

**LA CASA DELLA SALUTE**

---

*di Bruno Benigni, Spi Cgil*

*“Un uomo percorre il mondo intero in cerca di ciò che gli serve  
e torna a casa per trovarlo”*

*G. Moore (Scrittore irlandese, 1852 – 1933)*

La Casa della Salute corrisponde ad un'idea semplice, eppure di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

La Casa della Salute è la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale e dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione.

Un'idea e una proposta semplice, ma tutt'altro che scontata nel panorama del welfare locale per il fatto che essa non è solo un'aggiunta innovativa, ma è anche, e prima di tutto, un progetto di cambiamento dell'esistente.

Infatti, attivare la Casa della Salute richiede ai cittadini un impegno collettivo per la salute, quindi una loro più alta responsabilità; agli operatori una nuova pratica professionale, quindi l'affermazione del valore sociale del lavoro; ai Comuni una nuova capacità progettuale, quindi una nuova cultura di governo, per coniugare i compiti e le responsabilità istituzionali con le diverse forme di espressione della democrazia diretta. Tutto per il fine della salute e del ben-essere sociale dei cittadini.

Il cammino da percorrere è tutt'altro che agevole, perché la Casa della Salute deve entrare nella cultura progettuale, nelle regole di programmazione, negli ordinamenti e nei rapporti di lavoro, nel senso comune, perché la Casa della Salute sia sentita anche come la Casa di tutti i cittadini, come lo è oggi la scuola, il Comune, l'ospedale, il centro sociale.

*Le finalità*

In modo più specifico e più diretto per la rete dei servizi territoriali sociosanitari, la Casa della Salute costituisce una condizione essenziale per rendere possibile, tramite la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, *la unitarietà e*

*l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie di base.*

Principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge 229/99 e dalla legge 328/2000, ma che fin qui sono rimasti sostanzialmente enunciazioni teoriche, diffuse e reiterate negli atti di indirizzo e di programmazione nazionali e regionali, ma scarsamente applicati.

Quando si è passati dalla teoria alla pratica, si sono prodotte solo esperienze parziali in alcune aree del Paese e per alcune tipologie sociosanitarie, senza che si sia giunti ad una applicazione sistematica dei principi.

Da questo punto di vista, la Casa della Salute crea le condizioni strutturali per passare dalle affermazioni di principio alla concreta realizzazione, dal momento che essa si costituisce per l'appunto come il luogo della ricomposizione delle culture, delle competenze e delle responsabilità dei servizi sanitari e sociali territoriali, nel rispetto dell'unità della persona, considerata nel suo contesto di vita e di lavoro.

*Le aree elementari*

Non c'è Casa della Salute senza ambito di programmazione territoriale, come per altri versi non c'è ospedale senza area programmata e senza regole di riferimento.

La Casa della Salute si configura, infatti, come specificazione e, insieme, come contributo alla programmazione della zona-distretto.

Come è noto, il distretto, che di norma deve coincidere con la Zona sociale, ha trovato nelle leggi nazionali, e in particolare nella legge 229/99, i criteri generali per la sua definizione spaziale. L'area distrettuale deve comprendere non meno di 60 mila abitanti, salvo eccezioni determinate dalla conformazione morfologica del territorio, dalla densità della popolazione e dal sistema delle comunicazioni per l'accesso ai servizi sociosanitari.

Si è optato, comunque, per un distretto che dispone di un territorio ampio e che raccoglie una consistente popolazione per mettere a disposizione una quantità e una qualità di risorse finanziarie, tecnologiche e professionali capaci di soddisfare la domanda di prestazioni sociosanitarie che possono essere fornite al di fuori dell'ospedale.

Il distretto si configura, *positivamente*, come la sede idonea per le funzioni di programmazione e di coordinamento, ma rischia d'essere, *negativamente*, un'area di accentrimento delle prestazioni in luoghi distanti dai cittadini, vanificando il principio della prossimità e della agevole accessibilità alle sedi di erogazione.

Al contrario, il servizio pubblico, sia sanitario che sociale, deve recuperare quella flessibilità operativa che lo porta a svelare la domanda inespressa e ad agire sui contesti sociali, con interventi che dalle sedi formali del Servizio si proiettano in tutte le possibili sedi informali (il domicilio, il luogo di lavoro, il quartiere, la scuola, ecc...).

Il Servizio va al cittadino e non solo viceversa; il Servizio è dinamico e non si costituisce solo per l'attesa.

Un'altra annotazione. Una centralizzazione o una spontanea dispersione delle sedi di erogazione delle prestazioni consente, al massimo, una partecipazione indiretta, solo rappresentativa di secondo e terzo grado, e tagli fuori il contributo diretto delle comunità che si organizzano nei luoghi naturali del vivere e del convivere, laddove le prestazioni sono "*visibili*" a tutti e, come tali, partecipati.

Sulla base di queste considerazioni, che recuperano uno dei principi ispiratori della riforma del 1978, è necessario che le sedi di erogazione delle prestazioni siano *le più vicine possibili al domicilio delle persone, senza perdere in efficacia e qualità*.

Questo richiede che il distretto sia suddiviso in aree sub distrettuali di dimensioni più contenute per popolazione e per territorio, ambiti che si possono chiamare *aree elementari*, nel senso che esse assumono il ruolo di area di base su cui si costruiscono le fondamenta dell'impianto del distretto e, conseguentemente, del Servizio sanitario pubblico.

A titolo di ipotesi, l'area elementare potrebbe stare in un parametro di popolazione compreso tra i cinque e i quindicimila abitanti, con variazioni che, come per il distretto, potrebbero dipendere dalla conformazione del territorio, dalla densità della popolazione e dalla rete delle comunicazioni per l'accesso ai servizi.

La Casa della Salute è il presidio sociosanitario dell'area elementare.

### *Leggi e piani per le aree elementari*

La legge 299/99 “Riordino del Servizio sanitario nazionale” giustamente non fa menzione del problema delle aree elementari e tanto meno della Casa della Salute. Si ferma al distretto.

La ragione sta nel fatto che nell’Ordinamento costituzionale italiano le competenze per l’organizzazione del Servizio sanitario e del welfare sono conferite alle Regioni. Spetta alla loro potestà legislativa e programmatica entrare nel merito dell’articolazione spaziale del distretto e della sua organizzazione strutturale.

Pertanto, la definizione dei parametri per le aree elementari e la scelta dei presidi da costituire in esse sono di competenza delle Regioni e degli Enti locali.

E’ un fatto, però, che nessuna legge regionale e nessun Piano sanitario delle Regioni ha affrontato questo problema e il distretto risulta *come area indifferenziata* su cui le Aziende sanitarie, tramite l’Atto aziendale, sono chiamate ad organizzare *liberamente* la rete dei servizi.

Si manifesta qui uno dei limiti tradizionali della Pubblica Amministrazione, poco attenta ai problemi della gestione delle attività, all’efficienza e all’efficacia dei modelli organizzativi.

Almeno per quanto riguarda la sanità e le politiche sociali, invece, è di estrema importanza che la legge regionale e i Piani regionali e locali stabiliscano *regole comuni* per costituire questo tassello basilare del sistema, senza del quale non si raggiungono gli obiettivi della integrazione operativa e diventa aleatoria la stessa esigibilità dei diritti, risulta difficile stabilire una partecipazione diretta e responsabile dei cittadini.

### *Lavorare insieme*

Il problema del lavoro di gruppo, dell’approccio multidisciplinare nell’assistenza sanitaria è affrontato esplicitamente, sul piano dei principi e degli indirizzi, dall’articolo 3-quinquies della legge quadro 229/99, proprio perché esso è considerato *decisivo* per l’efficienza e l’efficacia delle prestazioni. Del resto tutta la legge 229/99 è fondata sulla valorizzazione dell’unità della persona, vista nel suo contesto sociale, e sulla necessità di garantire un sistema unitario ed integrato di risposte ai bisogni di salute e di cura del cittadino.

Dopo la “229”, bisognava sviluppare a livello regionale *un’ulteriore creatività legislativa*, che invece non c’è stata, per portare in pratica concetti ed indirizzi.

Mentre nel sistema ospedaliero il lavoro interdisciplinare ha trovato risposta organizzativa, sia pure con luci ed ombre, nel modello dipartimentale, nella sanità territoriale l’esigenza del lavoro di gruppo ha trovato un riscontro nell’art. 17-bis della legge quadro 229/99 e nella Convenzione per la Medicina generale, là dove si prevede di incentivare l’associazionismo medico, naturalmente volontario.

### *Qualcosa si muove*

In un Servizio sanitario pubblico, che vuol mantenere al centro la persona con l’unitarietà dei suoi bisogni e la globalità della risposta, il lavoro collegiale degli operatori è questione ineludibile e costituisce uno degli orizzonti cui si rivolgono gli operatori, della sanità come del sociale, per affermare una nuova e più gratificante professionalità.

Nonostante i vantaggi che storicamente sono stati assicurati per l’esercizio individuale e privato delle professioni, ci sono esperienze di operatori sanitari e sociali che cercano di aprirsi la strada dell’associazionismo e finanche della cooperazione per superare l’isolamento delle professioni sanitarie e sociali del territorio.

Si tratta di esperienze interessanti se pur limitate, che sono testimonianza di un’esigenza insopprimibile di lavoro sociale da parte degli operatori, pur in assenza di un progetto generale che dovrebbe essere proposto e costruito attraverso una collaborazione tra le Istituzioni del Servizio sanitario nazionale e le Organizzazioni rappresentative degli operatori.

Naturalmente l’iniziativa spontanea, per ora dal basso e dalla periferia, ha un ruolo trainante se riesce a coniugare il valore del lavoro comune degli operatori con il carattere universale e pubblico del Servizio sanitario nazionale, evitando derive privatistiche e soluzioni non trasferibili in tutti i contesti.

La Regione che più si è inoltrata nella definizione di un sistema di regole per il lavoro dipartimentale nel distretto è l’Emilia Romagna che ha inserito nel modello organizzativo distrettuale il *Dipartimento delle cure primarie* con una sua articolazione in *Nuclei operativi* a livello sub distrettuale.

Recentemente, il Ministero della Salute ha avanzato la proposta di una sperimentazione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), ma siamo ancora molto lontani da una soluzione di sistema, incardinata nelle normative, nei Contratti e nelle Convenzioni e negli atti di programmazione territoriale.

#### *La Casa della Salute: l'edificio*

La Casa della Salute si propone come *un modulo di un sistema*, capace di unificare le esperienze in atto e di valorizzare il complesso delle risorse professionali e democratiche per il fine della salute.

La Casa della Salute, infatti, è un presidio che si può realizzare in tutte le aree elementari, una volta che queste siano state definite.

La Casa della Salute é il contenitore che rende possibile, *in ragione della contiguità spaziale*, un modello organizzativo di integrazione dei servizi e delle pratiche operative, anche con la necessaria gradualità.

La Casa della Salute, comprensibilmente, non ha ancora guide tecniche tipizzate. Le soluzioni architettoniche, che dovranno tener conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto all'interland di riferimento, saranno date dall'incontro creativo tra la cultura sociale e la cultura progettuale del territorio, non solo per tarare e progettare il manufatto a misura dei bisogni, ma per inserire la Casa della Salute nel complesso delle relazioni interne ed esterne al distretto, per fare di essa un centro che annoda e dipana le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari.

#### *Una sede unica*

La Casa della Salute deve insistere *preferibilmente* in una sede unica. Solo alcune attività, che hanno una sufficiente autonomia di gestione, possono essere ubicate eccezionalmente in sede diversa. Si fa l'esempio della Residenza sanitaria assistenziale, dell'hospice o di strutture residenziali che hanno una forte identità gestionale.

E' possibile che, per ragioni oggettive, dipendenti dalla conformazione del territorio, alcuni studi medici non possano consolidarsi in uno stesso edificio per il fatto che è necessario garantire, comunque, un agevole accesso dei cittadini alle sedi di erogazione delle prestazioni.

In ogni caso, la Casa della Salute, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura di coordinamento deve assicurare *comunque* l'integrazione delle attività nell'area elementare, deve fungere da "volano" dell'integrazione operativa.

Da questo punto di vista e per queste finalità sono di particolare utilità quelle scelte programmatiche, già presenti in alcune aree del Paese (vedi città di Roma) che prevedono un Piano regolatore del distretto socio-sanitario.

Per la Casa della Salute si potranno utilizzare strutture sanitarie dismesse, da ristrutturare, edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate.

E' chiaro che a questa progettazione si giungerà se e quando la Casa della Salute sarà considerata una funzione irrinunciabile del sistema sociosanitario regionale, parte integrante della programmazione regionale e locale.

A quel punto a questo sistema dei presidi territoriali dovrà essere dedicata la stessa attenzione che oggi è riservata agli ospedali, sia sul piano della qualità progettuale che su quello della linea di finanziamento dell'edilizia sociosanitaria.

Deve far riflettere il fatto che finora tutte le risorse finanziarie disponibili per investimenti in conto capitale sono state impegnate per la rete ospedaliera o comunque per strutture di ricovero, quasi per niente per la rete dei servizi sociosanitari del territorio.

La ragione sta nel fatto che nella sanità il territorio a parole è tutto, nella realtà è quasi niente.

Le aree elementari con le Case della Salute possono aprire la strada ad un'inversione di tendenza.

#### *La Casa della Salute: gli obiettivi*

La Casa della Salute è una sede fisica ma soprattutto *un centro attivo e dinamico della comunità locale* per la salute e il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo.

La Casa della Salute deve consentire:

- di operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), mettendo fine all'occasionalità e/o alla routine;

- di promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale nei vari presidi e servizi;
- di ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, di realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapeuti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- di organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- di sviluppare programmi di prevenzione, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- di favorire il controllo collegiale delle attività, interno ed esterno ai servizi;
- di offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

Si tratta di aspetti rilevanti della questione salute, non ancora risolti, anche nelle aree più avanzate della realtà sanitaria italiana.

E' evidente che non basta disporre di una struttura unificante (un edificio) per raggiungere questi obiettivi. Servono nuove culture, nuovi modelli organizzativi, nuovi istituti contrattuali, nuove culture, uno spostamento consistente di risorse finanziarie dall'ospedale al territorio.

## **1. La Casa della Salute: le funzioni/attività distribuite per aree**

---

*Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della Salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e sociosanitaria ed altre ancora di natura sociale.*

### *Area delle attività amministrative*

La Casa della Salute deve disporre di un'area destinata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e 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 limitano e snaturano l’esercizio della professione.*

In particolare, si tratta di operazioni di natura economica (il Presidio deve disporre di un budget e deve funzionare come Centro di costo), di segreteria degli studi medici, di raccolta dei dati, di archiviazione delle informazioni e delle cartelle cliniche, ecc...

#### *Area degli sportelli integrati*

La Casa della Salute è il punto d’incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del Servizio sociosanitario.

Nella posizione di più facile accesso, sono collocati gli sportelli integrati della sanità e dell’assistenza, collegati ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, al Servizio sociale professionale e al Centro Unificato di prenotazione (CUP).

Questo è il punto al quale si rivolgono i cittadini per le informazioni e le prenotazioni, per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l’organizzazione di una risposta adeguata.

La Casa della Salute consente, finalmente, di realizzare questa prima ed essenziale funzione del Servizio pubblico che costituisce, sul versante dell’offerta, il primo livello essenziale delle prestazioni richieste dal comma 4 dell’articolo 22 della legge 328/2000.

#### *Area delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni*

Alla porta della Casa della Salute è collocato il punto di soccorso mobile dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24.

Uno spazio funzionale deve essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore sulla base di un Accordo che può essere stipulato tra la Regione e le Poste italiane.

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 in modo da valorizzare il contributo di solidarietà dei cittadini.

Un ambulatorio chirurgico deve essere sempre disponibile, aperto nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.

### *Area della prevenzione*

L'area della prevenzione è uno spazio strategico nella Casa della Salute. A partire da qui, 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 sulle principali malattie, si impostano i programmi di educazione alla salute con la scuola, con i Centri sociali degli anziani, con le Associazioni di utenti e di cittadini, con le Associazioni del volontariato.

Bisogna ricordare che la prevenzione è problema complesso che coinvolge non solo gli operatori addetti, ma l'insieme degli operatori sanitari, le Istituzioni pubbliche (Comune, Scuola, ecc...), le parti sociali, le Associazioni di cittadini.

In questa area trovano collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione collettiva per attività di sanità pubblica che devono coinvolgere nei programmi i medici di medicina generale che dispongono di una mole ingente di informazioni epidemiologiche e mantengono rapporti quotidiani con i cittadini-utenti.

E' un'area operativa che deve agire per programmi elaborati collegialmente e democraticamente e deve disporre di spazi per incontri con la popolazione e per gruppi di lavoro, di "laboratori" per la produzione di materiale di informazione, particolarmente per le campagne di promozione di stili corretti di vita (lotta contro il fumo, l'alcool, le sostanze psicotrope, l'uso corretto dei farmaci, ecc...).

Le mappe di rischio, il controllo degli ambienti confinati ed aperti, le funzioni di solidarietà pubblica e gli screening per la diagnosi precoce delle principali malattie sono il campo di lavoro diretto di quest'area della sanità pubblica.

In quest'area è collocato *il Consultorio familiare* che deve essere una sede e un'occasione per l'educazione sessuale degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per l'educazione della donna al parto, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle

malformazioni, ecc...), per la salute della donna, con particolare riguardo alle donne immigrate.

#### *Area delle cure primarie*

Le cure primarie, come è attestato dalla letteratura internazionale, coprono intorno al 90% dei bisogni di cura della popolazione.

Da qui l'importanza di un modello organizzativo che renda efficiente e qualificata questa area di prestazioni.

La Casa della Salute è la chiave di volta per impostare e risolvere il problema.

Tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che lo desiderano devono trovare nella Casa della Salute lo spazio per i loro studi medici.

I medici di famiglia e i pediatri che si rendono disponibili devono avere ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi informatici direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc...

La Casa della Salute porta in *sede pubblica* le varie forme di associazionismo medico previste dagli articoli 40 e 71 del DPR n. 270 del 28 luglio 2000 (Regolamento di esecuzione dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale) e le relative équipes possono configurarsi come *articolazioni del dipartimento delle cure primarie da costituire nel distretto ai sensi dell'art. 17-bis della legge 229/99*.

La Casa della Salute è un'opportunità per rendere centrali, autorevoli, efficaci le cure primarie.

La presenza dei medici di famiglia e dei pediatri nella Casa della Salute è l'occasione per superare, con adeguato modello organizzativo, la tradizionale separazione che esiste all'interno stesso dei medici di medicina generale, dei medici di famiglia rispetto agli specialisti, rispetto all'ospedale, rispetto alle altre figure sanitarie non mediche e sociali.

L'organizzazione dipartimentale delle attività deve salvaguardare l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra e deve nello stesso tempo mettere a punto tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di

consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di avere nel territorio un'équipe interdisciplinare *che si fa carico della cura delle persone e insieme della salute della comunità.*

La possibilità che la Casa della Salute offre di una contiguità operativa tra tutti i medici di famiglia apre la strada al lavoro di gruppo che fino ad oggi è stato un obiettivo tutt'altro che realizzato.

E' evidente che questa nuova pratica di lavoro dipartimentale deve essere assunta e valorizzata nella Convenzione tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali, anche con incentivi economici, utilizzando la quota di retribuzione da trattare a livello regionale e aziendale.

Nella Casa della Salute trova collocazione la continuità assistenziale (guardia medica) che potrà essere meglio inserita nell'attività delle cure primarie, con forme di coordinamento oggi difficili da realizzare e praticamente assenti.

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

#### *La Casa della Salute: l'informatizzazione*

Fino a quando i medici di medicina generale resteranno isolati nei propri studi privati, essi, per quanto aperti alla modernizzazione, non potranno giovare degli apporti che alla medicina giungono dall'innovazione tecnologica e dai sistemi di informatizzazione che consentono di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e di collaborazione a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.

La comunicazione e lo scambio di informazione medica tra operatori e strutture sanitarie si vanno sempre più diffondendo, sia per supportare meglio e più velocemente la diagnosi e il consulto a distanza sia per evitare ricoveri e trattamenti non indispensabili.

Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata della medicina di base.

La Casa della Salute offre le condizioni strutturali per evitare sia il danno irreparabile dell'isolamento del medico di medicina generale che il carico di costi insopportabili per un aggiornamento tutto individuale.

Tutti i servizi e tutte le pratiche sociosanitarie che si svolgono nella Casa della Salute hanno la possibilità d'essere incluse in un progetto complessivo di informatizzazione e tutte le conoscenze informatizzate possono essere utilizzate per un programma coordinato per la salute dei cittadini.

#### *Area delle degenze territoriali*

A disposizione dei medici di famiglia nella Casa della Salute è predisposta un'area di *degenze territoriali* (Ospedale di Comunità) con alcuni posti letto nei quali sono ricoverati cittadini per stati patologici che difficilmente possono essere curati al domicilio, ma che non richiedono neppure ricoveri ospedalieri. Si tratta di una struttura con un turno di infermieri sulle 24 ore, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno.

Deve trattarsi di una struttura che non può in alcun modo e per nessuna ragione essere assimilata alla Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e all'Hospice, ma deve avere tutte le caratteristiche di un presidio per la cura di stati di malattia previsti da appositi protocolli, a breve decorso, che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Per affrontare con serietà la questione dei ricoveri impropri in ospedale e delle dimissioni protette, bisogna dotare il territorio di servizi appropriati. L'area delle degenze territoriali può essere la risposta che responsabilizza il medico di medicina generale e garantisce il cittadino per l'appropriatezza delle cure.

#### *Area delle attività specialistiche*

La contiguità spaziale che offre la Casa della Salute consente l'integrazione tra le cure primarie e le attività specialistiche.

Gli ambulatori specialistici da prevedere, con aree adeguate, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze della popolazione, utilizzando sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera.

Deve essere predisposto un modello organizzativo che metta in rapporto, sistematicamente, gli studi dei medici di medicina generale con gli specialisti che vengono assegnati al Presidio sia attraverso la convenzione sia attraverso la mobilità degli specialisti ospedalieri.

E' necessario invertire la tendenza che fa del medico di medicina generale il semplice esecutore delle prescrizioni specialistiche. Il rapporto deve essere paritario, tra competenze che si integrano, tra operatori che comunicano tra loro nell'interesse del cittadino, con la continuità del ciclo terapeutico.

Una particolare attenzione deve essere dedicata al funzionamento dell'ambulatorio odontoiatrico, sia per gli spazi e le attrezzature di cui deve essere dotato sia per le figure professionali che ne devono far parte.

Nell'area delle specialità, con spazi autonomi, ma coordinati con le cure primarie e con i servizi sociali, devono trovare collocazione le articolazioni del Sert con le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope, del Servizio di salute mentale e le strutture di assistenza diurna per disabili e malati di mente.

#### *Area delle tecnologie diagnostiche*

Per le esigenze diagnostiche dei medici di famiglia, nella Casa della Salute devono trovare collocazione alcune tecnologie diagnostiche semplici, alcune direttamente utilizzate dai medici di medicina generale, altre da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno recapito nella struttura con orari programmati.

L'inventario delle tecnologie potrebbe comprendere in via di prima ipotesi: semplici radiologie, ecografi, mammografi (ad es. il mammografo mobile) spirometri, ecodopler, ecc.

#### *Area delle attività riabilitative*

Nella Casa della Salute uno spazio adeguato, comprensivo della palestra ed anche, se possibile, di una micro piscina, è assegnato alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.

L'aumento della domanda delle prestazioni riabilitative è conseguenza del mutato quadro delle patologie, con la prevalenza di quelle ad andamento cronico degenerativo. A questo corrisponde nella realtà una riduzione delle prestazioni

previste nei livelli essenziali e una crescita esponenziale degli interventi erogati da privati, a pagamento totale dei cittadini.

La Casa della Salute offre la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative pubbliche, sia per le persone eventualmente ricoverate nella struttura (nel caso in cui essa comprenda una RSA o un Hospice) che per le utenze esterne (il domicilio, la Casa di riposo, la scuola, ecc.).

#### *Area dei Servizi sociali*

Il Servizio sociale destinato all'area elementare deve avere una Unità operativa collocata nella Casa della Salute e gli spazi necessari per attività d'ufficio, per colloqui, per accoglienza per situazioni di estremo bisogno, per il pronto intervento sociale, da attivare 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 tramite la Casa della Salute.

#### *Area delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*

##### ■ *L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)*

Nella Casa della Salute trova collocazione il Nucleo di ADI, come articolazione del Servizio ADI costituito a livello del distretto-zona.

L'ADI deve avere una propria sede e mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio (inteso in senso lato, comprensivo del centro diurno), salvo gli aspetti di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella Casa della Salute.

L'ADI è 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.

L'ADI ha un responsabile, un organico multidisciplinare, ed opera con modalità di gruppo.

L'ADI coordina le imprese sociali senza fini di lucro convenzionate con la Asl per l'assistenza domiciliare, verifica la qualità delle prestazioni erogate dalle collaboratrici di famiglia (le badanti o colf), provvede

all'aggiornamento del personale che a vario titolo opera nell'assistenza domiciliare.

■ *Il Centro diurno*

L'ADI dispone di una struttura di appoggio assistenziale, il Centro diurno, per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia.

Il Centro diurno costituisce un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria e pertanto è parte integrante dell'ADI.

Il Centro diurno ha una dotazione variabile di posti, in rapporto alla popolazione.

Il personale addetto è parte integrante dell'Assistenza domiciliare Integrata, ma dispone di altre figure professionali, quali gli educatori professionali e gli animatori di comunità, che sono utilizzati anche in altre strutture di accoglienza, interne o esterne alla Casa della Salute.

■ *La Residenza sanitaria assistenziale*

Dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto, la RSA può essere inserita nella Casa della Salute, ma può essere ubicata in una sede propria, salvo garantire uno stretto rapporto di collaborazione e di operatività con il complesso dei servizi che sono collocati nella Casa della Salute.

Nella stessa area trovano spazio la Commissione di valutazione degli invalidi civili, l'Unità di valutazione multidimensionale delle persone anziane non autosufficienti la cui attività è direttamente collegata alla rete dei servizi.

*Dalla dispersione alla ricomposizione*

Il progetto della Casa della Salute deve prevedere gli spazi necessari per tutte le attività che la programmazione prevede per ciascuna delle aree elementari.

Ma poiché il modulo non si iscrive in un foglio bianco ma in un territorio già occupato da ambulatori, uffici e servizi sorti nel tempo, quasi sempre separati gli uni dagli altri, al di fuori di un criterio di programmazione, la Casa della Salute costituisce l'approdo di una ricomposizione, che può essere anche graduale purché programmata, di quanto è frantumato e disperso nel territorio, insieme al potenziamento complessivo di cui ha bisogno questo basamento del welfare locale.

La Casa della Salute non solo integra e facilita i percorsi e i rapporti tra i Servizi e i cittadini, ma restituisce alla popolazione

una visione unitaria del problema della salute, non solo come diritto di ogni cittadino, ma anche come interesse della collettività (articolo 32 della Costituzione).

#### *Il modello organizzativo*

Per una struttura così complessa, in cui operano funzioni diverse, molteplici e alcune anche consistenti, è necessario prevedere un *Responsabile del Presidio* al quale siano affidate competenze e responsabilità per il funzionamento razionale dell'impianto, per far fronte a tutte le esigenze di promozione e di coordinamento, interne ed esterne, che si possono presentare nella gestione della struttura.

Il Responsabile del Presidio potrebbe essere un medico di medicina generale, nominato dal Direttore del Distretto-zona, sentito i medici di medicina generale, di concerto con il Comune interessato.

Il Responsabile si avvale di un Ufficio di coordinamento la cui composizione e il cui funzionamento possono essere disciplinati da specifico Regolamento della Casa della Salute.

Periodicamente, il Responsabile del presidio indice la *Conferenza dei servizi*, cui partecipano tutti gli operatori, per l'esame delle principali questioni attinenti alla organizzazione e al funzionamento della Casa della Salute.

#### *Il Regolamento della Casa della Salute*

Sulla base dell'Accordo di programma tra i Comuni della Zona-distretto e l'Azienda sanitaria locale, il Direttore del distretto, sentite le Organizzazioni sindacali e la Conferenza dei Servizi, approva il Regolamento per il funzionamento della Casa della Salute che è parte integrante dell'Atto aziendale.

In particolare, il Regolamento deve prevedere le responsabilità dei diversi moduli organizzativi, l'assegnazione degli spazi, i tempi di apertura dei servizi, le modalità con le quali i cittadini e le loro Associazioni utilizzano gli spazi assegnati, le forme di integrazione operativa tra i diversi servizi e tra le diverse professionalità, i tempi e i modi per la valutazione delle attività svolte e dei rapporti tra la Casa della Salute e la popolazione.