DOI:10.48291/SISA.68.4.6 Sistema Salute, 68, 4, 2024: pp. 484-496

Le Piagge: da Casa della Salute a Casa della Comunità attraverso una continua sperimentazione

Le Piagge: from the House of Health to the House of the Community through continuous experimentation

Gavino Maciocco*

**Università di Firenze*

Parole chiave: Casa della Comunità, multidisciplinare, multisettoriale, territorializzazione

RIASSUNTO
Il contributo presenta l'esperienza di transizione della Casa della Salute (CdS) Le Piagge di Firenze, realtà già consolidata da tempo, verso la nuova impostazione di Casa della Comunità (CdC) ricostruendo il percorso compiuto, tuttora in evoluzione, avvalendosi di elementi informativi di diversa natura e, in particolare, di tesi di laurea e perfezionamento.
Vengono mostrati come elementi significativi del processo di transizione: l'analisi dei bisogni di salute attraverso lo studio epidemiologico, la mappatura delle realtà comunitarie con particolare attenzione agli attori che operano nei confronti della marginalità, il lavoro interdisciplinare e intersettoriale in équipe, l'analisi dei flussi di accesso ed i modelli di accoglienza, la progettazione degli ambienti della CdC. Viene anche esposto il rapido adattamento organizzativo messo in atto con attività ed iniziative, diversificate ma tra loro coordinate, durante la repentina evoluzione dell'epidemia Covid.
Tali esperienze mostrano la concreta possibilità di sviluppare positivamente il processo di transizione da CdS a CdC, complesso, non lineare, in continua sperimentazione ed evoluzione. La CdC può diventare il cardine di un'attività di sperimentazione, formazione, ricerca e attuazione che richiede necessariamente un percorso continuo di analisi, implementazione, valutazione, monitoraggio che coinvolge operatori sanitari e sociali, risorse della comunità, studenti e ricercatori.

Keywords: House of the Community, multidisciplinary, multisectoral, territorialization

SUMMARY
The paper presents the transition experience of the *Casa della Salute* (CdS) *Le Piagge* in Florence, a reality that has been consolidated for some time, towards the new setting of *Casa della Comunità* (CdC) by recon-

Autore per corrispondenza: gavino.maciocco@gmail.com

structing the path taken, still evolving, using information elements of different nature and, in particular, degree and specialization theses.
The following are shown as significant elements of the transition process: the analysis of health needs through epidemiological study, the mapping of community realities with particular attention to the actors who operate towards marginality, interdisciplinary and intersectoral team work, the analysis of access flows and welcome models, the design of the CdC spaces. The rapid organizational adaptation implemented with activities and initiatives, diversified but coordinated among themselves, during the sudden evolution of the Covid epidemic is also exposed.
These experiences show the concrete possibility of positively developing the transition process from CdS to CdC, process complex, non-linear, in continuous experimentation and evolution. The CdC can become the cornerstone of an experimentation, training, research and implementation activity that necessarily requires a continuous path of analysis, implementation, evaluation, monitoring that involves health and social workers, community resources, students and researchers.

Questo contributo presenta l'esperienza di transizione della Casa della Salute (CdS) Le Piagge di Firenze verso la nuova impostazione di Casa della Comunità (CdC) andando a ricostruire a posteriori il percorso compiuto, tuttora in evoluzione, avvalendosi di elementi informativi di diversa natura e, in particolare, di tesi di laurea e perfezionamento.

Una Casa della Salute consolidata in un contesto urbano

La Casa della Salute "Le Piagge" si trova nella zona nord-ovest del comune di Firenze. Nasce nel 2014 con l'ingresso di Medici di Medicina Generale (MMG) in un presidio distrettuale dove erano già presenti diversi servizi socio-sanitari sin dal 1999, servizi che sono stati contestualmente riorganizzati. La struttura ha una superficie di oltre 3.300 metri quadri, articolati su un piano terra e un piano primo dove sono presenti i servizi sociali del Comune, un centro diurno ed una residenza sanitario-assistenziale per anziani. Il territorio di pertinenza della CdS è una porzione del "Quartiere 5" di Firenze, rappresentato dalle zone Novoli, Peretola, Quaracchi, Brozzi e Le Piagge. Va peraltro specificato che, nel medesimo Quartiere 5, sono attivi un'altra CdS e due ulteriori presidi territoriali. Nella CdS attualmente sono presenti MMG in gruppo, un pediatra di famiglia, infermieri di famiglia e di comunità (IFeC), medici di continuità assistenziale, segretari per l'accoglienza amministrativa. È inoltre attiva una ricca gamma di servizi: dal punto prelievi alla specialistica ambulatoriale; dal consultorio famigliare al centro consulenza giovani; dal servizio di salute mentale per adulti ai diversi percorsi territoriali di diagnosi, cura e riabilitazione della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza; dai servizi sociali di competenza comunale all'assistenza domiciliare; dall'assistenza protesica alla dietetica; dalle attività vaccinali alla telemedicina (1).

Si tratta quindi di una CdS strutturata, articolata e consolidata da tempo; essa garantisce l'offerta pubblica di servizi socio-sanitari, servizi sanitari di base, specialistici di primo livello e servizi amministrativi elettivamente rivolti agli abitanti di un contesto urbano ben definito. Va inoltre sottolineato che il lavoro in équipe interdisciplinare e intersettoriale è elemento chiave adottato ordinariamente per rendere la CdS funzionale e non solo "una struttura".

La transizione in Casa della Comunità

La CdS Le Piagge si è trovata in una favorevole condizione strutturale ed organizzativa per anticipare la sperimentazione di quelle che sono poi divenute, nel luglio 2021, le nuove indicazioni della missione 6 del PNRR, ulteriormente specificate nel giugno 2022 dal DM 77, in particolare con il preciso orientamento verso la realizzazione delle Case della Comunità. Infatti, proprio avvalendosi delle positive esperienze maturate nella città di Firenze, specie con la CdS Le Piagge, la Regione Toscana già aveva definito con la DGRT 1664/2019 "Progetto per la sperimentazione di nuove modalità organizzative dei percorsi di presa in carico territoriale" (2) le linee di attività della riorganizzazione e del programma di potenziamento delle cure primarie, indicando la Zona Distretto di Firenze quale sede di sperimentazione di modelli innovativi centrati sulla CdS. Successivamente, la DGRT 1125/2021 "Approvazione Progetto 'Da Casa della Salute a Casa della Comunità' ai sensi delle 'Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità', Allegato 1 all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano" (3) inseriva la CdS "Le Piagge" come una delle 3 CdS della Regione Toscana in cui attuare una sperimentazione volta a definire un modello di evoluzione da CdS a CdC, come da nuove indicazioni ministeriali.
La CdS Le Piagge, che aveva già sostanzialmente avviato, anticipatamente, il processo di transizione verso la CdC, tuttora in corso, ne ha avuto anche validazione e committenza normativa. Di seguito perciò parleremo di "Casa della Salute/Comunità Le Piagge" indicandola con l'acronimo CdS/C-LP (4).

Gli elementi caratterizzanti e qualificanti la transizione

Il modello adottato nel processo di transizione della CdS/C-LP fa riferimento principalmente ai principi della cPHC - comprehensive Primary Health Care (5):

1. *Conoscenza approfondita del territorio della CdS/C-LP e valutazione dei bisogni di salute della sua popolazione*, attraverso la costruzione di mappe fisiche (caratteristiche geografiche, urbanistiche, di viabilità, ecc., anche nel loro sviluppo stori-

co), mappe sociali (studio demografico ed epidemiologico della popolazione della CdC, focalizzato in particolare sulle disuguaglianze in salute) e mappe relazionali (realtà attive nel territorio della CdS/C-LP: istituzionali, del terzo settore e del volontariato);

2. *Valorizzazione del ruolo delle comunità locali* ai fini della individuazione di specifiche progettualità nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute;
3. *Realizzazione della CdS/C-LP come punto di riferimento e accoglienza della propria popolazione*, per l'accesso alla rete dei servizi e la facilitazione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali;
4. *Adozione di modelli proattivi di assistenza* (sanità d'iniziativa);
5. *Lavoro multidisciplinare e multisettoriale*, elemento chiave nel rendere il modello CdC funzionale e non solo strutturale, da costruire attraverso un processo continuo di confronto e scambio, facilitato dalla compresenza nella stessa struttura, così che operatori sanitari, sociali e comunitari concorrano ad affrontare in modo congiunto i problemi di salute clinici, assistenziali, organizzativi, dei singoli e della comunità.

La formazione e la ricerca

Aspetto rilevante in questo processo di transizione della CdS/C-LP è il rilievo assunto dalla formazione e dalla ricerca, grazie al positivo legame creato con l'Azienda Sanitaria e l'Università degli Studi di Firenze, unitamente al vivo interesse manifestato da studenti e giovani laureati, oltre che da giovani MMG e da operatori della struttura (6). Infatti, tirocini mono e multi-professionali e la realizzazione di tesi di laurea/specializzazione sviluppate nell'ambito della CdS-C sono risultate essere tappe importanti del percorso di transizione, ancora in atto che si andranno di seguito ad esporre.

Analisi dei bisogni di salute attraverso lo studio epidemiologico

Un primo percorso di transizione è avvenuto attraverso la realizzazione della tesi del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di Giulia Occhini, che ha seguito dal 2018 il lavoro di una medica di medicina generale della CDS/C-LP, l'ha sostituita in sua assenza e si è inserita nella realtà delle Piagge[1], quartiere "difficile", sviluppatosi

[1] Incipit della tesi: *"Il mio contatto con Le Piagge inizia grazie a una informale esperienza di affiancamento di una medica di medicina generale. Questa ha da poco firmato la convenzione e ha deciso di aprire l'ambulatorio nella CdS di zona, consapevole delle difficoltà e delle sfide poste dalle condizioni di vita e salute degli abitanti del quartiere. Come me, fa parte del movimento di formazione e promozione delle cure primarie di tipo "comprehensive" (Primary Health Care – Now or Never) e ha alle spalle una lunga esperienza nel mondo della cooperazione internazionale e con Medici Senza Frontiere".*

negli anni ottanta alla periferia ovest di Firenze con la confluenza di famiglie in attesa di alloggio popolare e di persone con disagio socio-economico ed abitativo, favorendo lo sviluppo di fenomeni di ghettizzazione. La tesi si è focalizzata sui bisogni di salute della popolazione delle Piagge (5.486 residenti più un numero imprecisato di "irregolari"), attraverso un'approfondita analisi epidemiologica, resa possibile dalla elaborazione dai dati dello Studio Longitudinale Toscano, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) (7). L'analisi ha messo a confronto gli indicatori della popolazione delle Piagge con quelli del Quartiere 5 e dell'intera popolazione del Comune di Firenze nel periodo 2013-2017. In sintesi, in relazione ai seguenti indicatori esaminati, sono emerse chiare evidenze:

a) *Indice di deprivazione socio-economica*: Le Piagge presentava la più elevata concentrazione di popolazione altamente deprivata (Le Piagge: 47%; Quartiere 5: 27%; Comune di Firenze: 26%);
b) *Tasso di mortalità*: per gli abitanti delle Piagge la mortalità è risultata più elevata, per patologie respiratorie, malattie del sistema nervoso, malattie metaboliche, traumatismi e avvelenamenti, con un tasso di mortalità per 100.000 abitanti di 1.028 per Le Piagge, di 805 per il Quartiere 5 e di 821 per il Comune di Firenze; in particolare, il tasso per le donne è risultato più elevato (Le Piagge: 947; Quartiere 5: 670; Comune di Firenze: 680);
c) *Tasso di ospedalizzazione*: l'accesso all'ospedale è risultato più elevato per gli abitanti delle Piagge; tra le patologie in eccesso comparivano tumori, malattie psichiatriche e alcool correlate; il tasso per 1.000 abitanti è risultato di 141,7 per Le Piagge, 121,5 per il Quartiere 5 e 121,2 per il Comune di Firenze;
d) *Tasso di accesso al Pronto soccorso*: I motivi di accesso non sono risultati correlati ad una maggiore gravità, ma alla maggior deprivazione, per tutte le fasce d'età, con tasso di accesso per 1.000 abitanti di 363,3 per Le Piagge, di 316,1 per il Quartiere 5 e di 291,3 per il Comune di Firenze.

Dall'analisi epidemiologica è dunque emersa una forte penalizzazione socio-economica a discapito della popolazione delle Piagge e una altrettanto evidente diseguaglianza nella salute con indici più elevati di mortalità (soprattutto tra le donne), di ospedalizzazione (per tumori, patologie psichiatriche e alcol-correlate) e di accessi al Pronto soccorso (che crescono all'aumentare dell'indice di deprivazione).

La tesi ha inoltre affrontato la relazione tra bisogni della popolazione e qualità dei servizi allora offerti all'interno delle Piagge. Il titolo "*La legge dell'assistenza inversa: uno studio di contesto presso le Piagge per migliorare la presa in carico dei bisogni di salute*" si adatta

perfettamente alla situazione delle Piagge. Secondo tale legge - coniata dal medico di famiglia inglese Julian Tudor Hart, in un celebre articolo pubblicato su *The Lancet* nel 1971(8) - la qualità dell'assistenza è inversamente proporzionale ai bisogni della popolazione. Di fronte alla gravità e alla complessità dei problemi clinici - fortemente intrecciati con quelli sociali - così chiaramente evidenziati dai dati epidemiologi riscontrati, l'offerta dei servizi sanitari e sociali alle Piagge risultava quantitativamente e qualitativamente insufficiente. L'intera filiera delle cure primarie, inclusi i servizi di salute mentale, risultava essere debole e non in grado di svolgere un'attività proattiva di prevenzione e un'efficace presa in carico dei casi più gravi.

La CdS/C-LP alla prova del Covid-19

Il percorso di transizione da CdS a CdC è stato fortemente stimolato dall'avvento dell'epidemia. Nel post pubblicato su *Salute Internazionale* già il 23 aprile 2020 "La Casa della Salute alla prova Covid-19"(9), le autrici Francini, Occhini e Milani hanno esposto il rapido adattamento organizzativo alla repentina evoluzione del quadro epidemico, messo in atto con attività ed iniziative, diversificate ma tra loro coordinate, peraltro anche oggetto di una tesi di laurea in medicina e chirurgia (10). Una delle prime attività, l'invio di mail a cadenza settimanale con indicazioni nelle principali lingue parlate nella comunità, ha permesso di raggiungere gli assistiti con informazioni accurate e aggiornate sull'evoluzione dell'epidemia e sulla riorganizzazione delle attività ambulatoriali. I cittadini cinesi, in particolare, sono stati raggiunti grazie al canale social *We Chat* sviluppato da una associazione del territorio.

Nel rispetto delle normative regionali è stato attivato un numero telefonico dedicato al triage degli assistiti con sintomi compatibili con coronavirus e, nell'impossibilità economica di sostenere una segreteria nell'arco dell'intera giornata, i medici della medicina di gruppo hanno deciso di turnare sul telefono Covid e sulle richiamate attive dei pazienti con sintomi influenzali; ciò ha peraltro permesso di attivare un apposito data set per monitorare il quadro d'insieme, anche integrando le informazioni provenienti dallo scambio con altri professionisti, e di pianificare le richiamate attive. Il lavoro in rete è stato facilitato anche dalla partecipazione di un MMG del gruppo alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

In questo frangente, la riunione settimanale di équipe ha svolto un ruolo determinante: ha permesso di mantenere il collegamento costante tra tutti gli attori della CdS/C-LP; i professionisti si sono confrontati sulle situazioni più complesse e ne hanno pianificato la presa in carico ed il monitoraggio con obiettivi e modalità condivise; è stato possibile

definire e mettere tempestivamente in atto le azioni e gli adattamenti organizzativi ritenuti opportuni.
Si è così attivata rapidamente la differenziazione organizzativa delle attività cliniche in relazione ai vari momenti: sospetto di Covid, prime visite indifferibili, visite domiciliari, urgenze, pazienti cronici. Il potenziamento della fase di filtro-triage delle richieste telefoniche, anche tramite la presenza per alcune ore al giorno di una collaboratrice di studio formata ed esperta come educatrice in situazioni di marginalità, ha consentito di decodificare il bisogno e orientare-facilitare i percorsi di presa in carico. Tale riorganizzazione del lavoro ha pertanto permesso sia di indirizzare in maniera mirata la presa in carico, sia di potersi confrontare sulle situazioni più complesse, sia di ottimizzare i tempi per poter seguire in maniera proattiva, una volta impostata e avviata la gestione dei sintomatici, anche i soggetti con cronicità e fragilità.
Quest'ultima attività, la gestione proattiva delle situazioni di fragilità, cronicità e vulnerabilità, ha potuto avvalersi di un apposito data set, contenente informazioni non solo cliniche, ma anche psico-sociali e relative alle eventuali acuzie in corso: ciò ha permesso di suddividere la popolazione in tre codici colore in base al livello di rischio. Tutti gli assistiti individuati sono stati contattati telefonicamente grazie al contributo di studenti e medici volontari che hanno aderito al progetto. A questo proposito la condivisione con il servizio infermieristico e sociale ha mostrato l'importanza della presa in carico in rete nella gestione della complessità. Questi interventi hanno giovato della collaborazione di tutti i professionisti della CdS/C-LP, in particolare MMG, infermieri, assistenti sociali e psichiatri, attraverso la condivisione delle situazioni più complesse all'interno di "tavoli della complessità" e l'organizzazione di interventi di concerto.
In questo quadro è stato possibile anche avvalersi del volontariato e delle associazioni del terzo settore presenti nel quartiere, per esempio per la consegna a casa della spesa, di farmaci o, per situazioni particolari, della "spesa sociale". In alcuni casi gli stessi assistiti si sono resi disponibili a svolgere essi stessi attività di volontariato nel quartiere, secondo i propri interessi, possibilità e inclinazioni.
Le autrici del post, a commento della presentazione delle azioni messe in atto e dei primi risultati raggiunti (siamo nell'aprile 2020, nelle fasi ancora iniziali dell'epidemia), evidenziano come le CdS possono diventare incubatori e connettori di buone pratiche comunitarie: per far fronte alle situazioni di solitudine e di difficoltà insieme con servizi e associazioni; per sviluppare azioni informativo-educative su salute mentale, benessere e cura di sé, bambini e genitorialità, attività fisica; per raccogliere sistematicamente le risorse di cui le persone già dispongono così da poterle potenziare, estendere, condivide-

re; per coinvolgere sistematicamente volontariato, terzo settore e, in ultima analisi, tutti gli abitanti del quartiere; per una collaborazione in particolare con i servizi per la salute mentale con proattività, non solo verso il singolo, ma anche verso i gruppi sociali.
A conclusione del post, le autrici affermavano: "*… abitare la CdS ha permesso di non preoccuparsi di molti aspetti grazie al supporto fornito dalla struttura, sentendosi "non soli", a partire dalla funzione di filtro degli ingressi con la misurazione della temperatura svolto dagli infermieri, il confronto sull'utilizzo di DPI o sulla gestione di casi. In modo particolare, un confronto proficuo si sta mostrando con il servizio infermieristico e i servizi sociali e con medici che conoscono il territorio da tempo. Con loro sono state condivise le difficoltà di presa in carico dei pazienti complessi per trovare nuove modalità di risposta, secondo le restrizioni imposte dalla pandemia. […] La CdS rappresenta un contenitore strutturale e virtuale e un collettore funzionale di professionisti, attori e servizi e un attivatore di idee e di risorse in un territorio. L'esperienza che il presente post ha provato a raccontare mostra l'importante ruolo di catalizzatore di un processo in costruzione, agito dagli operatori che la abitano.*"

Analisi dei bisogni di salute

Dando seguito al processo di transizione sviluppatosi a partire dall'analisi dei bisogni di salute attraverso lo studio epidemiologico precedentemente citato, una successiva tesi, in questo caso del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ha approfondito l'analisi portandosi ad un livello micro di indagine, per esplorare i bisogni di salute percepiti, attraverso strumenti di ricerca qualitativa (11). Infatti, per intervenire sui determinanti di salute e su cosa fa stare bene la popolazione, entrano in gioco la percezione delle persone ed i meccanismi che generano disagio o benessere. Lo studio ha esaminato, tra l'altro, casi-studio di assistiti della CdS/C-LP, invitati a parlare della propria storia di vita, del rapporto con luoghi-persone-associazioni-gruppi del vicinato, delle loro problematiche di salute e della loro storia clinica, del loro rapporto con i servizi della CdS/C, oltre che interviste con operatori sociali e sanitari della CdS/C-LP.

Mappatura delle realtà comunitarie

Oggetto di un'ulteriore tesi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, è stata la ricognizione, presa di contatto e mappatura delle risorse comunitarie (attori istituzionali, del terzo settore e del volontariato) operanti nel territorio della CdS/C-LP, particolarmente ricco di iniziative sociali e abitato da numerosi gruppi informali ed associazioni. Il lavoro è stato svolto per fasi (ricognizione, interviste, focus group, incontri di restituzione) con l'obiettivo non solo di censire-descrivere-mappare, ma anche di mettere in rete tali realtà,

valorizzarle, curarne le connessioni-relazioni, favorendo la partecipazione comunitaria nella promozione della salute. Tale mappatura quindi, creando relazioni, al contempo trasforma la rete, le sue componenti e le relazioni reciproche; nel contesto ordinario e quotidiano della CdS/C, si favorisce così lo sviluppo di nuove collaborazioni e la consapevolezza delle potenzialità offerte dalla creazione di un rapporto organico con/tra le diverse realtà della comunità locale. Ciò contribuisce peraltro a rendere riconoscibile e significativa la CdS/C-LP.

Focus sugli attori che lavorano nei confronti della marginalità

Un'ulteriore tesi (13) ha indagato in modo mirato anche gli attori istituzionali, del terzo settore e del volontariato, impegnati nell'assistenza agli stranieri non regolari. All'iniziale mappatura, son seguiti incontri, frequentazione delle attività, interviste con i referenti delle diverse realtà. Tale lavoro ha arricchito la mappatura con una conoscenza approfondita di queste risorse, delle barriere di accesso alle cure, sia per fattori legati alle persone (stato giuridico, contesto abitativo, stile di vita, rete sociale di supporto, cultura di appartenenza, istruzione, conoscenza dell'italiano, integrazione e conoscenza del funzionamento dei servizi) sia per fattori legati all'organizzazione dei servizi (quantità; integrazione tra attività di cura e percorsi amministrativi; disponibilità di mediazione linguistica, di siti internet informativi, di sportelli in presenza e telefonici, di orientamento sanitario).

Lavoro interdisciplinare e intersettoriale in équipe

La costruzione di un progetto di riorganizzazione per la CdS/C, partecipato dalle figure che ci lavorano, è stato l'oggetto di alcune tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (14) e di laurea (15-16). Il lavoro ha studiato il processo e gli elementi facilitanti l'attuazione di un modello di cPHC presso la CdS/C (a partire dall'ingresso della MMG) ed ha analizzato le relazioni tra le varie figure professionali nella costruzione di pratiche di lavoro in équipe, elemento chiave nel rendere la CdS/C-LP una realtà funzionale e non solo strutturale. Il lavoro in équipe multiprofessionale e multisettoriale richiede infatti un continuo scambio e confronto, facilitato dal coabitare la medesima sede. Lavorare nella CdS/C-LP catalizza una modalità di lavoro multidisciplinare e costruisce relazioni così che operatori sanitari, sociali e comunitari concorrono ad affrontare in modo congiunto - spesso in modo creativo e sempre in una logica di rete - molteplici problemi: clinici, assistenziali, organizzativi.

In questa direzione, alcune attività risultano essere strategiche: brevi incontri di confronto su casi comuni; visite domiciliari congiunte tra MMG e infermieri o operatori sociali;

incontri per la discussione di casi complessi; tavolo multidisciplinare tra MMG e Salute Mentale adulti per definire progetti condivisi su assistiti complessi; incontri tra specialisti e MMG su casi clinici proposti dallo specialista o dai MMG. Si tratta di modalità di lavoro che agiscono come strumento per trovare soluzioni alle singole situazioni, ma anche come pratica riflessiva e di formazione continua sul campo.

Analisi dei flussi di accesso e modelli di accoglienza

Considerato che l'accoglienza è un fattore determinante per una corretta presa in cura delle persone, una tesi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si è focalizzata sulle motivazioni per cui le persone si rivolgono alla segreteria della medicina generale della CdC/S-LP (17). Il lavoro ha permesso di approfondire la struttura e il funzionamento del front office della medicina generale, confermando l'importante ruolo di accoglienza, di decodifica e di presa in carico del bisogno. Trovandosi all'interno della CdS/C-LP e prossima ai servizi interni, tale segreteria ha la possibilità di avvalersi di figure di consulenza che rispondono al bisogno o valutano la necessità di porlo all'attenzione di altre figure professionali. Nella definizione dei flussi di pazienti, particolare importanza ha la differenziazione tra le funzioni di accoglienza, ascolto qualificato, assistenza (includendo anche la dimensione preventiva e sociale), che agiscono nell'aumentare la capacità di un'efficace presa in carico.

Corso di progettazione ambientale – Dipartimento di Architettura

In collaborazione tra Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze e l'Azienda USL, grazie all'interesse di docenti e ricercatori di tale ambito disciplinare su salute e cure primarie (14), è stato organizzato nel 2022 un "*Corso di progettazione ambientale*" per studenti del corso di Laurea di Architettura, alle cui attività ha partecipato anche il personale della scuola di Specializzazione in Igiene Medicina Preventiva. Lo svolgimento ha previsto momenti di confronto frontale in aula sul concetto di "Casa della Salute", di "fare salute", di "salute" e sopralluoghi presso la CdS/C-LP che, con l'obiettivo di visitarne gli spazi, ha reso possibile l'incontro e il confronto con gli operatori che la abitano. Con loro si sono approfondite difficoltà, mancanze, punti di forza, prospettive e, sconfinando nel significato che si attribuisce agli spazi, a come la disposizione degli stessi forgi l'immaginario del lavoro in salute e del concepire la salute stessa. Il corso ha portato alla realizzazione da parte degli studenti di tavole rappresentanti soluzioni progettuali in risposta alle esigenze riscontrate, che sono state esposte presso la CdS/C-LP in una mostra temporanea dal titolo "*Architettura per la salute*" (giugno-dicembre 2022).

Il Corso di Laurea di Architettura dell'Università di Firenze ha anche avviato un lavoro di ricerca finalizzato ad analizzare e predisporre un progetto operativo sull'uso dello spazio esterno della CdS/C-LP, per promuovere in maniera attiva la pratica di attività fisica per la popolazione che vi accede. Il progetto intende favorire l'inserimento nel contesto della CdS/C-LP di iniziative volte a valorizzare gli spazi esterni con proposte strutturate e fruibili dall'utenza, in particolare per le donne in gravidanza, anziani e operatori sanitari che quotidianamente fruiscono degli spazi.

Valutazioni conclusive

Le numerose esperienze condotte già dal 2019 presso la CdS/C-LP, anticipatorie della visione innovativa delle CdC introdotte poi normativamente dal PNRR e dal DM77, mostrano la concreta possibilità di sviluppare positivamente il processo di transizione da CdS a CdC: processo complesso, non lineare, in continua sperimentazione ed evoluzione. La CdS/C può quindi diventare il cardine di un'attività di sperimentazione, formazione, ricerca e attuazione. Ciò richiede necessariamente un percorso continuo di analisi, implementazione, valutazione, monitoraggio che coinvolge operatori sanitari e sociali, risorse della comunità, studenti e ricercatori. Tale processo è necessario alla costruzione e sostenibilità stessa del modello di Casa della Salute/Comunità.

Elementi caratterizzanti e qualificanti tale transizione sono gli stessi principi della cPHC: conoscenza del territorio e valutazione dei bisogni di salute della popolazione; valorizzazione del ruolo della comunità; attivazione di un punto riferimento e accoglienza territoriale riconoscibile e funzionante; sanità d'iniziativa; lavoro multidisciplinare e multisettoriale in équipe. Il coinvolgimento pieno della medicina territoriale in questo processo di transizione è un fattore determinante.

In particolare, in occasione dell'epidemia Covid-19, la CdS/C-LP si è mostrata essere attivatrice di idee e di risorse nel proprio territorio. Infatti la medicina generale "tradizionale" (generalmente composta da medici che lavorano da soli) ha rapidamente mostrato l'incapacità di far fronte alla situazione, chiudendo di fatto gli ambulatori e comunicato solo via telefono o internet: la logistica dei loro studi non consentiva di separare i percorsi dei sospetti infetti da quella degli altri pazienti. Durante la pandemia la CdS/C-LP ha potuto invece funzionare, in particolare grazie ad uno degli aspetti su cui i medici della CdS/C-LP avevano maggiormente investito: un front-office in grado di selezionare "professionalmente" le richieste e i bisogni della popolazione, per indirizzare in maniera mirata la presa in carico: dai pazienti Covid, a quelli con malattie croniche, a quelli con problemi di salute mentale. Ha funzionato l'attività di volontariato e di coinvolgimento

della comunità. Un sorprendente risvolto delle chiamate attive e dei contatti sviluppati è stato che alcuni assistiti si sono offerti per attività di volontariato nel quartiere. Le riunioni periodiche tra medici, infermieri e assistenti sociali hanno rafforzato lo spirito di collaborazione e di gruppo.

Più in generale, in Toscana le CdS hanno retto all'impatto della pandemia, dimostrando che le cure primarie adeguatamente organizzate riescono a svolgere una valida difesa della salute della popolazione, come si legge in una lettera aperta (18) del maggio 2021 indirizzata al presidente della Regione Toscana, Eugenio Giani, firmata da oltre sessanta medici di medicina generale operanti in varie CdS: "*La pandemia ha dimostrato - ove ce ne fosse stato bisogno - la necessità e l'indubbia utilità delle CdS nel rafforzamento della Medicina generale e dei servizi territoriali. Grazie alla disponibilità di ampi spazi destinati ai servizi ambulatoriali e all'organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare delle attività è stato possibile - anche nei momenti più critici - preservare la qualità delle cure, garantire la sicurezza dei pazienti ed effettuare con tempestività ed efficienza operazioni complesse come la vaccinazione Covid per i soggetti over 80*".

In conclusione, anche a seguito della prova del Covid, il processo di transizione in continua evoluzione sperimentata dalla CdS/C-LP mostra la concreta possibilità che la CdC possa essere un valido contenitore sia strutturale che virtuale, un collettore funzionale di professionisti, di attori comunitari e di servizi, così come un attivatore di idee e di risorse per il territorio di riferimento.

Bibliografia

1. Brambilla A, Maciocco G Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche. Carocci Editore, 2016.
2. Regione Toscana - DGRT 1664/2019 "Progetto per la sperimentazione di nuove modalità organizzative dei percorsi di presa in carico territoriale".
3. Regione toscana - Delibera n.1125 del 28 ottobre 2021 Approvazione Progetto "Da Casa della Salute a Casa della Comunità" ai sensi delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021. regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità", Allegato 1 all'Intesa tra il Governo, Consultato online 6/08/2024: https://www.nbst.it/1166-delibera-n-1125-del-28-ottobre-2021.html
4. Maciocco G Case della Salute. Miracolo alle Piagge. Salute Internazionale. 30/06/2021 – Consultato online 6/08/2024: https://www.saluteinternazionale.info/2021/06/case-della-salute-miracolo-alla-piagge/#biblio
5. Baggiani L, Milani C, Innocenzi M, Nerattini M, Maciocco G Le cure primarie, in Bonanni P, Bonaccorsi G, Maciocco G. Manuale di Igiene e sanità pubblica. Carocci Faber, 2021.
6. Milani C La Casa della Salute come laboratorio di formazione e ricerca: l'esperienza della CdS Le Piagge (Zona Distretto Firenze). Sistema Salute, 66, 4 2022: pp. 407-424.
7. Maciocco G La Casa della Salute delle Piagge. Salute Internazionale. 15/01/2020 - Consultato online 6/08/2024: https://www.saluteinternazionale.info/2020/01/la-casa-della-salute-delle-piagge/
8. Hart JT The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412.

9. Francini C, Occhini G, Milani C La casa della Salute alla prova del Covid. Salute Internazionale - Consultato online 6/08/2024: https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/la-casa-della-salute-alla-prova-del-covid-19/
10. Rocchi M La salute di prossimità: la risposta territoriale alla pandemia nella Casa della Salute delle Piagge, un esempio per il futuro. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof. Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
11. Orsini G Bisogni di salute e assistenza primaria a "Le Piagge", Firenze: uno studio epidemiologico ed etnografico. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof. Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
12. Dell'Acqua A Le reti della salute: bisogni, risorse e connessioni nel territorio della Casa della Salute Le Piagge attraverso la mappatura delle realtà associative del terzo settore. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
13. Fait P Accesso alle cure per stranieri non regolari a Firenze: uno sguardo all'integrazione fra Sistema Sanitario Regionale e terzo settore. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
14. Milani C La rete che cura e la Casa della Salute: relazioni, bisogni, risorse. Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Relatore Prof. Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
15. Petruccelli E Il ruolo della multidisciplinarietà nella decodifica dei bisogni complessi: mappatura dei percorsi interni della Casa della Salute Le Piagge. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
16. Graziani A Reti di servizi e multidisciplinarietà nella gestione territoriale della cronicità e del paziente complesso. Sfide e risorse nel passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
17. Rossi M Frequent callers e frequent attenders in cure primarie: studio qualitativo di esplorazione sulla complessità dei bisogni di salute presso la Casa della Salute "Le Piagge". Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Relatore Prof. Guglielmo Bonaccorsi (Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze)
18. Lettera aperta al Presidente della Regione Toscana Eugenio Giani "Investire nelle Case della salute per innovare e migliorare" la Medicina generale e le Cure primarie - Consultato online 6/08/2024: https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/Lettera-aperta-al-Presidente-della-Regione.pdf

Conflitti d'interesse dichiarati: nessuno