

# *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<sup>a</sup> 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 contribuiscono 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.