DOI:10.48291/SISA.68.4.5 Sistema Salute, 68, 4, 2024: pp. 466-483

La Rosa di Terricciola: percorso e prospettive di una Casa della Salute in transizione verso la Casa della Comunità

La Rosa di Terricciola: path and prospects of a Health House in transition towards the Community House

Stefano Moscardini[1], Patrizia Salvadori[2], Massimo Giraldi[3]

[1] *Medico di Medicina Generale, in pensione, già Coordinatore CdS La Rosa, Presidente Soc. Coop. di MMG "La Rosa Salute"*

[2] *Direttrice Società della Salute AVC-Valdera*

[3] *Medico di Comunità, responsabile U.F. Cure Primarie Valdera*

Parole chiave: Casa della Comunità, equipe multiprofessionale territoriale, integrazione ospedale-territorio, coinvolgimento della comunità

RIASSUNTO

Questo articolo espone il percorso fatto per la costituzione della Casa della Salute (CdS) La Rosa e i passi ancora da compiere per giungere ad una Casa della Comunità (CdC) Hub. Si inizia dalla descrizione dell'ambito territoriale di pertinenza, con i servizi socio-sanitari esistenti all'inizio degli anni 2000, dai crescenti bisogni di salute dei cittadini residenti in una zona distante dal presidio ospedaliero di riferimento e dai bisogni dei Medici di Medicina Generale (MMG), ivi operanti, di aggregazione e confronto tra di loro e di integrazione con le altre figure professionali territoriali. Si descrivono tutti i passaggi fatti per arrivare alla CdS e quelli da fare per diventare una CdC Hub.

Si elencano alcuni risultati non misurabili, come ad esempio il fatto che i MMG da singoli siano diventati un vero "gruppo", e che, pur mantenendo aperti i propri studi periferici, hanno creato un centro unico di assistenza socio-sanitaria, dove si sono realmente integrati tra di loro e con le altre figure professionali operanti sul territorio, si sono creati percorsi diretti con le Unità Operative (UO) ed i servizi del presidio ospedaliero di riferimento e come la CdS sia diventata un reale punto di riferimento per i cittadini ed per le varie associazioni di volontariato, per qualsiasi necessità socio-assistenziale. Sono riportati anche risultati facilmente misurabili, come la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso o dei ricoveri ospedalieri per motivi medici, dei cittadini residenti nel territorio di competenza.

Nelle Case della Salute ora e della Comunità poi si può realizzare un centro di riferimento per tutti i cittadini di una zona coincidente con una Aggregazione Funzionale Territoriale dei MMG, nel quale ci si occupi di cronicità, mediante la Sanità d'Iniziativa, di fragilità con piani assistenziali individualizzati anche domiciliari, di prevenzione

Autore per corrispondenza: s.moscardini@virgilio.it - 3295398219

e di educazione sanitaria, coinvolgendo anche le associazioni di volontariato, dove si risponda in maniera integrata ai bisogni sociali e socio-sanitari, ma si eroghi anche, specialmente in zone estese, a bassa densità di popolazione e distanti dal presidio ospedaliero di riferimento, prestazioni sanitarie per bisogni emergenti acuti, che possano trovare una risposta territoriale e non ospedaliera. Per questi ultimi bisogni la CdC deve essere aperta 24 ore su 24 con la presenza di MMG, a ciclo di scelta e ad orario, il supporto di personale infermieristico ed una idonea strumentazione che permetta una diagnostica di primo livello, anche tramite l'utilizzo della telemedicina.

Key words: Community House, multi-professional territorial team, hospital-territory integration, community involvement

SUMMARY
This article describes the path taken for the establishment of the Casa della Salute La Rosa and the steps still to be taken to create a Hub Community House.
We start from the description of the relevant territorial area, with the socio-health services existing at the beginning of the 2000s, from the growing health needs of citizens residing in an area distant from the reference hospital and from the needs of the doctors of General Medicine operating there for aggregation and comparison among themselves and for integration with other local professional figures. We describe all the steps taken to get to the Health House and those to be done to become a Hub Community House.
Some non-measurable results are listed, such as the fact that general practitioners (GPs) have gone from being individuals to a real "group", and that, while keeping their peripheral practices open, they have created a single center for social and healthcare assistance, where have truly integrated with each other and with the other professional figures operating in the area, direct paths have been created with the UO and the services of the reference hospital and how the Casa della Salute has become a real point of reference for citizens and also for the various voluntary associations, for any social-welfare need. Easily measurable results are also reported, such as the reduction in access to the emergency department or hospital admissions for medical reasons of citizens residing in the same territory.
In the Health Houses now and then in the Community, a reference center can be created for all the citizens of an area coinciding with a Territorial Functional Aggregation of GPs, in which chronic conditions are dealt with, through Initiative Healthcare, fragility with personalized care plans including home care, prevention and health education, also involving voluntary associations, where social and socio-health needs are responded to in an integrated manner, but also provided, especially in large areas, with low population density and distant from the reference hospital, healthcare services for acute emerging needs, which can find a territorial and non-hospital response. For these latter needs, the Community House must be open 24 hours a day with the presence of GPs, on a per-hour basis, with the support of nursing staff and suitable equipment that allows for first-level diagnostics, also through the use of telemedicine.

Contesto territoriale della Casa della Salute La Rosa di Terricciola

La Casa della Salute (CdS) La Rosa si trova nel comune di Terricciola, in Valdera, all'interno del Distretto Alta Val di Cecina-Valdera, territorio della provincia di Pisa a carattere collinare e vocazione agricola, con l'eccezione del Comune di Pontedera, sede di una importante industria italiana: la Piaggio. La Valdera è costituita da 13 Comuni (Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme Lari, Chianni, Lajatico, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, Santa Maria a Monte e Terricciola) dei quali solo cinque superano i 10.000 abitanti, ed ha caratteristiche

demografiche, economiche, culturali e sociali omogenee che ne fanno un territorio con una identità comune.
La Valdera ha 120.385 abitanti, un Ospedale di riferimento a Pontedera, il centro più grande con 29.670 abitanti, e un sistema di servizi socio-sanitari organizzato in maniera decentrata per raggiungere in maniera capillare i cittadini, soprattutto quelli con maggiori difficoltà di mobilità sul territorio, come gli anziani. Nel corso degli anni in Valdera si è assistito ad un incremento della popolazione. Nonostante la Valdera sia una zona relativamente giovane, si rileva anche qui il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione. Infatti il rapporto tra ultra64enni e cittadini in età lavorativa tra i 15 e i 64 anni, in Valdera è pari 37,92 % ed è in continuo incremento. Da rilevare inoltre che si assiste a bisogni sempre più complessi, il carico della non autosufficienza, l'incremento della presenza di anziani soli e fragili, hanno determinato un ricorso crescente delle famiglie ai servizi territoriali con richieste di soddisfacimento di bisogni di prima necessità.
Relativamente all'organizzazione dei servizi e della rete dei presidi territoriali, in Valdera si è cercato di seguire una *logica di area* e non di comune, tenendo conto anche delle peculiarità territoriali. Per questo la zona è stata suddivisa in 4 sub-aree, ciascuna delle quali conta su un presidio distrettuale, che diventeranno tutte Case della Comunità (CdC) e che, a loro volta, hanno proiezioni periferiche per punti prelievo (di norma uno per comune) e per il segretariato sociale. In coerenza con l'organizzazione dei Presidi territoriali e gli ambiti territoriali della Medicina Generale sono state costituite in Valdera 4 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Si precisa che 2 AFT coincidono con 2 Case della Salute ormai consolidate (La Rosa e Pontedera). Le 4 AFT avranno in futuro 4 CdC di riferimento.
La CdS "La Rosa" si colloca quindi all'interno di una delle 4 sub-aree della zona Valdera che ha come riferimento il territorio esteso di 6 comuni collinari (Capannoli, Chianni, Lajatico, Palaia, Peccioli e Terricciola), con una popolazione di 22.597 abitanti, con numerose piccole frazioni, con una bassa densità di popolazione e distante dal presidio ospedaliero di riferimento.

Come nasce l'idea e si realizza l'Unità di Cure Primarie "La Rosa"

Se oggi esiste la CdS La Rosa dobbiamo essere grati ad alcuni Informatori scientifici del farmaco che, negli ultimi anni antecedenti il 2000, organizzavano incontri informativi per i MMG, suddividendo tali medici in aree di riferimento. È in questo modo che i MMG dell'attuale Aggregazione Funzionale Territoriale de La Rosa, che lavoravano singolarmente in studi diversi sparsi in piccoli paesi collinari, hanno cominciato ad incontrarsi, conoscersi ed a confrontarsi tra di loro. Nacque così un forte desiderio di aggregazione anche per la necessità di dare ai cittadini maggiori risposte ai bisogni di assistenza territoriale che andavano aumentando per

vari motivi, come il progressivo invecchiamento della popolazione, ma anche per la progressiva riduzione dei posti letto e dei servizi ospedalieri, sempre più riservati agli eventi acuti. Un desiderio di aggregazione tra i MMG, ma esteso anche verso le altre figure professionali operanti sul territorio con le quali mancava un rapporto diretto e continuo.

Tra il 2000 e il 2001 alcuni dei MMG convenzionati nella zona collinare sopra descritta, elaborano un progetto allora definito "Équipe Territoriale" che prevedeva di "portare" i MMG ad operare anche in un presidio distrettuale, già presente nella nostra zona, posizionato in un'area di pianura, abbastanza equidistante dai 5 comuni iniziali di competenza, distante circa 15 Km dal presidio ospedaliero di riferimento. In tale presidio erano già operativi: il CUP, il Servizio Infermieristico territoriale, le Assistenti Sociali, i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), i Medici di Comunità ed alcuni Medici Specialisti Ambulatoriali. L'idea prevista da tale progetto era quella di far entrare all'interno di detto presidio anche i MMG ad effettuare un'attività ambulatoriale aggiuntiva, rispetto a quella svolta da ciascuno di loro nei propri studi periferici (16 MMG, ciascuno operante in 2, 3 o 4 studi situati in altrettanti piccoli paesi), garantendo anche un'attività di primo soccorso ed integrandosi, nello stesso ambulatorio, con i MCA, per una copertura H24 per 7 giorni su 7.

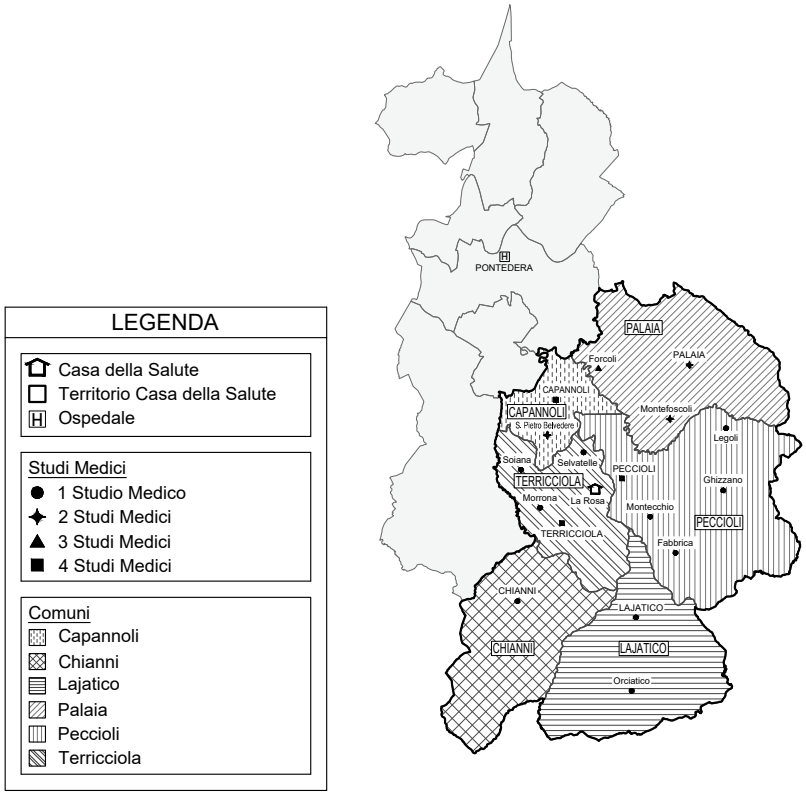

Figura 1 Mappa del territorio della CdS La Rosa

È però solo nel 2006, grazie alla sperimentazione della Regione Toscana delle Unità di Cure Primarie (UCP) (1), che il progetto viene realizzato, con una specifica delibera della Giunta della Società della Salute (SdS) Valdera (2), della quale si riportano alcune parti salienti:

PROGETTO SPERIMENTALE UNITÀ DI CURE PRIMARIE "LA ROSA"

Soggetti coinvolti

I soggetti interessati dal progetto sono: Comuni di Capannoli, Lajatico, Peccioli, Palaia e Terricciola. La SdS Valdera e l'Azienda Unità Sanitaria Locale (USL) 5 di Pisa. N. 16 MMG. N. 4 MCA, attuali titolari nella sede de La Rosa. Dipartimento Emergenza Urgenza (118). Operatori sanitari del presidio distrettuale La Rosa. Dipartimento delle Dipendenze ASL 5 – Centro Antifumo. Associazioni di Volontariato del territorio.

Per consentire la presenza medica complessiva di 24 ore al giorno - 7 giorni alla settimana, i MMG garantiranno la presenza nella sede operativa della UCP di almeno uno dei MMG aderenti al progetto per 12 (dodici) ore diurne dal lunedì al venerdì (giorni feriali) e per 2 ore, dalle 8 alle 10 dei giorni prefestivi. La continuità assistenziale è rappresentata dalla presenza di un MCA nelle ore notturne (20-8) e di due MCA dalle ore 10 alle 20 dei prefestivi e dalle ore 8 alle 20 dei festivi, dei quali uno effettua l'attività ambulatoriale UCP. I cittadini hanno a disposizione un numero telefonico unico al quale risponde sempre un Medico 24 ore su 24.

Prestazioni e servizi

Nell'ambulatorio UCP vengono effettuate, oltre a visite mediche e consulenze telefoniche, suture di ferite superficiali, medicazioni, fleboclisi con farmaci, infusione di emoderivati ed emotrasfusioni, disponendo, per queste ultime attività, di una stanza con un letto.

Nella sede distrettuale sono inoltre effettuati accertamenti diagnostici di primo livello: ECG, ecografie, prelievi per esami ematochimici, consulenze mediche specialistiche.

Sono stati inoltre attivati percorsi diretti con UO e Servizi diagnostici del presidio ospedaliero di Pontedera, con possibilità di invio del paziente, quando necessario, ad accertamenti diagnostici strumentali o visite specialistiche urgenti.

Obiettivi

La finalità principale sta nel creare un servizio territoriale attivo 24 ore su 24, per 365 giorni/anno, che possa costituire un punto di riferimento sanitario di base per i cittadini. Il servizio, ben riconoscibile dai cittadini quale punto di riferimento primario, fornirà

prestazioni di primo livello a carattere socio-sanitario, in modo tempestivo e coordinato, con la collaborazione delle varie figure professionali che operano a livello distrettuale. Sono obiettivi strettamente correlati: 1. la riduzione di accessi impropri al pronto soccorso, di ricoveri ospedalieri (DRG's medici – condizioni non acute) e di richieste di intervento al 118 per condizioni non qualificabili come emergenze; 2. la promozione di iniziative di prevenzione per patologie ad alta rilevanza sociale (anche con ambulatori dedicati) e di percorsi assistenziali condivisi (con appropriato utilizzo della specialistica ambulatoriale distrettuale).

Nella preesistente sede distrettuale vengono messi a disposizione dei MMG tre locali, uno per l'Ambulatorio di cure primarie, uno per l'effettuazione di medicazioni, fleboclisi, elettrocardiogrammi, ed uno, con un letto di degenza, per la possibilità di trattenere pazienti in osservazione. Viene quindi organizzata, nella sede distrettuale, un'attività ambulatoriale di Medicina Generale e di Primo Soccorso, aperta 7 giorni su 7, nelle 12 ore diurne, dove un MMG, o un MCA nei giorni prefestivi e festivi, operano con la collaborazione di una unità infermieristica. I MCA garantiscono anche il servizio nelle ore notturne, garantendo l'attività ambulatoriale e le visite domiciliari quando richieste, permettendo così un'attività H24.
Caratteristiche da rimarcare sono:

- le ore di attività dei MMG nell'Ambulatorio UCP sono aggiuntive rispetto alle ore di apertura dei singoli studi periferici, che restano invariate, garantendo così il mantenimento della prossimità;
- l'organizzazione dell'ambulatorio UCP è affidata ai MMG, che si alternano nel garantire la loro attività con turni di 4 ore ciascuno, sostituendosi vicendevolmente se necessario;
- i MCA, che nelle ore diurne dei giorni prefestivi e festivi sono portati a 2 unità, per permettere a uno di restare sempre in sede ad effettuare l'attività ambulatoriale, vengono equiparati in tutto ai MMG, sia per le attività nell'ambulatorio UCP, che per la prescrizione di farmaci, senza limitazioni, le certificazioni, e per la possibilità di richiedere accertamenti diagnostici e/o visite specialistiche in urgenza, presso il presidio ospedaliero di riferimento;
- tutti i MMG sono in rete telematica tra di loro e con l'Ambulatorio UCP, con lo stesso programma informatico, al quale sono autorizzati ad accedere anche i MCA;
- tutti i MMG sono presenti settimanalmente nella sede distrettuale e questo permette di iniziare una vera integrazione con le altre figure professionali territoriali ivi operan-

ti. Questo ha permesso loro di dialogare specialmente con il Personale Infermieristico e con le Assistenti Sociali, oltre che con i Medici Specialisti, il Medico di Comunità e i MCA. La possibilità di integrazione è ampliata anche dal fatto che vengono organizzate, nella sede distrettuale, riunioni mensili dei MMG, di sabato mattina, sia di formazione e di audit che organizzative, alle quali partecipa spesso il Medico di Comunità e possono essere invitati, in base agli argomenti da trattare, rappresentanti delle altre figure professionali;
- in contemporanea all'apertura dell'Ambulatorio UCP è stato attivato un servizio di Ecografia, inizialmente effettuato da Medici Specialisti ospedalieri e successivamente anche da alcuni MMG;
- per la refertazione degli ECG, data la iniziale mancanza di un servizio di telemedicina, è stato utilizzato un servizio di "Fax-medicina", inviando in questo modo, in caso di tracciati patologici, una fotocopia alla Cardiologia dell'ospedale di Pontedera, per una refertazione ed una consulenza telefoniche;
- sono stati attivati percorsi diretti, in urgenza, per visite specialistiche o accertamenti diagnostici, sia con gli specialisti operanti nella sede distrettuale, quando presenti, che con le UO o i Servizi diagnostici dell'Ospedale di Pontedera, senza passare dal Pronto Soccorso (PS);
- sono stati autorizzati, in caso di necessità, tramite le Associazioni di Volontariato della zona, dei percorsi di trasporto di pazienti verso l'Ambulatorio UCP e dall'UCP al presidio ospedaliero di riferimento;
- ai MMG è stato riconosciuto dalla USL un compenso aggiuntivo fisso per paziente/anno (equivalente al compenso della forma associativa Medicina in Associazione) ed un compenso orario in base alle ore che ciascuno di loro effettua presso l'Ambulatorio UCP. Anche le ore di riunione sono considerate ore di attività;
- ai MCA che effettuano l'attività ambulatoriale UCP nelle ore diurne viene erogato un compenso aggiuntivo orario.

Il passaggio a Casa della Salute e la Sanità d'iniziativa

Nel 2008, dato che la Regione Toscana decide di non continuare la sperimentazione delle UCP, viene trovato un accordo, tra i MMG, la SdS Valdera e la USL 5 Pisa, con l'elaborazione di un progetto di trasformazione dell'UCP La Rosa in una CdS (3), per poter proseguire, ampliandole, le attività effettuate presso la sede distrettuale.
In Regione Toscana si iniziava ad elaborare che la Medicina Generale si dovesse occupare maggiormente di cronicità e quindi di Sanità d'Iniziativa, creando gruppi di MMG i qua-

li, in modo organizzato e con il supporto di personale infermieristico, gestissero pazienti affetti da patologie croniche; questo avrebbe trovato poi sbocco nella DGR Toscana 467 del 2009 (4). Con il nuovo progetto di CdS la Rosa, partendo dai buoni risultati ottenuti sulla riduzione degli accessi al PS e dei ricoveri per DRG Medici dei cittadini residenti nel territorio di competenza, oltre ad acconsentire la prosecuzione dell'Ambulatorio di Cure Primarie (ex-UCP), cominciarono a porre le basi per la gestione della cronicità e ad occuparsi anche di prevenzione come riportato nell'estratto sottostante (5):

Prevenzione Primaria:
Saranno organizzati nei 5 comuni afferenti l'area ex-distrettuale una serie di *incontri con la popolazione*, facendo riferimento primariamente ai centri sociali per anziani esistenti sul territorio.
Sarà promossa la partecipazione ad *attività di ginnastica dolce* di tutti i pazienti anziani.
Nella CdS avranno uno spazio apposito anche i *servizi consultoriali* e le azioni di *screening* sulla popolazione decise al livello regionale.

Prevenzione secondaria:
a) *Ambulatori per pazienti cronici*
Sulla base dei registri informatici dei 15 medici di medicina generale che partecipano al progetto, saranno 'estratti' i pazienti maggiormente a rischio per le diverse aree patologiche sopra indicate.
I pazienti saranno introdotti in un sistema di visite programmate, temporizzate in base alla loro situazione clinica (completamente/parzialmente stabilizzata, non stabilizzata).
b) *Sostegno all'auto-aiuto dei pazienti cronici*
Altrettanto importante sarà la organizzazione di incontri per gruppi di pazienti, familiari o assistenti domiciliari sulla corretta autogestione della malattia, con il contributo dei MMG, degli Infermieri specificamente formati e degli specialisti eventualmente necessari.
Gli incontri potranno talvolta essere anche auto-gestiti dai pazienti (*gruppi di auto-aiuto*) per un confronto sulle rispettive situazioni e problematiche, allo scopo di eliminare condizioni di ansietà attraverso la condivisione degli stati soggettivi e oggettivi della malattia.
Molto importante sarà anche il ruolo devoluto alle *associazioni dei malati*.
c) *Assistenza Infermieristica Domiciliare*
Nel caso di pazienti con patologie croniche che non siano in grado di autogestirsi o che non abbiano a disposizione un caregiver familiare, organizzeremo azioni di monitoraggio dei parametri specifici e pratiche assistenziali presso il domicilio del malato,

d) *Corsi per smettere di fumare*
Saranno organizzati in collaborazione con il centro anti-fumo operante nel Distretto.
Proseguendo quanto fino ad allora impostato, i MMG della CdS La Rosa hanno poi aderito, dal 2010, al *Progetto della Sanità d'iniziativa* della Regione Toscana (6), per la gestione dei pazienti affetti da particolari patologie croniche, iniziando con i pazienti affetti da Diabete tipo 2 e da Scompenso cardiaco e, dal 2011, anche con i pazienti affetti da esiti di Ictus-TIA e da BPCO.
Per poter meglio organizzare le diverse attività che si andavano effettuando presso la CdS La Rosa, dato che si operava su pazienti di ambiti territoriali diversi, i MMG hanno a questo punto costituito una *Società Cooperativa* (7).
Per gestire maggiormente i percorsi relativi alle patologie sopracitate, i MMG hanno iniziato anche delle attività di "*Medicina vocazionale*", utilizzando le specializzazioni, che alcuni MMG avevano, o le competenze acquisite da altri in quanto docenti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale. Per la Sanità d'Iniziativa la USL assegna ai MMG due Infermiere, appositamente formate, che utilizzano lo stesso programma informatico dei MMG, dove sono stati attivati specifici PDT per le quattro patologie interessate. Per il reclutamento dei pazienti da parte delle Infermiere, partendo da registri forniti dai MMG, e durante tutto il percorso assistenziale, è utilizzato lo strumento del *counseling*, come nuovo approccio relazionale con il paziente cronico sia per la prevenzione che per la cura. Sono stati arruolati fino a 1030 pazienti per diabete, 379 per scompenso cardiaco, 328 per BPCO e 216 post Ictus-TIA.
Per il *Diabete* sono stati messi a disposizione dalla USL: uno Specialista Diabetologo 2 volte al mese per un totale di 8 ore per i pazienti in terapia insulinica o con scompenso metabolico; un Podologo e una Dietista con accesso diretto presso il servizio di diabetologia del presidio ospedaliero di Pontedera. Dal 2013 al 2019 sono stati organizzati anche incontri di educazione sanitaria a piccoli gruppi interattivi di pazienti diabetici e a loro familiari, allo scopo di coinvolgerli nella comprensione e gestione della malattia (*paziente esperto*).
Per lo *Scompenso Cardiaco* le Infermiere, oltre ad una valutazione di alcuni parametri, forniscono al paziente indicazioni sull'alimentazione, sulla corretta assunzione dei farmaci nonché sul riconoscimento dei primi sintomi di allerta.
È presente anche un Cardiologo ogni settimana per un totale di 12 ore al mese. Sono inoltre disponibili un elettrocardiografo ed un ecocardiografo e, dal 2019, un servizio di Tele-ECG con la Cardiologia della Fondazione Monasterio di Pisa.
Per i pazienti con Esiti di Ictus-TIA in grado di camminare sono stati istituiti, dal 2014

al 2019, corsi di Attività Fisica Adattata Specifica, con l'obiettivo del recupero funzionale delle capacità residue.
Da gennaio 2013 a febbraio 2020 due MMG, specificamente formati, hanno effettuato spirometrie con un apparecchio portatile, per i pazienti con BPCO (8). Tali attività erano state sospese per la pandemia Covid19 e riprese, da maggio 2022, grazie anche ad un nuovo MMG specialista in Pneumologia.
Dal gennaio 2014, con l'istituzione in Toscana delle AFT (9), il territorio di competenza delle CdS La Rosa è stato ampliato con l'inserimento di un altro piccolo comune collinare: Chianni.

La gestione delle criticità

L'organizzazione della CdS e l'aver costituito una Società Cooperativa ha permesso, ai MMG de La Rosa, di affrontare due importanti criticità che si sono intersecate negli ultimi anni.
La prima è stata la *Pandemia Covid19* che ci ha obbligato a rimodulare tutte le attività della CdS. Per la Sanità d'Iniziativa abbiamo sospeso le spirometrie ai pazienti con BPCO e le visite ai pazienti con esiti di Ictus-TIA, ma abbiamo proseguito, distanziandole, le attività verso i pazienti affetti da Diabete e da Scompenso Cardiaco. L'Ambulatorio di Cure Primarie è rimasto attivo, ad accesso libero, evitando l'accesso ai pazienti con febbre e visitando quelli con sintomi respiratori in una stanza a parte, sanificandola successivamente. Abbiamo anche organizzato l'effettuazione di tamponi rapidi, in una tensostruttura a parte, concessaci da una amministrazione comunale, con la collaborazione di personale di associazioni di volontariato della nostra zona. Abbiamo inoltre partecipato, con la collaborazione del personale infermieristico della USL e di una associazione di volontariato alla campagna di vaccinazione anti-Covid dei nostri pazienti ultra80enni, raggiungendo una copertura del 93,5%.
La seconda criticità affrontata, che ancora persiste, è la *carenza di medici*, inizialmente come sostituti dei MMG, che ha messo in difficoltà medici che si sono ammalati, anche di Covid19. Siamo riusciti ad ovviare a tale problema grazie al fatto di essere un'unica forma associativa che ha permesso agli altri colleghi di sostituire, alternandosi nella disponibilità, quelli ammalati, e grazie anche alla disponibilità, presso la CdS, dell'Ambulatorio di Cure Primarie (ex-UCP) sempre aperto. Attualmente la mancanza di medici si è verificata anche nella copertura di zone carenti di MMG, abbiamo infatti 2 posti rimasti vacanti. Il rischio che rimanessero pazienti senza MMG è stato scongiurato dall'aver riunito in un unico ambito di scelta tutta l'AFT, permettendo così ad alcuni MMG, che

potevano acquisire scelte, di aprire degli ambulatori anche in comuni diversi da quello in cui già operavano.

Il ruolo delle Associazioni di volontariato e degli enti locali

Il coinvolgimento delle associazioni di volontariato della nostra zona è essenziale per la riuscita di varie attività previste dalla CdS La Rosa, come nella collaborazione già descritta per la gestione dei tamponi rapidi e delle vaccinazioni durante la pandemia Covid19. Fondamentale è per la necessità dei trasporti per i pazienti con difficoltà motorie, ma anche per i casi di sorveglianza/sostegno domiciliare nei confronti di anziani fragili che i volontari di un'associazione (AUSER) svolgono come forma integrativa dell'assistenza domiciliare gestita da Infermiere e Assistente Sociale. Grazie alla SdS Valdera sono stati attivati con il mondo dell'associazionismo e del terzo settore tavoli di lavoro che rappresentano una risorsa importante nella programmazione e verifica dei servizi presenti sul territorio. Purtroppo, la carenza di spazi a disposizione non ha, fino ad ora, permesso di organizzare attività con le organizzazioni di volontariato all'interno della CdS, che sono però previste quando saranno completati i lavori di ampliamento della sede, già iniziati dallo scorso anno, che porterà al raddoppio degli spazi attuali. L'idea è quella di organizzare incontri semestrali-annuali con rappresentanti delle varie associazioni di volontariato e di pazienti, amministratori dei comuni e del Distretto, per una puntuale analisi dei bisogni e delle risposte che i servizi territoriali stanno dando o dovrebbero dare.
Grazie alla fattiva collaborazione di diverse associazioni e degli enti locali, che ci hanno concesso ampi locali, siamo anche riusciti ad organizzare al meglio la partecipazione della nostra CdS alla "*Giornata mondiale senza tabacco 2024*" durante la quale abbiano coinvolto numerosi cittadini fumatori effettuando loro, grazie ad alcuni MMG in medicina vocazionale, Spirometrie ed Ecodoppler dei Vasi Cerebroafferenti, oltre a colloqui motivazionali sulla cessazione dal fumo, momenti di coinvolgimento in attività fisiche, Ginnastica dolce e Yoga, volte a stimolare un miglioramento dello stile di vita, concludendo con un dibattito sulla dipendenza ed i rischi del fumo e sui servizi inerenti che offriamo nella nostra CdS, come il Centro Antifumo, le Spirometrie e le valutazioni pneumologiche per i pazienti con BPCO.

I servizi attuali della CdS

La CdS La Rosa, il cui territorio di riferimento corrisponde ora a quello della relativa AFT, è a questo punto considerabile una Unità Complessa Cure Primarie (10), nella quale operano diverse professionalità che lavorano in modo integrato e consentono nu-

merosi servizi:

- *Ambulatorio di Cure Primarie e di Primo Soccorso*: attualmente vi lavorano 14 MMG e 5 MCA, che insieme garantiscono un servizio attivo per 24 ore su 24 per 7 giorni su 7.
- *Sanità d'Iniziativa*: tale attività, con il supporto di due unità infermieristiche, non si è mai interrotta per i pazienti affetti da Diabete tipo 2 e da Scompenso cardiaco e, dal 2022 è stata riattivata anche per i pazienti con BPCO. Le infermiere fanno, per i pazienti diabetici, anche l'esame del piede diabetico, utilizzando monofilamento, diapason e minidoppler. Un'infermiera, opportunamente formata effettua anche le Spirometrie per i pazienti con BPCO.
- *Medicina Vocazionale dei MMG***:** Ecografie ed Ecocolordoppler, Spirometrie e Valutazioni Pneumologiche, Valutazioni Diabetologiche, refertazione ECG, Interventi di piccola chirurgia cutanea ambulatoriale; per un totale di 14 ore /settimana.
- *Pediatria di libera scelta (PLS):* un PLS effettua attività ambulatoriale per 4 ore settimanali.
- *Vaccinazioni:* vengono effettuate settimanalmente vaccinazioni pediatriche, da parte di un PLS, ed agli adulti da parte di un Medico di Comunità, che rilascia anche certificazioni medico-legali.
- *Punto prelievi:* da lunedì al venerdì ore 7-9, oltre a prelievi in proiezione nei vari comuni, su prenotazione.
- *Attività infermieristica ambulatoriale:* da lunedì a venerdì ore 7-19 e sabato ore 7-13.
- *Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)* (11): attivato da qualche mese con 10 professionisti responsabili, in ambiti territoriali di riferimento, della gestione dei processi infermieristici familiari e di comunità; attraverso interventi domiciliari o ambulatoriali (lunedì-sabato ore 7-19; domenica ore 7-13) realizzano, in collaborazione con i MMG e le altre figure professionali territoriali, un'assistenza preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia di età.
- *Attività amministrative***:** prenotazione prestazioni specialistiche-diagnostiche, scelta revoca MMG, esenzioni, attivazione tessere sanitarie, riscossione ticket, (lunedì-venerdì per 5 ore al giorno).
- *Ambulatori specialistici*: Cardiologia, Ortopedia, Ecografie (radiologo, chirurgo), Chirurgia, Urologia, Senologia, Oculistica, Ginecologia, Diabetologia, Odontoiatria, con presenze di norma settimanali per un totale di circa 45 ore; Urologia e Chirurgia in regime libero professionale.
- *Centro Antifumo*: su appuntamento il lunedì pomeriggio.
- *Consultorio familiare* della rete consultoriale distrettuale: percorso nascita, viste oste-

triche in gravidanza e post-partum, consulenze telefoniche, visite domiciliari, visite ginecologiche, prevenzione oncologica (pap-test).

- *Servizio sociale*: presente nella CdS (giovedì ore 9-11) per accoglienza, sostegno, presa in carico e attivazione di interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio socio-sanitario, psico-sociale e di marginalità. Opera in stretta collaborazione con gli Enti Locali, le reti sociali del territorio, le associazioni di volontariato, svolgendo attività proprie e attività socio-assistenziali su delega dei Comuni; ha come compito specifico l'integrazione socio-sanitaria, offre attività di informazione attraverso lo sportello di Segretariato Sociale, consulenza e supporto ai singoli, a nuclei e a gruppi che necessitano di interventi di supporto e/o educativi, integrati con gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione. È prevista anche l'apertura dello sportello di segretariato per un giorno alla settimana in ogni comune dell'ambito territoriale di competenza.
- *Punto Insieme*: porta d'ingresso ai servizi socio-assistenziali per anziani fragili e non autosufficienti e persone con disabilità, gestita insieme da Assistente Sociale e Infermiere ogni venerdì ore 10-12; garantisce e assicura l'accoglienza e l'informazione al cittadino, governa l'accesso e avvia il percorso per la valutazione del bisogno di competenza dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) (12).

La presenza dell'Assistente Sociale dentro la CdS ha rappresentato un valore aggiunto operativo importante, consentendo di affrontare situazioni complesse o multiproblematiche in maniera più appropriata ed efficiente, grazie ad una maggiore integrazione con i MMG. Sicuramente la vicinanza fisica del MMG e dell'Assistente Sociale ha favorito una maggiore sensibilità dei MMG verso anche gli aspetti sociali, oltre che sanitari.

Ricerca clinica

La CdS ha anche permesso ai MMG che ne fanno parte di partecipare attivamente ad un importante studio, proposto dalla Cardiologia della Fondazione Monasterio di Pisa, il primo screening di amiloidosi cardiaca da transtiretina nella popolazione generale ultra-65enne. Questo progetto, noto con l'acronimo CATCH ("Characterizing the burden of Amyloid Transthyretin CardiomyopatHy in the elderly") ha permesso di individuare una prevalenza di questa condizione pari allo 0,46%, che è molto superiore a quella che definisce una patologia come rara (13).

Recentemente abbiamo dato la nostra disponibilità a collaborare a un altro screening di popolazione (lo studio ACTA), sempre proposto dalla Fondazione Monasterio di Pisa, che prevede

uno screening di patologia coronarica e carotidea e neoplasie polmonari (nonché di eventuali ulteriori lesioni nei distretti toracico e cervicale) in soggetti a rischio per i fattori di rischio cardiovascolare e/o storia di fumo. Lo screening prevederà l'esecuzione di una tomografia computerizzata coronarica con l'innovativa tecnologia "photon-counting", che permette di ridurre l'esposizione a radiazioni e la quantità di mezzo di contrasto iodato. Lo studio indagherà la fattibilità e il profilo di costo-efficacia di questo tipo di screening.
Durante la "Giornata mondiale senza tabacco 2024" che abbiamo organizzato il 1 giugno scorso, è stato inoltre presentato alla USL un progetto di prevenzione e/o diagnosi precoce della BPCO, partendo dal rilievo del dato fumo sui pazienti 40-75enni che afferiscono agli studi dei MMG, invitando i fumatori a seguire un percorso di disassuefazione dal fumo ed inviando i pazienti con sintomi indicativi di BPCO a valutazione spirometrica e pneumologica.

Alcuni risultati

Tra i risultati non misurabili citiamo:
- i MMG da singoli sono diventati un vero "gruppo" e, pur mantenendo aperti tutti i propri studi periferici, hanno creato un centro unico di assistenza socio-sanitaria, dove si sono realmente integrati tra loro e con le altre figure professionali territoriali;
- si sono creati percorsi diretti con le UO ed i servizi del presidio ospedaliero di riferimento;
- la CdS è diventata un reale punto di riferimento per cittadini e associazioni di volontariato, per qualsiasi necessità socio-assistenziale.

Tra i risultati misurabili ricordiamo:
- *Accessi al PS:* dai primi anni di attività si è subito evidenziata, e confermata negli anni successivi, la riduzione percentuale di accessi di assistiti del territorio dell'UCP/CdS al PS dell'ospedale di riferimento per codici bianchi, celesti e verdi, rispetto al resto del Distretto. Dal 2013 il sistema di valutazione e monitoraggio delle performance delle AFT toscane, effettuato dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha confermato quanto già evidenziato in precedenza, nel 2017: il tasso di accesso al PS per codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero, dei pazienti de "La Rosa", è risultato tra i più bassi della Toscana (49,26/1.000, rispetto all'81,03 della media regionale) e, sul tasso standardizzato di accesso al PS, addirittura il migliore tra tutte le AFT toscane (273,11/1.000 rispetto a 355,98 della media toscana). Dato non occasionale in quanto riconfermato nel 2019. Nel 2022 non siamo risultati i migliori, ma siamo ancora tra le AFT con il tasso più basso (279,5/1.000 rispetto a 321,5 della media toscana).
- *Ospedalizzazioni per DRG medici:* il tasso standardizzato di ospedalizzazione elaborato dal Mes per DRG medici acuti 0-64-anni è risultato il più basso tra tutte le AFT toscane

(nel 2019 è risultato 19,8/1.000 (il più basso di tutte le AFT toscane) contro dato medio regionale 26,6; nel 2022 risultato 18,2, contro 20,0).

- *Spesa farmaceutica*: la spesa farmaceutica procapite media della CdS La Rosa si è progressivamente ridotta da 183,35 nel 2009 a 115,44 nel 2023, passando da un +4,3% ad un -5,4% sul budget assegnato dall'Azienda Sanitaria, dimostrando che il confronto continuo tra colleghi può portare anche ad un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Verso la Casa della Comunità

Nel 2020 è stato elaborato e finanziato un progetto di ampliamento della CdS La Rosa e, dal luglio 2023, sono iniziati i lavori. Quando la nuova sede sarà terminata, avendo a disposizione notevoli spazi aggiuntivi (da 530 a 1.098 mq), sarà possibile suddividere le attività in aree di competenza, ci sarà un'*Ala Distrettuale*, con Ambulatori Infermieristici, Servizio Sociale, Servizi Amministrativi, Ambulatori Specialistici; un'*Ala Consultoriale*; un'*Ala della Medicina Generale* (MMG e MCA), comprendente anche un'area per la Sanità d'iniziativa ed un'area per l'Osservazione Breve, con 2 letti di degenza; un'*Ala dell'Emergenza-Urgenza*, con aree destinate ad ospitare il personale di "autoveicoli di soccorso avanzato con equipe sanitaria" (14) ed i volontari delle associazioni.

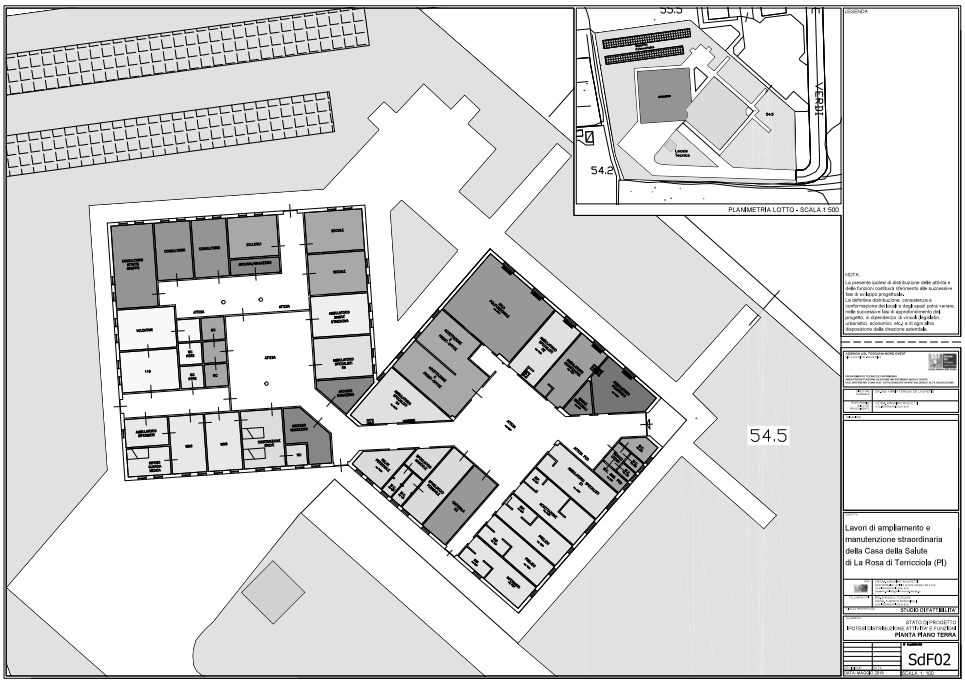

Figura 2 Il progetto di ampliamento CdS La Rosa

Recentemente la nostra USL e la regione Toscana hanno inserito La Rosa tra le CdS pi-

lota per il passaggio a Casa di Comunità (15). In effetti, per i molti aspetti già descritti, noi possiamo considerarci già una CdC Hub. D'altronde, considerato che tra i principali obiettivi delle CdC sono previsti (16):

- *l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale* in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- *la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi*, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini;
- *la prevenzione e promozione della salute;*
- *la presa in carico della cronicità e fragilità* secondo il paradigma della sanità d'iniziativa;
- *la valutazione del bisogno* della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- *la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza* anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- *l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari*, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali anche attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT);
- *la partecipazione della comunità locale*, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei caregiver,

possiamo affermare che, ormai da anni, la CdS La Rosa ha raggiunto e porta avanti tali obiettivi.

Inoltre abbiamo progettato di migliorarli, come in parte abbiamo già descritto nei capitoli precedenti, specialmente mediante il maggior coinvolgimento di cittadini, amministratori, volontariato e terzo settore, così come inserito nel documento "*esperienze territoriali del progetto Da CdS a Casa di Comunità*" recentemente inviato dalla USL Toscana Nordovest in Regione Toscana, in base alla DGR 38/2024. In particolare, abbiamo progettato di incrementare:

- lo *Sportello amministrativo*: apertura lunedì-venerdì ore 7,30-20,00 e sabato 8,00-13,00;
- il *Punto Insieme*: apertura quattro giorni a settimana;
- la *Medicina Generale*: attivazione del Centro Vaccinale curato dai MMG a cadenza settimanale;
- la *Continuità Assistenziale*: accorpamento presso la CdC La Rosa di una sede di CA limitrofa, per avere sempre la presenza di 2 MCA, permettendo l'apertura certa dell'Ambulatorio di Cure Primarie e Primo Soccorso anche nelle 12 ore notturne,

con supporto Infermieristico H24 (17);
- l'*Assistenza Infermieristica ambulatoriale*: potenziamento, dell'Ambulatorio di Cure Primarie e Primo Soccorso con apertura 24/24 anche dei giorni prefestivi e festivi;
- l'*IFeC*: fornitura, oltre che dei cellulari aziendali già in uso, anche di Tablet domiciliari; possibilità di *Teleconsulto* tra IFeC e MMG, per agevolarne l'integrazione, senza l'obbligatorietà di accessi congiunti in presenza (particolarmente difficoltosi nel territorio della CdS);
- gli *Infermieri con competenze specifiche*: attivazione (11) in particolare per: gestione stomie, nutrizione/PEG, inserzione/gestione PICC/Midline, trattamento lesioni difficili, ventilazione assistita a domicilio, palliazione, cure fine vita;
- la *PLS*: aumento delle ore di presenza, coinvolgendo tutti i PLS convenzionati;
- la *Medicina Specialistica*: inserimento per l'assistenza domiciliare di Anestesista, Neurologo e Fisiatra (oltre a Chirurgo, Gastroenterologo e Geriatra già attivi);
- la *Sanità d'Iniziativa*: incremento dei percorsi di secondo livello con le UO del Presidio Ospedaliero;
- la *Postazione di Emergenza Territoriale con mezzo di soccorso avanzato*: 24/24 (già deliberato H12 ma non avviato, in attesa dell'ampliamento della sede);
- la *Telemedicina*: percorsi integrati di gestione/monitoraggio dei pazienti in Assistenza Domiciliare e in RSA, attraverso strumenti di telemedicina (devices assegnati con risorse del PNRR), mediante applicativo regionale che mette in rete tra loro la COT ed i vari operatori territoriali, compresi i MMG, MCA, PLS.

Conclusioni

Dopo 18 anni di attività possiamo affermare che la CdS La Rosa costituisce una struttura polifunzionale che offre alla cittadinanza, in una stessa sede territoriale, distinta dal presidio ospedaliero ma con esso funzionalmente collegata, tutti i servizi della medicina del territorio (medicina generale, continuità assistenziale, medicina specialistica ambulatoriale, consultorio, medicina di comunità, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, assistenza sociale, servizi amministrativi). In essa si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che possono riguardarlo, si persegue la prevenzione e la promozione della salute, si attiva un'assistenza domiciliare delle cure, quando necessario, e si garantisce la continuità di percorsi assistenziali che devono essere integrati tra i servizi ospedalieri, servizi sanitari territoriali e servizi sociali.
La collocazione dei MMG all'interno di un presidio distrettuale ha favorito il coordinamento degli interventi tra tutti gli operatori coinvolti nelle cure primarie, rispondendo

con continuità (24 ore su 24 per 7 giorni su 7) alle richieste di assistenza e mettendo in atto una modalità di lavoro in équipe che ha consentito una reale integrazione tra le diverse figure professionali operanti sul territorio; ciò ha permesso di ottenere risultati migliori, rispetto sia al resto del Distretto che all'Azienda USL Toscana Nordovest, di alcuni obiettivi strategici previsti dal progetto, quali il tasso di acceso al PS, il tasso di ospedalizzazione, il ricorso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche, la spesa farmaceutica. Con il progetto di "trasformazione" in CdC in elaborazione, tra la USL e la Regione Toscana, e con l'ampliamento della sede, che porterà all'interno anche un Punto di Emergenza Territoriale e le Associazioni di Volontariato, riusciremo inoltre ad incrementare ulteriormente e a migliorare i servizi offerti ai cittadini della nostra zona.

Bibliografia

1. Delibera GR Toscana n° 1204 del 17.11.2003.
2. Delibera Giunta SdS della Valdera n° 14 del 28.06.2006.
3. Decreto Ministero della salute n° 77 del 23.05.2022.
4. Delibera GR Toscana n° 467/2009.
5. Delibera USL 5 Pisa n°556/2008.
6. Delibera Regione Toscana n° 716 del 03.08.2009.
7. Delibera Regione Toscana n° 35 del 26.06.2001.
8. Brambilla A, Maciocco G Le case della salute. Innovazione e buone pratiche. Roma, Carocci Faber, 2016.
9. Accordo Integrativo Regionale (AIR) Delibera Giunta Regionale Toscana n° 1231del 28.12.20218.
10. Legge n° 189 Balduzzi, 8 novembre 2012.
11. Delibera GR Toscana n° 597 del 04.06.2018.
12. Legge Regione Toscana n° 66 del 18.12.2008.
13. Aimo A, Vergaro G, Castiglione V, et al. Wild-Type Transthyretin Cardiac Amyloidosis is Not Rare in Elderly Subjects: the CATCH Screening Study. Eur J Prev Cardiol. Published online March 8, 2024 (doi:10.1093/eurjpc/zwae093).
14. Delibera GR Toscana n° 1424 del 12.12.2022.
15. Decreto Ministero della salute 10.07.2007.
16. Delibera GR Toscana n° 1508/2022.
17. AGENAS Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub, 05.04.2024.

Conflitti d'interesse dichiarati: nessuno