

LA CASA DELLA COMUNITA'

Percorso:

- *Premessa e assunti di base*
- *La Casa della Comunità*
- *La cartad'identità della Casa della comunità*
- *Linee progettuali:*
 - *Fattibilità*
 - *Dimensione informativa*
 - *Dimensione organizzativa*
 - *Dimensione formativa*
 - *Dimensione valutativa*
- *Allegato A
Ipotesi organizzativo- gestionale*
- *Allegato B
Ipotesi logistico-strutturale*
- *Allegato C
Ipotesi percorso valutazione*

Questo progetto è stato elaborato a cura della Associazione “Prima la Comunità” con la preziosa collaborazione di:

- *CERGAS-SDA Università Bocconi di Milano*
- *Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa*
- *Ricercatori della Università di Torino*
- *Prospettive ricerca socioeconomica SAS*

“Più che un insieme di prestazioni individualizzate – che rientrano, cioè, nella logica del modello di consumo – il welfare va dunque concepito di nuovo in rapporto a un progetto di società, a un modo di stare in relazione, di vivere la propria individualità all’interno di una comunità di appartenenza. Dalla qualità di questo rapporto reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro”

Mauro Magatti, Cambio di Paradigma, Feltrinelli 2017 pag.122

A cura dell’Associazione “PRIMA LA COMUNITA” - info@primalacomunita.it

dei singoli territori, hanno dimensioni diverse tra di loro (grandi, piccole, medie) in base agli obiettivi specifici che perseguono e, quindi funzioni di servizio differenti tra di loro, mentre omogeneo devono rimanere i meccanismi di ingaggio ed espressione della comunità e il lavoro di valorizzazione e integrazione con le reti.

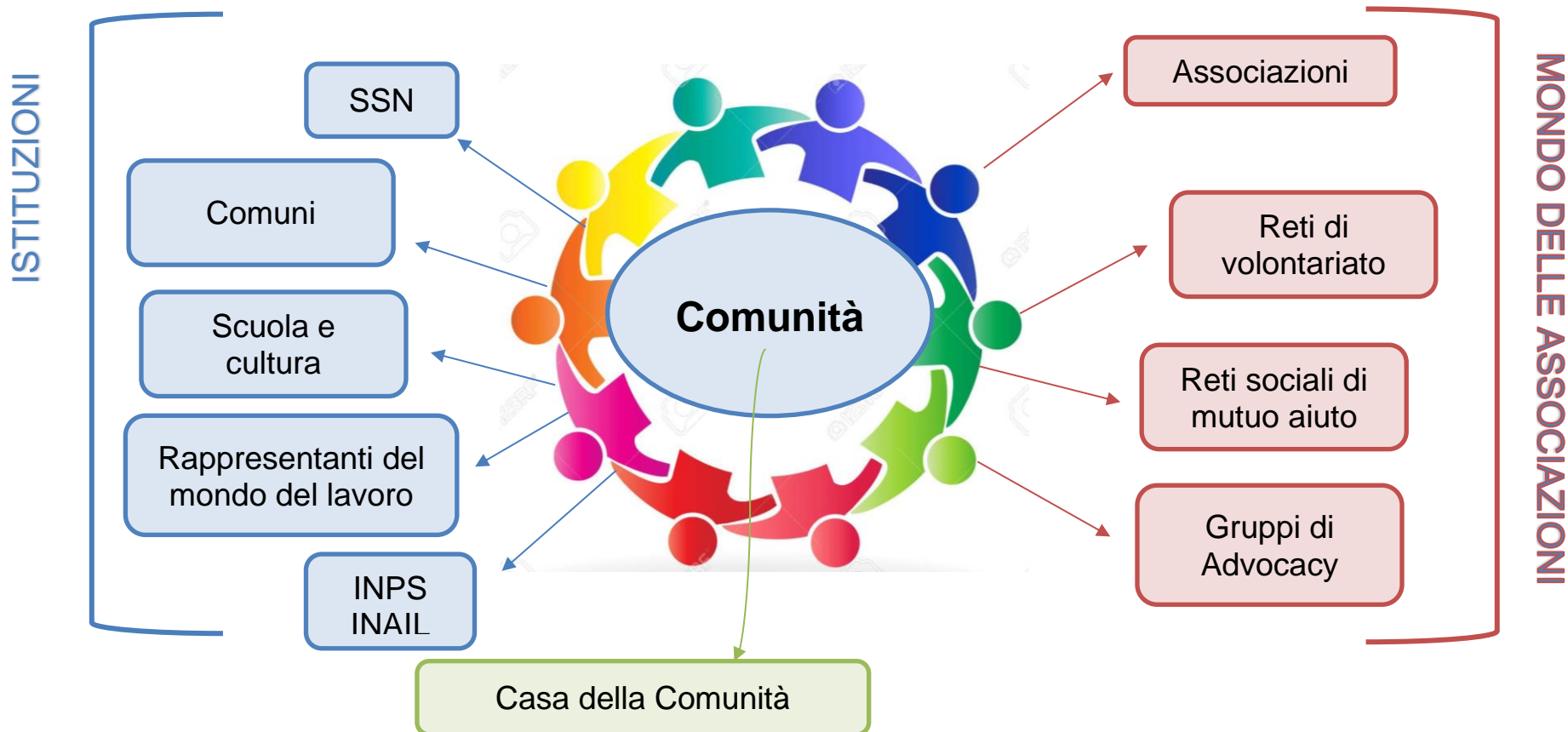
A sua volta, la Casa della Comunità si articola in diversi livelli di responsabilità e decisionali:

⇒ un primo livello è rappresentato dal comitato di coordinamento della Casa della Comunità, che utilmente potrebbe essere composto da 5 membri: un responsabile della Casa (nominato congiuntamente dal Sindaco Capo Distretto e dal direttore di Distretto) supportato da un rappresentante della comunità o delle reti sociali ingaggiate, da un rappresentante delle professioni sanitarie, da un rappresentante dei servizi sociali degli EEL, da un rappresentante delle istituzioni cooperanti (es. scuola, biblioteca, associazioni sportive, ecc.). La scelta di questi profili deve essere espressione del lavoro di Comunità, dove i singoli stakeholder individuano il proprio rappresentante in una logica di cooptazione concertata. Il comitato di coordinamento almeno due volte all'anno convoca una assemblea aperta con i cittadini per discutere la rendicontazione dei servizi e la programmazione delle attività. E' indispensabile, in questo livello, prevedere una risorsa professionale quale l'Agente di Comunità, con tre compiti da svolgere a supporto dei servizi e delle diverse Istituzioni in stretto rapporto con il board della Casa della Comunità: leggere il contesto locale cogliendo anche opportunità e limiti, elaborare in modo partecipato strategie di sviluppo di comunità coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, contribuire a definire le azioni e offrire elementi di valutazione dei processi sociali e dei cambiamenti.

⇒ un secondo livello deve essere rappresentato dai contenitori tecnico-professionali, dove si dispiegano e organizzano le specifiche competenze disciplinari, affinché si applichino sempre le migliori evidenze scientifiche, sia in ambito sociale, sia in quello assistenziale e in quello sanitario, permettendo a tutti gli operatori di essere costantemente aggiornati e di discutere e apprendere anche dalle evidenze generate nel proprio territorio. I contenitori tecnico professionali possono avere valenza dipartimentale, aziendale o distrettuale. A livello di CdC deve operare un meccanismo di organizzazione professionale di II livello basato su logiche multidisciplinari integrate, capaci di generare interfaccia professionali unitarie, efficaci nel coordinamento tecnico-professionale, nel leggere i dati del contesto e programmare l'azione locale, adatte a svolgere il lavoro di comunità e di valorizzazione delle reti sociali.

⇒ un terzo livello può essere rappresentato dalla Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali (CdC, servizi sociali degli EELL, scuola, ASP/Fondazioni, biblioteche, ecc.) che identificano la CdC come luogo di concertazione e programmazione operativa integrata, potendo confrontarsi con la comunità e le sue reti sociali esistenti o generabili.

Gli stakeholder della Casa della Comunità e la sua governance



- **I LIVELLO Comitato di Coordinamento:** 5 membri: 1 responsabile della Casa della Comunità, 1 rappresentante delle professioni sanitarie, 1 rappresentante dei servizi sociali degli EEL, 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti, 1 rappresentante delle reti sociali
- **II LIVELLO Contenitori tecnico-professionali**
- **III LIVELLO Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali**

7. Ruoli e funzioni complementari tra distretto e Casa della Comunità

Affinché la missione della CdC sia ben identificata è utile leggere le sue funzioni in modo coordinato a quelle del distretto socio-sanitario, che definisce strategicamente gli obiettivi di salute della CdC in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali.

Il distretto socio-sanitario rappresenta il dispositivo organizzativo in cui:

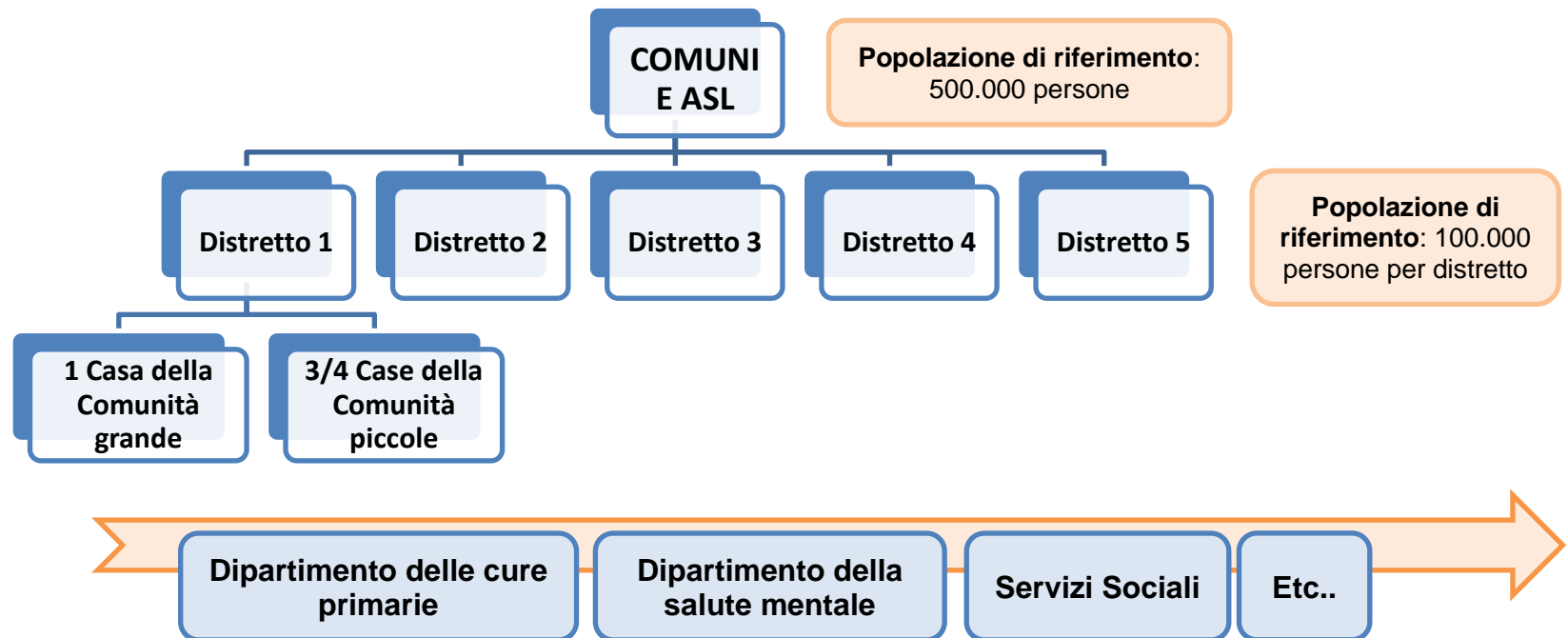
- si integrano le risorse sanitarie con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali (pooling delle risorse); partendo dal profilo di comunità integrato dove si enucleano risorse e bisogni
- si definisce la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata grazie alla concertazione tra i rappresentanti degli EELL e il direttore del distretto, sentiti gli stakeholder rilevanti del territorio compresa la CdC;
- si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie alle CdC;
- si definiscono gli obiettivi attesi dai servizi delle CdC.

All'interno della programmazione del distretto la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formale dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;

- è il luogo dove la comunità ricomponne il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle antenne e dalle reti sociali.

Organigramma ideal-tipico dei Distretti e Case della Comunità nella realtà media del SSN



8. I sistemi informativi a supporto delle decisioni della comunità

Si tratta di costruire un profilo di comunità che sia frutto di una diversa epidemiologia di cittadinanza, ovvero di una narrazione delle potenzialità che il territorio esprime oltre le architetture istituzionali. Ciò appare essenziale per elaborare percorsi dal basso, dove le persone e la loro libertà si possano esprimere in una dimensione integrata di diritti e doveri. Nessuno ha la mappa del territorio a disposizione, ma certo essa è fattibile se nell'elaborarla non si confonde la domanda con i bisogni e le risorse con i finanziamenti nazionali e locali. Inoltre la mappa non si identifica totalmente con il territorio per cui è necessario costruire le condizioni per una osservazione dal di dentro, avvalendosi del maggior numero di prospettive possibili e sollecitando i diversi contributi a fare sintesi nella chiave della salute globale. Le informazioni sono patrimonio collettivo sia nella loro produzione che nel loro utilizzo e perciò tutti contribuiscono a costruire il profilo di comunità.

Nelle Case della Comunità è previsto il PUA (punto di accoglienza e non solo di accesso formale) cui dovrebbe essere affidato un compito di raccolta delle informazioni e di sintesi locale. È espressione concreta dell'“andare verso” e del “cercare chi non arriva” e perciò la mentalità che lo guida è quella del valore d'uso dell'informazione, del suo contributo effettivo ai processi dell'avere cura.

Tre attenzioni possono animare la dimensione informativa:

- le informazioni debbono essere patrimonio della comunità perché base delle scelte e dei processi valutativi;
- occorre una forte integrazione con i sistemi informativi generali per pesare le informazioni raccolte localmente ed evitare autoreferenzialità;
- tutto il patrimonio informativo deve potersi avvalere di strumenti digitali, facili da utilizzare e particolarmente fruibili da specifiche fasce di popolazione, ad esempio quelle giovanili che vanno aiutate a desumere dalle informazioni alcuni comportamenti virtuosi da seguire.

Siccome in una media AUSL da 500.000 abitanti del paese vi sono indicativamente 5 distretti, di norma ognuno con 3/4 CdC, risulta ragionevole sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, socio-sanitari e sociali, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche dati degli enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN.

Il servizio centrale deve:

- mettere a disposizione in modo permanente e strutturato (logica del repository centrale, navigabile dalla periferia) le informazioni in formati fruibili e rielaborabili a tutte le CdC dell'azienda,
- predisporre i formati affinché i dati istituzionali possano essere aggregati alle informazioni locali garantire dalle antenne delle reti sociali e dalle conoscenze degli operatori locali;
- offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locale dei professionisti.

9. La dimensione organizzativa della Casa della Comunità

Comprende gli aspetti strutturali e la definizione dei processi di lavoro dove sono evidenziati gli obiettivi, le risorse e gli strumenti, i tempi e le modalità concrete di esercizio. Si sottolineano sette necessarie attenzioni:

- **una gestione sociale definita e autonoma.** Nel pieno rispetto delle prerogative di ogni istituzione, occorre che una gestione sociale definita e autonoma sia affidata a un comitato di coordinamento rappresentativo di tutte le componenti della CdC, come sopra delineato, responsabile sia nel coordinare la programmazione, sia nel definire le forme concrete di rendicontazione alle istituzioni e alla comunità. È importante che tale comitato sia capace di avvalersi in modo autentico e proficuo di un forum multi-stakeholder che rappresenta tutte le diverse anime e le forze della comunità. Tutte le rappresentanze sociali sono attivate e la direzione (ovviamente non degli aspetti tecnici di ciascuna istituzione o servizio) può essere garantita attraverso forme elettive, previa definizione dei requisiti per la funzione e disporre di una responsabilità formale riconosciuta come trasversale. Tale funzione sarà affiancata da un'assemblea dove sono presenti tutte le istanze sociali che contribuiscono alla salute e al welfare di comunità; la sua definizione sarà data in sede istituzionale dalle diverse forme rappresentative dirette (consiglio comunale e altre forme). La Casa della Comunità diventa in questo modo soggetto politico perché si pone in prima fila nel contrastare le marginalità e la povertà, nel garantire uguaglianza ed equità (a risorse trasparenti e definite), nel coniugare diritti e doveri oltre che garantirli.
- **la struttura/contenitore.** È importante che ve ne sia una identificata come simbolica della Casa della Comunità anche perché concretizza relazioni garantendo spazi e forme di incontro e di scambio. Prevale l'idea che le tradizionali "case della salute" possano essere la prima risorsa per avviare questo processo, avvalendosi già di una buona presenza di servizi sanitari, sociali e di accoglienza, ma è implicito che non va posto freno alla fantasia nell'individuazione di luoghi significativi per la comunità, che possono essere messi in rete tra di loro, generando una CdC diffusa e socialmente penetrante. Gli elementi che definiscono il senso di una scelta possono essere il radicamento sociale degli spazi messi in rete e il conseguente riconoscimento di luogo di prossimità, la fruibilità di spazi per le attività di incontro e di scambio progettuale tra i diversi segmenti di servizio, uno spazio adeguato per l'accoglienza (che è servizio essenziale e non semplice snodo organizzativo) e la gestione delle reti informative, comprese le reti di telemedicina e altre modalità di garanzia per le persone, soprattutto quelle fragili, in una chiara ottica di deistituzionalizzazione e di valorizzazione di tutti gli interventi al domicilio. Grande rilevanza va attribuita agli strumenti digitali di connessione tra i servizi e tra i professionisti coinvolti nelle progettualità della CdC, tra i membri della comunità, sia come strumento contemporaneo di amicizia e supporto reciproche tra le persone, sia come infrastruttura che permette il coordinamento delle reti sociali, sia come piattaforma di dialogo democratico tra cittadini e istituzioni o luogo virtuale di co-progettazione dei servizi tra utenti e professionisti. Non è quindi detto che il primo o il più importante luogo della Casa della Comunità sia una struttura fisica o un edificio dell'istituzione pubblica, benché il responsabile organizzativo della struttura sia opportunamente un dipendente della amministrazione pubblica. I luoghi di incontro o di servizio

10. Le diverse funzioni di coordinamento e ruoli di responsabilità nella Casa della Comunità.

Nella comunità di riferimento servono professionisti dedicati e competenti a costruire le connessioni di sistema tra istituzioni e reti sociali (community networker), attraverso la capacità di leggere il contesto locale, cogliendo opportunità e limiti, elaborando in modo partecipato strategie di sviluppo di comunità coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, contribuendo a definire le azioni e offrire elementi di valutazione dei processi sociali e dei cambiamenti. Il risultato di un governo così pensato consiste nel mantenere vivo il capitale sociale delle comunità anche in presenza di elementi di instabilità che si registrano oggi con la mobilità territoriale, lavorativa e di interessi culturali. Tali figure (non un part-time o un soggetto che deve ritagliare questo ruolo tra altre responsabilità) hanno un riferimento Istituzionale sovraordinato nella CdC anche se di volta in volta possono risultare incardinati in una specifica istituzione o convenzione professionale.

Il responsabile della CdC dovrebbe poter garantire il coordinamento tra le diverse funzioni specialistiche sulla base dei piani annuali di lavoro che emergeranno dalla programmazione locale integrata.

A questi due livelli generalisti, si aggiungono i responsabili o coordinatori dei singoli servizi o ambiti di competenza specialistica.

In sintesi si prevede una triplice ingaggio per funzioni di coordinamento e responsabilità: quella specifica di ogni struttura di servizio (poliambulatorio, scuola, assistenza sociale ...), quella del responsabile Casa della Comunità e quella dell'agente di comunità che conosce, valorizza e rafforza il funzionamento delle reti sociali.

È importante sottolineare che il SSN ha perso negli ultimi anni la capacità di formare e motivare una nuova leva, quantitativamente significativa, di quadri e dirigenti dei servizi territoriali. Inoltre l'età media dei responsabili dei distretti e dei dipartimenti delle cure primarie è molto elevata, senza un preciso ricambio generazionale programmato. Inoltre, le competenze sin qui sviluppate, sono risultate scarsamente efficaci per una gestione ordinata dei servizi territoriali tradizionali. Una evoluzione nella direzione qui delineata richiede nuove competenze distintive aggiuntive, per lo meno nella direzione del community engagement, nella capacità di raccogliere e sistematizzare informazioni su bisogni e risorse rilevate da antenne sociali, sulla capacità di leggere i gap locali tra bisogni e risorse formali e informali, nell'attitudine a individuare le reti sociali rilevanti e a integrarle con le logiche dei servizi istituzionali. Questo significa definire un piano nazionale o 21 piani regionali di sviluppo delle competenze, in parte stimolando e supportando il saper fare dei professionisti già presenti nel SSN, in parte selezionandone e formandone dei nuovi. A titolo esemplificativo segnaliamo che per l'intero SSN servono 600 direttori di distretto, 600 direttori delle cure primarie, 1800 responsabili delle CdC, 1800 agenti di comunità (community networker), motivati e preparati con competenze specifiche e distintive.

11. Processi di change management per la realizzazione del progetto

Le organizzazioni camminano con le gambe delle persone che la abitano e la rendono concreta. Poiché qui si richiede a operatori e istituzioni non già una buona realizzazione organizzativa ma un vero e proprio salto di paradigma, “abbiamo bisogno di un pensiero che cerchi di riunire e organizzare le componenti (biologiche, culturali, sociali, individuali) della complessità umana e di iniettare gli approcci scientifici nell’antropologia”. (E. Morin, L’identità umana Cortina 2002 pag18.). Non si va da nessuna parte se non si mette mano a percorsi che accompagnino il cambiamento di prospettiva e l’acquisizione di nuove forme di lavoro. Si richiede una formazione che, ancora una volta, coinvolga tutti: cittadini, soggetti sociali organizzati, dirigenza e politica, professionisti. Forniamo solo tre esempi di obiettivi formativi per capire la portata di questa dimensione del lavoro: il cittadino non è consumatore ma protagonista del suo disegno di salute laddove questa è bene comune; le reti di welfare sono patrimonio collettivo e sottendono la responsabilità sociale che è partecipazione ma anche reciprocità e solidarietà; lo spazio sociale del volontariato va ripensato come parte integrante di welfare di comunità: non certo un ruolo di testimoni ma parte integrante del disegno di salute vissuto come bene comune.

La conseguenza sui professionisti è un nuovo equilibrio tra le competenze recuperando accanto a quelle tecnico-specialistiche, certo indispensabili, altre competenze come l’adottare una visione di sistema e agire in una logica processuale, l’essere orientati al risultato e non alla prestazione, il saper ascoltare, il condividere e gestire emozioni, lo sviluppo di opportunità di empowerment, il lavorare in squadra ed essere orientati all’innovazione e al cambiamento, il garantire la circolazione delle informazioni e la capacità di valutare il proprio lavoro.

Il metodo di tale formazione alla complessità non è di secondaria importanza e va legato all’esperienza organizzativa e professionale attraverso la proposta di percorsi formativi comuni tra tecnici e soggetti della comunità, partendo dai casi concreti con sistemi di audit, utilizzando percorsi di valutazione e i risultati di salute ottenuti. Figure formali e informali, amministrativi e dediti al lavoro relazionale propriamente detto, volontari e stipendiati, dirigenti e consulenti: tutti coinvolti nel raggiungimento di un risultato di salute condiviso e dunque tutti destinatari di una formazione approfondita. Uno dei temi fondamentali sarà la condivisione delle informazioni utili al profilo di comunità e alla sua alimentazione permanente. Una rigorosa formazione alla complessità è la premessa per il lavoro di squadra, per la definizione di processi di lavoro condivisi e per la formalizzazione dei criteri di verifica e valutazione.

12. Valutare le performance e gli impatti della Casa della Comunità

La valutazione è l'elemento fondamentale di ogni progetto per non "rischiare di trovarci altrove e non accorgerci" (Benjamin). Il significato e i criteri per la valutazione, nonché gli elementi da valutare, sono variabili dipendenti dalle mete e dai valori che le hanno guidate. Poiché il suo significato ultimo rimane comunque la misura dello stato di salute delle comunità e delle persone che la abitano, la valutazione dovrebbe connettere tra loro i diversi aspetti dell'agire sociale, istituzionale e organizzativo e fornire elementi di comprensione dei fenomeni che influenzano il connubio salute/malattia della comunità. La valutazione deve aiutare a leggere gli elementi di novità e di miglioramento che scaturiscono dall'agire.

Costruire connessioni profonde tra pensiero e azione ma anche tra soggetti diversi che osservano criticamente il loro operato, garantisce un effetto importante sui diversi attori professionali, sociali e politici: permette di ridefinire il senso profondo dell'azione specifica, motivandone impegno e partecipazione.

È importante che il processo di valutazione nasca da una concertazione tra distretto e CdC nella definizione degli obiettivi, alla luce delle risorse assegnate dal distretto alle diverse CdC, ma anche delle risorse informali che ogni CdC è in grado di attivare, in funzione del capitale sociale disponibile in ogni territorio.

La valutazione dei risultati raggiunti, l'analisi delle convergenze o divergenze rispetto agli obiettivi pattuiti, deve prima di tutto essere svolto da un servizio esterno alle singole CdC. Successivamente queste valutazioni devono essere discusse dagli operatori della singola CdC, ma anche dalla comunità del territorio, in dialogo con i dirigenti della CdC, come opportunità di apprendimento locale sulle determinanti dei successi/insuccessi.

La valutazione deve includere la definizione di indicatori che misurino i risultati raggiunti nelle diverse funzioni che la CdC deve svolgere e rispetto agli obiettivi delle proprie progettualità concordate con la comunità, ma deve prevedere meccanismi per raccogliere l'esperienza delle persone che fruiscono dei servizi della CdC e delle reti sociali che vengono attivate e coinvolte nella progettualità della CdC. In questo senso, accanto ai sistemi classici di valutazione degli obiettivi, devono essere implementati sistemi di rilevazione dell'esperienza degli utenti, sia con riferimento al percorso assistenziale, sia con riferimento ai professionisti e al contesto della casa della comunità nel suo complesso.

Gli indicatori di performance che si propongono sono orientati alla valutazione degli esiti sociali, assistenziali e sanitari e agli impatti della Casa della Comunità. Si sono volutamente evitati indicatori di processo, che possano concentrare l'attenzione sulla progettazione dei servizi, invece che sui loro impatti sulla comunità e sulle persone, che deve diventare il vero faro valoriale della Casa della Comunità.

Le diverse prospettive della valutazione degli esiti della Casa della Comunità

| DIMENSIONI (x6) | OBIETTIVI di COMMUNITY BUILDING | OBIETTIVI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA | OBIETTIVI SANITARI |
|--|--|---|---|
| Andare verso | <ul style="list-style-type: none"> -Numero di reti sociali messe integrate con il sistema di welfare -Numero di persone coinvolte nelle reti ingaggiate | <ul style="list-style-type: none"> -% di persone in condizioni di LTC arruolate in programmi di case management// totale bisogno (incidenza) -% di persone in condizioni di LTC arruolate in programmi di case management// totale bisogno (prevalenza) | <ul style="list-style-type: none"> -% di pazienti cronici reclutati con PAI//totale bisogno (incidenza) -% di pazienti cronici reclutati con PAI//totale bisogno (prevalenza) |
| Cercare chi non arriva | <ul style="list-style-type: none"> -Numero di utenti reclutati dalle reti sociali//totale utenti -Numero di utenti inseriti proattivamente in reti sociali | <ul style="list-style-type: none"> -% di utenti reclutati attraverso programmi di welfare di iniziativa//totale bisogno -tasso di accesso ai servizi e percorsi per titolo di studio e cittadinanza | <ul style="list-style-type: none"> -% di utenti reclutati attraverso programmi di medicina di iniziativa//totale bisogno -tasso di accesso ai servizi e percorsi per titolo di studio e cittadinanza |
| Sviluppare un'azione condivisa di salute | <ul style="list-style-type: none"> -Numero di reti e persone coinvolte nei processi di audit civico e progettazione servizi//tot. Popolazione -% processi di audit civico e progettazione in cui sono coinvolti enti del terzo settore//totale | <ul style="list-style-type: none"> -% di pooling di budget sociale e sanitario -% di servizi sociali che sono stati co-disegnati da utenti o comunità -% di utenti che lasciano feedback sistematici sui servizi | <ul style="list-style-type: none"> -% di servizi sanitari che sono stati co-disegnati da utenti o comunità -% di utenti che lasciano feedback sistematici sui servizi - % utenti di utenti che riferiscono di essere seguiti da team multidisciplinare |
| Rendere operativa sostenibilità tecnica, sociale, economica | <ul style="list-style-type: none"> -% di risorse sociali integrate con sistema di welfare - % risorse comunitarie attratte (anche non istituzionali) | <ul style="list-style-type: none"> -% di utenti con PAI integrato sociale e sanitario -% di utenti con accesso da gate unico - % utenti in carico con PAI rivalutato - % utenti di utenti i cui professionisti condividono le informazioni sociosanitarie | <ul style="list-style-type: none"> -% di pazienti con PAI basato su EBM - % utenti in carico con PAI rivalutato - % utenti in carico con telemedicina - % utenti di utenti i cui professionisti condividono le informazioni sociosanitarie |
| Favorire il protagonismo della persona | <ul style="list-style-type: none"> -% di cittadini informati sulle reti sociali attive (es. accessi web) -% di cittadini informati sulle reti del welfare (es. accessi web) | <ul style="list-style-type: none"> -% di informazioni su utente raccolte attraverso la sua co-production/device personale -% di utenti che hanno co-progettato il proprio piano assistenziale (o loro | <ul style="list-style-type: none"> -% di pazienti di cui si controlla la compliance -% di pazienti che compilano on line PREMs e PROMs - % pazienti che sono soddisfatti |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | caregiver) -% di pazienti che compilano on line PREMs e PROMs - % pazienti che sono soddisfatti dell'assistenza ricevuta | dell'assistenza ricevuta |
| Favorire il protagonismo della comunità | -% di servizi sociali garantiti dalle reti di comunità//totale azione welfare -Indicatori di crescita del capitale sociale locale - % di enti del terzo settore attivi nei vari percorsi assistenziali | -% di utenti reclutati inseriti in programmi/attività sociali di gruppo o di comunità - % utenti soddisfatti del coinvolgimento comunitario | - % attività active ageing di gruppo su totale attività -% di pazienti reclutati inseriti in programmi/attività sanitarie di gruppo - % utenti soddisfatti del coinvolgimento comunitario |

13. Conclusioni

Si tratta di frammenti per un disegno di cambiamento e sviluppo. La complessità non permette di andare oltre a meno di voler semplificare il disegno stesso riducendolo, come già detto, a mere scelte di architettura organizzativa, importanti ma almeno da questo punto di vista strumentali. Nel dare forma concreta alle idee, non si può perdere di vista alcuno di questi elementi. L'operatività sa far emergere limiti e potenzialità utili ad accompagnare lo sviluppo di un welfare di comunità dove questa sia davvero protagonista.

N.B. I due allegati che integrano la presentazione del progetto, lungi dal voler preconstituire un "modello" (cosa impossibile data l'eterogeneità dei contesti), vogliono piuttosto offrire elementi di attenzione per la organizzazione, la gestione, la logistica e per la progettazione concreta di nuove strutture, ben sapendo che in molti casi si tratterà di partire dall'esistente. Quanto riportato negli allegati di seguito non sono indicazioni prescrittive, ma si tratta soltanto di spunti, perché i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali necessari sono determinanti in base agli obiettivi, alle progettualità ed ai percorsi definiti dalle singole CdC.

- Il primo allegato (tracce organizzative) vuole offrire spunti concreti per dare forma ad una Casa della Comunità, ponendo l'accento sulle questioni del governo e dell'attenzione alle fragilità. Ricordando come informazione, organizzazione, formazione e valutazione sono profondamente intrecciate.
- Nel secondo allegato (aspetti logistico-strutturali) le opportunità di investimento si incontrano con le storie delle diverse comunità e le risorse strutturali esistenti; ciò che preme sottolineare è la necessità di considerare tutti gli aspetti delle diverse aree (accoglienza, prevenzione e formazione, area sociale, area socio-sanitaria, area cure primarie, area specialistica clinica, area servizi generali e area "pubblica").

ALLEGATO A

TRACCE ORGANIZZATIVE PER CASA DELLA COMUNITA'

| Fattori progettuali | Elementi di riferimento | Contenuti | Note |
|---------------------|----------------------------------|--|---|
| fattibilità | norme | <ul style="list-style-type: none"> • Decreto Ministeriale del 10 luglio 2007 dove si definiscono le Case della Salute • Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 (decreto Balduzzi) • varie direttive regionali (Emilia Romagna, Piemonte, Toscana) che recepiscono la norma e organizzano Case della Salute • Recovery Plan che individua le Case della Comunità | |
| | indicazioni internazionali | <ul style="list-style-type: none"> • OMS, Alma Ata, 1978 • OMS, Octawa, 1986 • OMS, Shanghai, 2016 • ONU, 17 obiettivi verso il 2030 | |
| | esperienze | <ul style="list-style-type: none"> • il percorso del "Gruppo interregionale" sintetizzato nel libro "La salute cerca casa" a cura di Landra, Prandi, Ravazzini edito da Derive e Approdi, Roma • il laboratorio Bocconi - S. Anna di Pisa con FIASO e ANCI Federsanità "Community building" con 30 Aziende Sanitarie coinvolte e altrettante realtà di terzo settore • esperienze diverse che coniugano sperimentazione e ricerca (come quella svolta nel quartiere Le Piagge di Firenze o a Castelfiorentino) | Portare le molte esperienze nazionali e internazionali dentro un dibattito di questa portata è uno degli obiettivi più importanti dell'Associazione Prima la Comunità, per approfondire la riflessione e per valorizzare gli elementi positivi già in atto. |
| Informazione | punti informativi della comunità | <ul style="list-style-type: none"> • URP comunali • reti delle associazioni di volontariato e strutture informative promosse dalle diverse istituzioni (scuola, sindacato, ufficio del lavoro, ecc.) • cittadini esperti • agenti di comunità • Punto Unico di Accesso (PUA) sociale e sanitario meglio detto Punto Unico di Accoglienza/Ascolto • CUP, SAUB • singoli professionisti che nello svolgere la loro prestazione incontrano una persona e ne colgono aspetti rilevanti per la salute | Elemento cruciale del sistema è la semplificazione dei percorsi di accesso. Sono auspicabili pratiche integrate di accoglienza per cui la persona viene ascoltata e considerata globalmente, qualunque sia il punto di incontro nella rete. |

| | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | spazi per le fragilità, per gli anziani e per i disabili | <ul style="list-style-type: none"> • La Casa della Comunità coordina piccole strutture pubbliche e/o private per anziani e disabili che valorizzano la residenzialità protetta e l'intervento domiciliare, sempre con reti fortemente integrate e distribuite sul territorio. • Le Case Protette e le Residenze Sociali per gli anziani e per i disabili sono forme di domiciliarità e non una istituzione totale. Vanno progettate per essere in continuo scambio con le reti sociali e possono solo trarre giovamento dall'essere soggette al governo di una Casa della Comunità. Ogni spazio residenziale, anche pensato come progetto innovativo, ed ogni azione al domicilio del soggetto devono poter contribuire al suo "sentirsi a casa". | Soprattutto quando la salute viene meno e la fragilità della persona è più marcata, ci vuole una comunità capace di non metterla ai margini ma anzi di viverla come risorsa. |
| Formazione | formazione di base | È rivolta alle figure sanitarie, sociali e della formazione primaria, soprattutto per il tirocinio e la formazione sul campo. | |
| | formazione permanente health literacy e promozione della salute | <p>Riguarda tutte le figure che si occupano di servizio alla persona, (MMG, CA, PdLS, infermieri, insegnanti e operatori nel settore della fragilità di anziani e disabili).</p> <p>Significa accesso alla letteratura scientifica di ogni disciplina implicata ma anche formazione trasversale a professionalità diverse e formazione dei cittadini.</p> <p>Servono spazi e iniziative orientate alla costruzione della cultura della salute nella comunità (da contenuti specifici a forme nuove di audit trasversali e valutativi)</p> | <p>È un passaggio fondamentale per un vero cambio di paradigma. La formazione tocca tutti i professionisti dei servizi alla persona (sanità, socio-assistenziale, strutture per le fragilità, scuola, cultura ecc.), tocca le diverse associazioni e le strutture formali e informali presenti e tutta la comunità.</p> <p>Si pensa soprattutto ai due valori/obiettivi tra quelli che rappresentano la carta di identità di una Casa della Comunità: promuovere il protagonismo della persona e quello della comunità.</p> |
| Valutazione | soggetto che valuta oggetto della valutazione motivo della valutazione fine della valutazione metodo della valutazione | <p>Lo sguardo della valutazione va posto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sulle persone e il loro contesto e non solo sulla domanda espressa • sui risultati (outcome) osservando tutti gli aspetti (di salute individuale e collettiva, di coesione sociale, di sostenibilità economica e sociale) • sui processi attraverso cui si costruiscono le azioni di sistema (lettura del contesto, accoglienza dei soggetti, riconoscimento e uso delle risorse, identificazione delle alternative, l'accompagnamento durante e dopo, ecc.) | <p>La valutazione va considerata non come compito da svolgere, incombenza a cui sottoporsi ma come elemento cruciale dell'essere parte della comunità.</p> <p>È strumento di comunicazione onesta, risorsa per cogliere le priorità e passaggio cruciale sia per definire il fabbisogno di formazione a tutti i livelli sia per costruire senso e consenso nel lavoro dei diversi attori sociali.</p> |

ALLEGATO B

DALLA CASADELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

1-AREA ACCOGLIENZA-PROMOZIONE PREVENZIONE

| | | Grande/Media (SI/NO) | | Piccola | | Note esplicative |
|-------------|-----|---|-------|--|-------|--|
| accoglienza | 2 | Parcheggio | SI/NO | Parcheggio | SI/NO | |
| accoglienza | 1.7 | fronte del bar aperto verso l'esterno | SI/NO | | | La presenza di un bar può essere un altro elemento di aggregazione e di servizio per chi si avvicina e frequenta il giardino della CDS. La presenza di tavoli e sedute nel verde con accesso libero favorisce l'inclusione e l'incontro anche di persone straniere. |
| accoglienza | 1.8 | porticato attrezzato per soggiorno esterno | SI/NO | | | Spazi porticati attrezzati con tavoli e sedute o con poltrone possono favorire l'accoglienza e l'aggregazione anche quando le condizioni atmosferiche non sono favorevoli. |
| accoglienza | 2.2 | parcheggio riservato maternità | SI | parcheggio riservato maternità | SI | La presenza di posti auto dedicati alle future mamme è necessaria |
| accoglienza | 3 | Accoglienza - accettazione (PUA) | SI | Accoglienza - accettazione | SI | Si sottolinea come questo si configuri come incontro "libero" tra persona e Casa della Comunità. L'accoglienza è garantita di figure del sociale e del sanitario. Ed è esso stesso un momento terapeutico importante. In questo contesto si può ricostruire la genesi dell'esigenza di incontro, accogliere la persona non come utente ma come protagonista dell'esperienza e fare una prima valutazione cui far seguire ciò che di specifico può emergere indirizzando in modo adeguato la persona stessa. Richiede competenza e tempo a disposizione oltre a spazi che permettano alla persona di percepirsi "accolto ed ascoltato". |
| accoglienza | 4 | Punto di ristoro | SI | Punto di ristoro | SI/NO | |
| accoglienza | 5 | Attese | SI | Attese | SI | |
| accoglienza | 6 | CUP (SAUB) | SI | CUP (SAUB) | SI | |
| accoglienza | 8 | Sportello unico | SI | | | |
| accoglienza | 53 | Distribuzione Ausili Protesici | SI | | | |
| accoglienza | 3.1 | sistema di accesso COVID | SI | sistema di accesso COVID | SI | Il sistema e le modalità di accesso, fino a quando non terminerà l'emergenza Covid-19, si dovrà adeguare al rispetto delle direttive sanitarie vigenti. Il concetto di flessibilità e adattabilità deve trovare applicazione anche nella progettazione delle CDS |
| accoglienza | 3.2 | banco punto informazioni per accoglienza multidisciplinare | SI | banco punto informazioni per accoglienza multidisciplinare | SI | L'accoglienza è uno degli atti più importanti che la CDS deve offrire. Devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica. Accoglienza fatta direttamente da chi si prende in carico le persone. |
| accoglienza | 3.3 | locale colloqui riservati ad indirizzo multidisciplinare | SI | locale colloqui riservati ad indirizzo multidisciplinare | SI | L'accoglienza deve poter essere svolta, se necessario, in un ambito riservato, accogliente e sicuro. |
| accoglienza | 3.4 | punto informazione volontariato | SI | locale colloqui riservati ad indirizzo multidisciplinare | SI/NO | All'interno della CDS il volontariato deve poter trovare spazi di confronto e condivisione. Qui si devono poter confrontare scuola, sociale, lavoro, società sportive, volontariato, sanità, Amministrazioni Comunali. Esperienze di Associazioni come antenne/ sentinelle che vedono, ascoltano e si confrontano. |
| accoglienza | 3.5 | edicola | SI/NO | | | |
| accoglienza | 3.6 | attività commerciale con protesica, prodotti dietetici locali certificati, parafarmacia, ottico | SI | Vetrina di prodotti dietetici a km. 0 | SI | Rapportate alla dimensione della CDS, possono essere presenti attività commerciali con protesica e sanitaria, prodotti dietetici, a KM/0, parafarmacia, ottico. Nelle strutture più piccole o presenza occasionali o bacheche/vetrine. Anche l'edicola nelle strutture più piccole può essere disponibile e presente in determinati orari. |
| accoglienza | 4.1 | area soggiorno standard alberghiero | SI/NO | | | Le aree di soggiorno, come momento di socialità, relax, confronto e aggregazione, devono essere accoglienti e configurate con gli standard di una Hall di un Albergo o come la Club House di un Circolo. |
| accoglienza | 4.2 | ristorante /mensa con servizio dietetico | SI/NO | | | La possibilità di offrire pasti controllati, di qualità e a prezzi accessibili può dare risposte a tantissime esigenze, persone sole, anziane, anche in relazione con RSA, Diurni, centri Residenziali, ecc. Sono molteplici le esigenze di un pasto pronto e dietetico. |
| accoglienza | 4.3 | bar con prodotti dietetici certificati | SI | distributori con prodotti dietetici certificati | SI | Un bar presente nella struttura dovrebbe disporre e promuovere il consumo di prodotti dietetici, certificati, produzioni locali, biologiche, ecc. |
| accoglienza | 4.4 | preparazione pasti certificati per consegna a domicilio | SI/NO | prenotazione pasti certificati per consegna a domicilio | | I pasti (prodotti e confezionati anche in remoto) possono essere consegnati a domicilio a diverse tipologie di utenze che ne hanno necessità. Tale attività può essere svolta nel contesto del servizio di Assistenza Domiciliare ma anche da volontari disponibili a supportare persone sole o senza mezzi propri. |

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

| | | | Grande/Media (SI/NO) | | Piccola | | Note esplicative |
|-------------|-----|---|----------------------|---|---------|--|--|
| accoglienza | 5.1 | più punti di attesa | SI | attese | SI | | |
| accoglienza | 5.2 | attese tranquille per pazienti particolari | SI | attese tranquille per pazienti particolari | SI | | |
| accoglienza | 5.3 | attesa separata per accompagnatori | SI/NO | | | | Le attese dovrebbero essere piccole e dedicate, in particolare alcune destinate agli accompagnatori dovrebbero essere disponibili in prossimità dei punti di accesso (per non congestionare la struttura ed anche in funzione Covid). |
| accoglienza | 5.4 | Baby Parking | SI/NO | | | | Il servizio può dare risposte temporanee, anche brevi, a genitori che devono usufruire della struttura ma anche che hanno l'esigenza di un po' di tempo e non sanno a chi lasciare i figli. Può anche essere una occasione di occupazione anche saltuaria per altri. |
| promozione | 9 | Diurno | SI/NO | | | | |
| promozione | 9.1 | Lavanderia per assistenza homeless (anche in convenzione) | SI | Lavanderia per assistenza homeless (anche in convenzione) | | | Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo di supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori. |
| promozione | 9.2 | Parrucchiere barbieri per homeless (anche in convenzione) | SI | Parrucchiere barbieri per homeless (anche in convenzione) | | | Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo di supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori. |
| promozione | 9.3 | Bagni per homeless | SI | Sistema di accesso COVID | | | Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo e breve di assistenza e supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori. |
| promozione | 1.3 | percorso vita-gruppi di cammini | SI/NO | percorso vita-gruppi di cammini | SI/NO | | Il percorso vita, oltre a stimolare l'attività fisica è anche un ottimo "strumento" di socialità anche intergenerazionale. I gruppi di cammino, ormai diffusi su tutto il territorio, sono una straordinaria occasione per la promozione dell'attività fisica e di stili di vita sani, ma soprattutto occasioni uniche e straordinarie di socialità |
| promozione | 1.4 | orto pubblico | SI/NO | orto pubblico | SI/NO | | La presenza di orti in prossimità della CDS stimola la manualità, è una attività occupazionale "pulita" e occasione di socialità |
| prevenzione | 44 | Vaccinazioni | SI | Vaccinazioni | SI | | |
| prevenzione | 45 | epidemiologia di comunità | SI | | | | Può essere il supporto (almeno per una parte) per la definizione del profilo di comunità che è la base della programmazione e inoltre può essere risorsa per garantire le condizioni ambientali sia delle abitazioni che del contesto per le fragilità (dagli adeguamenti delle abitazioni alle barriere architettoniche alle definizioni di ambienti sicuri e presidati per la socializzazione delle persone fragili ...) |
| prevenzione | 46 | Screening Pap-Test | SI/NO | | | | |
| prevenzione | 47 | Screening Mammografico | SI | | | | |
| prevenzione | 48 | Screening Colon Retto | SI | | | | |
| prevenzione | 49 | Certificazioni Monocratiche | SI | | | | |
| prevenzione | 50 | Commissine Invalidità Civile | SI/NO | | | | |

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

| 2-AREA CURE PRIMARIE-INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITA' | | | Grande/Media (SI/NO) | | Piccola | | Note esplicative |
|--|--|------|---|-------|---|-------|---|
| | | | | | | | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 11 | Reception | SI | Reception | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 12 | presenza diurna e notturna dei pazienti | SI/NO | | | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 13 | Medicina di gruppo | SI | Medicina di gruppo(minmo 3 ambulatori) | SI/NO | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 14 | Ambulatorio Pediatrico PLS | SI | Ambulatorio Pediatrico PLS | SI/NO | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 15 | Ambulatorio Infermieristico + PUA | SI | Ambulatorio Infermieristico + PUA | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 16 | Continuità Assistenziale H12 | SI | Continuità Assistenziale H12 | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 17 | Ambulatorio Osservazione - Terapie | SI | Ambulatorio Osservazione - Terapie | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 18 | Ambulatorio Ostetrico (+ Screening Pap Test) | SI | Ambulatorio Ostetrico (+ Screening Pap Test) | SI/NO | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 19 | Ambulatorio Specialistico | SI | Ambulatorio Specialistico | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 20 | Studio Assistente Sociale | SI | Studio Assistente Sociale | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 21 | Guardia Medica | | | | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 37 | Pediatria di Comunità | SI/NO | | | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 11.1 | locali prima attesa | SI | locali prima attesa | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 11.2 | locali colloquio tutor-utente | SI | locali colloquio tutor-utente | SI | Si è già dato evidenza all'importanza dell'accoglienza e che devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica agli utenti. Devono essere disponibili locali e spazi riservati per i colloqui tutor/utente, strutturati e organizzati per favorire le relazioni e garantire la privacy. |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 13.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | L'esperienza Covidici porta ad immaginare come necessarie piccole zone di attesa in prossimità di ogni ambulatorio. Le zone di attesa devono essere organizzate per garantire adeguate distanze ed essere gestite con procedure adeguate. |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 14.1 | attesa differenziata per età per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa differenziata per età per ogni ambulatorio (Covid) | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 15.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 16.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 17.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 18.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 19.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | | |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 20.1 | attesa per ogni studio (Covid) | SI | attesa per ogni studio (Covid) | SI | |

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

| | | | Grande/Media (SI/NO) | | Piccola | | Note esplicative |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 21.1 | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | | attesa per ogni ambulatorio (Covid) | SI | L'esperienza Covid ci porta ad immaginare come necessarie piccole zone di attesa in prossimità di ogni ambulatorio. Le zone di attesa devono essere organizzate per garantire adeguate distanze ed essere gestite con procedure adeguate. |
| | cure primarie e assistenza infermieristica di comunità | 22.1 | centrale telemedicina | SI | collegamento a centrale telemedicina | SI/NO | In un contesto socio sanitario territoriale che deve sempre di più agevolare la domiciliarità, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie, la telemedicina assume gradualmente un peso maggiore. Nell'ambito del servizio di Guardia Medica può trovare collocazione la centrale di telemedicina a cui possono afferire i pazienti seguiti in uno specifico ambito territoriale. |
| 3-AREA SOCIO SANITARIA | socio sanitario | 1.2 | giardino Alzheimer | SI/NO | | | Il giardino Alzheimer, oggi presente soltanto in RSA che prevedono Nuclei Alzheimer, possono dare una risposta a chi la malattia la vive con la famiglia o con un accompagnatore e non in una struttura dove il ricovero spesso è soltanto "di sollievo" |
| | socio sanitario | 31 | CSM | SI/NO | ambulatorio di salute mentale | SI | |
| | socio sanitario | 32 | Neuropsichiatria infantile | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 33 | Centro Residenziale psichiatrico e appartamenti | SI/NO | | | Può essere assicurata anche un'attività domiciliare e per gruppi di appartamenti. |
| | socio sanitario | 34 | Centro diurno psichiatrico | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 35 | SERT | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 36 | Consulterio Familiare | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 32.1 | attese differenziate per età | SI | | | |
| | socio sanitario | 34.1 | attività ambulatoriale psichiatrica | | | | |
| | socio sanitario | | Dipartimento salute mentale : | | | | Le funzioni e i servizi previsti nell'ambito del "Dipartimento di S. M." all'interno della CDS possono essere facilmente coordinati con i Servizi Sociali e i Tutor che si fanno carico delle specifiche situazioni. |
| | socio sanitario | 38 | RSA - struttura protetta | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 39 | Centro Diurno Anziani | SI/NO | | | |
| | socio sanitario | 40 | Centro Residenziale Disabili CSR | SI/NO | | | |
| socio sanitario | 41 | Centro Diurno Disabili | SI/NO | | | | |
| socio sanitario | 43 | UMM Anziani disabili | SI | | | | |
| 4-AREA SPECIALISTICA CLINICA | specialistica clinica | 23 | Punto Prelievi | SI | Punto Prelievi | SI/NO | |
| | specialistica clinica | 24 | Point of care per analisi chimico cliniche di base | SI | Point of care per analisi chimico cliniche di base | SI | Semplici apparecchiature possono garantire in tempi molto rapidi e con evidenti economie l'erogazione di alcuni servizi relativi alle analisi chimico cliniche più diffuse e richieste. |
| | specialistica clinica | 25 | Poliambulatorio | SI | | | |
| | specialistica clinica | 26 | Diagnostica RX-TAC | SI/NO | | | |
| | specialistica clinica | 28 | Ambulatorio ECO | SI | Ambulatorio ECO | SI | |
| | specialistica clinica | 29 | Recupero e Raibilitazione funzionale | SI | | | |
| | specialistica clinica | 30 | Palestra Polivalente | SI/NO | | | |
| | specialistica clinica | 25.1 | locali prima attesa | | | | |
| | specialistica clinica | 25.2 | locali colloquio tutor-utente | | | | Si è già dato evidenza all'importanza dell'accoglienza e che devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica agli utenti. Devono essere disponibili locali e spazi riservati per i colloqui tutor/utente, strutturati e organizzati per favorire le relazioni e garantire la privacy. |
| specialistica clinica | 29.1 | Recupero e Raibilitazione funzionale ambulatoriale e domiciliare | | Recupero e Raibilitazione funzionale in assistenza domiciliare | SI | Altre all'attività ambulatoriale all'interno della CDS, con la presenza di una palestra, possono essere garantite ed erogate anche attività riabilitative e rieducazionali. La presenza di spazi verdi all'esterno come il percorso vita, può consentire di svolgere anche attività all'aperto, sia "guidate" che libere. Può anche essere attivato un servizio di riabilitazione domiciliare. | |

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

| | | | Grande/Media (SI/NO) | | Piccola | | Note esplicative |
|-------------------------|------------------|------|---|-------|---|-------|--|
| 5-AREA SOCIALE | sociale | | Servizi Sociali | | | | Elemento cruciale è la condivisione del disegno di salute con l'intero sistema presente nella comunità. Ogni problema ha al suo interno dimensioni diverse che sono ambientali, sociali, sanitarie ecc. La scommessa è quella di consolidare un lavoro di squadra tra sanitario, sociale, assistenziale, uffici scolastici del lavoro, culturali e del tempo libero. La modalità di lavoro dovrebbe essere basata su un'alleanza strategica che si misura entro gruppi multi professionali ed interdisciplinari in grado di leggere bisogni e risorse e costruire risposte globali condivise e presidiate. Il nodo è partire dalla persona e il PUA/Sportello Sociale rappresenta lo svincolo per una riflessione ed una progettualità condivisa. Il PUA, adottando e sviluppando l'approccio previsto nello "Sportello Sociale", può rappresentare il punto di incontro, di aggancio ed accoglienza con le persone senza distinzione alcuna ed è a quel livello che si definisce in modo coerente/condiviso la strada per un progetto sostenibile di salute globale |
| | sociale | 51a | Ufficio ascolto progettualità e valutazione fragilità sociali | SI | Ufficio ascolto progettualità e valutazione fragilità sociali | SI | Azione congiunta con i servizi sanitari: - Consultorio familiare, pediatria di comunità neuropsichiatria, strutture educative per le famiglie e i minori; - Aree sociali impegnate sui temi specifici per le forme di disagio, andando anche a cercare chi non arriva al servizio. Il tema di fondo è quello dei "diritti negati". |
| | sociale | 51b | Ufficio ascolto disagio giovanile promozione e sviluppo opportunità sociali | SI | ascolto disagio giovanile promozione e sviluppo opportunità sociali | SI | Coordinamento politiche giovanili e sviluppo forme di partecipazione sociale anche attraverso i nuovi social |
| | sociale | 51c | Ufficio assistenza e coordinamento attività anziani fragili | SI | assistenza e coordinamento attività anziani fragili | SI | Lavoro integrato in rete con Infermieri di famiglia e comunità per valutazione multidimensionale. Coordinamento e sviluppo delle diverse forme di domiciliarità (dall'assistenza domiciliare con i relativi "supporti" (es. accompagnamento), alle diverse strutture che mantengono uno stretto governo della Casa della Comunità e si configurando come strumenti all'interno del disegno della domiciliarità). |
| | sociale | 51d | Ufficio Funzioni legate ai compiti istituzionali dei comuni | SI | Ufficio Funzioni legate ai compiti istituzionali dei comuni | SI | Le diverse attività (certificazioni, controlli ecc.) sono comunque parte di un disegno di salute comunitario e in rete |
| | sociale | 51e | Psichiatria di comunità territoriale | SI | Psichiatria di comunità territoriale | SI | |
| | sociale | 42 | Coordinamento Assistenza Domiciliare | SI | | | |
| 6-AREA PUBBLICA | pubblica | 10 | Sala/sale conferenze, riunioni, formazione, educazione alimentare, tirocinio studenti medici di base, | SI | Sala riunioni | SI | Gli spazi sono finalizzati a garantire una formazione permanente, dei cittadini e del personale socio sanitario, non solo su tematica sanitarie "ospedaliere" ma anche territoriali. Gli spazi, con dimensioni e caratteristiche differenziate possono accogliere qualsiasi tipo di attività o iniziativa collettiva delle comunità o associazioni del territorio. Spazi di confronto, dialogo e crescita. |
| | pubblica | 10.1 | Aree di coordinamento volontariato | | | | |
| | pubblica | 1 | Giardino | SI/NO | Giardino | SI/NO | |
| | pubblica | 1.1 | parco urbano | SI/NO | parco urbano | SI/NO | |
| | pubblica | 1.5 | acqua -fontane | SI/NO | acqua -fontane | SI/NO | Ridare valore e significato alla presenza di acqua negli spazi pubblici |
| | pubblica | 1.6 | gazebo per concerti | SI/NO | gazebo per concerti | SI/NO | Nella memoria collettiva i gazebo nei giardini di fine ottocento avevano la funzione di poter accogliere bande, gruppi musicali e recitazioni. Potrebbero ritornare ad essere fulcri dove ospitare qualsiasi forma di "esibizione" |
| | pubblico | 2.1 | parcheggio pubblico | SI | Parcheggio pubblico | SI | |
| | pubblico | 2.4 | sosta trasporto pubblico | SI/NO | sosta trasporto pubblico | SI/NO | La prossimità di una fermata della rete di trasporto pubblico è importante per agevolare l'accessibilità alla CDS di chi non ha disponibilità di mezzi di trasporto propri. |
| 7-AREA SERVIZI GENERALI | servizi generali | 2.3 | parcheggio dipendenti | SI/NO | parcheggio dipendenti | SI/NO | |
| | servizi generali | 22 | Automezzi servizi sanitari | SI | | | |
| | servizi generali | 52 | Uffici amministrativi | SI | Uffici amministrativi | SI | |
| | servizi generali | 55 | Spogliatoi personale | SI | Spogliatoi personale | SI | |
| | servizi generali | 56 | Sale riunioni | SI | Sala riunioni | SI | |
| | servizi generali | 57 | Depositi/Archivi | SI | Depositi/Archivi | SI | |

ALLEGATO C

Proposta per la valutazione e auto-valutazione delle Case della Comunità

Lo strumento può essere utilizzato in qualsiasi luogo e momento, per svolgere una valutazione e auto-valutazione del grado di implementazione della Casa della comunità, come luogo e strumento culturale e organizzativo di promozione territoriale della salute.

Lo strumento di valutazione è in realtà costituito da tre livelli di analisi, di cui lo strumento base costituisce il punto d'ingresso per un percorso di riconoscimento sociale della Casa della comunità e di strutturazione-miglioramento della sua azione. In questo senso può anche essere propedeutico all'uso della Guida per la valutazione delle sperimentazioni, che accompagna le iniziative di miglioramento.

Strumento base – Azioni per creare valore nella comunità

Lo strumento si concentra sulle persone cui si rivolgono o meno le azioni per la salute. La Casa della comunità esiste se esistono 21 azioni rivolte a tre tipologie di persone che vivono nell'area. Tutti gli aspetti che riguardano i profili di salute delle persone e le modalità organizzative delle azioni di prevenzione e cura sono molto rilevanti per l'impatto, ma solo in tanto quanto le 21 azioni esistono e coinvolgono la popolazione. Gli strumenti analitici disaggregano i target specifici e modalità attuative.

Luogo della casa della Comunità
Abitanti dell'area
Comuni dell'area
Strutture sanitarie
Strutture dei servizi sociali
Altre strutture di welfare
Organizzazioni del terzo settore

Il questionario è rivolto a 5 attori, ciascuno dei quali dovrebbe essere sempre presente nell'area e coinvolto nell'azione della Casa della comunità e nella sua valutazione e auto-valutazione:

- I servizi sanitari
- I servizi sociali
- I servizi di welfare
- Il terzo settore
- Risorse materiali e relazionali delle persone o di altri soggetti privati attivate dalla casa della comunità

Per ciascun attore il questionario richiede di rispondere a 21 domande per tre aree di analisi:

| | Persone che hanno sintomi/problemi che pongono a rischio la salute | Persone che NON hanno sintomi/problemi che pongono a rischio la salute |
|--|--|--|
| le persone sono in relazione con i servizi | Gruppo A | |
| le persone NON sono conosciute o NON sono in relazione con i servizi | Gruppo B | Gruppo C |

Servizi sanitari coinvolti e responsabili del servizio sanitario per la Casa della comunità

1 – Riguardo al gruppo A (persone che hanno sintomi/problemi e che si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|------|--------|
| 1.1 – Le persone accedono al servizio | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.2 – Le persone fruiscono immediatamente o rapidamente del servizio | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.3 – Le persone accedono al servizio con una relazione di empowerment | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.4 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.5 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.6 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.7 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (volontari, cittadini, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.8 – Le persone fruiscono di un servizio sanitario a domicilio salvo casi in cui sia non appropriato | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 1.9 – Le persone fruiscono di un servizio sanitario nei luoghi sociali/comunitari non istituzionalizzati in cui abitano salvo casi in cui sia non appropriato | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |

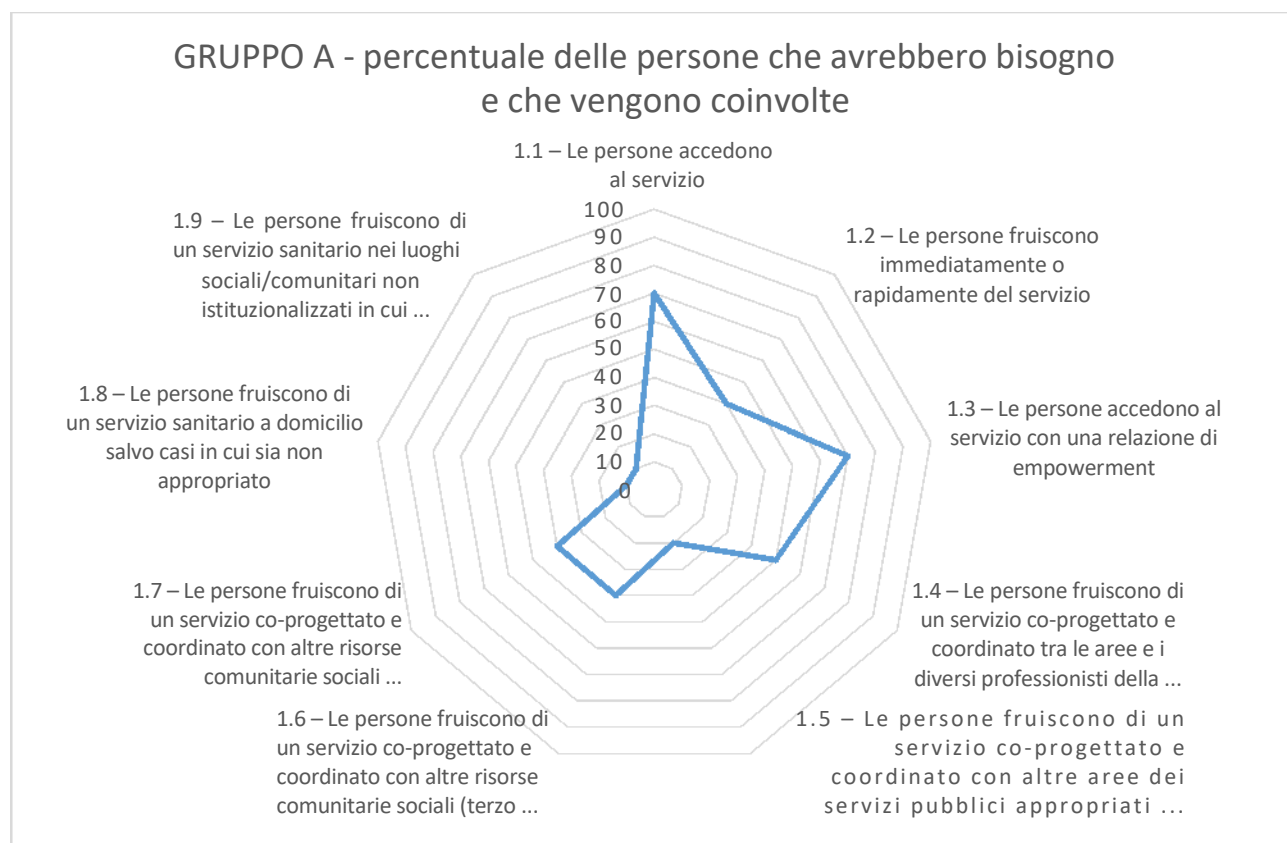
2 – Riguardo al gruppo B (persone con problemi che NON si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|------|--------|
| 2.1 – Le persone vengono cercate d’iniziativa | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 2.2 – Le persone accedono e fruiscono del servizio come attori ‘empowered’ | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 2.3 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 2.4 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 2.5 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |

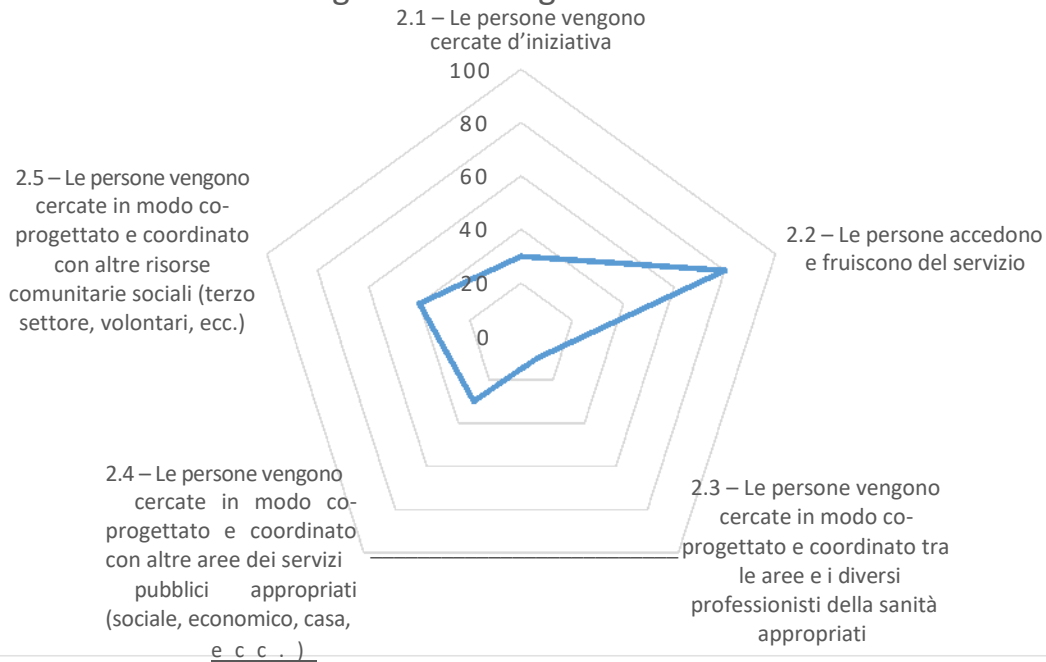
3 – Riguardo al gruppo C (persone senza sintomi/problemi che NON si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|------|--------|
| 3.1 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di abitazione | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.2 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di lavoro | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.3 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di scuola/studio | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.4 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di socializzazione, sport, intrattenimento sul territorio | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.5 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.6 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |
| 3.7 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, cittadini, ecc.) | Solo in qualche caso | 10% | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 9 | 100% | sempre |
| | O Non abbiamo alcuna informazione | | | | | | | | | | | |

Lo strumento produce una dashboard analitica sui tre ambiti, che può suggerire iniziative di miglioramento



GRUPPO B - percentuale delle persone che avrebbero bisogno e che vengono coinvolte



GRUPPO C - percentuale delle persone che avrebbero bisogno e che vengono coinvolte



Oltre allo strumento base, sono previsti due strumenti di osservazione analitica ad uso della Casa della Comunità.

Strumento analitico 1: Impatti delle azioni sulla salute

Nell'area di popolazione della Casa della comunità

Per ciascun profilo di salute, tipo di persona e di rischio, si misura l'impatto sulla salute in comparazione con medie regionali e nazionali e in comparazione con la serie storica precedente. I dati possono provenire da osservatori epidemiologici locali, regionali o nazionali o provenire dai dati propri delle strutture sanitarie.

Gli indicatori possono essere letti utilizzando come criteri di valutazione l'efficacia dell'azione per la salute nell'area e l'equità. Messi in relazione con indicatori di risorse impiegate possono essere riferiti all'efficienza, che in questo caso indica a parità di salute un minor consumo di risorse immediato o futuro.

Lo strumento produce una dashboard analitica, che può suggerire iniziative di miglioramento

Strumento analitico 2: Uso di leve culturali e organizzative per generare impatti intermedi e sulla salute

Riguardo ai 5 attori coinvolti nella Casa della comunità

Per ciascun attore disponibile si misura il livello di presenza di specifiche leve culturali e organizzative e il conseguimento di impatti intermedi. In questo caso si utilizzano per gli items scale ancorate, che possono poggiare su informazioni quantitative se esistenti o su valutazioni qualitative espresse da gruppi di soggetti coinvolti nei processi in oggetto (operatori delle organizzazioni, cittadini coinvolti nei processi di cui si parla, ecc).

Gli indicatori di leve utilizzate (COME si agisce, con quali strumenti, meccanismi sociali, ecc.) e di impatti intermedi conseguiti (cambiamento nel capitale sociale ed effetti capacitanti che modificano i comportamenti delle persone) possono essere letti utilizzando come criteri di valutazione l'innovazione di sistema (integrazione dell'azione nei processi ordinari dell'organizzazione), l'efficacia (la capacità del processo di generare effetti nella direzione voluta), l'efficienza (il risparmio di risorse o l'effetto moltiplicativo futuro dell'azione) e l'equità (la capacità dell'azione di ridurre le disuguaglianze sociali e di salute e di promuovere autonomia).

Lo strumento produce una dashboard analitica, che può suggerire iniziative di miglioramento