REGIONE CAMPANIA
PROVINCIA DI SALERNO



COMUNE DI STIO

1805
22 LUG 2017

PROGETTO ESECUTIVO

REALIZZAZIONE CASA DELLA SALUTE

Codice elaborato :	Titolo elaborato :
R1	RELAZIONE GENERALE
Scala: Varie	

1

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO:

Geom. Trotta Stefano

PROGETTISTI:

Arch. Antonietta Coraggio

Ing. Ivan Maiese

ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E CONSERVATORI
PROVINCIA DI SALERNO
SEZIONE A
ARCHITETTO
ANTONIETTA CORAGGIO
ALBO N. 2381

ORDINE DEGLI INGEGNERI - SALERNO
IVAN MAIESE
SETT. CIVILE INDUSTRIALE DELL'INFORMAZIONE
N. 5708

Rif.	Data	DESCRIZIONE	Redatto:	Verificato:	Approvato:
	Giugno 2017	EMISSIONE PER APPROVAZIONE			

Note e commenti:

COMUNE DI STIO

Provincia di Salerno

OGGETTO: Lavori di realizzazione della Casa della Salute

UBICAZIONE: Comune di Stio, provincia di Salerno

RELAZIONE GENERALE

***

1. Descrizione ed obiettivi **pag.4**

1.2 Le funzioni pag. 4

1.3 Le finalità della casa della salute pag. 4

1.4 Gli obiettivi pag. 5

2. Le attività

2.1Area dell'accesso del segretariato sociale e del CUP pag. 7

2.2 Area dei Servizi Sanitari pag. 8

2.3 Area dei Servizi socio sanitari pag. 11

2.4 Area dei servizi sociali pag. 14

3. Le degenze territoriali – l'Ospedale di Comunità **pag. 16**

3.1 Definizioni pag. 16

3.2 Origini ed evoluzione all'estero pag. 17

3.3 Evoluzione in Italia pag. 18

3.4 Modelli organizzativi pag. 19

3.5 Bisogni ed offerta pag. 20

3.6 Sintesi pag. 22

Elenco elaborati:

– PROGETTO ESECUTIVO –

ELENCO ELABORATI	
RELAZIONI	
R1	Relazione generale
R2	Relazione tecnica
R3	Relazione tecnica specialistica impianti
R4	Elenco forniture
R5	Relazione geologica
R6	Elenco Prezzi Unitari
R7	Computo metrico estimativo
R8	Cronoprogramma
R9	Quadro economico
R10	Quadro incidenza percentuale manodopera
R11	Capitolato speciale d'appalto
R12	Schema di contratto
R13	Piano di sicurezza e coordinamento
R14	Stima oneri sicurezza cantieri
ELABORATI GRAFICI	
G15	Planimetria di inquadramento territoriale
G16	Rilievo Fotografico
G17	Rilievo plano altimetrico dell'area di intervento – *Piano quotato*
G18	Rilievo plano altimetrico dell'area di intervento – *Profili*
G19	Progetto – *planimetria*
G20	Progetto – *pianta piano terra*
G21	Progetto – *pianta piano primo*
G22	Progetto – *pianta piano secondo*
G23	Progetto – *pianta piano copertura*
G24	Progetto – *prospetti*
G25	Progetto – *sezioni*
G26	Progetto – *schema planimetrico impianti piano terra*
G27	Progetto – *schema planimetrico impianti piano primo*
G28	Progetto – *schema planimetrico impianti piano secondo*
G29	Progetto – *schema unifilare generale impianti*
G30	Progetto – *schema unifilare generale impianti piano terra*
G31	Progetto – *schema unifilare generale impianti piano primo*
G32	Progetto – *schema unifilare generale impianti piano secondo- Blocco 1*

G33	Progetto – *schema unifilare generale impianti piano secondo- Blocco 2*
G34	Progetto – *layout pianta piano terra*
G35	Progetto – *layout pianta piano primo*
G36	Progetto – *layout pianta piano secondo*
G37	Progetto – *particolari costruttivi*
G38	Progetto – *particolari costruttivi*
G39	Progetto – *particolari costruttivi*
G40	Progetto – *viste assonometriche*
AUTORIZZAZIONE PAESAGGISTICA	
RP	Relazione Paesaggistica *(Ai sensi del D.P.C.M. 12/12/2005; art. 146 del D.Lgs. 42/2004)*
A.1	Planimetrie descrittive dell'area di intervento
A.2	Caratterizzazione morfologica
A.3	Rappresentazione fotografica diretta
A.4	Rappresentazione fotografica degli skyline
B.1	Planimetria generale di inquadramento
B.2	Planimetria generale di progetto
B.3	Progetto – *pianta piano terra*
B.4	Progetto – *pianta piano primo*
B.5	Progetto – *pianta piano secondo*
B.6	Progetto – *pianta piano copertura*
B.7	Progetto – *prospetti*
B.8	Progetto – *sezioni*
B.9	Resa Fotorealistica

PREVENZIONE INCENDI *(Ai sensi dell'art. 3 DPR 151/2011)*	
PI.RI	Relazione illustrativa
PI.RT	Relazione tecnica
PI.RI	Relazione impianti
PI.R	Relazione antincendio
PI.PG	Planimetria generale
PI.PE.PT	Indicazione percorsi di esodo e presidi antincendio – piano terra
PI.PE.PP	Indicazione percorsi di esodo e presidi antincendio – piano primo
PI.PE.PS	Indicazione percorsi di esodo e presidi antincendio – piano secondo
PI.VI.PT	Verifica lunghezza idranti - piano terra
PI.VI.PP	Verifica lunghezza idranti - piano primo
PI.VI.PS	Verifica lunghezza idranti - piano secondo
PI.RI.GP	Riserva idrica e gruppo di pressurizzazione
PI.P	Prospetti
PI.S	Sezioni

STRUTTURA *(NTC 2008 e s.m.i.)*	
S.R.1A	Relazione di calcolo corpo A
S.R.2A	Relazione geotecnica e sulle fondazioni corpo A
S.R.3A	Tabulati di calcolo corpo A – Tomo 1
S.R.4A	Tabulati di calcolo corpo A – Tomo 2
S.G.5A	Grafici fondazioni corpo A
S.G.6A	Grafici primo impalcato corpo A
S.G.7A	Grafici secondo impalcato corpo A
S.G.8A	Grafici terzo impalcato corpo A
S.G.9A	Tabella pilastri corpo A
S.R.10B	Relazione di calcolo corpo B
S.R.11B	Relazione geotecnica e sulle fondazioni corpo B
S.R.12B	Tabulati di calcolo corpo B – Tomo 1
S.R.13B	Tabulati di calcolo corpo B – Tomo 2
S.G.14B	Grafici fondazioni corpo B
S.G.15B	Grafici primo impalcato corpo B
S.G.16B	Grafici secondo impalcato corpo B
S.G.17B	Tabella pilastri corpo B

1. Descrizione ed obiettivi

La Casa della salute è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale.

1.2 Le funzioni

Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e altre ancora di natura sociale. Esse possono essere aggregate in aree principali a diverso grado di complessità essendo la casa della salute un modello flessibile, che si adatta alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

1.3 Le finalità della casa della salute

La 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 dalla legge n.229/'99 e dalla legge n. 328/2000.

La casa della salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone .

1.4 Gli obiettivi

La Casa della salute è una sede fisica e insieme 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:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda
- operare 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
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati)nei vari presidi e servizi.
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti,

infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.

- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizioni di protocolli per accessi e dimissioni programmate
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi
- curare la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica medico/operatore/paziente, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

2. Le attività

2.1 Area dell'accesso del segretariato sociale e del CUP

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 (CUP) e dell'assistenza (Segretariato sociale), collegati con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, con il Servizio sociale professionale.

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 sociali richieste dal comma 4 dell'articolo 22 della legge n. 328/2000.

2.2 Area dei Servizi Sanitari

Diversi e variamente rappresentati sono i servizi che possono afferire a tale area essendo la casa della salute un presidio fortemente modulare. Nel loro complesso essi possono ricomprendere le seguenti linee di attività.

- Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni. Alla porta della Casa della Salute è di norma prevista la presenza del punto di soccorso mobile 118, 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 e deve essere 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 in modo da valorizzare il contributo di solidarietà dei cittadini.
- Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; esso deve 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. Come già detto Non è obbligatorio che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento si trasferiscano nella Casa della salute. Possono esistere ragioni oggettive e, allo stato attuale anche motivazioni soggettive, che devono essere prese in considerazione qualora sia necessario mantenere gli ambulatori prossimi ai cittadini, fuori della Casa della salute. In ogni caso, la Casa della salute costituisce la sede del coordinamento per tutte le attività comuni di tutti i

medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della Casa della salute. Attività comuni, comunque, 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 che si rendono disponibili devono avere 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 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.

- Continuità assistenziale (ex guardia medica) 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno come funzione fondamentale delle cure primarie, alla cui realizzazione contribuisco tutte le diverse figure professionali disciplinate dall'ACN

attraverso forme di coordinamento oggi difficili da realizzare e praticamente assenti.

- Ambulatorio infermieristico. 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: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale, l'Ospedale di Comunità. Area delle degenze territoriali.
- 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.
- Attività specialistiche. Gli ambulatori specialistici da prevedere, con aree e orari adeguati, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze della popolazione, utilizzando sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera. Area delle tecnologie diagnostiche.
- Area delle tecnologie diagnostiche semplici, (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, prove da sforzo, ecodoppler utilizzate direttamente

dai medici di base e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno recapito nella struttura con orari programmati. Deve essere inoltre organizzata un'attività di diagnosi radiologica domiciliare a vantaggio delle persone difficilmente trasportabili

2.3 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 dalla comunità di riferimento

- -SERT dotati di spazi autonomi ma coordinati con le cure primarie con i servizi sociali e con 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.
- Centro diurno in cui l'ADI svolge le sue attività di appoggio assistenziale 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 e ha una dotazione variabile di posti, in rapporto alla popolazione.
- Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale. Tale attività devono prevedere 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…)

- La Residenza sanitaria assistenziale è dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto e può essere inserita nella Casa della salute, o essere ubicata in una sede propria, salvo garantire uno stretto rapporto di collaborazione e di operatività con il complesso dei servizi sanitari e sociali che sono collocati nella Casa della salute.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) L'ADI deve avere una propria sede e mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio (inteso in senso lato), salvo le fasi 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 nel Piano individuale di assistenza (Pia) e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.
- Area della prevenzione. E' lo spazio strategico nella Casa della Salute in cui 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 i Patronati dei Sindacati, con le Associazioni di utenti e di cittadini, con le Associazioni del volontariato. 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.

- Consultorio familiare e ambulatorio andrologico Essi rappresentano la sede per l'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, 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..), per la salute della donna, con particolare riguardo alle donne immigrate. In essi si previene inoltre l'infertilità maschile attraverso la visita di tutti gli adolescenti che abbiano compiuto il dodicesimo anno di vita.
- Commissione di valutazione degli invalidi civili, e Unità di valutazione multidimensionale delle persone anziane non autosufficienti la cui attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse.

2.4 Area dei servizi sociali

In tale spazio oltre trovare collocazione i servizi sociali e del volontariato vengono concentrate le attività amministrative e di supporto ai Medici e agli altri operatori della casa della salute

- Uffici per il Servizio sociale. Rappresentano una area riservata e finalizzata a ragioni 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 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 complicano l'esercizio della professione.
- Area delle tecnologie informatiche Fino a quando i medici di medicina generale resteranno isolati nei propri studi privati, essi, per quanto aperti alla modernizzazione, non potranno giovarsi degli apporti che alla medicina giungono dalla ricerca biomedica, 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. Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata della medicina di base.

3. Le degenze territoriali – l'Ospedale di Comunità

Di seguito viene descritta nelle linee generali la struttura sanitaria denominata nel **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** "Ospedale di Comunità".

L'Ospedale di Comunità è stato definito come ***"la massima espressione dell'assistenza sanitaria territoriale, dell'associazionismo medico e dell'intervento bio-psico-sociale sul territorio".***

3.1 Definizioni:

- struttura sanitaria territoriale, in grado di rispondere anche ad esigenze sociali, inserita nella rete dei servizi distrettuali; la struttura prevede la gestione diretta dei posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) di quello specifico bacino d'utenza ed è destinata ai loro assistiti residenti, prevalentemente persone anziane non autosufficienti, che non necessitano del ricovero ospedaliero ma che non possono essere assistite a domicilio;
- una struttura gestita dai MMG per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative momentaneamente scompensate o riacuttizate con rischio sociale variabile;
- una struttura assistenziale intermedia; è l'anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio che, integrato con la rete dei servizi domiciliari e delle

strutture residenziali per anziani (R.S.A.., case protette e di riposo), costituisce il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

In sintesi:

Struttura ubicata in un comune di medie dimensioni la cui gestione viene affidata ai medici di famiglia, affiancati da personale infermieristico; è pertanto un ospedale in grado di curare tutte le malattie più comuni, di offrire un buon numero di ricoveri e di essere operativo 24 ore su 24 ma con costi ridotti.

Definizione di CURE INTERMEDIE:

Quando un soggetto debole affronta quella fase critica di transizione tra una vita tollerabile e una pesante condizione di debilitazione e fragilità, solo interventi tempestivi, adeguati e continui possono effettivamente evitare la caduta in una condizione di disabilità permanente: questi interventi sono le cure intermedie, cioè “una serie di interventi terapeutici, assistenziali e riabilitativi [che] si collocano tra l’assistenza di base (cure primarie) e i servizi ospedalieri e specialistici, garantendo la continuità di cura.

3.2 Origini ed evoluzioni all’estero:

I precursori dei “community hospitals” sono stati in Gran Bretagna negli anni ’20, i piccoli “cottage hospitals”, termine traducibile in “ospedali per i medici di base”. Hanno attraversato fasi alterne di evoluzione. Nel 1987 nella sola Inghilterra erano attive 249 strutture che fornivano più di 9000 posti letto.

3.3 Evoluzione in Italia:

Il primo ospedale di comunità nasce a Premilcuore, in provincia di Forlì, nel 1995; l'anno seguente ne viene attivato un altro- quello assunto a modello per tutti i successivi- a Modigliana, sempre in Provincia di Forlì. Sono attive 2 strutture di tal genere in Emilia Romagna, 2 in Friuli- Venezia Giulia, 2 nelle Marche, 2 in Piemonte, 5 in Puglia, 8 in Toscana, 2 in Umbria. Dati del 2003 riportano operanti in Italia 23 ospedali di Comunità e 26 in fase di attuazione. In Campania non esistono allo stato dei fatti strutture attive.

3.4 Il quadro legislativo

Con l'approvazione del vigente **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** viene riconosciuta ed istituzionalizzata la funzione per gli ospedali di comunità di "struttura intermedia tra ospedale e domicilio, in grado di svolgere una funzione essenziale nella rete dei servizi sanitari". Tale testo cita infatti: "Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (*intermediate ealth care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'**Ospedale di Comunità**, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti".

3.4 Modelli organizzativi:

Gli elementi comuni che connotano queste esperienze riguardano la sede: si trovano in zone disagiate, sono inserite nella rete dei servizi territoriali e sono fisicamente collegate ai servizi sanitari e socio-assistenziali del distretto di cui fanno parte.

Le sperimentazioni gestionali hanno dato per ora luogo a 4 modelli:

- il modello "rurale" (o a disponibilità oraria, in quanto i medici di famiglia coinvolti si accordano su fasce orarie di presenza e di disponibilità), che è attivo principalmente in Emilia Romagna e nelle Marche: l'edificio che lo contiene si trova in centri medio piccoli ed è dimensionalmente contenuto;
- Il modello "metropolitano" (o ad accesso, in quanto il medico di famiglia accede alla struttura sulla base di un programma e con scadenze prefissate), che è il più diffuso, con realizzazioni in Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia: l'edificio che lo contiene si trova in aggregati urbani più popolosi ed è dimensionalmente variabile;
- Il modello "misto" (che vede la condivisione della responsabilità tra i medici di famiglia e medici dipendenti delle aziende sanitarie), che è attivo principalmente in Umbria e nelle Marche: l'edificio presente una notevole variabilità di posti letto;
- Infine, il modello "ospedaliero", che vede la gestione attuata esclusivamente dai medici ospedalieri e che, per tale motivo, rappresenta una modalità ulteriore del tutto in contrasto con la caratteristica fondante dell'ospedale di comunità che si distingue come struttura a gestione della medicina generale.

3.5 Bisogni ed offerta*:*

I fenomeni che hanno innescato la sperimentazione di questo modello organizzativo in Italia sono diversi:

- la ridotta capacità economica del sistema sanitario e i conseguenti tagli agli sprechi,
- la riorganizzazione strategica degli ospedali (sempre più rivolti alla gestione della fase acuta della malattia),
- la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari (dovuta anche all'aumento del lavoro femminile),
- la maggiore capacità di autodeterminazione dei cittadini pazienti,
- lo sviluppo del concetto di salute da "mancanza di malattia" a "benessere psico-fisico",
- la maggiore sensibilità verso la prevenzione e, soprattutto,
- il progressivo invecchiamento della popolazione (corredato dall'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative).

A tale riguardo secondo "i dati ISTAT, l'Italia nel 2000 era il primo Paese al mondo per over 65 anni con il 17,7% della popolazione, pari a 10.200.000 persone, delle quali il 20% con disabilità parziale e 5%con disabilità grave; la proiezione, nel 2020, stima al 25-29% gli over 65anni, con un sensibile aumento dei costi del SSN".

Sulla base di questi eventi, nel nostro Paese, l'ospedale di comunità sta cercando di dare risposte a bisogni di varia natura:

<u>1. Esigenze di natura aziendale:</u>

- riduzione di ricoveri ospedalieri impropri,
- riduzione dei rischi legati alla ospedalizzazione,
- riduzione di costi
- recupero di piccoli ospedali destinati al degrado
- garanzia di protezione sanitaria alla popolazione;

2. Esigenze di tipo professionale

- responsabilizzazione dei medici di medicina generale;
- incremento dell'associazionismo medico
- valorizzazione e rivalutazione del ruolo infermieristico
- valorizzazione del rapporto tra medico e paziente;

3. Esigenze del cittadino:

- riduzione del disagio ambientale e della spersonalizzazione del ricovero ospedaliero,
- umanizzazione della medicina,
- spinta all'approccio bio-psico-sociale alla persona,
- garanzia della continuità assistenziale,
- miglioramento dell'assistenza,
- incremento dell'accessibilità e del coinvolgimento dei familiari e del volontariato,
- mantenimento del paziente nel suo contesto ambientale,

- riduzione del pendolarismo dei familiari.

3.7 Sintesi:

L'Ospedale di Comunità o Country Hospital (CH): un ospedale di Distretto guidato dai MMG

Il Country Hospital (CH) è un modello di **struttura sociosanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di posti letto gestiti dai loro medici di fiducia.** Il CH rappresenta la novità sociosanitaria ed assistenziale degli ultimi anni e **si colloca come anello di congiunzione, finora mancante, fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette, di riposo, albergo) e gli ospedali.** Nel CH si ricoverano persone affette da **patologie in atto che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico, in particolare se in condizioni di solitudine o in presenza di condizioni abitative - ambientali inadeguate**. I MMG hanno la responsabilità clinica dell'accoglienza del malato e della gestione del paziente presso la struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità e con il seguente impegno: tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì da parte del collega più libero perché recentemente convenzionatosi, turni di due ore per gli altri, una o due volte la settimana (mattina o pomeriggio) in base alla disponibilità, infine un'ora di meeting il venerdì (ore 11,30-12,30) che vede insieme il MMG e il Coordinatore del Distretto per cercare risolvere problemi

organizzativi, discutere i nuovi ingressi e le dimissioni, aggiornare terapie, approfondire i casi più complessi, ecc. Nelle ore d'assenza dei suddetti medici l'assistenza è garantita dalla Guardia Medica PFN, con sede ubicata all'interno della struttura stessa. Coordinatore è il Dirigente Sanitario del Distretto, con compiti di tipo tecnico - organizzativo. La durata presunta della degenza deve essere in media di dieci giorni e non può superare di norma il periodo di trenta giorni, oltre i quali se necessario si può trasferire il paziente nella RSA, dopo valutazione della UVG, a pagamento ma nella stessa struttura con un azione sinergica che è molto apprezzata dai ricoverati in quanto, a volte, le malattie sono insofferenti ai vincoli temporali imposti per direttive; in realtà si tratta di un trasferimento solo burocratico in quanto il ricoverato resta nel suo letto, continua ad essere seguito dagli stessi medici e dallo stesso personale, con le medesime prestazioni. L'assistenza infermieristica è assicurata da una caposala e da 6 infermieri professionali (personale ASL o convenzionato), mentre l'assistenza di base è affidata a 5 OTA (operatori tecnico assistenziali, dipendenti ASL) e 7 ADB (addetti all'assistenza di base, personale convenzionato).

Il CH è un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà, a basso costo (100,00euro/posto letto/die), gratuito e ad alto gradimento da parte degli utenti, può essere attivato in pochissimo tempo sfruttando le economie dei servizi e il personale presente recuperando il patrimonio ospedaliero, riduce i "ricoveri impropri" negli ospedali, consente al ricoverato di essere seguito da parenti ed amici più agevolmente di quanto non sia possibile nelle strutture pubbliche o private di città distanti anche

decine di km., ha contribuito a mantenere posti di lavoro in paese e previene i processi di "spersonalizzazione", tanto frequenti ed antipatici per chi è a lungo ricoverato in strutture ospedaliere.

Per queste ragioni il CH si è imposto all'attenzione nazionale ma, soprattutto, perché essendo gestito per la parte sanitaria dai MMG ciò ha consentito di abbattere i costi, in quanto l'onorario per i medici è modesto gettone e di avere la massima efficienza perché il malato entra in struttura accompagnato da una cartella sanitaria compilata dal suo medico che poi indicherà quali esami fare e quali terapie adottare, quindi riducendo tempi burocratici e sprechi economici.

Stio Cilento, Giugno 2017

I Progettisti

Arch. Antonietta Coraggio _____

Ing. Ivan Maiese _____



