



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto  
Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali



Associazione  
Direttori e Dirigenti  
Sanitari dei Distretti  
del Lazio

## **LA CASA DELLA COMUNITÀ COME OPPORTUNITÀ PER L'INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**

**LA PROPOSTA DELLA CARD LAZIO**

**MERCOLEDÌ 2 FEBBRAIO 2022, ORE 9:00 Aula Celli**

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive,  
Piazzale Aldo Moro, 5 Roma

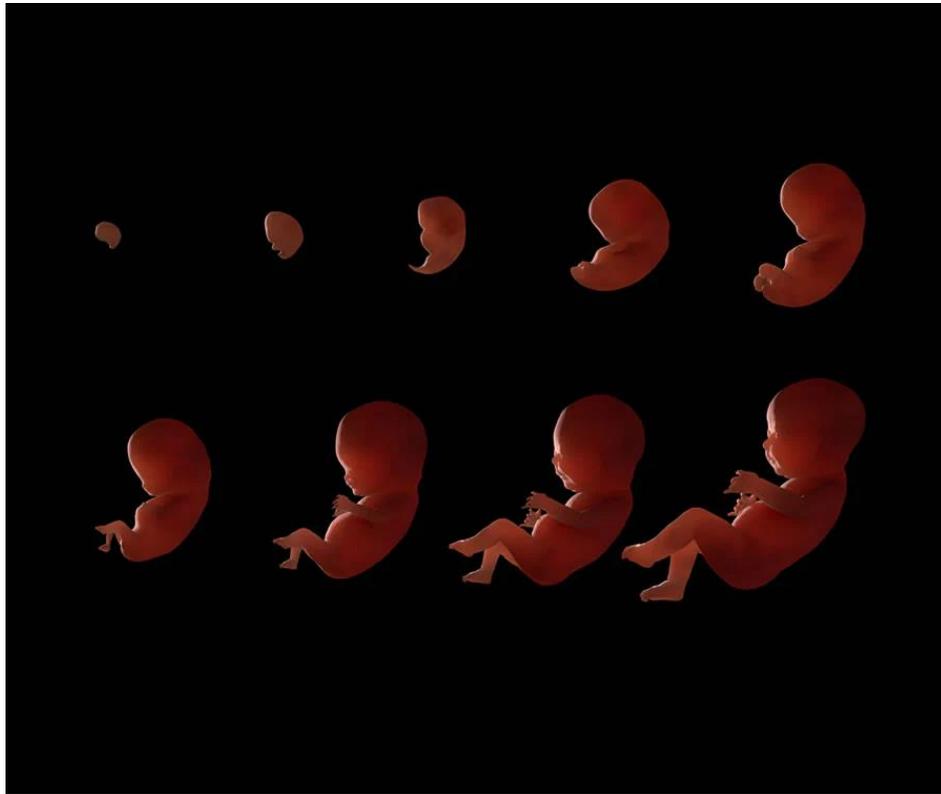
*MASSIMO MAURICI*

Ricercatore Confermato – Professore Aggregato

Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

*maurici@med.uniroma2.it*

# Casa della Salute -> Casa della Comunità



# Casa della Salute -> Casa della Comunità



**Euro 2.000.000.000**

**Circa 1.280 Case della comunità**

# Casa della Salute -> Casa della Comunità



Consiglio Direttivo della Card Lazio del 2.2.2021: istituzione del Comitato Tecnico Scientifico

# Casa della Salute -> Casa della Comunità

Costituzione del gruppo di lavoro Tecnico-Scientifico



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



CARD  
Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto  
Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali



Associazione  
Direttori e Dirigenti  
Sanitari dei Distretti  
del Lazio

**Dott. Rosario Mete, Prof. Augusto Panà, Prof. Corrado De Vito, Prof. Gianfranco Damiani,  
Prof. Massimo Maurici**

**Medici in formazione specialistica:**

**Alessandra Romani, Ludovica D'Agostino e Ambrogio Cerri – Sapienza –**

**Paola Arcaro, Alessio Perilli e Giorgio Sessa – Cattolica -**

**Elena Veneziano, Domenico Cicciarella Modica e Lorenzo Cecchetti – Tor Vergata;**





SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



Settembre 2014 formazione condivisa all'interno delle attività professionalizzanti dei *medici in formazione specialistica*

Alcuni argomenti affrontati dal gruppo di formazione condivisa:

- Ospedale per intensità di cure
- Vaccinazioni negli operatori sanitari





SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

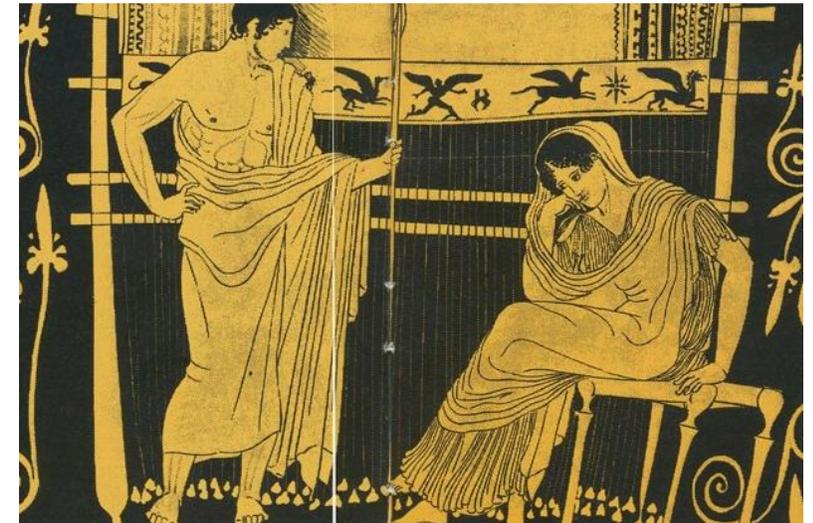


TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Il lavoro che qui si presenta ha impegnato per un anno il gruppo di lavoro.  
Prospettiva impegnativa, ambiziosa ma concreta e supportata da solide basi scientifiche

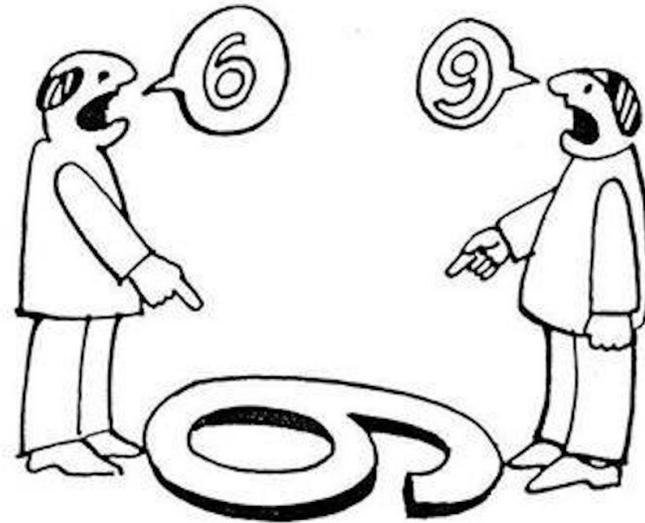


# Casa della Salute -> Casa della Comunità

**Altre realtà si stanno cimentando con la problematica organizzativa delle  
Case di Comunità**

**Economisti**

**Componente Politica e Sociale  
oltre che professionisti sanitari**



# Casa della Salute -> Casa della Comunità







SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# **Casa della Comunità come opportunità per l'integrazione dell'Assistenza Primaria**

*Dottor Ambrogio Cerri*

Medico in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva,  
Sapienza Università di Roma, Roma.

*[ambrogio.cerri@uniroma1.it](mailto:ambrogio.cerri@uniroma1.it)*

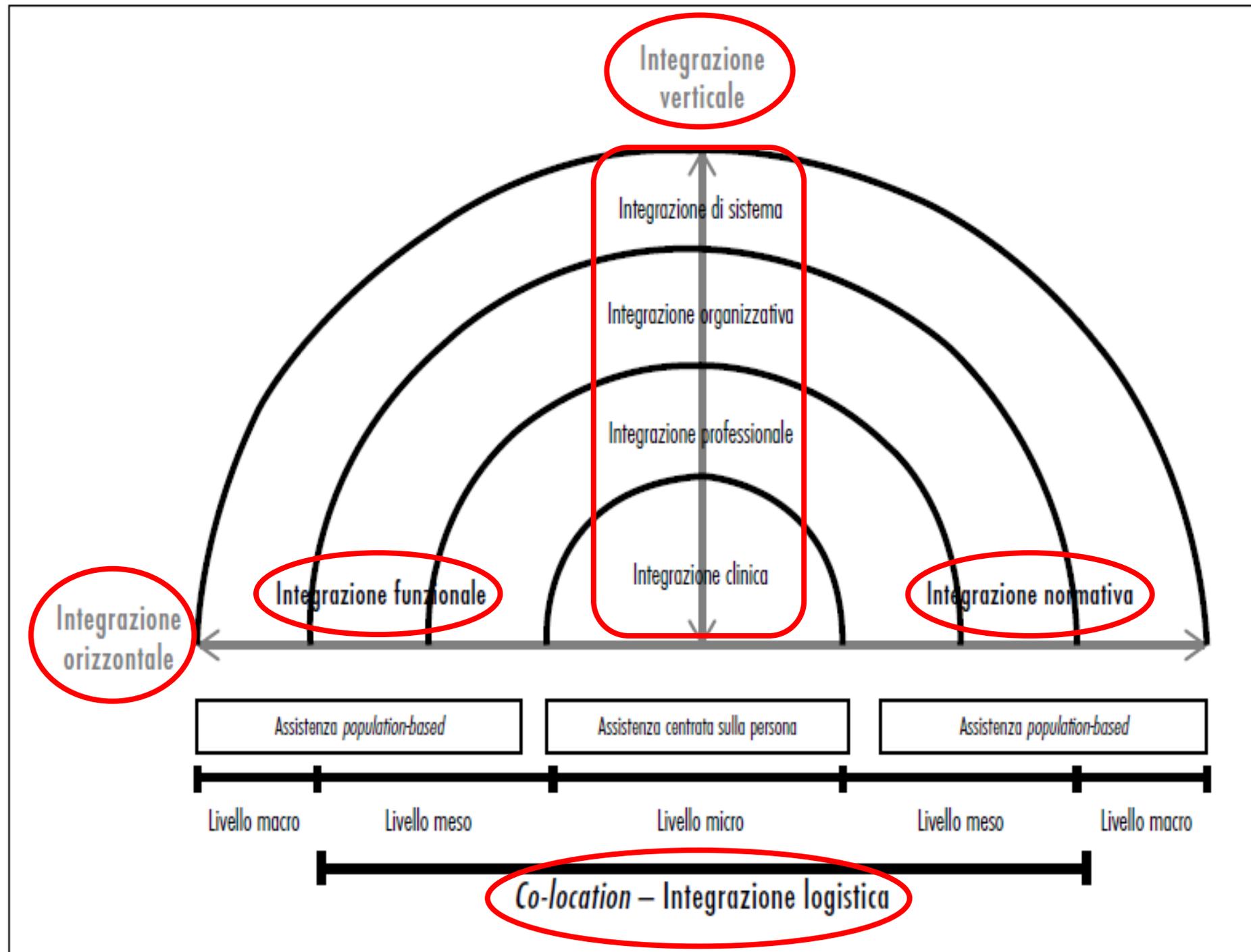


# **CONCEPT & METHODS** **dello Studio**

# SCOPING REVIEW

- Population: popolazione di primary care;
- Context: tutti i modelli internazionali di “case della salute” o strutture di co-location in primary care;
- Concept: Co-location e Integrazione dell’assistenza primaria, come previsto in tutte le declinazioni di Pim P. Valentijn.

# FRAMEWORK CONCETTUALE



Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int Integr Care*. 2013 Mar 22;13:e010. doi: 10.5334/ijic.886. PMID: 23687482; PMCID: PMC3653278.

# COMPOSIZIONE DELLA STRINGA

RISULTATI **2,053** su PubMed 05/05/2021 16h00

**P** ("Primary health care" OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary care" OR "community care") AND ("community health centers" OR "integrated primary health care centers" OR "Patient-centered Medical Homes" OR "general practitioner led health centres" OR "Centre d'Atencio Primaria" OR "Centro de salud" OR "Centro de saude" OR "Maison de sante" OR "Case della Salute") AND ("integrated care" OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh] OR "collaborative care" OR "coordinated care" OR "co-located care" OR "family centered care" OR "shared care") AND (barrier OR inhibitor OR facilitator OR enable OR management OR organization OR "Organization and administration"[Mesh]))

# CRITERI DI SELEZIONE

## CRITERI INCLUSIONE:

- Presenza di un contesto di primary care;
- Presenza di strutture analoghe alle case della salute, ovvero strutture che presentino co-location di servizi e professionisti;
- Presenza di un livello di integrazione dell'assistenza.

## CRITERI DI ESCLUSIONE:

- Lingua diversa da quella inglese e italiana;
- Articoli ritirati o duplicati, articoli non accessibili tramite accesso istituzionale o bibliotecario o con full-text non disponibile dopo richiesta diretta all'autore;
- Tipologia di studi non significativa, in quanto non descrittiva di un modello che rispetti il concept stabilito, ovvero esclusione di revisioni, editoriali, commentaries, protocolli, report, valutazioni economiche o modelli presentanti meno di 2 domini.

# PRISMA DIAGRAM

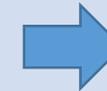
## IDENTIFICATION

Records founded through literature research in PUBMED database (n = 2053)

## SCREENING

Records identified after screening for title and abstract by 4 author (n = 568)

Records excluded by title and abstract screening (n = 1485)

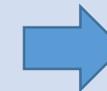


**EXCLUSION**

## ELIGIBILITY

Records identified after screening for Full-text by 5 author (n = 97)

Full-text articles excluded with reasons (n = 471)



**EXCLUSION**

## INCLUDED

Studies included in the scoping qualitative synthesis (n = 101)

Studies added through reference research and rolling research (n = 4)

# TAXONOMY

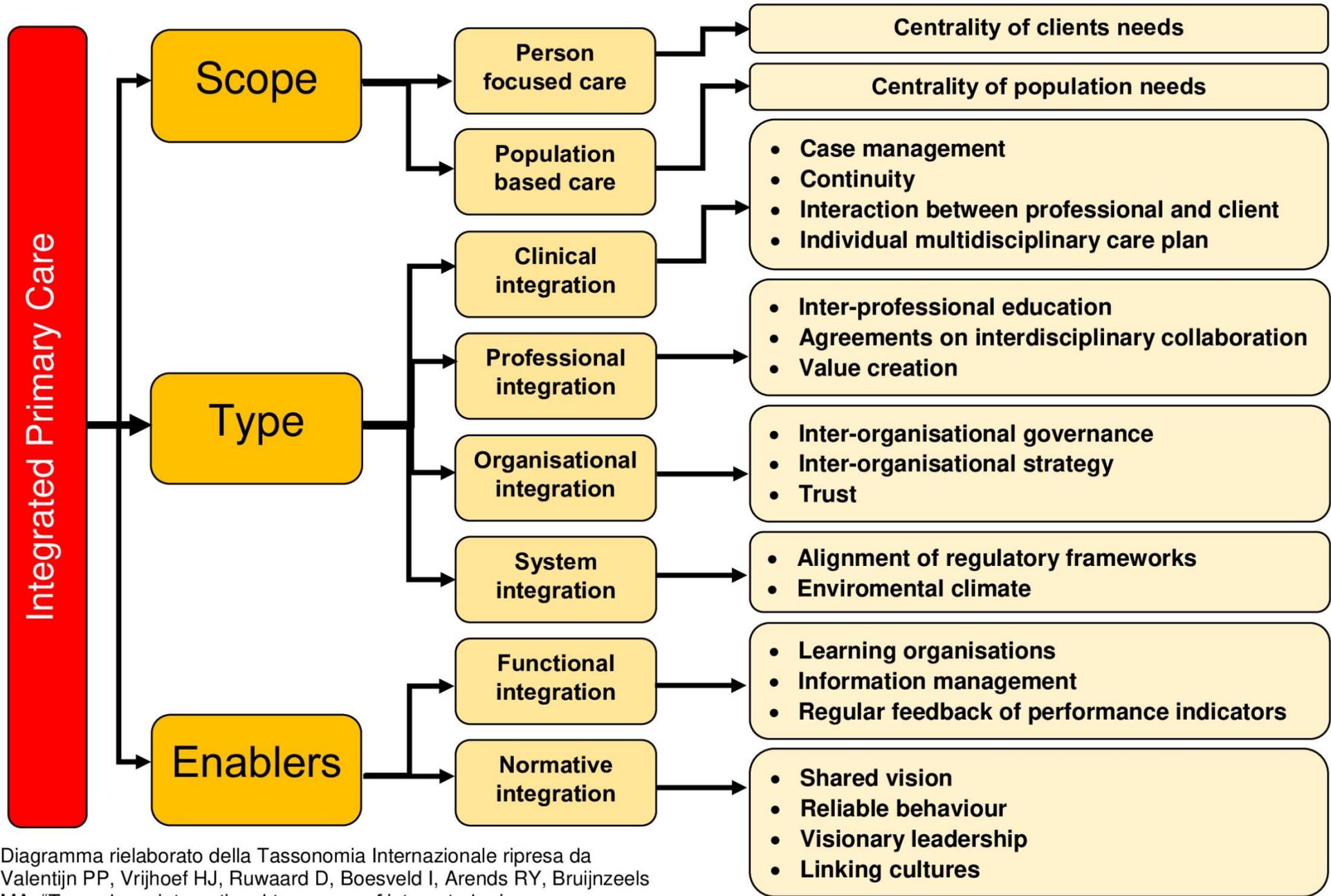
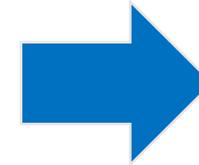


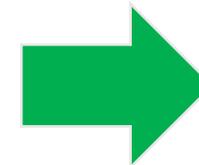
Diagramma rielaborato della Tassonomia Internazionale ripresa da Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Buijnzeels MA: "Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach". BMC Fam Pract. 2015 May 22;16:64. doi: 10.1186/s12875-015-0278-x. PMID: 25998142; PMCID: PMC4446832.

# TABELLA ESTRATTIVA

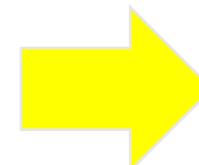
TITLE	#
AUTHOR	#
YEAR OF PUBLICATION	#
JOURNAL	#
COUNTRY	#
STUDY DESIGN	#
PROFESSIONAL TEAM	#
POPULATION TARGET	#
SAMPLE	#
AIM	#
OUTCOME	#
COMPARISON	#
MODEL TYPE	#
PERSON FOCUSED CARE	#
POPULATION BASED CARE	#
CLINICAL INTEGRATION	#
PROFESSIONAL INTEGRATION	#
ORGANISATIONAL INTEGRATION	#
SYSTEM INTEGRATION	#
FUNCTIONAL INTEGRATION	#
NORMATIVE INTEGRATION	#
EROGAZIONE DEL SERVIZIO AL DOMICILIO	#
INTEGRAZIONE CON SERVIZI ESTERNI	#
ACCESSIBILITA' AI SERVIZI	#



**Sezione Identificativa e Descrittiva degli articoli analizzati**



**Sezione Sinottica dei Domini rappresentanti i livelli di integrazione principali**



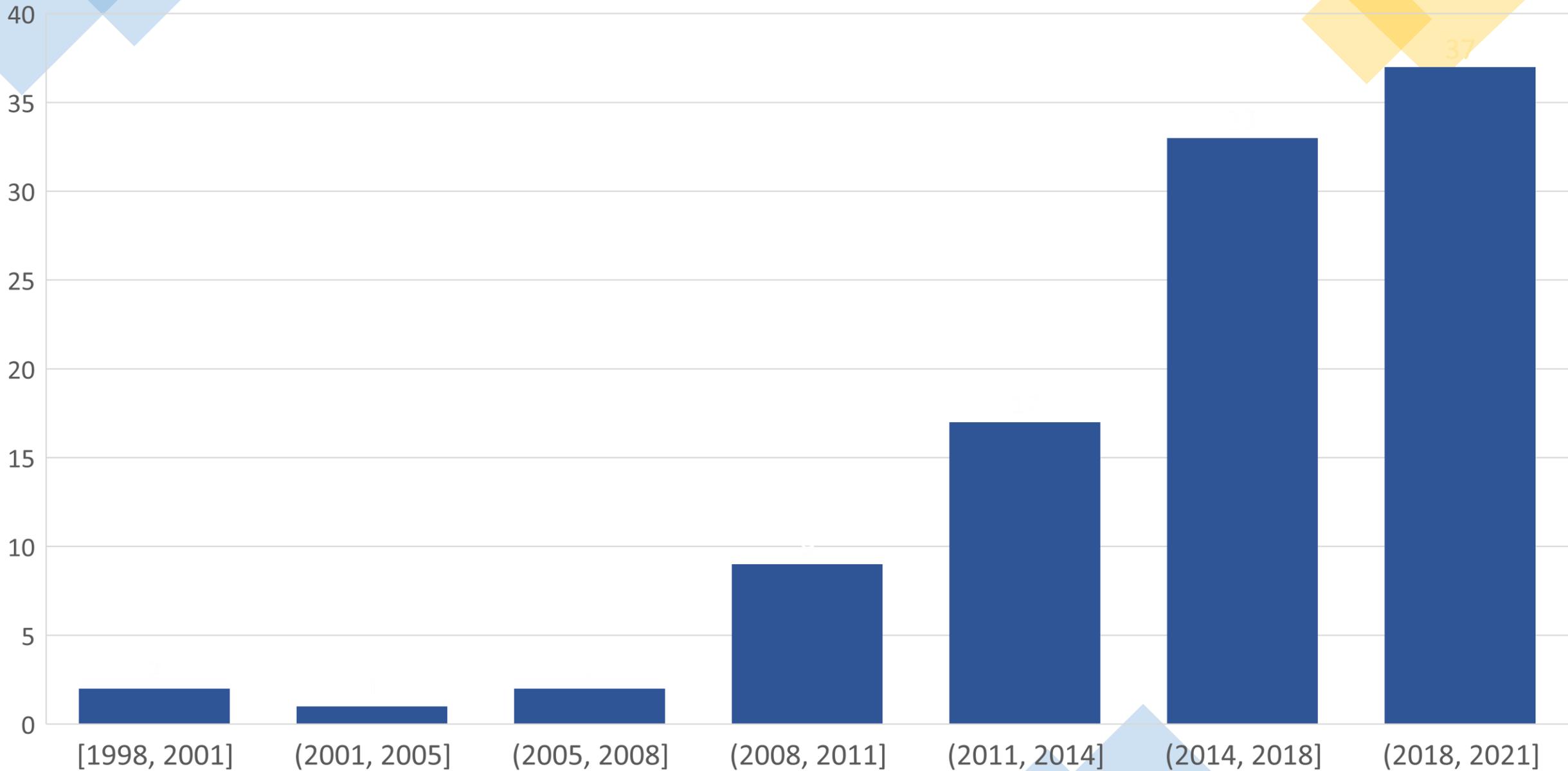
**Sezione finale concernente l'erogazione e l'accessibilità dei servizi**



# **PRELIMINARY RESULTS**

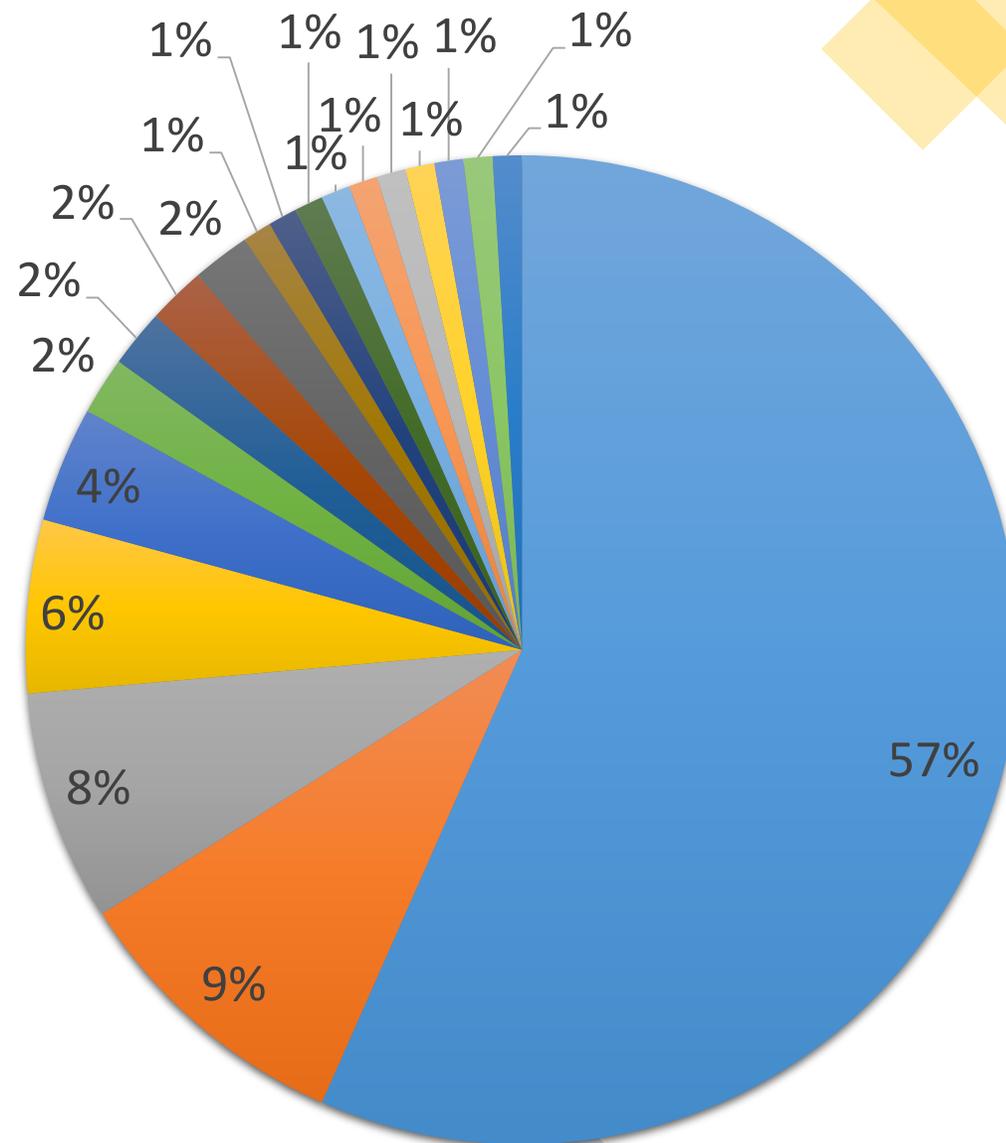


# Distribuzione degli anni di Pubblicazione degli articoli analizzati



# Origine dei Modelli esaminati per Paese

- USA
- Canada
- The Netherlands
- Australia
- Spain
- Denmark
- South Africa
- Sweden
- Italy
- Zambia
- Singapore
- China
- Slovenia
- Norway
- UK
- Korea
- Germany
- Belgio
- New Zeland



# Tipologie di Studio negli Articoli Esaminati

■ survey/interview/questionnaires/focus group

■ case study/case report

■ comparative case study

■ RCT

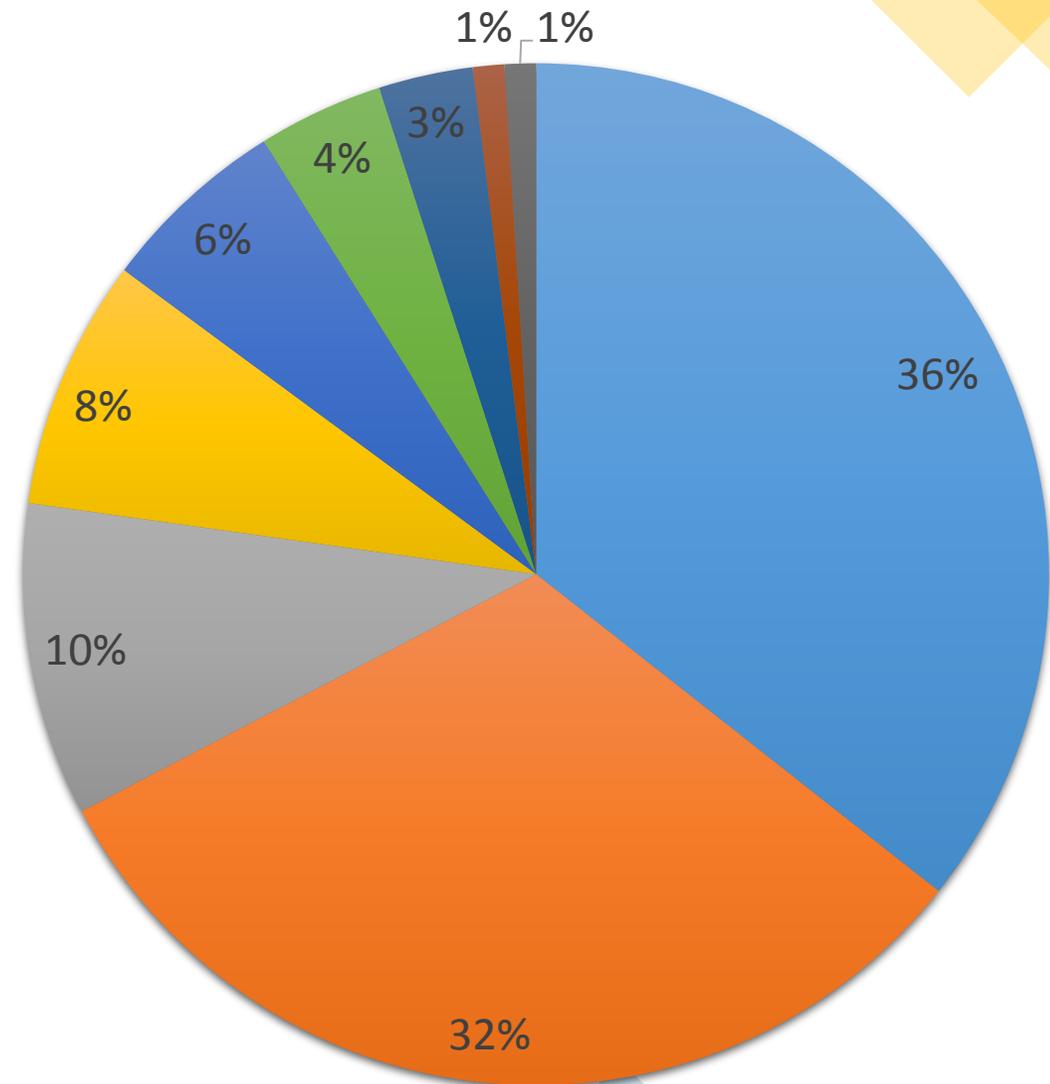
■ cross-sectional

■ cohort study

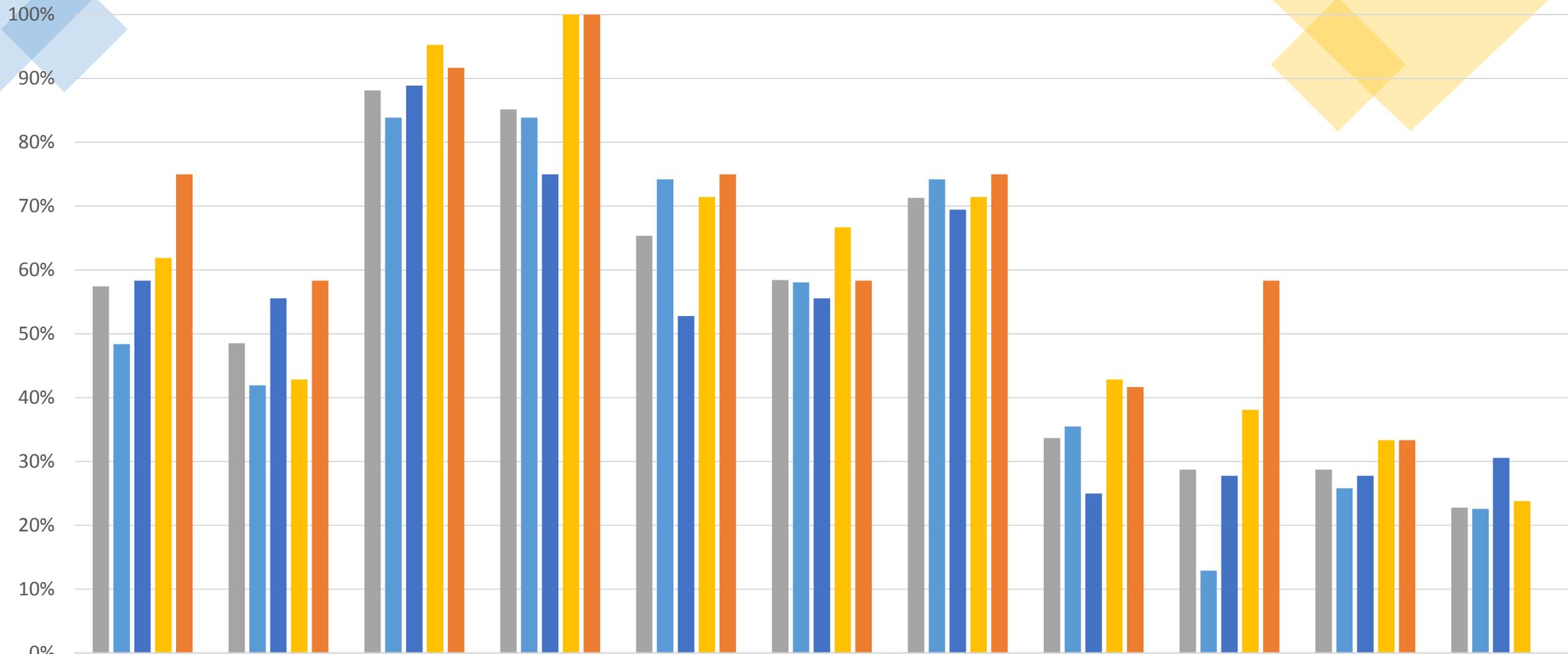
■ case control study

■ case series

■ ethnographic observational study



# Livelli di Integrazione nelle diverse fasce di Popolazione Target



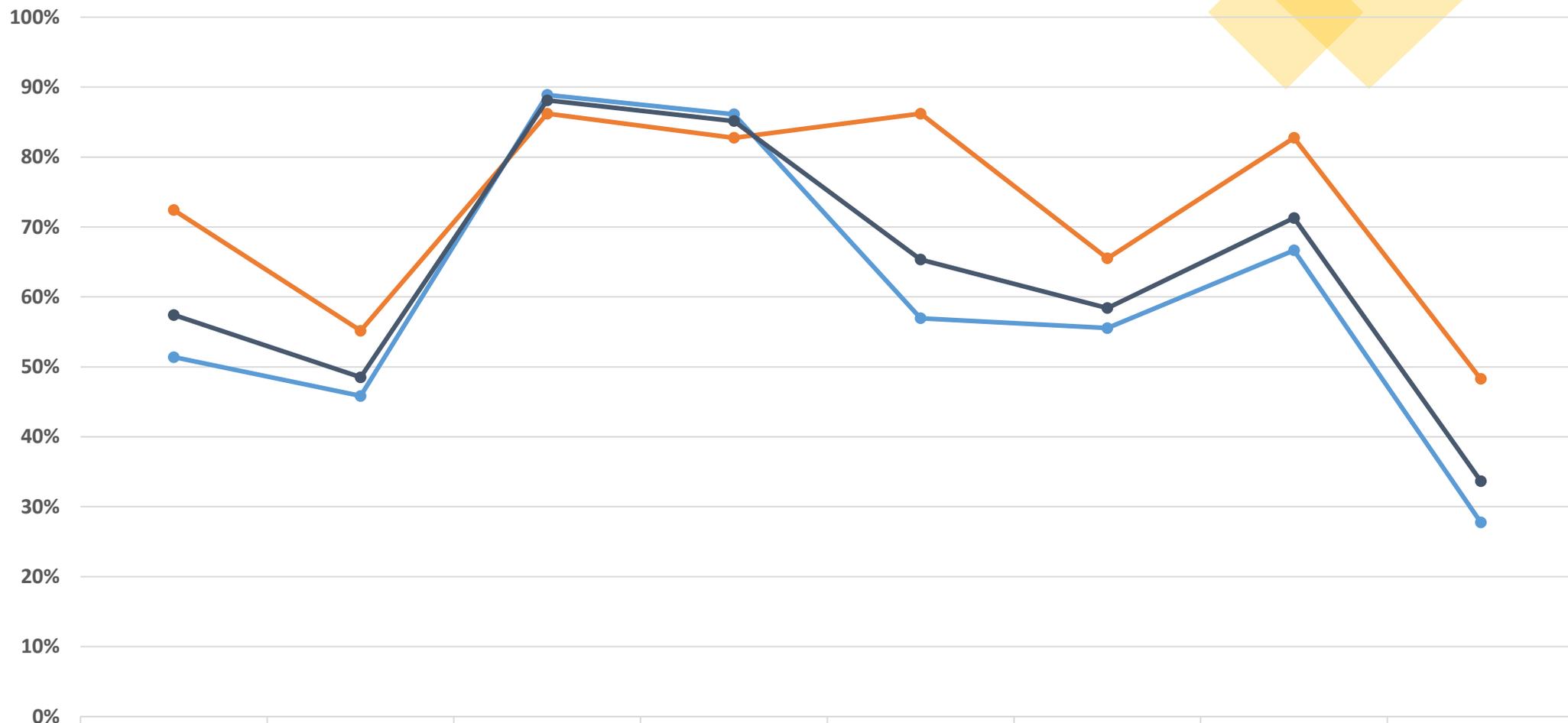
	PERSON FOCUSED CARE	POPULATION BASED CARE	CLINICAL INTEGRATION	PROFESSIONAL INTEGRATION	ORGANIZATIONAL INTEGRATION	SYSTEM INTEGRATION	FUNCTIONAL INTEGRATION	NORMATIVE INTEGRATION	EROGAZIONE DEL SERVIZIO AL DOMICILIO	INTEGRAZIONE CON SERVIZI ESTERNI	ACCESSIBILITA' AI SERVIZI
■ Popolazione Totale	57%	49%	88%	85%	65%	58%	71%	34%	29%	29%	23%
■ Popolazione Sana	48%	42%	84%	84%	74%	58%	74%	35%	13%	26%	23%
■ Cronici Semplici	58%	56%	89%	75%	53%	56%	69%	25%	28%	28%	31%
■ Cronici Complessi	62%	43%	95%	100%	71%	67%	71%	43%	38%	33%	24%
■ Cronici Avanzati	75%	58%	92%	100%	75%	58%	75%	42%	58%	33%	0%

# Differenza nei livelli di Integrazione tra Modelli in cui è presente o assente una Integrazione con Servizi Esterni

MEDIA ARITMETICA DELLA SOMMA DI TUTTI I DOMINI:

• 5,8/8

• 4,8/8



—●— presenza integrazione con servizi esterni	72%	55%	86%	83%	86%	66%	83%	48%
—●— assenza integrazione con servizi esterni	51%	46%	89%	86%	57%	56%	67%	28%
—●— livelli integrazione totali	57%	49%	88%	85%	65%	58%	71%	34%

	PERSON FOCUSED CARE	POPULATION BASED CARE	CLINICAL INTEGRATION	PROFESSION AL INTEGRATION	ORGANIZATI ONAL INTEGRATION	SYSTEM INTEGRATION	FUNCTIONAL INTEGRATION	NORMATIVE INTEGRATION
presenza integrazione con servizi esterni	72%	55%	86%	83%	86%	66%	83%	48%
assenza integrazione con servizi esterni	51%	46%	89%	86%	57%	56%	67%	28%
livelli integrazione totali	57%	49%	88%	85%	65%	58%	71%	34%

## Effetti della Co-location di professionisti senza livelli di integrazione:

- Assenza di Governance;
- Presenza di limitazioni Fisiche Infrastrutturali;
- Mancata condivisione dei Sistemi Informatici.

«Co-location is more than just looking at where we place individuals in the physical sense; there is a need to manage governance, cultural and professional boundaries which can block the channels of communication and negotiation required for collaborative practice».

### RESEARCH ARTICLE

### Open Access

## Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together

Sharon Lawn<sup>1\*†</sup>, Andrea Lloyd<sup>2†</sup>, Alison King<sup>3†</sup>, Linda Sweet<sup>4†</sup> and Lyn Gum<sup>5</sup>

### Abstract

**Background:** This paper reports on an Australian experience of co-locating a range of different primary health services into one building, with the aim of providing integrated services. It discusses some of the early challenges involved with moving services together and reasons why collaborative and integrated working relationships to improve the clients' journey, may remain elusive.

**Methods:** Ethnographic observational data was collected within a GP plus site as part of day-to-day interactions between the research officer and health professionals. This involved observations of team processes within and across teams at the site. Observations were thematically analysed using a social anthropological approach.

**Results:** Three main themes arose from the analysis: Infrastructural impediments to collaboration; Territorialism; and Interprofessional practice (IPP) simply not on the agenda. The experience of this setting demonstrates that dedicated staff and resources are needed to keep IPP on the agenda of health service organisations. This is especially important where organisations are attempting to implement new models of collaborative and co-located services. Furthermore, it shows that establishing IPP within newly co-located services is a process that needs time to develop, as part of teams building trust with each other in new circumstances, in order to eventually build a new cultural identity for the co-located services.

**Conclusions:** Co-located health service systems can be complex, with competing priorities and differing strategic plans and performance indicators to meet. This, coupled with the tendency for policy makers to move on to their next issue of focus, and to shift resources in the process, means that adequate time and resources for IPP are often overlooked. Shared interprofessional student placements may be one way forward.

**Keywords:** Interprofessional practice, Territorialism, Co-location, Community mental health, Primary health care



# **EXEMPLARY MODELS**



Volume 15, 23 September 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; Special Issue: Integrating Care to Older People and those with Complex Needs: Examining the Lessons from International Case Studies from a Project Funded by the Commonwealth Fund; URN:NBN:NL:UI:10-1-114820

Copyright: 

## Integrated Care Case

### **Bridging the chronic care gap: HealthOne Mt Druitt, Australia**

*Justin McNab, Research Fellow, Menzies Centre for Health Policy, The University of Sydney, Sydney, Australia*

*James A. Gillespie, Associate Professor, Menzies Centre for Health Policy, The University of Sydney, Sydney, Australia*

*Correspondence to: Justin McNab, Research Fellow, Menzies Centre for Health Policy, School of Public Health, The University of Sydney, Sydney, Australia, Phone: +61 2 9036 7004, E-mail: [justin.mcnab@sydney.edu.au](mailto:justin.mcnab@sydney.edu.au)*

## **Abstract**

HealthOne was part of a state-wide initiative to invest in new community-based facilities for collocating services. The HealthOne Mount Druitt is a virtual hub and spoke organisation established in 2006 in a socially disadvantaged part of Western Sydney based out of a new community health hub. The model is based on ‘virtual’ care planning and aims to improve coordination of care for older people with complex health needs, reduce unnecessary hospitalisations and ensure appropriate referral to community and specialist health services. General practitioner liaison nurses (GPLNs) work closely with clients as well as general practitioners (GPs) and other health care providers. Primary health care providers reported improved communication and coordination of services, and there have been lower levels of utilisation of the emergency department (ED) for patients following enrolment in the programme. HealthOne provides an example of how a virtual organisation together with highly skilled care coordinators can overcome some of the barriers to providing integrated care created by fragmented funding streams and care delivery systems.

- **COUNTRY:** Australia.

- **PROFESSIONAL POPULATION:**

- GPLNs;
- GPs;
- Multidisciplinary Team;
- Counseling Professionals;
- Nurses.

- **POPULATION TARGET:**

- Older people with chronic and complex illness;
- Pregnant women and families with young children with vulnerabilities.

- **INTEGRATION LEVELS:**

- Virtual Hub;
- Telephone or Home visits support;
- GPLN Case Management;

- **OUTCOME:**

- Reduction of ED visits and unnecessary hospitalisations.

- **COUNTRY:** USA.
- **PROFESSIONAL POPULATION:**
  - GPs and Health Providers in PHC centers;
  - Occupational Medicine.
- **POPULATION TARGET:**
  - General Population.
- **INTEGRATION LEVELS:**
  - Implementation strategy worked at multiple levels, with involvement of Community stakeholders (schools, local authorities, sports facilities and manufacturing companies), professional staff and managers in PHC centers;
  - Development of new e-health tools integrated into EHR.
- **OUTCOME:**
  - involving 80% of the primary care staff and 71% of community-based organizations.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Collaborative modeling of an implementation strategy: a case study to integrate health promotion in primary and community care

Gonzalo Grandes<sup>1\*</sup> , Alvaro Sanchez<sup>1</sup>, Josep M. Cortada<sup>2</sup>, Haizea Pombo<sup>1</sup>, Catalina Martinez<sup>1</sup>, Laura Balagué<sup>3</sup>, Mary Helen Corrales<sup>4</sup>, Enrique de la Peña<sup>5</sup>, Justo Mugica<sup>6</sup>, Esther Gorostiza<sup>7</sup> and on behalf of the PVS group

## Abstract

**Background:** Evidence-based interventions are more likely to be adopted if practitioners collaborate with researchers to develop an implementation strategy. This paper describes the steps to plan and execute a strategy, including the development of structure and supports needed for implementing proven health promotion interventions in primary and community care.

**Results:** Between 10 and 13 discussion and consensus sessions were performed in four highly-motivated primary health care centers involving 80% of the primary care staff and 21 community-based organizations. All four centers chose to address physical activity, diet, and smoking. They selected the 5 A's evidence-based clinical intervention to be adapted to the context of the health centers. The planned implementation strategy worked at multiple levels: bottom-up primary care organizational change, top-down support from managers, community involvement, and the development of innovative e-health information and communication tools. Shared decision making and practice facilitation were perceived as the most positive aspects of the collaborative modeling process, which took more time than expected, especially the development of the new e-health tools integrated into electronic health records.

**Conclusions:** Collaborative modeling of an implementation strategy for the integration of health promotion in primary and community care was feasible in motivated centers. However, it was difficult, being hindered by the heavy workload in primary care and generating uncertainty inherent to a bottom-up decision making processes. Lessons from this experience could be useful in diverse settings and for other clinical interventions. Two companion papers report the evaluation of its feasibility and assess quantitatively and qualitatively the implementation process.

**Keywords:** Primary health care, Health promotion, Health education, Preventive care, Implementation strategies, Implementation research, Community of practice, Participatory action research, Learning community, Health information technologies

# Quality Improvement Strategies for Population Management of Children With Medical Complexity

Jennifer Lail, MD, FAAP,<sup>a</sup> Elise Fields, MBA,<sup>b</sup> Pamela J. Schoettker, MS<sup>a</sup>

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Children with medical complexity require the expertise of specialists and hospitals but may lack primary care to provide preventive, acute, and chronic care management. The Complex Care Center (CCC) at Cincinnati Children's Hospital Medical Center employed quality improvement methodologies in 3 initiatives to improve care for this fragile population.

**METHODS:** Improvement activities focused on 3 main areas: population identification and stratification for care support, reliable delivery of preventive and chronic care, and planned care to identify and coordinate needed services.

**RESULTS:** The percent of patients who attended a well-child care visit in the previous 13 months increased 91% and was sustained for the next year. The median monthly no-show rate remained unchanged. Within 10 months of implementing the interventions, >90% of CCC patients <7 years of age were receiving all recommended vaccines. Seventy-two percent of all CCC patients received their annual influenza vaccine. A sustained 98% to 100% of children with a complex chronic disease received previsit planning (PVP) for their well-child care and chronic condition management visits, whereas only 1 new patient did not receive PVP.

**CONCLUSIONS:** Children with medical complexity require adaptations to typical primary care processes to support preventive health practices, chronic and acute care management, immunization, and collaborative care with their multiple specialists and support providers. We used quality improvement methodology to identify patients with the highest needs, reliably deliver appropriate preventive and chronic care, and implement PVP.

- **COUNTRY:** Spain.
- **PROFESSIONAL POPULATION:**
  - GPs;
  - Nurses;
  - social workers;
  - dietitians;
  - medical assistants;
  - administrative team members;
  - medical director;
  - Pediatrics.
- **POPULATION TARGET:**
  - Children with medical complexity;
- **INTEGRATION LEVELS:**
  - Implementation of Chronic Care Model in pediatrician setting with PVP;
- **OUTCOME:**
  - Increase of immunization (from 28% to 90%) and PVP in children.



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# Casa della Comunità come opportunità per l'integrazione dell'Assistenza Primaria

*Prof. Gianfranco Damiani*

Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

*gianfranco.damiani@unicatt.it*

# Assistenza Primaria



L'Assistenza Primaria è:

- un **sistema complesso** di offerta di salute a destinatario individuale e di popolazione, caratterizzato da relazioni tra **assistito, comunità e diversi attori e setting assistenziali**;
- volta al **primo contatto** (trattamento acuzie non complessa; formulazione sospetto diagnostico e gatekeeping a livelli specialistici ulteriori);
- volta alla **presa in carico** (accesso e continuità dell'assistenza) di condizioni croniche di salute (fattori di rischio, malattie, fragilità, disabilità).

# Assessment di popolazione sulla base di bisogni e carico assistenziali e stratificazione del rischio



Recruitment attivo degli individui preclassificati negli strati di popolazione

5% Popolazione VS 50% Spesa

## Acuzie Semplice

- Ambulatori
- UCCP
- Altri network di offerte
- Casa della Comunità

**Sano/apparentemente sano**  
(prevenzione, educazione e promozione della salute)

- Casa
- Studio medico
- Ambulatori
- Casa della Comunità

**Semplice**  
PDTA

- Casa
- Studio medico
- Ambulatori
- UCCP
- Casa della Comunità

**Complesso**  
(comprese malattie croniche rare e psichiatriche)

- Casa /ADI
- Residenzialità e semiresidenzialità
- Ambulatori
- PL assistenza intermedia
- Casa della Comunità

**Avanzato**  
(cure palliative, malato terminale)

- Casa/Domiciliare palliativo
- Hospice
- RSA
- ADI
- Casa della Comunità

## ÉQUIPE

- VMD (clinica, funzionale e ambientale)
- PAI (formulazione e attuazione)
- Rivalutazione del PAI

S  
E  
T  
T  
I  
N  
G

SERVIZI DI PREVENZIONE PER LA COMUNITÀ

OSPEDALE



Population Monitoring

Public Reporting



INDIVIDUAL MONITORING





# Casa della Comunità

«La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.

... La Casa della Comunità è finalizzata a costituire **il punto di riferimento continuativo per la popolazione** ... e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la **presa in carico della comunità di riferimento**».





# Casa della Comunità

«La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove **la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.**

La Casa della Comunità promuove un modello organizzativo di **approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali.**

Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di **interventi sanitari e di integrazione sociale».**



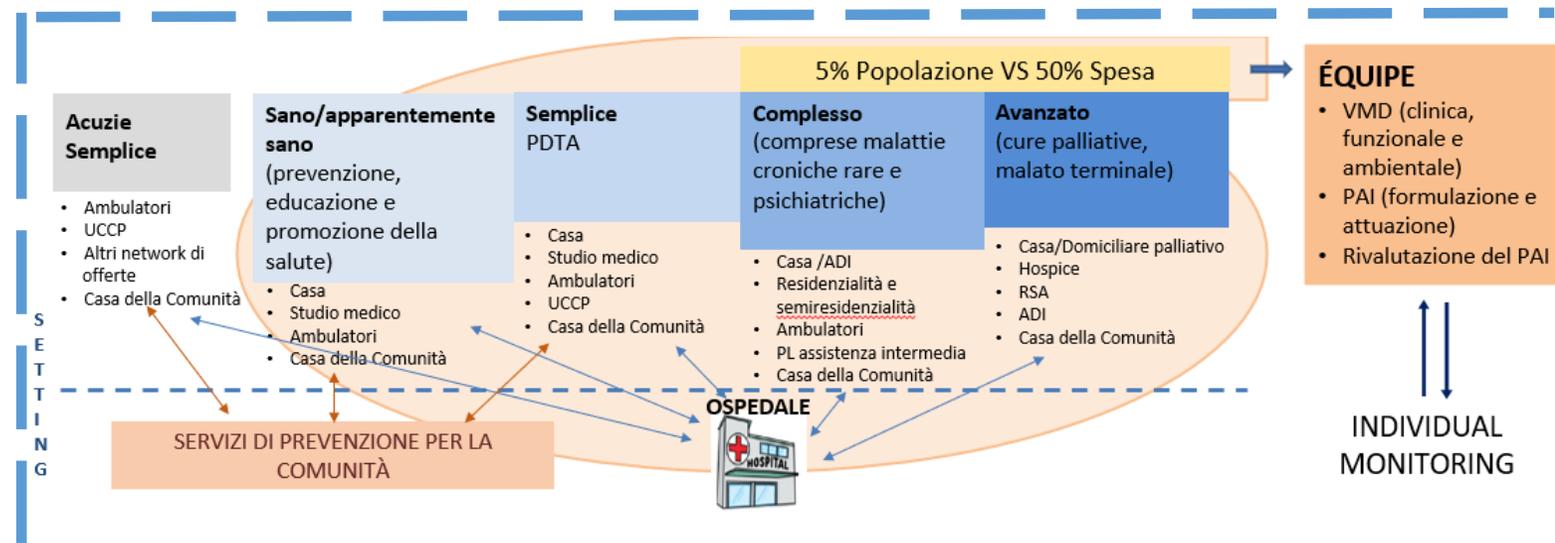
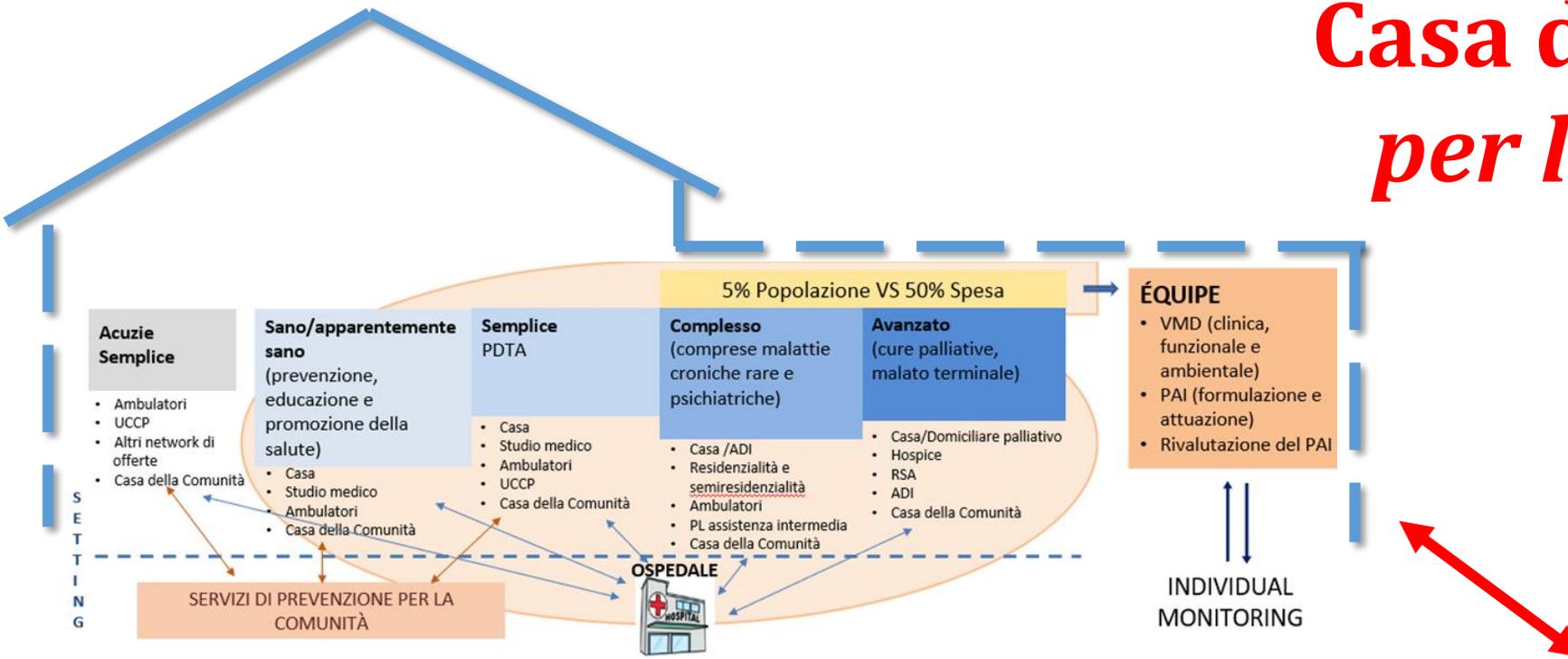
# Casa della Comunità *per l'integrazione*

La Casa della Comunità è

- ✓ un **sotto-sistema aperto** dell'Assistenza Primaria che agisce con **identità logistica** per un **network integrato di servizi**,
- ✓ volto alla **realizzazione di progettualità macro** (programmi comunitari) e **micro** (piani assistenza individuali) e che
- ✓ prevede il **protagonismo di stakeholder comunitari**.



# Casa della Comunità per l'integrazione



# Perché Casa della “COMUNITÀ” 1/2

## ❖ Attenzione ai bisogni della popolazione e non solo del singolo

programmando strategie e interventi calibrati per sottogruppi di popolazione, individuati sulla base della valutazione dei bisogni di salute e relativa stratificazione del rischio.

Solo da ciò può conseguire una risposta mirata e anticipatoria anche verso i **bisogni del singolo**, attraverso il reclutamento **proattivo ed elettivo** dei soggetti preclassificati per i quali formulare (previa VMD), attivare, monitorare e ridefinire **Piani Assistenziali Individualizzati (PAI)** realizzati da **équipe appropriate**, anche con **supporto di ICT e telemedicina**.



# Perché Casa della “COMUNITÀ” 2/2

- ❖ Integrazione degli stakeholder comunitari (sanitari, sociali, scuola, comune, imprese, etc.) nella formulazione dei programmi preventivo-diagnostici, terapeutici e riabilitativi a destinatario comunitario.
- ❖ Attenzione a comunità “svantaggiate” attraverso specifica programmazione, attivazione, monitoraggio e azioni correttive di programmi comunitari per fasce deboli di popolazione.



## Community-Oriented Primary Care



Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century  
Rhyne, Bogue, Kukulka, & Fulmer



**Grazie per l'attenzione!**