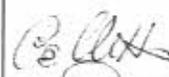
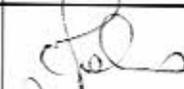
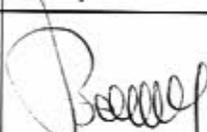
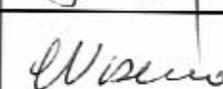
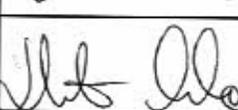
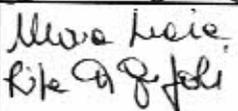
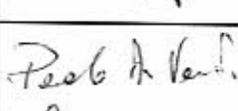
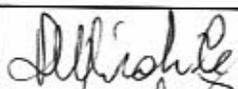
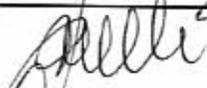
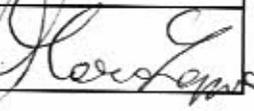


PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa S. Colletto Direttore Distretto Piazza Armerina	18-12-24	
	Dott.ssa C. Palazzo Direttore Distretto Enna	18-12-2024	
	Dott. G. Bonanno Direttore Distretto Agira e Direttore ff Distretto Nicosia	18.12.2024	
	Dott. C. Viscuso Direttore UOC Servizio Tecnico	18.12.2024	
	Ing. S. Cordovana Direttore ff UOC Coordinamento staff	18/12/2024	
	Dott.ssa M.L.R. Di Grigoli Dirigente UOS Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica	18/12/2024	
	Dott. P. Di Ventì Dirigente UOS Professioni Sociali	18/12/2024	
	Verifica	Dott. F. La Tona Direttore Dipartimento ADISS	18-12-24
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	18-12-2024	
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	18/12/24	
Adozione	Dott. M. Zappia Direttore generale	19/12/2024	

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

INDICE GENERALE

Premessa	3
1.	Scopo 6
2.	Campo di applicazione 6
3.	Scheda di registrazione delle modifiche 6
4.	Definizioni ed acronimi 6
5.	Responsabilità 7
6.	Descrizione delle attività 8
6.1.	Funzioni generali delle Case di comunità 8
6.2.	Accoglienza 10
6.2.1	Area dei servizi amministrativi 10
6.2.2	Accoglienza e informazioni presso il PUA 11
6.2.3	Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità 11
6.2.4	Il Triage Territoriale Infermieristico e le attività assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) 12
6.3.	Stadiazione e stratificazione della popolazione 14
6.4.	Casi urgenti e Gestione emergenze 15
6.4.1	Interventi Urgenti 15
6.4.2	Gestione emergenze 15
6.5.	Misure di prevenzione del rischio clinico 15
6.6.	Raccolta e risposta ai reclami 15
6.7.	Registrazione dei dati clinici 16
6.8.	Formazione 16
7.	Documenti di riferimento 16
8.	Allegati 16
9.	Monitoraggio 17
10.	Lista di distribuzione 17



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

Premessa

Le Case di Comunità sono pensate per rivoluzionare il sistema sanitario italiano, trasformandosi in veri e propri “poli di assistenza territoriale” che portano l’assistenza più vicina ai cittadini, rispondendo ai bisogni sanitari e sociali in maniera integrata e multidisciplinare. Si tratta di strutture fondamentali per gestire non solo i bisogni di salute ma anche per affrontare le sfide sociali che influenzano il benessere complessivo della popolazione e i cui standard organizzativi sono previsti dal DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 allegato 2

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Tale struttura costituisce inoltre la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale: è infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l’assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari: l’attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un’azione d’equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell’ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell’area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. L’attività amministrativa è assicurata da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell’ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche del servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all’utenza.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è prendersi cura delle persone fin dal momento dell’accesso, attraverso l’accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l’autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l’adozione di un modello basato sull’integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa. Come definisce il DM 77 l’obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l’accesso unitario e integrato all’assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso l'assistenza al pubblico e il supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolti dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali.

Come anticipato, la CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce pertanto un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, la complessità della struttura varia in funzione del numero e del tipo di servizi forniti. Nello specifico, si individuano due livelli di complessità (Hub e Spoke) così suddivisi:

- la CdC Hub oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base. Pertanto, si caratterizza dalla presenza di equipe multiprofessionali con assistenza medica h24 - 7 giorni su 7. Dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale, di un Punto prelievi ed eroga servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.), servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.). Inoltre sono previsti interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni;



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

•la CdC Spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria. Garantisce la presenza di equipe multiprofessionali h12 - 6 giorni su 7 da lunedì a sabato. Dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale, di alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.) e servizi infermieristici per la prevenzione collettiva, la promozione della salute pubblica, la continuità di assistenza sanitaria, la gestione integrata delle patologie croniche.

Tra CdC Hub e Spoke le differenze non sono soltanto legate alla obbligatorietà o meno della presenza di alcune funzioni o servizi (ad esempio servizi diagnostici o assistenza medica H24 garantita dalla continuità assistenziale), ma anche – nell'ambito della gestione delle patologie croniche – ad una differenza di livello assistenziale da assicurare, nelle CdC Hub, a favore dei pazienti più complessi, e nelle case di comunità Spoke a quelli meno complessi, sulla base della stratificazione e stadiazione secondo piani di cura (o Progetti di Salute) concordati tra MMG e specialisti e coordinati dall'infermiere di famiglia e di comunità.

Il piano della rete territoriale di Assistenza della Regione Siciliana 2022 prevede per la l'ASP di Enna 5 Case di Comunità di cui una HUB e 4 SPOKE.



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

1. Scopo

Definire il modello organizzativo operativo delle Casi di Comunità Hub e Spoke dell'ASP di Enna.

2. Campo di applicazione

La presente procedura deve essere applicata dal personale sanitario, amministrativo e sociale per la gestione delle Case di Comunità dell'ASP di Enna.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
12/12/2024	0.0	Prima emissione

4. Definizioni ed acronimi

ELENCO ACRONIMI

BPCO Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
BDA Banca dati assistibili
CdC Casa di Comunità
COT Centrale operativa territoriale
IFeC Infermiere di comunità
FSE fascicolo sanitario elettronico
MMG medico di medicina generale
PAI Piano di assistenza individualizzato
PLS Pediatra di libera scelta
PUA Punto unico di Accesso
UCA Unità di continuità assistenziale
URP Ufficio Relazioni con il Pubblico



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

5. Responsabilità

Legenda R: responsabile, C: coinvolto, I: informato

	PUA	Medico	IFeC	Ass. Sociale	UVM
Accoglienza, individuazione dei bisogni, orientamento del cittadino	R		C	C	
Valutazione del rischio evolutivo (triage territoriale)		C	R	C	
Definizione del livello di rischio individuale		C	R	C	
Definizione del PAI		R	R	R	R
Segnalazione casi urgenti			R	R	
Gestione casi urgenti		R	C		
Monitoraggio pazienti al domicilio		I	R		
Raccordo con ADI-Cure palliative - UCA		I	R		
Raccordo con servizi sociali comunali		I	I	R	
Richiesta prestazioni infermieristiche		R	I		
Erogazione prestazioni in ambulatori dedicati		I	R		
Educazione al paziente/caregiver		C	R		



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

6. Descrizione delle attività

6.1. Funzioni generali delle Case di comunità

Il PUA rappresenta la porta d'accesso del cittadino alla Casa di Comunità. L'operatore del PUA riceve la richiesta scritta o verbale dell'utente e lo indirizza all'ufficio competente.

È possibile la segnalazione di un paziente da parte del MMG, dei Servizi sociali, dei reparti ospedalieri, come dimissione facilitata, ecc. direttamente alla COT di competenza, che invierà la comunicazione al PUA afferente alla Casa di Comunità.

Per i bisogni di salute espressi dall'utente riconducibili ad una necessità di consulenza medica il paziente viene indirizzato agli ambulatori infermieristici e di Medicina Generale.

L'infermiere di comunità valuterà il paziente effettuando un triage, in base alla complessità del quadro clinico e sulla base della stratificazione e stadiazione del rischio.

Il paziente verrà, quindi preso in carico dal Team Multidisciplinare per la Gestione Integrata e l'elaborazione del Piano di cura, concordato tra MMG e Specialisti e coordinato dall'infermiere di Comunità.

L'equipe multidisciplinare comprende un team di operatori sanitari e sociali che collabora per offrire assistenza completa. In particolare, vi operano medici di base, infermieri, assistenti sociali, psicologi, specialisti in geriatria, cardiologia, ecc.

All'interno dell'Equipe una figura chiave è il case manager, spesso un infermiere di comunità o un assistente sociale, che coordina il percorso di cura di ciascun paziente. Questo professionista mantiene la comunicazione tra i vari servizi e i familiari, monitorando il paziente e assicurandosi che tutti i servizi necessari siano erogati.

I Medici di medicina generale (MMG) all'interno delle Case di Comunità, partecipano attivamente alle attività della struttura, garantendo continuità nelle cure e rafforzando il legame tra le cure primarie e i servizi specialistici.

Uno tra i compiti più importanti svolti dall'Equipe multidisciplinare è la Gestione delle cronicità prendendo in carico i pazienti con patologie croniche come diabete, cardiopatie ipertensive e BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva), monitorando parametri vitali e intervenendo per prevenire peggioramenti. Un ruolo fondamentale per il monitoraggio, anche a domicilio, è svolto dall'infermiere di Famiglia o di Comunità che, in applicazione al PAI, effettua controlli periodici, educazione all'autogestione e interventi per ridurre i rischi di complicanze.

Oltre alle cure all'interno della struttura, gli infermieri si recano a domicilio per assistere persone con difficoltà di mobilità, anziani o pazienti fragili, somministrando terapie e offrendo educazione



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

sanitaria. L'infermiere educa il paziente e i suoi familiari su come gestire la propria condizione di salute a casa, favorendo una maggiore autonomia e prevenendo situazioni di emergenza.

Ogni paziente ha un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), che identifica i suoi bisogni specifici e gli interventi sanitari e sociali necessari. Questo piano può includere visite mediche, assistenza domiciliare, sostegno psicologico e supporto sociale.

Nei Piani di cura per patologie croniche come diabete e malattie cardiovascolari, il PAI prevede monitoraggi regolari, controlli periodici, educazione all'autogestione e interventi per ridurre i rischi di complicanze.

Il PAI viene rivisto e adattato periodicamente, tenendo conto dei cambiamenti delle condizioni di salute del paziente, garantendo così un'assistenza continua e allineata alle esigenze del momento.

La Casa di Comunità svolge anche attività di Prevenzione e Promozione della Salute Pubblica in collaborazione col Dipartimento di prevenzione:

- Programmi di screening e vaccinazioni: Le Case di Comunità ospitano programmi di screening (per esempio, screening per i tumori alla mammella, al colon e alla cervice) e campagne vaccinali, inclusi i vaccini per l'influenza e il COVID-19.
- Promozione di stili di vita sani: Gli operatori organizzano attività educative e incontri di sensibilizzazione sulla prevenzione delle malattie croniche, promuovendo stili di vita salutari e consapevoli.
- Monitoraggio delle malattie croniche: I pazienti con malattie croniche ricevono supporto continuativo per migliorare la gestione della propria salute, riducendo il rischio di complicanze e migliorando la qualità di vita.

La Telemedicina e gli strumenti di Monitoraggio Remoto, inoltre, permettono di seguire i pazienti cronici anche a distanza, con dispositivi che trasmettono in tempo reale i dati clinici (come pressione, glicemia o saturazione dell'ossigeno) alla Casa di Comunità.

I pazienti possono consultare medici e specialisti via telemedicina per controlli di routine o in caso di dubbi sulla propria salute, riducendo gli spostamenti e l'attesa.

I pazienti più fragili sono monitorati con tecnologie avanzate, consentendo ai medici di intervenire prontamente in caso di variazioni critiche nei parametri.

Le Equipe multidisciplinari possono intervenire nella gestione delle Urgenze Minori per Ridurre il Carico sugli Ospedali.

Le Case di Comunità sono attrezzate, infatti, per affrontare piccoli traumi, febbri, infezioni lievi e altre urgenze minori che non richiedono l'intervento ospedaliero, fornendo un primo soccorso e inviando i pazienti in ospedale solo quando necessario.

Grazie alla presenza di personale medico e infermieristico, le Case di Comunità possono offrire una prima valutazione clinica e stabilizzare i pazienti prima di un eventuale trasferimento.



Trattando i casi meno gravi, le Case di Comunità possono contribuire a decongestionare il pronto soccorso, permettendo alle strutture ospedaliere di concentrarsi sui casi più urgenti.

Può inoltre intervenire nelle transizioni assistenziali. Quando un paziente viene dimesso dall'ospedale, per esempio, la Casa di Comunità può garantirgli un monitoraggio e un'assistenza continua, minimizzando il rischio di complicanze post-ricovero.

Pazienti con esigenze complesse, invece, possono essere seguiti con visite a domicilio, piani di riabilitazione e un monitoraggio costante, per facilitare il ritorno alla vita quotidiana.

Le Case di Comunità possono lavorare in coordinamento con RSA e servizi di assistenza domiciliare, offrendo supporto continuativo ai pazienti anziani e non autosufficienti, garantendo una continuità di cura anche al di fuori dell'ospedale.

6.2. Accoglienza

6.2.1 Area dei servizi amministrativi

L'area dei servizi amministrativi concorre a garantire l'obiettivo di accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria proprio della CdC.

Gli sportelli amministrativi presenti nella CdC forniscono all'utenza:

- consegna di materiale informativo cartaceo;
- raccolta della documentazione per:
 - richieste rimborso (es. trasporto dialisi);
 - richieste di fornitura per il servizio di protesica e integrativa (es. alimenti speciali, presidi incontinenza a raccolta e stomie, presidi per incontinenza ad assorbenza, presidi per diabetici);
 - richieste di fornitura per il servizio di assistenza farmaceutica (es. ossigenoterapia domiciliare, farmaci non reperibili in commercio e fornitura di farmaci, presidi e prodotti per la cura di malattie rare).
- servizi CUP: informazione, prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti;
- servizi Scelta e Revoca: iscrizione (anche temporanea) al SSR, scelta e revoca del MMG/PLS, mantenimento PLS dopo i 14 anni, richiesta nuova tessera sanitaria, esenzioni da ticket;
- altri servizi dell'area amministrativa utili al completamento dell'offerta al cittadino (es. commissione patenti, invalidità).

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

6.2.2 Accoglienza e informazioni presso il PUA

L'approccio integrato nella risposta ai bisogni è applicato sin dall'accesso della persona alla CdC, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA).

Il PUA è un servizio prioritariamente rivolto alle persone con disagio e/o fragilità derivati da problemi di salute e da difficoltà sociali, atto a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Il PUA costruisce percorsi sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi.

Presso il PUA operano IFeC, Assistenti Sociali ed eventuale personale amministrativo di supporto.

La programmazione delle sedi dove si svolge la valutazione multidimensionale (VMD) viene effettuata in considerazione di fattori quali: numerosità e densità della popolazione, vie e mezzi di collegamento, analisi dei bisogni del territorio.

Il PUA è operativo dal lunedì al sabato, 6 ore al giorno.

L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte dell'assistito o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore.

Più in generale, il paziente può essere inviato al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.

Il PUA, come prima funzione, rappresenta il luogo di accoglienza dei cittadini nella CdC. In prima applicazione è un luogo di accoglienza "fisica", ma dovrà evolvere verso logiche multicanale combinando accoglienza da remoto (telefono 116117, e-mail, piattaforme web, FSE) e in presenza, attivabile dal cittadino, ma anche dai diversi attori che lo intercettano (es. MMG, assistenti sociali, IFeC, COT, PS, ecc.).

6.2.3 Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità

La CdC promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio.

L'integrazione con i servizi di ambito sociale, che si applica per le funzioni informative e di orientamento sin dall'accesso dell'assistito alla CdC, riguarda primariamente i servizi offerti e passa attraverso un approccio su più livelli:



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

- Il livello: i professionisti della CdC, in particolare quelli presenti nel PUA, identificano i servizi sanitari e sociali necessari a rispondere allo specifico bisogno. In modo da avviare nelle attività di valutazione multidimensionale anche i servizi sociali necessari all'assistenza del paziente.
- Il livello: prevede una integrazione organizzativa tra l'equipe multidisciplinare ed interprofessionale strutturata tra gli operatori sanitari e quelli dell'ambito sociale (assistenti sociali) finalizzata ad assicurare una risposta completa al bisogno del paziente.

Per poter garantire questi livelli di integrazione il personale sanitario, sociosanitari e sociale condivide percorsi e protocolli privilegiando i servizi utili a determinare unificazione dei processi informativi, di accesso, valutazione, erogazione e monitoraggio.

6.2.4 Il Triage Territoriale Infermieristico e le attività assistenziali dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)

Il processo di Triage Territoriale Infermieristico è il primo momento di valutazione del paziente che accede alla Casa di Comunità. È una attività infermieristica volta alla identificazione della condizione clinica-assistenziale dei pazienti e del loro rischio evolutivo.

La valutazione della presa in carico del paziente si esprime attraverso l'attribuzione di una anamnesi effettuata alla presa in carico in modo da pianificare il corretto percorso che si adatti al proprio setting operativo.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) si avvale di documentazione sanitaria infermieristica di accesso alla CdC (**Allegato 1** cartella infermieristica) definendo il grado di complessità del paziente per la valutazione della classificazione del livello di stratificazione del rischio previsti nel D.M.77/2022.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione di una equipe multiprofessionale ed interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella Casa di Comunità, l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) svolge attività di:

- Collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti.



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

- Analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, ricevendo nel PUA e negli ambulatori infermieristici dedicati, i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT e/o dalla centrale 116117.
- L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG, attivazione della Rete Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...); o collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC.
- L'IFeC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFeC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFeC (es. se osservano una situazione di contesto critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);
- Monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati.
- Contatta periodicamente gli assistiti per monitoraggio stili di vita, eventuale counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze. Se nel contatto con l'assistito ravvisa necessità di intervento non differibile, può eventualmente richiedere l'intervento dell'équipe UCA attraverso la COT oppure recarsi a domicilio del paziente; può altresì richiedere l'intervento della équipe di cure palliative. Quando possibile, un gruppo individuato di MMG insieme ad un gruppo di IFeC facilita la creazione di relazioni stabili e strutturate sugli stessi pazienti.
- Ambulatorio infermieristico e prestazioni su richiesta dei medici afferenti alla Casa di Comunità.
L'IFeC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura.
- Promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'orientamento ed a informazioni all'utente migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Stratificazione del rischio

6.3. Stadiazione e stratificazione della popolazione

Le CdC erogheranno servizi di medicina di iniziativa, focalizzata maggiormente sulle cronicità e sugli assistiti stratificati in base al bisogno di salute.

La stratificazione della popolazione è effettuata dalla epidemiologia aziendale supportata dal controllo di gestione che sovrintenderà il sistema aziendale e la costituenda BDA (Banca Dati assistibili) aziendale.

La stratificazione del bisogno di salute è strumentale all'allocazione ottimale delle risorse al fine di garantire equità di accesso ai servizi sanitari. La medicina di iniziativa erogata dalle CdC garantirà la presa in carico dei bisogni tramite l'interfacciamento con le COT nell'ambito dei setting assistenziali classificati dai cluster transazionali.



6.4. Casi urgenti e Gestione emergenze

6.4.1 Interventi Urgenti

Nei casi in cui il bisogno si riveli urgente, il **Piano di Intervento** individuato è organizzato con i servizi e la famiglia attraverso un Piano provvisorio, che verrà tempestivamente attivato in attesa che l'UVM di competenza attivi il progetto assistenziale.

6.4.2 Gestione emergenze

Qualora la valutazione del medico/IFeC rilevasse un quadro clinico di emergenza, si provvederà ad attivare il 118 per il trasferimento in ospedale secondo le indicazioni della centrale operativa. Il medico del ruolo unico, qualora l'ambulanza non sia medicalizzata, si racconderà con il medico della centrale operativa per le decisioni consequenziali.

In caso di trasferimento con 118, il personale medico della CdC informerà la COT di riferimento del trasferimento del paziente presso PS per le conseguenti attività (a titolo meramente esemplificativo: sospensione di eventuali Cure domiciliari attive in caso di ricovero urgente e informazione al MMG).

6.5. Misure di prevenzione del rischio clinico

Il personale sanitario delle case di comunità è formato per la gestione delle urgenze tramite specifici corsi di BLS (Basic life support and defibrillation); presso le Case di comunità sono presenti carrelli per le emergenze dotati dell'occorrente.

La Casa di comunità è dotata di un Piano per la gestione delle emergenze non sanitarie (terremoti, alluvioni, incendi, ecc...). Apposita cartellonistica è affissa per informare gli utenti sulle azioni da intraprendere in caso di emergenza.

6.6. Raccolta e risposta ai reclami

Per la gestione dei reclami si fa riferimento alla *Procedura per la gestione di reclami, encomi, segnalazioni e della soddisfazione dell'utente*, pubblicata sul sito web aziendale.

I reclami ricevuti vengono comunque analizzati anche a livello locale ed inseriti nella relazione annuale del Distretto di riferimento.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

6.7. Registrazione dei dati clinici

Per l'attività della CdC si utilizzano i software attualmente in dotazione per l'attività ambulatoriale, in attesa dello sviluppo della cartella ambulatoriale integrata informatizzata. I referti vengono firmati digitalmente al fine di alimentare il Fascicolo sanitario elettronico.

Per la registrazione dei dati sanitari si utilizzano i formati cartacei di documentazione medica e infermieristica.

6.8. Formazione

L'ASP di Enna garantisce la formazione sul BLS-D tramite corsi interni, essendo la stessa accreditata come ente formatore sul tema. Nel Piano aziendale della formazione sono inseriti annualmente corsi sul BLS-D con l'obiettivo di formare tutto il personale sanitario e garantire anche il retraining biennale.

È inoltre già operativa attività formativa, tramite programmi regionali sul DM 77/2022 e Infermiere di Famiglia e Comunità, su mandato dell'Assessorato regionale della salute in attuazione del PNRR 6-C1 e DM 77, effettuati presso il CEFPAS (Centro per la Formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario) per la formazione di n° 50 professionisti sanitari infermieri.

7. Documenti di riferimento

- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- Documento di indirizzo per il Metaprogetto della casa di Comunità Agenas 2022
- Piano di assistenza territoriale della regione siciliana 2022
- Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle case della comunità hub agenas 2024

8. Allegati

Allegato 1 Cartella infermieristica CdC



PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
CASE DI COMUNITÀ
DELLA PROVINCIA DI ENNA

9. Monitoraggio

Numero di prestazioni ambulatoriali mediche ed infermieristiche, numero di prelievi, numero di esami di diagnostica di base eseguiti

Numero di pazienti visitati nei turni mattino-pomeriggio-notte dal medico della CdC

Numero di chiamate al servizio 118 per trasporto urgente dopo accesso/contatto con infermiere/medico della CdC

Numero di utenti e di accessi in assistenza domiciliare

Numero di pazienti valutati dall'UVM integrata (sanitarie+sociale) e numero di PAI redatti

Numero di incontri con la Comunità o con Associazioni

Frequenza di rilevazione: annuale

10. Lista di distribuzione

Distretti sanitari

MMG

PLS

Medici continuità assistenziale

Dipartimento ADISS

