

La Casa della Salute - sede per l'erogazione integrata delle Cure Primarie: lo stato dell'arte

Dalla sperimentazione all'evoluzione del "modello"

di **Piero Salvadori***; **Francesco Bevere****; **Sassone Saturnino*****; **Panuccio Angela******; **Giannetti Giovanna*******; **De Carolis Loreta*******

Introduzione

Negli ultimi anni il welfare del nostro Paese si è dovuto confrontare con i molteplici cambiamenti demografici avvenuti nella popolazione e con una diversa richiesta di assistenza sanitaria. I dati Istat 2014 mostrano che, nell'anno 2012, la speranza di vita alla nascita era giunta a 79,6 anni per gli uomini e a 84,4 anni per le donne e che al 1 gennaio 2013, nella popolazione residente, erano presenti 151,4 persone di 65 anni e oltre, ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Inoltre il 7,7 %, del totale della popolazione, ha dichiarato di star male, oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffriva di patologie croniche gravi e i casi di disabilità erano in aumento.

Ciò ha comportato da una parte il tramonto della visione ospedalocentrica dei servizi sanitari, che ha caratterizzato il XX secolo, e dall'altra l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare che attraverso meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie territoriali, sociali ed ospedaliere consentano la presa in carico "globale" e continuativa della persona e della sua famiglia. La risposta assistenziale pertanto è passata da

un approccio esclusivamente d'organo, della cura della malattia, all'approccio olistico del prendersi carico della persona nella sua interezza anche attraverso lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa". Questa ultima, intesa come approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, si avvale del modello assistenziale del Chronic Care Model (Ccm), che meglio di altri consente la gestione integrata della cronicità. In tale scenario il Medico di Medicina Generale (Mmg) è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso anche nella previsione di un'organizzazione territoriale che contempli la possibilità di disporre di posti letto territoriali e/o servizi residenziali all'interno di apposite strutture di cure intermedie.

Tra i principali obiettivi del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), figura l'implementazione e la riorganizzazione della medicina territoriale in una visione di insieme delle reti assistenziali (Emergenza, Ospedali, Territorio) che, nel rispetto degli indirizzi generali normativi e delle peculiarità specifiche del territo-

rio, dove vengono inserite, possa garantire la continuità delle cure. In tal senso l'impegno delle istituzioni, in questi ultimi anni si è manifestato sia attraverso l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali (art. 1, comma 34 e 34-bis della legge 662/1996) che hanno consentito lo sviluppo di modelli organizzativi dell'assistenza primaria (Utap, Pta, Ucp, Casa della Salute) che attraverso scelte di politica sanitaria precisate sia nella recente normativa (art. 1 legge 189/2012 decreto Balduzzi) in tema di Cure Primarie che nell'attuale Patto per la Salute (2014-2016). Tali scelte prevedono la realizzazione di forme aggregative multiprofessionale (Unità Complesse di Cure Primarie - Uccp), già peraltro previste nell'Acn per la Medicina Generale 2009, che consentono l'integrazione ed il coordinamento operativo tra i Medici di Medicina Generale (Mmg) in tutte le loro funzioni, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali secondo le modalità operative e gli "standard organizzativi/strutturali" individuati dalle Regioni. In tale contesto ben si colloca il modello organizzativo per l'erogazione delle cure primarie denominato "Casa della salute", da in-

tendersi come la struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie favorendo, così, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie secondo i principi fondamentali affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000. Infatti la Casa della Salute assume la duplice caratteristica di essere una struttura fisica territoriale ben riconoscibile integrativa ed anche alternativa all'ospedale, almeno per una serie di servizi, meno ovviamente la degenza complessa. In più risponde perfettamente alla necessità di "deospedalizzare la sanità" e quindi anche la salute e nel contempo evitare "l'istituzionalizzazione territoriale" cosa che invece potenzialmente fanno le strutture come le residenze assistenziali assistite (Rsa) o le strutture di cure intermedie.

Dalla sperimentazione all'Evoluzione del "modello"

Il termine Casa della Salute (Cds) ha fatto la sua comparsa nell'anno 2006 come parte integrante del programma del Ministero della Salute "Un New deal della salute", anche se alcuni concetti fondamentali erano già riportati nelle legge 229/99 (art. 3-quater e successivi) e nella legge 328/2000 (assistenza socio sanitaria). È il Ministro della Salute, Livia Turco, che nel 2007 usa e precisa meglio questo termine promuovendo l'incontro nazionale: "Costruiamo insieme la Casa della salute" (Roma – 22.03.07) cui hanno preso parte gli Assessori regionali alla sanità, le associazioni dei cittadini, i sindacati e i rappresentanti delle professioni

sanitarie. L'evento fu voluto anche all'insegna della "bella sanità" su cui sarebbe stata impostata la campagna pubblicitaria realizzata dal noto fotografo Oliviero Toscani in occasione del trentennale (1978-2008) del Servizio sanitari Nazionale. (Figura N° 1)

Nel corso dell'incontro furono illustrati i progetti e le iniziative avviate sul territorio nell'ambito di una nuova organizzazione e di un potenziamento del sistema delle cure primarie di cui la Casa della salute è attualmente parte di rilievo. La Finanziaria 2007 (legge n. 296 / 2006) al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, aveva previsto per il triennio 2007-2009, un fondo di 60,5 milioni di euro da assegnare alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano per l'integrazione ed il co-finanziamento di progetti Regionali in alcune tematiche tra le quali la "sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute" cui destinare 10 milioni di euro del citato fondo.

L'accesso al fondo di cofinanziamento per l'anno 2007 era consentito alle Regioni che avessero presentato, nell'ambito dei progetti di cui all'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge 662/1996 (linea progettuale 1 – Cure primarie), progetti specifici e coerenti con le linee indicate dal Dm 10 luglio 2007 (G.U. 10 ottobre 2007, n. 236). Le 19 Regioni che hanno aderito alla sperimentazione hanno presentato complessivamente 22 progetti dai quali è emerso che il numero di strutture riconducibili al modello "Casa della Salute" previste è risultato essere complessivamente 273 delle quali 204 derivanti dalla tra-

sformazione graduale dei Nuclei di Cure Primarie (Ncp) già realizzati nella Regione Emilia Romagna e 22 dalla riconversione dei Gruppi di Cure primarie (Gcp) della Regione Piemonte. la realizzazione ex novo della Casa della Salute è stata prevista in 47 progetti. La maggior parte dei progetti inoltrati dalle Regioni in tema di Casa della Salute ha avuto una previsione di realizzazione pluriennale e la relativa attuazione è proseguita anche oltre il triennio 2007-2009 nell'ambito dei Progetti di Piano Sanitari Nazionale (legge 662/1996 – Cure primarie). Ad oggi è tuttora in atto un processo di sviluppo di modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie che, seppure con denominazioni a volte diverse, quali Centri di Assistenza Primaria (Cap) nella Regione Piemonte, Centri di Assistenza Primaria Territoriale (Capt) nella Regione Calabria, Presidi Territoriali di Assistenza (Pta) nella Regione Abruzzo e Sicilia, possono ricondursi per finalità e modalità organizzative alla struttura definita Casa della salute. Inoltre, tale struttura è di sovente collocata nel processo di riqualificazione e miglioramento della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera, cui sono impegnate le

*Responsabile UOC
organizzazione Servizi Servizi
Sanitari Territoriali AUSL 11
di Empoli (FI)

** Direttore Generale della
Programmazione Sanitaria -
Ministero della Salute
(oggi Direttore Generale Agenas)

***Direttore uff. V della
Programmazione Sanitaria -
Ministero della Salute

**** Dirigente Medico
uff. V- Ministero della Salute

Figura 1 - La campagna pubblicitaria: Pane, Amore e Sanità ideata dal fotografo Oliviero Toscani per il Ministero della Salute in occasione del trentennale del SSN. “La campagna”, realizzata all’insegna dell’ottimismo, del sorriso e della speranza, secondo Toscani ha risposto alla precisa richiesta del Ministro Livia Turco di rappresentare la bella Sanità.



Regioni sottoposte ai Piani di Rientro, in quanto la sua realizzazione viene effettuata attraverso la riconversione dei piccoli ospedali. Infine la recente normativa (legge 189/2012 decreto Balduzzi) in tema di Cure Primarie e l'attuale Patto per la Salute (2014-2016), prevedono la realizzazione di forme aggregative multi-professionale (Unità Complesse di Cure Primarie – Uccp), riconducibile, per la modalità organizzativa, al modello Casa della Salute e alcune Regioni, come ad esempio la Toscana, ne fanno coincidere l'identità, consapevoli che con la realizzazione di questa offerta multipla di professionalità il territorio potrà finalmente garantire la presa in carico globale, la pre e deospedalizzazione ma anche evitare il ricorso a ricoveri impropri dive-

nendo così il secondo pilastro del Ssn.

Lo stato dell'arte in Italia

Il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, relativamente alla “sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute” prevista dalla legge finanziaria 2007 (cofinanziamento 2007-2009), nell'ambito dei progetti di cui all'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge 662/1996 (linea progettuale 1 – Cure primarie), ha fornito le linee di indirizzo per la realizzazione della Casa della Salute. Le indicazioni prevedevano che tale modello organizzativo rappresentasse la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle Cure Primarie in un determinato ambito territoriale (10-15.000 ab.) per garantire, attraverso l'in-

tegrazione di professioni e servizi la continuità assistenziale per 7 giorni su 7 e per le 24 ore. A tal fine, prevedevano inoltre, che presso la Casa della Salute fosse presente un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio.

Negli anni successivi la maggior parte delle Regioni che avevano aderito alla “Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute” per l'accesso al cofinanziamento di cui al citato D.M. hanno dato seguito all'attivazione/implementazione di tale modello organizzativo anche se spesso questo ha assunto denominazioni diverse nelle varie Regioni.

Una revisione del “percorso territoriale e nuovi modelli relativi alle cure primarie” effettuata nell'anno 2010, aveva eviden-

ziato una notevole diversità nei vari sistemi regionali sulla riorganizzazione delle cure primarie. Le numerose sperimentazioni organizzative volte a ridefinire le risposte assistenziali da assicurare ai cittadini, attraverso il coinvolgimento della Medicina di Base, avviate, potevano, comunque, anche alla luce di quanto previsto dalla normativa nazionale, essere ricondotte principalmente a due tipologie di modelli erogativi delle Cure primarie: il modello strutturale, quali ad esempio la Case della Salute, le PUnità Territoriale di Assistenza Primaria (Utap), il Nucleo di Cure Primarie (Ncp), L'Unità Complessa di Cure Primarie (Uccp) ed altri, fortemente integrati nel distretto, di cui rappresentano quasi una unità operativa ed il modello funzionale costituito dai Medici di Medicina Generale (Mmg) o dai Pediatri di Libera Scelta (Pls) quali le Equipe Territoriali e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft), caratterizzato per un minor livello di strutturazione che favorisce ampi livelli di autonomia professionale.

Dai dati forniti dalle Regioni, nell'ambito dell'attività di verifica degli adempimenti sui Livelli Essenziali di Assistenza (adempimenti Lea) per l'anno 2012 riguardo i "modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie" realizzati in Italia (a data 31 dicembre 2012), si conferma la spiccata eterogeneità di forme aggregative presenti sul territorio nazionale. Infatti, dei 1559 modelli attivati, 917 (circa il 60%) figurano nella voce "altro". Tuttavia i numerosi modelli organizzativi attivati possono sostanzialmente, ancora una volta, essere ricondotti al modello strutturale multiprofessionale Casa della Salute (Cap, Pta, Atib, Sps, Utap) e al modello funzio-

nale monoprofessionale delle Aft (Gcp, Creg, Ucp). Inoltre, dagli stessi dati si evince che rispetto al totale generale dei modelli organizzativi attivati soltanto 108 (circa il 7%) sono descritte dalle Regioni come Case della Salute secondo le linee di indirizzo del D.M 10 luglio 2007. (tabella n. 1).

Appare ovvio che una tale proliferazione di sigle e acronimi anche se da un lato è indice di libertà di "modellistica" applicata alla "salute locale", dall'altro lato può ingenerare confusione e difficoltà nel paragonare tra loro le varie situazioni alla ricerca della best practice e del minimo comun denominatore.

Lo stato dell'arte "fuori" dall'Italia

Cosa succede nel resto del mondo? Molti dei fenomeni descritti, dall'aumento delle malattie croniche alla deospedalizzazione sono comuni a molti stati e le soluzioni organizzative messe in atto sono molto simili.

Ad esempio come meglio descritto in un articolo precedentemente pubblicato su questa rivista (cfr. bibliografia) dal 1° luglio 2013, si è costituita la Federazione Internazionale dei Centri Sanitari Comunitari (Ifchc International Federation of Community Health Centres) il cui obiettivo generale risulta essere quello di incentivare la collaborazione tra i vari "Centri di Cure Primarie", community oriented, per garantire un accesso equo all'assistenza sanitaria di base a tutti i cittadini come auspicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms - Who).

La Federazione è stata fondata da 4 Associazioni appartenenti a tre diversi continenti: America (Canada e USA), Oceania (Australia) e Europa (Forum Europeo per le Cure Primarie con

sede vicino a Bruxelles). Sono già quasi 1800 i centri comunitari censiti dall'Ifchc secondo criteri predefiniti. La maggior parte di essi si trova nel Continente Americano tra Canada e USA. Oltre 1.200. Segue poi l'Europa con oltre 500 presidi censiti fra Belgio, Portogallo, Spagna, Romania, Olanda ed anche Italia. Molti di essi sono collegati fra loro da sistemi informativi all'avanguardia e molti altri sfruttano anche le esistenti reti dei social network come ad esempio Twitter al fine di comunicare e condividere tra loro le opportunità di cure primarie offerte ai cittadini: https://twitter.com/Cachc_Accsc. Molti infine usano la tecnica del webinar (seminario on line o web - seminar) al fine di effettuare sessioni educative o informative sia per gli addetti alla assistenza sia sanitaria che sociale sia per la popolazione che vi può partecipare da remoto tramite la rete.

Ad esempio le reti e connessioni descritte a proposito dei Community Health Center sono adesso attivate anche per l'emergenza Ebola dal punto di vista della informazione ed educazione sanitaria alla popolazione gli screening e gli aggiornamenti per le attività precauzionali ambulatoriali. Ovviamente tale "rete" è particolarmente attiva negli USA: <http://www.nachc.com/pressrelease-detail.cfm?PressReleaseID=953>

Verso quale modello?

A sostegno di questa scelta ci viene incontro sul versante economico e di soddisfazione dei cittadini, quanto affermato da Atun in un libro uscito ormai 10 anni fa, ma sempre attuale, per conto dell'Oms "... i sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità di accesso, continuità delle cure, superiori

Tabella 1 - tabella relativa ai modelli organizzativi per l'erogazione dell'assistenza territoriale. Dati relativi all'anno 2012 (Adempimenti LEA 2013)

Modelli organizzativi per l'erogazione dell'Assistenza Territoriale attivi nell' anno 2012							
N.	Regione	Utap	Cds	Uccp	Aft	Ncp	Altro
1	Basilicata			1	11		2 Atib
2	Liguria	3		7			
3	Piemonte		22				•
4	Veneto	32			164		
5	E. Romagna		49			216	
6	Toscana		16				
7	Lombardia						5 creg
8	Marche		14		56		
9	Sicilia						50 pta
10	Umbria		2			4	
11	Abruzzo	2				31	2 pta
12	Molise		1				
13	Puglia	1	2				1 pta 17 cpt
14	Lazio		2				835 ucp
15	Campania						5 sps
16	Calabria					6	
	Totale	38	108	8	231	257	917
Totale generale: 1559 (modelli organizzativi per l'erogazione delle Cure Primarie attivati							

Legenda degli Acronimi

CdS Casa della Salute; A.F.T. Aggregazione Funzionale Territoriale; G.C.P. Gruppi di Cure Primarie; C.A.P. Centro di Assistenza Primaria; C.R.E.G. Chronic related Group; P.T.A. Presidio Territoriale di Assistenza Primaria; U.T.A.P. Unità Territoriale di Assistenza Primaria; A.T.I.B. Assistenza Territoriale Integrata Basilicata; S.P.S. Struttura Polifunzionale per la Salute; C.P.T. Centro polifunzionale territoriale; U.C.P. Unità di Cure Primaria (MMG /PLS); N.C.P. Nucleo di Cure Primarie; U.C.C.P. Unità Complessa di Cure Primarie

ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche e ospedaliere, con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione”.

A fronte della aspettativa di vita che cresce di 1 anno ogni 5 anni si contrappone la drastica discesa del numero di posti letto per abitante con un effetto di divaricazione tra le due variabili sempre maggiore: effetto forbice. Tutto questo comporta necessariamente l'esigenza di riorganizzare le attività del territorio nell'ambito del quale la Casa della

Salute, quale articolazione del Distretto sanitario, rappresenta il luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, nel caso siano previsti moduli aggiuntivi, anche l'assistenza intermedia, in collegamento con l'ospedale e gli altri servizi territoriali. La Casa della Salute consente un'efficace presa in carico, soprattutto delle persone in condizione di cronicità, attraverso la sua essenza che si fonda su tre fasi interdipendenti e successive: “accoglienza”, “presa in carico” ed “integrazione”. Tale situazione si può paragonare all'arrivo di una nave in porto con le operazioni di assistenza dei portuali. (schema Figura N.° 3). La presenza contemporanea di queste tre azioni e di un team multiprofessionale costituiscono il valore aggiunto della Cds rispetto al tradizionale presidio distrettuale socio sanitario. La progettazione del modello non può che essere “modulare”. Si definisce

pendenti e successive: “accoglienza”, “presa in carico” ed “integrazione”. Tale situazione si può paragonare all'arrivo di una nave in porto con le operazioni di assistenza dei portuali. (schema Figura N.° 3). La presenza contemporanea di queste tre azioni e di un team multiprofessionale costituiscono il valore aggiunto della Cds rispetto al tradizionale presidio distrettuale socio sanitario. La progettazione del modello non può che essere “modulare”. Si definisce

un “set minimo” di servizi/professionalità presenti nella Cds (modulo di base) cui poter aggiungere, servizi /personale (modulo aggiuntivo) secondo le esigenze e le disponibilità del territorio come di seguito descritto.

Modulo di base ovvero il “set minimo” della Casa della Salute

A. Servizi / Professionalità presenti, sempre e in ogni caso:

1. Medicina Generale
2. Pediatria di Libera Scelta (vedi A-2)
3. Medicina Specialistica
4. Punto Unico di Accesso (Pua)
5. Infermieristica
6. Servizio Sociale
7. Servizio amministrativo
8. Presenza o raccordo con la postazione più vicina del Punto di Soccorso mobile 118 dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24
9. Percorsi assistenziali

B. Popolazione di riferimento:

5.000 – 20.000/30.000 abitanti

C. Orario di apertura: dal lunedì al venerdì, almeno 8 ore/die;

D. Scheda clinica/sociale del cittadino condivisa tra tutto il personale

Nello specifico:

A.1 la Medicina Generale (Mg).

Nel Patto per la Salute 2014 – 2016 (Accordo Stato – Regioni, siglato il 10.07.14) si afferma che le aggregazioni territoriali quali le Aft (funzionali) e le Uccp (strutturali) sono le uniche forme organizzative della medicina convenzionata (Mmg, Pdf e Specialisti ambulatoriali). Pertanto la Cds non può che essere ricompresa, essendo strutturale, che nella Uccp. Il numero massimo di medici presenti non dovrebbe superare quello contenuto in una Aft che in media (lo riafferma il Patto) dovrebbe assistere non

Figura 3- Le tre fasi interdipendenti e susseguenti che accompagnano il cittadino nella CDS



più di 30.000 persone. Si potrebbe ipotizzare un N° di Mmg non inferiore a 3 e non superiore a 20-25. Tra i Mmg della Cds, visto il ruolo unico recentemente riaffermato possono trovarsi i medici che svolgono attività di continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva.

A.2 Pediatria di Libera Scelta

Nel set minimo della Cds (5.000 abitanti) potrebbe anche non essere presente, ma è ovvio che, di norma, una parte assistente della Cds deve essere dedicata all'infanzia con la presenza di uno o più Pdf ed attività anche preventive e vaccinali.

A.3 lo Specialista Ambulatoriale Interno

fa parte del personale convenzionato del territorio e pertanto necessariamente fa parte delle Aft e Uccp (Cds). Anche i medici specialisti dipendenti possono essere destinati alle Aft/Uccp, mediante l'istituto del comando: comma 2, art. 1 legge 189/2012. Lo Specialista può quindi effettuare sia attività di consulenza per i Mmg/

Pdf che visite di secondo livello (approfondimento diagnostico e/o terapeutico), attuando così quanto previsto dalla normativa citata e cioè evitando ospedalizzazioni improprie e ricorso improprio al pronto soccorso ospedaliero. Il tutto ovviamente inserito in un lavoro a rete ed in team. Nelle Cds più piccole, dove la presenza fisica dello specialista può essere difficoltosa se non inutile (per l'esiguità della casistica in follow-up) deve essere prevista una attività di telemedicina con collegamento funzionale e teleconsulto con lo specialista ospedaliero di riferimento.

A.4 Punto Unico di Accesso

(Pua), inteso come una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non può che trovare collocazione utile all'interno della Cds. Esso facilita il cittadino nell'orientamento ai servizi ed assicura la sicura presa in carico dei molteplici e mul-

tiformi bisogni della popolazione assistita dalla Cds.

A.5 infermieristica: sempre il Patto per la Salute, prevede nella Uccp (Cds)...l'autonomia e responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici... E' ovvio che l'autonomia professionale dell'infermiere porta a fare di questa figura il manager principale del follow.up del cronico nella Cds, all'interno di procedure e protocolli pre-stabiliti. Il personale medico effettuerà il secondo livello in caso i parametri del follow-up esano al di fuori di quelli attesi / previsti.

Il rapporto di lavoro del personale infermieristico (come del resto anche dell'altro personale che segue) non necessariamente deve essere di dipendenza dal Ssn - Ssr, ma può dipendere anche dal Mmg stesso (ai sensi dell'art. 59 Acn) o delle cooperative o ditte che hanno accordi e rapporti con la Ausl.

A.6 servizio sociale

L'integrazione socio-sanitaria, ma anche le attività sociali pure rivolte alla persona sono indispensabili in una Cds, come pure le attività degli operatori socio assistenziali in particolare per le cure domiciliari. È possibile la proiezione dal Comune ma è necessario che la presenza fisica sia all'interno della Cds e non in sedi funzionalmente collegate ad essa, perché il valore aggiunto della Cds è l'integrazione fisica "gomito a gomito".

A.7 servizio amministrativo

La presenza degli amministrativi deve essere funzionale sia ai MMG/PDF (cioè gli amministrativi espletano attività per gli Mmg /Pdf) che per tutte le altre figure professionali, le necessità dei cittadini e le attività amministrative di base della Ausl. È altrettanto imprescindibile l'attività del Cup. L'amministrativo svolge un ruolo altrettanto fondamentale nel Pua. Il ruolo amministrativo deve pertanto essere unitario e non settoriale: di accoglienza ed orientamento.

A.8 Presenza o raccordo funzionale con la postazione più vicina del Punto di Soccorso mobile 118 dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24,

A.9 Percorsi Diagnostico terapeutico Assistenziali (Pdta)

specifici vengono attivati relativamente alle principali patologie cronico degenerative e alle condizioni clinico assistenziali a maggior impatto sociale. È stato infatti ormai ampiamente dimostrato che alcune patologie croniche come il diabete, lo scompenso cardiaco, la Bpco, l'ipertensione arteriosa, il post-ictus, la demenza ecc... si giovano di un approccio di medicina proattiva capace di ridurre il ricorso all'ospedale ed aumentare la soddisfazione e lo stato di salute degli interessati.

B) la popolazione di riferimento non può essere inferiore a 3.000 abitanti per economicità di gestione e taratura dei servizi, ma neanche molto estesa perché la struttura diverrebbe difficilmente gestibile. Tutt'al più potrà corrispondere alla popolazione seguita da una Aft (30.000 abitanti). Ma già si porrebbero problemi di affollamento e i Mmg dovranno possono mantenere, i loro ambulatori periferici nelle frazioni e/o zone disagiate, per non sguarnire il territorio.

C) orario di apertura: deve essere parametrato alla quantità ed intensità di servizi offerti, ma non può indicativamente essere inferiore alle 8 ore giornaliere

D) la scheda del cittadino, deve essere:

- sociale e sanitaria
- autorizzata dallo stesso
- condivisa da tutti gli operatori in contemporanea
- completamente dematerializzata





ta al trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti.

Particolare attenzione viene volta all'informatizzazione dei dati per il teleconsulto e la telemedicina, nonché alle lingue guida condivise per i percorsi terapeutici delle principali patologie e per i protocolli per accessi e dimissioni programmate.

Conclusioni

Gli aspetti relativi all'integrazione dei servizi ed alla continuità assistenziale sono tematiche sempre più al

centro delle scelte di politica sanitaria dei paesi più sviluppati ed anche nel nostro rappresentano uno dei principali obiettivi del Ssn. Infatti le scelte di programmazione sanitaria verso un nuovo modello di continuità dell'assistenza, cui è orientato ormai da anni il nostro paese, prevedono la presa in carico globale del cittadino, costante nel tempo, da parte di un team avente competenze sanitarie diversificate, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione e di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. Ciò richiede l'impegno delle istituzioni per favorire la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e sociali ed il coordinamento dei diversi attori coinvolti, principalmente al fine di mantenere una visione d'insieme e affinché il cittadino nel suo percorso possa avere un riferimento costante e sicuro. A ciò sembra poter rispondere il modello organizzativo della Casa della Salute già ampiamente sperimentato con esito positivo da numerose Re-

gioni tra le quali la Toscana e L'Emilia Romagna. Tale modalità organizzativa è in grado di garantire: l'accoglienza delle persone ed il relativo orientamento ai servizi (attraverso il collegamento con il Pua), la gestione della continuità assistenziale, l'accesso a percorsi assistenziali condivisi nell'ambito della rete integrata Ospedale Territorio (Pdta) l'introduzione di modelli di gestione delle patologie croniche che evitino il ricorso improprio al ricovero. È pertanto caratterizzata da una modalità operativa ad elevata integrazione tra i diversi servizi operanti nella stessa ed in collegamento funzionale con il territorio e con gli altri presidi aziendali anche attraverso la condivisione di una piattaforma informatica su cui rendere disponibili ai professionisti le informazioni utili alla presa in carico delle persone. Il processo di sviluppo di tale struttura nel nostro paese, ha però più volte evidenziato una spiccata difformità tra le varie Regioni che vanno dalla diversa denominazione (Utap, Pta, Cap ecc.), al diverso numero del bacino di utenza su cui insiste (popolazione di riferimento) oscillante tra 10.000 (maggior parte delle Regioni) a 100.000, alla presenza dei professionisti che va dai soli Mmg e Pls nelle case della salute di alcune Regioni alla presenza di team multiprofessionali di altre. Diviene pertanto indispensabile l'aggiornamento delle linee di indirizzo per uniformare le modalità di realizzazione/implementazione delle Case della Salute mediante l'ottimizzazione delle risorse.

Moduli aggiuntivi oltre il "set minimo".

- punto di primo intervento in collegamento con i più vicini Pronto Soccorso e Dipartimento dell'Emergenza Urgenza (Dea),
- il punto di continuità assistenziale con apertura 7/7 giorni, h24,
- l'area materno infantile comprendente i consultori, centri di preparazione al parto e alla maternità responsabile,
- ampliamento delle branche specialistiche poliambulatoriale (anche odontoiatrica)
- area delle cure intermedie ad elevata intensità infermieristica,
- assistenza ambulatoriale complessa (es. Chirurgia ambulatoriale, day service..),
- centro territoriale per le demenze,
- centro antiviolenza,
- assistenza farmaceutica (vedi rapporti con le farmacie del territorio),
- attività fisica adattata,
- funzione ambulatoriale dedica-

Bibliografia

Istat. (2014). *Rapporto annuale 2014 - La situazione del Paese*. Panorama della Salute, 29.09.2014 N° 36