

DALLA MEDICINA REATTIVA ALLA MEDICINA D'INIZIATIVA, ALLA MEDICINA DI POPOLAZIONE

Si prospetta un grande cambiamento e una grande opportunità per la libera professione dell'infermiere grazie agli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento dei quali, è necessario fare prioritariamente dei passi in avanti fondamentali per creare le condizioni propedeutiche alla realizzazione di quanto di seguito riportato

- Vi è da fare un primo passo prioritario senza il quale non si va da nessuna parte: diffondere la cultura del professionista autonomo, eh si, all'interno della categoria stessa. In alcune aree geografiche sembra per certi versi, esserci ancora nostalgia del vecchio Mansionario, abrogato (225/1974) con la nascita della L. 42/1999, per diverse ragioni e non per ultimo per carenza di risorse umane. Il punto emergente comunque, sta nel fatto che ancora vige un comportamento assistenziale/organizzativo, espressione di non coesione professionale oltre che un certo scoramento determinato dalla non consapevolezza del proprio valore professionale. Bisogna crederci! Credere in se stessi e insieme, non a chi rincorre solamente poltrone, farsi sentire nelle sedi opportune con proposte costruttive per contribuire ad apportare quei cambiamenti oggi più che mai necessari.
 - Siamo forti e competenti!
- Un secondo passo è quello di cercare di definire il perimetro del rapporto medico-infermiere che non sempre, negli ultimi 25 anni, è stato privo di criticità. Sovente si sono creati vere e proprie ostilità a testimonianza che il perimetro delle competenze sia ancora lontano dall'essere espressione di una condivisione concreta. Ancora esiste una sovra ordinazione sia professionale che organizzativa dove, specie in alcune aree geografiche, si sfiora ancora un aspetto ancillare come nel passato. Diversi interventi a vario titolo si sono messi in campo per far acquisire l'indispensabilità di un infermiere autonomo per quanto di competenza ma qualche categoria ha opposto sempre obiezioni tali da andare a discutere di competenze in ambito giuridico con sentenze diverse e diversificate che non hanno portato risvolto significativo generale come si è verificato con il comma 566 della legge 190/2014 ostacolata dai medici e che ha dimostrato una chiusura a qualsiasi innovazione per timore di perdita di prestigio se non di potere.
[Rapporto medico-infermiere, perimetro fluido e non sempre sereno | Sanità24 - Il Sole 24 Ore](#)
- Ultimo passo e non per importanza è quello di sensibilizzare la collettività al fine di far loro prendere consapevolezza di come sia indispensabile la figura dell'infermiere in tutto il percorso assistenziale, specie nel caso specifico del libero professionista considerata la necessità dello sviluppo del territorio per rispondere alle esigenze di salute della collettività. L'infermiere è il cuore

pulsante dell'Assistenza che non si esplica solamente all'interno di una Struttura ma anche e prevalentemente sul Territorio dove l'infermiere Libero Professionista per quanto di competenza, può fare da tramite, da collante tra famiglia e Servizi offerti dalle Istituzioni di riferimento che non sempre rispondono in tempo reale al soddisfacimento dei bisogni in particolar modo in alcune aree geografiche, dove purtroppo sono carenti anche i Medici di Medicina Generale (MMG). E' ancora convinzione della collettività, considerare il medico come figura unica centrale di tutto il Processo di cure e che l'infermiere funge da corollario come espressione di manovalanza. Urge cambio culturale al fine di prendere coscienza che senza l'infermiere, il processo del "Prendersi Cura", è "monco" specialmente in questo momento storico dove si comincia a parlare di Medicina della Popolazione.

- Insieme si può. Come disse a suo tempo qualcuno in America: "WE CAN". Proviamo a staccarci dai vecchi canoni e cominciamo a camminare con consapevolezza a fronte di un traguardo da raggiungere in interdipendenza e integrazione che non si possono concretizzare se prima non si abbattono i confini intra-professionali prima e inter-professionali dopo. Intra-gruppali prima, inter-gruppali dopo

Solo così si può valutare quali strategie operative mettere in campo per il raggiungimento degli obiettivi della Riforma come di seguito

[Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\) - Ministero dell'Economia e delle Finanze \(mef.gov.it\)](https://www.mef.gov.it/it/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-pnrr)

Riforma dell'assistenza territoriale fa parte del Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 5 Inclusione e Coesione , .. , più sostegni alle persone vulnerabili, non autosufficienti e con disabilità; e Missione 6 Salute **con Componente: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

Una nuova strategia per il Sistema Sanitario Nazionale

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze. E' una riforma che mira a dare voce a chi voce non ha avuto in passato e non ha ancora adesso. Dare voce a persone fragili soggette a sistemi complicati e complessi che non riescono a dare risposte adeguate ai loro bisogni espressi e inespressi.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria consentirà al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee.

Diversi e complessi sono gli obiettivi del Piano ma noi dobbiamo identificare la modalità di intervento attraverso il nostro operato che avrà un "Senso" se si

riuscirà ad avere quei contatti con le Istituzioni di riferimento anche attraverso il coinvolgimento di Associazioni professionali che hanno come obiettivo lo sviluppo di quelle politiche socio-sanitarie nell'ambito della fragilità. Bisogna fare rete nella logica dell'interdipendenza. Nella parte sottostante vengono riportati gli obiettivi della Riforma. L'infermiere in questo quadro di progettualità, può trovare spazio. Uno spazio che potrà/dovrà conquistarselo e per farlo dovrà essere attore partecipativo nei tavoli utili a definire un modello organizzativo nuovo contestualizzato al proprio territorio. La contestualizzazione presuppone conoscenza del proprio territorio, conoscenza dei Servizi attualmente attivi per comprendere i punti di forza e i punti di debolezza per migliorare i quali è necessario non essere passivi rimanendo in attesa che altri facciano al proprio posto. Dobbiamo imparare a disimparare per una nuova conoscenza alla base di un nuovo agire con pensiero critico nella logica della cooperazione e quindi convergenza di obiettivi..

Obiettivi della riforma

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

Se si leggono attentamente i seguenti punti chiave della Riforma ognuno potrà identificare in quale ambito può trovare il proprio spazio come libero professionista.

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, che ridisegna funzioni e standard del Distretto. Ecco principali contenuti e standard:

- **Casa della Comunità** - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, almeno 1.038 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione

- **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
- **Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza
- **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali
- **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
- **Assistenza domiciliare** - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana
- **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio
- **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale

- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza
- **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Importante la lettura del Decreto sottostante con tutti i suoi allegati

- [Decreto 23 maggio 2022 , n. 77](#). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Scopri di più

- [Il nuovo modello di assistenza territoriale](#)

Servizi territoriali del SSN per la popolazione più vulnerabile

Nelle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e **Sicilia** saranno investiti, attraverso il Programma Nazionale Equità nella Salute, 625 milioni di euro per:

- l'attivazione di centri di prossimità contro la povertà sanitaria e azioni di educazione sanitaria;
- il potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale e promozione di interventi integrati in collaborazione con servizi sociali e terzo settore;
- il rafforzamento e inserimento dei consultori familiari, il potenziamento dei centri regionali per percorsi di affermazione di genere e centri clinico-assistenziali rivolti alle persone transgender e di genere non conforme;
- l'aumento della copertura degli screening oncologici.

Assistenza domiciliare

Entro il 2026 l'assistenza domiciliare sarà integrata al 10% degli over-65, anche grazie all'impiego della telemedicina.

Traguardi finali (Target)

- Arrivare ad **almeno 842.000** persone totali over 65 in assistenza domiciliare.

IL PORTALE DEDICATO AL PNRR

italiadomani.gov.it

[Agenda, governance e attuazione: un quadro d'insieme del Pnrr](#)

[Visita ItaliaDomani.gov, il portale del Pnrr](#)