

Progetto

“Integrazione tra Sociale e Sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia”

Percorso di verifica-monitoraggio correlato al documento

“Proposte operative per sviluppare l’integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia”

La griglia presentata di seguito è stata concepita come strumento di autoanalisi e riprende tutte le Proposte Operative definite nel documento principale. Per ciascuna proposta sono stati individuati criteri e indicatori, intesi come elementi ed evidenze osservabili e misurabili, utili a rilevare il livello di raggiungimento dei relativi parametri di riferimento. **Si suggerisce di utilizzare la griglia, insieme al documento di riferimento, per supportare e monitorare nel tempo, in ciascuna Casa della Comunità, il percorso di integrazione tra sociale e sanitario, favorendone la concreta attuazione in una prospettiva di salute e benessere individuale e comunitario.** L'utilizzo di questo strumento rende i processi di valutazione e autoanalisi più chiari, trasparenti e condivisi, riduce la soggettività delle valutazioni, sostiene il miglioramento continuo e favorisce l'allineamento dei professionisti coinvolti verso obiettivi comuni nella realizzazione della Casa della Comunità.

Tale utilizzo si fonda sulla consapevolezza che:

- il completo raggiungimento delle indicazioni del DM 77 risulta oggettivamente molto problematico, in particolare a causa della carenza di personale e della progressiva attivazione delle Case della Comunità;
- è comunque possibile valorizzare fin da subito le risorse e i servizi già presenti e favorire la connessione, adottando progressivamente, non appena possibile, ogni cambiamento, anche parziale, purché orientato alla costruzione della rete locale dei servizi incardinata sulla Casa della Comunità.

Ogni indicatore è articolato in:

- Standard minimo: è il livello di qualità ritenuto desiderabile come soglia di base, anche se attualmente non sempre già presente in tutte le Case della Comunità. Rappresenta il grado essenziale di strutturazione, coerenza ed efficacia operativa necessario per considerare il processo adeguatamente avviato.
- Gold standard: è il livello di eccellenza del processo, in cui tutte le fasi riferite all'indicatore in oggetto risultano pienamente sviluppate, integrate e ottimizzate. Spesso fa riferimento ad obiettivi complessi e ambiziosi, che possono risultare difficili da raggiungere, ma costituisce l'orizzonte cui tendere nei processi di sviluppo delle Case della Comunità.
- Per ogni indicatore, si suggeriscono le modalità di rilevazione, che fanno riferimento a documenti formali, istituzionali e organizzativi, a strumenti di lavoro, mappe, etc.

Le proposte per l'integrazione e la griglia di monitoraggio (con relativi criteri, indicatori e standard) dovranno adeguarsi nel tempo alla dinamica evoluzione del sistema, ma l'approccio metodologico adottato potrà rimanere punto di riferimento per i professionisti interessati.

CONDIZIONI INDISPENSABILI PER L'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO E LA TERRITORIALIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LA SALUTE ED IL BENESSERE			
Nodo 1. Definire in modo formale e uniforme il territorio della Casa della Comunità, articolandolo in Microaree chiaramente identificate, tenendo conto delle specificità oro-geografiche, abitative, sociali, storiche e logistiche.			
CRITERIO 1: Definizione del territorio della Casa della Comunità			
	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Esistenza di una definizione formale del territorio della Casa della Comunità	L'organizzazione delle attività del Distretto è operativamente articolata per territori che afferiscono alla singola Casa della Comunità.	Mappa del Distretto con suddivisione territoriale per Casa della Comunità.	Il territorio della Casa della Comunità è definito da atto formale e conosciuto dagli operatori e da tutti i professionisti, gli interlocutori e gli utenti.
Indicatore 2: Dimensione della popolazione di riferimento	Il territorio della Casa della Comunità rispetta il limite massimo di 50.000 abitanti. Il territorio della Casa della Comunità è suddiviso in Microaree identificate in base a criteri di omogeneità geografica, socio-demografica-culturale, anche a partire da suddivisioni territoriali già esistenti del Comune e/o degli Ambiti Territoriali Sociali.	Mappa del Distretto con suddivisione del territorio per Casa della Comunità. Mappa del territorio della Casa della Comunità suddiviso per Microaree	Il territorio della Casa della Comunità è definito secondo criteri, condivisi tra Distretto e Comuni-Ambito Territoriale Sociale, che tengono conto del contesto (storico, geografico logistico) e rientra nel limite di 50.000 abitanti. La definizione della suddivisione del territorio della Casa della Comunità in microaree è approvata con un accordo formale tra Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Comuni e Ambito Territoriale Sociale, ed è conosciuta dagli operatori, dai vari interlocutori e dagli utenti.
CRITERIO 2: Identificazione e articolazione delle Microaree			
	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Articolazione del territorio della Casa della Comunità in Microaree	L'organizzazione delle attività è operativamente articolata in Microaree	Mappa distrettuale con definizione delle Microaree.	Il territorio delle Microaree è definito da un accordo formale tra Distretto e Ambito, e conosciuto

	che afferiscono alla singola Casa della Comunità.		dagli operatori e da tutti i professionisti, gli interlocutori e gli utenti.
Indicatore 2: Numero di Microaree identificate	Il numero delle Microaree individuate è funzionale agli assetti organizzativi della Casa della Comunità e dell'Ambito (in particolare al numero di operatori).	Documento di esplicitazione dei criteri utilizzati per la suddivisione del Distretto in Microaree.	Il numero delle Microaree individuate è funzionale alle caratteristiche del territorio (città metropolitana, aree urbane, extraurbane, di pianura, di collina, interne).
Nodo 2. Istituire meccanismi di governance-coordinamento territoriali multilivello chiari, stabili e formalizzati, che riconoscano al Distretto la funzione di governance, in particolare valorizzando un organismo di coordinamento distrettuale, e alla Casa della Comunità il ruolo di regia operativa sul territorio di appartenenza. Individuare indicatori di processo che consentano di monitorare, valutare e migliorare le criticità e lo stato di operatività. L'implementazione di adeguati indicatori è un aspetto chiave che contribuisce a una più efficace ricomposizione della governance.			
CRITERIO 1: Funzionamento degli organismi di coordinamento territoriale			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Presenza di un organismo di coordinamento distrettuale attivo	L'Organismo Consultivo Distrettuale è formalmente istituito secondo le indicazioni regionali, si incontra regolarmente e recepisce formalmente le istanze proposte dalle diverse componenti, rendendole pubbliche.	Atto formale di istituzione dell'Organismo Consultivo Distrettuale. Report delle istanze presentate.	L'Organismo Consultivo Distrettuale diventa un luogo di coordinamento, è formalmente istituito secondo le indicazioni regionali ed è rappresentativo di tutti gli interlocutori del territorio (Distretto, Ambito, Assemblea dei Sindaci, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, presidi ospedalieri, farmacie, terzo settore, associazioni/volontariato, cittadini, ...).
Indicatore 2: Frequenza degli incontri di coordinamento	L'Organismo Consultivo Distrettuale si riunisce almeno due volte all'anno.	Verbalì incontri Organismo Consultivo Distrettuale.	L'Organismo Consultivo Distrettuale rappresenta il contesto di condivisione dei bisogni e delle progettualità sul territorio. La calendarizzazione degli incontri (almeno trimestrale) è funzionale ai processi attivati e prevede sempre il confronto sugli indicatori definiti

			(anche da Piano di Zona e Piano di sviluppo del Polo Territoriale).
CRITERIO 2: Partecipazione degli attori istituzionali e del Terzo Settore			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Presenza di un patto di governance formalizzato	Piano di Zona e Piano di sviluppo del Polo Territoriale riportano in modo complementare le aree di integrazione tra Ambito sociale e Distretto.	Presenza aree di integrazione nei Piani di Zona e Piani di sviluppo del Polo Territoriale; presenza di un patto di governance sottoscritto da Ambito, Distretto e rappresentanti degli Enti del Terzo Settore.	A partire da Piano di Zona e Piano di sviluppo del Polo Territoriale, è redatto un documento di governance territoriale, condiviso (e sottoscritto) tra ambito, distretto e rappresentanti degli Enti del Terzo Settore.
Indicatore 2: Livello di partecipazione dei Comuni	L'Assemblea dei Sindaci del Distretto (DGR 6762/2022) è regolarmente costituita e svolge le funzioni previste dal regolamento regionale, riunendosi almeno trimestralmente.	Composizione Organi Consultivo Distrettuale; verbali incontri Organismo Consultivo Distrettuale e Assemblee dei Sindaci.	La rappresentanza politica (Assemblea dei Sindaci del Distretto e Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona) e tecnica (Ufficio di Piano) è componente dell'Organismo Consultivo Distrettuale. Il Direttore di Distretto partecipa alle Assemblee dei Sindaci ed è attivamente coinvolto per le aree tematiche di competenza.
Indicatore 3: Coinvolgimento del Terzo Settore nella governance	I rappresentanti degli Enti del Terzo Settore sono componenti dell'Organismo Consultivo Distrettuale.	Decreto istituzione Organismo Consultivo Distrettuale; progetti che vedono coinvolti gli Enti del Terzo Settore.	I rappresentanti degli Enti del Terzo Settore, oltre a partecipare agli incontri dell'Organismo Consultivo Distrettuale, sono coinvolti quale parte attiva nelle progettualità innovative della Casa della Comunità.
Nodo 3. Garantire la presenza di équipe multiprofessionali stabili, composte da operatori sociali e sanitari presso ogni Casa della Comunità, con coordinamento riconosciuto, formalizzato e modalità di lavoro strutturate.			
CRITERIO 1: Struttura e formalizzazione dell'équipe			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>

Indicatore 1: Esistenza di una équipe multiprofessionale formalizzata	Nella Casa della Comunità è presente l'elenco aggiornato (almeno trimestralmente) degli operatori presenti per i diversi servizi (Punto Unico di Accesso, Équipe di Valutazione Multidimensionale/Centrale Operativa Territoriale, Infermieri di Comunità, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, cure domiciliari e cure palliative, specialisti, psicologi delle cure primarie e di comunità, disabilità, consultorio, prevenzione, ...).	Presenza elenco operatori nella CdC (aggiornamento almeno trimestrale) con relativi contatti, con la possibilità di consultarlo pubblicamente.	Nella CdC è presente l'elenco aggiornato (almeno trimestralmente) degli operatori per i diversi servizi (Punto Unico di Accesso, Équipe di Valutazione Multidimensionale/Centrale Operativa Territoriale, Infermieri di Comunità, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, cure domiciliari e cure palliative, specialisti, psicologi delle cure primarie e di comunità, disabilità, consultorio, prevenzione, ...). L'elenco è sotto-articolato per singola Microarea.
Indicatore 2: Presenza di un coordinatore con mandato formale	È formalmente nominato un coordinatore per ogni Casa della Comunità.	Atto formale di nomina del coordinatore; presenza job description della funzione di coordinamento della Casa della Comunità.	È formalmente nominato un coordinatore per ogni Casa della Comunità. La funzione di coordinamento è chiaramente esplicitata da job description e prevede la dipendenza gerarchica del personale assegnato, i collegamenti gerarchici e funzionali con i responsabili/coordinatori delle Direzioni, dei dipartimenti e dei servizi aziendali.
CRITERIO 2: Modalità di lavoro e continuità operativa			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Numero di riunioni di équipe	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese.	Verbali riunioni.	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese e in occasione di ogni cambiamento organizzativo e criticità di rilievo.

Indicatore 2: Partecipazione delle diverse figure professionali	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori stabilmente presenti nella Casa della Comunità.	Verbalì riunioni.	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori/i rappresentanti di tutti i servizi nella Casa della Comunità, anche se non stabilmente presenti.
Indicatore 3: Presenza continuativa degli operatori	Gli operatori dell'équipe della Casa della Comunità presenti in modo continuativo (Infermieri di Comunità, assistenti sociali, psicologi, amministrativi, personale delle cure domiciliari, ...) sono formalmente individuati.	Calendario nominativo presenze operatori.	Gli operatori della Casa della Comunità sono formalmente individuati sia per i servizi presenti nella Casa della Comunità in modo continuativo che non continuativo (es. medici specialisti, personale dell'area vaccinale, ...) .
Nodo 4. Mappare e aggiornare costantemente i bisogni -con particolare attenzione alle cronicità/fragilità- e le risorse formali e informali, di carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, nel territorio della Casa della Comunità.			
CRITERIO 1: Mappatura dei bisogni del territorio			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Esistenza di una mappa dei bisogni	I documenti di programmazione dell'Ambito Territoriale Sociale e dell'ASST Piano di Zona, Piano di sviluppo del Polo Territoriale, e la Banca Dati Assistito, descrivono la mappa dei bisogni.	Piano di Zona e Piano di sviluppo del Polo Territoriale, disponibilità BDA e presenza di Profili di comunità aggiornati almeno annualmente.	Oltre alla presenza dei documenti di programmazione del Distretto, è elaborato e viene periodicamente aggiornato un profilo di comunità per ogni Comune/quartiere/area, che analizza e descrive le diverse dimensioni (inclusi gli aspetti demografici, epidemiologici, sociali, economici e culturali), utile per comprendere le dinamiche interne, le risorse disponibili e le opportunità di sviluppo.
CRITERIO 2: Mappatura delle risorse formali e informali			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Esistenza di una mappa delle risorse territoriali	Comune/Ambito/Municipio e Distretto condividono e rendono disponibile alla Casa della Comunità l'elenco aggiornato (con almeno cadenza annuale) dei servizi sanitari, socio-	Nelle Case della Comunità e nei Servizi Sociali è presente l'elenco delle risorse territoriali che riporta la data dell'ultimo aggiornamento. Sono individuati e conosciuti da tutti gli operatori i referenti	Per ogni Casa della Comunità/Microarea è attivato un processo di mappatura continuativo dei servizi e delle risorse presenti compresi: volontari, singoli e

	sanitari, sociali e delle risorse del terzo settore presenti nel territorio, con relativi referenti, tipologia di servizi offerti e recapiti.	(distrettuale e di Ambito) incaricati dell'aggiornamento della mappa.	associati; luoghi di aggregazione; spazi aperti e servizi alla comunità offerti dai diversi enti-associazioni del territorio; iniziative di promozione di sani stili di vita (es. gruppi di cammino, attività fisica adattata, incontri pubblici, ...). L'elenco, completo di referenti, tipologia dei servizi offerti e recapiti è condiviso tra Ambito/Comune/Municipio e Distretto/Casa della Comunità.
Indicatore 2: Inclusione delle risorse informali	L'aggiornamento annuale comprende anche le risorse informali.	L'elenco disponibile agli operatori riporta anche le risorse informali.	L'elenco viene costantemente aggiornato con l'inserimento delle risorse informali e delle iniziative che ogni operatore intercetta e comunica al proprio referente.
Nodo 5. Valorizzare la comunità come infrastruttura di salute, ovvero un sistema di cure integrate che riconosce il ruolo della comunità come sfera di assistenza di prossimità, dove cittadini, legami sociali, volontariato e terzo settore diventano parte integrante dell'ecosistema di cura, anche attraverso percorsi di coprogettazione.			
CRITERIO 1: Attivazione di processi partecipativi e coprogettazione			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Attivazione di tavoli/percorsi di coprogettazione	A livello distrettuale sono formalmente istituiti tavoli tematici partecipativi che coinvolgono anche gli Enti del Terzo Settore.	Elenco progetti attivi con declinazione dell'Ente capofila e dei partner.	Nella Casa della Comunità sono attivi progetti che coinvolgono in partnership Enti del Terzo Settore e Comune/Ambito o Distretto/Azienda Socio Sanitaria Territoriale (a prescindere da chi agisce da Ente Capofila/promotore).
CRITERIO 2: Coinvolgimento della comunità e strumenti di consultazione			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Numero di iniziative pubbliche realizzate	Viene realizzato con cadenza almeno annuale un incontro di restituzione alla popolazione delle attività e dei progetti	Numero incontri realizzati per anno.	Gli incontri con la popolazione sono realizzati secondo un cronoprogramma condiviso, in

	realizzati nella CdC e per raccogliere bisogni e proposte.		funzione dei progetti in atto e degli strumenti di partecipazione attiva in uso.
Indicatore 2: Coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali	I rappresentanti dei cittadini partecipano agli incontri dell'Organismo Consultivo Distrettuale.	Verbalì incontri Organismo Consultivo Distrettuale. N° iniziative di coinvolgimento attivo realizzate per Casa della Comunità.	I cittadini sono coinvolti nei processi di salute, dall'analisi dei bisogni alle progettualità innovative, attraverso metodologie di partecipazione attiva (questionari, focus group, world café, ricerca-azione, comunicazione inclusiva, ...).
MECCANISMI OPERATIVI IRRINUNCIABILI			
Nodo 6. Valorizzare il Punto Unico di Accesso come porta d'accesso integrata sia ai servizi sanitari, sia sociali, sia socio-sanitari, anche attraverso forme organizzative flessibili, che tengano conto delle specificità locali (esempio Punto Unico di Accesso itinerante o diffuso).			
CRITERIO 1: Attivazione e organizzazione del Punto Unico di Accesso			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Presenza di un PUA attivo	Nella Casa della Comunità è attivo il Punto Unico di Accesso almeno 6 giorni su 7 per 6 ore/die.	Carta dei Servizi Casa della Comunità.	Nella Casa della Comunità è attivo il Punto Unico di Accesso 7gg/7 per 10/12 ore/die.
Indicatore 2: Modalità organizzativa	Nella Casa della Comunità è attiva una modalità operativa del Punto Unico di Accesso che consenta di accogliere le persone, effettuare una prima analisi del bisogno, orientarle nella rete dei servizi ed avviare la presa in carico ove necessario a partire dalla valutazione multidimensionale.	Calendario aperture Punto Unico di Accesso, anche con modalità itineranti/diffuse, segnalazioni da sedi periferiche al Punto Unico di Accesso della Casa della Comunità; rilevazione delle diverse tipologie di attività del Punto Unico di Accesso.	Oltre che nella Casa della Comunità, il Punto Unico di Accesso è articolato in relazione alle specificità territoriali nei diversi Comuni/quartieri, secondo un calendario mensile concordato con l'Ambito/i Comuni e pubblicizzato alla popolazione. Esistenza di diversi punti informativi/di attivazione. I servizi specifici già presenti condividono le informazioni e gli strumenti per orientare le persone nella rete dei servizi, attivando in back office quelli necessari per rispondere ai bisogni rilevati o per attivare la valutazione di secondo livello.

CRITERIO 2: Integrazione socio-sanitaria e modalità operative			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Livello di integrazione socio-sanitaria del PUA	Il Punto Unico di Accesso accoglie le persone e i loro bisogni e le orienta/accompagna verso l'attivazione dei servizi della Casa della Comunità e dell'Ambito, previa Valutazione Multi Dimensionale per i casi complessi.	Elenco servizi attivabili dal Punto Unico di Accesso.	Accoglie le persone e i loro bisogni e le orienta/accompagna verso tutti i servizi della rete sanitaria, sociosanitaria, sociale e della comunità, previa Valutazione Multidimensionale per le situazioni complesse.
Indicatore 2: Presenza di personale multiprofessionale	È garantita la presenza di infermiere, assistente sociale e amministrativo.	Elenco personale e turni Punto Unico di Accesso.	Tutti gli operatori della Casa della Comunità, compreso l'assistente sociale dell'ambito, partecipano alla gestione del Punto Unico di Accesso.
Indicatore 3: Presenza di una mappa aggiornata delle risorse del territorio	Disponibilità della mappa aggiornata per ogni Casa della Comunità con l'elenco dei professionisti, dei servizi e delle risorse del territorio, completo di referenti, sedi e contatti.	Presenza della mappa completa e aggiornata (almeno ogni 3 mesi), delle risorse del territorio, con schede analitiche per ogni servizio/risorsa.	Il Punto Unico di Accesso, come l'Équipe di Valutazione Multidimensionale, si avvale della mappa aggiornata e completa dei servizi interni alla Casa della Comunità/al Distretto e di quelli presenti nel territorio. Per ogni servizio è disponibile una scheda informativa che prevede la tipologia di servizio erogato, i requisiti di accesso, il territorio di operatività, le modalità di attivazione, i recapiti telefonici e mail, i nomi dei referenti, eventuali moduli e strumenti informativi disponibili, le principali FAQs. Sono mappate anche le risorse della comunità, formali e informali.
Nodo 7. Rafforzare l'Équipe di Valutazione Multidimensionale con procedure condivise e ruoli chiari, quale strumento di integrazione operativa tra componente sanitaria e sociale, per garantire una presa in carico globale e la continuità assistenziale ospedale-territorio (anche avvalendosi della Centrale Operativa Territoriale – COT); attivare sistematicamente il case manager per ogni caso complesso.			
CRITERIO 1: Struttura e composizione dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>

Indicatore 1: Presenza dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale attiva nella Casa della Comunità	L'Équipe di Valutazione Multidimensionale della Casa della Comunità è formalmente definita.	Presenza elenco aggiornato dei professionisti Équipe di Valutazione Multidimensionale (équipe di Base e équipe allargata).	L'Équipe di Valutazione Multidimensionale del Distretto, formalmente definita, è articolata per ogni Casa della Comunità/Microarea. Per ogni Casa della Comunità/Microarea sono indicati i nomi dei professionisti di riferimento.
Indicatore 2: Composizione multidisciplinare della Équipe di Valutazione Multidimensionale	L'Équipe di Valutazione Multidimensionale prevede la presenza dell'équipe di base: infermiere, assistente sociale del Distretto e dell'Ambito, medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, amministrativo.	Presenza elenco aggiornato dei professionisti Équipe di Valutazione Multidimensionale (équipe di base e équipe allargata).	Oltre all'équipe di base, è operativa l'équipe allargata: sono identificati altri professionisti, attivabili per specifiche esigenze, quali fisioterapista, medici specialisti, psicologo, medico del Distretto/Casa della Comunità...
Indicatore 3: Presenza di una mappa aggiornata delle risorse del territorio	Disponibilità della mappa aggiornata per ogni Casa della Comunità con l'elenco dei professionisti, dei servizi e delle risorse del territorio, completo di referenti, sedi e contatti.	Presenza della mappa completa e aggiornata (almeno ogni 3 mesi), delle risorse del territorio, con schede analitiche per ogni servizio/risorsa.	L'Équipe di Valutazione Multidimensionale si avvale della stessa mappa aggiornata e completa dei servizi interni alla Casa della Comunità/al Distretto e di quelli presenti nel territorio, usata anche dal Punto Unico di Accesso (vedi nodo 6, criterio 2, indicatore 3).
CRITERIO 2: Funzionamento operativo e presa in carico			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Frequenza delle riunioni EVM	Oltre ai quotidiani confronti operativi, i componenti dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale si incontrano almeno una volta al mese per condividere gli aspetti e gli orientamenti organizzativi e per la discussione dei casi complessi in carico, secondo un calendario definito e concordato.	Numero incontri Équipe di Valutazione Multidimensionale; presenza calendario incontri.	Oltre ai quotidiani confronti operativi, i componenti dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale si incontrano almeno una volta al mese per condividere gli aspetti e gli orientamenti organizzativi e una volta alla settimana per discutere dei casi complessi in carico, secondo un calendario definito e concordato.

Indicatore 2: Presenza di un case manager per casi complessi	Per ogni caso complesso è identificato l'operatore di riferimento, in funzione dei bisogni prevalenti.	I Piano Assistenziale Individuale delle persone con bisogni complessi in carico riportano il nome dell'operatore di riferimento/del case manager individuato e sono periodicamente aggiornati.	Per ogni caso complesso è identificato il case manager, in base ai bisogni prevalenti. Il case manager è punto di riferimento per l'équipe curante e per i familiari, aggiorna periodicamente il Piano Assistenziale Individuale in funzione del monitoraggio degli obiettivi e coordina gli interventi previsti.
Indicatore 3: Esistenza di procedure di dimissione protetta	E' implementato organizzativamente nella Casa della Comunità il protocollo per le ammissioni e dimissioni protette definito a livello di Azienda Socio Sanitaria Territoriale e Distretto/Ambito Territoriale.	Presenza protocollo ammissioni e dimissioni protette; N° incontri realizzati per condividere strumenti e procedure (con direzioni/coordinatrici/personale delle strutture di ricovero e cura, personale Équipe di Valutazione Multidimensionale/Centrale Operativa Territoriale, referenti dell'ambito); N° dei casi di non conformità intercettate e analizzate.	Oltre alla presenza del protocollo formalizzato, sono messe in campo strategie operative per intercettare precocemente le persone fragili che necessitano di accompagnamento per la dimissione e/o l'ammissione ospedaliera. Sono monitorati e analizzati congiuntamente da Équipe di Valutazione Multidimensionale/Centrale Operativa Territoriale, équipe dimissione protetta e coordinatore dell'Unità Operativa interessata tutti i casi non intercettati nei tempi previsti dal protocollo (per esempio: segnalazioni e accessi in Équipe di Valutazione Multidimensionale dopo dimissione, ricoveri e accessi in Pronto Soccorso ripetuti, etc.)
Nodo 8. Attivare in ogni Microarea, con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità, le connessioni tra tutte le risorse già presenti: Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia Libera Scelta e loro eventuali collaboratori infermieristici e amministrativi, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Psicologi, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali eventualmente presenti, volontariato locale; si potrebbe così costituire l'équipe multiprofessionale-multisetoriale di base, che deve essere funzionalmente connessa alla Casa della Comunità.			
CRITERIO 1: Connessioni operative tra gli operatori della Microarea			
	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard

Indicatore 1: Esistenza di connessioni tra gli operatori della microarea	Per ogni Microarea la Casa della Comunità attiva periodicamente momenti di condivisione, confronto e formazione tra i professionisti di riferimento: Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, infermieri, assistenti sociali, farmacisti, specialisti, psicologi, amministrativi.	Numero incontri/iniziative realizzate con elenco partecipanti.	Per ogni Microarea la Casa della Comunità attiva con cadenza almeno mensile momenti di condivisione, confronto e formazione che coinvolgono tutti i professionisti di riferimento: Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, infermieri, assistenti sociali, farmacisti, specialisti, psicologi, amministrativi.
LEVE GESTIONALI FONDAMENTALI			
Nodo 9. Valorizzare i professionisti e investire sulla formazione dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità attraverso un processo orizzontale e permanente di apprendimento sul campo per la condivisione dei valori e dei linguaggi e per orientare l'operatività e l'organizzazione mediante la rielaborazione di quanto si sta sperimentando nella pratica quotidiana; promuovere una cultura della valutazione come pratica condivisa di miglioramento continuo. Ciò significa impostare il processo di apprendimento riducendo il condizionamento dei ruoli professionali con un setting connotato da bassa formalità, alta attivazione cognitivo-emotiva, forte coinvolgimento narrativo e centralità dell'esperienza del gruppo.			
CRITERIO 1: Attivazione di percorsi formativi			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Realizzazione di momenti di formazione dell'équipe multiprofessionale e multisettoriale della Casa della Comunità	E' previsto e realizzato un piano annuale di formazione di tutto il personale della Casa della Comunità coordinato con il piano formativo di Azienda Socio Sanitaria Territoriale e le iniziative di formazione dell'Ambito.	Piano di formazione. Numero e descrizione delle iniziative realizzate.	Oltre agli eventi su tematiche specifiche, il piano di formazione prevede, e sono sistematicamente realizzati in ogni Casa della Comunità, momenti di formazione sul campo che, a partire dall'analisi dell'operatività quotidiana, aiutano il gruppo di lavoro a consolidarsi e a orientarsi verso obiettivi e valori condivisi, in linea con le progettualità in corso. I percorsi coinvolgono tutti gli operatori della Casa della Comunità .
CRITERIO 2: Promuovere una cultura della valutazione come pratica condivisa di miglioramento continuo			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>

Indicatore 1: Implementazione di strumenti di monitoraggio	L'équipe della Casa della Comunità adotta strumenti di monitoraggio su obiettivi, operatività, organizzazione ed esiti degli interventi. Il report di sintesi viene restituito all'équipe.	Numero degli incontri; report di monitoraggio.	L'équipe della Casa della Comunità adotta strumenti di monitoraggio su obiettivi, operatività, organizzazione ed esiti degli interventi. L'équipe si incontra per valutare e riflettere sul report di sintesi, su casi e situazioni che hanno presentato criticità.
Nodo 10. <i>Sviluppare strumenti e procedure locali che permettano di condividere le informazioni essenziali relative alle singole persone prese in cura (valutazioni di base, servizi attivi, diario dei contatti), attraverso un accordo tra Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e Ambito Territoriale Sociale, in attesa del pieno funzionamento del Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT).</i>			
CRITERIO 1: Disponibilità di sistemi di raccordo condivisi			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Condivisione di informazioni relative alle persone prese in carico	Presenza di strumenti di raccordo definiti tra professionisti per condividere, in tempi adeguati, le informazioni sulle persone in carico (valutazione di base), sui servizi attivi (sia sociali che sanitari) e sugli operatori di riferimento.	Accordi definiti per la condivisione delle informazioni.	Presenza di un sistema informativo condiviso tra Casa della Comunità, Servizi Sociali, Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Ambiti Territoriali Sociali, ...
CRITERIO 2: Utilizzo dei dati per programmazione e presa in carico			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Disponibilità e accessibilità dei dati	I dati derivanti dalla mappatura sono articolati per livelli territoriali e sono accessibili tramite report periodici.	Banca Dati Assistiti, dati Piano di Zona e Piano di sviluppo del Polo Territoriale. Disponibilità report e/o sistemi di interfaccia dinamici. Gli operatori conoscono come accedere e sono abilitati.	I dati derivanti dalla mappatura sono articolati per Distretto, territorio della Casa della Comunità e Microarea, e il database è accessibile attraverso un sistema di autenticazione.
Indicatore 2: Utilizzo dei dati per la programmazione	I programmi e i progetti della Casa della Comunità sono sviluppati, oltre che dalle indicazioni normative, anche a partire dai dati derivanti dalla mappatura.	Report annuale che raccoglie i risultati del sistema di monitoraggio (vedi nodo 11, criterio 1, indicatore 1).	I programmi e i progetti della Casa della Comunità sono sviluppati e declinati nelle Microaree a partire dall'analisi congiunta dei dati disponibili, oltre che dalle indicazioni normative.

Nodo 11. Monitorare con sistematicità le attività e i risultati della Casa della Comunità mediante un sistema di indicatori di salute, di presa in cura, di integrazione e di attivazione comunitaria, utilizzando un set minimo di indicatori semplici, condivisi, anche provenienti da informazioni raccolte “dal basso”, ovvero da operatori, cittadini, realtà territoriali.			
CRITERIO 1: Presenza di un sistema di monitoraggio			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Presenza di un sistema di monitoraggio attivo	La Casa della Comunità dispone del set di indicatori per monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione.	Attivazione di un sistema di indicatori di monitoraggio per ogni Casa della Comunità/microarea. Articolazione degli indicatori per struttura, processo ed esito. Report annuale che raccoglie i risultati del sistema di monitoraggio.	Il set di indicatori è, almeno in parte, sotto-articolato per ogni microarea della Casa della Comunità, in funzione delle peculiarità dei singoli territori. Gli indicatori sono articolati per struttura, processo ed esito.
CRITERIO 2: Utilizzo degli indicatori per decisioni operative			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Analisi ed utilizzo dei dati per decisioni operative	Gli indicatori sono utilizzati per definire, monitorare e aggiornare la programmazione annuale degli obiettivi della Casa della Comunità.	Evidenza dell'analisi degli indicatori per la programmazione organizzativa. Presenza report annuale.	Il monitoraggio è utilizzato per una valutazione continua e una rimodulazione degli obiettivi della Casa della Comunità.
Nodo 12. Allargare lo sguardo: costruire collegamenti con altre realtà professionali e territoriali per creare alleanze significative, anche oltre i propri confini operativi-professionali e territoriali, per condividere buone prassi e soluzioni già sperimentate. Istituire momenti periodici di restituzione pubblica dei risultati delle Case della Comunità, attraverso la presentazione di report di attività in iniziative aperte alla cittadinanza, e garantire la pubblicazione accessibile dei dati sull'utilizzo dei servizi su piattaforme dedicate.			
CRITERIO 1: Scambio e confronto con altre realtà			
	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Presenza di reti di scambio con altre Case della Comunità	Il modello organizzativo e l'operatività della Casa della Comunità sono oggetto di confronto periodico a livello di Distretto/Azienda Socio Sanitaria Territoriale.	Numero incontri tra Distretti/Case della Comunità interni ed esterni al territorio Azienda Socio Sanitaria Territoriale.	Oltre al confronto nell'ambito del territorio dell' Azienda Socio Sanitaria Territoriale, sono attivi collegamenti con altri territori per condividere buone prassi.
CRITERIO 2: Restituzione pubblica e comunicazione verso la cittadinanza (vedi nodo 5, criterio 2)			