

LE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI E MULTIDISCIPLINARI NELLE CASE DELLA COMUNITA'

Linee di indirizzo tecniche

Bozza Consultazione Pubblica

17 aprile 2026

Sommario

1. BACKGROUND.....	2
2. SCOPI E AMBITO DI APPLICAZIONE	3
4. EVOLUZIONE STORICA ED EVIDENZE DI LETTERATURA.....	5
5. EVOLUZIONE NORMATIVA ED ESPERIENZE ITALIANE	7
6. COMPOSIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE.....	9
6.1 Composizione dell'équipe	9
6.2 Leadership dell'équipe nel contesto della Casa della Comunità	12
7. MODALITÀ DEL LAVORO DELLE ÉQUIPE.....	14
8. MOMENTI CENTRALI DEI PROCESSI OPERATIVI DEL LAVORO DI ÉQUIPE	17
9. STRUMENTI PER IL TEAM WORKING.....	34
10. QUALITÀ DELLE RELAZIONI NELL'ÉQUIPE.....	40
11. MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E SVILUPPO	43
Bibliografia	48
APPENDICI	53
AUTORI.....	58
REVISORI.....	58

1. BACKGROUND

L'affermarsi delle potenzialità dell'Assistenza Primaria come asse fondamentale del rinnovamento del Servizio Sanitario nazionale, pubblico ed universalistico, impone modalità di servizio adeguate al cambiamento sanitario, sociale e professionale.

La letteratura scientifica e i documenti di indirizzo strategico di molti Paesi convergono nel **riconoscere il lavoro in équipe multiprofessionale come elemento strutturale per rispondere alla complessità dei bisogni di salute delle persone e delle comunità** che riguarda tutte le forme di cura per far fronte ai cambiamenti in atto, quali evoluzione dei bisogni, incremento delle multicronicità, avanzamento e sub specializzazione delle conoscenze, disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati.

L'attività multidisciplinare e multiprofessionale, pertanto, si sta proponendo come il modello ordinario di gestione con équipe dalla composizione variabile in ragione delle competenze necessarie a trattare bisogni di specifiche della popolazione (1).

Sebbene il lavoro monoprofessionale (single-practice) abbia ancora alcuni limitati ambiti di applicazione, non si può fornire una risposta efficace lavorando individualmente.

Già dal 2009 è emerso che *“Il team interprofessionale di cure primarie rappresenta il modello necessario affinché le realtà contemporanee possano assistere con successo i pazienti a fronte del crescente carico di lavoro sopra descritto”* (2). Questi team sfruttano le competenze e l'esperienza dei singoli membri — clinici e non solo — per erogare in modo efficiente l'assistenza primaria di alta qualità, secondo la sua definizione in continua evoluzione (3).

Le Case della Comunità rappresentano il luogo elettivo affinché avvenga questo approccio congiunto, contestuale e integrato, in cui non si lavora più “in serie” (un professionista dopo l'altro) ma “in parallelo” (un professionista a fianco dell'altro) e “intrecciato” (un professionista insieme all'altro). L'interrelazione tra i professionisti, ovvero mettere insieme e in stretta collaborazione, garantisce uno scambio costante tra relazioni e competenze, permettendo di lavorare, a seconda dei momenti in serie, in parallelo, interconnessi. Tale relazione reciproca tra professionisti, permette di sviluppare un'interdipendenza generativa, che consente di superare i limiti di comprensione e di azione dei singoli professionisti.

Tale approccio è del tutto analogo a quanto già avviene in alcuni ambiti ospedalieri, quali le terapie intensive, i trauma team o le *breast unit* dove le azioni dei singoli non sono separate, ma effettuate in un momento unico.

Anche nell'assistenza primaria in Italia esistono esperienze d'avanguardia già attive da tempo che, seppur con modalità informali e non strutturate, sostengono la solidità e la fattibilità di questo approccio.

Affrontare con tale approccio la sfida dell'assistenza primaria consente di ottenere risultati migliori per la salute dei pazienti e delle comunità, per la fiducia dei cittadini verso il servizio pubblico, contribuendo a sostenere il carico fisico ed emotivo degli operatori ed il benessere nel luogo di lavoro.

2. SCOPI E AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si propone di fornire principi di riferimento e linee di indirizzo per la pratica concreta dei team interprofessionali e multidisciplinari (o équipe o squadre multiprofessionali) di assistenza primaria che operano all'interno delle Case della Comunità, basando tali indirizzi su evidenze di letteratura nazionale e internazionale e su alcune esperienze italiane precorritrici, descrivendo inoltre alcuni strumenti organizzativi raccomandati affinché il team working funzioni in modo interprofessionale.

È un documento di avvio che nel tempo permetterà la costruzione e crescita di un modello italiano di team work nelle Case della Comunità e, in forma più estesa, nell'assistenza primaria. L'ambito di applicazione è infatti costituito dal setting delle Case della Comunità, che opera nel suo insieme come équipe allargata nel cui interno operano veri e propri team interprofessionali che prendono in cura pazienti e utenti. Altre modalità di lavoro di team sono o potranno essere presenti in vari setting dell'assistenza primaria ma non formano oggetto del presente documento che è indirizzato specificamente al setting delle Case della Comunità.

Il documento si sofferma sia su aspetti infrastrutturali ma anche sulle componenti di relazione e su alcune dinamiche trasformative del processo di team building nelle Case della Comunità.

Questo documento non ha la pretesa di esaurire il tema del team work nelle Case di Comunità e nell'assistenza primaria, ma di costituire un punto di partenza che consentirà, attraverso l'effettivo svolgersi sul campo delle attività, di accumulare ulteriori esperienze e idee che potranno arricchire ed affinare le indicazioni. Si basa su una metodologia che attinge alla normativa esistente, alla letteratura e alle esperienze (vedi Appendice) che abbiano evidenziato risultati incoraggianti sugli esiti di salute e sulla fiducia del cittadino verso il servizio erogato.

Le indicazioni riportate non hanno valore cogente ma rappresentano un indirizzo che Regioni e Aziende Sanitarie adatteranno ai propri contesti locali.

3. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

ACN	<i>Accordo Collettivo Nazionale</i>
AFT	<i>Aggregazione Funzionale Territoriale</i>
CA	<i>Continuità Assistenziale</i>
CAU	<i>Centri di Assistenza e Urgenza</i>
CdC	<i>Casa della Comunità</i>
DGR	<i>Delibera della Giunta Regionale</i>
DM	<i>Decreto Ministeriale</i>
DPCM	<i>Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri</i>
IFoC	<i>Infermiere di Famiglia o Comunità</i>
LEA	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i>
MAP (=RUAP)	<i>Medico di Assistenza Primaria a ruolo unico (=MMG+MCA)</i>
MCA	<i>Medico di Continuità Assistenziale</i>
MCCP	<i>Medico di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie</i>
MMG	<i>Medico di Medicina Generale (=RUAP/MAP)</i>
NEA	<i>Numero Europeo Armonizzato 116117</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OMS (=WHO)	<i>Organizzazione Mondiale della Sanità (= World Health Organization)</i>
PAI	<i>Piano Assistenziale Individualizzato</i>
PCT	<i>Primary Care Team</i>
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PLS	<i>Pediatra di Libera Scelta</i>
PNRR	<i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i>
PPDTA	<i>Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale</i>
RUAP	<i>Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (=MAP; =MMG+MCA)</i>
SAI	<i>Specialista Ambulatoriale Interno</i>
UCCP	<i>Unità Complessa di Cure Primarie</i>

4. EVOLUZIONE STORICA ED EVIDENZE DI LETTERATURA

Già a partire dalla Dichiarazione di Alma-Ata (1978) è stata riconosciuta la centralità dell'assistenza sanitaria di base come primo livello di contatto delle persone con il sistema sanitario e come perno di un sistema orientato all'equità. Gradualmente la cultura organizzativa sanitaria evolve da una visione storicamente fondata sull'ospedale ad una espansione dei servizi territoriali con importanti trasformazioni della primary health care (PHC) votata ad affrontare bisogni complessi (cronicità, multimorbilità, fragilità, disuguaglianze) con risposte integrate e continuative, superando logiche episodiche e frammentate (4).

È pertanto di centrale importanza ricomporre identità e pratiche dei professionisti sanitari che operano sul territorio, al fine di promuoverne coordinamento ed integrazione crescente, tra di loro e con i professionisti sociali. La natura multidimensionale dei problemi richiede forte integrazione multiprofessionale che avviene se e solo se le professioni implicate utilizzano strutture linguistiche e semantiche compatibili e si relazionano sulla base di una reciproca legittimazione (5).

Esperienze di riforma post-pandemia hanno mostrato che l'efficacia della PHC aumenta quando la responsabilità assistenziale è "territorializzata" (popolazione e contesto), con équipe comunitarie multidisciplinari, protocolli operativi e strumenti digitali che supportano prevenzione, prossimità e integrazione con servizi sociali e specialistici (6).

Un'ampia letteratura attesta l'attuazione del lavoro di équipe nelle cure primarie (primary care team, PCT) in diversi paesi, cogliendone come tratto comune l'approccio "one-stop" con un insieme di risposte integrate sanitarie e sociali che possono soddisfare o organizzare la stragrande maggioranza delle esigenze assistenziali di una data popolazione.

Le revisioni indicano esiti eterogenei dei modelli basati su team multidisciplinari in cure primarie. Miglioramenti di accesso e processi di presa in carico sono frequenti, mentre la continuità relazionale può ridursi se non viene presidiata con scelte progettuali (micro-team, assegnazione, case management). Pertanto, l'efficacia dei team risulta dipendente da obiettivi e contesto (7).

Le dimensioni caratteristiche dell'Assistenza Primaria sono sintetizzate dalle "4C" di B. Starfield: primo contatto con i servizi, continuità, completezza, coordinamento. La letteratura recente le utilizza come dimensioni osservabili della qualità in PHC e come riferimento per progettare processi e strumenti dei team multiprofessionali (8).

Uno studio quasi-sperimentale in Finlandia conferma che, dopo l'introduzione di un modello MDT (Multidisciplinary Team), l'accesso ai servizi può migliorare in modo significativo (misurato con il terzo appuntamento disponibile), a fronte di risultati variabili sulla continuità tra centri: accesso e continuità devono essere governati come dimensioni distinte (9).

Il College of Family Physicians of Canada (CFPC) ha pubblicato nel 2022 una ricognizione di letteratura, anche grigia, su 28 potenziali best practice internazionali sui team interprofessionali. La review assume l'assistenza primaria ad alta qualità come fondamento di un sistema efficace ed efficiente, capace di migliori esiti a costi inferiori, e colloca al centro del modello, non il singolo professionista, ma il team multi-interprofessionale¹ (10).

Si evidenzia che in circa un terzo delle pratiche analizzate infermieri, assistenti sanitari e figure analoghe sono supportati ad estendere il proprio ambito operativo ("*top of license*"), assumendo

¹ La cornice metodologica si ispira al "Quadruple Aim": migliorare la salute della popolazione, ridurre i costi complessivi, migliorare l'esperienza del paziente e aumentare la soddisfazione degli operatori

compiti più ampi nel trattamento e nella gestione della cronicità. Le caratteristiche più frequenti delle best practice sono: accesso tempestivo (appuntamenti in giornata, orari prolungati, visite domiciliari, telemedicina e messaggistica sicura), offerta di servizi completi (prevenzione e gestione cronicità), focus su target di popolazione (es. over 65, persone vulnerabili o a basso reddito, cronicità complessa), e uso di cartelle cliniche elettroniche per coordinamento e monitoraggio (dashboard, panel, *population management*).

Nel campione di best practice, esempi citati includono esperienze statunitensi (tra cui Oak Street Health e Cityblock) orientate a popolazioni anziane o marginalizzate con telemedicina e interventi domiciliari; modelli svedesi di team-based care nei Primary Health Care Centres; esperienze australiane di Community Health Centres con focus su equità e stili di vita; e i General Outpatient Clinics (GOPC) di Hong Kong con protocolli standardizzati di *risk assessment* (RAMP) per il diabete.

L'OECD ha passato in rassegna le numerose esperienze internazionali di team working nell'assistenza primaria, considerandone la rilevanza per il pieno sviluppo del potenziale di questo fondamentale settore (11). Forme di servizio basate sui team di assistenza primaria sono presenti in quasi la metà dei Paesi OECD e ne viene raccomandata l'espansione come una delle quattro leve fondamentali, insieme alla digitalizzazione, ad incentivi e alla partecipazione dei pazienti.

Per popolazioni anziane fragili, il protocollo *Transcultural social-ethical-care model for dependent population in Mediterranean basin* (TEC MED) (12) propone un modello integrato che esplicita dimensioni sociali, etiche e transculturali e livelli di governance (macro/meso/micro), offrendo un riferimento metodologico per interventi multicomponente in contesti mediterranei (13).

5. EVOLUZIONE NORMATIVA ED ESPERIENZE ITALIANE

Anche in Italia sono state gettate ampie basi per lo sviluppo delle cure primarie e delle équipe multiprofessionali. Già nel Decreto Ministeriale 10 luglio 2007 “Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano” viene introdotta la sperimentazione del modello assistenziale delle "Case della Salute". Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella missione 6 salute prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale e finanzia la realizzazione delle Case della comunità la cui organizzazione è definita nel Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Il DM 77/2022 dedica ampio spazio all'équipe, richiamando quanto indicato dalla Direzione Generale della Commissione Salute Europea, nel 2014 (14), che definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Conseguentemente Il Decreto definisce l'équipe come una caratteristica obbligatoria delle CdC sia hub sia spoke in termini di Équipe multiprofessionali (Medico dell'assistenza primaria al tempo, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina di comunità e cure Primarie, medico della medicina dei servizi, infermiere, medico specialista, farmacista, psicologo, assistente sociale, ai quali occorre aggiungere altri professionisti sanitari quali ostetriche, tecnici della riabilitazione, logopedisti, dietisti, ecc).

“L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa”.

In diversi Piani nazionali settoriali, quali il Piano della Prevenzione, il Piano della Cronicità, il Piano Oncologico, il Piano Salute Mentale, il DPCM sui LEA, si parla spesso di multi-professionalità e di valutazione multidimensionale, principalmente da un punto di vista formale, senza fornire elementi concreti e puntuali circa il lavoro di squadra.

Il Progetto PON-GOV del Ministero della Salute, con il coordinamento scientifico di Agenas, dedicato a “Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità” (2023) (15) prevede le équipe multidisciplinari e multiprofessionali tra gli strumenti della riforma territoriale e ne riporta alcune esperienze italiane.

Gli indirizzi della Conferenza delle Regioni del 9 settembre 2025, “Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”, prevedono un approccio multiprofessionale nelle attività per la presa in carico. Viene, infatti, definito che *“Il carattere multiprofessionale dell'UCCP viene garantito attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”* (16).

Anche alcune normative regionali prevedono, anche se in forma sintetica, il lavoro di équipe:

- DGR n. 2128/2016 “Case della Salute: Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa”, Emilia-Romagna

- Delibera n. 664/2025 “Linee di indirizzo regionali per l’attivazione e il funzionamento delle Case della Comunità”, Friuli Venezia Giulia
- DA n. 1628/ 2024 “Indirizzi regionali per l’attivazione delle Case della Comunità hub pilota (fase sperimentale)”, Sicilia
- Deliberazione della Giunta Provinciale n. 413/2025 “Linee di Indirizzo sul funzionamento delle nuove strutture del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)”, Provincia Autonoma di Bolzano
- Deliberazione n. 1264/2025 "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità", Lazio
- DCA n. 161/2025 “Linee guida regionali per l’implementazione del modello organizzativo delle Case della Comunità”, Molise
- DGRT 1508/2022 “La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77” e PSSIR 2024-2026, Toscana
- Determinazione Dirigenziale n. 13BE.2025/D.00140 “Indirizzi regionali per l’attivazione delle Case di Comunità”, Basilicata
- Decreto Dirigenziale n. 483/2025 “Modello operativo delle Case della Comunità”, Campania
- Deliberazione n. XI / 6760 del 25/07/2022 “Modello organizzativo di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali”, Lombardia.

Un richiamo al team multiprofessionale come motore della medicina d’iniziativa per la gestione proattiva delle cronicità si ritrova anche negli allegati 1 e 11 dell’Accordo Collettivo Nazionale 2022-2024 dei Medici di Medicina Generale e nell’Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali , così come all’art.47 del recente Accordo Collettivo Nazionale 2022-2024 dei Pediatri di Libera Scelta, dove si specifica ulteriormente che *“nella Casa della Comunità il PLS contribuisce ai percorsi condivisi di attività di educazione e prevenzione sanitaria nonché ai percorsi condivisi di integrazione multiprofessionale”*.

Nonostante queste indicazioni normative, la concreta applicazione organizzativa resta al momento episodica ed esperienziale. Le schede riportate in appendice descrivono, senza intenti sistematici, alcune esperienze italiane che mostrano maggiore sviluppo delle équipe.

Solo in forma iniziale si osserva un’evoluzione professionale degli operatori coinvolti. Interessanti iniziative formative accademiche sono state sviluppate presso diverse università, tra cui a titolo di esempio si riportano il Master in Family or Community Nurse (Università degli Studi di Padova), il Master in Salute Collettiva: teorie e pratica del community health approach (Università di Parma), il Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità (Università di Ferrara), il Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità (Università di Genova), ed altre.

Questi master mettono insieme competenze diverse, sono luoghi di formazione multiprofessionale, così come anche per l’impianto del corso PNRR per il middle management.

L’associazione Prima la Comunità mette a disposizione per la realizzazione delle Case della Comunità, presso il proprio sito, i risultati in continuo aggiornamento del “Laboratorio Nazionale: Acceleratore dell’innovazione nelle Case della Comunità”² ,finalizzato al monitoraggio, all’analisi, alla modellizzazione e alla diffusione delle soluzioni innovative di welfare territoriale.

² Promosso dall’Associazione “Prima la Comunità” e condotto da Silvia Pilutti, Roberto Di Monaco e Marzia Ravazzini. [Laboratorio nazionale: acceleratore dell’innovazione nelle Case della Comunità - Prima la Comunità](#)

6. COMPOSIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

6.1 Composizione dell'équipe

Le équipe o team possono essere definiti come **un insieme distinguibile di due o più persone che interagiscono in modo dinamico, interdipendente e adattivo verso un obiettivo/scopo/missione comune e apprezzato** (17).

Al fine di garantire il coinvolgimento appropriato delle competenze, e di ottimizzare ed efficientare le risorse presenti (18), è necessario un approccio che permetta di avere un équipe flessibile (19), con un nucleo stabile e con membri che possono variare a seconda delle competenze richieste dal bisogno espresso dall'utente, dalla situazione del territorio e in considerazione delle risorse professionali disponibili.

L'équipe multiprofessionale può essere quindi considerata come un'organizzazione a “geometria variabile”, anche in grado di sfumare le competenze individuali per valorizzare il lavoro congiunto e prestare attenzione al bisogno ed alle sue soluzioni, interagendo con altri attori coinvolti nel processo di presa in carico (assistente sociale, IFoC, ma anche reti sociali dell'utente) **e riuscendo a cogliere problematiche sociali a partire da un accesso sanitario e viceversa.**

Distinguiamo pertanto un **nucleo di lavoro stabile ed essenziale, chiamato équipe di base, e una forma organizzativa più allargata e variabile definita équipe allargata** (20).

In funzione del bacino d'utenza e delle linee di attività che si svolgono, ogni CdC può avere una o più équipe di base o allargata.

L'équipe di base è composta da un **Medico di assistenza Primaria (MAP) o Pediatra di Libera Scelta (PLS), Infermiere, Assistente Sociale, figura per il supporto amministrativo.**

Tali professionisti rappresentano l'unità minima essenziale affinché avvenga la presa in cura della comunità di un territorio.

L'équipe allargata rappresenta una forma più ampia di team che coinvolge ulteriori figure sanitarie e sociali sulla base di specifici bisogni rilevati, tra cui:

- Medico specialista (es. cardiologo, pneumologo, diabetologo, oculista, nefrologo, dermatologo), operante nella Casa della Comunità, anche tramite telemedicina o in raccordo con le strutture ospedaliere, per la gestione di patologie ad elevata diffusione
- Medico di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP), per la presa in carico di pazienti fragili e con bisogni complessi
- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), per il monitoraggio e la gestione territoriale dei bisogni assistenziali
- Professionisti delle cure domiciliari e delle cure palliative, per la presa in carico di pazienti con bisogni assistenziali avanzati
- Professionisti della riabilitazione (es. fisioterapista, tecnico della riabilitazione), per i percorsi riabilitativi
- Dietista, per la gestione di problematiche nutrizionali e alimentari
- Ostetrica e/o psicologo, per il supporto alla gravidanza e alla genitorialità
- Farmacista, per la gestione di terapie farmacologiche multiple o complesse
- Professionisti della salute mentale dall'infanzia all'età adulta (psicologo, operatori del Centro di Salute Mentale, neuropsichiatra infantile), per la presa in carico dei bisogni psicologici e psichiatrici

- Caregiver, nei casi di non autosufficienza o bisogni complessi in età adulta o evolutiva

Gli stessi professionisti possono prendere parte a più équipe di base, ma è raccomandata la stabilità della composizione di una équipe di base quale riferimento costante per il paziente.

Riquadro 1. Attori, la professionalità e i ruoli all'interno dell'équipe multiprofessionale

Figura coinvolta	Professionalità	Ruolo all'interno dell'équipe
Medico di Assistenza Primaria (MAP/RUAP)	Medico in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale (o titolo equipollente). Il medico di medicina generale rappresenta una figura centrale nella tutela della salute individuale e collettiva, adottando un approccio globale sia nelle attività di prevenzione che nella gestione clinica. Garantisce la valutazione diagnostica, la prescrizione e l'appropriatezza di esami e terapie, la gestione delle condizioni acute e la presa in carico proattiva della cronicità e della fragilità, inclusa l'assistenza domiciliare quando necessario.	È il referente clinico principale dell'assistito, titolare del rapporto fiduciario e responsabile della gestione complessiva del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale lungo tutto l'arco della vita. Il suo ruolo comprende la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle patologie acute e croniche, in coerenza con i bisogni di salute e le risorse della comunità di riferimento. Favorisce la continuità assistenziale e facilita l'accesso alle strutture sanitarie, operando in integrazione con infermieri, specialisti e servizi sociali. Contribuisce alla gestione delle cure non differibili, alla presa in carico delle malattie croniche e alla definizione e attivazione dei relativi percorsi, anche mediante l'utilizzo della diagnostica di primo livello ³ .
Pediatra Libera Scelta (PLS)	Medico specialista in Pediatria (o disciplina equipollente). Professionista con competenze cliniche, preventive e relazionali nell'ambito della salute dell'età evolutiva. Opera con un approccio globale e continuativo alla salute del minore, integrando aspetti clinici, educativi e socio-ambientali, con particolare attenzione alla prevenzione, alla promozione della salute e all'individuazione precoce dei fattori di rischio.	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico principale del minore nel rapporto fiduciario con la famiglia, responsabile del percorso diagnostico-terapeutico e della presa in carico globale dalla nascita all'età evolutiva. Assicura gestione dell'acuzie, follow-up delle condizioni croniche e fragilità, sorveglianza di crescita e sviluppo, identificazione precoce di segnali di rischio e orientamento ai percorsi specialistici appropriati. Svolge counseling preventivo (incluse vaccinazioni secondo i programmi regionali), educazione sanitaria e sostegno alla genitorialità, integrando aspetti clinici, relazionali e socio-ambientali.
Infermiere	Infermiere con laurea triennale, dotato di conoscenze e competenze tecniche, relazionali ed educative con le quali esercita l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa.	Referente e responsabile dell'assistenza infermieristica, della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Assistente Sociale	Assistente sociale, con laurea triennale, dotato di competenze relazionali, gestionali, organizzative, progettuali basate sia sulle metodologie di intervento del servizio sociale e di conoscenze in ambito giuridico, sociologico, psicologico ed economico.	L'assistente sociale si occupa dell'accoglienza delle persone e delle loro fragilità, delle famiglie di riferimento e della comunità. Svolge un ruolo finalizzato ad assicurare risposte adeguate ai bisogni delle persone e interventi multidisciplinari, interviene nello snodo dei percorsi e contribuisce a realizzare la continuità assistenziale dei sistemi sociosanitari, attraverso l'analisi dei bisogni sociali e sociosanitari e delle problematiche che possono rappresentare fattori di rischio prevalentemente a valenza sociale, soprattutto nei casi di cronicità complessa. Agisce per gli interventi di assistenza e sostegno a famiglie e soggetti fragili, in raccordo operativo con le articolazioni dei servizi sanitari aziendali e in collaborazione con il servizio sociale degli Enti Locali. Definisce e promuove processi di governance finalizzati a garantire un utilizzo equo ed efficace delle risorse destinate agli interventi di prossimità, con particolare attenzione alla prevenzione, al contrasto delle fragilità e al riconoscimento dei determinanti sociali della salute. Favorisce inoltre la collaborazione strutturata con i Comuni, attivando strumenti operativi condivisi (come le Conferenze di servizio), al fine di contribuire alla costruzione di un sistema di governance sociosanitario integrato e funzionale. Partecipa alla valutazione multidimensionale. Contribuisce alla progettazione di interventi personalizzati, anche per prevenire ricoveri impropri, e svolge un ruolo chiave nella prima valutazione dei bisogni sociali, familiari ed economici, supportando la gestione dei casi complessi e la circolazione delle informazioni.

³ Per maggiori dettagli si rinvia all'ACN 2022-2024

Figura coinvolta	Professionalità	Ruolo all'interno dell'équipe
Figura per il supporto amministrativo	Personale con formazione amministrativa e gestionale o con competenze in organizzazione dei servizi sanitari, gestione documentale, utilizzo dei sistemi informativi e normativa sulla privacy e sull'accesso ai servizi.	Svolge funzioni di supporto organizzativo e gestionale, facilitando l'accesso ai servizi e l'orientamento dell'utenza. Garantisce la gestione amministrativa dei percorsi assistenziali (prenotazioni, accettazione, gestione documentale), supporta il flusso informativo tra professionisti e contribuisce all'efficienza operativa della struttura. Collabora alla raccolta e sistematizzazione dei dati utili al monitoraggio delle attività e degli esiti, favorendo la continuità e l'integrazione dei percorsi (21) (22). Partecipa, quando necessario, alle riunioni di équipe, apportando un contributo organizzativo-amministrativo e condividendo elementi utili emersi nella funzione di front office, in quanto punto di osservazione privilegiato dei bisogni e delle criticità dell'utenza.
Medico di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP)	Medico specialista di Area medica, classe Medicina Clinica Generale e Specialistica, i cui ambiti di competenza professionali sono le cure primarie, la medicina generale, le cure palliative e l'organizzazione e la gestione e direzione dei servizi territoriali quali Distretti, Servizi/Unità di Cure Primarie e di Medicina di Comunità, case della salute, cure palliative territoriali, strutture residenziali intermedie non ospedaliere come gli Ospedali di Comunità, etc. (23)	Svolge funzioni cliniche, valutative e di presa in carico, sia in autonomia sia nell'ambito dell'équipe multiprofessionale, concorrendo alla valutazione multidimensionale dei bisogni di salute e alla definizione e al monitoraggio dei piani assistenziali integrati; opera, con competenze organizzative, allo sviluppo e governo dei percorsi assistenziali territoriali. Interviene, inoltre, nell'identificazione e analisi del bisogno come referente clinico degli ambulatori della Casa della Comunità, negli ambulatori dedicati alla cronicità e nella rete locale delle cure palliative (24), assicurando continuità assistenziale e integrazione tra professionisti, servizi e setting di cura.
Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	Infermiere che, oltre alla formazione di base, possiede esperienza e ha affrontato percorsi di formazione specifica in ambito di assistenza sanitaria territoriale in educazione sanitaria, gestione delle cronicità e loro in rete con i servizi sociali, via preferenziale gli infermieri che sono in possesso del titolo accademico specifico (Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità o affini). La professionalità del IFoC si esprime nella capacità di prendersi cura della persona, della famiglia e della comunità nel loro contesto di vita, promuovendo autonomia, continuità assistenziale e educazione alla salute (25).	Ruolo centrale all'interno dell'équipe multidisciplinare, funge da collegamento tra paziente, famiglia, comunità e i diversi servizi sanitari e sociali. Svolge un ruolo funzionale, di programmazione, di progettazione e assistenza infermieristica sia direttamente, che indirizzando ulteriori erogatori (processo multilivello), e contribuendo alla valutazione dei bisogni della persona nel contesto di vita, condividendo le informazioni con gli altri membri dell'équipe. Pianifica e attua gli interventi assistenziali, garantendo continuità delle cure e coordinando le attività sul territorio. Favorisce la comunicazione tra i membri dell'équipe, in quanto grazie alla sua visione globale della persona e allo stretto contatto con l'utenza, con la famiglia e con la comunità è in grado di monitorare l'andamento dei programmi di cura intrapresi dall'équipe.
Medico Specialista	Medico specialista per patologie ad elevata prevalenza: cardiologia, diabetologia, pneumologia/fisiopatologia respiratoria, nefrologia, geriatria, ginecologia, fisiatria, oculistica, dermatologia, ecc. (26)	Assume un ruolo in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della cronicità oggetto dell'intervento. La figura dello specialista ha un ruolo strategico in alcune fasi centrali del processo di presa in carico, dove le sue competenze tecniche fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Palliativista	Medico con formazione specialistica e/o con specifica qualificazione in cure palliative, acquisita attraverso percorsi formativi dedicati (es. master universitari in cure palliative e terapia del dolore) e/o esperienza documentata nella rete delle cure palliative. Possiede competenze avanzate nella gestione dei sintomi complessi, nel controllo del dolore e nella presa in carico globale della persona con patologie inguaribili ad andamento evolutivo.	È referente per la presa in carico dei pazienti con bisogni palliativi, contribuendo alla valutazione multidimensionale e alla definizione del piano assistenziale individualizzato (PAI). Garantisce il controllo dei sintomi e il supporto clinico nelle diverse fasi della malattia, in integrazione con MAP/PLS, infermieri e altri professionisti. Favorisce la continuità assistenziale tra i diversi nodi della rete cure palliative (domicilio, hospice, strutture residenziali, ospedali), supporta la famiglia e i caregiver e promuove un approccio centrato sulla qualità della vita, nel rispetto della dignità e delle preferenze della persona.
Professioni Sanitarie	Le professioni sanitarie quali, tra le altre, fisioterapista, dietista, tecnico della riabilitazione psichiatrica, ostetrica, hanno uno percorso universitario specifico con laurea triennale	I professionisti coinvolti possiedono competenze tecnico-scientifiche specifiche che possono rispondere in alcune fasi del percorso del paziente ai bisogni prevalenti espressi. Possiedono capacità di valutazione funzionale e ragionamento clinico, anche orientati all'empowerment del paziente e all'educazione.
Farmacista	Farmacista laureato che opera all'interno della casa di comunità o della farmacia territoriale	È referente per l'uso appropriato, sicuro ed efficace dei farmaci, contribuendo alla riconciliazione farmacologica, al monitoraggio dell'aderenza terapeutica e alla prevenzione delle interazioni e degli eventi avversi. Svolge attività di educazione sanitaria e counseling al paziente e al caregiver, favorendo l'empowerment e la corretta gestione delle terapie.
Psicologo	Psicologo con una laurea magistrale in Psicologia, dotato di basi teoriche e metodologiche relative ai processi cognitivi, allo sviluppo, alla psicologia clinica, sociale e del lavoro.	Garantisce una presenza integrata tra assistenza primaria e specialistica. Svolge una funzione di sintesi tra la componente clinica della salute e quella propria di comunità. Si occupa della promozione e prevenzione della salute comunitaria e del supporto nelle malattie somatiche. Fornisce consulenza e

Figura coinvolta	Professionalità	Ruolo all'interno dell'équipe
		formazione specifica ai diversi team professionali operanti nella struttura (27). Facilita l'accesso ai servizi per i disturbi emotivi comuni e la fragilità psicologica. Opera in raccordo costante con la salute mentale, i consultori e i servizi della rete. Valorizza la co-produzione di salute coinvolgendo le associazioni e il terzo settore locale (28) (29).
Pazienti e caregiver	Portatore di bisogni con potenziale necessità di assistenza progressivamente più elevata e continuativa Persona/persona che forniscono assistenza ad un paziente, informale o formale	Il paziente ed i caregiver sono coinvolti nell'équipe con una partecipazione attiva e consapevole alla presa in cura, attraverso le informazioni personali fornite ai professionisti sanitari ed attraverso la formazione mirata. Il paziente può far parte di gruppi di pazienti con simili bisogni ed essere rappresentato da familiari/caregiver riconosciuti. Pazienti e caregiver sono inclusi nelle modalità di co-valutazione dei processi e degli esiti.
Comunità e Istituzioni	Associazioni di pazienti, comitati di quartiere, ETS, ONG, ODV, municipi, dipartimenti	Pur non facendo parte direttamente delle équipe, Comunità ed Istituzioni partecipano attivamente al Board delle CdC per la co-programmazione e la co-progettazione di risposte sociosanitarie congrue a bisogni condivisi e comuni, attraverso metodi partecipativi definiti, calendario condiviso, <i>facilitazione situata</i> (30) (mediazione a cura di operatori formati e competenti) e accesso alla rendicontazione delle attività svolte.

6.2 Leadership dell'équipe nel contesto della Casa della Comunità

Si possono individuare due forme di leadership:

- **la leadership della CdC verticale** viene attuata direttamente dal direttore di distretto e attraverso il responsabile organizzativo e, ove previsto dalle regioni, con un coordinamento operativo della CdC. Essa crea le condizioni organizzative e strutturali affinché i team operino, agisce sugli elementi di sistema affinché supportino l'azione (risorse, regole organizzative, strumenti, ecc.) e soprattutto promuove e sostiene il cambiamento della cultura/mentalità organizzativa e la collaborazione.
- **la leadership della singola équipe, orizzontale e condivisa**, non è centrata su una figura unica, ma distribuita in base alle competenze e alle responsabilità. Essa assume, quindi, una forma collaborativa e condivisa. Questo modello favorisce corresponsabilità, fiducia reciproca e valorizzazione delle competenze professionali. È preferibile che tra i componenti del team sia presente un leader/facilitatore "dinamico" che svolga un ruolo di interfaccia operativa con il distretto e con la leadership verticale.

Le due forme di leadership debbono strettamente interagire per individuare e ridurre gli ostacoli e per favorire gli elementi di successo per i team (19).

La forma di leadership nelle strutture di riferimento (sanitarie, innanzitutto, ma anche sociali e del terzo settore) deve essere pertanto coerente ed innovativa. Essa è denominata in letteratura in modi diversi, come distribuita (31), adattiva (32), condivisa (33), servant leadership (34), ecc. In ogni caso svolge crescenti funzioni di facilitazione, assistenza, educative, di costruzione di architettura sociale, di costruzione di coerenza delle norme, ecc. per rendere efficace il lavoro di squadra, arretrando invece sotto il profilo dell'esercizio del comando gerarchico (dire a ciascuno cosa deve fare).

Il **case management** è una funzione svolta da un membro dell'équipe di base o allargata per casi complessi e/o di lunga durata, secondo il bisogno prevalente della persona presa in cura, può diventare referente/leader costante per il singolo caso.

Si osserva una crescente apertura di fiducia da parte dell'utente nei confronti del servizio o di un suo case/care manager, alimentato da una stabile e proattiva presa in carico da parte del servizio stesso (35).

Il case manager specifico (35) può, quindi, essere un medico, un infermiere o un assistente sociale o, in determinate situazioni, un altro professionista sanitario designato dall'équipe; viene individuato dall'équipe tenendo conto di:

- bisogno della persona (es. leadership medica clinico-specialistica per un problema che richiede cure specialistiche od ospedaliere)
- tempi di presa in cura (es. per pazienti cronici e fragili un case manager infermieristico o sociale).

Per gli aspetti diagnostico-terapeutici il **referente clinico del paziente** è il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria o il Pediatra di Libera Scelta.

6.3 Relazione tra distretto, Casa di Comunità e équipe

Le forme di leadership descritte rappresentano il motore affinché avvenga la presa in cura della comunità di riferimento. È tuttavia fondamentale che le Regioni individuino anche la struttura organizzativa di tali processi poiché anche da essa dipende la forza e la funzionalità delle équipe.

Un articolo che revisiona la strutturazione territoriale della PHC in Francia mostra infatti che il lavoro di équipe richiede un livello di coordinamento intermedio distrettuale che abiliti integrazione tra professionisti, strutture e partner locali (36).

In ambito italiano, APRIREnetwork propone un approccio operativo-organizzativo al governo dell'assistenza primaria, sottolineando il ruolo del distretto e la necessità di strumenti di governance, comunicazione e formazione continua per la presa in carico (37).

Le Regioni individuano, infatti, le forme concrete di gestione della Casa delle Comunità. Generalmente è il Direttore di Distretto che designa un Responsabile Organizzativo e un coordinamento composto da vari responsabili operativi e da un rappresentante dei medici delle AFT.

La partecipazione allargata delle istituzioni (Comune/Municipio, Dipartimento Politiche Sociali, ecc), degli attori sociali (ETS, Associazioni, Volontariato, comitati di quartiere ecc.) e in generale della Comunità trova luogo di sviluppo e sintesi in un **board o comitato di partecipazione della Casa della Comunità**. Esso è quindi un luogo di riferimento fondamentale anche per le équipe, perché sostiene la promozione, la co-progettazione e il coordinamento dei contributi dei diversi attori e del loro lavoro concreto sul territorio. Il Direttore di Distretto e il Comitato per la partecipazione, inoltre, si fanno portatori verso l'esterno della CdC della necessità di azioni di miglioramento dei determinanti socioeconomici della salute (*advocacy*).

7. MODALITÀ DEL LAVORO DELLE ÉQUIPE

Il lavoro in équipe nelle cure primarie non segue un modello statico, ma rappresenta un continuum dinamico di forme di integrazione/interdipendenza interprofessionali che si sposta da pratiche scarsamente coordinate a modelli totalmente integrati, forme che generalmente evolvono ma che talvolta, a fronte di ostacoli, possono regredire (38).

Accanto ai tradizionali modelli di lavoro in parallelo, si collocano modelli consultivi e collaborativi, in cui lo scambio di informazioni avviene in modalità dedicate per casi specifici (39). Il grado di integrazione aumenta significativamente nelle forme multidisciplinari e interdisciplinari⁴ (40). All'apice di questo continuum si trova il modello integrato, che tende a una piena condivisione degli orientamenti di cura e delle pratiche professionali. È soprattutto necessario superare le logiche di compartimento e valorizzare la complementarità dei ruoli. Questo clima di collaborazione permette di rispondere in modo più efficace e personalizzato ai bisogni della persona e della comunità tramite una condivisione delle competenze. Per comprendere appieno l'efficacia delle dinamiche di gruppo nelle cure primarie, la letteratura scientifica suggerisce di distinguere quattro tipologie fondamentali di interazione interprofessionale, basate su un approccio contingente di seguito riportate:

1. Il *teamwork* (lavoro di squadra) rappresenta la modalità a più alta intensità e presuppone una forte identità condivisa, una chiara definizione dei ruoli, l'interdipendenza tra i membri e una corresponsabilità diretta sugli esiti assistenziali.
2. La collaborazione interprofessionale si focalizza sull'interazione tra professionisti di diversi contesti per risolvere bisogni complessi del paziente attraverso la negoziazione e l'interazione continua. Tale modalità ha dimostrato di esitare in un impatto clinico significativo.
3. Il coordinamento è orientato principalmente alla gestione di attività sequenziali e all'integrazione delle prestazioni per evitare la duplicazione dei servizi e migliorare l'efficienza operativa del sistema. Si tratta di un coordinamento gerarchico di attività e professioni che operano in modo individuale e separato (come obiettivi, processi ed esiti).
4. Il *networking* (lavoro fluido di rete) costituisce la forma d'interazione più fluida, basata sullo *scambio* di informazioni e sulla creazione di collegamenti tra i vari professionisti (come servizi sociali, servizi ospedalieri o altre aree specialistiche mediche e non) per favorire l'integrazione tra i diversi livelli di cura e la comunità.

Nelle organizzazioni tradizionali è predominante il modello 3. Nelle organizzazioni innovative è ormai essenziale il *teamwork* (modello 1), potenziato da modalità del lavoro in rete (modello 4) per potenziare il rapporto con il contesto sociale e territoriale.

Auspiciabilmente le diverse forme di interazione professionale dovrebbero essere bilanciate e armonizzate intorno al lavoro di squadra e finalizzate alla costruzione di conoscenza reciproca e interdipendenze tra professionisti e organizzazioni diverse.

La realizzazione efficace di queste modalità è, però, influenzata dalla eterogeneità funzionale dei componenti del team. Se, da un lato, la varietà di competenze professionali potenzia le capacità di *problem-solving*, dall'altro può ostacolare la cosiddetta "elaborazione delle informazioni" a causa di linguaggi divergenti e barriere comunicative. In questo scenario, **la leadership e la co-localizzazione fisica** dei professionisti emergono come **fattori utili a mitigare i conflitti e promuovere una cultura di squadra** realmente integrata (41). Nel contesto organizzativo delle cure primarie, infatti, la co-localizzazione fisica dei professionisti (un elemento cardine delle Case della Comunità nel panorama italiano) agisce come un catalizzatore fondamentale, facilitando non solo gli incontri formali ma anche gli scambi informali che aumentano la comprensione reciproca dei ruoli e la fiducia. Quanto alla

⁴ Mentre l'approccio multidisciplinare può ancora riflettere compiti sequenziali spesso centrati sulla figura medica, quello interdisciplinare richiede un'identità condivisa, chiarezza dei ruoli e una responsabilità congiunta sui risultati di salute del paziente.

leadership, da altre esperienze emerge che, sebbene le figure infermieristiche siano spesso il "fulcro" del coordinamento e dello scambio di informazioni multiprofessionale, la persistenza di gerarchie mediche tradizionali può ancora limitare l'autonomia e l'efficacia operativa dei team interdisciplinari se non supportata da una formazione specifica alla collaborazione. È quindi stata sottolineata l'importanza di superare la logica monoprofessionale per focalizzarsi sulla condivisione.

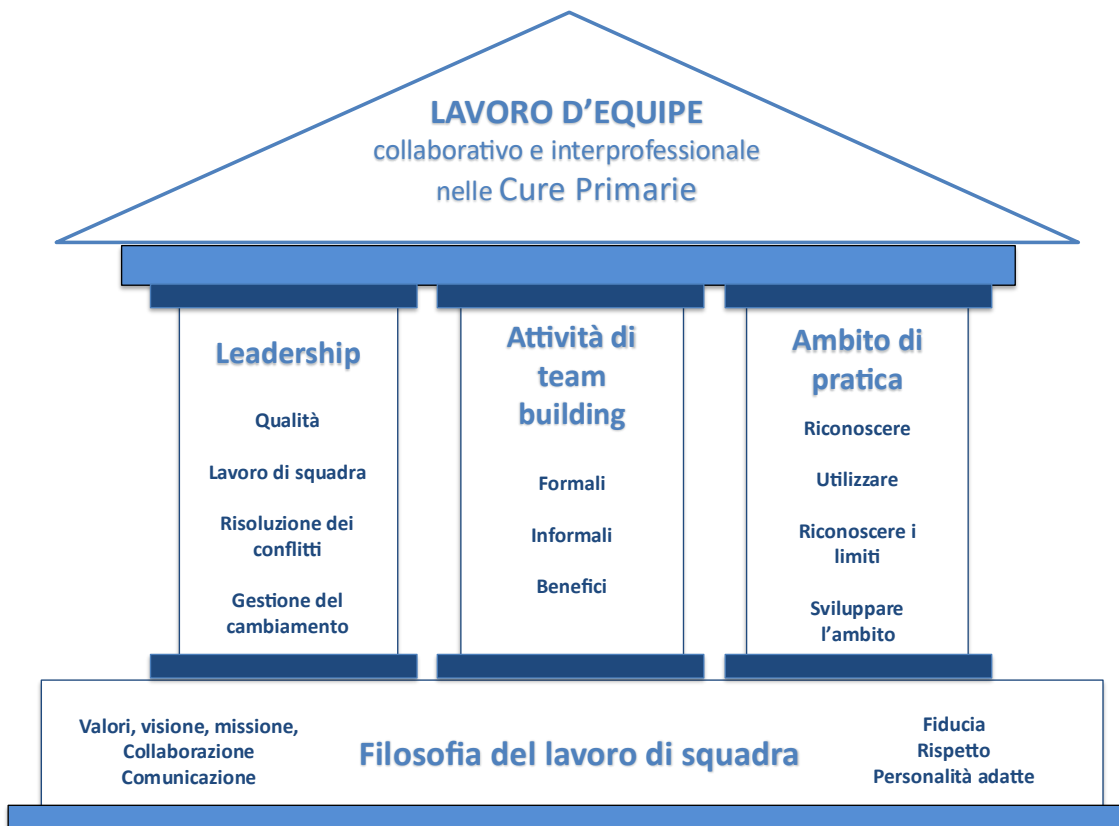
Il lavoro di squadra dovrebbe quindi mettere al centro del suo modo di funzionare la costruzione di **obiettivi comuni condivisi** (prevalenti e coordinati con gli obiettivi individuali) e la verifica degli esiti. La squadra stessa si dovrebbe assumere compiti di "sperimentazione" per migliorare, monitorando e verificando se ciò che viene fatto funziona.

Diventa inoltre essenziale **la gestione** e la rielaborazione comune **dei feedback** (dati e relazioni dirette), **in uno spazio di relativa autonomia** della squadra e dell'iniziativa dei suoi componenti. Questa progressiva consapevolezza dei risultati del lavoro comune coordinato è la base per la crescita della fiducia come patrimonio collettivo della squadra, anche rispetto alla capacità adattiva (personalizzazione verso i cittadini e i loro bisogni, adattamento ai cambiamenti del contesto). La squadra viene qualificata in questo modo da processi di elaborazione continua, emersione di conoscenza tacita, apprendimento ed elaborazione di decisioni anche attraverso la stesura di protocolli condivisi. Ciò genera crescita professionale, soddisfazione per la maggiore efficacia, capacità di fronteggiare il burnout, motivazione intrinseca.

L'équipe multi-interprofessionale si basa dunque sulla compresenza di professionisti diversi, ma richiede una pratica collaborativa strutturata, che rende compatibili linguaggi, obiettivi e responsabilità clinico-organizzative. Le evidenze qualitative mostrano che la collaborazione **prende forma nella quotidianità quando sono presenti fiducia reciproca, riconoscimento dei ruoli, comunicazione efficace e leadership condivisa** (42). In questo contesto il conflitto professionale (sostenuto da divergenze di punti di vista) dovrebbe trovare spazio per essere esplicitato, esprimere le sue potenzialità positive e trovare verifica empirica.

La ricchezza di risorse della squadra nasce dall'eterogeneità intrinseca ai componenti che la caratterizza (professione, esperienze pregresse, funzione svolta, genere, età, anche organizzazione di appartenenza, ecc.). Essere eterogenei ed elaborare insieme richiede di costruire prossimità cognitiva, linguistica, richiede sforzi adattivi ma consente anche di relazionarsi meglio con il contesto e le persone che hanno bisogni.

La figura seguente rappresenta in modo sintetico la modalità del lavoro di équipe e le sue principali componenti (basamento e pilastri) (43).



BOZZA

8. MOMENTI CENTRALI DEI PROCESSI OPERATIVI DEL LAVORO DI ÉQUIPE

L'attivazione dell'équipe e dei singoli professionisti avviene sulla base di criteri di appropriatezza clinica, assistenziale e sociale.

Identificazione del bisogno

Non sempre l'utenza è sufficientemente consapevole delle risposte possibili alla propria condizione per la quale i servizi sociosanitari sono chiamati a rispondere; pertanto, la prima fase operativa nei percorsi della Casa della Comunità è rappresentata dall'**identificazione del bisogno**, che può essere di natura sanitaria, sociale o sociosanitaria ed intercettato da vari nodi della rete, sia all'interno della Casa della Comunità, che sul territorio.

L'accesso è diverso a seconda del percorso che può essere programmato, come ad esempio per il follow up dei pazienti cronici, oppure incontri di promozione della salute (prevenzione) o non programmato (es. acuzie minori) oppure per persone con fragilità/non autosufficienza. In ogni caso, l'accesso avviene in uno spazio di accoglienza e smistamento con un desk e una figura amministrativa formata che accolga il paziente qualora non fosse già prenotato. Il personale per il supporto amministrativo, che fa parte dell'équipe, effettua quindi l'accoglienza, l'orientamento e l'accompagnamento del paziente.

Di seguito le tipologie di utenza che potrebbero afferire alla CdC (44):

- Assistito sano o apparentemente sano
- Paziente con acuzie minori, con necessità diagnostiche o terapeutiche
- Paziente cronico o multi-cronico non autosufficiente
- Paziente non autosufficiente e/o fragile

La prima fase di ingresso nei percorsi della Casa della Comunità è rappresentata dall'identificazione del bisogno. I punti di accesso e di identificazione dei bisogni sono molteplici, tanto sanitari quanto sociali (Riquadro 2).

Riquadro 2: Punti di intercettazione del bisogno

Punti di accesso per i bisogni	Azione
Medico di Assistenza Primaria (MAP) e Pediatra di Libera Scelta (PLS)	Referenti primari per l'intercettazione dei bisogni sanitari, per la stratificazione del rischio e per la presa in carico (45)
Ambulatorio medico e infermieristico della CdC	Nelle CdC hub e spoke è prevista una presenza medica e infermieristica h24 o h12 per tutta la popolazione
Punto Unico di Accesso (PUA)	Svolge funzioni di accoglienza, orientamento e prima valutazione. Assicura la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (46)
Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	Si occupa della presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali
Ambulatori medici specialistici nella CdC	Nelle CdC sono previste attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica di base: spesso il bisogno viene identificato in accesso diretto o su invio del medico curante. Hanno ruolo cruciale nell'attuazione dei Percorsi Preventivi-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PPDTA)
Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le Cure Non Urgenti 116117	La Centrale Operativa 116117, sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale
Infermieri dell'Assistenza Domiciliare (ADI) e Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	I servizi di assistenza domiciliari possono intercettare a domicilio bisogni latenti clinici e sociali complessi
Salute Mentale e Dipendenze (CSM/SerDP), Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA)	I servizi di salute mentale e dipendenze territoriali intercettano bisogni complessi (clinici-sociali) e concorrono alla presa in carico congiunta con la CdC e i servizi sociali, specie nei casi ad alta vulnerabilità
Consultori / Salute materno-infantile / Pediatria di Comunità	I servizi fungono da sentinelle precoci per bisogni sanitari e sociali (perinatali, adolescenza, violenza, fragilità familiari, genitorialità)
Punti Prelievo / Diagnostica di base in CdC	Attività "tecniche" che possono far emergere bisogni come nuove diagnosi, cronicità misconosciute, problematiche sociali
Farmacie dei servizi / farmacisti di comunità	Le farmacie territoriali sono presidi di prossimità capaci di rilevare aderenza terapeutica, interazioni farmacologiche, fragilità socioeconomiche, ecc.
Scuole, nidi e servizi educativi (rete infanzia-adolescenza)	Le istituzioni educative sono sentinelle sociali per bisogni psico-sociali e sanitari relativamente ai minori ed alla genitorialità (disagio, DSA, determinanti sociali), con attivazione di consultori, PLS/PUA e servizi sociali
Terzo settore, volontariato e associazioni di cittadini (sentinelle di comunità)	Il terzo settore individua bisogni socio-sanitari sommersi (isolamento, povertà, dipendenze) segnalandoli alle Istituzioni competenti
Servizi sociali, Sportelli comunali, anagrafe sociale, punti di ascolto territoriali	I servizi sociali comunali e loro servizi di front-office intercettano vulnerabilità (non autosufficienza, caregiver, marginalità) e attivano valutazioni condivise con CdC/PUA/UVM per presa in carico dei bisogni sociali (ad esempio emersione dalla povertà, isolamento sociale, accesso a liste per edilizia residenziale pubblica, manifestazione necessità assistenziali, riconoscimento del caregiver...)
Rete delle "sentinelle sociali"	Parrocchie, centri aggregativi, empori solidali, enti religiosi assistenziali, società sportive, cooperative, agenti comunitari che segnalano precocemente bisogni sanitari e sociali (povertà alimentare, housing, dipendenze), attivando canali PUA/servizi sociali/CdC.

Occorre tenere presente che non tutti i bisogni vengono esplicitati, per i motivi più vari. La persona può non essere consapevole di alcuni bisogni sanitari e sociali, oppure può averne consapevolezza ma non riuscire o ritenere di esplicitarli - avere timori, incapacità o vergogna, o essere in condizioni familiari complesse - in particolare in un primo contatto. Questo rende la capacità di osservazione e di ascolto particolarmente importante per inquadrare il bisogno reale (47). A volte la comprensione di un bisogno richiede la partecipazione congiunta di più professionisti, ad esempio di un infermiere e di un assistente sociale.

Letture del bisogno o valutazione multiprofessionale

Una volta intercettato ed inquadrato il bisogno, è necessario attivare una lettura qualificata da parte dei professionisti dell'équipe nella Casa della Comunità.

Il primo passo è il momento dell'accoglienza\orientamento da parte del front office generalmente amministrativo che attiva poi, quando necessario, un back office valutativo se sociosanitario o sanitario con invio del cittadino al percorso.

Per valutazioni monoprofessionali (solo sanitarie o sociali), la lettura avviene dal professionista più appropriato (medico, infermiere, IFoC, assistente sociale) che attiva direttamente le azioni e gli interventi di risposta al bisogno.

Nel caso di bisogni complessi, soprattutto se sociosanitari, occorre una valutazione congiunta multiprofessionale. Tale lettura è effettuata dal PUA, al cui interno è presente sia la componente sanitaria che sociale. Questa fase consente di trasformare la segnalazione iniziale nella risposta al bisogno o in una valutazione multiprofessionale strutturata, orientata alla definizione del livello di complessità del bisogno e alla scelta del percorso più idoneo, anche avvalendosi di strumenti validati di misurazione, come scale valutative.

Azioni/Interventi e risposta al bisogno

Dalla lettura del bisogno deriva anche la condivisione con la persona, al fine di elaborare una comprensione comune della situazione e ottenere la massima sintonia possibile tra il percorso che viene proposto e il punto di vista della persona stessa, anche per aumentare la probabilità di comportamenti attivi e coerenti. Si individuano 4 target assistenziali con l'attivazione dei relativi percorsi, i primi tre descritti dalla Conferenza delle Regioni ed il quarto previsto dalla normativa sugli anziani non autosufficienti e sui disabili:

1. Continuità assistenziale per bisogni puntuali (acuzie minore) in favore di tutta la popolazione di riferimento e di ogni età, con visite mediche e prestazioni diagnostiche di primo livello (non rientrano in questa tipologia alcune fattispecie specificate per le quali è appropriato il ricorso al sistema di emergenza e urgenza, come ad esempio dolore toracico, dispnea acuta, deficit neurologico acuto, cefalea intensa e inusuale, (Poli)Trauma, sincope/perdita di conoscenza)
2. Attività orientate alla presa in carico della cronicità e della fragilità che hanno valenza multiprofessionale in integrazione con infermieri e specialisti secondo lo specifico bisogno. All'interno della CdC vengono svolte attività programmate che si inseriscono nel processo di cura e presa in carico e hanno la finalità di monitorare il paziente anche al fine di limitare gli accessi in ospedale o in pronto soccorso. Vi accedono pazienti in carico ad AFT afferenti alla Casa della Comunità
3. Pratiche di sanità pubblica e di promozione della salute indirizzate alla comunità di riferimento⁵

⁵ Queste 4 linee di attività corrispondono a quanto delineato da Damiani G. in "Governare l'Assistenza Primaria" (...): sani o apparentemente sani, "indifferenziati" cioè in fase di definizione diagnostica, cronico o multi-cronico autosufficiente, non autosufficienti e/o fragili.

Valutazione e presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti non autosufficienti

Nel caso di risposta ad un bisogno puntuale medico ed infermiere intervengono congiuntamente secondo i rispettivi ruoli e attivano, ove necessario, i servizi diagnostici e gli specialisti presenti in struttura, o eventualmente forniscono appuntamento, mediante il personale amministrativo, per i successivi giorni per la conclusione di tali accertamenti.

Un elemento innovativo e centrale nell'organizzazione dei team multiprofessionali è rappresentato dall'integrazione della consulenza specialistica con le équipes di base. In questo modello, gli specialisti non si limitano a fornire consulenze episodiche, ma affiancano attivamente i team territoriali attraverso incontri periodici, discussione di casi e formazione sul campo, senza "spostare" il paziente dallo specialista. La consulenza specialistica, così integrata, diventa uno strumento di empowerment per tutto il team, facilitando la gestione condivisa anche delle situazioni più complesse.

Nel caso della cronicità, medico, infermiere, specialista, operatori tecnico professionali (fisioterapisti, dietisti logopedisti ecc.) dispongono di agende condivise con posti riservati ai pazienti; il paziente segue un iter predefinito di prestazioni al termine delle quali il team esprime le proprie valutazioni e programma il follow up.

Nel caso di interventi di promozione della salute, il team si allarga ad altre figure, come psicologi, dietisti, educatori, ecc.

Nel caso di pazienti fragili o non autosufficienti, viene attivata l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM); ad essa il paziente può anche essere inviato dopo la lettura del bisogno.

Questi 4 percorsi possono essere utilmente arricchiti e integrati, fin dai primi passi, con il concorso attivo delle risorse sociali del territorio, secondo strategie condivise nell'équipe preordinate e flessibili. Si possono proporre e indicare attività e percorsi co-progettati con Istituzioni (es. Comuni) ed Enti (Associazioni, ETS, ecc.), pubblici e del terzo settore, dedicati in modo specifico ai diversi target, o azioni presenti sul territorio che possono contribuire a rispondere in modo coerente e complementare ai bisogni. Ad esempio, attività che fronteggiano la solitudine, la passività, la sedentarietà, la cattiva alimentazione, la mancanza di senso, e che possono quindi concorrere direttamente a favorire l'efficacia degli interventi sanitari e di misure di assistenza sociale. Per conoscere e attivare queste risorse è fondamentale il ruolo della leadership e del board della CdC, dei team di base e allargati e in generale la capacità di tutti gli operatori professionali della CdC di connettersi con i network di soggetti attivi presenti sul territorio, in modo da avanzare nel team ipotesi e proposte utili alle persone. Sono azioni riferibili all'ambito di azioni sociali per la promozione della salute e sviluppate anche attraverso la co-progettazione con il terzo settore e l'iniziativa di altri settori dell'Amministrazione pubblica, finalizzati alla socialità, al benessere e alla creazione di valore pubblico.

Conclusione dell'intervento e follow up

Al termine delle fasi operative descritte finora e a seconda del bisogno decodificato e dell'impegno multiprofessionale profuso, si possono strutturare diversi interventi conclusivi che rappresentano un momento fondamentale per la continuità della presa in carico dell'utente che accede alla Casa della Comunità. Gli interventi conclusivi, che assicurano la continuità, possono essere:

- Rilascio di referto o altra documentazione sanitaria: in ogni valutazione cui un medico è chiamato a rispondere, è fatto obbligo di rilascio di certificazione attestante la visita e riportante le valutazioni sanitarie in modo chiaro ed univoco; un esempio frequente potrebbe essere quello di un paziente che giunge per acuzie a bassa complessità risolvibile a seguito di somministrazione farmacologica (ad esempio, febbre di nuova insorgenza in soggetto senza specifici fattori di rischio) e eventuale follow up o verifica dei risultati di esami o visite prescritte per lo specifico problema è sempre a cura del MMG\PLS nel cui elenco è iscritto il cittadino
- Formazione all'autogestione: al termine delle prestazioni richieste dall'équipe, l'intervento può chiudersi con un momento di formazione verso il paziente o il caregiver in merito alla gestione

della complessità sociosanitaria che ha portato il soggetto a presentarsi a valutazione; è il caso di persone con prima diagnosi di malattia cronica (diabete con valutazione glicemica a digiuno 3 volte a settimana, BPCO per il corretto del device, ecc...)

- Prenotazione dei controlli previsti: al fine di facilitare l'utenza nel ricorrere alle cure necessarie in considerazione della sua cronicità e della prevedibile evoluzione della patologia, risulta ormai non più rimandabile l'urgenza di fornire loro gli appuntamenti necessari ad evitare il peggioramento delle cronicità, presso la medesima struttura e la medesima équipe cui l'utenza ha afferto o anche presso altre strutture. Tale attività viene svolta dalla figura amministrativa di supporto facente parte dell'équipe (dove si prescrive, si prenota)
- Inserimento in attività/gruppi di prevenzione: l'organizzazione di questo tipo di intervento può prescindere l'accesso diretto dell'utenza presso la CdC, poiché l'operatività del board, che ha il compito di studiare l'epidemiologia del territorio di riferimento impedendo la crescente incidenza di malattie a carattere non trasmissibile, attua interventi di promozione di salute (ad esempio strutturando corsi sulla sensibilizzazione all'utilizzo di tabacco nelle scuole, o strutturando gruppi di cammino per ridurre incidenza della sindrome metabolica...) e interventi di screening o campagne vaccinali.
- PAI: il Progetto Assistenziale Individuale è lo strumento attraverso il quale si concretizza la presa in carico integrata, in quanto insieme di azioni coordinate e continue che hanno al centro la persona e le sue necessità. È redatto dall'équipe di base, con le integrazioni specialistiche e tecnico professionali necessarie

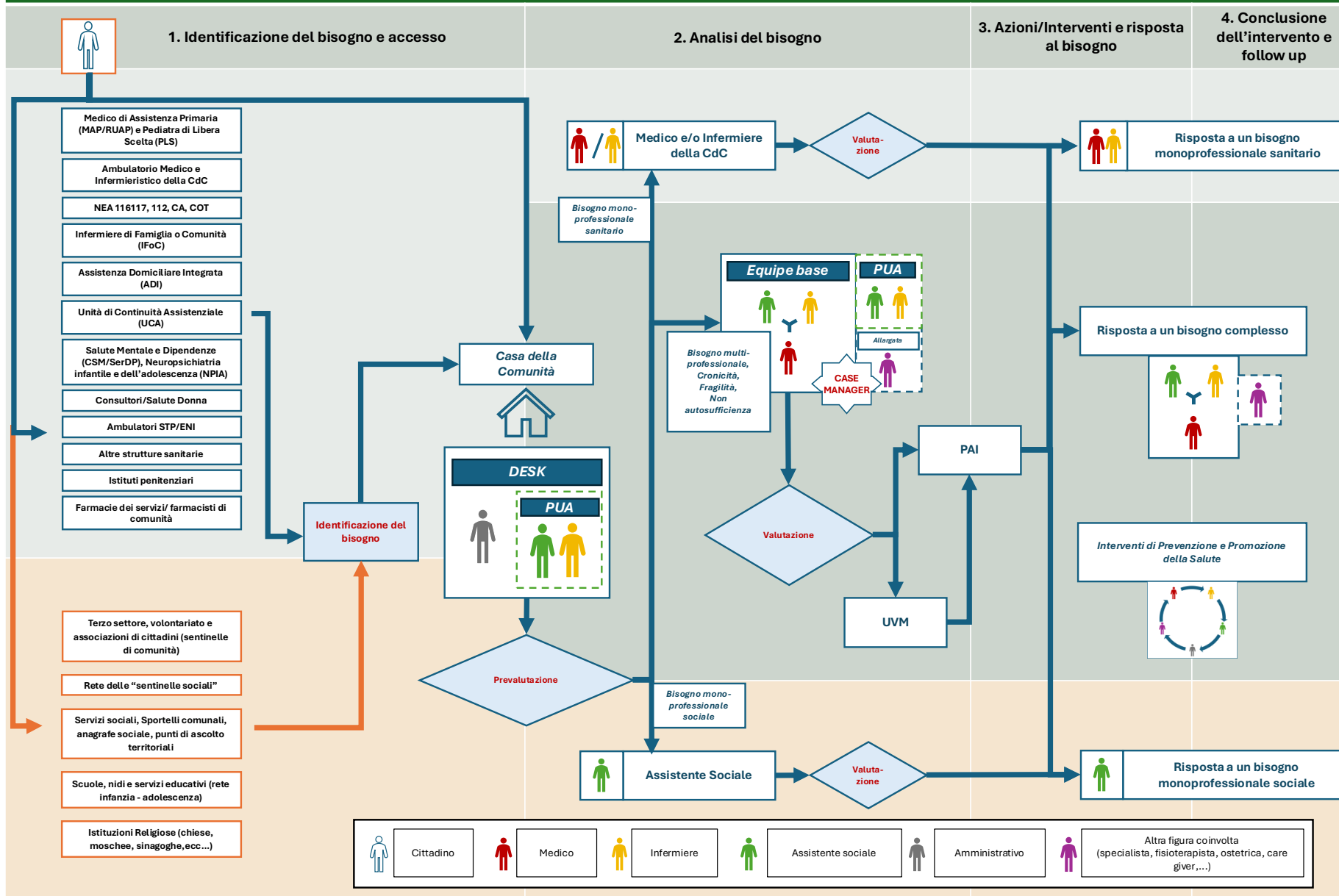
I percorsi possono essere schematizzati per favorirne la comprensione e l'organizzazione in attività coordinate; tuttavia, bisogna tenere ben presente che i bisogni di una persona da prendere in cura possono essere complessi e rientrare in più percorsi oppure non essere facilmente classificabili e necessitare ugualmente di un approccio multidisciplinare.

Inoltre, i bisogni della stessa persona evolvono nel tempo e pertanto occorre creare passaggi da una situazione all'altra fluidi e adattabili, che consentano la facile accessibilità e continuità della presa in cura.

Lo sviluppo di soluzioni di telemedicina e dei relativi flussi informativi rappresenta un pilastro fondamentale al fine di favorire una condivisione tempestiva dei dati sociosanitari, assicurando al cittadino un percorso di cura coerente allo specifico bisogno espresso, monitorato in modo continuo e costante dai professionisti di riferimento.

Di seguito il diagramma di flusso che rappresenta i momenti centrali dei processi operativi dell'équipe della Cdc sopradescritti.

MOMENTI CENTRALI DEI PROCESSI OPERATIVI DEL LAVORO DI EQUIPE DELLA CdC



Percorsi-tipo e casi d'uso

Di seguito vengono descritti con maggiore dettaglio i percorsi-tipo e i casi d'uso dell'azione delle équipes, secondo la tipologia di utenza e al bisogno espresso.

1. Prevenzione e promozione della salute
2. Bisogno puntuale
 - 2.1. Risposta monoprofessionale sanitaria
 - 2.2. Risposta monoprofessionale sociale
 - 2.3. Risposta multiprofessionale
3. Cronicità in follow up programmato
4. Fragilità e/o non autosufficienza

1. Prevenzione e promozione della salute

Il cittadino sano o apparentemente sano con bisogno di modifica dello stile di vita viene indirizzato alla Cdc, presso la quale trova informazioni relative a professionisti di riferimento, gruppi di prevenzione e/o attività svolte presso la stessa Cdc o il territorio su cui essa insiste. Tutte le figure professionali sociosanitarie (medico, infermiere, assistente sociale, amministrativo, ecc..) sono coinvolte nei processi di programmazione e gestione dei percorsi. Le attività di prevenzione vengono programmate dal board.

Caso d'uso esemplificativo: Cittadino con fattori di rischio cardiovascolare moderati viene intercettato dall'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) durante un'attività ambulatoriale o domiciliare. A seguito della valutazione, l'IFoC propone un intervento di promozione dell'attività fisica come misura preventiva, orientandolo verso le opportunità disponibili sul territorio. Il cittadino si reca presso la Casa della Comunità, dove, attraverso il punto di accoglienza, riceve informazioni sui gruppi di cammino attivi e sulle modalità di partecipazione. Viene quindi inserito nel gruppo di cammino promosso e coordinato dalla CdC, che si svolge con cadenza settimanale (es. ogni sabato mattina).

Caso d'uso esemplificativo: cittadino vuole smettere di fumare e viene indirizzato al centro antifumo da parte del Medico di assistenza primaria a seguito di colloquio. Si reca nella CdC di riferimento e dall'accoglienza viene indirizzato verso la lettura di dépliant informativi ed un centro antifumo in sede o altrove.

2. Bisogno puntuale

2.1. Risposta monoprofessionale sanitaria

Il cittadino con un bisogno sanitario puntuale e di bassa complessità si reca presso la CdC in autopresentazione o mediato dal contatto con il Medico assistenza primaria, o la centrale telefonica NEA 116117, o l'IFoC o la farmacia. Presso la Cdc viene indirizzato direttamente all'ambulatorio medico e/o infermieristico dove riceve una risposta puntuale al bisogno.

Caso d'uso esemplificativo: cittadino giunge in autopresentazione presso la CdC con sintomi febbrili e dolori alla minzione da qualche giorno. Dall'accoglienza viene pre-valutato dall'Infermiere e indirizzato presso l'ambulatorio medico dell'équipe ove verrà eseguita la visita medica, l'effettuazione o la prescrizione di esami diagnostici, il rilascio di referto, l'invio al suo medico per i controlli successivi

Caso d'uso esemplificativo: cittadino chiama la centrale telefonica NEA 116117 per la gestione di una ferita cutanea non complicata. A seguito del triage telefonico, viene programmato in giornata

un appuntamento presso la Casa della Comunità di riferimento, indirizzandolo all'ambulatorio infermieristico dove si esegue la medicazione e si forniscono indicazioni per la gestione domiciliare.

2.2. Risposta monoprofessionale sociale

Il cittadino con un bisogno sociale si reca presso la CdC in autopresentazione o mediato dal contatto con i servizi sociali del territorio, o con servizi sanitari o con il volontariato/enti del terzo settore. Presso la CdC viene indirizzato direttamente presso il PUA dove viene valutato e riceve una risposta puntuale al bisogno.

Caso d'uso esemplificativo: anziana che vive da sola ed è priva di rete familiare di supporto, poco autosufficiente a causa dalle sue molteplici ma stabili cronicità, giunge in CdC accompagnata dalla vicina di casa per chiedere supporto sociale e domestico ed eventuale sostegno economico. Viene indirizzata verso il PUA che attiva la valutazione sociale con segnalazioni ai servizi sociosanitari competenti per le risposte sanitarie e sociali.

Caso d'uso esemplificativo: cittadino disoccupato, recentemente dimesso dall'ospedale dopo un ricovero conclusosi con guarigione, viene indirizzato dal suo medico alla CdC a causa delle difficoltà abitative e condizioni di fragilità socioeconomica. Dall'accoglienza viene indirizzato al PUA, dove l'assistente sociale effettua una prima valutazione monoprofessionale dei bisogni sociali, economici e abitativi e quindi attivati i servizi competenti, tra cui il supporto per l'accesso a misure di sostegno al reddito, eventuali contributi per spese sanitarie e il raccordo con i servizi territoriali per il supporto domiciliare.

2.3. Risposta multiprofessionale

Il cittadino si reca presso la CdC in autopresentazione o mediato dal contatto con servizi sociosanitari del territorio, o loro afferenze (ETS, sentinelle sociali, ecc). Presso la CdC avviene la prevalutazione in accesso e la valutazione collegiale dell'équipe; quindi, invio presso il servizio più urgente. Necessario raccordo fra professionisti successivo alla prestazione.

Caso d'uso esemplificativo: Cittadino viene indirizzato alla Casa della Comunità da un'associazione del territorio per difficoltà nella gestione della terapia e condizioni di fragilità sociale. Si presenta in accesso e, durante la prevalutazione, emergono scarso controllo di patologia cronica (es. diabete), difficoltà economiche e isolamento sociale. Viene quindi attivata una valutazione collegiale multiprofessionale che coinvolge medico, IFoC e assistente sociale. Il paziente viene inizialmente inviato all'ambulatorio infermieristico per la valutazione dei parametri clinici e l'educazione terapeutica, e contestualmente preso in carico dal medico per l'ottimizzazione della terapia. L'assistente sociale approfondisce gli aspetti socioeconomici e attiva i servizi territoriali di supporto. Segue un raccordo tra i professionisti della CdC per la definizione di un percorso integrato, con monitoraggio nel tempo, finalizzato a migliorare l'aderenza terapeutica, la stabilità clinica e le condizioni di vita del paziente.

3. Cronicità in follow up programmato

Il cittadino mono- o multi-cronico si reca presso la CdC, in autopresentazione per visita di controllo/cicli terapeutici, precedentemente fornita dal servizio afferente. Dall'accoglienza verrà quindi indirizzato direttamente presso l'ambulatorio medico e/o infermieristico per il controllo della cronicità.

Caso d'uso esemplificativo: paziente diabetico compensato giunge per controlli strumentali periodici (eco cardio, indice ABI, fundus oculi, ecc.) come da PPDTA. Dall'accoglienza viene registrato ed indirizzato presso l'infermiere case manager che effettua la valutazione di sua competenza e quindi accompagna il paziente presso gli ambulatori dedicati. Al termine delle visite, il case manager programma i successivi controlli sulla base delle indicazioni mediche.

Caso d'uso esemplificativo: Paziente con BPCO stabile si reca presso la CdC per controllo periodico pneumologico e monitoraggio della terapia inalatoria. Dall'accoglienza viene indirizzato all'ambulatorio infermieristico, dove viene eseguita la valutazione dei parametri respiratori (es. saturazione, spirometria se disponibile) e la verifica dell'aderenza e della corretta tecnica inalatoria. Successivamente accede alla valutazione medica per eventuale ottimizzazione terapeutica e aggiornamento del piano di follow-up che viene conseguentemente programmato.

Caso d'uso esemplificativo: Paziente iperteso e dislipidemico giunge in CdC per controlli programmati nell'ambito del percorso di gestione del rischio cardiovascolare. Dopo registrazione, viene preso in carico dall'infermiere case manager per rilevazione dei parametri (PA, BMI, profilo di rischio) e counseling sugli stili di vita. Il medico poi prende visione di tali rilevazioni e ne valuta i risultati, conferma o modifica la terapia e pianifica i successivi controlli, in raccordo con il percorso assistenziale territoriale.

4. Fragilità e/o non autosufficienza

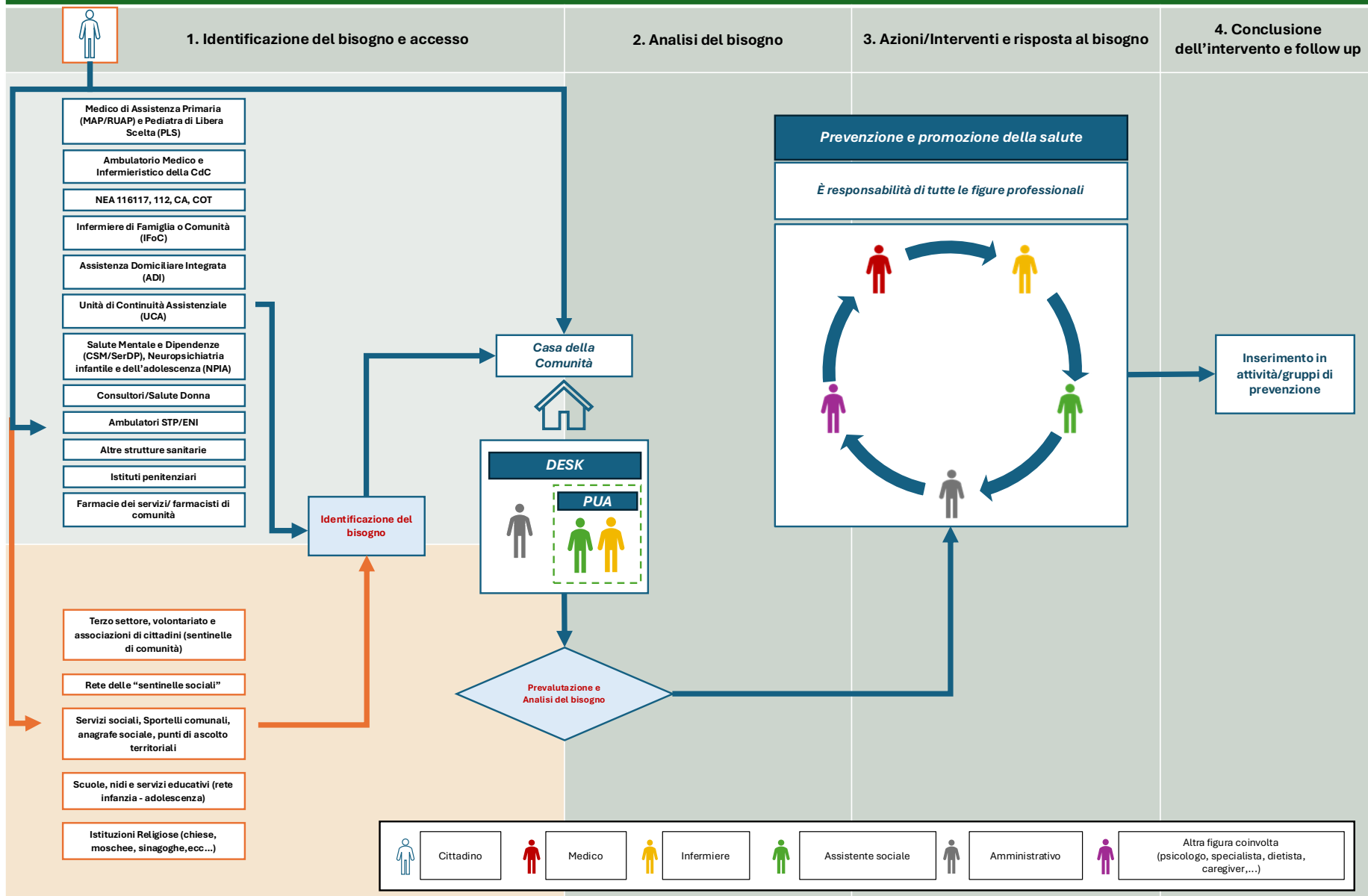
Il cittadino in condizione di non autosufficienza e multimorbilità si reca presso la CdC in autopresentazione o mediato dal contatto con servizi sociosanitari del territorio, o loro afferenze (ETS, sentinelle sociali, ecc). Presso la CdC avviene la prevalutazione in accesso (se utente non noto alla struttura) e la valutazione collegiale dell'UVM; quindi, una volta erogate le prestazioni prioritarie risulta necessario il raccordo fra professionisti.

Caso d'uso esemplificativo: Paziente anziano con BPCO e scompenso cardiaco, noto ai servizi, viene accompagnato in CdC per peggioramento della dispnea e difficoltà nella gestione domiciliare. Dopo l'accoglienza, viene effettuata la prevalutazione infermieristica da cui emerge una ridotta aderenza terapeutica e difficoltà nella somministrazione dei farmaci. Viene attivata la valutazione multiprofessionale da parte dell'UVM: l'infermiere case manager completa la valutazione clinico-assistenziale di sua competenza, il medico rivaluta la terapia e l'assistente sociale approfondisce il contesto familiare, evidenziando un caregiver affaticato. L'UVM aggiorna quindi il PAI, con potenziamento dell'ADI, supporto infermieristico domiciliare con riduzione della autosufficienza e interventi educativi, oltre a si stabilisce un raccordo con il farmacista per la riconciliazione terapeutica. Viene programmato il successivo controllo presso la CdC all'interno del percorso cronicità.

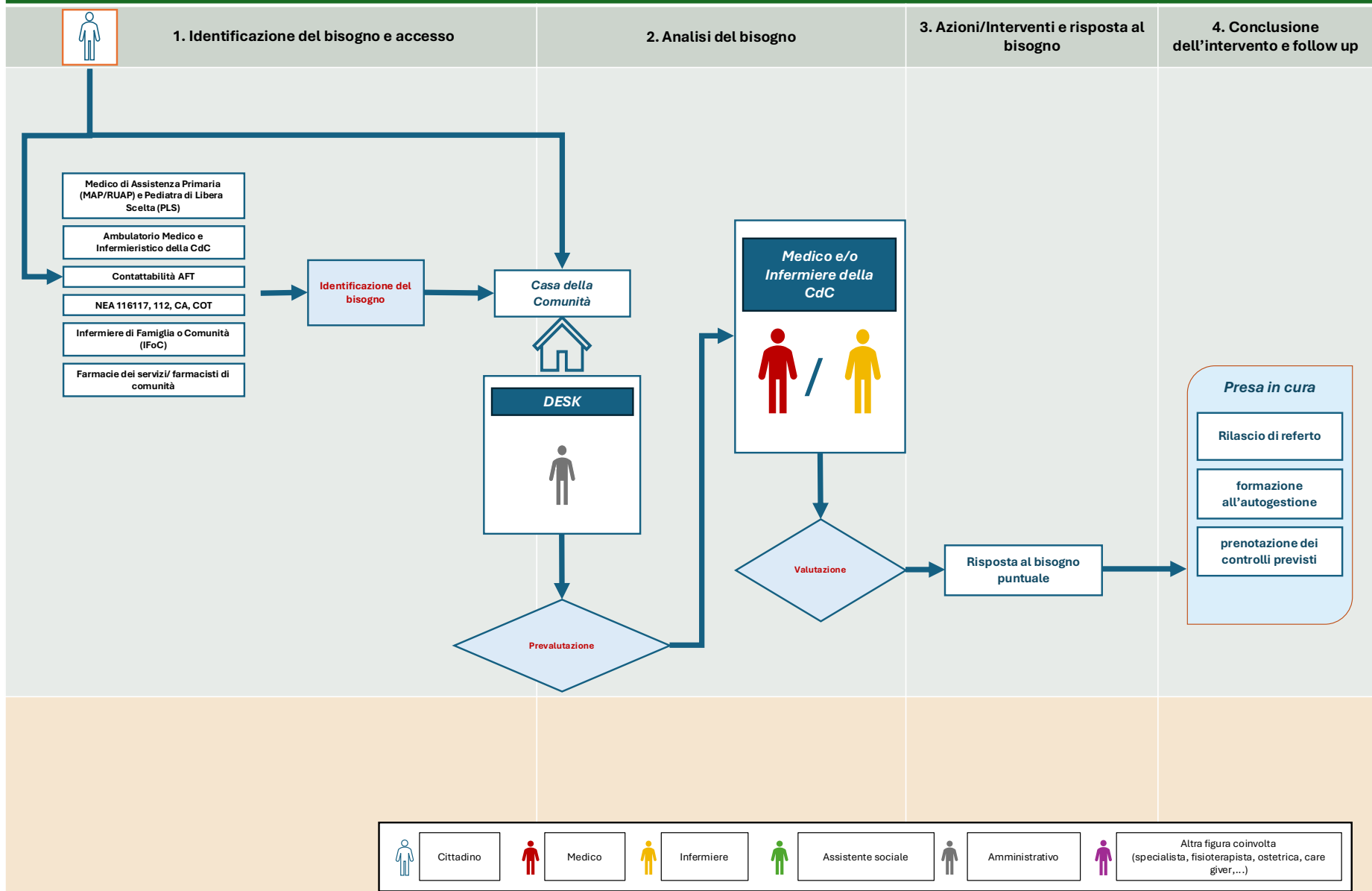
Caso d'uso esemplificativo: Paziente con esiti di ictus e ridotta autonomia motoria si presenta in CdC su segnalazione del fisioterapista territoriale per difficoltà nel proseguire il percorso riabilitativo a domicilio. In accoglienza emergono anche criticità ambientali (barriere architettoniche) e difficoltà economiche. Viene attivata la valutazione multidimensionale dell'UVM: il fisioterapista rivaluta il bisogno riabilitativo, l'assistente sociale avvia la richiesta di ausili e supporti domiciliari, mentre l'IFoC valuta il contesto abitativo e la rete familiare. L'UVM definisce un PAI che include continuità riabilitativa, attivazione di contributi per l'adattamento domestico e monitoraggio territoriale, con raccordo continuo tra i professionisti coinvolti.

Caso d'uso esemplificativo: Paziente anziana con decadimento cognitivo lieve-moderato giunge in CdC su segnalazione della farmacia di comunità, dove era stata rilevata difficoltà nella gestione della terapia e disorientamento. In accoglienza viene attivata la prevalutazione infermieristica e successivamente una valutazione multiprofessionale: il medico avvia approfondimento diagnostico, l'infermiere valuta l'aderenza terapeutica e l'assistente sociale esplora il contesto di vita, rilevando isolamento sociale. Viene quindi attivato un percorso integrato con coinvolgimento del Centro salute mentale, specialisti neurologi, attivazione di supporti domiciliari e inserimento in attività di socializzazione territoriale, con monitoraggio nel tempo e raccordo tra CdC e servizi coinvolti.

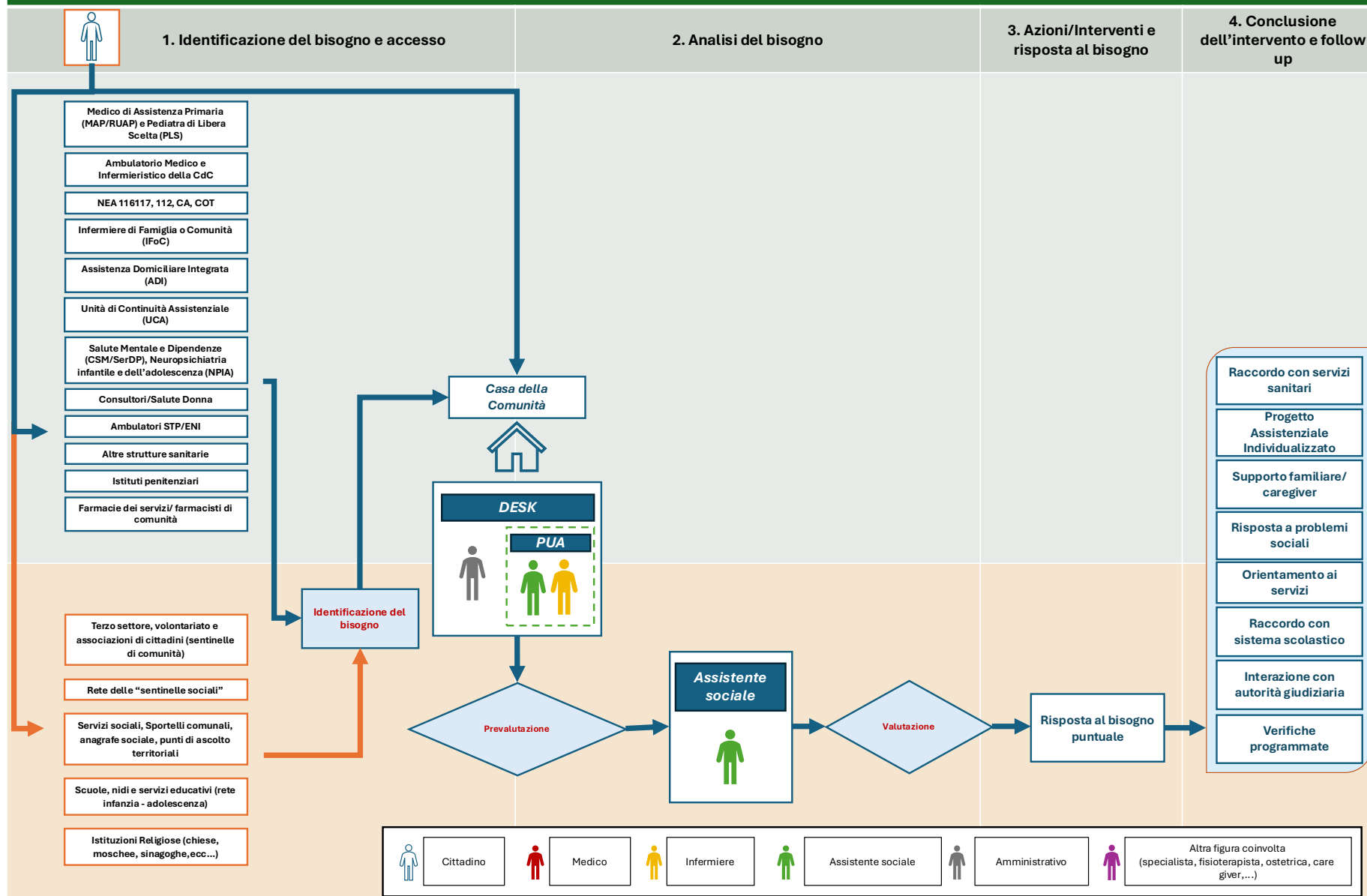
1. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE



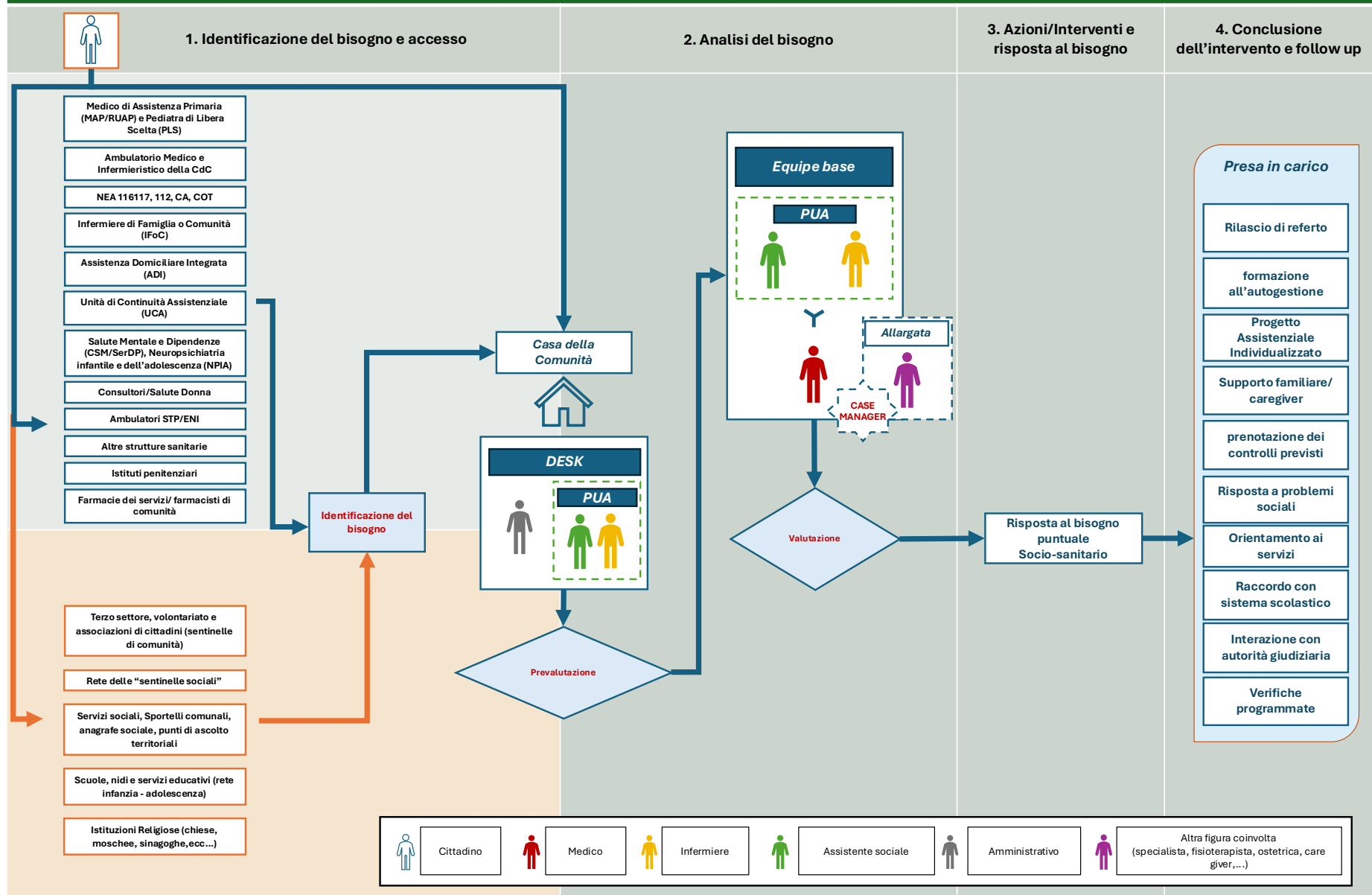
2.1. BISOGNO PUNTUALE – Risposta Monoprofessionale sanitaria



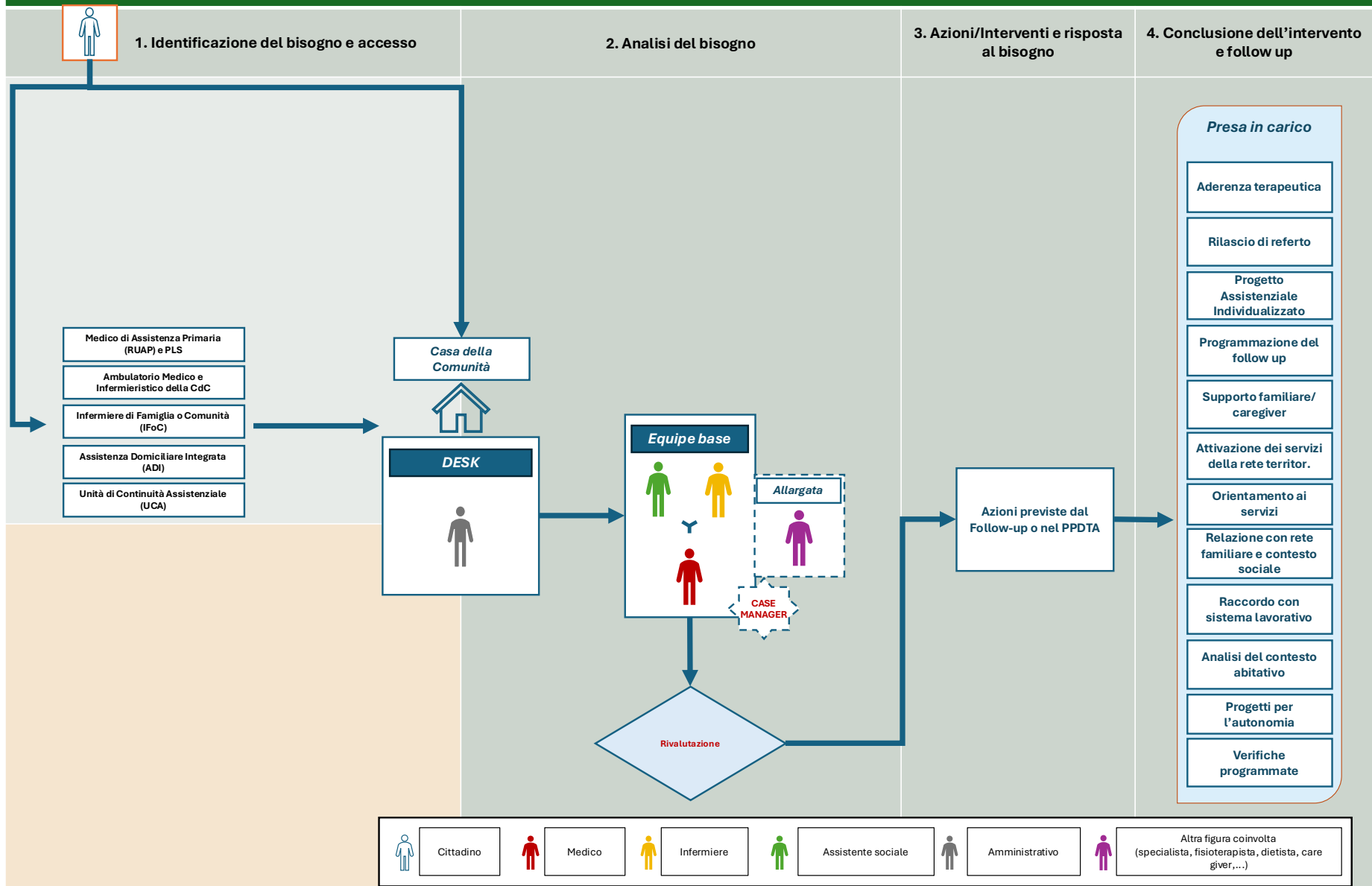
2.2. BISOGNO PUNTUALE – Risposta Monoprofessionale sociale



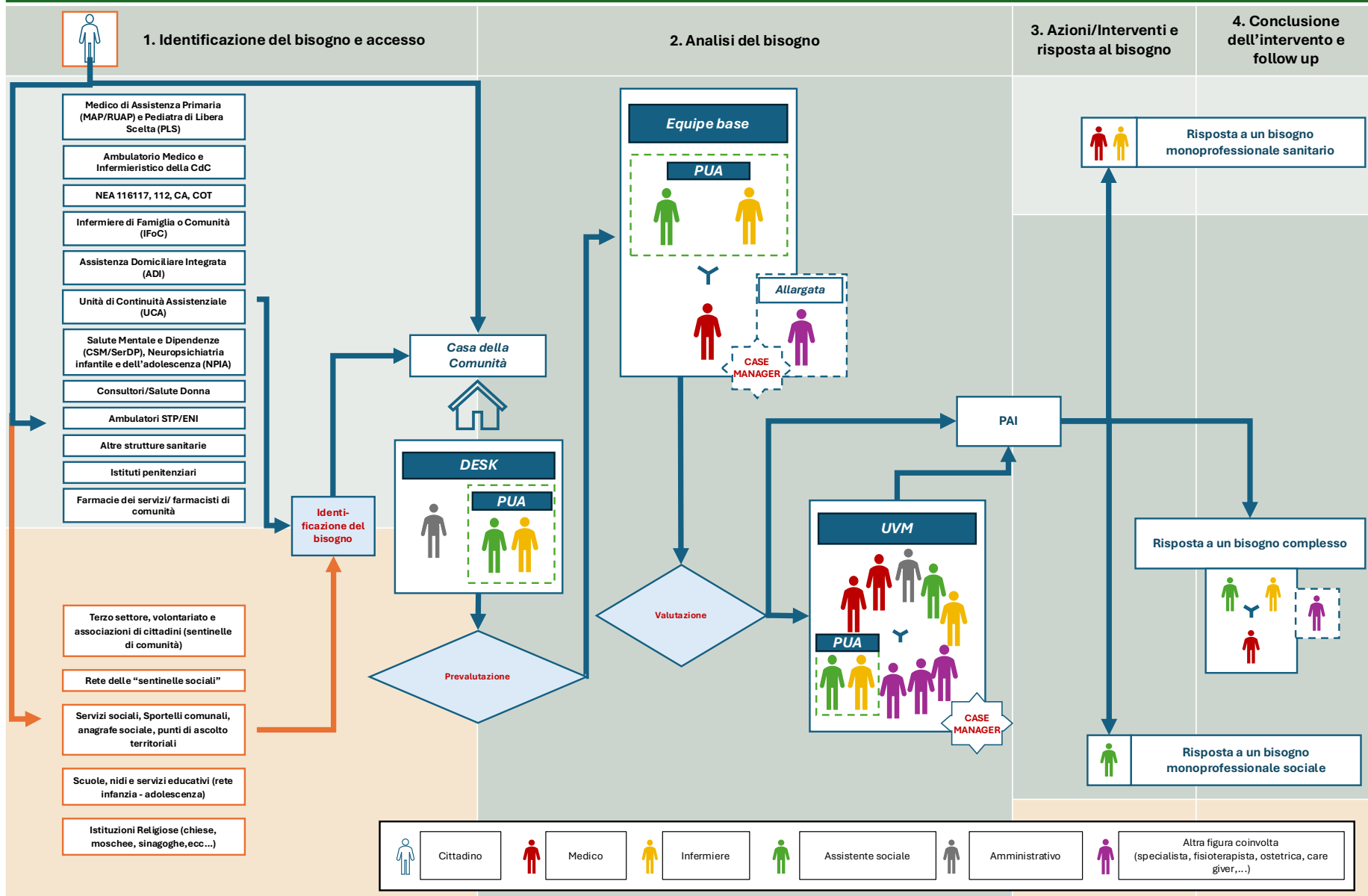
2.3. BISOGNO PUNTUALE – Risposta Multiprofessionale



3. CRONICITÀ IN FOLLOW-UP PROGRAMMATO



4. FRAGILITÀ E/O NON AUTOSUFFICIENZA



9. STRUMENTI PER IL TEAM WORKING

Gli strumenti di lavoro in équipe possono essere intesi come l'insieme di dispositivi organizzativi, tecnologici, relazionali e formativi che consentono il coordinamento delle attività assistenziali, la condivisione delle responsabilità e l'integrazione e lo sviluppo delle competenze professionali.

Numerose esperienze internazionali hanno dimostrato che l'utilizzo di strumenti per il team working nell'équipe multiprofessionali di Cure Primarie è associato a miglioramenti nella qualità dell'assistenza, nella continuità delle cure, nella gestione delle patologie croniche e nella soddisfazione sia dei pazienti sia dei professionisti sanitari (48) (49). Tanto più ci saranno momenti di confronto e costruzione del team attraverso l'utilizzo di strumenti condivisi, tanto più efficace sarà la presa in carico in termini di miglioramento in esiti di salute.

La letteratura evidenzia tuttavia come l'implementazione efficace del lavoro in équipe presenti criticità rilevanti. Le principali barriere all'attuazione della collaborazione interprofessionale includono: **tempi insufficienti, assenza di spazi dedicati, ambiguità di ruolo, comunicazioni non strutturate, carenze formative e debolezze dei sistemi informativi.**

Una *overview* di revisioni sistematiche (50) ha identificato quattro principali livelli in cui si collocano barriere e facilitatori della collaborazione interprofessionale, **a livello di sistema generale, a livello organizzativo locale, a livello delle relazioni interprofessionali ed a livello individuale.**

Tra le criticità più frequentemente riportate emergono:

- modelli di finanziamento non coerenti con il lavoro di squadra
- carico di lavoro elevato e limitato tempo per il confronto multidisciplinare
- ambiguità nella definizione dei ruoli professionali
- difficoltà di comunicazione tra professionisti
- resistenza al cambiamento organizzativo

Queste evidenze indicano che la collaborazione interprofessionale non deriva automaticamente dalla compresenza di professionisti diversi nello stesso setting assistenziale, ma richiede **specifici strumenti organizzativi e culturali, tra i quali tempi protetti per riunioni e briefing, definizione formale di ruoli e momenti della decisione, co-localizzazione dei professionisti con spazi funzionali dedicati, strumenti condivisi di documentazione clinico-assistenziale-sociale, iniziative di formazione mirata (team training)** adozione di un **linguaggio professionale condiviso**, basato su terminologie, classificazioni e sistemi di codifica comuni.

Gli strumenti **non sono quindi meri supporti tecnici ma dispositivi abilitanti processi di corresponsabilità, integrazione interprofessionale e intersettoriale.**

Il DM 77 prescrive che nelle Case della Comunità siano presenti standard qualitativi previsti dal DM 77/2022, relativi alla sicurezza delle cure, alla qualità dei processi assistenziali, all'integrazione tra professionisti e alla partecipazione attiva della persona assistita. Le équipe che operano all'interno delle CdC utilizzeranno strumenti per il raggiungimento concreto di tali standard come pure ulteriori strumenti proposti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche esistenti.

Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure

La gestione del rischio clinico rappresenta una componente essenziale del lavoro di équipe. Le strutture territoriali devono adottare strumenti finalizzati alla prevenzione e alla gestione degli eventi avversi, tra cui sistemi di segnalazione degli eventi sentinella, sistemi anonimi di incident reporting, checklist clinico-assistenziali, audit interni, programmi di formazione sulla sicurezza delle cure.

In questo ambito assume particolare rilevanza la promozione di una *no-blame culture*, nella quale la segnalazione di errori o criticità rappresenta uno strumento di apprendimento organizzativo e miglioramento continuo piuttosto che un meccanismo di attribuzione di responsabilità individuali.

Protocolli operativi e miglioramento continuo

La definizione di protocolli clinico-assistenziali e istruzioni operative formalizzate rappresenta uno strumento fondamentale per il funzionamento delle équipes multiprofessionali. Questi strumenti consentono di ridurre la variabilità delle pratiche assistenziali, facilitare la presa di decisioni condivise e la continuità dei percorsi di cura.

Formazione interprofessionale

Un ruolo strategico è svolto dall'attività di formazione, in quanto strumento strutturale del lavoro di équipes, soprattutto attraverso il training on the job, l'affiancamento a tutor esperti, le attività di simulazione e *role playing* e i percorsi di formazione interprofessionale, finalizzati a sviluppare competenze collaborative, capacità di gestione dei conflitti e attitudine al lavoro in contesti complessi. La formazione continua è intesa come parte integrante dell'organizzazione del lavoro e come leva per superare la frammentazione professionale e promuovere una cultura condivisa delle Cure Primarie e per essere luogo di apprendimento anche per la formazione di base e specialistica (tirocini, stage...) (51) (52).

Nel complesso l'efficacia degli strumenti di lavoro in équipes non dipende dalla sola disponibilità di tecnologie o dispositivi organizzativi, ma dalla loro coerenza con un modello di Assistenza primaria fondato sulla territorializzazione, sulla partecipazione della comunità e sulla corresponsabilità interprofessionale. In assenza di una governance chiara e partecipata, di investimenti formativi adeguati e di una visione condivisa del lavoro di équipes, anche gli strumenti più avanzati rischiano di non produrre un reale miglioramento dell'integrazione e della qualità dell'assistenza.

Sistemi informativi sanitari ed amministrativi e strumenti digitali

I sistemi informativi ed informatici condivisi rappresentano uno degli strumenti più rilevanti per il coordinamento delle attività assistenziali e di quelle amministrative di supporto. Le cartelle cliniche elettroniche sanitarie consentono la condivisione strutturata delle informazioni cliniche, la tracciabilità dei percorsi assistenziali e il coordinamento tra professionisti. L'accesso ad agende informatiche e ad altri data base amministrativi (assistiti ed esenzioni, invalidità, ecc.) facilita grandemente il lavoro di équipes.

La letteratura segnala tuttavia criticità legate alla scarsa interoperabilità tra sistemi, all'elevato carico documentale e al rischio che piattaforme non progettate in un'ottica collaborativa rafforzino modelli di lavoro frammentati e monoprofessionali (53).

Risulta quindi fondamentale la messa in opera di sistemi informativi integrati⁶ che permettano la condivisione delle informazioni tra i diversi nodi della rete assistenziale favorendo la continuità assistenziale e il lavoro collaborativo, dotati anche di funzioni di messaggistica interna, gestione dei compiti e tracciabilità dei processi decisionali.

Il valore dei sistemi informativi condivisi è inoltre strettamente legata all'adozione di un linguaggio professionale comune, basato su sistemi di classificazione e codifica condivisi. In questo ambito assumono particolare rilevanza strumenti utilizzati nelle Cure Primarie quali la **International Classification of Primary Care, (ICPC)**, utile per la codifica dei problemi di salute e delle attività

⁶ Anche in accordo a quanto previsto dall'art.29 c.9 dell'ACN 2022-2024.

cliniche, e la **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**, che consente di descrivere il funzionamento della persona considerando anche i fattori ambientali e sociali.

Accanto alle cartelle cliniche elettroniche assumono crescente rilevanza strumenti di comunicazione interprofessionale quali piattaforme di messaggistica sicura, sistemi di condivisione documentale e strumenti di pianificazione assistenziale condivisa. Di pari importanza è l'FSE e la piena funzionalità e al suo interno del profilo sanitario sintetico.

Telemedicina

Uno specifico risalto è da dare alla **telemedicina** non solo come strumento di erogazione delle prestazioni ma anche come facilitatrice del lavoro di équipe. Le piattaforme di teleconsulto e videoconferenza consentono attività di confronto multidisciplinare, supporto specialistico a distanza e condivisione dei processi decisionali, contribuendo a superare le barriere geografiche tipiche dell'assistenza territoriale. Nei contesti europei di Cure Primarie, tali strumenti mostrano un potenziale significativo nel rafforzare l'integrazione tra professionisti, pur evidenziando limiti legati alle infrastrutture tecnologiche, agli aspetti regolatori e alla necessità di essere inseriti all'interno di modelli organizzativi chiari e condivisi (54).

Incontri collegiali dell'équipe

Tra gli strumenti organizzativi ritenuti essenziali si evidenzia l'importanza di momenti strutturati e regolari di confronto all'interno dell'équipe, quali riunioni periodiche, briefing multidisciplinari e spazi dedicati alla pianificazione condivisa (55). Tali dispositivi sono considerati fondamentali per costruire fiducia, allineare obiettivi, chiarire ruoli e responsabilità e sostenere processi decisionali partecipati, soprattutto nella presa in carico di situazioni complesse, rafforzando la coesione e il valore professionale. La mancanza di questi strumenti organizzativi viene infatti associata a una persistente frammentazione del lavoro, a modelli medico-centrici e a un aumento del rischio di insoddisfazione professionale e burn-out.

Strumenti di conoscenza del territorio

Un ulteriore elemento qualificante è rappresentato dallo sviluppo di strumenti di analisi, regionali e/o aziendali, per la conoscenza e la lettura del territorio e delle comunità. Le équipe delle Case della Comunità devono pertanto disporre di strumenti che consentano la mappatura dei bisogni di salute della popolazione, l'analisi dei determinanti sociali della salute e la conoscenza delle risorse sanitarie, sociali e comunitarie presenti nel territorio di riferimento. Esempi al riguardo sono dati ed informazioni sulla stratificazione sociosanitaria dei bisogni, profili di comunità, risorse presenti nel territorio.

La disponibilità di tali informazioni consente di sviluppare modelli di presa in carico proattivi e orientati alla comunità, coerenti con l'approccio **della community-oriented primary care**.

Governance della Casa della Comunità e lavoro di équipe

È stato osservato che il lavoro di équipe è facilitato dall'efficiente gestione organizzativa complessiva struttura in cui essa opera, qui rappresentata dalla Casa della Comunità.

A tale riguardo, esempi diffusi di buona governance sono i board o comitati per la partecipazione che svolgono funzioni di indirizzo e co-programmazione orientando i servizi verso i bisogni della popolazione locale. Qui si possono utilizzare metodologie partecipative quali focus group, gruppi di parola, narrazioni di comunità.

La leadership verticale è esercitata da responsabili individuati dal Direttore di Distretto, anche in forma di coordinamento operativo; essi hanno il compito di tradurre gli indirizzi strategici in attività assistenziali concrete e di supportare il lavoro delle équipe. A loro spetta di condividere obiettivi assistenziali, facilitare la comunicazione interna, promuovere la partecipazione degli utenti, anche in forma di valutazione partecipata, indire momenti di confronto o audit.

Di seguito si riassumono gli **strumenti essenziali**:

ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE	
Strumento	Obiettivo principale
Spazi di lavoro comuni, strumentazione condivisa, ambienti flessibili funzionalmente connessi	Facilitare l'interazione contemporanea e l'impiego flessibile della strumentazione clinica ed informatica
Colloquio interprofessionale attraverso l'accoglienza e l'ascolto attivo	Comprendere vissuti, significati culturali e bisogni personali, instaurando e facilitando una relazione di fiducia, cogliere dinamiche culturali nei contesti reali di vita
Visita clinica congiunta anche domiciliare	Unire le valutazioni mediche ed infermieristiche e delle professioni sociali ogniqualvolta sia possibile arricchire la comprensione dei bisogni e l'articolazione delle risposte
Cartella sociosanitaria condivisa e codifiche cliniche standardizzate ⁷	Dare accesso alle informazioni in lettura e in scrittura da parte dei componenti dell'équipe di base ed allargata, per l'efficacia, la sicurezza e la continuità delle cure
Protocolli clinici assistenziali (56) e check list	Consentire omogeneità e rapidità delle decisioni per le situazioni più frequenti e prevedibili
Scale di valutazione condivise	Condurre valutazioni uniformi e misurare la casistica trattata
Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) Piani Condivisi delle Cure (PCC) Disposizione anticipata di trattamento (DAT) (56) (57)	Attuare la co-pianificazione e condivisione del progetto di cura all'interno dell'équipe e con la persona, attraverso momenti di programmazione partecipata
Riunioni periodiche dell'équipe	Avere momenti prestabiliti per rivedere criticamente l'attività e darsi obiettivi, sia sui singoli casi, sia sulle strategie attuate su target, percorsi, azioni di cura e prevenzione.
Agenda condivisa	Stabilire slot di compresenza dell'équipe e renderli prenotabili reciprocamente, prevedere slot dedicati alle riunioni, conoscere la presenza degli altri operatori dell'équipe allargata e la possibilità di invii rapidi (possibilmente in giornata)
Metodi di problem solving partecipato	Cercare soluzioni condivise a problemi complessi, insieme alla persona e alla sua rete/comunità
Educazione permanente e formazione interna e esterna (peer)	Attuare sistematicamente momenti di apprendimento all'interno dell'équipe a partire dal quotidiano, orientati all'aggiornamento

⁷ Ad esempio: ICPC per i medici, CCC o ICNP per gli infermieri, ICF per la valutazione dello stato di salute e del funzionamento all'interno del contesto di vita del paziente

	reciproco, al miglioramento delle pratiche e ad una comunicazione dialogica
Dati e indicatori	Rivedere sistematicamente il funzionamento e i risultati dell'équipe
Dotazione digitale di comunicazione e di telemedicina	Consentire all'équipe di attivare un servizio allargato, mediante la telemedicina, per i casi complessi
RESPONSABILI O COORDINAMENTO DELLA CdC	
Strumento	Obiettivo principale
Obiettivi per e con le équipe	Condividere con le équipe gli obiettivi generali e le modalità di misura; negoziare le condizioni per raggiungerli; promuovere autonomia e responsabilità delle équipe.
Strumenti comunicativi multimediali	Rendere accessibile l'informazione tramite applicativi, materiali plurilingue e immagini
Valutazione partecipata dei servizi	Creare momenti di riflessione critica e analisi dei risultati ottenuti (valutazione quali-quantitativa d'impatto) attraverso visite congiunte e indicatori che prevedano il coinvolgimento attivo di persone/comunità
Audit di sistema	Risoluzione dei problemi emersi nei casi della CdC
BOARD o COMITATO DI PARTECIPAZIONE DELLA CASA DELLA COMUNITA'	
Strumento	Obiettivo principale
Conoscenza e consapevolezza del territorio	Mappare le risorse del territorio e profilare e comprendere i bisogni presenti, dove il territorio è sia oggetto di studio che soggetto relazionale attivo. I dati sulla salute e sui determinanti sociali, conosciuti e approfonditi da tutti gli attori, sono la base per una reale consapevolezza e diagnosi condivisa dei profili e delle disuguaglianze di salute (58). Essi costituiscono la metrica su cui si incardina il lavoro delle équipe e su cui il coinvolgimento e la co-progettazione di tutti gli attori dovrebbe portare un contributo.
Reti territoriali e comunitarie	Creare alleanze e relazioni fattive con enti terzo settore, istituzioni e gruppi di riferimento, contrastare i determinanti socioeconomici della salute sfavorevoli e incentivare quelli favorevoli
Board della Casa della Comunità e tavoli di co-progettazione	Coinvolgere utenti, famiglie e comunità nella pianificazione e sperimentazione dei servizi
Metodologie partecipative: gruppi di parola / focus group, storytelling e narrazione autobiografica, approcci narrativi collettivi (narrazioni di comunità)	Favorire l'espressione collettiva e il confronto tra utenti e professionisti. Dare voce alla storia personale, rafforzare identità e resilienza. Rafforzare coesione e riconoscimento identitario nei gruppi.

Un esempio di strumentazione operativa trasferibile è il **toolkit**, una guida operativa pratica, co-progettata in Belgio, nata per trasformare la collaborazione frammentata in un modello di integrazione reale nelle cure primarie. Tale collaborazione e integrazione avviene attraverso cinque componenti:

autovalutazione del team, psychological safety, tecniche di consultazione, integrazione di nuovi membri e prontezza all'implementazione. Il toolkit può essere una base utile per strutturare il lavoro interprofessionale integrato all'interno delle Case della Comunità (59).

BOZZA Consultazione Pubblica

10. QUALITÀ DELLE RELAZIONI NELL'ÉQUIPE

Alla base della necessità della squadra c'è la natura dei problemi che devono essere affrontati spesso complessi, a volte insoliti (sfide adattive, *wicked problem*) e il tipo di relazioni multidisciplinari e tra istituzioni diverse (sanitarie e sociali, pubbliche e private) che sono necessarie per affrontarli (collegate a relazioni interne ed esterne alla squadra).

La qualità delle relazioni rappresenta una leva per la mobilitazione del lavoro in équipe e per la costruzione di una solida dignità professionale. Elementi concreti che permettono di definire e migliorare la qualità delle relazioni sono:

- la leadership
- le condizioni materiali dell'esperienza di lavoro
- formazione e l'apprendimento

In generale ci si riferisce al fatto che le persone esprimono nei loro comportamenti individuali e collettivi riconoscimento degli altri (rispetto⁸ professionale e personale, stima, fiducia) e mettono in atto scambi fluidi e appropriati, e quindi le comunicazioni (informazioni, confronti, dialoghi sulle valutazioni di problemi e scelte, ecc.) e le interdipendenze (aiuti, azioni comuni e/o coordinate, decisioni convergenti, ecc.) sono ampie, ricche, sistematiche e rispondono ai bisogni delle persone per lavorare insieme con gli altri agli obiettivi comuni e per lavorare meglio sui propri compiti.

Questo si esprime anche sul piano emotivo attraverso il clima positivo, l'empatia tra le persone e i rituali, ovvero attività collettive messe in atto dalle persone, sincronizzate, sostenute da compresenza, focus di attenzione comune, emozioni condivise, significati e simboli.

In questo ambiente sociale caratterizzato dal riconoscimento reciproco e dalla collaborazione deve essere necessariamente coinvolta/o sia chi esercita il potere formale negli ambienti organizzativi e nei processi in cui il team opera, sia le figure di coordinamento/leadership dei team.

Recentemente, per descrivere questi ambienti organizzativi si fa riferimento a termini come 'ecosistema sociale collaborativo' (o *Organizational Citizenship Behaviors*), per sottolineare la crescente presenza di comportamenti volontari diffusi orientati alla collaborazione e alla fiducia.

Nelle Case della Comunità, quindi, la qualità delle relazioni non è solo una proprietà dei comportamenti, ma diventa una proprietà dell'ambiente sociale, perché dipende dalla densità e qualità delle interazioni situate, cioè dal fatto che persone e professionisti condividono spazi, tempi e rituali di lavoro riconoscibili come comuni. Da notare che spazi e tempi sono tipiche variabili organizzative, cioè, influenzate da scelte dell'organizzazione, che possono rendere possibili e convenienti o ostacolare le relazioni di qualità.

La condizione di qualità delle relazioni nell'ambiente sociale e nel team genera effetti diretti sia sul benessere e sulla soddisfazione delle persone che lavorano⁹, sia sull'efficacia della collaborazione e del lavoro della squadra, rispetto agli obiettivi dell'organizzazione e alla capacità del team di generare innovazione e miglioramento in questa direzione.

Nella letteratura organizzativa è noto il rapporto tra queste caratteristiche degli ambienti sociali/organizzativi e la capacità di collaborazione, innovazione e miglioramento continuo. Questo perché le ultime richiedono di elaborare nuova conoscenza e quindi apprendimento attraverso la collaborazione (60).

⁸ Il termine rispetto si riferisce alla dignità e all'autonomia professionale della persona, che porta il responsabile ed i colleghi a partire sempre da ciò che la persona fa e intende fare, per migliorare qualsiasi attività.

⁹ Capitale sociale come bene che non è proprietà di nessuno, ma è una qualità del modo in cui le persone utilizzano le relazioni con altri specifici per risolvere problemi o operare scelte; quindi, diviene una proprietà di uno specifico ambiente sociale organizzativo.

Questa condizione di qualità delle relazioni non è quasi mai un punto di partenza per un team, e non può essere semplicemente indotto dall'esterno o dall'alto in un certo momento attraverso ordini, istruzioni, regole o incentivi.

Si raggiunge, invece, nell'ambito di un'esperienza sociale che le persone vivono e che si evolve nel tempo. Ha certamente dimensioni oggettive, che riguardano i comportamenti collaborativi attesi e praticati dalle persone tra loro e con gli altri (modi di agire), ma ha anche dimensioni che riguardano le rappresentazioni (i modi di sentire e pensare) che le persone maturano del proprio team e della sua azione/collocazione nel contesto organizzativo e sociale. L'insieme di questi elementi – modi di sentire, pensare ed agire – definisce la cultura organizzativa dei componenti del team e più in generale dell'ecosistema in cui il team si colloca.

Ciò significa che diventa fondamentale il percorso collettivo di sperimentazione e rielaborazione delle proprie rappresentazioni, accompagnato e sollecitato dalla leadership attraverso il linguaggio e il dialogo, il confronto e riflessione sulle pratiche di lavoro e sulle metriche condivise per la misura degli obiettivi e degli impatti che le pratiche stesse vorrebbero generare.

La qualità delle relazioni, quindi, può crescere o ridursi con l'esperienza, sia dei comportamenti, sia dei loro effetti. Varie teorie sociali mostrano come i processi di scambio, imitazione, identificazione e apprendimento, in contesti dove la leadership e le relazioni sociali sono positive ed efficaci, tendono ad allargarsi, consolidando la qualità delle relazioni della squadra e l'ambiente organizzativo.

Un elemento non secondario per favorire la qualità del funzionamento e delle relazioni dell'équipe è dato dalle caratteristiche degli spazi e degli ambienti in cui l'équipe opera, che dovrebbero essere progettati, costruiti e mantenuti in modo che possano supportare le sue azioni, non solo dal punto di vista tecnico-professionale, ma anche socio-relazionale (61). A questo fine sono importanti:

- La presenza di spazi che, oltre al rispetto degli standard, siano disposti, configurati, arredati e attrezzati in modo intenzionalmente orientato a facilitare e potenziare le relazioni e il benessere di tutti i soggetti che li frequentano, dai componenti dell'équipe, a utenti e pazienti, ai professionisti e alle organizzazioni che sono coinvolti in ogni tipo di attività o presenza.
- Il modo di utilizzare gli spazi, che dovrebbe essere coerente con le logiche collaborative e partecipative, con la condivisione di una Casa che dispone di spazi comuni e privilegia forme di massimizzazione del loro valore d'uso, individuale e collettivo.
- La ricerca di soluzioni ai bisogni emergenti e impliciti e di miglioramenti nelle modalità d'uso, che possano valorizzare risorse strutturali esistenti dentro o fuori la Casa della Comunità.

Sono esempi la scelta di localizzare alcuni uffici e ambulatori vicini ad altri, la creazione di spazi per l'incontro informale o di ristoro, la creazione di aree dove si praticano forme di condivisione o rotazione nell'uso di ambulatori e uffici coerenti con strategie di collaborazione e scambio frequente, ecc.

Queste logiche si possono estendere intorno all'équipe coinvolgendo professionisti di organizzazioni del terzo settore e associazioni, dove la dimensione spaziale e l'uso congiunto di risorse strutturali dovrebbe mirare anche a facilitare la conoscenza e la qualità delle relazioni. Ad esempio, luoghi di uso comune in momenti separati possono diventare di incontro reale, bacheche e lavagne essere aree dove circola informazione viva, iniziative ospitate negli spazi interni o esterni alla Casa della Comunità diventare occasione di conoscenza e futura cooperazione, che arricchisce le opportunità a disposizione dell'équipe per intrecciare percorsi sociosanitari con attività sociali.

Infine, una particolare attenzione dovrebbe essere posta alla relazione con cittadine e cittadini, che vengono accolti in spazi e percorsi che di fatto esprimono subito dei messaggi e creano condizioni più o meno favorevoli e coerenti al lavoro dell'équipe. Sono molteplici gli aspetti di questa esperienza dei cittadini, dall'accessibilità che apre o meno al dialogo, alla comunicazione anche simbolica di

determinati contenuti, alla maggiore o minore gradevolezza e comodità, all'uso appropriato e intenzionale di arredi, simboli, luce, colori, spazi verdi ed altri elementi, anche molto semplici, che influenzano la qualità dell'esperienza¹⁰.

BOZZA CONSULTAZIONE PUBBLICA

¹⁰ Indicazioni tratte in modo esemplificativo dal documento Strategie per l'accoglienza nelle CdC elaborato dal Dipartimento di Architettura (Unifi), a cura Prof. Nicoletta Setola, come risultato di un processo partecipativo svolto con la USL Toscana Centro.

11. MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E SVILUPPO

Costruire i team nelle Case della Comunità pone la necessità che questi e le attività da essi erogate vengano valutati per confermarne l'efficacia. Il monitoraggio condotto con l'utilizzo di specifici indicatori non ha l'esclusiva finalità di misurare la performance dell'équipe, ma prioritariamente quella di attuarne il miglioramento dinamico delle modalità di lavoro. Tale avanzamento dinamico permetterà di migliorare l'efficacia dell'azione dell'équipe che andrà, quindi, affinandosi sempre di più nel tempo.

Gli indicatori andranno misurati a livello macro (regione, nazione), meso (aziende) e micro (distretti); a livello micro, gli indicatori guideranno la vita delle équipe e saranno oggetto di periodica autovalutazione. A livello nazionale e regionale gli indicatori tracceranno la reale diffusione del lavoro di team e il suo impatto per favorirne la massima presenza ed efficacia e lo sviluppo nei prossimi anni.

Alcuni indicatori sono applicabili solo a livello di distretto, quindi come sommatoria delle équipe esistenti, altri indicatori a livello locale attraverso l'utilizzo dei dati della cartella sociosanitaria.

Si possono distinguere due tipologie di monitoraggio, tra loro interconnesse e da utilizzarsi entrambe, orientate ad aspetti:

- **Quantitativi**, che misurano variabili di funzionamento, utilizzano flussi informativi già esistenti o in corso di sviluppo o di ampliamento, tra i quali la stratificazione della popolazione (in attesa della metodologia ministeriale) anche in relazione a covariate sociali.
- **Qualitativi**, che misurano relazioni interpersonali, utilizzando strumenti di osservazione e di autovalutazione dell'équipe.

Circa la valutazione quantitativa, le dimensioni da considerare sono almeno le seguenti:

- Risorse: struttura e componenti del team
- Processi: valutazioni e PAI realizzati, qualità dei dati inseriti nella cartella clinica elettronica dai vari componenti dell'équipe, tempi di presa in cura e di lavorazione, svolgimento di periodiche riunioni équipe
- Attività: volumi e complessità della casistica trattata, differenziando pazienti adulti e pediatrici
- Esiti: presa in cura unitaria (valutazioni multiprofessionali, educazione sanitaria di gruppi di pazienti, istruzione all'autocura), esperienza dell'utente, PREMS e PROMs, aderenza alle prescrizioni date, clima interno e benessere dei componenti dell'équipe, ricoveri e accessi di PS, pazienti affidati alle cure domiciliari, ecc.

Esempi di indicatori di collaborazione interprofessionale e di contributo individuale all'équipe sono riportati nel riquadro successivo, tratta dall'esperienza canadese (62).

Riquadro 3. Indicatori di équipe tratti dalla Primary Care Canadese

Dominio CIHI	Indicatore CIHI	Misure, esiti e indicatori per dimostrare il valore della collaborazione interprofessionale	Misure, esiti e indicatori per dimostrare il valore del contributo professionale individuale
Accettabilità	Servizi sanitari di base che soddisfano i bisogni dell'utente/paziente	Esperienza del paziente	Esperienza del paziente
Accessibilità	Tempi di attesa per cure immediate per problemi di salute minori	Accesso all'assistenza primaria basata sulle valutazioni del team	Accesso all'assistenza primaria basata sul team
Appropriatezza	Immunizzazione infantile; Screening del tumore al colon; Screening del tumore al seno; Consulenza per la cessazione del fumo nell'assistenza sanitaria di base; Vaccinazione antinfluenzale (65+); Screening neonatale; Controllo della pressione arteriosa; Screening dei fattori di rischio modificabili in adulti con: coronaropatia, diabete, ipertensione; Trattamento della dislipidemia; Trattamento dell'infarto miocardico acuto; Trattamento dell'ansia	Prevalenza di malattia	
Globalità dell'assistenza	Supporto dell'assistenza primaria per l'autogestione delle condizioni croniche		
Coordinamento	Punteggio di efficacia del team di assistenza sanitaria primaria	Invio di pazienti ai servizi interni (intra-aziendali); Co-trattamento; Comunicazione; Processi del team; Piano di cura del paziente; Collegamenti/partnership intersettoriali	Invio del paziente – all'interno e all'esterno dei servizi dell'assistenza sanitaria di base; Co-trattamento; Coordinamento delle cure
Efficacia	Controllo di pressione arteriosa nell'ipertensione	Stato di salute del paziente	Stato di salute del paziente; Obiettivi del paziente
Efficienza	Duplicazione non necessaria di test medici		
Governance	Gestione e aggiornamento dell'elenco delle terapie farmacologiche e dei problemi clinici nell'ambito delle cure primarie		
Stato di Salute	Tasso di sovrappeso e obesità		
Infrastruttura IT	Adozione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nelle organizzazioni di assistenza primaria		
Risorse umane	FTE delle figure di assistenza sanitaria di base	Esperienza del personale; Misurazione del carico di lavoro	Esperienza del personale; Misurazione del carico di lavoro

CIHI = the Canadian Institute of Health Information

Il riquadro che segue riporta quindi, alla luce della letteratura internazionale, la proposta di uno schema di indicatori.

Riquadro 4. Schema di dimensioni e tipi di indicatori

Risorse	Processi	Attività	Esiti
Ore settimanali di compresenza dell'équipe di base	Attesa per la visita congiunta (min/ore)	Volume di visite congiunte effettuate per tipologia (acuzie minore, cronicità, fragilità)	Tassi di ospedalizzazione evitabile
Ore di formazione congiunta (annue)	Riunioni di équipe mensili	Incontri di educazione sanitaria svolti	Tassi di ricorso inappropriato al PS
Cartella sociosanitaria condivisa	Riunioni del board annuali	Pazienti affidati ad un case manager	Empowerment della persona all'autocura
	Utilizzo di Protocolli di prevenzione rischio clinico	Teleconsulti svolti	Soddisfazione degli utenti
	Utilizzo di liste di controllo (check list) multiprofessionali	Referti ambulatoriali rilasciati al paziente e in FSE	PREMs
	Applicazione riconciliazione terapia farmacologica nei pazienti politrattati	Patient Summary implementato nell'FSE	Indagini su clima e benessere degli operatori
	Audit clinici interni per casi che hanno manifestato criticità maggiori	Numero di UVM effettuate	
		Tempo di attesa medio da segnalazione al PUA a realizzazione UVM/PAI	
		Numero PAI realizzati	

Circa la valutazione qualitativa, considerando l'importanza delle modalità di lavoro adottate dall'équipe, è consigliabile definire indicatori che l'équipe possa utilizzare, anche adattandoli al proprio punto di partenza, per far crescere e tenere sotto osservazione le proprie capacità di empowerment collettivo, di fare squadra e creare network.

L'esempio seguente è costituito da un sistema di 37 indicatori di funzionamento organizzativo e qualità delle relazioni nelle équipe, che sono stati introdotti e sperimentati nel progetto Arcturus, un sistema-rete integrato, avviato per rispondere in modo personalizzato ed efficace ai bisogni complessi di persone in condizione di marginalità, nel Comune di Milano (63).

Le équipe hanno seguito 161 casi complessi utilizzando gli indicatori come metrica degli aspetti chiave della propria azione, descrivendo la situazione iniziale di ciascuna persona, l'obiettivo dell'équipe, e la situazione finale. Quindi ciascun indicatore è stato utilizzato dall'équipe per misurare, nell'ambito dell'esame del caso, come l'équipe progrediva nella sua azione; ad esempio, quanto aveva capito dei bisogni della persona, quanto aveva guadagnato la sua fiducia, quanto aveva mobilitato i diversi operatori coinvolti, ecc. Gli indicatori erano dotati di una scala ancorata a valori e descrizioni condivise del significato del punteggio, che aveva un range da 1 (minimo valore) a 10 (massimo). I risultati della sperimentazione, riportati in modo analitico nel rapporto, sono stati molto incoraggianti.

Riquadro 5. Indicatori qualitativi per l'autovalutazione ed il miglioramento delle relazioni dell'équipe

Dimensione	Indicatore di empowerment dell'équipe
COMPRESIONE DELLA PERSONA	
Stato sanitario	Completezza diagnosi salute per cura
	Completezza diagnosi salute per prevenzione
	Attivazione azioni sanitarie necessarie
Stato misure sociali	Completezza diagnosi sociale

Dimensione	Indicatore di empowerment dell'équipe
Promozione	Attivazione azioni burocratiche/formali necessarie
	Attivazione azioni sociali necessarie
	Conoscenza bisogni espliciti della persona
	Conoscenza bisogni impliciti della persona
	Sintonia sulle priorità con la persona
	Empowerment della persona
ATTIVAZIONE RETE PROFESSIONALE	
Relazioni persona-operatori di riferimento	Gamma professionale di contatto
	Profondità della fiducia
	Estensione della qualità della relazione
	Presenza di mediazione efficace
Relazione tra operatori/servizi	Gamma di operatori progetto
	Gamma di enti progetto
	Gamma di strutture pubbliche
	Livello di scambio di informazioni
	Livello di condivisione degli obiettivi
	Livello di coordinamento delle azioni
ATTIVAZIONE RETE PROSSIMA	
Relazioni con persone prossime	Gamma di persone coinvolte
	Significatività per la persona
	Utilità per la persona
	Attivazione specifica della persona
	Miglioramento interazione familiare
Relazioni con luoghi	Gamma di luoghi sociali frequentati
	Livello di frequenza
	Intensità di partecipazione
	Attivazione specifica della persona
	Coordinamento tra percorso della persona e luoghi
IMPATTO SUL/DEL SISTEMA DI SERVIZIO	
Apprendimento e innovazione su processi, protocolli, sistemi	Cambiamenti nel modo di operare con le persone
	Cambiamenti nei processi di integrazione e cooperazione
	Cambiamenti nella relazione con strutture TS e private
	Cambiamenti nella relazione con strutture pubbliche
	Cambiamenti nelle azioni di prevenzione
	Cambiamenti in accoglienza e gestione
	Cambiamenti nei sistemi informativi
Indici sintetici sugli effetti del progetto	Funzionamento del percorso
	Aderenza al percorso
	Esito specifico di salute a breve: miglioramento
	Indice di empowerment della persona
	Indice di empowerment degli operatori

Sulla base dei risultati della sperimentazione è stato anche definito un gruppo di 7 classi di indicatori, che dovrebbero sintetizzare in modo efficace le dimensioni importanti del funzionamento dell'équipe, riducendo molto il tempo richiesto per la compilazione. Questo set, immediatamente applicabile, è in corso di ulteriore sperimentazione nel primo semestre del 2026 con le stesse équipe.

Riquadro 6: Dimensioni di autovalutazione qualitativa dell'équipe

Conoscenza e comprensione della persona
Sintonia, fiducia, mediazione nella relazione con la persona
Capacitazione -attivazione della persona
Benessere della persona
Gioco di squadra tra operatori
Collaborazione tra enti (formale e informale)
Ruolo attivo di luoghi e gruppi prossimi

In esperienze internazionali si ritrovano anche strumenti per la misurazione del lavoro in équipe come ad esempio il **Practice Integration PrPEC, unIP**), strumento di ricerca e di miglioramento della pratica che misura l'integrazione tra cure primarie e servizi di salute comportamentale, composto da 28

domande che affrontano l'integrazione in 5 domini: metodi di integrazione e spazio di lavoro, identificazione del paziente, servizi clinici, engagement del paziente, flusso del lavoro (64)¹¹; o come il **Mini-PEC**, un questionario di auto-valutazione rapido composto da 5 domande chiave, progettato per essere somministrato anche durante le normali riunioni di team (65). Tali strumenti rappresentano una interessante opportunità per futuri sviluppi.

Bozza Consultazione Pubblica

¹¹ analisi fattoriale del Practice Integration Profile (PIP), 30 item dell'integrazione delle cure primarie e della salute comportamentale derivata dal Lexicon for Behavioral Health and Primary Care integration dell'Agency for Healthcare Research and Quality.

Bibliografia

1. *Management della cronicità. Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR.* Longo V, Tozzi F. s.l. : Egea, 2023.
2. *Redesign of the health care delivery system: A bauhaus “form follows function” approach.* Grumbach K. 302, 2009, JAMA, Vol. 21, p. 2363–2364.
3. *Building a Workforce to Develop and Sustain Interprofessional Primary Care Teams.* Meisnere M, Matthews K, Cohen DJ. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine Health and Medicine Division; Services, Board on Health Care; Teams, Committee on Developing and Sustaining Effective Interprofessional Primary Care. Washington, DC : The National Academies Press, 2025.
4. *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care.* World Health Organization. Alma-Ata, USSR : s.n., 6–12 September 1978.
5. *Governare l'assistenza primaria. Manuale per operatori di sanità pubblica.* Gruppo di Lavoro Primary Health Care della Società Italiana di Igiene. Milano : Mondadori Università, 2016.
6. *Strengthening primary health care resilience through community innovation: a qualitative case study from Quito's response to COVID-19.* Tello B, Dueñas-Espín I, Di Giorgio L. Ottobre 2025, International Journal for Equity in Health, Vol. 24, p. 266.
7. *Can multidisciplinary teams improve the quality of primary care? A scoping review.* Bates SM, Lin J, Allen LN, Wright M, Kidd M. 103497, 2025, eClinicalMedicine, Vol. 88.
8. *Starfield's 4Cs of NCD management in primary healthcare: A conceptual framework development from a case study of 19 countries.* Foo C, Logan K, Eu E, Erlangga D, Rivillas JC, Kosycarz E, Pholpark A, Ritthisirikul N, Hanvoravongchai P, Putri LP, Marthias T, Schenck M, Benia W, Turk E, Giang KB, Duong DTT, Shrestha S, Esandi ME, Antonietti L, Xiong S, Shrestha P, Tromp J, Legido-Qui. e017578., 2025, BMJ Global Health, Vol. 10.
9. *Improving access, mixed continuity: Effects of multidisciplinary teams on primary health-care in Finland – a quasi-experimental study.* Jokelina E, Piirainen L, Mustonen E, Torkki P. 4, 2025, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 43, p. 745–758.
10. *Interprofessional Primary Care Teams: A literature review of potential international best practices.* Aggarwal, M. 2022, College of Family Physicians of Canada.
11. *Realising the Potential of Primary Health Care.* OECD. 2020.
12. *Development of a Transcultural Social Ethical and Integrated Care Model, for Dependent and Older People Populations at Risk of Exclusion in the Mediterranean Sea Basin (TEC-MED): A Research Protocol.* Porcel-Gálvez AM, Fernández-García E, Vázquez-Santiago S, Barrientos-Trigo S, Mateos-Garcia MD, Bueno-Ferrán M, El Ati J, Aounallah-Skhiri H, Lima-Serrano M. 14, 19 dicembre 2024, International Journal of Integrated Care, Vol. 24(4).
13. *Testing the TEC-MED-Integrated Transcultural Social-Ethical-Care Model for Older People in the Mediterranean Basin: A Mixed-Method Quasiexperimental Study Protocol.* Lima-Serrano M, Allande-Cussó R, Vargas-Martínez AM, Karam G, El-Korh L, Porcel-Gálvez AM. 2, 9 Maggio 2025, Vol. 25, p. 9.

14. *Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems.* Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. s.l. : Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione Europea, 10 luglio 2014.
15. *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità - Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR.* Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute e Agenas. 2023.
16. *Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle Case della Comunità.* Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. 9 settembre 2025.
17. *Understanding and improving teamwork in organizations: a scientifically based practical guide.* Salas E, Shuffler ML, Thayer AL, Bedwell WL, Lazzara EH. 4, luglio-agosto 2015, Human Resource Management, Vol. 54, p. 599-622.
18. *Interprofessional collaboration in primary health care from the perspective of implementation science.* Kanno NP, Peduzzi M, Germani ACCG, Soárez PC, Silva ATCD. e00213322, 13 novembre 2023, Cadernos de Saúde Pública, Vol. 39(10).
19. *Making Multidisciplinary Team-Based Care (MTBC) a Success in Primary Care: A Scoping Review* Care: A Scoping Review. Liang Z, Montgomery J, Dingelstad C, Koschel A, Redford M. 11 novembre 2025, Journal of Healthcare Leadership, Vol. 17, p. 681-695.
20. *Il Libro Azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia: Applicare il modello della Primary Health Care.* Gavino A, Maciocco G, Barsanti S, editors. Pisa : Edizioni ETS, 2022.
21. *Migliorare l'assistenza sanitaria a livello globale: una revisione critica della necessità della ricerca in medicina di famiglia e delle raccomandazioni per rafforzare la capacità di ricerca.* van Weel C, Rosser WW. 26 maggio 2004, Ann Fam Med.
22. *Revealing administrative staff roles in primary care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of family physicians' perspectives.* Marshall EG, Moritz LR, Buote R, Mathews M, Lukewich J, Brown JB, Sibbald S, Munene A, Hedden L, Ryan D and Spencer S. 1471236, 2024, Front. Health Serv, Vol. 4.
23. *Riordino Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria.* Decreto Interministeriale MIUR-SALUTE. 68, 4 febbraio 2015 .
24. *Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.* Decreto Ministero della Salute. 11 agosto 2020. Area psicologica e medicina di comunità e delle cure primarie.
25. *Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità.* Agenas . 2023.
26. *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub.* Agenas. 2024.
27. *Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle Case della Comunità.* Regione Emilia Romagna. Delibera Num. 2185, 18 dicembre 2023.
28. *Eerstelijns psychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik [Primary care psychology in Belgium: clinical characteristics and service use].* ansen L, Glowacz F, Yurdadon C, Voorspoels W, Kinard A, Bruffaerts R. 9, 2022, Tijdschrift voor Psychiatrie, Vol. 64, p. 595-603.

29. *Scaling up mental health services within the PHC approach: lessons from the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, Copenhagen : s.n., 2025.
30. *La facilitazione situata nelle politiche pubbliche-Istruzioni all'uso nell'ambito del welfare*. Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali. [a cura di] Vivoli V Gradi T. s.l. : Regione Emilia Romagna, 1 aprile 2024.
31. *The flow system. L'evoluzione di agile e lean thinking nell'era della complessità*. Turner JR, Thurlow N, Rivera B. Traduzione di Camilla Balsamo. ISBN 9791280359322, Milano : Ayros, 2022.
32. *La pratica della leadership adattiva: strumenti e tecniche per trasformare le organizzazioni e le comunità*. Heifetz R, Linsky M, Grashow A. ISBN 9788835173106, Milano : Angeli, 2025.
33. *Shared leadership: A state-of-the-art review and future research agenda* . Zhu J, Liao Z, Yam KC, Johnson RE. 2018, Journal of Organizational Behavior, Vol. 39, p. 834–852.
34. *Servant Leadership: A systematic review and call for future research*. Nathan E, Mulyadi R, Sen S, van Dierendonck D, Liden RC. 2019, The Leadership Quarterly, Vol. 30(1), p. 111-132.
35. *Management della cronicità - Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*. Longo F, Guerra F. s.l. : Egea, 2023.
36. *How Primary Healthcare Sector is Organized at the Territorial Level in France? A Typology of Territorial Structuring* . Gautier S, Josseran L. 8231, 2024, Int J Health Policy Manag, Vol. 13.
37. *Governare l'Assistenza Primaria: Manuale per Operatori di Sanità Pubblica* . APRIREnetwork. 2016.
38. *Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia*. OECD . Paris : OECD Publishing, 2025.
39. *Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania*. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapão LV. 2013, BMC family practice, Vol. 14, p. 118.
40. *Shared practices among primary health care workers: A time-motion study*. Rewa T, de Souza Gonçalves G C, Varela ALV, Leonello VM, Peduzzi M, de Almeida LY, Belotti L, da Silva DB, Bonfim D. 2025, BMC health services research, Vol. 25(1), p. 317.
41. *Interprofessional teamwork in primary care: the effect of functional heterogeneity on performance and the role of leadership* . Zijl ALV, Vermeeren B, Koster F, Steijn B. . gennaio-febbraio 2021, J Interprof Care, Vol. 35(1), p. 10-20.
42. *Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: A systematic review*. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares, CB. 2017, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Vol. 15(11), p. 2723–2788.
43. *It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care*. Brown JB, Mulder C, Clark RE, Belsito L, Thorpe C. 2021, Journal of Interprofessional Care, Vol. 35(4), p. 514–520.
44. *Governare l'assistenza primaria: Manuale per operatori di sanità pubblica*. Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Capitolo 1, s.l. : Bruno Mondadori, 2023.
45. *Decreto 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

46. *Legge 30 dicembre 2021, n. 234 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*. Art. 1, comma 163,
47. *"Risposte e domande di cura" in ricerca e pratica*. Ravazzini M, Jacchetti G. 173, Roma : Il Pensiero Scientifico Editore, ottobre 2013.
48. *Contribution of primary care to health systems and health*. Starfield B, Shi L, Macinko J. 457-502, 2005, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83(3).
49. *The 10 building blocks of high-performing primary care*. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. marzo- aprile 2014 , *Annals of Family Medicine*, Vol. 12(2), p. 166-71.
50. *An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness*. Carron T, Rawlinson C, Arditi C, Cohidon C, Hong QN, Pluye P, Gilles I, Peytremann-Bridevaux I. 22 giugno 2021, *Int J Integr Care*, Vol. 21(2).
51. *Educação permanente em saúde: metassíntese [Formazione permanente in salute: una revisione]*. Miccas FL, Batista SH. Febbraio 2014, *Rev Saude Publica*, Vol. 48(1), p. 170-85.
52. *La via brasiliana alla Primary Health Care. Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*. Martino A . [a cura di] G. Maciocco. Roma : s.n., 2019, Carocci Fabe, p. 303–316.
53. *Strengthening primary health care in Europe with digital solutions*. *Atención Primaria*. Piera-Jiménez J, Dedeu T, Pagliari C, Trupeç T. 2024, Vol. 56(10).
54. *Telehealth use in primary healthcare collaborative interprofessional practice: protocol for a scoping review*. Belber GS, Vasconcelos RO, Agreli HLF, Haddad AE, Peduzzi M, Leonello VM. e069163., 17 marzo 2023, *BMJ Open*, Vol. 13(3).
55. *A Systematic Review of Interventions that Use Multidisciplinary Team Meetings to Manage Multimorbidity in Primary Care* . Lammila-Escalera E, Greenfield G, Barber S, Nicholls D, Majeed A, Hayhoe BWJ. e069163, 18 ottobre 2022, *Int J Integr Care*, Vol. 22(4).
56. *General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study*. Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, Carta MG, Ghirotto L. 623904, 2021, *Front Public Health*, Vol. 9.
57. *Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.
58. *Salute disuguale e sanità disuguale: cosa si sa, cosa bisognerebbe studiare e cosa si dovrebbe fare*. Costa G. Laboss, Laboratorio su salute e sanità. 2023, Position paper.
59. *Development of a toolkit to improve interprofessional collaboration and integration in primary care using qualitative interviews and co-design workshops*. Sirimsi MM, De Loof H, Van den Broeck K, De Vliegheer K, Van Royen P, Pype P, Driessens K, Verté E, Remmen R and Van Bogaert P. 1140987, 2023, *Frontiers in Public Health*, Vol. 11.
60. *Scommettere sulle persone. Leadership distribuita per l'organizzazione smart & green, agile, lean e 4.0*. Di Monaco R, Pilutti S. ISBN 9788823846937, Milano : Egea Bocconi, seconda edizione, 2021.
61. *Co-creare indirizzi strategici nella sanità territoriale: un Health Community Lab per l'accoglienza nella Casa della Comunità*. Borgianni S, Betti E, Marraccini A , Setola N. [a cura di] Health Community Lab Un modello di co-creazione per l'innovazione sociale e sanitaria in Toscana. Milano : FrancoAngeli, 2025.

62. *Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective.* Donnelly C, Ashcroft R, Mofina A, Bobbette N, Mulder C. 125, 28 agosto 2019, Prim Health Care Res Dev, Vol. 20.
63. *Costruire reti, generare impatto. L'esperienza della rete Arcturus: innovazione, cooperazione e welfare territoriale efficace.* Pilutti S, Di Monaco R, Costa G. ISBN 978-88-907930-8-0, Torino : Prospettive ricerca socio-economica editrice, Collana Ricerche, 2025, p. 201.
64. *Measuring the integration of primary care and behavioral health services.* Mullin DJ, Hargreaves L, Auxier A, Brennhof SA, Hitt JR, Kessler RS, Littenberg B, Macchi CR, Martin M, Rose G, Trembath F, van Eeghen C. aprile 2019, Health Services Research, Vol. 54(2), p. 379-389.
65. *Valutare il lavoro di squadra: un sondaggio affidabile in cinque domande.* Lurie SJ, Schultz SH, Lamanna G. novembre-dicembre 2011, Fam Med, Vol. 43(10), p. 731-4.
66. *Making Multidisciplinary Team-Based Care (MTBC) a Success in Primary Care: A Scoping Review* Care: A Scoping Review. Liang Z, Montgomery J, Dingelstad C, Koschel A, Redford M. 11 novembre 2025, Journal of Healthcare Leadership, Vol. 17, p. 681-695.
67. *General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study.* Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, Carta MG, Ghirrotto L. 3 febbraio 2021, Front Public Health.

Sitografia

CANADA: <https://www.nationalacademies.org/read/29226/chapter/2#28>

USA: <https://www.improvingprimarycare.org/>

IRLANDA: [https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/pcteams/#:~:text=About%20Primary%20Care%20Teams%2C%20\(PCT,to%20enhance%20multi%2Ddisciplinary%20work.](https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/pcteams/#:~:text=About%20Primary%20Care%20Teams%2C%20(PCT,to%20enhance%20multi%2Ddisciplinary%20work.)

APPENDICI

Schede descrittive di alcune esperienze di team working nelle Case della Comunità

Casa della Comunità Reggio Emilia Ovest

1) Tipologia di team che operano nella struttura. Composizione e tipologia di leadership

All'interno della Casa della Comunità hub "Reggio Ovest" nel Comune di Reggio Emilia è stato istituito un Centro di Assistenza e Urgenza (CAU), una struttura territoriale destinata alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico-assistenziale [DGR 1206/2023] attiva h24, 7 giorni su 7.

Il CAU offre risposta a problemi acuti di modesta entità e situazioni di minore criticità e bassa complessità, avvalendosi anche di diagnostica di primo livello (ecografia, elettrocardiogramma, esami point-of-care) e del supporto specialistico, secondo percorsi codificati.

Sebbene sia previsto l'accesso diretto, a Reggio Emilia è fortemente raccomandato un accesso mediato dalla Centrale Cure Non Urgenti provinciale, precursore del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117. La Centrale effettua una prima valutazione telefonica sanitaria (infermieristica o medica) e indirizza il paziente ai CAU provinciali, agli ambulatori delle altre CdC o attiva le unità domiciliari della Continuità Assistenziale.

Nel CAU operano in modo integrato medici, infermieri e operatori sociosanitari (OSS).

Il coordinamento è affidato a un medico specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP) e a un Responsabile delle professioni sanitarie, che organizzano la turnistica del personale, programmano ed effettuano la formazione degli operatori (con momenti sia monoprofessionali che multiprofessionali), gestiscono le criticità e, valutando gli indicatori di monitoraggio, stabiliscono gli interventi di miglioramento.

Nel momento dell'accesso del paziente al CAU (sia con accesso diretto che mediato da Centrale), il **personale infermieristico** effettua una valutazione iniziale (spotcheck), supportati dagli OSS nell'accoglienza e nella rilevazione dei parametri vitali.

In alcuni momenti della giornata, la fase di accoglienza in struttura è garantita anche da cittadini **volontari di associazioni** che aiutano ad indirizzare le persone nel servizio più idoneo della CdC: medici di assistenza primaria (MAP/MMG), servizio infermieristico territoriale, consultorio salute-donna, specialista (nella CdC sono presenti cardiologo, diabetologo, pneumologo, neurologo, oculista, dermatologo, otorinolaringoiatra, reumatologo, psichiatra), medicina dello sport e, ovviamente, il CAU.

Una volta conclusa la fase di spotcheck, la valutazione clinica è effettuata dal **medico CAU** e/o dall'**infermiere**, in base alla casistica. Per fare alcuni esempi, un paziente giovane e con anamnesi muta e che sviluppa sintomi influenzali viene visitato quasi esclusivamente dal medico; un paziente che deve eseguire una medicazione viene valutato quasi esclusivamente dall'infermiere; mentre per un caso di ferita lacerocontusa con necessità di punti di sutura, una colica renale o un paziente complesso, la visita avviene congiuntamente dalle due tipologie di professionisti.

Per pazienti con quadri clinici più complessi, è possibile eseguire terapie endovenosa o orale in estemporanea e/o tenere il paziente in osservazione in una stanza di osservazione dedicata.

Per quadri di emergenza (più frequentemente per pazienti presentatisi in accesso diretto), può essere necessario l'indirizzamento verso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia, attraverso l'attivazione del **Numero Unico di Emergenza (NUE) 112**.

Come ogni medico di assistenza primaria (MAP/MMG), i medici CAU possono effettuare prescrizioni di farmaci e prestazioni specialistiche, con ogni urgenza (U, B, D e P), seguendo i criteri di appropriatezza definiti dalla Regione Emilia-Romagna e

dalle linee guida. Per alcune casistiche definite con gli specialisti, i medici CAU possono effettuare una richiesta di visita urgente U, prenotando direttamente un appuntamento in posti dell'agenda dedicati al CAU, in modo da completare l'iter diagnostico e terapeutico con l'intervento del **medico specialista**. Il medico CAU può, inoltre, effettuare un teleconsulto con lo specialista, attraverso il servizio aziendale dello Specialist on Call, strutturato per tutti i medici del territorio, sia all'interno che all'esterno delle CdC.

2) Strumenti operativi di coordinamento e di confronto utilizzati nel team

In CAU, tutte le attività, mediche e infermieristiche, vengono registrate nella cartella clinica informatizzata territoriale "Matilde". La cartella prevede la compilazione obbligatoria di schede di referto medico e di spotcheck infermieristico; è, inoltre, possibile compilare schede facoltative, come la scheda di valutazione infermieristica, quella di terapia estemporanea (ad esempio una terapia endovenosa o orale eseguita direttamente in CAU) o schede specifiche (morso di animale, segnalazione di malattia infettiva, segnalazione per l'autorità giudiziaria, ecc...).

Attraverso il software informatico, il medico può effettuare prescrizioni dematerializzate o richiedere gli esami ematici point-of-care, che vengono sviluppati direttamente in CAU, ma inviati informaticamente e validati dal **Laboratorio** centralizzato dell'Ospedale Santa Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia.

Tutti i referti di visita vengono inviati sul **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** del paziente e consultabile (compatibilmente con i consensi privacy forniti dal cittadino) da tutti gli operatori sanitari.

Le impegnative dematerializzate delle terapie farmacologiche sono disponibili direttamente in ogni **farmacia**, che può erogare il farmaco senza necessità di un'impegnativa cartacea.

Oltre all'attività lavorativa fortemente integrata e multiprofessionale, il team svolge incontri formativi e incontri di équipe congiunti, con audit periodici su casi complessi.

Sono, inoltre, attive istruzioni operative costruite con il coinvolgimento non solo dei medici e degli infermieri del CAU, ma anche del personale della Centrale Cure Non Urgenti, del Dipartimento di Emergenza Urgenza, degli Specialisti ospedalieri e territoriali, della Medicina Legale e del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica.

Fondamentale la collaborazione con il **Servizio ICT** (Information and Communication Technology) dell'Azienda, che ha permesso la costruzione e l'aggiornamento del software informatico, la strutturazione dei percorsi e la realizzazione di una reportistica aggiornata quasi in tempo reale con gli indicatori di monitoraggio.

3) Tipologie di pazienti più frequentemente trattati dal team e percorsi che vedono impegnato il team

Il CAU ha la funzione di gestire le acuzie minori/urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale. Da DGR 1206/2023 della Regione Emilia-Romagna, le principali casistiche di accesso appropriato al CAU sono:

- Acutizzazione di stati ansiosi
- Cefalea emicrania
- Coliche renali
- Congiuntivite
- Contrattura muscolare
- Corpo estraneo congiuntivale (se supportato da specialista)
- Corpo estraneo nell'orecchio esterno (se supportato da specialista)
- Corpo estraneo oculare (se supportato da specialista)
- Diarrea acuta non ematica
- Disturbi anorettali
- Disturbi del visus
- Dolore addominale
- Dolore articolari non traumatici
- Dolore oculare
- Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva
- Emorragia sottocongiuntivale
- Epistassi
- Febbre / iperpiressia
- Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione
- Irritazione da lenti a contatto
- Lombalgia (solo deambulanti)
- Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/assistiti privi di MMG/PLS)
- Nausea e/o vomito ripetuto
- Occhio rosso con secrezioni

- Odontalgia
- Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale (paziente autonomo)
- Otalgia/tappo di cerume
- Otite esterna
- Piccole ferite, traumi lievi senza impotenza funzionale
- Problemi post-estrazione dentaria
- Prurito, arrossamento/tumefazione della cute e annessi cutanei
- Punture di insetto/pesce/morso di animale
- Torcicollo
- Tosse / congestione/sintomatologia vie aeree superiori
- Variazione parametri pressori
- Variazione parametri glicemici
- Vertigini di lieve entità
- Ustioni minori / solari

I percorsi che vedono impegnato il team sono descritti nella domanda 1.

4) Indicatori utilizzati per misurare il processo di presa in carico svolto dal team

Per misurare l'attività e gli esiti, sono stati individuati degli indicatori, calcolati mensilmente:

Indicatori di attività:

- N. pazienti visitati al CAU/mese
- % di pz visitati in CAU con esito domiciliare / accessi al CAU
- % di pz visitati in CAU con esito PS / accessi al CAU
- % di pz visitati in CAU con esito visita specialistica urgente / accessi CAU

Indicatori di esito:

- % pz inviati dal CAU in PS accettati con codice Bianco o Verde / pz visitati in CAU con esito PS
- % pz inviati dal CAU in PS accettati con codice Azzurro, Arancione o Rosso / pz visitati in CAU con esito PS
- Riduzione di accessi in PS con codice Bianco o Verde rispetto allo stesso periodo nell'anno precedente

Indicatori di soddisfazione dell'utenza:

Come in tutta la Regione Emilia Romagna, è previsto un questionario per valutare l'esperienza e la soddisfazione degli utenti, con 14 domande, che includono valutazione complessiva, percezione del tempo di attesa, caratteristiche dei sintomi, accoglienza/ascolto da parte degli operatori.

Le risposte sono analizzate sulla piattaforma regionale ReportER.

Indicatori di soddisfazione degli operatori:

Analogamente al questionario per gli utenti, è stato ipotizzato un questionario per gli operatori, ma al momento non è ancora stato messo in produzione.

5) Corsi di formazione riconosciuti effettuati sul tema team working

Essendo il CAU di Reggio Emilia Ovest attivo da dicembre 2023 (poco più di 2 anni), al momento il team working si è basato su formazioni congiunte e audit per casi specifici. A partire dal 2026 saranno previsti eventi formativi specifici sul team building rivolti a tutti gli operatori della CdC (non solo personale CAU), nell'ottica di passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità.

Azienda AUSL Romagna- Distretto di Cesena, Ravenna, Faenza, Forlì

1) Tipologia di team che operano nella struttura. Composizione e tipologia di leadership
<p>Nell'AUSL della Romagna è in corso un processo di riorganizzazione delle Medicine di Gruppo orientato alla loro integrazione funzionale con le reti assistenziali delle Case della Comunità, in coerenza con il DM 77/2022. In questo quadro si sviluppa il modello delle Unità Sperimentali Integrate (USI), che assume il lavoro in équipe come dispositivo centrale della produzione di cura. Il modello si colloca in continuità con esperienze europee consolidate, in particolare le <i>Unidades de Saúde Familiar</i> portoghesi e gli <i>Equipos de Atención Primaria</i> spagnoli, dalle quali riprende l'organizzazione in équipe multiprofessionali, l'integrazione tra funzioni cliniche e organizzative e l'orientamento alla presa in carico della popolazione. Questi riferimenti vengono rielaborati nel contesto locale attraverso l'innesto dell'approccio della Clinica Ampliata e dell'Educazione Permanente in Salute di matrice latino-americana.</p> <p>La composizione minima dell'équipe prevede il Medico di Medicina Generale, l'Infermiere di Famiglia e Comunità e il segretario clinico, figura quest'ultima valorizzata non solo per le competenze organizzative, ma per il contributo attivo ai processi di cura nella logica del <i>to care</i>. L'organizzazione del lavoro si articola su livelli progressivamente più estesi: micro-équipe operative per la gestione quotidiana dei problemi emergenti; équipe allargate con incontri programmati dedicati ai casi complessi e alle questioni organizzative; dispositivi a geometria variabile che coinvolgono, in funzione dei bisogni, altri attori della rete, assistenti sociali, specialisti, servizi territoriali, salute pubblica; infine, il board della Casa della Comunità, aperto alla partecipazione di attori comunitari e del terzo settore. La funzione di leadership è concepita come coordinamento distribuito: le responsabilità organizzative vengono assunte in modo dinamico dai diversi professionisti, promuovendo responsabilizzazione diffusa e integrazione tra saperi.</p>
2) Strumenti operativi di coordinamento e di confronto utilizzati nel team
<p>Il funzionamento delle équipe è sostenuto da un ambiente di lavoro condiviso che integra sistemi informativi aziendali e piattaforme collaborative, abilitando la gestione coordinata dei processi assistenziali sia in modalità sincrona sia asincrona. I principali dispositivi operativi in uso comprendono: la condivisione delle informazioni rilevanti relative al paziente ed alla sua famiglia; il calendario delle attività e degli orari; i verbali strutturati delle riunioni di équipe; strumenti per la gestione condivisa dell'ordine del giorno; linee guida operative e schede di lavoro; la carta dei servizi dell'équipe. A questi si affiancano strumenti di comunicazione sincrona, chat di gruppo e videochiamate, che consentono il confronto continuo tra i professionisti e la gestione tempestiva dei problemi emergenti. L'insieme di questi dispositivi configura un'infrastruttura operativa che rende possibile il coordinamento quotidiano, la condivisione delle informazioni cliniche e organizzative e la costruzione di decisioni integrate a sostegno della presa in carico multiprofessionale.</p>
3) Tipologie di pazienti più frequentemente trattati dal team e percorsi che vedono impegnato il team
<p>Le équipe sono orientate alla gestione integrata di bisogni complessi che richiedono un approccio multiprofessionale: cronicità ad elevata complessità clinica e assistenziale, fragilità sociosanitaria, transizioni assistenziali e problemi emergenti non gestibili individualmente. Il target non è limitato a specifiche coorti, ma si estende dall'acuzie di minore gravità alla fragilità multidimensionale. L'équipe interviene lungo l'intero ciclo assistenziale, dall'accoglienza e dall'inquadramento multidimensionale del bisogno, attraverso la presa in carico e la risposta integrata, fino al monitoraggio e al follow-up, garantendo continuità e governo del percorso. I casi vengono gestiti nei diversi dispositivi organizzativi in funzione della complessità: micro-équipe per la gestione quotidiana, équipe allargate per i problemi più articolati, board della Casa della Comunità per l'integrazione con attori istituzionali e comunitari. Tutte le componenti dell'équipe partecipano inoltre alla progettazione di interventi di empowerment comunitario e alla promozione della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, configurando l'équipe come dispositivo di connessione tra bisogni individuali e salute della popolazione.</p>
4) Indicatori utilizzati per misurare il processo di presa in carico svolto dal team
<p>Oltre agli strumenti di monitoraggio aziendali, le équipe utilizzano indicatori specifici orientati al processo di presa in carico: volumi e tipologie di prese in carico, flussi di accesso e di transizione tra servizi, tempi di risposta e continuità dei percorsi. A questi si affiancano strumenti di rilevazione della soddisfazione degli utenti. Particolare attenzione è dedicata all'analisi sistematica dei dati di affluenza e delle richieste della popolazione, che consente una lettura in tempo quasi reale dei bisogni emergenti e un conseguente adattamento organizzativo delle risposte assistenziali.</p>

5) Corsi di formazione riconosciuti effettuati sul tema team working

Le USI adottano una strategia formativa basata sull'apprendimento situato e sull'Educazione Permanente in Salute. La formazione continua si realizza attraverso la supervisione di un team nazionale e internazionale impegnato in progetti di ricerca-formazione-intervento, che prevedono l'analisi dei flussi assistenziali, interviste ai professionisti e approfondimenti teorici mirati, veicolati attraverso corsi ECM e attività formative delle università partner. Il percorso è inoltre raccordato con il Master in Salute Comunitaria dell'Università di Bologna. L'Educazione Permanente in Salute, di matrice latino-americana, costituisce il dispositivo formativo centrale per la trasformazione delle pratiche: valorizza l'apprendimento a partire dall'esperienza concreta dei professionisti, attraverso la discussione collegiale di casi clinici e organizzativi, l'analisi critica dei processi di lavoro e la produzione collettiva di conoscenza situata. Non si configura come formazione trasmissiva, ma come processo continuo di riflessione e trasformazione del lavoro in équipe. Il modello è completato dalla formazione tra pari: incontri di scambio tra équipe diverse, site visit e tirocini formativi incrociati che consentono l'incubazione delle USI nascenti all'interno di quelle consolidate. Il modello è completato dalla formazione tra pari: incontri di scambio tra équipe diverse, site visit e tirocini formativi incrociati che consentono l'incubazione delle USI nascenti all'interno di quelle consolidate.

Casa della Comunità Le Piagge

1) Tipologia di team che operano nella struttura. Composizione e tipologia di leadership

Team cure primarie: MMG\PLS, IFoC, Assistenti sociale, Medico rete Territoriale (Distretto)

Team multiprofessionale: MMG\PLS IFoC, Specialisti, Fisioterapisti, Dietisti

La leadership formale è del medico della Rete Territoriale che coordina le varie figure professionali per gli aspetti logistici. Il rispetto dei ruoli è facilitato dalla chiara definizione delle competenze e dalla continua interazione.

2) Strumenti operativi di coordinamento e di confronto utilizzati nel team

- Riunioni periodiche (quindicinali) su singoli casi in genere in presenza, per l'analisi e la progettazione interventi congiunti (presenti MMG\PLS IFoC e Assistenti sociali come équipe fissa)
- Agende condivise riservate per specifici problemi (scompenso cardiaco, DM tipo II scompensato) o per follow up stabiliti
- Agende condivise multidisciplinari per Sanità di Iniziativa (Diabete Mellito tipo II e IFoC, specialisti per analisi complicanze compreso retinografia e doppler) (Scompenso cardiaco con POCT NTproBNP e invio cardiologo positivi al test)
- Selezione ed invio paziente per valutazione pre-fragilità con invio IFoC e specialista geriatra, fisioterapista territoriale e dietista
- Progetti di iniziativa concordati con Distretto su singole problematiche

3) Tipologie di pazienti più frequentemente trattati dal team e percorsi che vedono impegnato il team

Pazienti complessi con bisogni sanitari e sociosanitari: oltre all'analisi congiunta del bisogno vengono attivate le risposte congiunte con coinvolgimento attivo di tutti i professionisti e verifica periodica del percorso. Oltre al livello territoriale sono state realizzate le connessioni dirette per i livelli ospedalieri, sia tramite COT che per invio diretto.

I pazienti dei MMG\PLS dell'AFT afferente che non hanno fisicamente lo studio presso la CdC possono usufruire dei percorsi e le riunioni sono fatte in webinar per concordare i percorsi e le visite congiunte domiciliari. Il telefono rimane in questi casi lo strumento di comunicazione interpersonale più efficace e rapido.

4) Indicatori utilizzati per misurare il processo di presa in carico svolto dal team

Analisi degli indicatori clinico assistenziali (malattie croniche e non solo) effettuata periodicamente da ARS Toscana (agenzia regionale sanitaria) che valuta sia MMG singolo, tutta AFT e MMG in CdC, consultabile on line sia in modalità open che con login su analisi singoli.

Analisi PREMS effettuata da S. Anna anche su ambulatorio urgenze non differibili.

5) Corsi di formazione riconosciuti effettuati sul tema team working

Non sono stati fatti corsi specifici ma sono stati fatti corsi su CdC e approccio multidisciplinare.

AUTORI

- Dott. Antonio Fortino, Agenas
- Dott.ssa Giusy Casazza, Agenas
- Dott.ssa Elisabetta Alti, Medico di Medicina Generale e Direttore del Dipartimento di Medicina generale della Ausl Toscana centro
- Dott. Luigi Maria Bracchitta, Medico di Medicina Generale, ATS Milano
- Prof. Roberto Di Monaco, Professore associato di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università di Torino
- Dott. Leonardo Duriavig, Infermiere di Famiglia e Comunità, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
- Dott.ssa Fabia Franchi, Direttore Distretto di Vignola, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
- Dott. Vincenzo Lavecchia, Dirigente medico Organizzazione dei servizi sanitari di base Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia
- Dott. Michele Mallamace, medico di assistenza primaria in formazione specialistica
- Dott.ssa Damiana Pepe, Dirigente Assistente Sociale, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
- Dott. Fabio Pignatti, Presidente Società Italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SIMCCP)
- Dott.ssa Tiziana Scellini, Direttore di Distretto di Campobasso, Azienda Sanitaria Regionale del Molise.

REVISORI

- Dott.ssa Laura Regattin, Direttore Sanitario ARCS – Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute Regione, Friuli Venezia Giulia
- Dott. Francesco Paolo La Placa, Dirigente Responsabile Programmazione Territoriale, Regione Sicilia
- Dott. Andrea Carrozzini, medico incaricato presso la UOS Governo delle Cure Primarie, ASL Roma 2 e medico volontario in Ambulatorio Popolare Roma Est