relação ao mês anterior ● Diminuição com relação ao mês anterior ● Inalterada



AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE RIO PREFEITURA





## CONHEÇA SUA EQUIPE

### EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 01



Juçara  
Supervisora



Rodrigo Lima  
Médico



Carmen Virginia  
Téc. em Enfermagem



Giordano Bruno  
Ag. Comunitário de Saúde



Vivian Calixto  
Enfermeira



Lucimar Maria  
Tec. em Saúde Bucal



Eliane Dantas  
Ag. Comunitário de Saúde



Lucileide Sa  
Cirurgiã Dentista



Edgleison  
Ag. Comunitário de Saúde



Marta Elizabeth  
Ag. Comunitário de Saúde



























**CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA**

**LEGENDA**

- GESTANTE
- GESTANTE DE ALTO RISCO
- PUÉRPERA
- RECÊM NATO
- HIPERTENSO
- DIABÉTICO
- PORTADOR DE TUBERCULOSE
- PORTADOR DE HANSENIASE
- PORTADOR DE DST
- PORTADOR DE HIV/AIDS
- DENGUE
- INFLUENZA
- PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL
- IDOSO FRÁGIL
- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- TABAGISTA
- ALCOOLISTA
- DEPENDENTE DE OUTRAS DROGAS



Nome do ACS: SHEILA CRISTINA

Área: MICROÁREA 6

Mês: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_



F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16
F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
F25	F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
F33	F34	F35	F36	F37	F38	F39	F40
F41	F42	F43	F44	F45	F46	F47	F48
F49	F50	F51	F52	F53	F54	F55	F56
F57	F58	F59	F60	F61	F62	F63	F64
F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71	F72
F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79	F80
F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88
F89	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104
F105	F106	F107	F108	F109	F110	F111	F112
F113	F114	F115	F116	F117	F118	F119	F120
F121	F122	F123	F124	F125	F126	F127	F128
F129	F130	F131	F132	F133	F134	F135	F136
F137	F138	F139	F140	F141	F142	F143	F144
F145	F146	F147	F148	F149	F150	F151	F152
F153	F154	F155	F156	F157	F158	F159	F160
F161	F162	F163	F164	F165	F166	F167	F168
F169	F170	F171	F172	F173	F174	F175	F176
F177	F178	F179	F180	F181	F182	F183	F184
F185	F186	F187	F188	F189	F190	F191	F192
F193	F194	F195	F196	F197	F198	F199	F200
F201	F202	F203	F204	F205	F206	F207	F208
F209	F210	F211	F212	F213	F214	F215	F216
F217	F218	F219	F220	F221	F222	F223	F224
F225	F226	F227	F228	F229	F230	F231	F232
F233	F234	F235	F236	F237	F238	F239	F240
F241	F242	F243	F244	F245	F246	F247	F248
F249	F250	F251	F252	F253	F254	F255	F256
F257	F258	F259	F260	F261	F262	F263	F264
F265	F266	F267	F268	F269	F270	F271	F272
F273	F274	F275	F276	F277	F278	F279	F280
F281	F282	F283	F284	F285	F286	F287	F288
F289	F290	F291	F292	F293	F294	F295	F296
F297	F298	F299	F300	F301	F302	F303	F304

F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16
F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
F25	F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
F33	F34	F35	F36	F37	F38	F39	F40
F41	F42	F43	F44	F45	F46	F47	F48
F49	F50	F51	F52	F53	F54	F55	F56
F57	F58	F59	F60	F61	F62	F63	F64
F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71	F72
F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79	F80
F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88
F89	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104
F105	F106	F107	F108	F109	F110	F111	F112
F113	F114	F115	F116	F117	F118	F119	F120
F121	F122	F123	F124	F125	F126	F127	F128
F129	F130	F131	F132	F133	F134	F135	F136
F137	F138	F139	F140	F141	F142	F143	F144
F145	F146	F147	F148	F149	F150	F151	F152
F153	F154	F155	F156	F157	F158	F159	F160
F161	F162	F163	F164	F165	F166	F167	F168
F169	F170	F171	F172	F173	F174	F175	F176
F177	F178	F179	F180	F181	F182	F183	F184
F185	F186	F187	F188	F189	F190	F191	F192
F193	F194	F195	F196	F197	F198	F199	F200
F201	F202	F203	F204	F205	F206	F207	F208
F209	F210	F211	F212	F213	F214	F215	F216
F217	F218	F219	F220	F221	F222	F223	F224
F225	F226	F227	F228	F229	F230	F231	F232
F233	F234	F235	F236	F237	F238	F239	F240
F241	F242	F243	F244	F245	F246	F247	F248
F249	F250	F251	F252	F253	F254	F255	F256
F257	F258	F259	F260	F261	F262	F263	F264
F265	F266	F267	F268	F269	F270	F271	F272
F273	F274	F275	F276	F277	F278	F279	F280
F281	F282	F283	F284	F285	F286	F287	F288
F289	F290	F291	F292	F293	F294	F295	F296
F297	F298	F299	F300	F301	F302	F303	F304

# Placar de Monitoramento das Famílias

VICTOR VALLA

Clínica da Família

SAMORA MACHEL

Equipe



Médico  
VALÉRIA ANUNES



DENTISTA  
ANA PAULA




Enfermeiro  
WILLIAM COIMBRA



Técnicos de enfermagem  
ANDRÉ MOUSSOLES

Nome de ACS: RITA DE CÁSSIA  
Área: MICROÁREA 1

Nome: 


F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16
F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
F25	F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
F33	F34	F35	F36	F37	F38	F39	F40
F41	F42	F43	F44	F45	F46	F47	F48
F49	F50	F51	F52	F53	F54	F55	F56
F57	F58	F59	F60	F61	F62	F63	F64
F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71	F72
F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79	F80
F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88
F89	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104
F105	F106	F107	F108	F109	F110	F111	F112
F113	F114	F115	F116	F117	F118	F119	F120
F121	F122	F123	F124	F125	F126	F127	F128
F129	F130	F131	F132	F133	F134	F135	F136
F137	F138	F139	F140	F141	F142	F143	F144
F145	F146	F147	F148	F149	F150	F151	F152
F153	F154	F155	F156	F157	F158	F159	F160
F161	F162	F163	F164	F165	F166	F167	F168
F169	F170	F171	F172	F173	F174	F175	F176
F177	F178	F179	F180	F181	F182	F183	F184
F185	F186	F187	F188	F189	F190	F191	F192
F193	F194	F195	F196	F197	F198	F199	F200

Nome de ACS: NORMA MARIA  
Área: MICROÁREA 2

Nome: 

F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16
F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
F25	F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
F33	F34	F35	F36	F37	F38	F39	F40
F41	F42	F43	F44	F45	F46	F47	F48
F49	F50	F51	F52	F53	F54	F55	F56
F57	F58	F59	F60	F61	F62	F63	F64
F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71	F72
F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79	F80
F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88
F89	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104
F105	F106	F107	F108	F109	F110	F111	F112
F113	F114	F115	F116	F117	F118	F119	F120
F121	F122	F123	F124	F125	F126	F127	F128
F129	F130	F131	F132	F133	F134	F135	F136
F137	F138	F139	F140	F141	F142	F143	F144
F145	F146	F147	F148	F149	F150	F151	F152
F153	F154	F155	F156	F157	F158	F159	F160
F161	F162	F163	F164	F165	F166	F167	F168
F169	F170	F171	F172	F173	F174	F175	F176
F177	F178	F179	F180	F181	F182	F183	F184
F185	F186	F187	F188	F189	F190	F191	F192
F193	F194	F195	F196	F197	F198	F199	F200

Nome de ACS: LISSANDRA PIMENTA  
Área: MICROÁREA 3

Nome: 

F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16
F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24
F25	F26	F27	F28	F29	F30	F31	F32
F33	F34	F35	F36	F37	F38	F39	F40
F41	F42	F43	F44	F45	F46	F47	F48
F49	F50	F51	F52	F53	F54	F55	F56
F57	F58	F59	F60	F61	F62	F63	F64
F65	F66	F67	F68	F69	F70	F71	F72
F73	F74	F75	F76	F77	F78	F79	F80
F81	F82	F83	F84	F85	F86	F87	F88
F89	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96
F97	F98	F99	F100	F101	F102	F103	F104
F105	F106	F107	F108	F109	F110	F111	F112
F113	F114	F115	F116	F117	F118	F119	F120
F121	F122	F123	F124	F125	F126	F127	F128
F129	F130	F131	F132	F133	F134	F135	F136
F137	F138	F139	F140	F141	F142	F143	F144
F145	F146	F147	F148	F149	F150	F151	F152
F153	F154	F155	F156	F157	F158	F159	F160
F161	F162	F163	F164	F165	F166	F167	F168
F169	F170	F171	F172	F173	F174	F175	F176
F177	F178	F179	F180	F181	F182	F183	F184
F185	F186	F187	F188	F189	F190	F191	F192
F193	F194	F195	F196	F197	F198	F199	F200

**SUS** **RIO** **PLACAR DA SAÚDE DA CLÍNICA DA FAMÍLIA**

Nome da Clínica **MARIA DO SOCORRO SILVA & SOUZA** CAP **2.1**

Nº de Equipes **1.1** Mês \_\_\_\_\_

### I - População

População		Crianças e Mulheres - Dados Referidos	
Nº	%	Nº	%
Pessoas Estimadas	44000	100	
Pessoas Cadastradas	25482	57.69	
Famílias Cadastradas	8823	53.67	
Famílias Visitadas	8823	100	
<b>TOTAL</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Pessoas	25482	10058	9002

Nº Crianças < 1 ano **339**  
 Nº Gestantes < 20 anos **29**  
 Nº Gestantes > 20 anos **169**  
 Total de Gestantes **498**

### Escolaridade e Analfabetismo

Nº	%	Nº	%
Crianças de 7-14a na Escola	2473	93.72	
Crianças de 7-14a fora da Escola	0	0	
Pessoas 15a e mais alfabetizados	12902	91.58	
15a e mais não alfabetizados	0	0	

### II - Ambiente

Destino do Lixo		Destino de Fezes e Urina	
Nº	%	Nº	%
Coletado	4894	68.96	
Céu Aberto	2153	30.34	
Queimado	50	0.70	
Abastecimento de Água		Água Consumida no Domicílio	
Rede Pública	7029	99.04	
Poço	50	0.70	
Outros	18	0.25	
Filtrada	6731	86.39	
Fervida	99	1.25	
Clorada	484	6.22	
Sem tratamento	383	4.90	

### III - Indicadores

Crianças Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Nº de Recém Nascidos vivos no mês	15	Nº Crianças < 1 ano	468
% Baixo peso ao nascer (< 2500g)	13.3%	% Desnutridas < 1 ano	0.4%
Crianças < 4 meses	2	% Vacinas em dia < 1 ano	100%
% Aleitamento Exclusivo	48.3%	% de Vacinas em dia 1 a 2 anos	94%

Gestantes Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Cadastradas	169	100	Com vacina em dia	35	94.12
Menores de 20 anos	29	1	Com Pré-natal no mês	18	84.61
Acompanhadas	166	98.22	Início Pré-natal no 1º trimestre	23	66.27

Doenças Referidas - Acompanhamento em Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde

Doença	Cadastrados	Acompanhados	%	Doença	Cadastrados	Acompanhados	%
Hipertensão Arterial	1783	1783	100	Tuberculose	48	10	
Diabetes Mellitus	434	434	100	Hanseníase	0	0	

Número de Consultas

Médico	2724	Visitas Domiciliares realizadas pelas Equipes	
		Médico	24
		Auxiliar de Enfermagem	26

**SUS** **Placar da Saúde da Clínica da Família**

Nome da Clínica **CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA** CAP **3.1**

Nº de Equipes **6** Mês **Agosto**

### I - População

População		Crianças e Mulheres - Dados Referidos	
Nº	%	Nº	%
Pessoas Estimadas	17509	100	
Pessoas Cadastradas	17463	100	
Famílias Cadastradas	6322	63.2	
Famílias Visitadas	2085	208.5	
<b>TOTAL</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	
Pessoas	17606	9551	8055

Nº Crianças < 1 ano **338**  
 Nº Gestantes < 20 anos **50**  
 Nº Gestantes > 20 anos **144**  
 Total de Gestantes **194**

### Escolaridade e Analfabetismo

Nº	%	Nº	%
Crianças de 7-14a na Escola	2334	77	
Crianças de 7-14a fora da Escola	684	23	
Pessoas 15a e mais alfabetizados	10201	85	
15a e mais não alfabetizados	1793	17	

### II - Ambiente

Destino do Lixo		Destino de fezes e Urina	
Nº	%	Nº	%
Coletado	4598	71	
Céu Aberto	559	9	
Queimado	4	0	
Abastecimento de Água		Água Consumida no Domicílio	
Rede Pública	228	99.332	
Poço	4	0.175	
Outros	96	2.231	
Filtrada	3596	93.7	
Fervida	68	1.7	
Clorada	7	0.18	
Sem tratamento	17	0.43	

### III - Indicadores

Crianças Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Nº de Recém Nascidos vivos no mês		Nº Crianças < 1 ano	
% Baixo peso ao nascer (< 2500g)		% Desnutridas < 1 ano	
Crianças < 4 meses		% Vacinas em dia < 1 ano	
% Aleitamento Exclusivo		% Vacinas em dia 1 a 2 anos	99

Gestantes Acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde

Cadastradas		Com vacina em dia	
Menores de 20 anos		Com Pré-natal no mês	
Acompanhadas		Início Pré-natal no 1º trimestre	

Doenças Referidas - Acompanhamento em Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde

Doença	Cadastrados	Acompanhados	%	Doença	Cadastrados	Acompanhados	%
Hipertensão Arterial	1783	1783	100	Tuberculose	48	10	
Diabetes Mellitus	434	434	100	Hanseníase	0	0	

Número de Consultas

Médico	1845	Visitas Domiciliares realizadas pelas Equipes	
		Médico	3
		Enfermeiro	63
		Agentes Comunitários de Saúde	234
		Procedimentos Coletivos	
		Ações básicas individuais	
		Inalterada	



# Funzionamento equipe e rete







DÊ PREFERÊNCIA PARA AS  
PESSOAS DA TERCEIRA IDADE



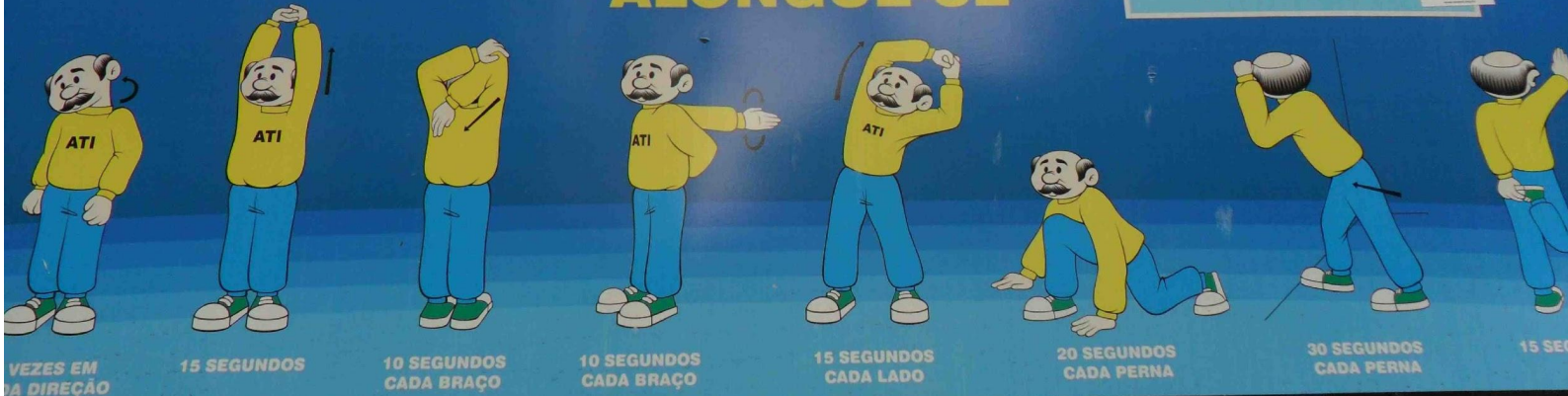
**RIO**  
PREFEITURA

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL  
E QUALIDADE DE VIDA

SAÚDE E DEFESA CIVIL

RESPEITO À  
EDUCAÇÃO

## ALONGUE-SE



ANTES DA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS CONSULTE SEU MÉDICO. NÃO DEIXE DE VISITÁ-LO REGULARMENTE.



# ATI ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE

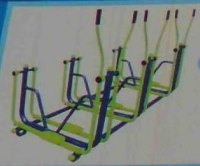


**RIO**  
PREFEITURA

RESPEITO À  
EDUCAÇÃO

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL  
E QUALIDADE DE VIDA**

**SAÚDE E DEFESA CIVIL**



**ESQUÍ:**  
Aumenta a flexibilidade dos membros inferiores, quadris, membros superiores, e melhora a função cardiorespiratória.



**ROTAÇÃO DUPLA DIAGONAL:**  
Aumenta a mobilidade das articulações dos ombros e dos cotovelos.



**SIMULADOR DE CAMINHADA:**  
Aumenta a mobilidade dos membros inferiores e desenvolve a coordenação motora.



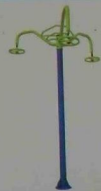
**PRESSÃO DE PERNAS:**  
Fortalece a musculatura das coxas e quadris.



**ROTAÇÃO VERTICAL:**  
Fortalece os membros superiores e melhora a flexibilidade das articulações dos ombros.



**MULTI-EXERCITADOR:**  
Fortalece, alonga e aumenta a flexibilidade dos membros superiores e inferiores.  
  
Flexor de pernas  
Extensor de pernas  
Supino reto sentado  
Supino inclinado sentado  
Rotação vertical  
Puxada alta



**ALONGADOR:**  
Estimula o sistema nervoso central através do alongamento e fortalecimento dos grandes grupos musculares.



**REMADA SENTADA:**  
Fortalece a musculatura das costas e ombros.

**EQUIPAMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA CRIANÇAS**





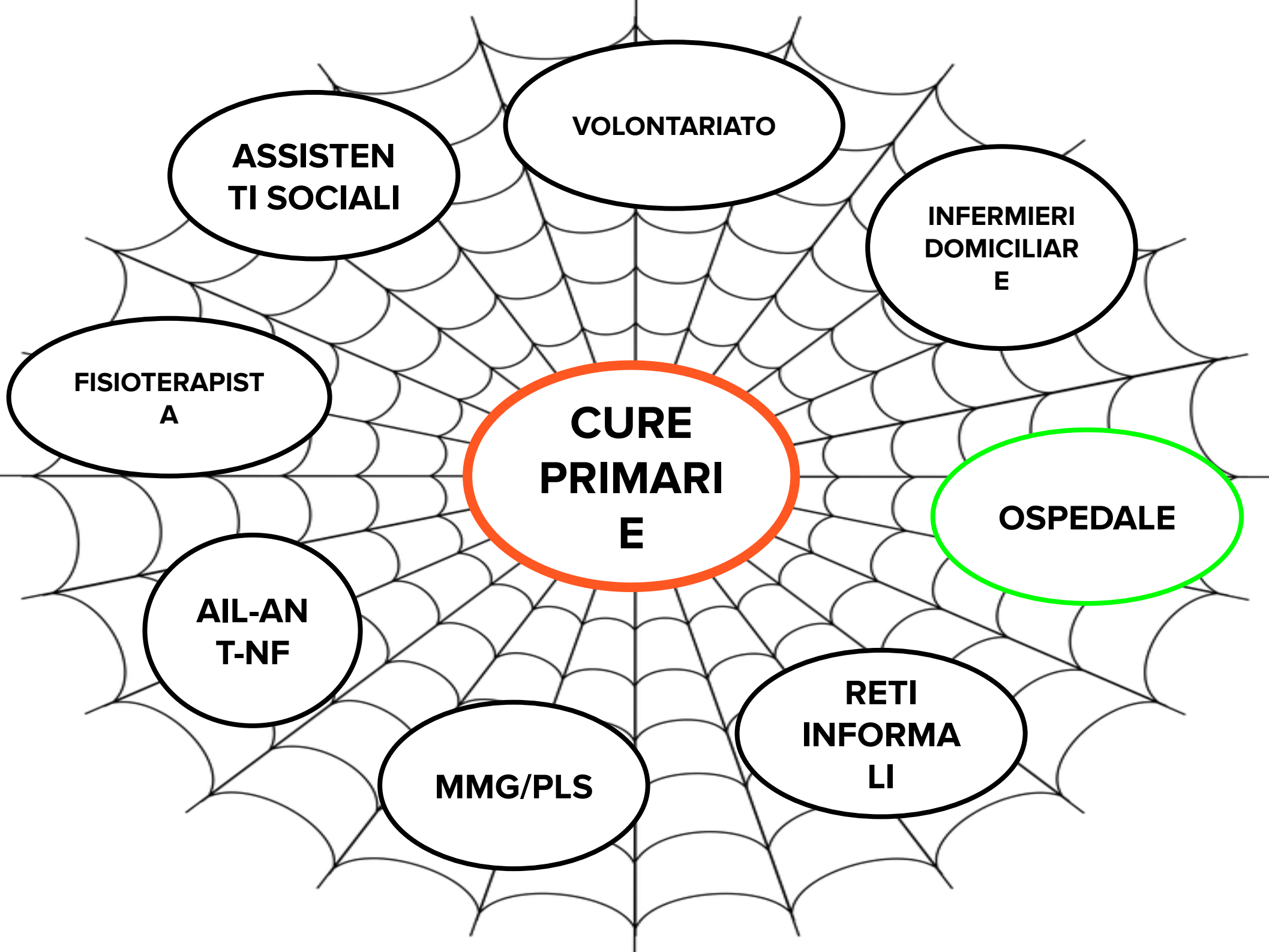
LICEO de ABUELOS  
5 de SEPTIEMBRE ★  
SANTA FE PLAYA











**ASSISTENTI SOCIALI**

**VOLONTARIATO**

**INFERMIERI DOMICILIARI**

**CURE PRIMARIE**

**OSPEDALE**

**RETI INFORMATICHE**

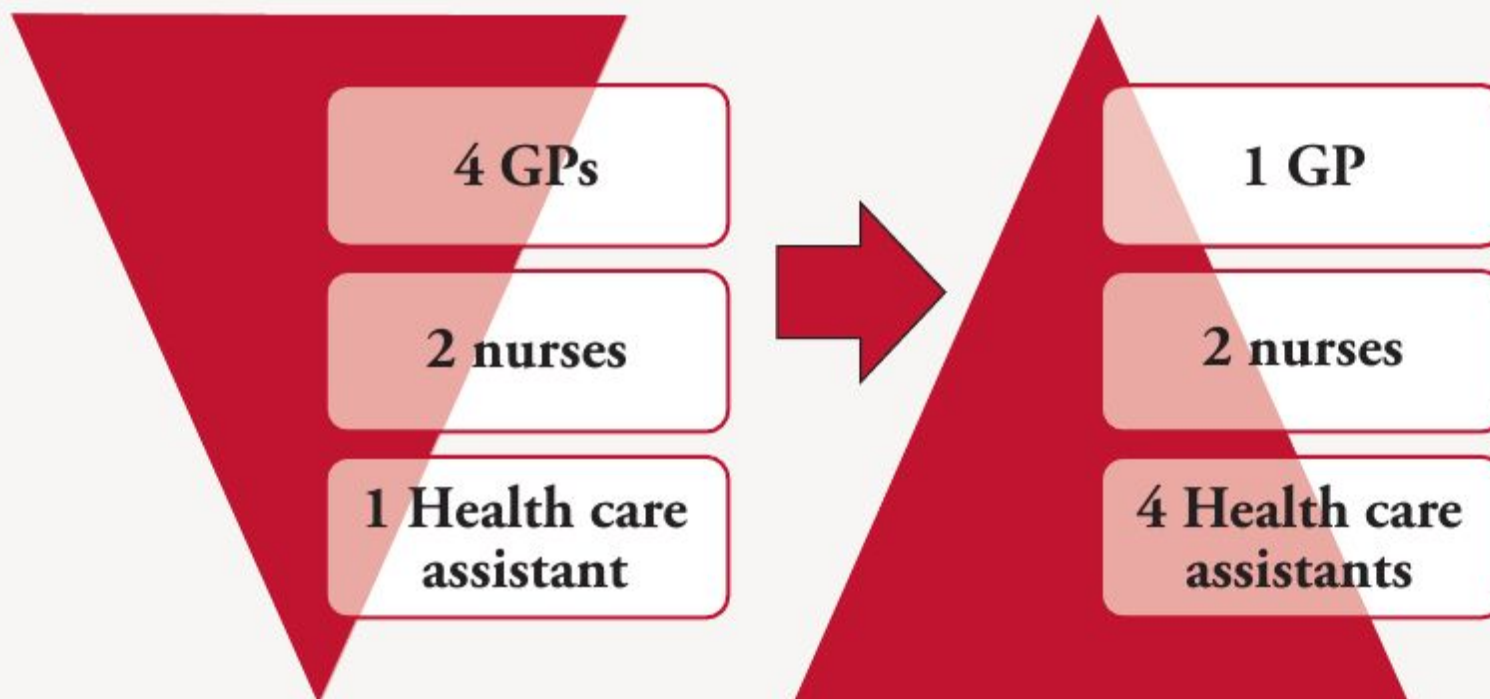
**MMG/PLS**

**AIL-ANTNF**

**FISIOTERAPISTA**



Figure 12.2: Yorkshire and Humber – ‘Toblerone Model’



***Conferenza  
Internazionale sulla  
Primary Health Care  
Alma-Ata, URSS,  
6-12 settembre 1978***





La PHC comincia ad essere considerata anche nei paesi in sviluppati.

# Le caratteristiche della Primary Health Care 8A e 3C

**Appropriatezza** (Appropriateness) degli interventi

**Disponibilità** (Availability) di risorse materiale e strutturali

**Adeguatezza** (Adequacy) rispetto al contesto

**Accessibilità** (Accessibility) al sistema

**Accettabilità** (Acceptability) sociale e culturale dell'attività che si sta promuovendo

**Sostenibilità** (Affordability) in un sistema a risorse finite

**Valutabilità** (Assessability) degli interventi

**Responsabilità** (Accountability) nella gestione delle risorse

**Completezza** (Completeness) fa riferimento alla presa in carico di tutti gli aspetti di un problema di salute (dalla prevenzione alla diagnosi precoce, trattamento, follow up, riabilitazione, palliazione)

**Comprensività** (Comprehensiveness) cioè che si prende cura di tutti i problemi di salute della persona e della comunità, non solo di quelli sanitari

**Continuità delle Cure** (Continuity)

# Principi PHC

- **Partecipazione comunitaria:** sviluppo e valorizzazione delle risorse della comunità, engagement della comunità.
- **Utilizzo di tecnologie appropriate:** adatte al contesto; accettabili da parte delle persone coinvolte nell'assistenza o assistite; sostenibili.
- **Coordinamento intersettoriale:** integrazione con tutti gli attori che hanno o possono avere un ruolo nella promozione della salute e prevenzione delle patologie (servizi sanitari, sociali, scuola, amministratori, associazioni ecc)
- **Equa distribuzione delle risorse:** concentrare le risorse dove maggiori sono i bisogni di salute delle persone e non dove i bisogni di salute si adattano ai servizi

# Dal punto di vista del Medico

In Inghilterra...



- 1920 Dawson Report

Livello assistenziale di base. **Primary Health Centres:** *“istituzioni equipaggiate con servizi curativi e preventivi diretti dai Medici di Famiglia di quel distretto”*

- 5 Luglio 1948 National Health Service

Tutti i cittadini britannici hanno accesso gratuito ai servizi di Primary Care:

**Family Health Services Authority:** Medici di Famiglia, Dentisti, Optometristi, Farmacisti di comunità

**District Health Authority:** servizi sanitari di comunità erogati da infermiere, assistenti sanitarie, fisioterapisti.

# Dal punto di vista del Medico

**5 Luglio 1948 National Health Service**



**Tre principi guida:**

Incontrare i bisogni di ognuno

Gratuità nel punto di erogazione del servizio

Basato sul bisogno clinico, non sulla capacità economica

# Dal punto di vista del Medico

## J. Tudor Hart (1927-2018) – UK GP

- Impegno politico e sociale, pratica e ricerca clinica
- Dal 1961 “medico dei minatori” a Glyncorrwg
- Pioniere della “Medicina di iniziativa”



“Professionally, **the most satisfying and exciting things have been the events that have not happened**: no strokes, no coronary heart attacks, no complications or diabetes, no kidney failure with dialysis or transplant. This is the real stuff of primary medical care.”

*A new kind of Doctor 1988*



# Dal punto di vista del Medico

J. Tudor Hart (1927-2018) – UK GP



- Continuità delle cure
- Clinical Audit
- Accessibilità



# Dal punto di vista del Medico

JTH et al. *Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community* BMJ 1991

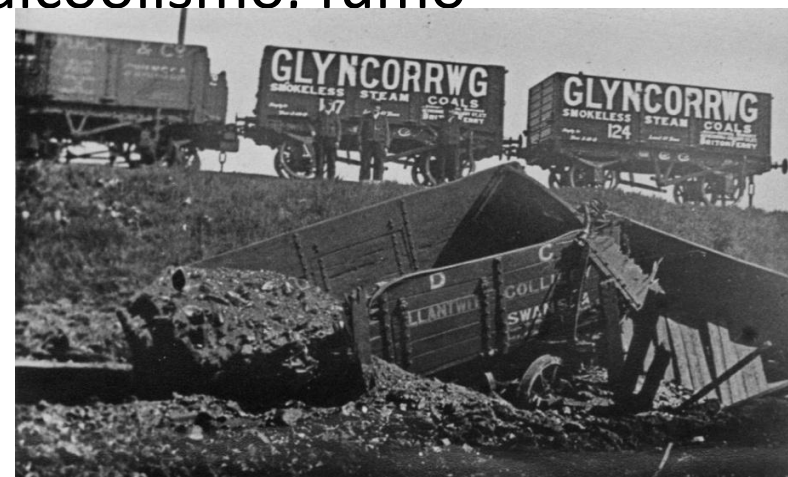
- 1964-1987
- Popolazione 1800 + 558†
- Screening/Audit  
IPTA, DM, patologie respiratori, obesità, alcoolismo. fumo

- Risultati

FUMATORI MASCHI 61% □ 36%

FUMATORI DIABETICI 44% □ 12%

PAO 186/110 □ 146/84



# Le Cure Primarie: cenni di storia...

JTH et al. *Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community* BMJ 1991

## MORTALITA'

TABLE VI—*Social deprivation ranking in 55 wards of West Glamorgan, age standardised mortality ratios,\* and actual and expected deaths in subjects aged <65, Aber/Blaengwynfi and Glyncoerrwg, 1981-6*

	Aber/Blaengwynfi	Glyncoerrwg
Townsend deprivation score	4.83	3.91
Rank/55 wards	51.55	48.55
Standardised mortality ratio:		
All ages	135.6	97.6
<65	160.1	93.5
Deaths at age <65:		
Actual	48	21
Expected	30	22

\*England and Wales = 100.

# Dal punto di vista del Medico

## Stati Uniti...

- 1966 “Folson Report”, “Millis Report”, “Willard Report”

Definiscono le funzioni della moderna **Family Medicine**:

1. Medico personale che rappresenti il punto di ingresso nel sistema sanitario
2. Set completo di servizi: valutativi, preventivi, clinici generali
3. Responsabilità continua verso il pz, coordinamento dell'assistenza per garantire la continuità delle cure
4. Operare nei confronti degli individui avendo presenti i bisogni di una comunità
5. Assistenza appropriata dei bisogni fisici-psicologici-sociali nel paziente nel contesto della famiglia e della comunità

Cure Primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali. AAVV. 2019.

# Le Cure Primarie: cenni di storia...

## **Barbara Starfield (1932-2011)**

Health Policy and Management Professor  
J. Hopkins Bloomberg School of Public Health



Il Ruolo delle Cure Primarie nei sistemi sanitari

Il Ruolo delle Cure Primarie nella gestione delle malattie croniche

Maciocco G. Le cure primarie secondo Barbara Starfield Saluteinternazionale.info  
2011

# Dal punto di vista del Medico

Barbara Starfield (1932-2011)



## Il Ruolo delle Cure Primarie nei sistemi sanitari:

Maggiore è la “forza” del sistema di Cure Primarie migliore è la salute della popolazione, l’equità in salute e più bassi sono i costi.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinant of health: an international perspective. Health Policy 2002

Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of primary care to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1970-1998. HSR 2003

# Dal punto di vista del Medico

Barbara Starfield (1932-2011)



Il Ruolo delle Primary Health Care nei sistemi sanitari:

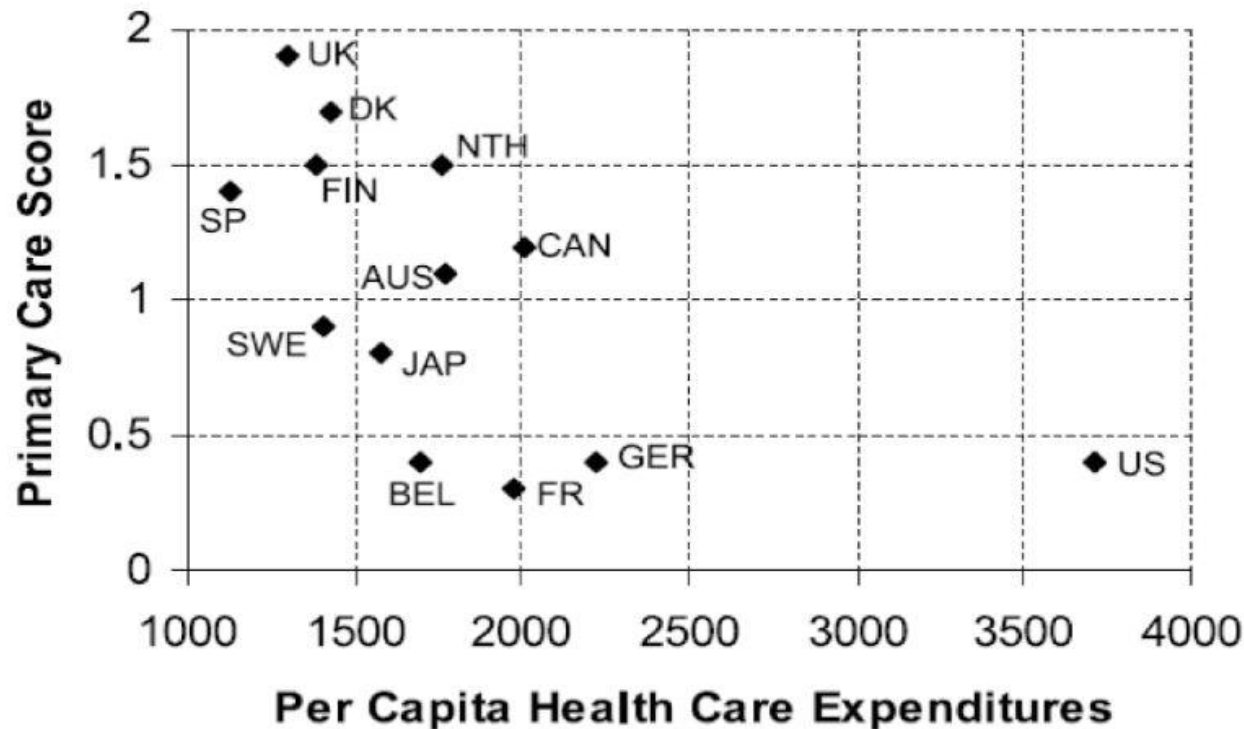


Fig. 2. Primary care score vs. health care expenditures, 1997.

# Dal punto di vista del Medico

Barbara Starfield (1932-2011)



Il Ruolo della PHC nella gestione delle malattie croniche

COSTI  
SANITARI

MULTIMORBIDITA'  
VULNERABILITA' SOCIALE



*Person-focused vs Disease-focused*

Necessità di Linee Guida orientate alla cura della persona e non della malattia

Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011





EDITORIAL

Open Access

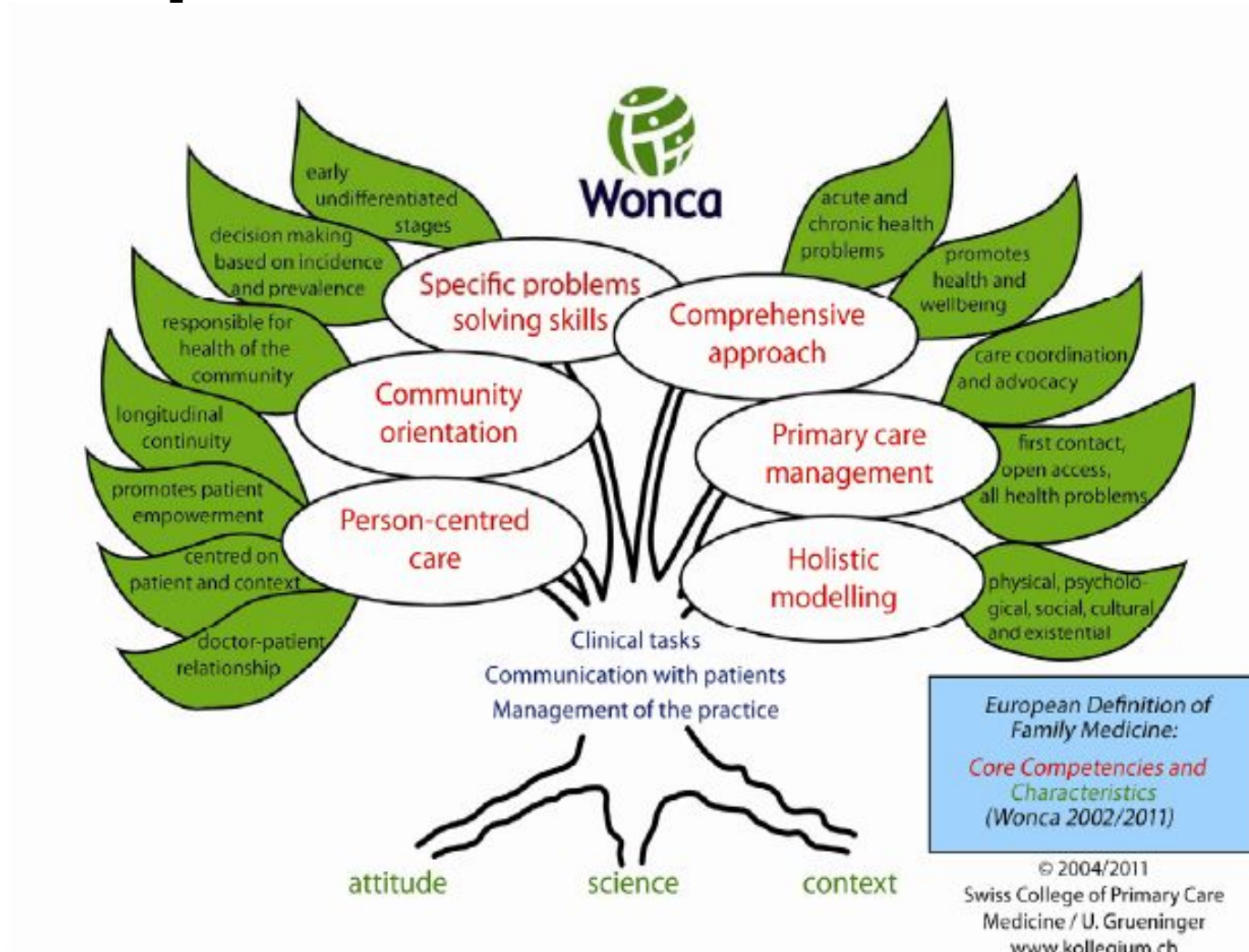
## The hidden inequity in health care

Barbara Starfield

“(...) i medici di famiglia dovranno continuare a **battersi per sistemi sanitari basati sulla primary health care, perché è l’unica speranza di aumentare l’equità attraverso interventi medici appropriati.** Questi hanno una responsabilità ancora più grande, ovvero quella di **attirare l’attenzione sulla follia dell’erogare le cure malattia per malattia.** (...)”

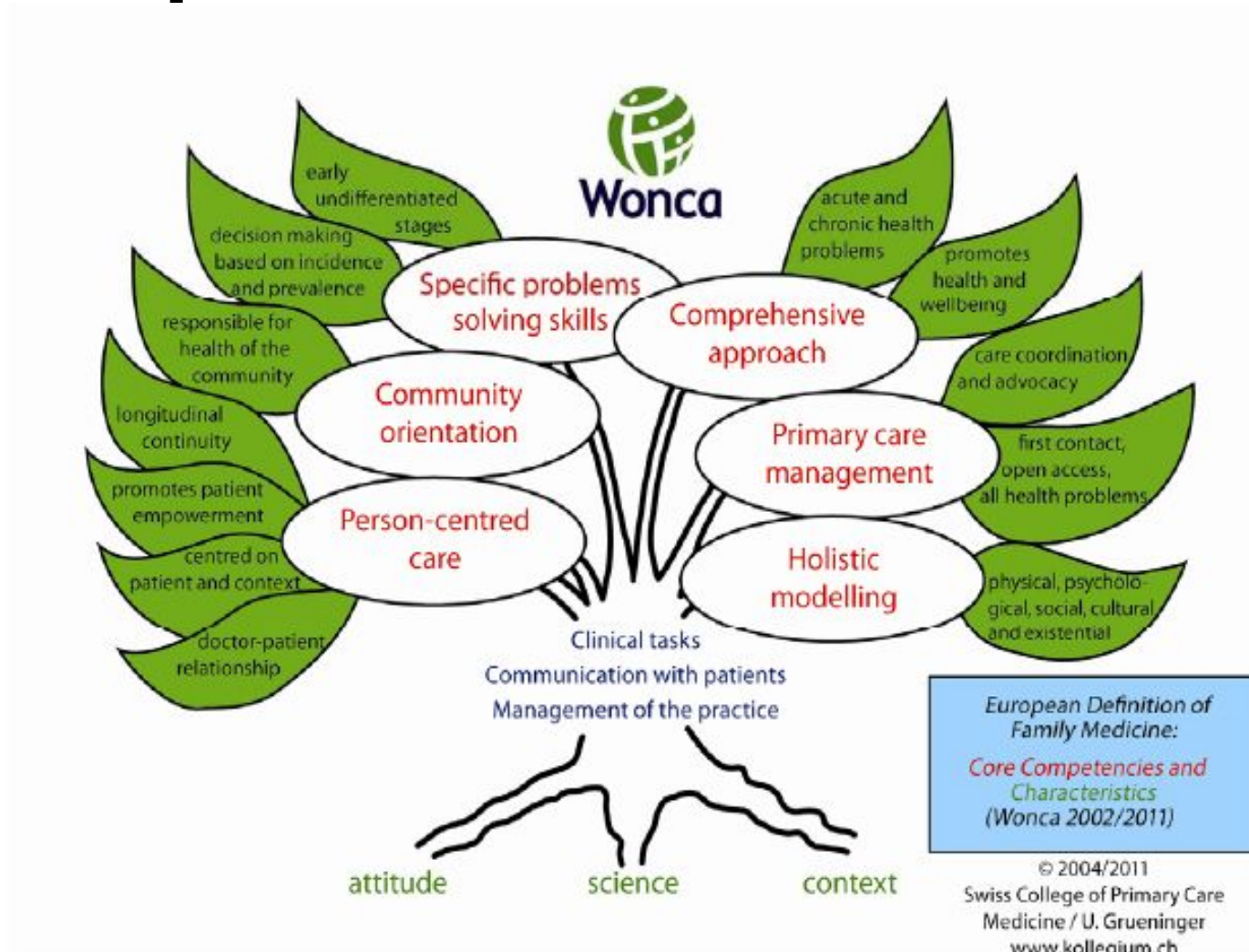
E’ tempo che i medici di cure primarie assumano la guida nel **traghetto l’assistenza sanitaria dove serve: nella cura dei pazienti e delle popolazioni e non nella cura delle patologie”**

# La risposta della MDFC



L'ALBERO WONCA  
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie  
(riveduto nel 2011)

# La risposta della MDFC



L'ALBERO WONCA  
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie  
(riveduto nel 2011)

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Dalla conferenza viene stilata la famosissima dichiarazione di Alma Ata, una vera e propria pietra miliare per la PHC.

La dichiarazione di Alma Ata è una bomba! Grande visione, profilo etico e migliori conoscenze tecniche tutto insieme!

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



L'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo ma anche all'interno delle nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale e rappresenta una preoccupazione comune a tutti i paesi.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Lo sviluppo economico e sociale, basato su un Nuovo Ordine Economico Internazionale, è di importanza fondamentale per raggiungere appieno la salute per tutti e per ridurre il divario tra lo stato di salute dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati. La promozione e la tutela della salute delle persone è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita e alla pace mondiale.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.



ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.

## L'assistenza sanitaria primaria:

riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità; essa si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica; affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione; comprende almeno: l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un sistema di

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori. A questo scopo, sarà necessario esercitare una volontà politica, mobilitare le risorse del paese e usare razionalmente le risorse esterne disponibili.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutte le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria curato dall'OMS e dall'UNICEF costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo.

ALMA-ATA 1978

# PRIMARY HEALTH CARE



WHO UNICEF



Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo può essere raggiunto entro l'anno 2000 grazie a un migliore e più completo uso delle risorse mondiali, una parte considerevole delle quali è oggi destinata agli armamenti e ai conflitti militari. Un'autentica politica di indipendenza, di pace, di distensione e di disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere ben destinate a scopi pacifici e in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico: all'assistenza sanitaria primaria, come parte essenziale di tale sviluppo, dovrebbe essere assegnata una quota adeguata delle risorse rese disponibili.

# Breve discussione in piccoli gruppi

1. Elencare almeno cinque parole / concetti chiave.
2. Riportare le parole / espressioni non chiare.
3. Individuare parole / messaggi “assenti”.

# Primary Health Care (PHC)

1. Che cos'è
2. Da dove viene
3. **Come (e perché) è cambiata**
4. Quale il suo futuro





James Grant

# Bellagio Conference Center



Robert S. McNamara



Ford Foundation

*“Selective Primary Health Care”*



<b>Caratteristica</b>	<b>SELECTIVE</b>	<b>COMPREHENSIVE</b>
<b>Scopo principale</b>	Affrontare una specifica malattia – focus tecnico	Migliorare le condizioni generali di salute della comunità e dei singoli individui ( <i>Salute per tutti</i> )
<b>Settori coinvolti</b>	Concentrazione sul settore sanitario	Coinvolgimento degli altri settori
<b>Strategie</b>	Priorità quasi assoluta all'aspetto curativo	Strategia comprensiva con un approccio curativo, riabilitativo, preventivo e di promozione della salute
<b>Programmazione e strategia di sviluppo</b>	Programmi esterni, spesso “globali”, con scarso adattamento alle circostanze locali	Locale e che riflette le priorità della comunità - professionisti <i>'on tap not on top'</i>
<b>Partecipazione</b>	Coinvolgimento limitato con esperti esterni	Partecipazione che parte dalle forze interne alla comunità, che identifica i propri problemi di salute e ne detiene il controllo

# Primary Health Care (PHC)

1. Che cos'è
2. Da dove viene
3. Come (e perché) è cambiata
4. **Quale il suo futuro**

# Qualche barlume di luce all'orizzonte (1)

## **WHO Ottawa Charter (1986)**

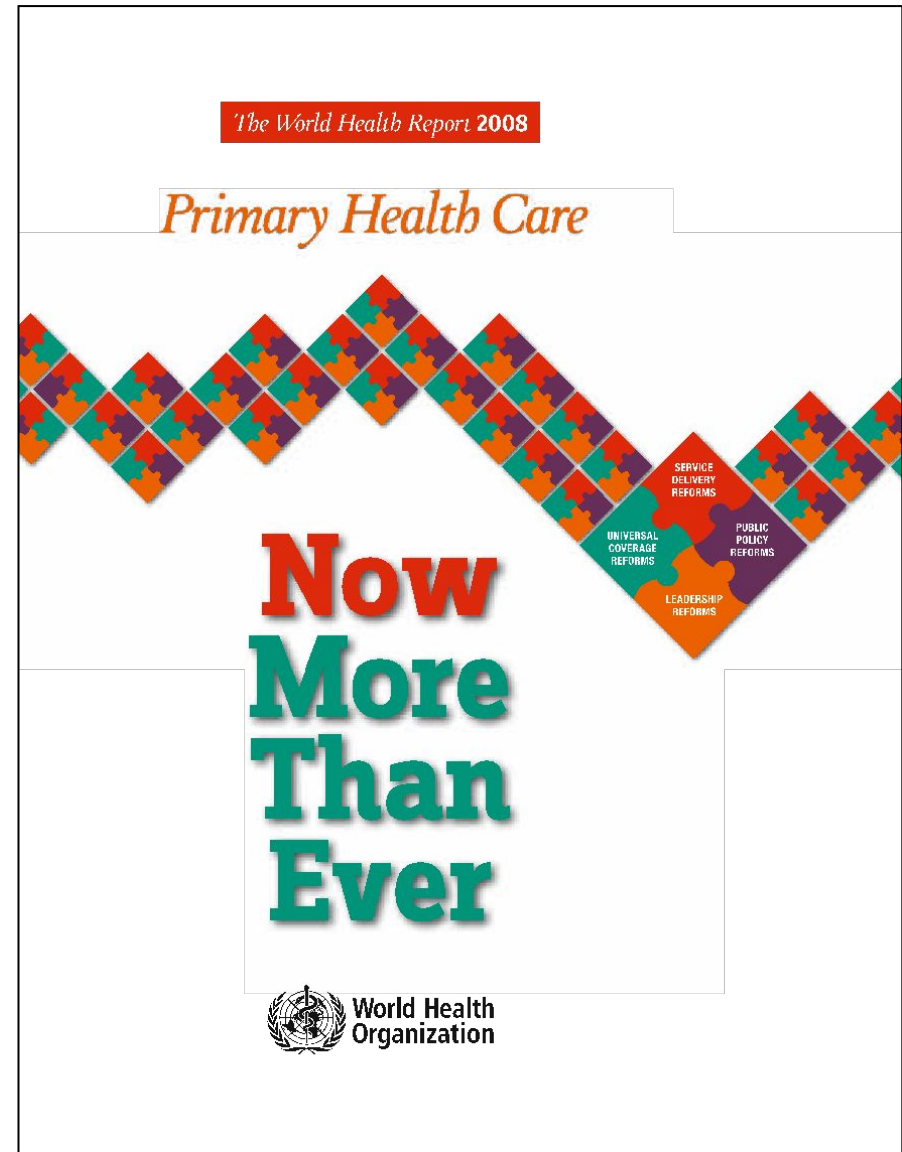
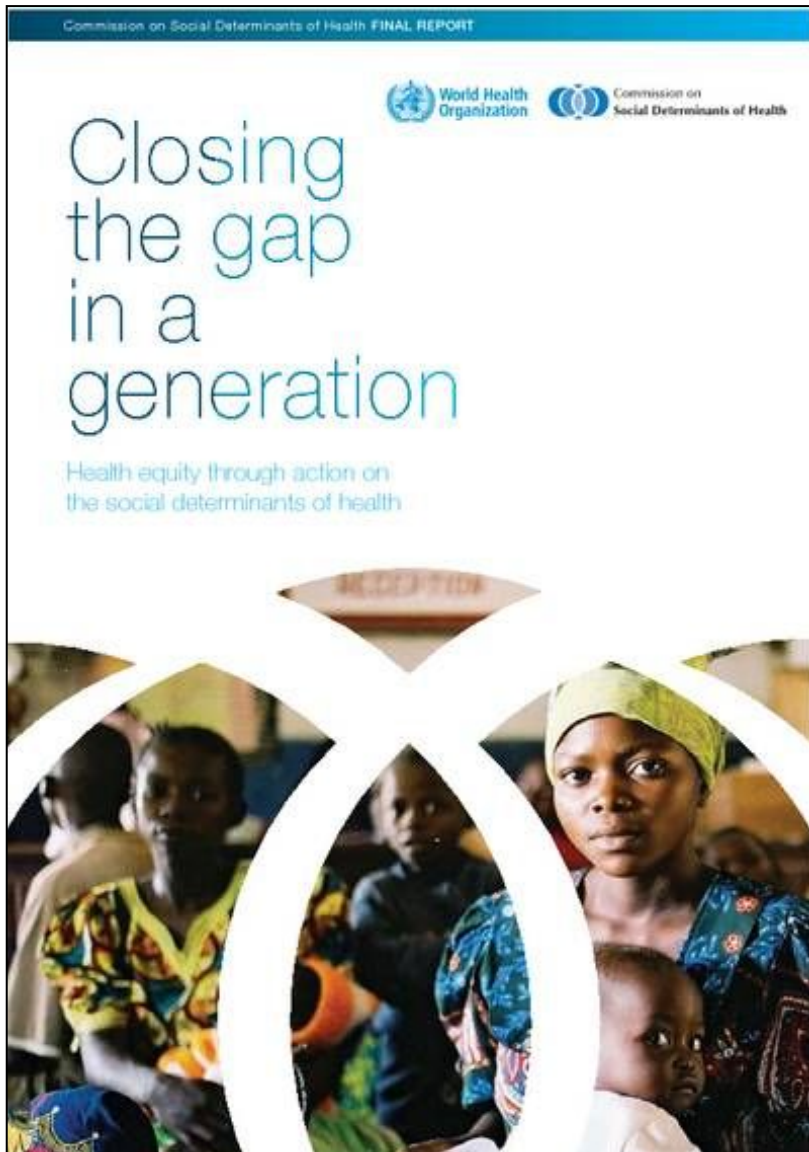
- Promuovere politiche pubbliche che tutelino la salute
- Creare contesti capaci di offrire sostegno
- Rafforzare l'azione della comunità
- Sviluppare le capacità personali
- Riorientare i servizi sanitari

## Qualche barlume di luce all'orizzonte (2)

*“La disuguaglianza, la povertà, lo sfruttamento, la violenza e l'ingiustizia sono alla base delle malattie e della morte delle persone povere ed emarginate. Salute per tutti significa che potenti interessi devono essere affrontati, ...e che le priorità politiche ed economiche devono essere drasticamente cambiate”*  
(People's Health Charter Preamble)



# Qualche barlume di luce all'orizzonte (3)



# Le differenze tra sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie

## **Sistema Ospedaliero**

Intensività assistenziale  
Orientato alla produzione di prestazioni  
Presidia l'efficienza  
Tende all'accentramento attraverso economie di scala  
Punta all'eccellenza

## ***Primary (Health) Care***

“Estensività” assistenziale  
Orientata alla gestione di processi assistenziali (e ...)  
Presidia l'efficacia e i risultati  
Tende al decentramento (partecipazione)  
Punta all'equità

L'integrazione tra i due sotto-sistemi deve comunque avvenire attraverso la costruzione di una unica “rete assistenziale”

# Cooperazione o competizione?

“L’adozione del concetto di **rete integrata** per la programmazione della rete dei servizi del SSR rende **incompatibile l’uso di un regime di competizione fra le singole unità produttive**

Ad esse infatti viene richiesta reciproca cooperazione all’interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità assistenziale di loro specifica competenza

L’adozione di un modello basato sulla cooperazione funzionale tra i diversi erogatori consente una utilizzazione della risorsa umana e professionale **fortemente indirizzata alla integrazione e al lavoro in team**, irrealizzabile in un sistema competitivo”

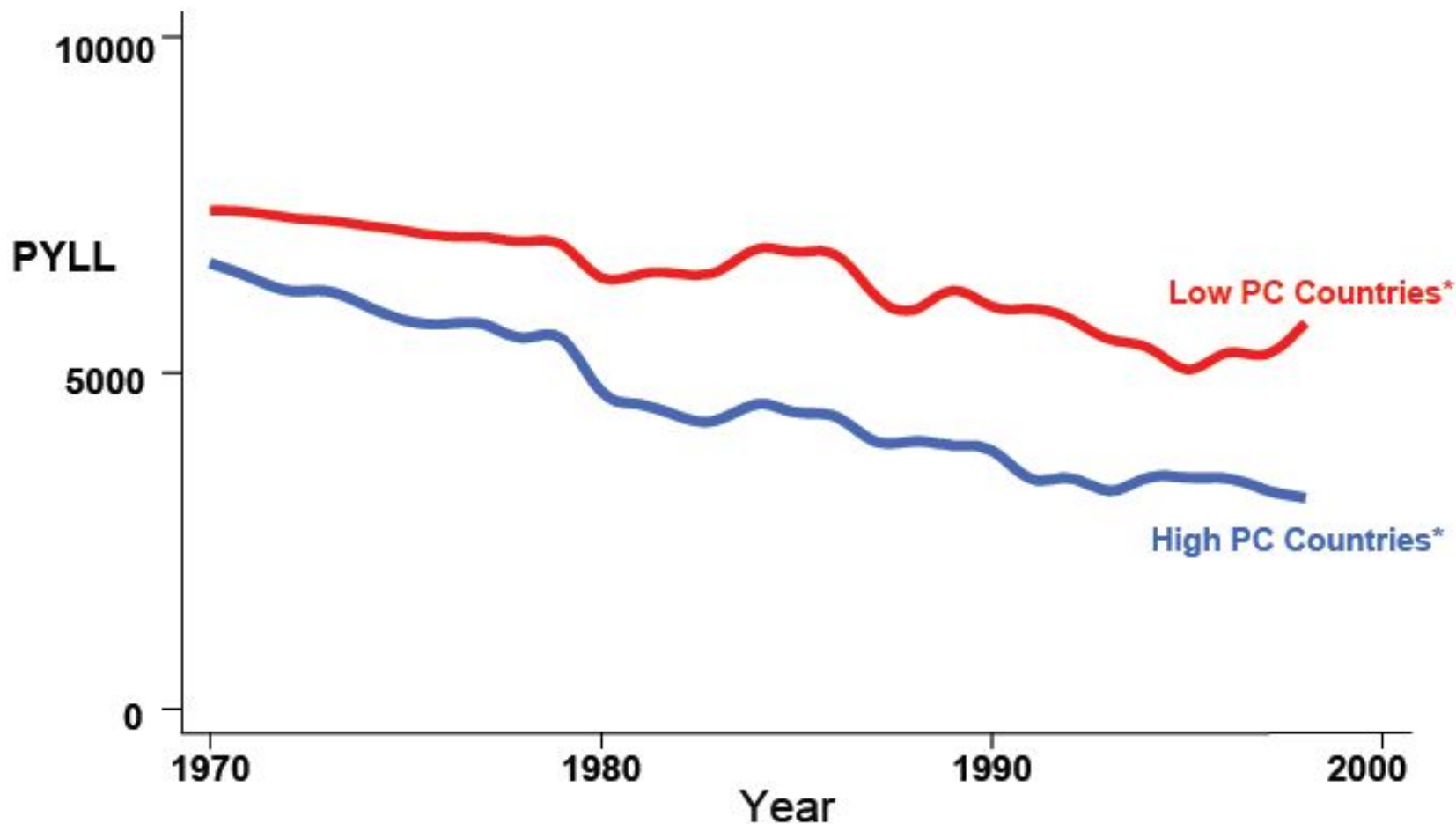


# Perché la PHC è importante?

- Migliori risultati in salute
- Costi minori
- Maggiore equità nella salute

Sources: Starfield and Shi, Health Policy 2002; 60:201-18.  
van Doorslaer et al, Health Econ 2004; 13:629-47.  
Schoen et al, Health Aff 2005; W5: 509-25.

# Primary Care Strength and Premature Mortality in 18 OECD Countries



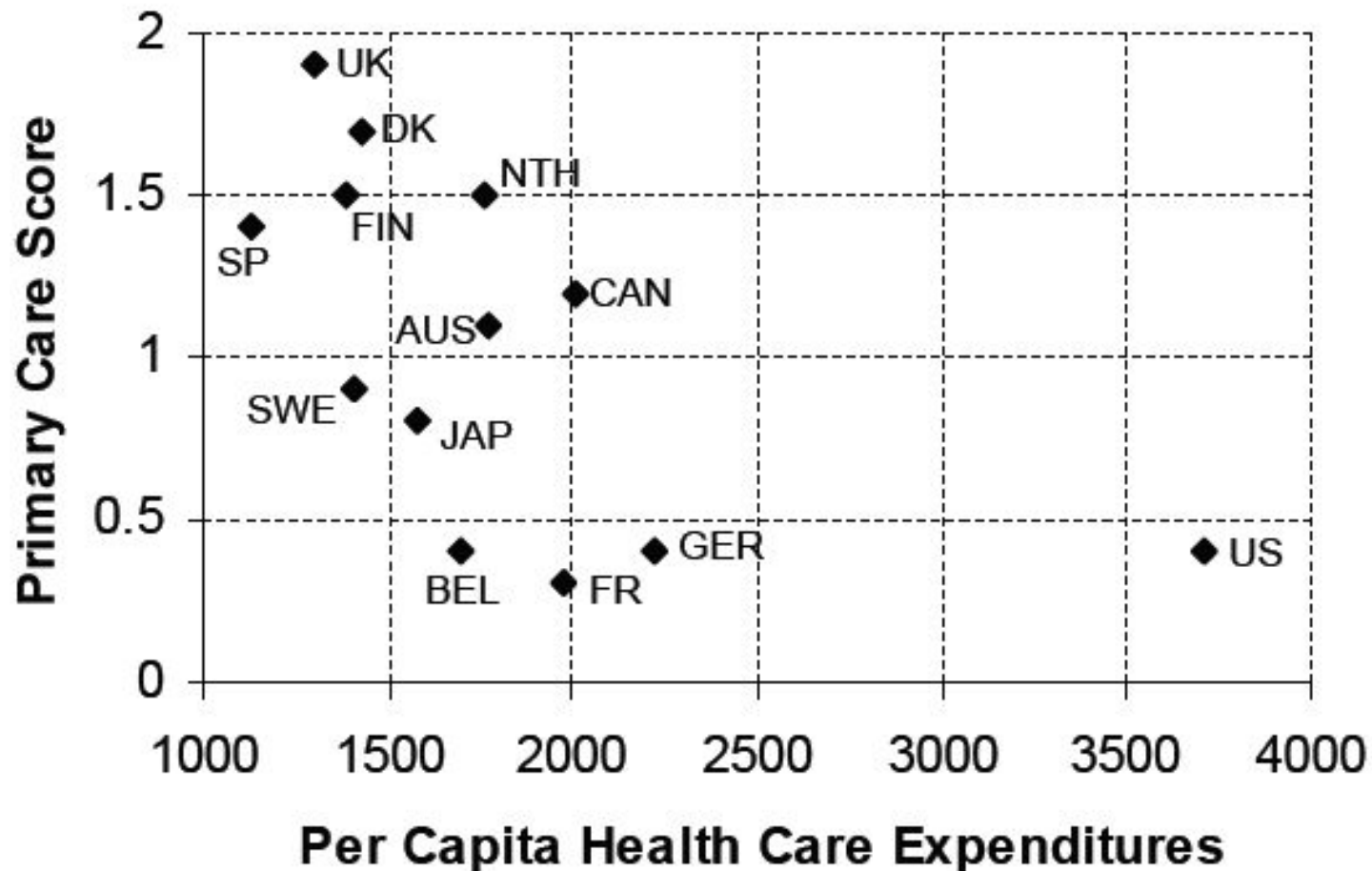
\*Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use.  $R^2(\text{within})=0.77$ .

Source: Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

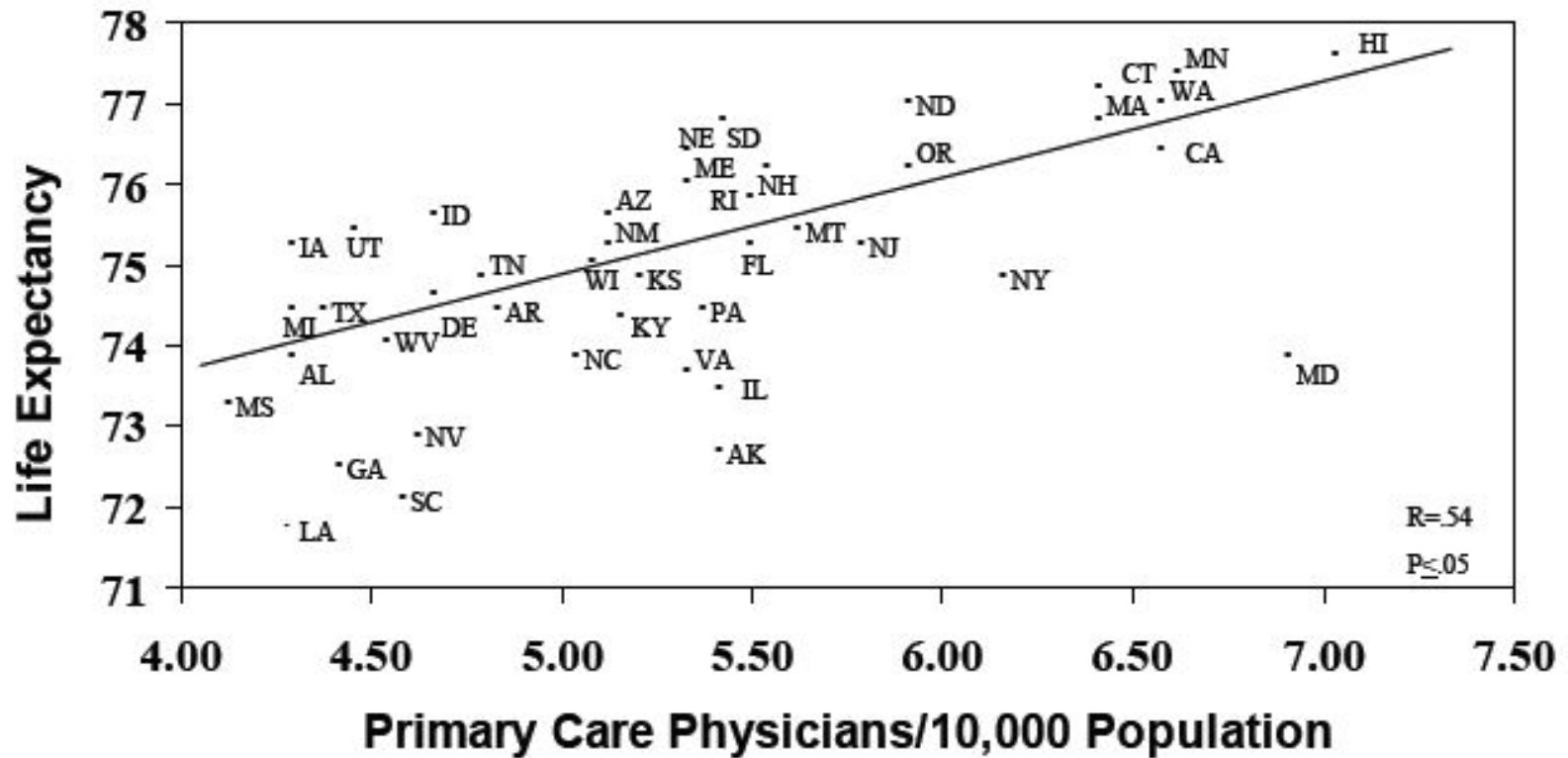
Starfield 11/06  
IC 3496 n

# Primary Care Score vs. Health Care Expenditures, 1997

---



# State Level Analysis: Primary Care and Life Expectancy



# SSN - Prima del 1978/1

- **Medico provinciale**, alle dipendenze del ministero della sanità, vigilava sulle istituzioni sanitarie
- **Ufficiale sanitario** del comune, alle dipendenze del sindaco, si occupava di profilassi delle malattie infettive, di igiene dell'ambiente, degli alimenti, dei luoghi di lavoro
- **Medici condotti**, convenzionati o meno con gli istituti mutuo-previdenziali: garantivano l'assistenza diretta
- **Enti Mutualistici o Casse Mutue** (INAM, ENPAS, ENPEDEP, Artigiani, commercianti,...)

# SSN - Prima del 1978/2

- **Ospedali:** livello più alto di attività assistenziale diagnostico-terapeutica. Nel **1968** con la **legge Mariotti** inizia un processo di profonda trasformazione degli ospedali con la costituzione degli Enti Ospedalieri (abbandono del concetto di enti di assistenza e beneficenza) e l'affidamento alla regione della direzione effettiva degli stessi

# SSN - Prima del 1978/3

Negli anni Settanta nascono i **Consorzi socio-sanitari**, i primi enti ad occuparsi di *promozione della salute* (igiene pubblica, consultori, medicina del lavoro, ecc) e non solo di *cura della malattia*.

# Art. 32 Costituzione

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ...”

E' con la legge di riforma sanitaria del 23.12.1978 n.**833** che viene data effettiva e concreta attuazione al dettato costituzionale di cui all'art. 32, risalente a 30 anni prima.



# Riforma sanitaria: Legge 833/1978

## **Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN):**

Fondato sui principi di

- *Universalità,*
- *Finanziamento dalla tassazione generale,*
- *Comprensività,*
- *Gratuità al punto di uso*

**Istituzione delle Usl,** le nuove istituzioni sanitarie periferiche, e soppressione degli Enti ospedalieri, che diventano parte integrante delle USL stesse. Le USL hanno il compito di gestire l'ospedale e i servizi sul territorio

## 2^ riforma sanitaria: D.L. 502/1992

- **Costituzione delle Aziende sanitarie (Asl e Aziende Ospedaliere)**, dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'AUSL è di norma insistente su tutto il territorio provinciale. Da essa si "staccano" alcuni ospedali di rilievo nazionale e ad alta specializzazione, divenendo indipendenti e costituendo un'azienda a parte (AO)

- **Si decide di investire sul livello regionale che diventa il cuore del sistema sanitario**

# Direttore di Distretto

**Produzione**

**Responsabile Dipartimento  
Cure Primarie**

**Comitato di Dipartimento**

**Direzione Infermieristica  
Dip Cure Primarie**

**M.O. Assistenza Farmaceutica**

**U.O.  
Pediatria di  
comunità e  
salute donna**

**U.O.  
Medicina di  
base**

**U.O.  
Specialistica  
ambulatoriale**

**U.O.  
Assistenza  
residenziale  
e semiresid.**

**COORDINATORE**

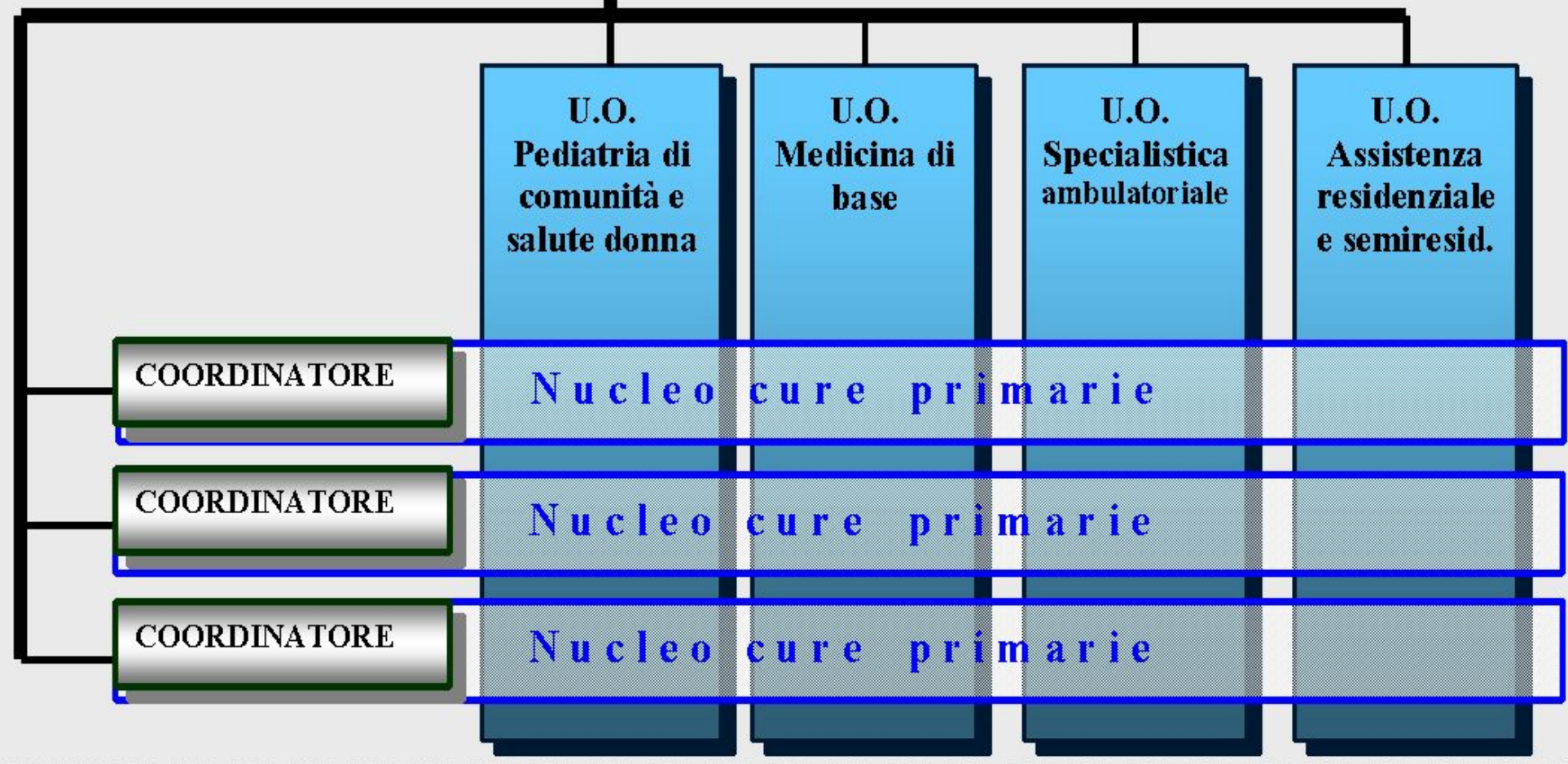
**Nucleo cure primarie**

**COORDINATORE**

**Nucleo cure primarie**

**COORDINATORE**

**Nucleo cure primarie**



# La medicina del territorio: Il Distretto

- Il **distretto** come il **punto di incontro** tra domanda di salute dei cittadini ed offerta di cure, benessere e nuova socialità;
- Il **distretto** come **spazio per l'integrazione** tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale.

Committenza

Direttore di Distretto

Produzione

Responsabile Dipartimento  
Cure Primarie

Comitato di Dipartimento

Direzione Infermieristica  
Dip Cure Primarie

M.O. Assistenza Farmaceutica

U.O.  
Pediatria di  
comunità e  
salute donna

U.O.  
Medicina di  
base

U.O.  
Specialistica  
ambulatoriale

U.O.  
Assistenza  
residenziale  
e semiresid.

COORDINATORE

Nucleo cure primarie

COORDINATORE

Nucleo cure primarie

COORDINATORE

Nucleo cure primarie

# Organizzazione delle Cure Primarie

*Il Dipartimento è articolato in **Nuclei di Cure Primarie (NCP)***



IL NCP rappresenta il **fulcro delle Cure Primarie**, lo strumento organizzativo per assicurare il miglioramento dell'assistenza.

Consente di raggiungere un più **razionale utilizzo delle risorse** sanitarie presenti sul territorio, erogare un'assistenza h 24 e facilitare l'integrazione con i servizi sociali dei comuni.



Nei NCP lavorano  
insieme:



# Dalla Primary Medical Care alla Primary Health Care

Da		Verso
	Focus	
Malattia Cura		Salute Prevenzione, assistenza, cura
	Contenuti	
Trattamento Problemi episodici Problemi specifici		Promozione della salute Continuità delle cure Assistenza globale
	Organizzazione	
Specialisti Medici che lavorano da soli		Medici di famiglia Con il supporto di altro personale Costituzione in team
	Responsabilità	
Settore sanitario autonomo Dominanza delle professioni Ricezione passiva dei pazienti		Collaborazione intersettoriale Partecipazione comunitaria Auto-responsabilità



# Cure Primarie: cosa sono

- Rappresentano il **primo incontro del cittadino** con la rete dei servizi sanitari, di solito nella figura del medico o del pediatra di famiglia, il cui compito è accompagnare la persona lungo tutto il percorso assistenziale, ricomponendo attorno a lei tutte le opportunità di offerta.
- Sono la **risposta organizzativa** idonea ad un quadro epidemiologico mutato, ad attese diversificate ed alle attuali compatibilità economiche e di sistema.
- Sono erogate dal **DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE**

# Organizzazione delle Cure Primarie

Il **Dipartimento di Cure Primarie**, presente in ciascun Distretto, porta ad unitarietà le attuali funzioni di:

- Assistenza medica di base
- Assistenza pediatrica di base
- Assistenza pediatrica di comunità
- Assistenza specialistica extra-ospedaliera
- Assistenza domiciliare
- Assistenza consultoriale
- Assistenza sanitaria in regime residenziale o semi-residenziale per anziani o disabili
- Assistenza farmaceutica, secondo un processo integrato con il Dipartimento farmaceutico

# Cure primarie: i valori guida

- ✓ Centralità della persona
- ✓ Continuità della cura
- ✓ Integrazione tra proposte assistenziali, sociali e sanitarie del territorio
- ✓ Integrazione delle risorse del territorio
- ✓ Appropriatelyzza
- ✓ Domiciliarità

## Le “Case della Salute” in Emilia-Romagna Report conclusivo, Novembre 2013



*“La scelta di realizzare la Casa della Salute nasce dall’idea forte che i cittadini possano avere una **sede territoriale di riferimento** alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una **certezza di risposta** concreta, competente e adeguata ai diversi **bisogni di salute e di assistenza**. La Casa della Salute rappresenta, inoltre, un contesto nel quale attuare interventi di prevenzione e di promozione della salute”*

# Un grande obiettivo: La Casa della Salute



La Casa della salute comporta l'erogazione in una stessa sede fisica di **prestazioni sanitarie e sociosanitarie**, l'offerta attiva di **percorsi terapeutico-assistenziali** e di **percorsi di salute (?)**, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'**unitarietà** e l'**integrazione** dei diversi setting di cura.

# La Casa della Salute

ha il compito di:



- Assicurare un **punto unico** di accesso ai Cittadini
- Garantire la **continuità assistenziale** h24, 7 giorni su 7
- Organizzare e **coordinare le risposte** da dare al cittadino
- Rafforzare **l'integrazione con l'ospedale** soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- Migliorare la **presa in carico integrata** dei pazienti con problemi di patologie croniche
- Sviluppare programmi di **prevenzione** rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- Promuovere e valorizzare la **partecipazione** dei cittadini
- Offrire **formazione permanente** agli operatori

# La casa della salute: *partecipazione della comunità'*



- Diretta o attraverso i rappresentanti nella definizione dei **bisogni di salute** e nella elaborazione del PAT
- Consultazioni per definire “**cosa**” e “**come**” produrre in termini di servizi e prestazioni necessarie alla comunità;
- **Verifica** dell’efficacia degli interventi e gli esiti
- **Auto gestione** delle malattie croniche