

Case della Salute/Comunità

Il termine e il concetto di “Casa della Salute” compaiono per la prima volta in un testo di Giulio Alfredo Maccacaro del 1972, che a questo proposito scriveva:

“La casa della salute [è] una sede il cui ingresso – per la pluralità di funzioni ora assegnatele – non è più in alcun modo stigmatizzante: vi si accede, infatti, per partecipare alla gestione dei problemi sanitari della comunità, portandovi anche, ma non soltanto, il proprio che è anche, ma non soltanto, medico. Nella misura in cui la sub-unità sanitaria locale è davvero un ambito naturale e integrato di vita collettiva ed il vero modulo costruttivo della USL, la casa della salute deve porre, anche strutturalmente, sullo stesso piano: I) l’assistenza, II) la consultazione, III) l’educazione, IV) l’informazione, affinché sia possibile e piena la sintesi partecipatoria delle decisioni. Da qui la necessità di una nuova stazione del sistema informativo dove siano raccolti e donde vengano distribuiti, in un senso ai distretti e nell’altro al governo dell’USL, i dati originali ed elaborati attinenti alla situazione demografica, nosografica ed ambientale della sub-unità oltre a quelli indicatori delle attività sanitarie (preventivistiche, poliambulatoriali, ausiliarie, ecc.) svolte nell’ambito della stessa”.

Oltre trent’anni dopo questa ispirante definizione, grazie all’impegno della ministra della Salute Livia Turco e attraverso la Legge Finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006 e Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007), venne avviata una sperimentazione del modello assistenziale delle Case della Salute, concepite come strutture di assistenza polivalente, in grado di offrire ai cittadini prestazioni socio-sanitarie integrate in un unico spazio fisico. L’obiettivo era favorire, attraverso la contiguità

spaziale tra servizi e operatori, l'integrazione e l'unitarietà dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. In questa prospettiva, la Casa della Salute doveva rappresentare anche un luogo di partecipazione democratica, in cui cittadini e associazioni di tutela dei pazienti potessero contribuire alla programmazione dei servizi e delle attività, nonché alla valutazione dei risultati ottenuti in termini di salute e benessere percepito. Negli anni successivi, diverse Regioni adottarono deliberazioni per avviare queste sperimentazioni; tuttavia, solo in Emilia-Romagna e Toscana le Case della Salute conobbero un effettivo e solido sviluppo (Brambilla e Maciocco, 2022).

In seguito alla pandemia di Covid-19, che ha fatto emergere le debolezze strutturali del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e in particolare quelle riguardanti le cure primarie, il Programma Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), finanziato dall'Unione Europea e approvato nel 2021 dal governo italiano, ha stanziato 18,5 miliardi di euro per interventi nel settore della salute (Missione 6), con l'obiettivo di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, promuovere l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN. Tra le misure previste per rafforzare la rete dei servizi territoriali rientra l'apertura, entro il 2026, di almeno 1.350 Case della Comunità, evoluzione del modello delle Case della Salute.

A giugno 2022, il DM 77/2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale, introducendo modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, nonché parametri di riferimento per il personale e obiettivi strategici. L'elemento centrale del decreto è proprio la creazione delle Case della Comunità, strutture concepite per garantire assistenza sanitaria e socio-sanitaria continua, sette giorni su sette. Secondo il decreto, la Casa della Comunità dovrebbe:

“Diventare il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto

con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria [...] Promuovere un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali [...] costituire la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”.

L'implementazione delle Case della Comunità e del modello assistenziale delineato dal DM 77/2022 mira a superare la frammentazione della presa in carico e dell'assistenza ai pazienti, restituendo al Distretto un ruolo centrale nel coordinamento e nella programmazione dei servizi territoriali. L'obiettivo è garantire un approccio multidisciplinare e intersettoriale, favorendo l'integrazione tra sociale e sanitario e la continuità delle cure all'interno della rete dei servizi territoriali.

Il PNRR prevede la realizzazione di una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, affiancata da Case della Comunità spoke e da ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). La distribuzione delle strutture dovrà tenere conto delle caratteristiche demografiche e orografiche dei territori, al fine di assicurare capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, con particolare attenzione alle aree interne e rurali, nel rispetto del principio di prossimità. Tutte le forme di aggregazione dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono incluse nel perimetro delle Case della Comunità, avendo sede fisica al loro interno oppure un collegamento funzionale con esse. Anche gli specialisti ambulatoriali saranno integrati nei percorsi di accesso alle Case.

Recentemente AGENAS (2024) ha pubblicato un nuovo documento di indirizzo, secondo cui la Casa della Comunità Hub è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, e che presenta i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi

socioassistenziali. Nella Casa della Comunità Hub deve essere garantita la presenza medica h 24, 7 giorni su 7, anche attraverso il servizio di continuità assistenziale e la presenza infermieristica h 24, 7 giorni su 7. Inoltre, la CdC Hub dovrebbe essere in grado di svolgere funzioni di primo livello disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio. A tale proposito una CdC Hub dovrebbe garantire i seguenti servizi: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione.

Al di là degli aspetti normativi e formali, e del fatto che le risorse stanziare e il numero di Case della Comunità previste dal PNRR non saranno sufficienti a coprire tutti i territori, il DM 77/2022 rappresenta senza dubbio un'opportunità da non perdere per una riforma sostanziale dell'assistenza territoriale. Infatti, anche se la sua attuazione dovrà necessariamente essere contestualizzata nei diversi territori a partire da un'analisi approfondita dei bisogni di salute delle persone e delle comunità, le Case della Comunità rappresentano il modello organizzativo che più di ogni altro si presta a declinare l'approccio della Primary Health Care.

Come evidenziato nel Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia (Campagna PHC, 2021), il passaggio dal modello delle Case della Salute a quello delle Case della Comunità evidenzia la necessità di un cambiamento non solo organizzativo, ma soprattutto culturale. Si tratta infatti di una transizione da

un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute, un cambiamento che già le Case della Salute avevano tentato di avviare, senza tuttavia riuscire a realizzarlo pienamente.

Per questo, affinché questa riforma possa concretizzarsi in modo efficace, sarà fondamentale intervenire anche sulla formazione degli operatori, promuovendo una reale cultura del lavoro di équipe e della collaborazione interprofessionale (Maciocco, 2024). La sfida è quella di superare il modello della medicina d'attesa (“aspetto che una persona si ammali, poi intervengo”) per adottare una medicina di iniziativa, orientata alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute (“faccio in modo che le persone non si ammalinano o, se già ammalate, non peggiorino”). Questo passaggio è cruciale per spostarsi da un sistema *disease-oriented*, che frammenta cure e servizi, a un modello *patient and community-oriented*, fondato su un approccio integrato, multidisciplinare e interprofessionale, con il coinvolgimento attivo di operatori sanitari, associazioni del terzo settore e comunità locali. Per questo motivo, è fondamentale che non solo gli attori istituzionali del mondo sanitario, ma anche i Comuni, le organizzazioni professionali, le associazioni della cittadinanza attiva e gli enti locali assumano un ruolo proattivo, promuovendo iniziative ed esperienze virtuose nei propri territori. Date queste premesse, in questo primo capitolo verranno presentate due esperienze che offrono uno spunto per riflettere sulle modalità di implementazione delle Case della Comunità e sulle sfide legate alla loro realizzazione su scala nazionale:

- il Centro di Cultura Socio Sanitaria (CCSS) di Pieve Emanuele in provincia di Milano, una struttura che, pur non ancora riconosciuta ufficialmente come Casa della Comunità Spoke, promuove un approccio centrato sulla salute, integrando professionisti sanitari, servizi sociali, volontari e associazioni locali;
- la Casa della Salute de La Rosa di Terricciola in provincia di Pisa, che attualmente si sta preparando per il passaggio a Casa

della Comunità Hub, garantendo continuità assistenziale h24 e un modello multiprofessionale di presa in carico.

Il Centro di Cultura Socio Sanitaria (CCSS) di Pieve Emanuele (MI)

Esperienza mappata da Giulia Sacripanti e Luca Marchesi

Parole chiave: casa della comunità; fisioterapia; intersettorialità; medicina generale; multiprofessionalità; partecipazione; prevenzione; psicologia; servizi sociali.

Sede dell'esperienza: Via Pietro Mascagni 2, Pieve Emanuele (sede principale) e Via dei Pini 6, Pieve Emanuele (sede distaccata)

Durata dell'esperienza: da aprile 2022 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Pieve Emanuele è un comune di circa 15.000 abitanti situato nella periferia sud di Milano ed è tra i più poveri della provincia, con un reddito medio pro-capite di circa 23.000 euro. Il territorio afferisce all'ASST Melegnano Martesana, che copre una popolazione complessiva di circa 650.000 abitanti nei comuni a sud e a est di Milano. In particolare, Pieve Emanuele fa parte del distretto Visconteo, che conta circa 120.000 residenti. Attualmente, i servizi territoriali pubblici presenti nell'area comprendono due poliambulatori (a Binasco e Rozzano) e una Casa della Comunità a Rozzano. Sono in fase di costruzione due nuove Case della Comunità (a Lacchiarella e Opera), un Ospedale di Comunità e una Centrale Operativa Territoriale (entrambi a Rozzano). Nella zona è molto forte la presenza della sanità privata accreditata, con centri di eccellenza come l'IRCCS Humanitas, l'IRCCS San Donato e l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO). Gli ospedali pubblici più vicini sono quelli di Vizzolo Predabissi e il San Paolo di Milano.

Per la raccolta di informazioni sul Centro di Cultura Socio Sanitaria (CCSS), abbiamo raccolto la testimonianza del dott. Cristiano Gandini, medico di medicina generale a Pieve Emanuele e membro

del Direttivo del CCSS. Il dott. Gandini, dopo una lunga esperienza in terapia intensiva presso gli ospedali Niguarda e Policlinico di Milano, ha scelto nel 2021 di trasferirsi a Pieve Emanuele per esercitare come medico di medicina generale (MMG). In quel periodo, segnato dalla diffusione della variante Omicron del SARS-CoV-2 e da una forte carenza di medici dovuta a otto pensionamenti, è emersa con urgenza la necessità di una risposta di sistema. In accordo con il Comune, è stato istituito un comitato di crisi composto dai MMG del territorio, dal sociologo comunale, dal sindaco, da un rappresentante dell'ATS, dalla Protezione Civile e dalla Polizia Locale, con riunioni settimanali. Da un confronto con il sociologo è maturata l'idea che la medicina dovesse farsi promotrice di prevenzione attiva e cultura accessibile. Da qui nasce, nel 2022, il CCSS.

Gli obiettivi del CCSS sono:

- **Prevenzione:** migliorare lo stile di vita della società per ridurre il numero dei pazienti e migliorare il rapporto numerico curanti/pazienti;
- **Integrazione:** aumentare le dimensioni del corpo curante attraverso i rapporti e le modalità di funzionamento delle relazioni all'interno dei gruppi di curanti;
- **Cultura:** miglioramento e potenziamento culturale di tutti i gruppi di curanti a seconda delle competenze.

La struttura, che attualmente non è riconosciuta come Casa della Comunità, è articolata in due ali. L'ala A, aperta il 9 aprile 2022, ospita gli ambulatori dei MMG, il servizio di segreteria e l'ambulatorio di Continuità Assistenziale. L'ala B, aperta il 19 novembre 2022, accoglie un Pediatra di Libera Scelta (PLS), un'assistente sociale comunale, due infermiere assunte dai MMG e diversi professionisti in libera professione che offrono prestazioni a tariffe calmierate per i pazienti del Centro: quattro psicologhe, un fisioterapista, un dietista, un logopedista e due counselor. All'interno della struttura si tengono anche attività di gruppo

come lezioni di respiro, mindfulness, postura e consapevolezza corporea.

Nel settembre 2024 è prevista l'apertura di tre sportelli (fisioterapico, dietistico e counseling psicologico) nella adiacente farmacia comunale. Inoltre, al piano superiore è prevista l'apertura dell'Agorà delle associazioni del territorio così da rendere più immediata la collaborazione tra il CCSS e gli enti culturali presenti. I membri del CCSS sono inoltre usciti dalle mura della struttura organizzando diversi eventi con l'Università della Terza Età, con le scuole del territorio e collaborano con diverse associazioni.

Per una presa in carico globale dei cittadini/pazienti il progetto prevede una modalità innovativa di "ambulatori aperti", all'interno dei quali le visite (previa autorizzazione del paziente) possano avvenire in modalità congiunta tra il personale medico, paramedico e sociale (visite integrate).

Hanno, infine, iniziato un fundraising per migliorare la qualità del servizio offerto, come ad esempio un defibrillatore semiautomatico (DAE), che è già stato comprato, un carrello per le urgenze, un ecografo, uno spirometro ed un elettrocardiografo.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Il CCSS è gestito da un direttivo composto dall'Assessore ai Servizi Sociali, la Responsabile dei Servizi Sociali Distrettuali e Risorse Umane, un MMG referente AFT e un sociologo. Al suo interno operano sei MMG, ciascuno con un proprio ambulatorio, che collaborano in forma di Medicina di Gruppo. È inoltre attivo un ambulatorio di Continuità Assistenziale, operativo dal lunedì al venerdì dalle 20:00 alle 24:00, e il sabato e la domenica dalle 09:00 alle 21:00.

La struttura offre una vasta gamma di servizi grazie a un team multidisciplinare. Un pediatra di libera scelta (PLS) lavora stabilmente con un proprio ambulatorio dedicato alle cure primarie pediatriche. Un sociologo distaccato dal Comune si occupa della presa in carico di situazioni complesse, come richieste di invalidità

civile, benefici previsti dalla Legge 104/92, segnalazioni per abusi o dipendenze, dimissioni protette e problematiche di natura sociale e psichica. Due infermiere, assunte dai MMG, gestiscono un ambulatorio per medicazioni e vaccinazioni. Tuttavia, la loro attività principale si svolge sul territorio, rappresentando il primo punto di contatto con la comunità. Le visite domiciliari iniziali vengono svolte congiuntamente dal MMG e dall'infermiere; una volta stabilizzata la situazione clinica, la gestione terapeutica è affidata all'infermiere.

Il personale amministrativo è composto da due segretarie assunte dai MMG e da dieci volontari che svolgono attività di segreteria, facilitando le operazioni quotidiane.

In aggiunta, la struttura collabora con professionisti della salute in libera professione, che offrono servizi a prezzi calmierati per i pazienti degli ambulatori. Tra questi, un fisioterapista si dedica al trattamento e alla prevenzione delle patologie, mentre quattro psicologhe/psicoterapeute si occupano della salute mentale in tutte le fasi della vita, dall'infanzia alla vecchiaia. Esse organizzano attività come l'Alzheimer caffè per pazienti e caregiver e lezioni di buona salute per studenti con difficoltà. Completano il team un dietista specializzato nei disturbi del comportamento alimentare, un logopedista e due counselor professionali, tutti pronti a offrire supporto e consulenza ai pazienti.

Purtroppo, manca il rapporto di continuità con l'Ospedale, mentre c'è un buon coordinamento con il Comune. Infatti, i locali sono di proprietà comunale e i professionisti si occupano di pagare le utenze e il personale alle loro dipendenze. Inoltre, il Comune si fa parte attiva delle attività organizzate dal CCSS, promuovendo la partecipazione dei cittadini tramite pubblicità sul proprio sito internet e canali social.

Partecipazione comunitaria: Esistono diverse forme di integrazione con attività esterne e volte alla partecipazione della comunità.

La più rilevante è la collaborazione con il gruppo di volontari “Comitato Amici del CCSS”, un comitato cittadino dotato di partita IVA, che supporta i medici di medicina generale (MMG) e gli altri professionisti nella gestione del flusso di pazienti all’interno del Centro, nella presa degli appuntamenti e nel rafforzamento del legame con la comunità locale. Il Comitato si occupa anche di attività di fundraising a favore del Centro. Un esempio significativo è stata l’iniziativa “DAI per un DAE”, finalizzata alla raccolta fondi per l’acquisto di un defibrillatore (DAE), il cui corso di utilizzo è già stato svolto dai membri del CCSS. In maniera analoga, sono stati raccolti fondi per l’acquisto di un carrello per le urgenze e di una sterilizzatrice. In futuro, si prevede di acquistare uno spirometro, un elettrocardiografo e un ecografo.

A queste attività si aggiunge la collaborazione con la Farmacia Comunale, situata di fronte all’edificio che ospita il CCSS. A partire dalla prima decade di settembre, verrà avviato un progetto che vedrà la Farmacia promuoversi come presidio di salute sul territorio. Saranno attivati tre sportelli e due box visite, con la presenza di un fisioterapista, un counselor e un dietista. Sono inoltre già in corso regolari incontri tra MMG e farmacisti per discutere della disponibilità dei farmaci e della possibilità di sostituirli con equivalenti in caso di carenze produttive o picchi di richiesta.

Al di sopra della Farmacia Comunale è stato organizzato un locale chiamato “Agorà delle Associazioni”, che avrà lo scopo di ospitare gli eventi di formazione e informazione della cittadinanza, a cura del personale del CCSS o delle associazioni locali. Sono state attivate collaborazioni con l’AVIS comunale per la donazione di sangue in sede; sono state inoltre organizzate lezioni per l’Università della Terza Età, ad esempio sulla prevenzione delle cadute negli anziani. È attiva anche una collaborazione con la Parrocchia, ad esempio per la distribuzione di ausili come le stampelle. Tra le altre realtà coinvolte figurano: l’Associazione Donne Insieme contro la violenza, l’Associazione Carabinieri, il Progetto Cuore Visconteo (dedicato

al contrasto della povertà materiale, educativa e relazionale), la Protezione Civile, il Rotary, la Coop Opera e l'Istituto Mario Negri IRCCS.

Formazione e ricerca: I medici del CCSS parteciperanno allo studio CV-RISK (in collaborazione con l'Istituto Mario Negri IRCCS), diretto dal Policlinico San Donato. A seguito della partecipazione ad un corso di "Good medical practice", dovranno arruolare un campione di 40 pazienti ciascuno, dai 40 ai 70 anni, per un totale di 200 pazienti. Lo scopo dello studio è implementare approcci integrati per la prevenzione cardiovascolare, con particolare enfasi sulla precisione diagnostica e terapeutica. Questo studio verrà avviato nel 2025 e avrà una durata di 18 mesi.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: La medicina di gruppo permette un costante confronto tra professionisti. L'integrazione tra vari professionisti della salute facilita una presa in carico globale dei pazienti. Il CCSS gode di una solida collaborazione con la comunità e organizza numerose attività culturali.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: C'è una mancanza di metodi standardizzati per misurare i bisogni di salute della popolazione, ma c'è la volontà di implementarli in futuro. Inoltre, si mira a migliorare la cooperazione tra ospedale e territorio.

Riferimenti normativi: Delibera Comunale Pieve Emanuele n. 40 del 14/03/2022.

La Casa della Salute La Rosa di Terricciola (PI)

Esperienza mappata da Arianna Giusti e Stefano Moscardini

Parole chiave: casa della comunità; cronicità; infermieristica; medicina generale; multiprofessionalità; servizi sociali.

Sede dell'esperienza: Via Giuseppe Verdi 32, località La Rosa, 56030 Terricciola (PI)

Durata dell'esperienza: Nasce il 6 ottobre 2006 come Unità di Cure Primarie. Evolve dal 2 agosto 2008 in Casa della Salute La Rosa. Attualmente si sta preparando per il passaggio a Casa della Comunità Hub.

Descrizione dell'esperienza: La Casa della Salute (CDS) La Rosa rappresenta il punto di accesso ai servizi sanitari e sociali erogati ai circa 22.600 cittadini di un territorio di sei piccoli comuni collinari della Valdera (PI): Peccioli, Palaia, Lajatico, Capannoli, Terricciola e Chianni. È un luogo di facile accesso e facilmente riconoscibile dalla popolazione. L'attività della CDS si svolge in parallelo a quella degli studi dei Medici di Medicina Generale presenti nel medesimo territorio facenti attualmente parte dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) La Rosa. Tale presidio è in grado di rispondere ai molteplici bisogni di salute della popolazione, sia acuti che cronici, realizzando a tale scopo l'integrazione tra le varie professionalità coinvolte: medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sociali, medici specialisti, medici di comunità/medici di distretto, amministrativi, operatori socio-sanitari.

I servizi offerti dalla CDS La Rosa sono i seguenti:

- Ambulatorio di cure primarie effettuato dai medici di medicina generale della AFT La Rosa negli orari diurni 8-20 nei giorni

feriali e 8-10 nei prefestivi (escluso il sabato) e dai medici di continuità assistenziale negli orari notturni 20-8 e nei diurni festivi 8-20 e prefestivi 10-20 (escluso il sabato, giorno in cui in Toscana si svolge il turno di CA anche dalle 8 alle 10). Si eroga così assistenza medica h24 e 7 giorni su 7. Negli orari diurni 8-20 feriali il medico è affiancato da un infermiere dedicato così come dalle 8 alle 13 il sabato mentre il pomeriggio del sabato e della domenica è disponibile per necessità l'IFeC territoriale (ma è stato richiesto supporto infermieristico dedicato più esteso nei festivi). Tutti i medici della AFT La Rosa hanno aderito al progetto e sono riuniti nella cooperativa "La Rosa Salute". Nell'ambulatorio la ASL mette a disposizione oltre alla classica strumentazione per l'esame obiettivo anche materiale per medicazioni, suture e piccola chirurgia ambulatoriale e strumenti di diagnostica di I livello quali ECG, con possibilità di teleconsulto con il cardiologo presente all'Ospedale Lotti di Pontedera, Ecografo, Spirometro, Emogasanalizzatore. Medici di medicina generale (MMG) e medici di continuità assistenziale (MCA) condividono le informazioni cliniche dei pazienti dei medici della AFT tramite accesso al gestionale condiviso dove ciascun medico può registrare la propria valutazione, prescrivere esami e farmaci. I medici che aderiscono al progetto si impegnano ad erogare prestazioni avanzate tra le quali medicazioni, applicazione e rimozione di punti di sutura, asportazioni corpi estranei cutanei e oculari, inserimento e rimozione CV, effettuazione ECG, rimozione tappi di cerume, effettuazione fleboclisi, vaccinazioni, glucostick e urostick, trattenimento pazienti in osservazione, grazie a una stanza aggiuntiva e la collaborazione infermieristica. Mediante l'organizzazione di un percorso condiviso territorio-ospedale è possibile inviare i pazienti, per i quali il medico anche di CA, ne riscontri la necessità urgente, presso servizi diagnostici e UO dell'Ospedale di Pontedera, in accesso diretto, senza passare dal PS:

- Ambulatori di medicina vocazionale dove alcuni MMG della AFT realizzano ecografie, spirometrie e valutazioni pneumologiche, esecuzione e refertazione ECG, visite diabetologiche, piccola chirurgia ambulatoriale;
- Sanità d'iniziativa: sono arruolati e vengono seguiti gruppi di pazienti affetti da patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO), secondo il modello del Chronic Care Model;
- Ambulatori specialistici (Cardiologia, Diabetologia, Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Odontoiatria, Ginecologia e Consultorio, Pediatria);
- Centro Unico di Prenotazione;
- Vaccinazioni Pediatriche e per Adulti;
- Punto insieme: punto di accesso ai servizi sociali su richiesta del cittadino, per le unità valutative ci si avvale della collaborazione del MMG;
- Ambulatorio Infermieristico e prelievi ematici;
- Infermiere di Famiglia e Comunità;
- Centro Antifumo.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Nell'esperienza sono coinvolti 14 MMG con l'obiettivo di garantire assistenza medica presso l'ambulatorio di cure primarie nei giorni diurni feriali 8-20 e prefestivi 10-20 (escluso il sabato). I MMG della AFT la Rosa che hanno mantenuto attivi i loro studi periferici, dislocati nei capoluoghi e nelle frazioni dei 6 comuni sopracitati, si alternano in turni di 4-6 ore ciascuno per garantire la continuità di assistenza insieme ai turni di 12 ore svolti dai medici di continuità assistenziale presso il medesimo ambulatorio.

Durante le ore diurne nei giorni prefestivi e festivi, sono presenti 2 MCA: uno si occupa delle attività dell'Ambulatorio di Cure Primarie, mentre l'altro effettua visite domiciliari. Di notte, invece, è presente solo un MCA. Attualmente, la struttura conta un

MCA titolare e diversi sostituti, tra cui uno con contratto annuale. Inoltre, una specialista in medicina delle cure primarie (MCCP) lavora nella CDS La Rosa come medico di continuità assistenziale. Ai servizi erogati dalla CDS La Rosa contribuiscono i Medici di Comunità che in Toscana sono equiparabili ai medici di distretto (organizzazione dei servizi sanitari di base) ma che non hanno conseguito il titolo di specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie.

Complessivamente, nell'esperienza sono coinvolti medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sociali, medici specialisti, medici di comunità/medici di distretto, amministrativi, operatori socio-sanitari con l'obiettivo di erogare servizi integrati socio-sanitari. Alcuni operano in convenzione con la ASL, mentre altri sono dipendenti.

Vi sono percorsi condivisi con l'ospedale Lotti di Pontedera per cui dall'ambulatorio di Cure Primarie si possono inviare con impegnativa urgente i pazienti a servizi diagnostici o UO dell'Ospedale di Pontedera in accesso diretto (senza necessità di passare dal Pronto Soccorso). Vengono condivisi progetti con il Distretto quali arruolamento dei pazienti nel Chronic Care Model per la migliore gestione di patologie croniche come il diabete mellito, lo scompenso cardiaco e la BPCO. Secondo le necessità, vengono condivisi altri progetti in ambito distrettuale.

I MMG e i MCA per l'adesione al progetto della CDS hanno una retribuzione aggiuntiva da parte della ASL, suddivisa in ore di attività, così come hanno una retribuzione aggiuntiva per il raggiungimento degli obiettivi aziendali stabiliti per la CDS La Rosa, tra cui riduzione degli accessi in PS (tasso grezzo di accesso in PS per 1000 residenti inferiore alla media della ASL Toscana Nord Ovest). I MMG della AFT La Rosa insieme ai titolari di Continuità Assistenziale (al momento è presente solo un medico titolare), organizzati in cooperativa, si riuniscono una volta al mese per la

condivisione di percorsi comuni, presa in carico delle necessità, risoluzione problematiche organizzative, formazione e audit.

Territorializzazione: La Casa della Salute La Rosa è ben integrata e facilmente accessibile per la popolazione dei sei piccoli comuni collinari della Valdera (PI) distanti oltre 15 km dall'ospedale di riferimento di Pontedera (PI). Parte di un presidio sanitario ben organizzato e ricco di risorse, riesce a rispondere ai molteplici bisogni di salute della comunità, offrendo numerosi servizi che comprendono una copertura assistenziale completa, prestazioni ambulatoriali, centri antifumo e un punto di accesso ai servizi sociali su richiesta dei cittadini. Inoltre, in risposta alle necessità emergenti, vengono attivate collaborazioni con progetti distrettuali, come l'arruolamento dei pazienti nel Chronic Care Model, per una gestione più efficace delle patologie croniche.

Partecipazione comunitaria: La comunità viene coinvolta tramite le associazioni di volontariato che collaborano per il trasporto dei pazienti non deambulanti. Si attuano attività di informazione e prevenzione, ad esempio di recente è stato organizzato un evento di prevenzione dei danni del fumo di tabacco rivolto alla popolazione a cui hanno partecipato MMG della AFT La Rosa e medici dei servizi distrettuali.

Formazione e ricerca: I MMG della CDS La Rosa hanno partecipato ad alcuni studi clinici. Tra i principali elenco uno studio sui pazienti Frequent Attenders, pubblicato su una rivista di Neuropsichiatria, lo studio "Contact" dell'Università Sant'Anna di Pisa, lo studio "Catch" sull'Amiloidosi cardiaca, e lo studio "Acta" che è appena iniziato, con la Fondazione Monasterio di Pisa.

Inoltre, presso la CDS la Rosa possono frequentare medici che stanno svolgendo il tirocinio presso il CFSMG; alcuni MMG della AFT la Rosa seguono i corsisti MMG per l'elaborazione della tesina

finale.

Valutazione e monitoraggio: Vengono monitorati i seguenti obiettivi:

- Tasso grezzo di accesso al PS per 1000 residenti inferiore alla media della ASL Toscana Nord Ovest;
- Tasso grezzo di ospedalizzazione per DRG medici per 1000 residenti inferiore alla media della ASL Toscana Nord Ovest;
- Rispetto della media regionale per la prescrizione delle prime visite previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);
- Rispetto del budget della spesa farmaceutica territoriale.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: La CDS La Rosa si configura come un modello di riferimento per l'erogazione dei servizi socio-sanitari territoriali. I suoi principali punti di forza includono:

- Accessibilità e riconoscibilità: la struttura è facilmente raggiungibile dai comuni limitrofi grazie alla sua posizione strategica e alla disponibilità di un ampio parcheggio;
- Continuità assistenziale: garantisce la presenza di un medico h24, 7 giorni su 7, assicurando così un punto di riferimento costante per i pazienti;
- Strumentazione e collaborazione interprofessionale: dispone di attrezzature per la diagnostica di primo livello e favorisce un'efficace collaborazione tra i diversi professionisti sanitari, facilitata dalla vicinanza fisica all'interno della stessa sede;
- Percorsi condivisi territorio-ospedale;
- Sinergia tra professionisti: la CDS La Rosa rappresenta un punto nevralgico per il lavoro di équipe, promuovendo la conoscenza reciproca e la collaborazione tra le diverse figure professionali;
- Possibilità di teleconsulto con gli specialisti ospedalieri strutturato e condiviso con la ASL.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

- Spazi non adeguati alle numerose attività svolte (ma sono in corso lavori di ampliamento della CDS);
- Non abbastanza numerosi i momenti di condivisione svolti in maniera strutturata tra operatori;
- Assenza di occasioni di formazione per gli operatori sanitari erogata dalla ASL, es. su utilizzo strumentazione o medicazioni avanzate.

Riferimenti normativi: Progetto approvato dalla regione Toscana con DGR n.558 22 agosto 2008, finanziato con fondi ministeriali (GRT n.465 3 giugno 2009), aggiornato con le delibere DG n.416/2012 e n.677/2019.

Altri riferimenti:

- Brambilla, A., Maciocco, G. (2016). *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*, Carocci Faber.
- Barsanti, S., Bonciani, M. (2022). “Le Case della Salute in Toscana”. In: Brambilla, A., Maciocco, A. *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Carocci Editore.
- Moscardini, S., Salvadori, P., Giraldi, M. (2024). “La Rosa di Terricciola: percorso e prospettive di una Casa della Salute in transizione verso la Casa della Comunità”. In: AA.VV. “Esperienze preparatorie e percorsi di avvio delle Case della Comunità”, *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, Volume 68, Cultura e Salute Editore Perugia.