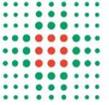




PROGETTO SANITARIO

«CASA DELLA COMUNITÀ DI MIRANDOLA COME
STRUMENTO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E
TERRITORIO»

M. C. Gallo, I. Iamandii, M.
Guerzoni, A. Confente, I.
Cacciapuoti, A. Ferraresi



PREMESSA

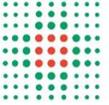
I CAMBIAMENTI SOCIO-DEMOGRAFICI NEGLI ULTIMI DECENNI:

- **Progressivo invecchiamento della popolazione** (nel 2050 il 35,9% della popolazione totale avrà ≥ 65 anni).
- Il concomitante **aumento delle patologie croniche**.



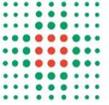
ADOZIONE DI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI:

- Sostituzione dell'attuale paradigma (incentrato sull'assistenza ospedaliera) con interventi di **prevenzione e promozione** della salute già sul **territorio**.
- Casa della Comunità (CdC): **struttura di prossimità, di primo accesso e di riferimento per i servizi socio-sanitari**, dove valorizzare il **contributo della comunità**.



LA SFIDA

- Disegnare il **progetto sanitario della CdC di Mirandola** in un impianto la cui committenza è iniziata nel lontano 2012.
- Creare un modello condiviso con tutte le parti (**sanitarie, sociali e cittadinanza**), a misura del territorio, quindi specifico, ed in **continua evoluzione**.
- Valorizzare le peculiarità: struttura della CdC **adiacente ed in comunicazione** con la struttura **ospedaliera** e tanti altri **servizi territoriali** (ad esempio COT, SADI, CDCD, Consultorio Familiare ecc).
- Tracciare e rinsaldare **percorsi di interazione ed integrazione fra professionisti**.



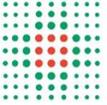
IL BOARD

Il Board (sia gestionale che organizzativo) rappresenta **l'organismo formale** e sostanziale di partecipazione alle decisioni (DGR n°2128/2016). La **collegialità** nelle decisioni consente una più efficace integrazione delle diverse competenze professionali e tecniche.

I partecipanti al Board effettuano **incontri periodici**, sulla base dei temi e dei problemi da affrontare; essi partecipano al coordinamento della CdC analizzando i problemi di carattere organizzativo e clinico-assistenziale, identificando soluzioni condivise e verificando l'andamento delle attività.

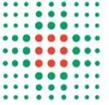
FUNZIONI:

- Viene predisposto il piano operativo, nel quale sono definiti gli obiettivi operativi e le azioni.
- Promuove il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei cittadini competenti nelle attività delle CdC.
- Supporta il Direttore di Distretto nel monitorare e rendicontare i risultati conseguiti.

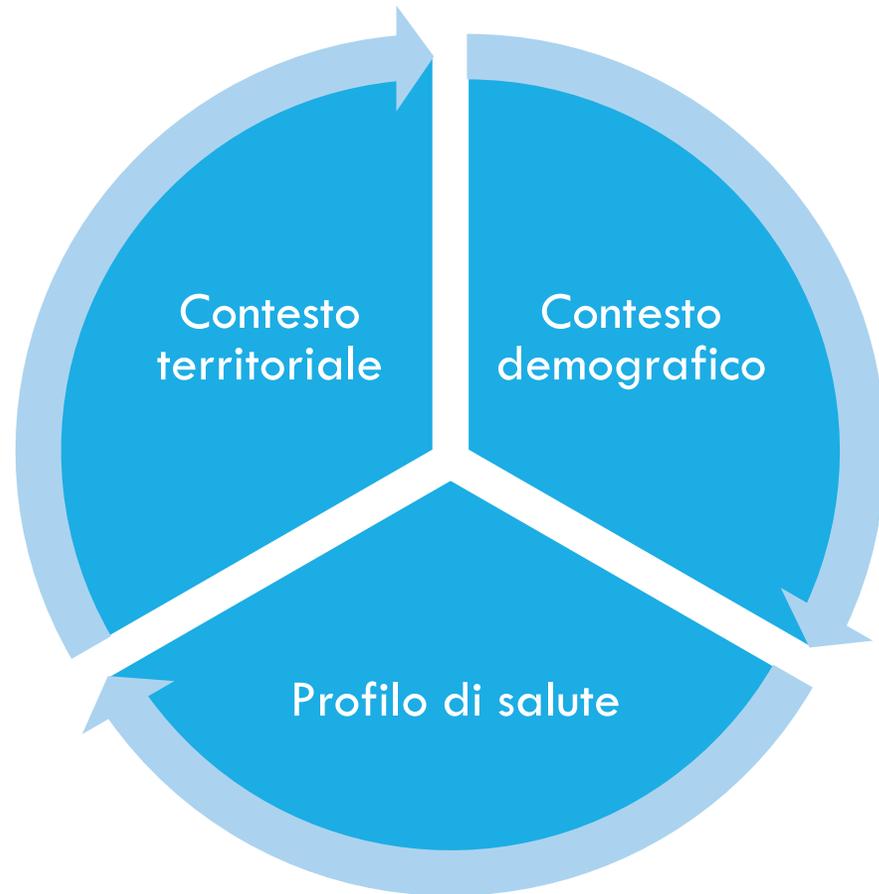


PROGETTUALITÀ

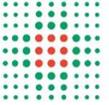




ANALISI DI CONTESTO



La conoscenza del **contesto demografico** ed **epidemiologico** della popolazione che afferisce al nostro territorio, e di conseguenza alla Casa della Comunità, ha rappresentato uno **strumento** indispensabile per la programmazione delle **attività, dei servizi**, dell'individuazione delle **risorse** (economiche, umane, tecnologiche) necessarie.

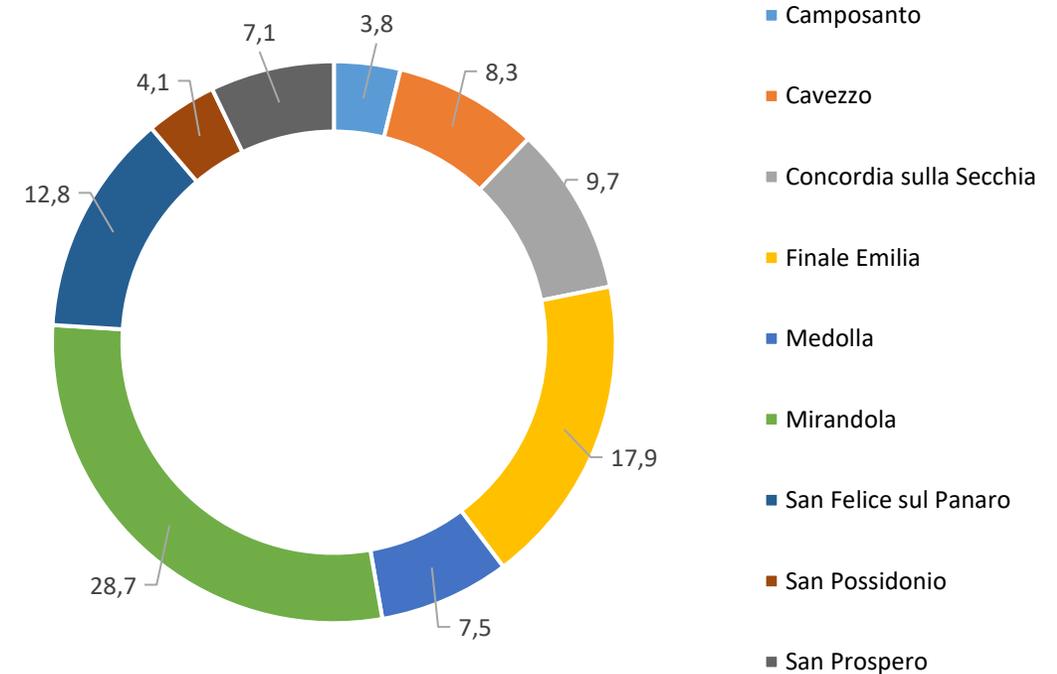


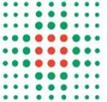
CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

IL DISTRETTO DI MIRANDOLA:

- Collocato nella zona di pianura a **nord della Provincia di Modena**.
- Superficie di **461 kmq** (circa il **38,4%** del territorio provinciale).
- Comprende **9 comuni**.
- Bacino d'utenza al 1° Gennaio 2021 circa **84.400 abitanti** (12% della popolazione provinciale), **60% dei quali presenti** nei comuni di Mirandola (29%), Finale Emilia (18%) e San Felice (13%).

Distribuzione della popolazione nel Distretto di Mirandola



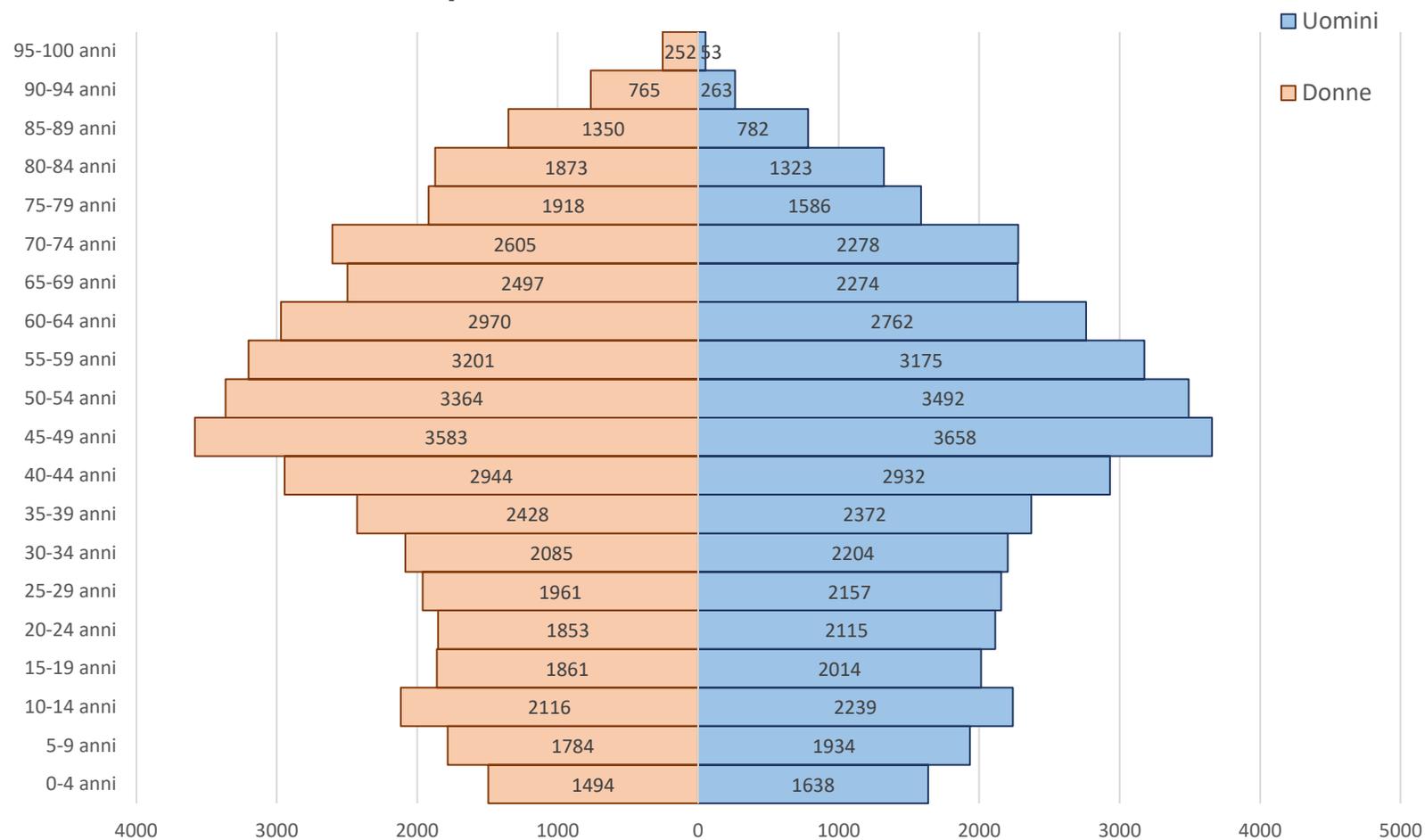


CONTESTO DEMOGRAFICO

Indicatore	Distretto di Mirandola	Provincia di Modena	Regione Emilia-Romagna	Italia
Popolazione totale (n)	84.390	706.468	4.459.866	59.236.213
Donne (%)	51,0	50,8	51,2	51,3
Popolazione straniera (%)	14,2	13,5	12,7	8,7
Popolazione ≤14 anni (%)	13,4	13,4	12,7	12,9
Popolazione 15-64 anni (%)	63,1	63,5	63,1	63,6
Popolazione ≥65 anni (%)	23,5	23,1	24,2	23,5
Indice di invecchiamento (%)	23,5	23,1	24,2	23,5
Indice di vecchiaia (%)	176	173	190	183
Indice dipendenza degli anziani (%)	37,3	36,4	38,3	37
Indice di dipendenza strutturale (%)	58,4	57,6	58,5	57,3
Nati vivi (n)	582	4.964	29.861	404.892
Tasso grezzo di natalità	6,9	7,3	6,7	6,8
Speranza di vita alla nascita uomini (anni)	80	81	80	80
Speranza di vita alla nascita donne (anni)	85	85	84	85
Decessi (n)	1.004	7.990	55.749	709.035
Tasso grezzo di mortalità	11,9	11,4	12,5	11,9
Numero di famiglie	33.279	308.600	1.946.466	25.323.471
Componenti per famiglia (n medio)	2,3	2,3	2,2	2,3

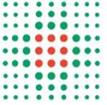
CONTESTO DEMOGRAFICO

Piramide della Popolazione residente nel Distretto al 1° Gennaio 2021



Classica configurazione che si riscontra nei Paesi Occidentali:

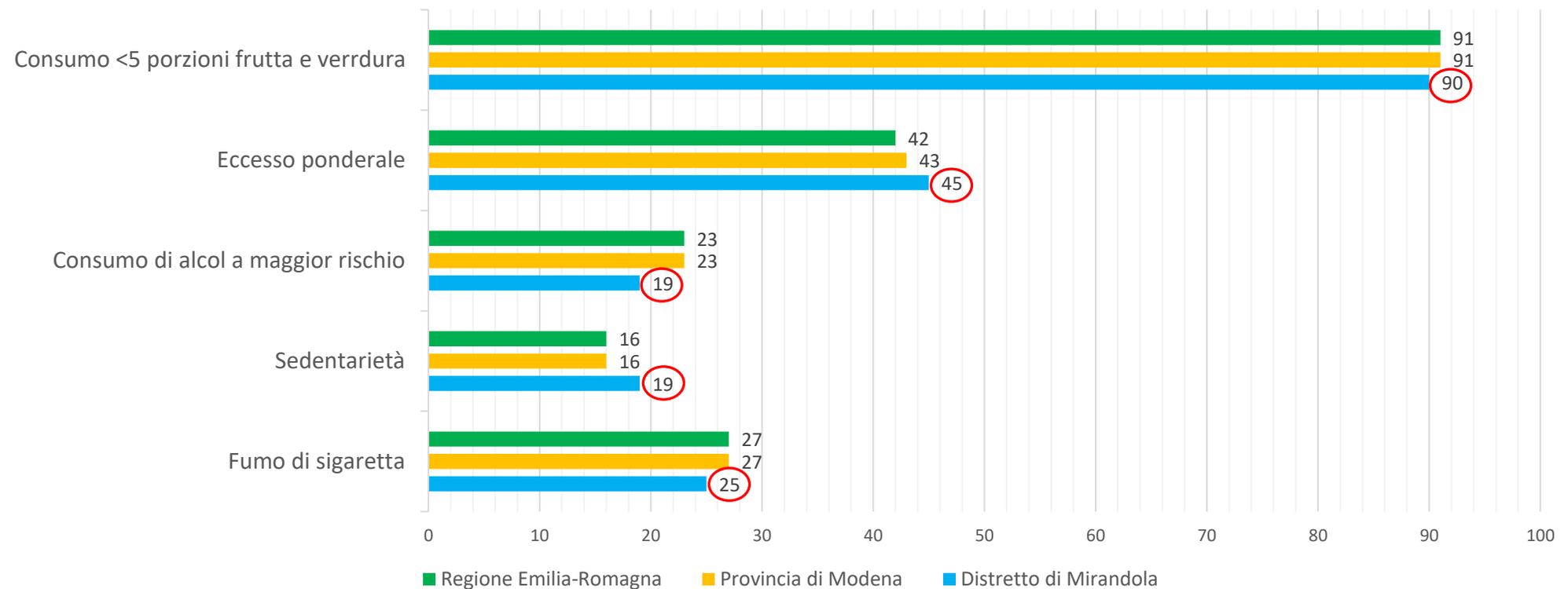
- Minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme: ≤ 14 anni (13,4%) e ≥ 65 anni (23,5%).
- Maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali: 15-64 anni (63,1%).

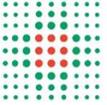


PROFILO DI SALUTE

Secondo i dati della Sorveglianza PASSI nel periodo 2014-2019, il 97% della popolazione 18-69 anni nel Distretto di Mirandola presenta almeno un fattore di rischio comportamentale.

Fattori di rischio comportamentali



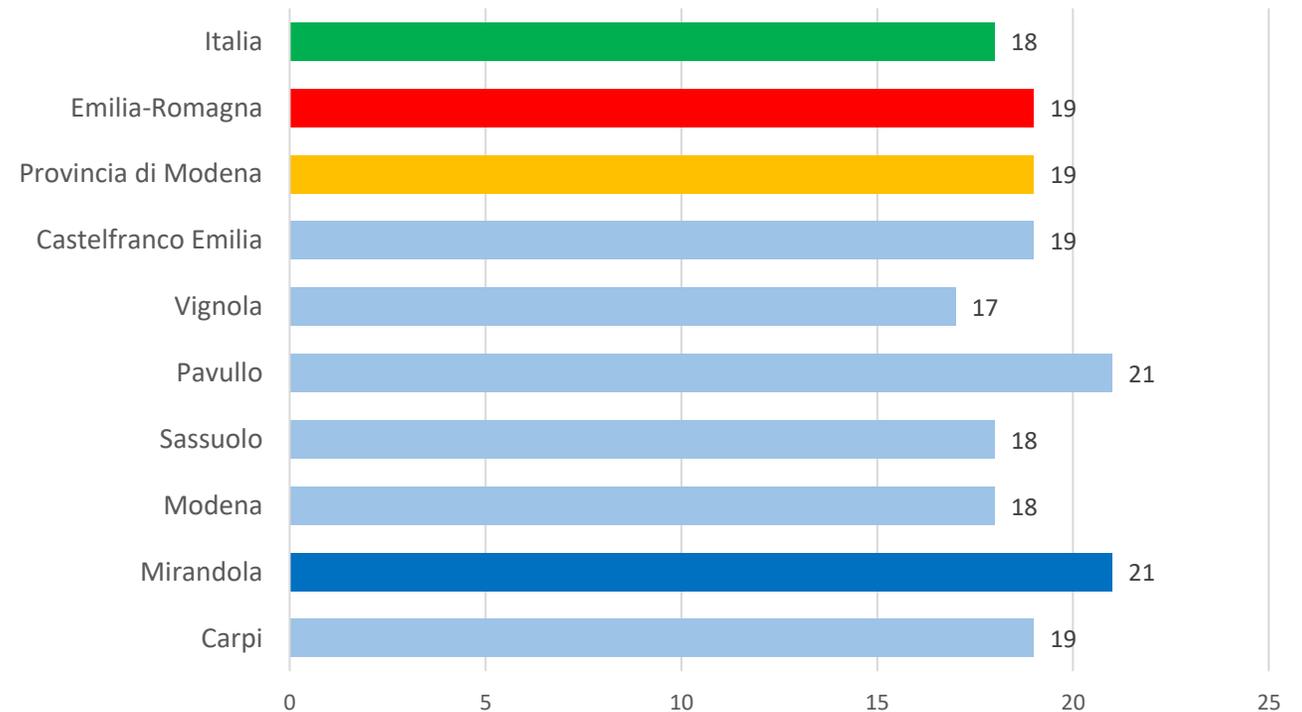


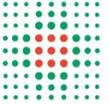
PROFILO DI SALUTE

Secondo i dati della **sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento**, si stima che il **18% dei modenesi tra 18-69 anni e il 66% degli ultra 69-enni**, soffra di **almeno una patologia cronica**, valori simili a quelli regionali (rispettivamente 19% e 64%) e nazionali (rispettivamente 18% e 65%).

Nel Distretto di Mirandola poco più di un quinto della popolazione con età 18-69 anni, presenta almeno una patologia cronica, quota nettamente **maggiore** rispetto agli altri distretti modenesi, eccetto quello di Pavullo.

Popolazione 18-69 anni con almeno una patologia cronica

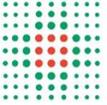




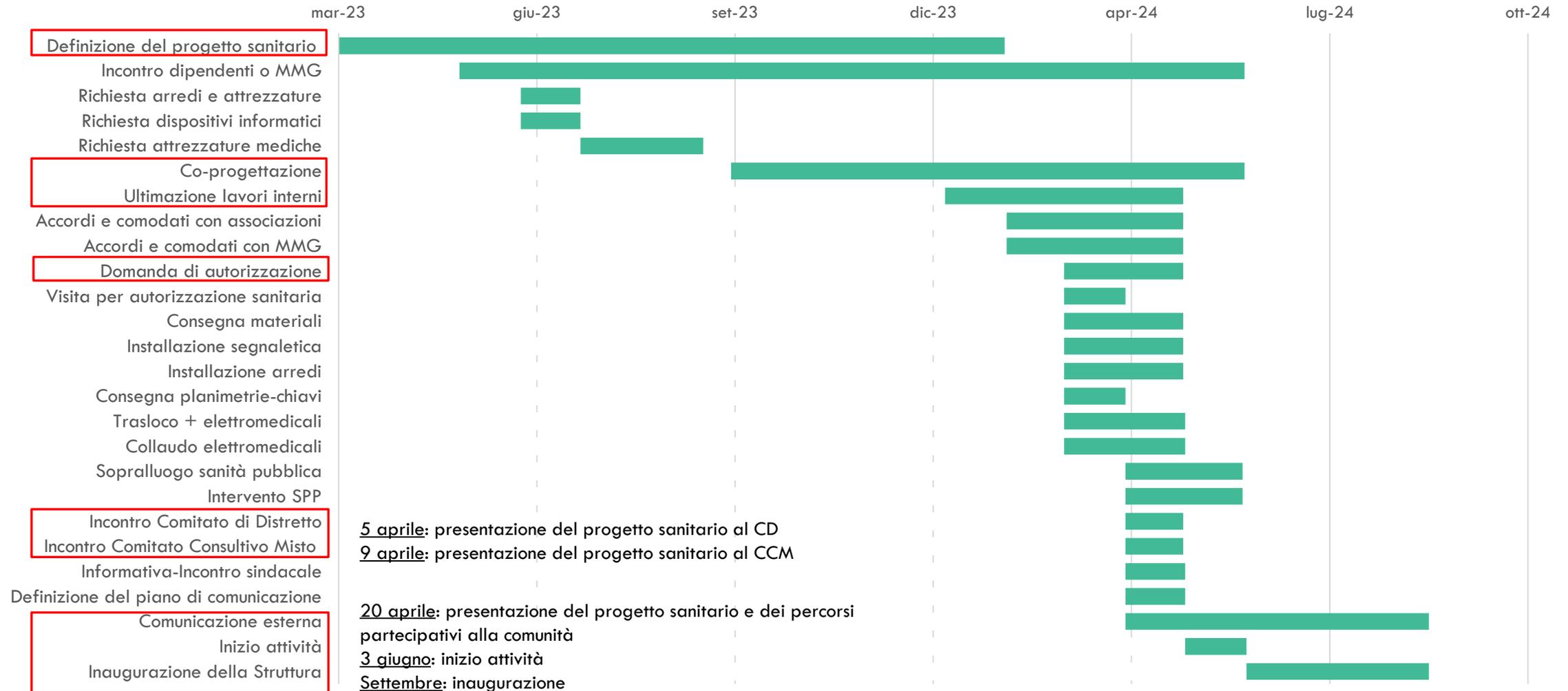
PROFILO DI SALUTE

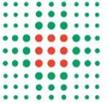
Le patologie a maggior prevalenza a livello provinciale e distrettuale sono: iper-lipidemia, diabete mellito, disordini della tiroide, ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica. Inoltre, una percentuale sempre maggiore di assistiti presenta più di una patologia. Il fenomeno della **multi-cronicità è legato all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria, che ha allungato la speranza di vita.**

Le prime quattro cause di decesso nel periodo 2016-2021 sono state le **malattie del sistema circolatorio, i tumori, le patologie dell'apparato respiratorio e le malattie senili e presenili. Inoltre, i tassi di mortalità per le malattie endocrino-metaboliche (di cui fa parte il diabete mellito) nel territorio mirandolese, risultano essere più elevati rispetto a quelli provinciali e regionali, configurando quindi la necessità di individuare possibili aree di intervento per ridurre la mortalità specifica.**



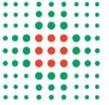
TEMPI DI REALIZZAZIONE





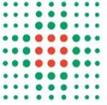
ANALISI SWOT

		VANTAGGI E OPPORTUNITÀ	RISCHI E PERICOLI
FATTORI INTERNI	STRENGTHS - PUNTI DI FORZA 	<ul style="list-style-type: none"> Maggiore efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) Vicinanza tra CdC e Ospedale Co-progettazione aperta Garanzia della continuità delle cure e buon livello di assistenza agli utenti 	WEAKNESSES - PUNTI DI DEBOLEZZA 
			<ul style="list-style-type: none"> Scarsa abitudine al “gioco di squadra” comune a diversi livelli aziendali Resistenza al cambiamento da parte di alcuni professionisti
FATTORI ESTERNI	OPPORTUNITIES - OPPORTUNITÀ 	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione di accessi al Pronto Soccorso Riduzione dei ricoveri inappropriati Rafforzare il rapporto fiduciario medico-paziente Rafforzare la fiducia nel SSN Integrazione tra professionisti Coinvolgimento attivo della comunità, dei giovani e della popolazione straniera Maggiore informazione ed educazione alla salute, soprattutto verso la popolazione che sfugge ai programmi di screening Equità nella risposta ricevuta 	THREATS - MINACCE 
			<ul style="list-style-type: none"> Resistenza al cambiamento da parte dei cittadini e della comunità Scarsa integrazione tra professionisti Utilizzo improprio della struttura Scarsa partecipazione degli utenti



FINALITÀ ED OBIETTIVI

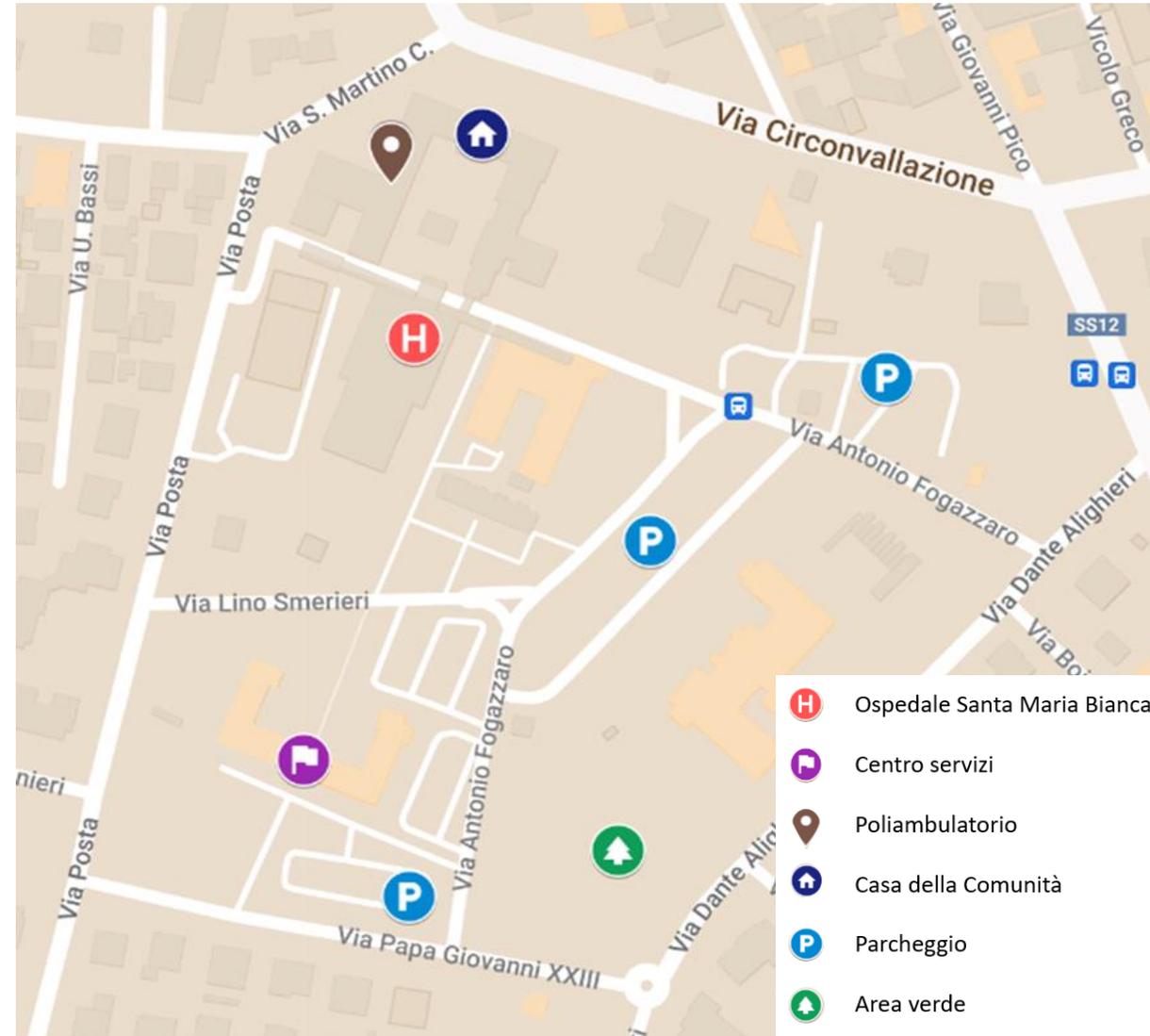
- **Struttura di facile individuazione e di riferimento per i cittadini.**
- Favorire la **partecipazione della comunità.**
- **Coordinare e rafforzare l'erogazione dei servizi territoriali in modo capillare.**
- **Sviluppare una nuova idea di salute, definita come benessere della comunità, finalizzato sulla medicina pro-attiva di comunità e sulla prevenzione.**
- **Luogo per la realizzazione della piena integrazione socio-sanitaria.**
- **Ridefinire il rapporto tra ospedale e territorio, favorendo l'integrazione tra i due, per una presa in carico personalizzata, tempestiva ed integrata della persona.**
- **Raggiungere i cittadini fragili, vulnerabili e cronici, attivando anche nuovi percorsi oltre quelli già esistenti, soprattutto per le condizioni croniche prevalenti nel Distretto.**
- **Implementare nuovi strumenti tecnologici (telemedicina).**

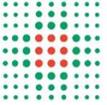


LOCALIZZAZIONE ED INSERIMENTO NEL CONTESTO OSPEDALIERO ED URBANO

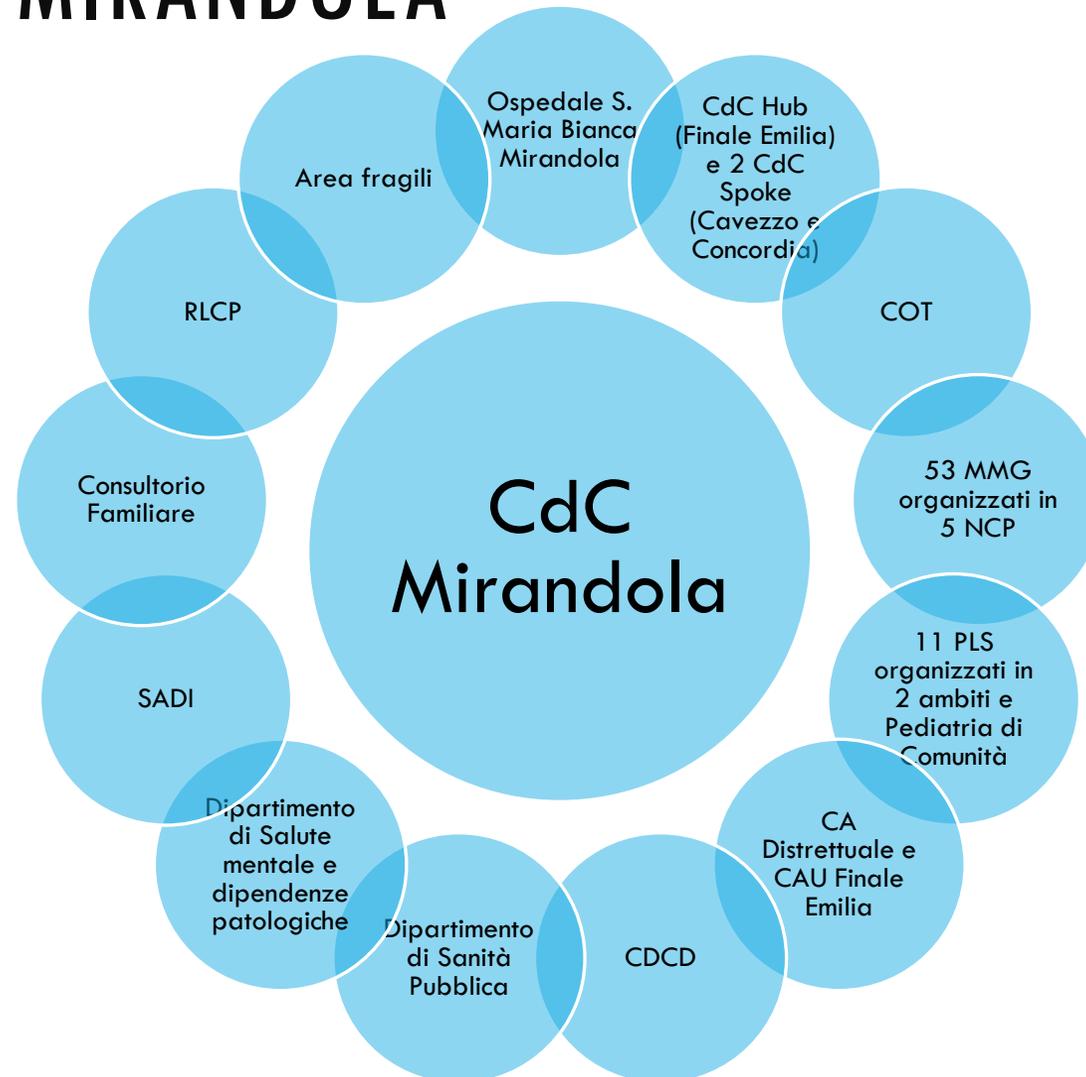
Seguendo il concetto di riuso, la CdC di Mirandola avrà sede in una **struttura già esistente, nel corpo 02 dell'Ospedale «S. Maria Bianca» di Mirandola**. L'edificio ha una planimetria regolare, si sviluppa su 3 piani ed è **facilmente raggiungibile** grazie a percorsi ciclopedonali e con mezzi di trasporto privati e pubblici.

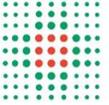
Inoltre, nella sua prossimità, si trovano l'edificio del **Centro Servizi**, che accoglie i Servizi Distrettuali, **un'area verde e 3 parcheggi per l'utenza**.



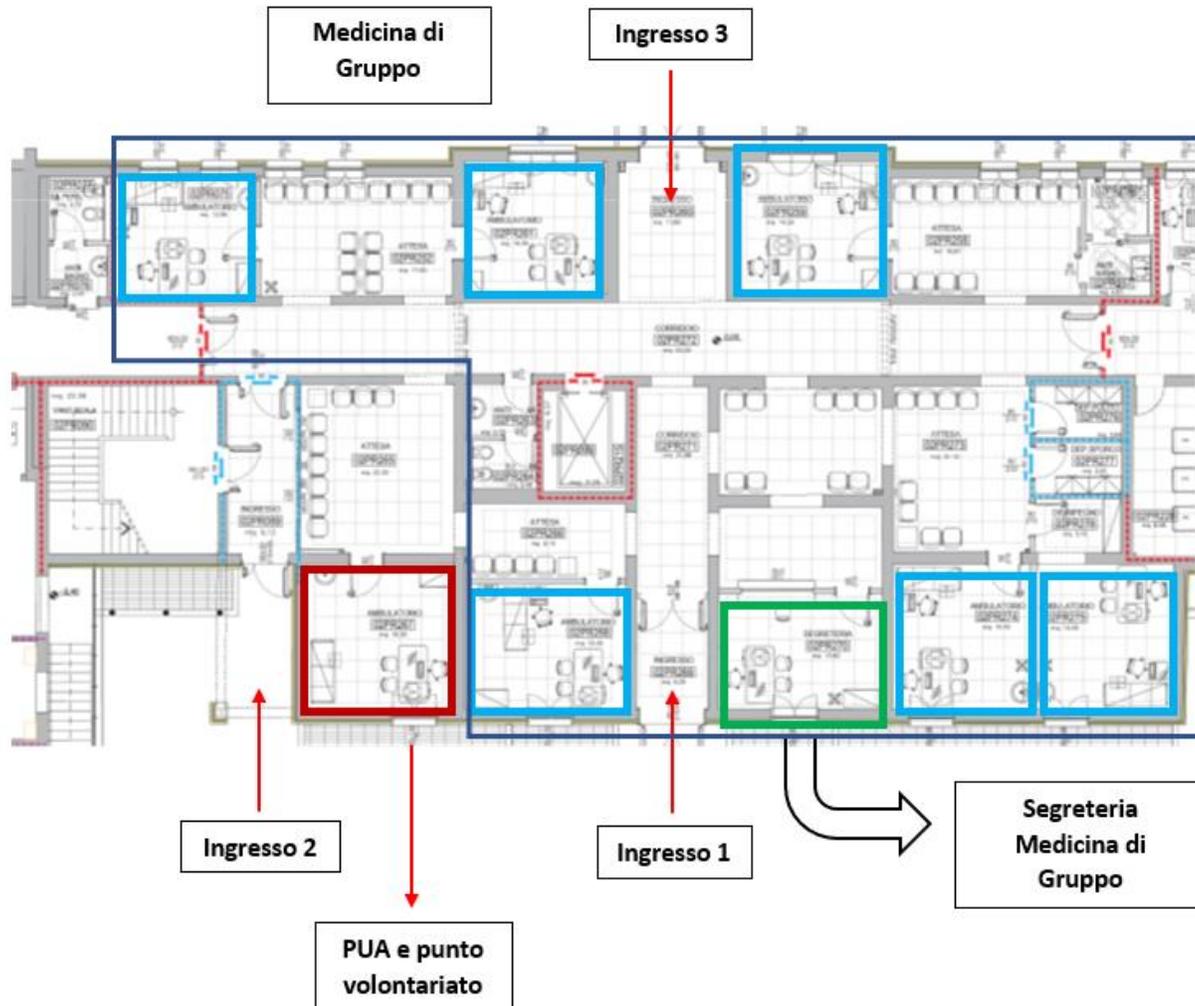


COLLEGAMENTO FUNZIONALE CON SERVIZI SANITARI DEL DISTRETTO DI MIRANDOLA



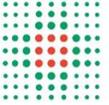


ORGANIZZAZIONE SPAZIALE: PIANO RIALZATO

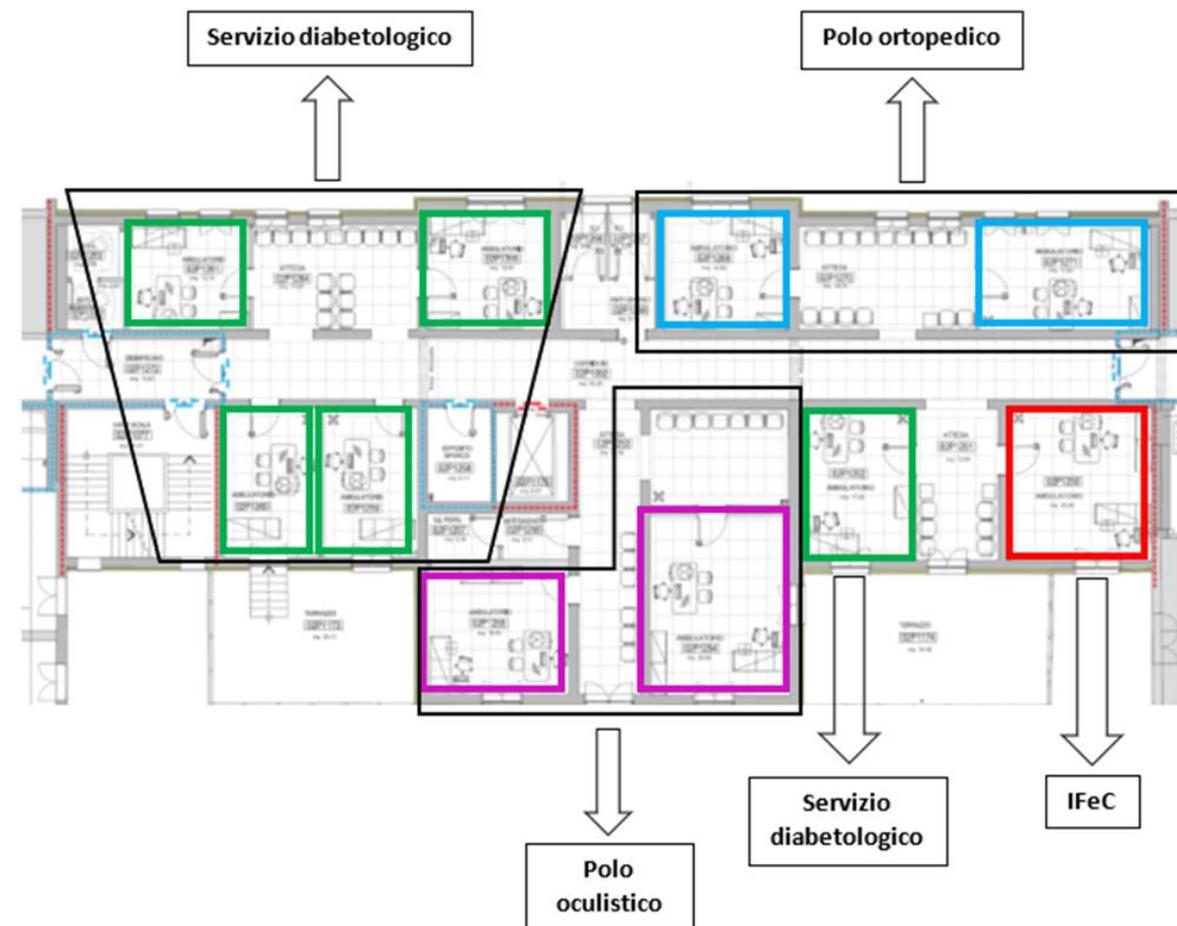


Al piano rialzato sono presenti **8 spazi**:

- 7 spazi dedicati ad **una delle due Medicine di Gruppo di Mirandola**: 5 ambulatori per MMG, 1 ambulatorio per l'infermiere e 1 spazio per la segreteria;
- 1 spazio destinato alle **associazioni di volontariato e al PUA**.

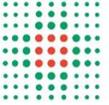


ORGANIZZAZIONE SPAZIALE: PRIMO PIANO



Al primo piano sono presenti **10 spazi** che verranno assegnati ai seguenti servizi:

- **Servizio diabetologico:** 5 ambulatori, condivisi con altri servizi (TAO, dermatologia, infettivologia, angiologia, IFoC e telemedicina);
- **Polo ortopedico:** 2 ambulatori dedicati all'ortopedia ospedaliera, di I livello e di II livello (ambulatori chirurgici dell'anca, della spalla, del ginocchio).
- **Polo oculistico:** 2 ambulatori dedicati all'oculistica ospedaliera e territoriale, di I livello e di II livello, e all'attività ortottica.
- **IFoC (Infermiere di Comunità):** 1 ambulatorio non condiviso e 1 ambulatorio condiviso con il Servizio diabetologico.



ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

Per garantire un'assistenza di prossimità di qualità per i cittadini, le attività e servizi presenti all'interno della CdC di Mirandola verranno organizzati in 4 aree funzionali.

ACCOGLIENZA

Punto informativo

Intercettazione del
bisogno

Accoglienza
disabili

Informa caregiver

ASSISTENZA PRIMARIA

Medicina
Generale

IFoC

Telemedicina

SPECIALISTICA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO

Servizio diabetologico

Oculistica

Ortopedia

Angiologia

Dermatologia

Infettivologia

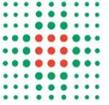
PROMOZIONE-PREVENZIONE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA'

Promozione

Prevenzione

Partecipazione
della comunità

Spazio giovani
generazioni

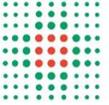


ACCOGLIENZA

Lo spazio dedicato **all'accoglienza** è localizzato al piano rialzato e svolge il ruolo di **primo contatto** con il cittadino, garantendo pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi.

CARATTERISTICHE:

- **Punto informativo:** servizio di **accoglienza** e orientamento verso i servizi (**Associazioni di Volontariato**).
- **Intercettazione del bisogno:** prima lettura del bisogno e segnalazione alle strutture competenti (**Punto Unico di Accesso**).
- **Sportello di Accoglienza per i Disabili:** percorso facilitato di accesso alle prestazioni sanitarie rivolto ai cittadini con gravi disabilità (**Progetto sperimentale in progress**).
- **Informa Caregiver:** in giornate ed orari dedicati, si occuperà di orientare i familiari caregiver nell'assistenza di un utente anziano o disabile (**Progetto Aziendale**).



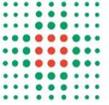
ASSISTENZA PRIMARIA: MEDICI DI MEDICINA GENERALE

I medici di medicina generale hanno un **ruolo prioritario nel riconoscere i bisogni e nell'indirizzare gli assistiti.**

I medici dovranno **integrarsi** con gli altri servizi presenti, collaborando direttamente con gli altri professionisti, ponendo al centro **l'assistito e la comunità**. L'aggregazione in associazione (**Medicina di Gruppo**) nella CdC, sarà il collante fra le iniziative e i percorsi di **presa in carico (medicina d'iniziativa)**.



Nello specifico, nella CdC di Mirandola avrà sede la **Medicina di Gruppo «Medigroup Mirandola»**, con 5 MMG, 1 infermiere e 1 assistente di studio che assistono **quasi 8.000 mirandolesi**.



ASSISTENZA PRIMARIA: INFERMIERE DI COMUNITÀ

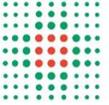
L'INFERMIERE DI COMUNITÀ:

- Assicura l'assistenza ai **diversi livelli di complessità in collaborazione** con tutti i professionisti presenti nella comunità.
- Garantisce **la risposta assistenziale** per i nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali della comunità.
- Presenta un **forte orientamento alla gestione proattiva della salute**, con coinvolgimento in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute.



Nella CdC di Mirandola avrà sede un Punto di Infermieristica di Comunità, funzionalmente collegato agli altri 7 già presenti nel Distretto.





ASSISTENZA PRIMARIA: TELEMEDICINA

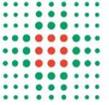
La Telemedicina consente l'erogazione di servizi senza che l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, attraverso uno scambio sicuro di dati e informazioni digitali.

Prestazioni erogabili in telemedicina: telerefertazione, telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto.



Nella CdC di Mirandola avrà sede l'**ambulatorio della Telemedicina** con le seguenti strumentazioni:

- **ECG portatile:** progettualità futura «ECG nel setting territoriale»;
- **Spirometro, Emogasanalizzatore portatile, ecografo portatile:** progettualità futura «Pneumologia territoriale»;
- **Retinografo:** nell'ambito di progettualità aziendale.

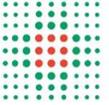


INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

L'area è localizzata al primo piano della CdC di Mirandola, ospiterà servizi di natura sanitaria relativi all'area della **diagnostica di base** (retinografo, ecografo, spirometro, ecc) e **all'area ambulatoriale specialistica**.

SERVIZI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE EROGATI:

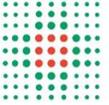
- **Servizio diabetologico** distrettuale;
- **Oculistica** territoriale, ospedaliera e **ortottica**;
- **Angiologia**;
- **Ortopedia** ospedaliera di I e II livello (chirurgia di anca, spalla e ginocchio) ed eventuale presa in carico presso la struttura ospedaliera adiacente;
- **Dermatologia**;
- **Infettivologia**.



PROMOZIONE-PREVENZIONE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ

OBIETTIVI PREFISSATI:

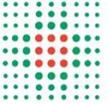
- Promuovere **l'alfabetizzazione sanitaria e l'empowerment del cittadino;**
- **Prevenzione primaria delle patologie croniche prevalenti e promozione dell'adesione agli screening oncologici;**
- Promuovere la **consapevolezza della salute mentale** e ridurre lo stigma associato;
- Promuovere la salute dei giovani e delle famiglie, **promuovendo stili di vita sani** e lavorando sui **comportamenti a rischio;**
- Promuovere la consapevolezza **verso la violenza di genere**, rafforzando la cultura dell'uguaglianza;
- Promuovere percorsi di integrazione per la fragilità valorizzando le persone fragili e aumentando la **consapevolezza della comunità;**
- Promuovere **percorsi di co-progettazione insieme alla comunità.**



PROMOZIONE-PREVENZIONE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ

PERCORSI DI CO-PROGETTAZIONE:

- Prevista l'attivazione di **Laboratori della Comunità** per ascoltare i problemi della cittadinanza e progettare **le possibili modalità di intervento**, mettendo al centro il cittadino ed ottimizzando l'occupazione degli spazi (non utilizzati nei fine settimana e nei pomeriggi).
- Attualmente attivati 2 percorsi di co-partecipazione e co-progettazione:
 1. **Associazioni di Volontariato:** progettazione del servizio di accoglienza e orientamento dei cittadini verso i servizi all'interno e all'esterno della CdC.
 2. **Giovani studenti (14-19 anni) dell'Istituto Luosi di Mirandola,** indirizzo socio-sanitario: progettazione di servizi ed attività riguardanti i «rapporti interpersonali» e condivisione di altre attività, come l'organizzazione di un contest artistico con esposizione degli elaborati all'interno della CdC e proposte di intitolazione della CdC di Mirandola.



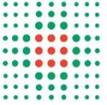
RISULTATI ATTESI

I risultati attesi connessi al progetto sanitario della Casa della Comunità di Mirandola:

- **Realizzare un modello che sia su misura del territorio specifico, in collaborazione** con le persone che lo animano, offrendo servizi capaci di rispondere maggiormente ai bisogni specifici;
- La possibilità di apportare **modifiche ed integrazioni al progetto in itinere**, garantendo maggiore flessibilità, in un contesto in continua evoluzione.

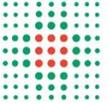


Valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate tramite **indicatori di monitoraggio specifici e valutazioni** periodiche sia **quantitative che qualitative**.



RISULTATI ATTESI: INDICATORI

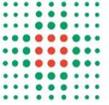
INDICATORI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
Soddisfazione della qualità dei servizi offerti da parte degli utenti (Customer satisfaction)	Valutazione attraverso questionari richiesti agli utenti ad ogni accesso al servizio e questionari domiciliari (ad invio elettronico o postale) da sottoporre con cadenza semestrale agli utenti che hanno avuto accesso a prestazioni sanitarie e sociali erogate dalla CdC
Soddisfazione degli operatori maggiormente a contatto con gli utenti (Infermieri di Comunità, Educatori, Assistenti sociali, MMG, specialisti)	Valutazione attraverso delle "Osservazioni partecipanti" con note di carattere psicologico, sociologico e antropologico e percorsi ciclici di interviste semi-strutturate e focus group
Numero complessivo e specifico di utenti che accedono ai servizi offerti dalla CdC	Controllo inizialmente semestrale (per i primi 3 anni) e a seguire annuale
Numero di utenti presi in carico e persi durante il follow-up	Controllo inizialmente semestrale (per i primi 3 anni) e a seguire annuale
Numero di assistiti ultra-65 presi in carico dai servizi offerti dalla CdC	Presa in carico, entro il 2026, di almeno il 10% della popolazione >65aa
Indicatori di salute	Confronto con indicatori di salute regionali e provinciali e quelli comunali precedenti all'inaugurazione della CdC



CONCLUSIONI

FUTURO DELLA CDC:

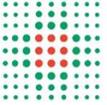
1. La CdC come **luogo di innovazione dell'assistenza territoriale**, tramite logiche di **Community Building**, superando di conseguenza il modello di **consumo di prestazioni sanitarie individuali** e favorendo la partecipazione dei cittadini alla loro salute come **«progetto di comunità»**.
2. **«Il luogo» di incontro e di confronto**, un nodo di rete e di **relazioni tra i diversi attori** che, a vario titolo e in diversa misura, ne saranno **parte attiva**, progettandola e rimodulandola anche in futuro, in base alle necessità ed ai bisogni. La **«Casa»** nella quale **la «Comunità»** troverà prima di tutto accoglienza ed orientamento. In tal modo la Casa della Comunità **va verso le persone, cerca chi non arriva, non è arroccata negli uffici e negli ambulatori, è garante attiva di una alleanza strategica con tutte le istituzioni, sanitarie, sociali, formali e non.**
3. Infine, la CdC dovrebbe diventare una parte di città in cui **il cittadino si sente a casa**, un luogo in cui si sta bene e che fa parte della propria vita, **riducendo la frammentazione sociale e la distanza istituzionale.**



CONCLUSIONI

LA SFIDA IN QUESTA OTTICA È MOLTO INTRIGANTE

- Il metodo di lavoro sarà quello **d'equipe**, della **interdisciplinarietà**, della **connessione di più saperi**, non solamente quelli **specialistici**, ma anche **figure che sappiano accogliere, informare, orientare, accompagnare**, sulla rete dei servizi e sulle opportunità disponibili.
- Questa nuova **prospettiva di lavoro** necessiterà di un costante accompagnamento **formativo**, da rivolgere agli operatori e a tutti gli attori del welfare locale, per orientarne i comportamenti e favorire l'interiorizzazione di questo nuovo modello.
- Tutte queste opportunità messe in campo **dal capitale umano espressione del territorio**, devono essere **prioritariamente a favore soprattutto delle persone più fragili**.
- Ci auguriamo che tale modello, potrà far emergere e potrà dar voce a quella **ricchezza socialmente rilevante** che è già presente nel nostro territorio. **Ricchezza che è fatta di valori, storie, esperienze, professionalità e risorse, la cui scoperta e il cui intreccio sistemico ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi, di immaginare cioè, che un altro modo di concepire la sanità possa essere possibile. Dalla qualità di questo rapporto reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro.**



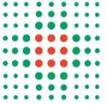
NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Allegato 1. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
2. Linee di indirizzo per la gestione integrata del Diabete mellito di tipo 2, 2017, Regione Emilia-Romagna.
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
4. Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n.215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.
5. Governo Italiano (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 5: inclusione e coesione; Missione 6: Salute.
6. Decreto n. 72/2021. Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n.117/2017 (codice del terzo settore).
7. Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n.221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.
8. Linee guida del Ministero della Salute Legge 296/2006 - Art. 1, comma 806.



BIBLIOGRAFIA

1. AGENAS. (2021), “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”.
2. AReSS, (2010), “Linee guida per la progettazione delle “Case della Salute”.
3. Lave J., Wenger E. (2006), “L'apprendimento situato, Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali”, Erickson.
4. Bagnasco A., Zanini M., Pozzi F., Aleo G., Catania G., Sasso L. (2020), “Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità”, L’Infermiere.
5. Garattini L. (2022), “Primary care in a National Health Service: time for radical reform”, Family Practice.
6. Pesaresi F. (2022), “Le case della Comunità: come saranno?”. I luoghi della cura online.
7. Zazzera A. (2022). “Le Case della Comunità come luogo di Community Building”. Lombardia sociale.
8. Riboldi F. (2021), “Casa della Comunità non solo come luogo fisico ma un modo per promuovere la salute”, Capitolo 5 del Libro “Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care”, a cura di: Bonaldi A., Celotto S., Lauriola P., Mereu A., Cultura e Salute Editore Perugia.
9. Ingrosso M. (2022), “Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità”. Sistema Salute.
10. Pesaresi F. (2022), “L’infermiere di famiglia o comunità: come sarà”, I luoghi della cura online.
11. Setola N. (2022), “La forma della Casa della Comunità”, Salute internazionale.
12. Magatti M. (2017), “Cambio di Paradigma. Uscire dalla crisi pensando il futuro”, Feltrinelli.
13. Brunod M., Moschetti M., Pizzardi E. (2016). “La coprogettazione sociale. Esperienze, metodologie e riferimenti normativi”, Erickson.
14. De Ambrogio U. e Guidetti C. (2016), “La coprogettazione. La partnership tra pubblico e Terzo settore”, Carocci Faber.
15. Trevisani D. (2019), “Ascolto attivo ed empatia: i segreti di una comunicazione efficace”, FrancoAngeli.
16. Longo F. e Barsanti F. (2021), “Community Building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute”, Egea.



SITOGRAFIA

1. Dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). Disponibile online: <https://www.istat.it/>.
2. Report-ER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali). Disponibile online: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/reporter-home>.
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Disponibile online: <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>.
4. Azienda USL di Modena. Disponibile online: <https://www.ausl.mo.it>.
5. Piano sociale e sanitario 2018-2020, Regione Emilia Romagna. Disponibile online: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/piani-di-zona-triennali-per-distretto>.
6. Sorveglianza PASSI 2014-2019. Disponibile online: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er>.
7. Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2019. Disponibile online: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/comunicazione/regionali/Emilia-Romagna>.
8. Sintesi epidemiologica della salute in provincia di Modena 2021, AUSL Modena. Disponibile online: <https://www.ausl.mo.it/dsp/sintesi-epidemiologica2021>.
9. Il Profilo di salute nella Regione Emilia Romagna, 2019. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/sintesi.pdf/@@download/file/sintesi.pdf>.
10. Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. Disponibile online: <https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/servizi-e-strumenti/novita-editoriali/piano-regionale-della-prevenzione-2021-2025>.
11. Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità, Quaderno di Monitor 2022, AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Disponibile online: <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/2141-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-della-casa-della-comunit%C3%A0>.
12. ASRR (Agenzia sanitaria e sociale regionale), Regione Emilia Romagna (2013), “Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale gestione sul territorio secondo il chronic care model”. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss236>.
13. Next Generation EU (NGEU). Disponibile online: https://next-generation-eu.europa.eu/index_en.
14. Agenda 2030 ed i relativi 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile. Disponibile online: <https://sdgs.un.org/goals>.
15. European Green Deal. Disponibile online: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/european-green-deal_en.
16. Decreto Ministeriale 77 (DM77). Disponibile online: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>.
17. Bollettino Ufficiale della Regione Toscana (2022). Disponibile online: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/138994224/PARTE+II+n.+52+del+28.12.2022.pdf/fcf67110-b708-a1d4-f1a2-c1486bbca8a9?t=1672210052770>.
18. Associazione Prima la Comunità, “La Casa della Comunità”. Disponibile online: https://www.primalacomunita.it/wp-content/uploads/2021/04/Casa-della-comunita_PROGETTO-COMPLETO.pdf.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

«Follia è fare sempre la stessa cosa ed aspettarsi risultati diversi»

A. Einstein