

La Casa della Salute: un progetto del ministero della Salute

Un incontro nazionale a Roma il 22 marzo 2007

Lo scorso 22 marzo si è svolto a Roma un incontro nazionale, organizzato dal ministero della Salute, per presentare il progetto della Casa della Salute, una nuova struttura di assistenza sanitaria extra ospedaliera polifunzionale – definita dallo stesso ministro Turco “luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale” – per la cui sperimentazione la legge Finanziaria 2007 ha stanziato 10 milioni di euro.

All’incontro sono intervenuti: il ministro Livia Turco; numerosi assessori regionali alla Sanità, che hanno illustrato le iniziative in corso sul territorio; i sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil, per la Uil Pensionati ha parlato il segretario nazionale Alberto Oranges; i rappresentanti delle associazioni professionali di medici, specialisti, infermieri, farmacisti, ecc.

Su questo progetto, come Uilp abbiamo espresso alcune perplessità e alcuni interrogativi e richiesto l’apertura di un confronto con il Governo.

Qui di seguito pubblichiamo:

- il testo dell’intervento del ministro della Salute, **Livia Turco**;
- le slides dell’intervento del direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, **Filippo Palumbo**;
- il testo dell’intervento del segretario nazionale della Uil Pensionati, **Alberto Oranges**;
- il testo dell’intervento del segretario nazionale dello Spi Cgil, **Celina Cesari**;
- il testo dell’intervento del segretario nazionale della Fnp Cisl, **Valeria De Bortoli**.

Ministero della Salute

INTERVENTO DEL MINISTRO DELLA SALUTE LIVIA TURCO

LA CASA DELLA SALUTE, LUOGO DI RICOMPOSIZIONE DELLE CURE PRIMARIE E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Roma, 22 marzo 2007

Ringrazio tutti i presenti, e i Relatori, per aver accettato di dedicare una giornata del proprio tempo alla riflessione e al confronto comune.

E vorrei aprire dicendo che considero questa giornata molto importante, per il tema che è alla nostra attenzione e, soprattutto, per ciò che, mi auguro, cominceremo a realizzare, tutti insieme, come in parte peraltro sta già avvenendo, sin da domani.

1. Perché la *Casa della salute*?

Innanzitutto vorrei sgombrare il campo da un possibile equivoco: la *Casa della salute* non è un modello di riorganizzazione della medicina territoriale. E' un'idea, un'opportunità, la proposta di una sperimentazione da condividere in un contesto di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali. Non è qualcosa che abbiamo inventato a tavolino al Ministero, ma un'idea che cresce, che abbiamo raccolto e che sarà utile perchè si tradurrà in esperienze concrete. Essa scaturisce da un bisogno forte dei cittadini che dobbiamo saper raccogliere

oggi e non domani: quella della continuità della assistenza, di una medicina vicina ai cittadini, accessibile e fruibile.

Certo non siamo all'anno zero e, pur tra tante disomogeneità, esistono realtà in parte già avviate, talvolta di successo, che possono contare sull'impegno, la professionalità, la dedizione degli operatori e la capacità di buon governo e amministrazione di chi esercita responsabilità, ai diversi livelli. Potremmo citare, ad esempio, l'esperienza Toscana, a partire dalle Società della salute, quella Emiliano-Romagnola, con l'attenzione per i Piani di zona, quella del Friuli Venezia Giulia con i suoi distretti e i percorsi del paziente al loro interno, quella del Veneto, che ha privilegiato, tra l'altro, la valutazione multidimensionale del paziente con fragilità, il nuovo modello organizzativo della cure domiciliari del Piemonte, le esperienze di associazionismo medico in Basilicata.

E siamo consapevoli di aver citato solo una serie di esempi, che non raccontano e non rappresentano una realtà assai più diffusa e ricca. Proprio a partire da questa consapevolezza, dai prossimi mesi di Aprile e Maggio avvierò *un viaggio nella medicina del territorio che c'è*, per verificare di persona il tanto che è già stato realizzato e toccare con mano, per ciò che si può attraverso una visita, punti di forza e di debolezza, anche in preparazione della 1^a Conferenza nazionale sulle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria che si terrà a Bologna.

E' indubbio che siamo di fronte ad una esperienza ricca, come è dimostrato peraltro dalla stesa composizione della spesa sanitaria che destina ormai pressoché stabilmente il 41-45% alla spesa ospedaliera e il 50-54% a quella territoriale, a conferma della maturazione di una forte consapevolezza che può essere considerata ormai definitivamente acquisita.

Ma nonostante tutto ciò, siamo in presenza di una estrema disomogeneità delle prestazioni, non possiamo dire che esistano modelli di riferimento, le risorse sembrano insufficienti a fronteggiare la presa in carico delle cronicità, il sistema fa fatica a prendere le misure della evoluzione dei bisogni assistenziali della

popolazione, infine non siamo ancora in condizione di misurare in termini di soddisfazione dei bisogni assistenziali e di obiettivi di salute gli sforzi che mettiamo in campo. E, soprattutto, non possiamo non registrare uno scarto evidente tra i bisogni dei cittadini e ciò che riusciamo a mettere effettivamente in campo. Lo abbiamo verificato, ancora di recente, leggendo i risultati dell'ultima indagine multiscopo dell'Istat, effettuata su un campione di 60.000 famiglie. Non è casuale che il Patto per la salute punti proprio sulla qualità, e che in questo momento, d'intesa con le Regioni, stiamo predisponendo un testo di legge, da proporre al Parlamento, per il miglioramento della qualità e della sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Siamo convinti che la stagione attuale, dopo la L. 833, l'aziendalizzazione, l'introduzione dei Livelli essenziali di assistenza sia la stagione della qualità e della sicurezza delle cure a partire dalla promozione della responsabilità e dalla valorizzazione delle professioni mediche e sanitarie, in un rapporto di alleanza non gerarchica, nell'ambito di una governance rinnovata del sistema che riconosca adeguatamente anche la partecipazione dei cittadini.

Ma essere capaci di stare effettivamente dalla parte dei cittadini richiede concretezza. Insisto, la richiesta di continuità della assistenza da parte dei cittadini nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette, rappresenta, in questo momento, una priorità assoluta ancora disattesa. Il rapporto di fiducia tra cittadini e Ssn si basa essenzialmente sulla capacità di esserci, e di esserci nel modo giusto, quando serve. A questo bisogno e a questa urgenza risponde la *Casa della salute*.

2. Cosa contraddistingue la *Casa della salute*

Vediamo allora da vicino cosa contraddistingue e giustifica la *Casa della salute*.

1. **Centralità del cittadino.** La *Casa della salute* è costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini. I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività. L'operatività della *Casa della salute* è costruita per rispondere a questi bisogni, e ciò pone le condizioni per cui la centralità del cittadino non sia, una volta di più, una petizione di principio quanto piuttosto un asse strategico intorno al quale si struttura tutta la attività, pena la negazione dei bisogni e delle domande per le quali essa nasce;
2. **Riconoscibilità.** La *Casa della salute* è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento per i cittadini;
3. **Accessibilità.** La *Casa della salute* deve essere realizzata in maniera tale da essere fisicamente accessibile (nessuna barriera architettonica!) e organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni;
4. **Unitarietà.** La *Casa della salute* convoglia e racchiude in sé servizi ed attività che altrimenti resterebbero frammentati e dispersi sul territorio;

5. **Integrazione.** La *Casa della salute* è costruita per operare garantendo servizi integrati in rete, tra sanitario e sanitario e tra sociale e sanitario;
6. **Semplificazione.** La *Casa della salute* opera concentrando e integrando i servizi e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica, in particolare per il riconoscimento della invalidità, della indennità di accompagnamento, di rimborsi, e per la segnalazione di disagi, disservizi, danni, oltre che per la presentazione di reclami e richieste di risarcimento;
7. **Appropriatezza.** Procedere privilegiando la presa in carico e i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali promuove e favorisce la appropriatezza delle cure a vantaggio dei cittadini;
8. **Efficacia.** Centralità del cittadino, accessibilità, integrazione, semplificazione, appropriatezza concorrono alla efficacia complessiva delle attività svolte;
9. **Punto di riferimento della rete.** La *Casa della salute* opera in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio, rappresentando a sua volta un punto rete di riferimento in relazione alle funzioni svolte e alle attività che si concentrano al suo interno;
10. **Autorevolezza e affidabilità.** La *Casa della salute* costruita e realizzata per rispondere a queste esigenze e per fare sue fino in fondo queste peculiarità è autorevole e affidabile. Si creano così le condizioni per cominciare a costruire effettivamente il secondo pilastro della sanità

pubblica, a partire dalla necessità di disporre sul territorio di una struttura la cui immagine, agli occhi del cittadino, sia in grado di reggere il confronto con l'ospedale e diventare progressivamente un riferimento credibile.

Una *Casa della salute* costruita per riportare ad unitarietà ciò che oggi è frammentato, disperso, separato piuttosto che integrato, al di fuori di ogni logica di rete e di raccordo ospedale-territorio, sociale-sanitario, non può essere considerato come *un modello calato dall'alto*. Rappresenta, al contrario, una risposta possibile alla esigenza di assicurare risposte sul territorio ripartendo dai bisogni, ricomponendo e ricostruendo dal basso l'esistente e assicurando risposte meno burocratiche e più personalizzate.

3. Cosa è la *Casa della salute*

E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000). La *Casa della salute* rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali. L'istituzione della *Casa della salute* ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità

spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dal D. Lgs. 229/99 e dalla L. 328/2000, ma finora scarsamente applicati.

La *Casa della salute* è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro, in cui:

- ✚ si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano;
- ✚ si persegue la prevenzione orizzontale e per tutta la vita;
- ✚ si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare.

La *Casa della salute* è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati. La *Casa della salute*:

- a) garantisce la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- b) assicura un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- c) opera per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) laddove adottato;
- d) promuove e valorizza la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi;
- e) contribuisce alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizza concretamente l'attività interdisciplinare tra

medici, specialisti, infermieri, terapisti ed integra operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;

- f) organizza e coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- g) sviluppa programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- h) mantiene, tramite il distretto, rapporti regolari di collaborazione con l'ospedale di riferimento, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette;
- i) favorisce il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi;
- j) offre occasioni di formazione permanente degli operatori.

La *Casa della salute* dovrebbe essere preferibilmente la sede unica dei servizi e degli operatori. Solo alcune attività, caratterizzate da una sufficiente autonomia di gestione, dovrebbero essere ubicate in una sede diversa, per esempio le Residenze sanitarie assistenziali o gli hospice.

In ogni caso, la *Casa della salute*, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, assicura un forte coordinamento per garantire comunque un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area di riferimento.

Per la *Casa della salute* si potrebbero utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, per esempio a seguito della riconversione di piccoli ospedali o presidi da ristrutturare, ma anche edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate.

4. Come è articolata la Casa della salute

La *Casa della Salute* è organizzata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, concentrando in un'unica struttura la gran parte dell'offerta extra-ospedaliera del Servizio sanitario nazionale.

Area del CUP, del segretariato sociale e del coordinamento con le farmacie

La Casa della salute è il punto d'incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari. Ad essa si rivolgono i cittadini per le informazioni e le prenotazioni di visite, esami e altre prestazioni di cura (CUP), per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l'organizzazione di una risposta adeguata.

In questa area sarà inoltre previsto il collegamento con la rete della farmacie pubbliche e convenzionate per la messa in rete dei servizi di informazione, educazione sanitaria, piccola diagnostica, ausilio all'assistenza domiciliare, ecc, offerti dalle farmacie.

Area dei Servizi Sanitari

Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni

Alla porta della *Casa della Salute* è prevista la presenza del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24. Uno spazio funzionale è essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore ed è attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. La *Casa della salute* offre la possibilità di organizzare l'attività di donazione del sangue con l'impegno e la partecipazione delle Associazioni del volontariato.

Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze

E' essere sempre disponibile, aperto nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.

Ambulatorio dei medici di Medicina generale

Per tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che desiderano trovare nella *Casa della Salute* lo spazio per i loro studi medici. Non è obbligatorio che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento trasferiscano il loro studio nella *Casa della salute*. In ogni caso, la *Casa della Salute* costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura. Attività comuni che non sono poche o irrilevanti e vanno dalla raccolta dei dati epidemiologici alla definizione di programmi e di protocolli terapeutici, dalle forme di consulto agli approfondimenti sui farmaci, dall'educazione alla salute dei cittadini alla formazione sui diversi problemi della professione. I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta che si renderanno disponibili avranno ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione

direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc.

L'organizzazione dipartimentale delle attività salvaguarda l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra di libera scelta e garantisce, allo stesso tempo, tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di disporre sul territorio di un'équipe interdisciplinare che si faccia carico della cura delle persone e, insieme, della salute della comunità.

Continuità assistenziale

Sette giorni su sette, 24 ore al giorno come funzione fondamentale delle cure primarie, alla cui realizzazione contribuisco le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) attraverso forme di coordinamento oggi ancora difficili da realizzare e praticamente assenti.

Ambulatorio infermieristico

Gli infermieri, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale, l'Ospedale di Comunità.

Degenze territoriali (Ospedale di Comunità)

Con alcuni posti letto nei quali sono ricoverati pazienti per stati patologici che difficilmente possono essere curati al domicilio, ma che non richiedono neppure un ricovero ospedaliero. Una struttura con infermieri presenti 24 ore su 24, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno.

Attività specialistiche

Gli ambulatori specialistici, con aree e orari adeguati, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito, utilizzando tanto gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera.

Tecnologie diagnostiche semplici, (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, prove da sforzo, ecodoppler)

E' utilizzata direttamente dai medici di famiglia e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno riferimento alla struttura con orari programmati. E' organizzata, inoltre, un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone difficilmente trasportabili.

Area dei Servizi socio sanitari

Anche in questo caso i servizi possono essere variamente rappresentati in funzione delle esigenze di programmazione e dei diversi bisogni della comunità di riferimento.

SERT

Dotati di spazi autonomi ma coordinati con i servizi di cure primarie, i servizi sociali e le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope.

Servizio di salute mentale

In coordinamento con le altre strutture di assistenza diurna per disabili e malati di mente.

Centri diurni

Svolgono attività di supporto assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. In questa sede possono essere organizzate anche attività di assistenza domiciliare integrata (ADI). Il Centro diurno rappresenta un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria ed ha una dotazione variabile di posti, in rapporto al bacino di utenza servito.

Servizio di recupero e riabilitazione funzionale

Le attività devono prevedere la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative, tanto per chi sia eventualmente ricoverato (per esempio in una Residenza sanitaria assistenziale o in un hospice) che per le utenze esterne (il domicilio, Casa di riposo).

Residenza sanitaria assistenziale

E' dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto, può essere inserita nella *Casa della salute*, o essere ubicata in una sede propria, garantendo un rapporto stretto con il complesso dei servizi sanitari e sociali collocati all'interno della *Casa della salute* o sul territorio di riferimento.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI dispone di una propria sede e di mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio, salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella *Casa della salute*. L'ADI è costituita da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate

dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.

Prevenzione

E' lo spazio strategico della *Casa della Salute* nel quale si costruiscono rapporti di collaborazione tra Servizi sociosanitari e cittadini, si sviluppano programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si predispongono e si realizzano gli screening per la prevenzione delle principali patologie, si impostano i programmi di educazione alla salute, anche attraverso l'intervento della scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le organizzazioni di utenti e cittadini, con le Associazioni del volontariato. In questo spazio trovano collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione per attività di sanità pubblica, che devono coinvolgere, tra l'altro, i medici di medicina generale per valorizzarne la mole ingente di informazioni epidemiologiche e utilizzare al meglio il loro rapporto quotidiano con i cittadini.

Consultorio familiare e ambulatorio andrologico

Rappresentano la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle malformazioni).

Unità di valutazione multidimensionale

L'attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, con particolare riferimento a quelle cronico-degenerative.

Area dei servizi sociali

In questo spazio oltre a trovare collocazione i servizi sociali e il volontariato sono concentrate le attività amministrative e di supporto ai medici e agli altri operatori della *Casa della Salute*.

Uffici per il Servizio sociale

Rappresentano un'area riservata e finalizzata per colloqui, accoglienza, per il pronto intervento sociale, da attivare anche con l'apporto delle Associazioni del Volontariato. La dimensione di questo spazio varia in ragione della consistenza delle attività sociali che possono essere attivate nella *Casa della salute* o attraverso la *Casa della salute*.

Attività amministrative

La *Casa della salute* dispone di attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e la comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella *Casa della Salute*, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da "liberare" gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che ne limitano e complicano l'esercizio della professione.

Tecnologie informatiche

Teleconsulto, telediagnosi clinica, teleassistenza e telemonitoraggio rappresentano già oggi sistemi che possono essere comunemente alla portata della medicina delle cure primarie per collaborazioni a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.

5. Il contesto. Cure primarie, continuità assistenziale, presa in carico del cittadino

Come ho già detto la *Casa della salute* è una opportunità che necessita comunque della costruzione del sistema delle cure primarie. Pur nella pluralità delle diverse esperienze regionali, talune di successo, ci sembra di poter individuare alcuni punti fermi a partire dal distretto inteso come:

- ✚ il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini ed offerta di cure, benessere e nuova socialità;
- ✚ il luogo della programmazione integrata delle attività sanitarie e assistenziali;
- ✚ l'area-sistema ricomprensivo in un modello a rete presidi e servizi, ora dispersi, finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini, compresi quelli per la tutela del materno-infantile, della salute mentale, delle dipendenze, delle disabilità;
- ✚ lo spazio privilegiato per la presa in carico del cittadino e per l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale, con la definizione del percorso assistenziale individuale per le persone portatrici di bisogni complessi (dipendenze, disagio mentale, famiglie in difficoltà) e/o in condizioni di non-autosufficienza per le quali la presa in carico deve procedere di pari passo con la prevenzione e il rallentamento di tale condizione;
- ✚ il luogo della partecipazione del cittadino competente, non più solo utente, ma agente della propria salute, individuale e collettiva, alla definizione degli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati ottenuti;

✚ il luogo nel quale promuovere la prevenzione intesa come evento orizzontale, che interessa tutta la vita del cittadino e che si estende nella logica più ampia del *guadagnare salute* e delle politiche della *prevenzione sempre*.

E' questo il modo per cominciare a costruire il secondo pilastro della sanità pubblica, da affiancare all'ospedale. La costruzione di questo secondo pilastro deve basarsi, prevalentemente, sulla capacità di assicurare risposte, in tempi brevi e certi, ai bisogni dei cittadini, con particolare attenzione per:

1. *la continuità assistenziale h 24 e sette giorni su sette*. Si tratta di ciò che i cittadini chiedono di più e rappresenterebbe, al momento, una innovazione significativa per il nostro sistema. Una forte responsabilizzazione e valorizzazione dei professionisti sul territorio, la riorganizzazione della medicina generale, della continuità assistenziale e della pediatria di libera scelta, la rottura del lavoro per compartimenti stagni delle varie figure professionali, compresi i medici della emergenza territoriale (118), può rappresentare una ipotesi di lavoro concreta per sperimentare in tempi stretti forme efficaci e sostenibili di continuità assistenziale;
2. *il potenziamento delle forme associative dei Medici di medicina generale e degli altri professionisti sanitari*. Il **testo di legge per la qualità e la sicurezza delle cure**, al quale stiamo lavorando, prevede un intervento di questo genere, e con il nuovo ACN (Accordo Convenzionale Nazionale) per la Medicina generale dovrebbe rappresentare una occasione per un passaggio definitivo alle forme di associazionismo medico, di messa in rete e, in misura ancora maggiore, di medicina di gruppo. Va ripensato in questa direzione, quella del lavoro in rete sul territorio, anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali. A questo scopo andrà rimodellato l'accordo per la Specialistica ambulatoriale che già attualmente consente, in aggiunta alla altre funzioni

tipiche di servizio ambulatoriale, il lavoro in team con il MMG e la pronta disponibilità degli specialisti ambulatoriali per consulenze urgenti;

3. *la valorizzazione del ruolo delle farmacie.* Le farmacie rappresentano per il nostro Paese un “presidio” che va ben oltre la semplice commercializzazione e distribuzione di farmaci e presidi medico-chirurgici. Esse rappresentano nell’immaginario collettivo e nella realtà il punto di primo contatto con il sistema sanitario nazionale e, spesso, nelle piccole comunità anche quello più prossimo al cittadino. Dunque sono anche un luogo di *counselling* per gli utenti, che qui possono ricevere consigli e indicazioni su come affrontare le patologie di tutti i giorni. Le farmacie e gli operatori sono pertanto una risorsa che può trovare la giusta e necessaria valorizzazione come presidio del Ssn nel processo di riordino complessivo del nostro sistema di cure primarie. Per questo, con il protocollo d’intesa siglato lo scorso 28 luglio con Federfarma abbiamo ribadito la necessità di procedere nella direzione del pieno rilancio della farmacia quale presidio insostituibile del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso l’ampliamento delle sue funzioni di assistenza al cittadino nell’ambito delle strutture e dei servizi della medicina territoriale;
4. *l’istituzione del Punto unico di accesso del cittadino.* La creazione di uno sportello unico per le prestazioni sociali e sanitarie da al paziente portatore di problematiche spesso complesse la certezza di una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico da parte del Ssn, in particolare, e prioritariamente, per le fragilità. Laddove questa sia avvenuta attraverso il sistema di emergenza urgenza, questo dovrebbe raccordarsi in tempo utile con il Punto unico di accesso, che svolgerebbe, quindi, anche le funzioni di una sorta di centrale operativa per la presa in carico socio-sanitaria. Cesserebbe così, attraverso la presa in carico diretta o l’affidamento del paziente all’equipe che lo prenderà

effettivamente in carico, la dispersione e la frammentazione degli interventi o, quel che è peggio, il "palleggio" di responsabilità che spesso si verifica, anche in contrasto con la stessa volontà degli operatori, nei confronti di pazienti "difficili";

5. *l'istituzione del Dipartimento delle cure primarie.* Nell'ottica, precedentemente illustrata, di una forte integrazione tra le attività sanitarie e assistenziali la costituzione di un dipartimento delle cure primarie all'interno di ogni singola Azienda sanitaria acquista un significato del tutto particolare, pratico e simbolico al tempo stesso. Solo attraverso un dipartimento unico è possibile realizzare un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria, i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali. Discorsi analoghi valgono per la possibilità di programmare e verificare efficacemente accessibilità, qualità ed adeguatezza delle prestazioni e, più in generale, per avvicinare il più possibile le decisioni ai destinatari di quelle stesse decisioni.

6. Una questione di fondo

La rete dei servizi sul territorio, e la sua integrazione, rappresentano senza ombra di dubbio quanto di più complesso siamo chiamati a realizzare per la parte di welfare della quale ci occupiamo direttamente. Richiede, tra l'altro, stretta cooperazione tra risorse umane e professionali la cui estrazione, cultura, sensibilità è la più diversa e per le quali è indispensabile riuscire a dare visibilità e corpo ad

una risposta appropriata, credibile e sostenibile a problemi di salute e di assistenza molto complessi. La sua efficacia dipende dai collegamenti tra i nodi della rete e dalla capacità di fare della continuità assistenziale una cosa vera, in grado di assicurare accompagnamento e tutoraggio lungo tutto il percorso assistenziale. Ciò richiede forti motivazioni, sensibilità, rigore, passione e assunzione di responsabilità pubblica, a tutti i livelli. E anche coinvolgimento e partecipazione.

Il welfare, lo sappiamo, necessita di una forte iniziativa nella società, perché promuovere il benessere delle persone ha bisogno certamente di leggi, di buone azioni di governo, di risorse, ma anche e soprattutto di partecipazione. In altre parole, presuppone la capacità di costruire comunità. E questo non lo si fa solo con le leggi, lo si fa, appunto, con la partecipazione, con l'iniziativa diretta dei cittadini, della società. Occuparsi di welfare significa occuparsi di politiche capaci di costruire comunità. Promuovere comunità significa assumerne le contraddizioni e cercare di affrontarle concretamente, facendo, leva sulle opportunità, le tante risorse, anche morali, le tante competenze. E' la partecipazione attiva dei cittadini. Sono i legami comunitari sociali e interpersonali. E' un modo di declinare la cittadinanza. La cittadinanza secondo l'idea del prendere in carico, del prendersi cura. Il tema della integrazione, tanto che lo si declini facendo riferimento alla esigenza di considerare il cittadino per il suo tratto unitario, privilegiando un approccio integrato ai suoi bisogni, tanto che lo si declini come necessità di puntare alla integrazione e alla messa in rete dei diversi pezzi di sistema di protezione sociale di cui disponiamo esige da noi tutti la riapertura di una riflessione sul

sistema di welfare. Questa riflessione deve avere come obiettivo prioritario la capacità di non dimenticare e smarrire il fine ultimo del nostro lavoro, la persona, con i suoi bisogni e le sue necessità.

Ciò che stiamo provando a mettere in campo non è tanto, o non è solo, un impegno per la tenuta del sistema, quanto piuttosto uno sforzo per l'innovazione, che non consideriamo uno dei tanti obiettivi possibili, ma un vero e proprio paradigma. Ecco, io credo che in questo sforzo per l'innovazione non dobbiamo dimenticare di legare questo passaggio delle politiche della salute, delle politiche sociali a questa idea-forza: promuovere la comunità, a partire dal basso.

Centralità del cittadino, promozione della presa in carico, in particolare delle fragilità, integrazione socio-sanitaria rappresentano una parte consistente di questo nostro sforzo.

L'ambizione di assicurare risposte ai nuovi bisogni di salute, a partire da questi punti fermi, non ha tanto a che vedere, quindi, con le alchimie e gli equilibri degli assetti istituzionali, pur importantissimi, ma appartiene alla esperienza di governo concreta, tocca le progettualità e la voglia e la determinazione di investirci e spenderle, rischiando. Sono convinta, lo, ripeto, che non si tratti di uno dei tanti obiettivi, ma di un punto di vista attraverso il quale declinare politiche, risorse, professionalità.

In questo momento siamo tutti, Governo e Regioni, fortemente impegnati nella realizzazione del Patto per la salute, rispettando gli obiettivi che ci siamo dati, a partire dalla strategia dei piani di rientro, che è una strategia per la sostenibilità del

nostro Servizio sanitario pubblico, solidarista, universalista, equo. Ma non dobbiamo dimenticare che una parte significativa di quel Patto ci impegna a riaprire il cantiere della sanità. Lo stiamo facendo con un provvedimento per la qualità e la sicurezza delle cure che punterà sull'ammodernamento del Servizio sanitario a otto anni dall'ultimo intervento legislativo. Lo stiamo facendo puntando molto sulla concordia e il lavoro in sinergia tra i diversi livelli di governo della sanità di questo Paese. Lo stiamo facendo con il lavoro delle diverse Commissioni che abbiamo attivato, che consideriamo veri e propri strumenti di governo allargato delle politiche della salute. Lo stiamo facendo con iniziative come quella odierna, con la quale proviamo a lanciare la fase operativa di una iniziativa concreta. Noi ci stiamo provando. Contiamo molto su tutti voi.

Grazie, e buon lavoro.

Erogazione del co-finanziamento previsto dalla legge 269/2006

Ministero della Salute

Dott. Filippo Palumbo

Direttore Generale della

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema

RIFERIMENTI NORMATIVI

LA LEGGE N. 662 DEL 27 DICEMBRE 92 misure di razionalizzazione della finanza pubblica

art. 1 comma 34: “.. il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano Sanitario Nazionale..”

Art. 34 bis: “.. Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero della Sanità, individua i **progetti ammessi al finanziamento** utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario ai sensi del comma 34”

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano

- **Accordo Stato-Regioni 24 Luglio 2003**: vengono individuate nell'ambito degli "Obiettivi Strategici" e generali del P.S.N. 2003-2005 cinque linee prioritarie
Accordo Stato-Regioni 29 Luglio 2004: viene sancita l'intesa tra Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per l'elaborazione di Progetti Specifici nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'Accordo 24 Luglio 2003
- **Accordo Stato-Regioni 9 febbraio 2006**: viene confermato quanto sancito nei precedenti Accordi

Legge 27 Dicembre 2006 n. 296

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
(legge finanziaria 2007)

art. 1 comma 805

Al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano Sanitario Nazionale

Per il triennio
2007-2008-2009

È istituito un **fondo per il co-finanziamento** di analoghi progetti da parte delle Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano

Art. 1 comma 806

“L’importo annuale del fondo è stabilito in **65,5 milioni di euro**, di cui **5 milioni** per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e **60,5 milioni di euro** da assegnare alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano per l’integrazione ed il co-finanziamento dei progetti regionali in materia di :

Sperimentazione del modello assistenziale

“CASE DELLA SALUTE” (**10 milioni di euro**)

Iniziative per la SALUTE DELLA DONNA

ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato (**10 milioni di euro**)

MALATTIE RARE (**30 milioni di euro**)

Implementazione della rete delle

UNITÀ SPINALI UNIPOLARI (**10,5 milioni di euro**)

Art. 1 comma 807

L'importo di **60,5 milioni di euro** è assegnato con decreto del Ministro della Salute alle Regioni che abbiano presentato i progetti attuativi del P.S.N. contenenti linee di intervento relative alle materie di cui al comma 806 coerenti con le **linee progettuali** previamente indicate con Decreto del Ministro della Salute

65,5
milioni di euro
Importo annuale del fondo

5
milioni di euro
Per iniziative nazionali realizzate dal
Ministero della Salute

60,5
milioni di euro
Da assegnare alle regioni
e alle province autonome
di Trento e di Bolzano

Decreto del Ministro della Salute
Previa intesa con la
CONFERENZA STATO-REGIONI
Su proposta del
Comitato Permanente
per la verifica dei L.E.A.

1.199.950.000
di euro
3% del F.S.N. 2007

Quota Vincolata

+

60,5
milioni di euro
**Finanziamento
per specifici progetti**

**OBIETTIVI PRIORITARI
P.S.N.
2006-2008**

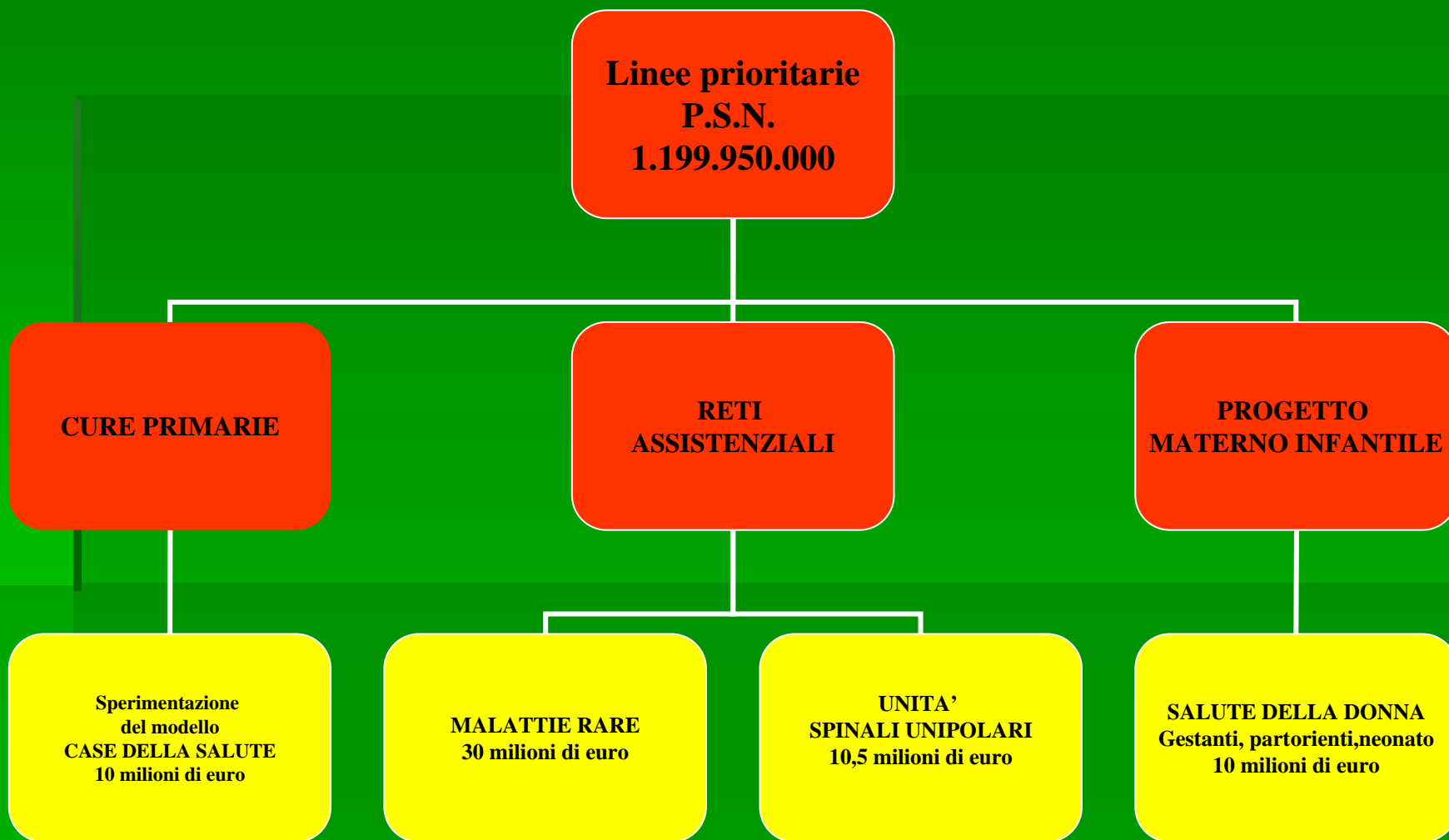
**CASA
DELLA SALUTE
10 milioni**

**SALUTE
DELLA DONNA
10 milioni**

**MALATTIE
RARE
30 milioni**

**UNITÀ SPINALI
UNIPOLARI
10,5 milioni**

inserimento dei progetti attuativi di cui al comma 806 nell'ambito di alcune linee prioritarie del P.S.N. 2006-2008



Accesso al finanziamento dei fondi vincolati per la realizzazione di specifici progetti

**MINISTRO DELLA SALUTE
LINEE PROGETTUALI**

REGIONI

PROGETTI ATTUATIVI Del P.S.N.

**MINISTERO DELLA SALUTE
D.G. Programmazione Sanitaria**

**CONFERENZA
STATO-REGIONI**

NO

SI

CO-FINANZIAMENTO

La Casa della Salute

Linee Guida del Ministero della Salute

ai fini dell'erogazione alle Regioni del co-finanziamento previsto dalla legge 269/2006 per l'avvio delle sperimentazioni

- Struttura polivalente per l'erogazione dell'insieme delle **CURE PRIMARIE** di un determinato ambito territoriale (bacino di 5-10.00 persone),
- Garantire la **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE** 7/7 giorni x 24/24 ore,
- Garantire l'integrazione dei Livelli Essenziali delle **PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE** secondo i principi affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000,
- Garantire la reale integrazione tra le attività di **PREVENZIONE, CURA e RIABILITAZIONE** con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche (ADI, family learning),
- Lavoro di squadra tra le **varie figure professionali** : MMG, PLS, MCA, Specialisti Ambulatoriali, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione , dell'intervento sociale e dell'emergenza territoriale,
- Presenza delle **principali branche cliniche** e quelle relative alla diagnostica di laboratorio e di radiologia e di ecografia di base,
- Presenza di uno **Sportello Unico di Accesso** all'insieme delle prestazioni ad **integrazione socio-assistenziale** in contiguità con il CUP (Centro Unico di Prenotazioni per tutte le prestazioni erogate dal S.S.N.),
- Presenza di **Ambulatorio infermieristico** e **Ambulatorio per piccole Urgenze** che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero,
- Presenza di un servizio di ambulanze per il **pronto intervento** sul territorio (punto di soccorso mobile 118),

La Casa della Salute



CONVEGNO “LA CASA DELLA SALUTE” – 22/03/2007
Intervento di Alberto Oranges – Segretario nazionale della UIL Pensionati

Il progetto di istituzione della “Casa della salute”, da una prima analisi dei pochi documenti forniti dal Ministero, consente di esprimere un giudizio di massima positivo nei riguardi della possibile nascita della “Casa della salute” nel mondo della sanità pubblica.

Occorrono tuttavia taluni approfondimenti ed osservazioni che auspichiamo siano il risultato della discussione aperta in proposito.

Infatti, la difficile situazione in cui versa la sanità pubblica, con il continuo attacco di taluni media agli ospedali pubblici sbattuti in prima pagina per casi di “malasanità”, il pesante peso dei ticket recentemente introdotti, le lunghe liste di attesa, il mancato avvio di una reale distrettualizzazione nei processi organizzativi di parecchie aziende sanitarie del Paese, stà creando una crescente sfiducia nei cittadini per tutto ciò che la sanità pubblica rappresenta.

In particolare, occorre osservare che i cittadini più anziani, gli over 65 anni, secondo i dati forniti dalle agenzie specializzate ricorrono alle strutture ospedaliere pubbliche in maniera molto più frequente di quanto si possa ritenere e richiedono alle strutture stesse interventi di modernizzazione e razionalizzazione dell’assistenza ospedaliera.

Nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione appare sempre più necessario il potenziamento degli ospedali, delle RSA, dei reparti di lungodegenza, gli unici in grado di garantire un alto livello di assistenza alla popolazione più anziana, tenuto conto che nel nostro Paese gli over 65 già oggi sono circa il 20% della popolazione complessiva e che, i relativi posti letto sono assolutamente insufficienti.

A ciò si aggiungano le carenze che i servizi del territorio, in particolare per quanto riguarda l’assistenza domiciliare, costituiscono in parecchie Regioni modelli vecchi e superati: i distretti che dovevano già decollare da parecchi anni non riescono a dare risposte esaustive ai cittadini e la burocrazia, le lunghe liste di attesa, le file, il non facile accesso alle prestazioni specie per i più anziani fanno ritenere il sistema sanitario pubblico in taluni casi il più possibile distante dalle reali esigenze.

La proposta di istituzione della “Casa della salute” si colloca quindi in un già difficile panorama e potrebbe comportare, se non correttamente attuata, un effetto boomerang per il rapporto tra le varie strutture esistenti e cioè Distretto - Casa della salute - ASL – Ospedale.

La prima domanda che ci rivolgiamo è quale sia il reale rapporto tra distretto e Casa della salute. Potrebbe sorgere un conflitto di competenze?

Inoltre, la “Casa della salute”, secondo la proposta presentata, opererebbe in un bacino piuttosto ristretto di utenza, circa cinque – diecimila utenti. Si realizzerebbe, quindi, solo nei Comuni più piccoli, mentre nei mega distretti nei grandi insediamenti urbani delle grandi città continuerebbe ad esistere solo il distretto?

Ci domandiamo, ancora, se i costi di esercizio e di impianto della nuova struttura, tenuto conto che oggi esiste uno stanziamento certo di soli dieci milioni di euro complessivi, che appare assolutamente insufficiente per avviare una seria sperimentazione, non necessiterebbero di ulteriori interventi da parte dei Comuni interessati. Quali sarebbero inoltre le ricadute in termini di addizionale di spese per i cittadini?

Un altro interrogativo riguarda il personale e gli utenti.

Per quanto riguarda il personale, non possiamo non ricordare le gravi carenze di personale sanitario, soprattutto infermieristico, e che si tratta di personale spesso non adeguatamente retribuito, sottoposto a turni massacranti negli ospedali. Considerato l'attuale blocco delle assunzioni, per la "Casa della salute" si attingerebbe, inoltre, sempre dal personale già in servizio, rischiando forse di sguarnire da una parte per ricoprire nell'altra.

Per quanto riguarda gli utenti dei servizi erogati dalla "Casa della salute", occorre inoltre sensibilizzare i cittadini, i giovani e gli anziani sul fatto che risulterà più semplice ricevere prestazioni di primo intervento nella "Casa della salute" stessa, lasciando ai day-hospital delle strutture ospedaliere o convenzionate gli interventi di più difficile esecuzione.

Tuttavia, se a tutte queste domande riuscissimo a dare risposte adeguate e positive, il processo innovativo che la "Casa della salute" sta tentando di esprimere, necessiterebbe comunque di una totale riorganizzazione della rete dei servizi delle aziende sanitarie pubbliche e potrebbe generare positivi, e in taluni casi eccezionali, risultati.

Proponiamo ad esempio l'introduzione, specificatamente a vantaggio degli anziani, nel capitolo che riguarda l'assistenza domiciliare integrata, del servizio di telemedicina e, nel capitolo della degenza territoriale per tutti gli utenti, l'introduzione del servizio di risveglio dal coma.

Tali servizi, se messi in essere, soprattutto nei piccoli ospedali potrebbero rappresentare per i Comuni di residenza un modo per riconvertire vecchie strutture spesso non utilizzate e, anche se rimarrebbe il problema della partecipazione alla spesa, con un adeguata progettualità in questi piccoli ospedali si riverserebbe dalle grandi città un nutrito numero di utenti, diminuendo l'afflusso nelle grandi strutture ospedaliere.

Infine, vogliamo osservare che uno degli ultimi temi è il problema della partecipazione del sindacato al processo di istituzione della "Casa della salute", di cui non risultano tracce nella proposta presentata.

Tuttavia, la mobilità del personale, le carenze delle figure professionali, gli eventuali incentivi alla produttività, ecc. sono materie che necessitano di concertazione con il sindacato e, per quanto riguarda in particolare gli anziani ed i pensionati, di concertazione con il sindacato dei pensionati.

Riteniamo tutto ciò indispensabile per aprire un dibattito a tutto campo sul processo innovativo che la "Casa della salute" vuole rappresentare.

Noi rivendichiamo questo ruolo e siamo pronti a dibattere insieme alle associazioni e alle altre forze sociali questi nuovi problemi, proprio per tentare di contribuire a realizzare una nuova e migliore sanità.

A tale proposito, un esperimento molto convincente è stato da tempo avviato nella Regione Toscana con la costituzione "della Società per la salute", progetto molto più ampio che coinvolge le ASL, i privati, i medici, i Comuni, le forze sociali e sindacali e che, per quanto è di nostra conoscenza, rappresenta uno dei processi di rinnovamento sicuramente più efficaci.

La UIL Pensionati, insieme ai sindacati dei pensionati di CGIL e CISL ha prodotto un documento denominato “Una politica nazionale per la salute e il benessere degli anziani” che vuole costituire un contributo ai possibili nuovi orientamenti nel settore della sanità, specificatamente per quanto riguarda gli anziani, ma per il quale non abbiamo ricevuto ad oggi nessun riscontro da parte del Ministero della Salute.

Aspettiamo in proposito l’apertura di un confronto, e nel ringraziare per lo spazio accordatoci in questo dibattito, vogliamo concludere le nostre osservazioni auspicando che siano forniti tutti i chiarimenti che abbiamo richiesto rispetto alla “Casa della salute”.

Se i chiarimenti ci convinceranno, apriremo anche su questo progetto un grande dibattito e faremo certamente la nostra parte accanto alle Istituzioni e alle altre forze sociali per una sanità più vicina alle esigenze dei cittadini, con più certezze e migliori servizi, per una sanità più moderna ed innovativa.

CELINA CESARI

SINTESI INTERVENTO PER IL 22 MARZO

L'idea della Casa della Salute , di uno spazio unico comune, per operatori e cittadini il più decentrato possibile,viene colta dal sindacato dei pensionati come una necessità.

Non a caso lo SPI CGIL già nel 2004 , in un suo convegno nazionale dal titolo Le cure primarie e la casa della salute la indicò come uno strumento da sperimentare per dare risposte più appropriate ai bisogni di salute della popolazione anziana.

Successivamente lo SPI CGIL ha stabilito con l'università La Sapienza di Roma – Facoltà di Architettura- Dipartimento Itaca- una convenzione per realizzare in collaborazione uno studio di fattibilità della Casa della Salute.

Il motivo di questa particolare iniziativa nasce dall'esperienza.

Per anni infatti abbiamo lavorato assieme a FNP e UILP ed alle confederazioni per tentare, nel luogo più vicino ai bisogni delle persone, cioè nel territorio , di sviluppare attraverso la contrattazione sociale forme di integrazione socio-sanitaria e di risposte domiciliari ai bisogni di cura delle persone.

E, nel corso di questa esperienza, abbiamo verificato una serie di grandi difficoltà che hanno reso difficile e talvolta impedito la realizzazione degli accordi e dei Protocolli di intesa siglati con comuni, ASL e Regioni.

Ci siamo scontrati infatti con la dispersione delle poche risorse dedicate,con la separazione degli studi medici, dei servizi e dei presidi sanitari e sociali, con la mancanza di cooperazione e di responsabilizzazione dei punti di comando del sistema.

Problemi antichi questi , di non facile soluzione perché originati da barriere culturali, assetti e competenze istituzionali, condizioni strutturali .

Il nostro dovere di rappresentanza ci ha spinto ad interrogarci su questo grumo di questioni e ad iniziare una ricerca su come riportare ad unità ciò che oggi è diviso,su quali strumenti utilizzare per far lavorare insieme operatori della sanità, del sociale, servizi ed istituzioni. Un interrogativo il nostro, amplificato dalla consapevolezza del rischio di una sempre maggiore fragilità delle persone anziane e delle loro famiglie di fronte ad un sistema che non riesce a cogliere i nuovi bisogni di salute originati dall'evoluzione demografica e che continua a proporsi come autoreferenziale,di difficile accesso per le liste di attesa, carico di disegualianze e costoso.

La contrarietà dei cittadini nei confronti dei Ticket sulla farmaceutica, sulla ricetta medica e sulla diagnostica è fin troppo nota, ma vale la pena di richiamarla perché spiega da un lato l'iniziativa sindacale dei pensionati in tutte le Regioni che intendono applicarli od aumentarli, dall'altro dà

ragione del disagio dei cittadini che li considerano una ulteriore penalizzazione rispetto al loro bisogno di cura.

Ma, per tornare all'argomento in discussione, la nostra ricerca ci ha portato alla consapevolezza di dover individuare un luogo dove riportare ad unità di spazio e di tempo tutto ciò che oggi è frammentato e diviso. La Casa della Salute, appunto.

Su quest'idea abbiamo verificato, la felice coincidenza con i contenuti del patto per la salute varato dalla Ministra Livia Turco e con la finanziaria 2007 che stanziava 10 milioni di euro per la sperimentazione della Casa della Salute, una cifra quasi simbolica, ma importante perché segnala una volontà politica di adempimento da parte del Ministero che noi condividiamo.

Nel frattempo hanno preso il via una serie di iniziative in varie Regioni d'Italia per realizzare la Casa.. In quelle realtà la richiesta dei cittadini e la risposta delle istituzioni regionali, comunali e di ASL sono riuscite ad incontrarsi.

Noi siamo tra i sollecitatori di queste iniziative ed eserciteremo, attraverso le nostre strutture decentrate, un costante monitoraggio su di esse perché le consideriamo prioritarie per dare risposte appropriate ai bisogni delle persone per come oggi si propongono.

Questo non significa naturalmente mettere in secondo piano l'ospedale o peggio, creare forme di antagonismo tra ospedale e territorio. Al contrario, pensiamo che sia necessario dare valore a tutti e due gli ambiti per ripensarli e attualizzarli alla luce di un rafforzamento del sistema sanitario pubblico. Ospedale e territorio hanno da collegarsi e collaborare ed insieme devono cogliere ed utilizzare tutte le novità introdotte dall'evoluzione scientifica e tecnologica.

Va da sé che il territorio resta il luogo elettivo per collocare le pratiche di prevenzione, diffondere le cure primarie, provvedere alla lunga assistenza.

Oggi purtroppo dobbiamo rilevare che proprio nel territorio si registrano le maggiori carenze, ma anche le peggiori distorsioni. Nessuna volontà di generalizzare, naturalmente! Ma è nel territorio che si consumano le maggiori difficoltà di accesso alla prevenzione ed alla cura. Io penso che proprio i vuoti di assistenza, le inappropriately, le disegualianze finiscono per fare da paravento ad interessi piccoli e grandi, talvolta nobili, talaltra inconfessabili, comunque estranei al diritto universale alla salute. E qui c'è un compito per la politica. E' la politica che decide nel territorio la modalità della risposta all'interesse collettivo. La buona politica, quella che programma sulla base di opportunità di prevenzione e di cura adeguate ai nuovi bisogni, sicure nella possibilità di accesso, garanti della sicurezza della persona, articolate nella capacità di presa in carico.

Per questo, per rendere visibile la possibilità di cambiare in meglio il sistema serve la Casa della salute.

21 MARZO 2007

INCONTRO NAZIONALE “LA CASA DELLA SALUTE”

INTERVENTO DI VALERIA DE BORTOLI - SEGRETARIA NAZIONALE FNP-CISL

PREMESSA

Sono trascorsi ormai quasi trenta anni dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale che, attraverso vari aggiustamenti e modifiche, è andato avanti per prove ed errori, fino a restituire, dopo l’esperata politicizzazione del governo della sanità, alla competenza professionale degli operatori sanitari la gestione della salute.

In tale contesto occorre peraltro anche rilevare che il nostro paese è stato oggetto di un continuo “laboratorio” che ha coinvolto in qualche realtà gli stessi utenti del servizio sanitario nazionale in una continua sperimentazione di interventi e di servizi. Oggi, si propone quindi un ulteriore modello, basato su una sede unitaria di prestazioni, preventive, curative e riabilitative, che per certi aspetti non è pienamente nuovo, ma che si propone comunque il potenziamento e lo sviluppo di servizi di assistenza primaria.

Il modello integrato, peraltro, si innesta sulle reiterate richieste avanzate dalla FNP nel corso di tutti questi anni, e che si ritiene opportuno richiamare:

- la salute come diritto da promuovere e tutelare e non bene da mercanteggiare o negoziare;
- il ruolo primario e fondamentale della sanità pubblica, nella sua funzione di tutela del diritto alla salute costituzionalmente sancito, nonché di garanzia e di controllo in ordine alla realizzazione del sistema dei servizi ed interventi preventivi, curativi e riabilitativi, che devono essere integrati con tutti gli altri interventi che concorrono alla costruzione di un organico sistema di welfare, inteso come sistema di garanzie tali da consentire il massimo di “benessere” sociale e sanitario della popolazione (assistenza, sufficienza del reddito, edilizia, ambiente, formazione ed educazione permanente, cultura, realizzazione ecc);
- la sanità deve essere equa, solidale ed omogenea, e superare le disuguaglianze esistenti e che sono determinate soprattutto dalle condizioni di povertà e di disagio sociale: è scientificamente dimostrato che con la povertà crescono le malattie ed aumenta la mortalità;
- la sanità è per sua natura elemento dinamico e perciò oggetto di profonde trasformazioni che sono determinate dall’aumento delle malattie croniche e degenerative, dalle malattie rare, dalle multipatologie che la situazione demografica fa aumentare per la cura delle quali non sono più sufficienti le risposte tradizionali, ma ricerca ed interventi innovativi basati su nuovi valori e su nuove risposte che accentuano il ruolo della medicina di prossimità e di solidarietà organizzata;

- tenuto conto della condizione di disagio e di crisi di tante pensionate e di tanti pensionati, è di assoluta priorità, nell'ambito dell'obbligo dello Stato alla luce di quanto indicato dalla lettera m) dell'art. 117 e dell'art. 32 della Costituzione, rivedere i livelli essenziali assistenziali per quegli aspetti che più sono orientati verso il prevenire e l'evitare eventi morbosi specifici, nonché verso l'integrazione socio-sanitaria e la riabilitazione, in modo da garantire a tutti i cittadini italiani, a prescindere dal luogo di residenza, parità di prestazioni a parità di bisogni secondo uniformi livelli di assistenza, volti a superare e contrastare i gravissimi fenomeni di mobilità sanitaria causa la carenza o l'assenza di servizi indispensabili o causa l'allungarsi per tutti delle liste di attesa, che hanno raggiunto ritardi scandalosi e pericolosi;
- la FNP rivendica quindi una sanità adeguata sul piano della programmazione, dei finanziamenti e della qualità delle prestazioni, dei controlli rigorosi, con la razionalizzazione delle risorse, evitando l'inappropriatezza e gli sprechi, ma evitando il razionamento delle risorse, quando motivato da mere ragioni di risparmio economico che non può essere prodotto a scapito della salute, come è avvenuto imponendo con la finanziaria 2007 gli odiosi tickets aggiuntivi sugli esami specialistici e di diagnostica; quei tickets vanno ritirati a tutela della salute.
- pertanto una sanità rinnovata, il "new deal", deve essere in grado di "produrre salute" e quindi contribuire in maniera determinante al benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini, come preconizza l'Organizzazione mondiale della sanità.

CONSIDERAZIONI

E' pertanto su tali presupposti che va inquadrato il progetto della "casa della salute", e che richiede quindi alcune riflessioni.

Innanzitutto è assolutamente opportuno ribadire la centralità del territorio, rispetto ad una perdurante concezione "ospedalocentrica" dei servizi, quale sede privilegiata e costosa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali, e che nel distretto socio-sanitario trova la sua naturale e concreta soluzione.

Orbene, il distretto socio-sanitario - al quale interno si ritiene dovrebbe collocarsi la casa della salute - non è ancora una realtà pienamente presente in tutta Italia, e occorre a tale riguardo considerare con la dovuta attenzione il modo con cui la casa della salute si inserisce nel rapporto fra il distretto e l'ospedale.

La casa della salute, per come è proposta, si caratterizza quale esperimento con un finanziamento costo di 10 mln di euro, ed è indicata quale grande struttura polivalente sul territorio alla quale il cittadino potrà rivolgersi per assistenza, cura, riabilitazione ed esami sette giorni su sette e per 12 ore al giorno.

Lo stesso progetto, peraltro, si colloca anche nel quadro delle proposte già portate avanti in qualche convegno di studio, e va comunque inquadrato nell'ambito del rilancio dell'offerta dei servizi socio-sanitari di base, così come indicati, fra l'altro come più recente riferimento, oltre che nel new deal, nel Piano sanitario nazionale 2006-2008, ove è affermata la necessità di determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, nonché di promuovere forme sempre più aggregate e integrate di organizzazione che consentano sedi uniche di risposte rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali con una presenza per 24 ore e per 7 giorni la settimana.

L'articolazione nuova delle cure primarie, basata sulla istituzione dell'UTAP – Unità territoriale di Assistenza Primaria – dovrebbe consentire per come l'abbiamo letta:

- una più appropriata erogazione dei servizi;
- efficace continuità assistenziale;
- presa in carico dei pazienti;
- una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini;
- fornitura di attività specialistiche;
- la riduzione delle liste di attesa;
- attivazione dei percorsi assistenziali;
- una più efficace integrazione socio-sanitaria;
- limitazione all'accesso improprio al Pronto Soccorso.

A tale proposito le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati SPI, FNP e UILP, hanno già presentato al Ministro della Salute il documento unitario, non ancora discusso, "Una politica nazionale per la salute e il ben-essere delle anziane e degli anziani anno 2007", e in tale contesto hanno sottolineato l'importanza fondamentale di una riorganizzazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e degli specialisti.

Infatti l'Accordo nazionale dei MMG e SSN, mette in evidenza il ruolo strategico e determinante degli stessi nell'attività di promozione e di tutela della salute dei cittadini, nonché la necessità dell'integrazione socio-sanitaria.

Questo ruolo centrale del Medico di famiglia può essere ulteriormente sviluppato a livello di ogni singola Regione tramite Accordi che stabiliscano e determinino le condizioni strutturali e organizzative necessarie per realizzare la medicina di gruppo, per superare la separazione storica degli studi medici rispetto agli altri operatori del Servizio sanitario, rispetto ai Servizi di diagnostica dell'ospedale.

Si ritiene quindi che nuovi modelli organizzativi siano indispensabili per elevare la competenza del Medico di Medicina generale, la qualità delle Cure primarie e la responsabilità degli operatori attraverso il governo clinico che vale sia per l'ospedale che per il territorio.

Entro questo quadro di nuova organizzazione della sanità territoriale, che prevede la programmazione sociosanitaria di distretto e una rete capillare di servizi sociosanitari, deve quindi collocarsi la generalizzazione delle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap) e possono trovare collocazione specifici programmi di assistenza alle anziane/i.

Analogamente, vanno sviluppati e potenziati i piani di integrazione socio-sanitaria che debbono portare alla istituzione di specifici accordi di programma vincolanti AUSL- comuni, come già in atto in alcune Regioni.

La sperimentazione della casa della salute, pertanto, va inquadrata in tale concreta prospettiva di definizione delle unità territoriali di assistenza primaria, così come sopra prospettate; ma la stessa “filosofia” della sperimentazione, per come tende a diventare un “habitus” costante nella realizzazione degli interventi e dei servizi, non può non condurre ad una reale disparità di trattamento tra i cittadini, una specie di “concessione paternalistica” e secondo disponibilità che portano a collocare servizi dove migliore è l’humus politico di riferimento.

La “filosofia” della casa della salute non deve essere quella di un servizio statico verso cui l’utenza viene opportunamente diretta (promuovendo una sorta di dipendenza dal servizio da parte degli utenti), bensì quale riferimento funzionale e concettuale di risorsa di rete da cui partono specifici programmi di prevenzione promozione e tutela della salute, che mette a disposizione tutti gli operatori sia sanitari che sociali, a favore dei cittadini-utenti.

Se la costituzione della casa della salute porta ad un concentramento di servizi in una unica sede, dove prestano la loro attività tutti gli operatori (sia pubblici che privati) sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, la conseguenza reale è quella di rischiare un aggravamento della dipendenza degli utenti che debbono spostarsi dal loro domicilio per raggiungere la sede di erogazione delle prestazioni.

Deve quindi caratterizzarsi quale servizio “dinamico” e flessibile che svolge l’offerta dei servizi articolati su specifici programmi di intervento, che, in base alla analisi epidemiologica e sociale della popolazione di riferimento (a cui concorrono i MMG, gli operatori sanitari e gli operatori sociali), deve essere in grado di incidere concretamente sullo stato di salute della popolazione.

Ma deve anche essere opportunamente definito il rapporto fra casa della salute, distretto e comitato dei sindaci di distretto, che costituisce l’altro aspetto nevralgico della sperimentazione.

Particolare attenzione a tale riguardo deve essere conferita alle istanze di partecipazione e di controllo della popolazione tramite le loro organizzazioni più rappresentative, fra cui i sindacati, e delle forze sociali interessate alla realizzazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari, fino alla costituzione di comitati

partecipativi in grado di monitorare e valutare gli effetti e l'impatto della sperimentazione. Infatti a tale riguardo i cittadini e le loro articolazioni di rappresentanza si pongono come "portatori di interessi" a cui le istituzioni, devono rendere conto anche attraverso la redazione del "bilancio sociale".

Se, nel caso della sperimentazione della casa della salute, ci si propone di "investire per risparmiare", si può essere anche d'accordo; ma se, nel contesto di un necessario programma volto a contenere l'evoluzione della spesa, garantendo comunque la qualità e l'appropriatezza, si determinano costi aggiuntivi e doppiati di interventi, nascono notevoli perplessità.

A fronte della sperimentazione proposta, inoltre, occorre definire con assoluto rigore la "carta dei servizi" tale da illustrare adeguatamente gli impegni, le prospettive, i vantaggi e le opportunità offerte ai cittadini.

In ogni caso la sperimentazione sarà attentamente seguita e valutata, in modo da trarne le opportune indicazioni, nella concreta prospettiva di potenziare le cure primarie, secondo il modello della medicina di prossimità e di comunità che di per sé stessa può costituire, a fronte della disponibilità di adeguata tecnologia e strumentazione, prolungamento degli orari, integrazione, uno strumento assolutamente valido per contrastare il fenomeno della inappropriatezza, delle liste di attesa, la dispersione degli interventi, gli sprechi e il congestionamento degli ospedali, specialmente per ciò che concerne l'emergenza-urgenza.

