

La co-progettazione come punto di forza nell'analisi dei bisogni sociosanitari per pianificare l'offerta erogativa della Casa di Comunità di Saronno: il contributo degli infermieri di famiglia e comunità

**Marino Dell'Acqua¹, Luca Maffei², Valentina Cacciapuoti³, Cristina Patriarca⁴, Federica De Pieri⁵,
Fabrizio Vezzoli⁶, Danilo Zanotta⁷**

¹Direttore Sociosanitario ASST Valle Olona, Varese, Italia

²Direttore Distretto di Saronno ASST Valle Olona, Varese, Italia

³Dirigente delle Professioni Sanitarie, Responsabile DAPSS Polo Territoriale ASST Valle Olona, Varese, Italia

⁴Coordinatore Infermieristico Distretto di Saronno ASST Valle Olona, Varese, Italia

⁵Infermiere di Famiglia e di Comunità, Capo Progetto Cure Domiciliari ASST Valle Olona, Varese, Italia

⁶Dirigente delle Professioni Sanitarie, Casa di Comunità di Fagnano Olona ASST Valle Olona, Varese, Italia

⁷Dirigente medico Responsabile Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità ASST Valle Olona, Varese, Italia

Corrispondenza: maffei@asst-valleolona.it

INQUADRAMENTO GENERALE

Il nuovo modello di organizzazione dell'assistenza territoriale intende fornire risposte efficaci alla necessità di costruire una rete di assistenza alternativa alle strutture ospedaliere, rimodulando le prestazioni e i servizi offerti di modo che siano il più possibile vicini al cittadino, sino a raggiungerlo presso il suo domicilio (PNNR, 2021).

L'elemento nodale per perseguire questo intento è rappresentato dalle Case di comunità, indicate negli indirizzi normativi nazionali e regionali come il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa di comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale (DM 77/2022, DGR 6760/2022).

L'Infermiere di famiglia e comunità (IFeC) della Casa di comunità assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità e interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere ai bisogni attuali o potenziali. In specifico, l'IFeC (Age.Na.S., 2023):

- Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della *Population health management*;
- Promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo (in presenza o in remoto), in collaborazione con tutti i livelli, i contesti e gli attori,

sanitari ed extra-sanitari, interessati a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;

- Promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo;
- Svolge attività di counseling per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, ecc.) e collabora in team con i MMG/PLS e gli altri professionisti sanitari;
- Utilizza sistematicamente strumenti digitali, telemedicina e teleassistenza.

CONTESTO DELL'ESPERIENZA

L'Azienda socio sanitaria territoriale Valle Olona è radicata nell'omonimo distretto territoriale in provincia di Varese e copre il fabbisogno di prestazioni sanitarie e sociosanitarie di un bacino di utenza di circa 440 mila abitanti estendendosi su una superficie di 330 Km² con una densità abitativa pari a 1.320 ab/Km² e con un indice di invecchiamento (rapporto >65enni/popolazione) pari a 23,6%, in costante aumento negli ultimi cinque anni e superiore al dato lombardo e al dato nazionale (ATS Insubria, 2022).

Il polo ospedaliero dell'Azienda socio sanitaria territoriale Valle Olona è costituito da quattro presidi ospedalieri mentre al polo territoriale afferiscono i quattro Distretti di Gallarate, Busto Arsizio-Castellanza, Somma Lombardo e Saronno coinvolgendo trentadue comuni.

In linea con gli indirizzi nazionali e regionali relativi allo sviluppo dell'assistenza sociosanitaria territoriale l'Azienda socio sanitaria territoriale Valle Olona sta realizzando un piano di potenziamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale che porterà, nell'arco di un triennio, all'attivazione di undici Case di comunità e di due Ospedali di comunità.

In tal senso alla fine del 2022 è stata attivata la Casa di comunità di Saronno, afferente all'omonimo Distretto, che risponde ai bisogni sociosanitari di circa 97 mila abitanti residenti nei sei comuni di competenza (Saronno, Uboldo, Origgio, Caronno Pertusella, Gerenzano, Cislago), di cui circa 1200 sono in una condizione di cronicità e di fragilità. Nell'ambito della Casa di comunità di Saronno gli IFeC sono presenti 7 giorni su 7, dalle ore 8 alle ore 20 e garantiscono la presa in carico sul territorio con l'attività ambulatoriale e con l'attività al domicilio, contribuiscono all'identificazione precoce del bisogno sociosanitario mediante la presenza al Punto Unico di Accesso e facilitano il raccordo con i servizi ospedalieri e territoriali tramite la Centrale Operativa Territoriale. L'attività dell'IFeC supera l'approccio prestazionale e si caratterizza nell'attività di case management, nel sostegno all'autocura, nella proattività, nella prevenzione e promozione della salute, nel coinvolgimento delle risorse familiari, comunitarie e istituzionali e nell'applicazione dei progetti di teleassistenza.

Il ruolo degli IFeC della Casa di comunità è stato valorizzato realizzando percorsi di formazione relativi a specifiche tematiche quali il Case management e la teleassistenza e conferendo specifici incarichi di funzione professionale (Progettazione, attuazione e valutazione dei percorsi di presa in carico della persona fragile e con patologia cronica nelle case di comunità; Progettazione, attuazione e valutazione dei progetti di telemedicina nelle case di comunità; Progettazione, attuazione e valutazione dei progetti di prevenzione e promozione della salute nelle case di comunità). Gli IFeC sono stati altresì inseriti nelle diverse progettualità finalizzate all'integrazione ospedale-territorio come ad esempio l'implementazione dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali relativi alle persone in condizioni di cronicità e di fragilità in sinergia con gli specialisti ospedalieri e i con i Medici di medicina generale.

Nell'ottica del continuo miglioramento della prossimità della Casa di comunità, intesa come offerta di servizi di vicinanza partendo dai bisogni dello specifico territorio, gli IFeC contribuiscono alla sistematica analisi del contesto prendendo in considerazione le informazioni socio-demografiche della popolazione residente, i dati di ricovero e di assorbimento delle risorse ospedaliere, la stratificazione della complessità delle persone in condizioni di cronicità e i risultati derivanti dalle indagini conoscitive sui bisogni sociosanitari dei cittadini.

OBIETTIVI

L'obiettivo è stato quello di ampliare e potenziare l'offerta distrettuale con nuovi servizi e attività forniti dalla Casa di comunità di Saronno in relazione agli ambiti di intervento che richiamano le competenze degli IFeC come la prevenzione e la promozione della salute, la presa in carico della popolazione cronica e fragile e la multidisciplinarietà, coinvolgendo nella co-progettazione tutti gli stakeholders presenti sul territorio.

RISULTATI

Sono stati organizzati sei eventi di promozione della salute ad accesso libero la cui realizzazione grazie alla collaborazione delle istituzioni comunali è stata resa possibile in ciascun comune afferente all'ambito del Distretto (Tabella 1). Gli eventi hanno riguardato tematiche di ampia rilevanza come le malattie dell'apparato respiratorio, le vaccinazioni pediatriche, la gestione del dolore, la corretta alimentazione, il movimento e i tumori femminili e sono state affrontate in modo multidisciplinare coinvolgendo tutte le professioni disponibili dei vari ambiti (Casa di comunità, ospedale, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Terzo settore). Gli eventi, oltre a sensibilizzare la popolazione rispetto alla prevenzione, hanno permesso di aumentare la conoscenza dei cittadini relativamente ai servizi offerti dalla Casa di comunità, hanno costituito un'ulteriore occasione di raccolta dei bisogni delle persone e hanno fornito un'opportunità di confronto tra i professionisti. Quest'ultimo aspetto è stato particolarmente manifesto nell'evento relativo allo sviluppo della sanità territoriale nelle diverse realtà lombarde in cui sono stati condivise le esperienze innovative e i modelli organizzativi in grado di cogliere i bisogni del cittadino e di valorizzare i professionisti evidenziando il ruolo dell'IFeC.

Tabella 1 – Eventi di promozione della salute realizzati nei comuni del Distretto di Saronno.

Data	Comune	Titolo dell'evento
24/02/2023	Saronno	Malattie dell'apparato respiratorio
21/04/2023	Gerenzano	Vaccinazioni pediatriche: istruzioni per l'uso
08/06/2023	Cislago	Dolore cronico: approccio terapeutico ed educativo
29/09/2023	Uboldo	Più salute! Con la corretta alimentazione
23/10/2023	Origgio	Movimento e salute
27/11/2023	Caronno Pertusella	Prevenzione tumori femminili
30/11/2023	Saronno	Sviluppo della sanità territoriale: stato dell'arte ed esperienze innovative a confronto

Un'esperienza innovativa è stata la *Settimana della prevenzione*, sei giorni di seminari, attività informative, educative, di screening e di percorsi dedicati che ha permesso una prima analisi dei bisogni sociosanitari della popolazione, una maggiore conoscenza della Casa di comunità come primo luogo di cura, aperto a tutta la popolazione, dei suoi servizi e dei professionisti che vi operano. Tutte le attività programmate hanno fornito elementi significativi per pianificare un'offerta erogativa rispondente al contesto.

Durante la Settimana della prevenzione, 1447 cittadini hanno dimostrato interesse per i percorsi attivati.

Nell'analisi dei risultati, riportati in figura 1, è stata registrata la partecipazione di 835 cittadini (58%) al percorso dedicato alla "prevenzione della salute e sani stili di vita" in cui l'IFeC ha rilevato i parametri vitali (pressione arteriosa, caratteristiche del polso arteriosa, glicemia capillare) congiuntamente alle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana, informando sui valori di riferimento e fornendo consigli pratici nel caso di rilievi fuori norma. La collaborazione con i ricercatori universitari ha permesso di condurre un'indagine conoscitiva sugli stili di vita per evidenziare il rischio cardiovascolare.

Due seminari hanno affrontato il tema della prevenzione attraverso la corretta alimentazione con il contributo di docenti dell'Università degli Studi dell'Insubria e di dietiste ospedaliere. Dagli interventi, l'IFeC ha potuto cogliere il bisogno di approfondimento della comunità e la necessità d'essere un punto di riferimento per interventi educativi, in caso di dubbi o cattive abitudini alimentari.

Con i terapisti della riabilitazione è stata affrontata la tematica delle cadute nella persona over 65, dando consigli pratici anche con brevi simulazioni e pratici esercizi.

In questo percorso è stato aperto uno sportello informativo sullo stato vaccinale e la somministrazione di vaccinazioni dedicate a specifiche fasce d'età (anti Papilloma virus, anti Herpes Zooster, anti Pneumococco, anti Differite-Tetano-Pertosse). È stata un'occasione per sottolineare l'importanza della prevenzione delle malattie a tutela del singolo e della comunità. Inoltre, durante un seminario sono state date informazioni utili per i viaggiatori internazionali.

Con i professionisti del Consultorio familiare sono stati condotti dei gruppi classe affrontando il tema dell'affettività e sessualità, rilevando l'importanza di pianificare percorsi strutturati da proporre nei diversi istituti presenti sul territorio con interventi interdisciplinari.

Grande interesse ha suscitato la ricerca condotta dalla Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi dell'Insubria sugli stili di vita (che già collabora col Distretto per la formazione degli specializzandi) che ha visto l'arruolamento di oltre 150 cittadini.

Durante il percorso "Prevenzione patologie croniche", frequentato da 68 cittadini (5%), l'IFeC, nel ruolo di case manager, ha accolto il cittadino e supportato gli specialisti. Durante queste attività, sono state offerte visite di consulenza ed esecuzione di test per la prevenzione di malattie reumatiche, respiratorie, oncologico urinarie, dismetaboliche.

Durante il seminario sulla disfagia tenuto dalla logopedista della Casa di comunità è emersa la necessità di avere dei punti di riferimento nella Casa di comunità per i pazienti e i loro caregiver, attraverso attività di presa in carico ambulatoriale dei singoli o a piccoli gruppi, stimolando anche l'istituzione di gruppi di auto-mutuo aiuto.

Il Servizio sociale della Casa di comunità, in collaborazione con il personale amministrativo e l'IFeC, ha accolto 16 cittadini (1%), prevalentemente caregivers per informare ed orientare sui diritti di legge in materia socio sanitaria (es. invalidità civile, assegno accompagnamento, sostegno scolastico) e i benefici previsti dalla normativa regionali (es. misure per grave e gravissima disabilità). Conoscere queste tematiche permette all'IFeC di saper dare risposte appropriate durante il servizio nei Punti Unici di Accesso indirizzando il cittadino o il caregiver ai professionisti competenti.

La prevenzione del Benessere psichico è stata frequentata da 18 cittadini con iniziative che hanno coinvolto nonni, genitori, donne in gravidanza. In questo ambito si evidenzia la capacità dell'IFeC di interazione professionale e di estensione dell'ambito di intervento sulle diverse fasce di età e di tipologia di utenza. In questo percorso è stato dato spazio anche ai cittadini e loro caregiver per affrontare la tematica della affettività e sessualità nei disabili. Data la specificità dell'argomento, l'incontro è stato gestito dalla psicologa del Servizio Fragilità della Casa di comunità. Il gruppo ristretto dei partecipanti ha permesso un confronto diretto e personalizzato, proponendo la ripetizione in altri momenti nel corso dell'anno.

Sono stati dedicati tre eventi per il percorso dedicato all'emergenza con formazione sulla disostruzione nel bambino e nel lattante e lezione teorica pratica sul BLSD laico. Eventi molto richiesti con la partecipazione di 49 cittadini e realizzati grazie alla collaborazione delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana. L'elevata domanda ha suggerito la necessità di prevedere una programmazione annuale con cadenza bi-trimestrale. L'IFeC terrà monitorato il bisogno dell'utenza affluente ai diversi servizi della Casa di comunità e prevederà la creazione di gruppi omogenei di formazione.

Nei percorsi di "prevenzione al femminile" hanno partecipato 338 cittadini di cui la maggior parte (299) ha aderito alle iniziative della prevenzione della violenza di genere attraverso sondaggi e un incontro dedicato ai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta. L'IFeC con l'equipe distrettuale, in stretta collaborazione con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e le associazioni specializzate, dovrà essere in grado di creare un ambiente sereno e un rapporto di fiducia in cui le persone possano aprirsi, chiedere aiuto e sentirsi tutelate.

Il successo dell'iniziativa è dato non solo dalla partecipazione rilevata, ma dall'essere riusciti a far conoscere l'Infermiere di famiglia e di comunità come quell'operatore che assicura l'assistenza infermieristica, perseguendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti presenti sul territorio, mettendo al centro la persona e la sua famiglia.

Tra i servizi implementati nella Casa di comunità, con un approccio innovativo e di valorizzazione del ruolo dell'IFeC, grazie anche all'utilizzo di scale validate per l'identificazione del bisogno, rientra il PUA (Punto Unico di Accesso) che rappresenta un luogo di riferimento continuativo per la popolazione svolgendo attività di accoglienza, orientamento e facilitazione nell'accesso ai servizi, nonché di risoluzione di problematiche di carattere amministrativo. In un anno di attività, il PUA della Casa di comunità di Saronno ha gestito 10.205 accessi con una valenza sia a livello organizzativo, riducendo il carico sui singoli servizi distrettuali, sia in termini di appropriatezza nella risposta ai bisogni del cittadino (Figura 2).

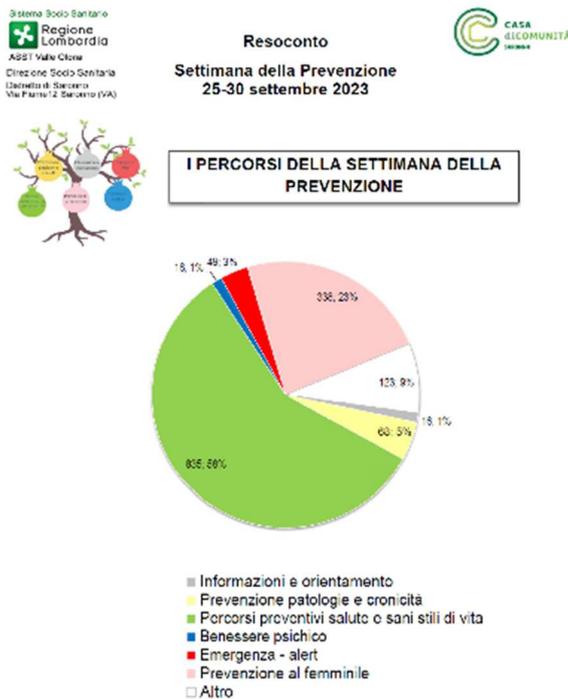


Figura 1 – Partecipazione agli eventi della Settimana della prevenzione.

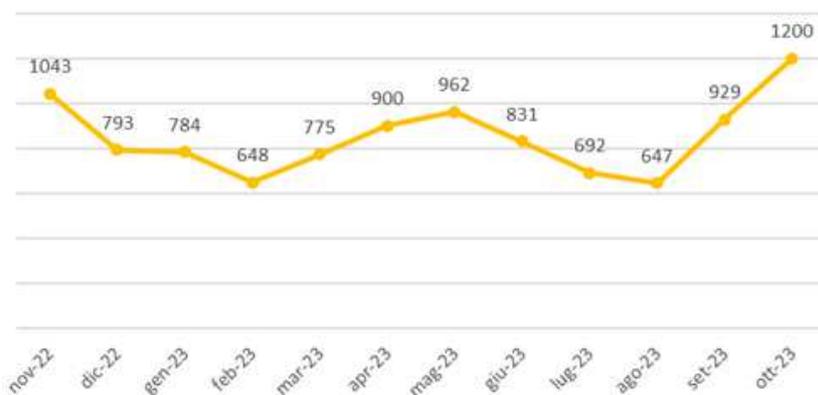


Figura 2 – Accessi al PUA della Casa di comunità di Saronno.

La Casa di comunità di Saronno ha saputo sfruttare le potenzialità di questo servizio implementando l'esperienza anche al di fuori della Casa di comunità, dando piena attuazione al concetto di prossimità istituendo un PUA presso il Punto Prelievi di Caronno Pertusella e garantendo un raccordo funzionale con la Casa di comunità e con i servizi offerti (Figura 3).



Figura 3 – Accessi al PUA della Casa di Comunità di Caronno Pertusella.

La presenza di IFeC nei PUA, ha permesso di conferirgli una valenza strategica nell'identificazione precoce dei bisogni, spesso latenti, e di potenziali situazioni di fragilità. Infatti, il 21% dei pazienti agganciati ad un percorso di presa in carico all'interno della Casa di comunità è stato intercettato all'interno del PUA. La Casa di comunità di Saronno attualmente ha in carico 63 pazienti tra ambulatorio IFeC e ambulatorio cronicità, dove alla figura dell'IFeC si affianca un Clinical manager per garantire una gestione globale delle problematiche di natura clinica, assistenziale e sociale nei pazienti cronico-fragili (Tabella 2).

Tabella 2 – Pazienti in carico alla Casa di comunità di Saronno.

Servizio	n.
Ambulatorio IFeC	21
Ambulatorio cronicità	42
Totale pazienti in carico	63

Le modalità di presa in carico ha inizio con la valutazione da parte dell'IFeC della natura del bisogno e sul riscontro di eventuali alert di fragilità. La somministrazione della scala Triage ha permesso una preliminare distinzione tra bisogno semplice, a carattere tendenzialmente mono professionale, e bisogno complesso che richiede una valutazione multidimensionale coinvolgendo più professionisti in risposta ad un bisogno di natura sociale, assistenziale o socioassistenziale. È stato stabilito un punteggio cut off di 3 così come definito dalla normativa regionale sull'attivazione dei percorsi integrati di cure domiciliari e, come riportato in tabella 3, nel 78% dei casi si è riscontrata la presenza di un bisogno complesso, con conseguente attivazione del medico di medicina generale e coinvolgimento dell'assistente sociale della casa di comunità (24% dei casi), dei servizi sociali comunali (8%) oltre all'effettuazione di valutazioni in equipe multidisciplinare con il medico della casa di comunità (37%).

Tabella 3 – Identificazione del bisogno e servizi attivati.

Valutazione del bisogno		
Bisogno semplice	14	22%
Bisogno complesso	49	78%
Totale pazienti in carico	63	
Servizi attivati a fronte di bisogni complessi		
Assistente Sociale Casa di comunità	12	24%
Servizi Sociali Comunali	4	8%
Valutazioni domiciliari multidimensionali	18	37%

Attraverso la scala Sunfrail è stato possibile identificare la presenza di alert di fragilità in tre domini: fisico, cognitivo e socioeconomico. Tutti i pazienti intervistati hanno presentato almeno un alert di positività: il 13% in una dimensione, il 48% in due e il 38% in tutte e tre i domini. Nonostante la scala Sunfrail non permetta la stratificazione della popolazione sulla base della fragilità, genera riscontri proattivi piuttosto che reattivi il che permette alcune importanti considerazioni anche in vista della pianificazione di interventi specifici. Il 100% dei pazienti presi in carico presso la casa di comunità di Saronno presenta almeno un alert di fragilità nella dimensione fisica, il 68% nella dimensione cognitiva e il 60% in quella socioeconomica (Tabella 4).

Tabella 4 – Alert di fragilità nei pazienti in carico presso la Casa di Comunità identificati tramite la scala Sunfrail.

Tipologia di alert (Scale Sunfrail somministrate n=62)	n.	%
Alert in una dimensione	8	13%
Alert in due dimensioni	30	48%
Alert in tre dimensioni	24	39%
Alert di fragilità nella sfera fisica	62	100%
Alert di fragilità nella sfera cognitiva	42	68%
Alert di fragilità nella sfera socioeconomica	37	60%

La scala Sunfrail permette di indirizzare gli interventi affinché siano incentrati sulla persona e non sulla patologia. Questo strumento è composto da nove semplici domande, a risposta dicotomica che orientano i professionisti ad approfondimenti mirati anche tramite la somministrazione di scale di valutazione di secondo livello e ad una pianificazione personalizzata del percorso di presa in carico.

Gli alert riscontrati tra i pazienti presi in carico presso la Casa di comunità di Saronno sono illustrati nella tabella 5.

Tabella 5 – Alert di fragilità riscontrati alle domande della Scala Sunfrail (in grassetto).

ID domanda	Domanda	SI	NO
Domanda 1	Assume regolarmente 5 o più farmaci?	79%	21%
Domanda 2	Nell'ultimo anno ha perso peso involontariamente, tanto che i suoi vestiti sono diventati larghi?	37%	63%
Domanda 3	Nel corso dell'ultimo anno la sua condizione fisica l'ha costretta a camminare meno?	82%	18%
Domanda 4	È stato visitato dal suo medico di famiglia durante l'ultimo anno?	85%	15%
Domanda 5	È caduto una o più volte durante l'ultimo anno?	44%	56%
Domanda 6	Ha notato una riduzione della memoria nell'ultimo anno?	68%	32%
Domanda 7	Si è sentito solo per la maggior parte del tempo?	35%	65%
Domanda 8	In caso di bisogno, può contare su qualcuno vicino a lei?	86%	14%
Domanda 9	Ha avuto difficoltà economiche ad affrontare le cure dentarie e le spese sanitarie durante l'ultimo anno?	34%	66%

Il percorso di presa in carico proattiva e personalizzata, sostenuto dalla valutazione iniziale, si concretizza nella definizione di un Piano di Assistenza Individuale e nella pianificazione per obiettivi degli interventi di promozione della salute, educazione sanitaria, supporto al self care e sviluppo dell'empowerment nel paziente e nel caregiver. La tabella 6 riassume gli interventi effettuati dagli IFeC della Casa di Comunità di Saronno.

Tabella 6 – Interventi effettuati dagli IFeC durante il percorso di presa in carico.

Tipologia di intervento	n.
Visite domiciliari	47
Interventi educativi al caregiver	6
Monitoraggio PV	13
Educazione terapeutica e all'uso dei dispositivi	15
Discussione del caso con MMG	5
Valutazione in equipe multidisciplinare (IFeC, Ass. Sociale, MMG, Clinical Manager)	8

Altri servizi implementati a supporto del percorso di presa in carico, sono il Punto Prelievi e l'ambulatorio di spirometrie semplici. Il Punto Prelievi è attivo due giorni alla settimana ad accesso libero, garantisce l'esecuzione di esami ematici a tutta la popolazione oltre che ai pazienti già in carico presso l'ambulatorio cronicità. L'esecuzione di spirometrie semplici, invece, si avvale dei percorsi di telemedicina per la refertazione degli esami da parte del medico pneumologo ospedaliero (Tabella 7).

Tabella 7 – Prestazioni eseguite presso la Casa di Comunità di Saronno e il Punto Prelievi di Caronno Pertusella.

Prestazioni erogate presso al Casa di comunità di Saronno		
Spirometrie		238
Esami Ematici		141
Prestazioni erogate presso il Punto Prelievi di Caronno Pertusella		
Esami ematici		1513

All'interno della Casa di comunità di Saronno è stato implementato anche un altro servizio: la Centrale Operativa Territoriale (COT), a supporto dei percorsi di presa in carico, con funzione di coordinamento e integrazione nei percorsi di transizione dei diversi setting assistenziali ospedalieri e territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione multiprofessionale (Tabella 8).

Tabella 8 – Segnalazioni pervenute alla COT di Saronno.

Fonte della segnalazione	n.	%
MMG	8	6%
NDP	64	48%
Pua	20	15%
Servizi distrettuali	21	16%
Altra COT	2	2%
Servizi sociali comunali	14	11%
Ospedale di Comunità	1	1%
Terzo settore	1	1%
Totale segnalazioni	131	

CONCLUSIONI

Progettare le attività della Casa di comunità a partire dai bisogni sociosanitari del territorio si è dimostrato essere fondamentale per garantire la prossimità dei servizi così come lo è stata la partecipazione delle rappresentanze associative e civiche e delle risorse locali.

Il ruolo dell'IFeC è stato determinante nel realizzare le iniziative per coinvolgere la popolazione in attività di alfabetizzazione, di promozione della salute, di self-care, di benessere sociale e di qualità della vita.

L'IFeC è stato altresì rilevante nel creare un collegamento tra la comunità locale e gli addetti ai lavori facendo operare insieme fisioterapisti, logopedista, ostetriche, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi, pneumologi, internisti, dietisti, ricercatori e professori universitari, assistenti sociali comunali, medici di medicina generale, associazioni (Lilt, CRI, Il Ponte del Sorriso, Saronno Point Onlus, Rete Rosa, Fondazione Daimon, Acof), istituti scolastici del territorio e media (Radiorizzonti in Blu).

L'impegno è quello di mantenere viva la co-progettazione della prossimità e il valore aggiunto del lavorare insieme, formando gruppi di lavoro permanenti con i cittadini, gli operatori sanitari e sociali e le altre risorse della comunità al fine di cogliere tempestivamente il bisogno di salute sociosanitaria locale per saper promuovere e sostenere progetti di intervento coerenti.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori hanno condiviso i contenuti dello studio, la stesura dell'articolo e approvano la versione finale dello stesso.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento.

Bibliografia

- Age.Na.S. (2023). Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità. Disponibile da: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>.
- Age.Na.S. (2023) Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Disponibile da: https://www.osservatoriocronicita.it/images/Notizie-e-comunicati/Manuale_Operativo_PON_cronicita-SINGOLE_2.pdf.
- Age.Na.S. (2021) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute. Monitor 45. Disponibile da: www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_SINGOLE_Web.pdf.
- Age.Na.S. (2022) Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità. I quaderni di Monitor. Disponibile da: www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/Quaderno_Casa_della_comunita.pdf.
- ATS Insubria. Osservatorio Epidemiologico. Disponibile da: www.ats-insubria.it/aree-tematiche/osservatorio-epidemiologico.
- Bobini M., Fattore G., Longo F., Meda F. (2022) La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale hub. Il caso servizi oncologici della casa della salute di Bettola. *Mecosan*, 121(1), 91–131.
- Brambilla A., Maciocco G. (2022) Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. Carocci.
- Capaldo G., Volpe A. (2021) Project Management. Principi e metodi. McGraw-Hill.
- Carta dei servizi della Casa di comunità di Saronno dell'ASST Valle Olona. Disponibile da: <https://www.asst-valleolona.it/la-sanita-territoriale-cambia-volto/le-nuove-strutture-territoriali/casa-di-comunita-saronno/>.
- CERGAS. Rapporto OASI 2022. (2023) Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. EGEA.
- Conti A., Albanesi B., Busca E., Martini L., Costa C., Campagna S. (2021). L'infermiere di famiglia e comunità: panoramica sull'esercizio della professione in Europa. *Assist Inferm Ric.*, 40(3), 131-136.
- D.G.R. 25 luglio 2022 n. 6760. Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77" Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- FNOPI Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (2020). Position Statement. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Disponibile da: www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/01/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunita%CC%80.pdf.
- Ingresso M. (2022) Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità. *Sistema Salute*, 66(1), 11-32.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 Salute.
- Rete internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che promuovono la salute. (2020) Standard 2020 per Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute. Amburgo, Germania: Rete HPH internazionale.
- Scalorbi S., Longobucco Y., Trentin A. (2022) Infermieristica preventiva, di famiglia e di comunità, seconda edizione. McGraw-Hill.

- Tozzi V., Longo F. (2023) Management della cronicità. Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR. EGEA.
- Vigilante L. (2017) Sanità di iniziativa: il Cronic Care Model: Applicazione del Modello nel Sistema Sanitario Nazionale italiano. Edizioni Accademiche Italiane.
- WHO (2000) The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Disponibile da: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf.