

WORKSHOP

Case della Comunità: una bussola per l'integrazione sociosanitaria

Presentazione degli indicatori a supporto del percorso di verifica-
monitoraggio
correlato al documento

**“Proposte operative per sviluppare l'integrazione tra
sociale e sanitario nelle case della comunità in Lombardia”**



*Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di
Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano*



I CONTENUTI DELLA GRIGLIA

Dai nodi agli indicatori: cosa osserviamo e come

La griglia riprende la suddivisione in 12 nodi/proposte operative presentate nel Documento, e le traduce in **elementi osservabili e misurabili**.

12 nodi/proposte che descrivono le principali dimensioni dell'integrazione tra sociale e sanitario, articolate in 3 macro-aree:

1. Condizioni indispensabili per l'integrazione tra sociale e sanitario e la territorializzazione dei servizi per la salute ed il benessere → nodi 1–5

1. territorio e microaree
2. governance e coordinamento
3. équipe multiprofessionali
4. lettura dei bisogni e delle risorse
5. partecipazione della comunità

2. Meccanismi operativi irrinunciabili → nodi 6–8

1. PUA
2. EVM e presa in carico
3. connessioni territoriali

3. Leve gestionali fondamentali → nodi 9–12

1. formazione e valutazione
2. condivisione delle informazioni
3. monitoraggio
4. scambio e comunicazione

LA GRIGLIA DI INDICATORI DA USARE COME BUSSOLA

Razionale e percorso metodologico

Simonetta Di Meo



*Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di
Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano*



**DA DOVE
SIAMO PARTITI**

Interrogativo:

come sostenere l'applicazione del documento
sull'integrazione tra sociale e sanitario nelle
Case della Comunità?

Principio:

ciò che non si misura non si può migliorare

Obiettivo:

costruire un sistema di indicatori sulle
proposte operative relative ai singoli nodi
critici identificati

METODO

Costituzione **gruppo di lavoro** tramite adesione volontaria tra i coordinatori dei laboratori

Condivisione dell'**impostazione della griglia** di indicatori

Compilazione individuale della griglia

Confronto in gruppo per integrare i contenuti in funzione delle specifiche competenze

Acquisizione **pareri e proposte** da parte dei coordinatori dei laboratori

LO STRUMENTO

SEZIONE DEL DOCUMENTO			
NODO DI RIFERIMENTO			
CRITERIO 1			
<i>Indicatori</i>	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1			
Indicatore 2			
CRITERIO 2			
<i>Indicatori</i>	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1			
Indicatore 2			
Indicatore 3			

MECCANISMI OPERATIVI IRRINUNCIABILI

Nodo 6. Valorizzare il Punto Unico di Accesso come porta d'accesso integrata sia ai servizi sanitari, sia sociali, sia socio-sanitari, anche attraverso forme organizzative flessibili, che tengano conto delle specificità locali (esempio Punto Unico di Accesso itinerante o diffuso).

CRITERIO 1: Attivazione e organizzazione del Punto Unico di Accesso

	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Presenza di un PUA attivo	Nella Casa della Comunità è attivo il Punto Unico di Accesso almeno 6 giorni su 7 per 6 ore/die.	Carta dei Servizi Casa della Comunità.	Nella Casa della Comunità è attivo il Punto Unico di Accesso 7gg/7 per 10/12 ore/die.
Indicatore 2: Modalità organizzativa	Nella Casa della Comunità è attiva una modalità operativa del Punto Unico di Accesso che consenta di accogliere le persone, effettuare una prima analisi del bisogno, orientarle nella rete dei servizi ed avviare la presa in carico ove necessario a partire dalla valutazione multidimensionale	Calendario aperture Punto Unico di Accesso, anche con modalità itineranti/diffuse, segnalazioni da sedi periferiche al Punto Unico di Accesso della Casa della Comunità; rilevazione delle diverse tipologie di attività del Punto Unico di Accesso.	Oltre che nella Casa della Comunità, il Punto Unico di Accesso è articolato in relazione alle specificità territoriali nei diversi Comuni/quartieri, secondo un calendario mensile concordato con l'Ambito/i Comuni e pubblicizzato alla popolazione. Esistenza di diversi punti informativi/di attivazione. I servizi specifici già presenti condividono le informazioni e gli strumenti per orientare le persone nella rete dei servizi, attivando in back office quelli necessari per rispondere ai bisogni rilevati o per attivare la valutazione di secondo livello.

CRITERIO 2: Integrazione socio-sanitaria e modalità operative

	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Livello di integrazione socio-sanitaria del PUA	Il Punto Unico di Accesso accoglie le persone e i loro bisogni e le orienta/ accompagna verso l'attivazione dei servizi della Casa della Comunità e dell'Ambito, previa VMD. per i casi complessi.	Elenco servizi attivabili dal Punto Unico di Accesso.	Il PUA accoglie le persone e i loro bisogni e le orienta/accompagna verso tutti i servizi della rete sanitaria, sociosanitaria, sociale e della comunità, previa Valutazione Multidimensionale per le situazioni complesse.
Indicatore 2: Presenza di personale multiprofessionale	È garantita la presenza di infermiere, assistente sociale e amministrativo.	Elenco personale e turni del PUA	Tutti gli operatori della Casa della Comunità, compreso l'assistente sociale dell'ambito, partecipano alla gestione del Punto Unico di Accesso.
Indicatore 3: Presenza di una mappa aggiornata delle risorse del territorio	Disponibilità della mappa aggiornata per ogni Casa della Comunità con l'elenco dei professionisti, dei servizi e delle risorse del territorio, completo di referenti, sedi e contatti.	Presenza della mappa completa e aggiornata (almeno ogni 3 mesi), delle risorse del territorio, con schede analitiche per ogni servizio/risorsa.	Il PUA, come l'EVM, si avvale della mappa aggiornata e completa dei servizi interni alla Casa della Comunità/al Distretto e di quelli presenti nel territorio. Per ogni servizio è disponibile una scheda informativa che prevede la tipologia di servizio erogato, i requisiti di accesso, il territorio di operatività, le modalità di attivazione, i recapiti telefonici e mail, i nomi dei referenti, eventuali moduli e strumenti informativi disponibili, le principali <u>FAQs</u> . Sono mappate anche le risorse della comunità, formali e informali.

ISTRUZIONI PER L'USO

Come?

La griglia è intesa come strumento:

- di **analisi del proprio contesto** di lavoro rispetto a criteri centrali per l'integrazione
- di **accompagnamento nel miglioramento** dei processi organizzativi
- da **utilizzare in modo progressivo** in funzione delle priorità e delle criticità rilevate.

Lo standard minimo può rappresentare un punto di partenza o un primo obiettivo da raggiungere.

ISTRUZIONI PER L'USO

Chi?

Strumento pensato ad uso di Direttori Socio Sanitari, Direttori di Distretto, Direttori di Ambito, Coordinatori, professionisti delle CdC e degli Ambiti Territoriali Sociali, di **tutti coloro che hanno interesse per migliorare l'integrazione nelle CdC.**

Dove?

A livello di ASST, di Distretto, di Casa della Comunità, di singola Microarea.

ISTRUZIONI PER L'USO

Quando?

Da domani, il documento sull'integrazione e la griglia che presentiamo oggi sono **immediatamente applicabili** e potranno essere aggiornate nel tempo in funzione dell'evoluzione e delle esigenze del sistema

LA GRIGLIA DI INDICATORI DA USARE COME BUSSOLA

Organizzazione degli indicatori

Annette Corrado



*Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di
Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano*



DAL NODO A CIÒ CHE POSSIAMO OSSERVARE

A partire da ciascun nodo, si è sviluppato un processo di traduzione per comprendere se e a quale livello l'integrazione socio-sanitaria è stata realizzata.

La traduzione dalla teoria alla realtà avviene tramite questi elementi:

1. **Nodo** = dimensione dell'integrazione che si vuole presidiare (*su quale dimensione dell'integrazione ci concentriamo?*)
2. **Criterio** = aspetto specifico attraverso cui valutare quella dimensione (*che cosa vogliamo verificare?*)
3. **Indicatore** = elemento osservabile attraverso cui verificare il criterio (*che cosa possiamo osservare?*)
4. **Standard** = livello di riferimento rispetto al quale interpretare ciò che si osserva (*quale livello di realizzazione consideriamo raggiunto?*)
5. **Rilevazione** = modalità/evidenza attraverso cui verificare concretamente ciò che l'indicatore rende osservabile (*come lo rileviamo?*)

NON ESISTE UN UNICO TIPO DI INDICATORE

Diversi aspetti dell'integrazione richiedono modalità di osservazione diverse.

→ La natura dell'indicatore cambia in funzione dell'aspetto che vogliamo rendere osservabile.

Possiamo avere indicatori che osservano:

- **quanto** → quantità, frequenza, numerosità
- **se qualcosa esiste** → presenza di un servizio, un ruolo, una struttura
- **come viene organizzato** → modalità organizzative, composizione, funzionamento
- **se esiste una procedura e come viene applicata** → protocolli, procedure, strumenti
- **chi partecipa e come** → partecipazione, coinvolgimento, collaborazione
- **se e come i processi vengono monitorati e utilizzati per migliorare** → uso dei dati, valutazione, revisione

STANDARD: DAL MINIMO ALLO SVILUPPO DELLA INTEGRAZIONE

Lo standard definisce il livello di riferimento rispetto al quale interpretare ciò che osserviamo.

- Lo **standard minimo** identifica il livello essenziale necessario per considerare il processo **adeguatamente avviato**.
- Il **Gold standard** rappresenta una condizione di **maggiore strutturazione, integrazione e sviluppo** del processo.

→ Il passaggio dal minimo al Gold non implica necessariamente “fare di più”, ma può significare fare meglio, in modo più strutturato, integrato e sistematico.

IL PUNTO NON È MISURARE TUTTO NELLO STESSO MODO

La realtà dell'integrazione tra sociale e sanitario è **multidimensionale e complessa**.

Se utilizzassimo esclusivamente indicatori e standard quantitativi, rischieremmo di osservare soprattutto:

- quante volte;
- quanti operatori;
- quanti accessi;
- quanti incontri;
- quanti servizi.

Ma questo **non ci direbbe necessariamente come funziona l'integrazione**.

Per esempio, sapere che un organismo si riunisce quattro volte all'anno ci dice qualcosa sulla **frequenza**, ma non necessariamente sulla qualità del coordinamento o sull'effettiva partecipazione degli attori.

Allo stesso modo, sapere che esiste una procedura non ci dice necessariamente se viene **effettivamente utilizzata**, se è condivisa dagli operatori o se produce un cambiamento nelle modalità di lavoro.

Quindi la varietà degli indicatori e degli standard serve a **non ridurre l'integrazione a una dimensione meramente prestazionale o quantitativa**, ma a osservare anche **strutture, processi, modalità di funzionamento, relazioni e capacità di sviluppo**.

LA NATURA DEGLI INDICATORI E DEGLI STANDARD SI INTRECCIA

Indicatori e standard non appartengono a categorie rigidamente separate: le diverse dimensioni – quantitative, qualitative, organizzative e di processo – si combinano tra loro.

Anche un indicatore apparentemente quantitativo può essere associato a standard che descrivono qualità, funzionamento e livello di integrazione.

La griglia non misura quindi solo “se qualcosa c’è” (l’elemento quantitativo), ma cerca di osservare come funziona e quanto è integrato nel sistema territoriale.

LE MODALITÀ DI RILEVAZIONE

La rilevazione indica **come verificare concretamente ciò che l'indicatore rende osservabile**, attraverso evidenze e fonti diverse.

- **Documenti formali** → atti di istituzione, protocolli, accordi, incarichi
- **Documenti organizzativi** → mappe territoriali, elenchi, calendari, piani
- **Documentazione delle attività** → verbali, report, registri, reportistica
- **Strumenti e sistemi informativi** → banche dati, sistemi di monitoraggio, strumenti condivisi
- **Evidenze del funzionamento** → tracciamento delle attività, partecipazione degli attori, utilizzo degli strumenti

La modalità di rilevazione varia in funzione della natura dell'indicatore e dell'aspetto che si vuole osservare.

La rilevazione individua le evidenze attraverso cui verificare il livello di realizzazione espresso dagli standard.

NODO 3

(ÉQUIPE
MULTIPROFESSIONAL
I - CONDIZIONI
INDISPENSABILI PER
L'INTEGRAZIONE TRA
SOCIALE E SANITARIO
E LA
TERRITORIALIZZAZIO
NE DEI SERVIZI PER LA
SALUTE ED IL
BENESSERE)

CRITERIO 2: Modalità di lavoro e continuità operativa			
	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Numero di riunioni di équipe	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese.	Verbali riunioni.	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese e in occasione di ogni cambiamento organizzativo e criticità di rilievo.
Indicatore 2: Partecipazione delle diverse figure professionali	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori stabilmente presenti nella Casa della Comunità.	Verbali riunioni.	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori/i rappresentanti di tutti i servizi nella Casa della Comunità, anche se non stabilmente presenti.
Indicatore 3: Presenza continuativa degli operatori	Gli operatori dell'équipe della Casa della Comunità presenti in modo continuativo (Infermieri di Comunità, assistenti sociali, psicologi, amministrativi, personale delle cure domiciliari, ...) sono formalmente individuati.	Calendario nominativo presenze operatori.	Gli operatori della Casa della Comunità sono formalmente individuati sia per i servizi presenti nella Casa della Comunità in modo continuativo che non continuativo (es. medici specialisti, personale dell'area vaccinale, ...).

NODO 4

(LETTURA DEI
BISOGNI E DELLE
RISORSE -
CONDIZIONI
INDISPENSABILI PER
L'INTEGRAZIONE TRA
SOCIALE E SANITARIO
E LA
TERRITORIALIZZAZIO
NE DEI SERVIZI PER LA
SALUTE ED IL
BENESSERE)

CRITERIO 2: Mappatura delle risorse formali e informali			
	Standard minimo	Rilevazione	Gold standard
Indicatore 1: Esistenza di una mappa delle risorse territoriali	Comune/Ambito/Municipio e Distretto condividono e rendono disponibile alla Casa della Comunità l'elenco aggiornato (con almeno cadenza annuale) dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali e delle risorse del terzo settore presenti nel territorio, con relativi referenti, tipologia di servizi offerti e recapiti.	Nelle Case della Comunità e nei Servizi Sociali è presente l'elenco delle risorse territoriali che riporta la data dell'ultimo aggiornamento. Sono individuati e conosciuti da tutti gli operatori i referenti (distrettuale e di Ambito) incaricati dell'aggiornamento della mappa.	Per ogni Casa della Comunità/Microarea è attivato un processo di mappatura continuativo dei servizi e delle risorse presenti compresi: volontari, singoli e associati; luoghi di aggregazione; spazi aperti e servizi alla comunità offerti dai diversi enti-associazioni del territorio; iniziative di promozione di sani stili di vita (es. gruppi di cammino, attività fisica adattata, incontri pubblici, ...). L'elenco, completo di referenti, tipologia dei servizi offerti e recapiti è condiviso tra
			Ambito/Comune/Municipio e Distretto/Casa della Comunità.

DALLA GRIGLIA ALL'APPLICAZIONE E

La griglia consente di **osservare e monitorare nel tempo** le diverse dimensioni dell'integrazione.

Come si traduce concretamente nei diversi ambiti di attività della Casa della Comunità?

LA GRIGLIA DI INDICATORI DA USARE COME BUSSOLA

Proposte di utilizzo degli indicatori e
del documento

Fulvio Lonati



*Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di
Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano*



**NODO 13:
CARENZA DI
PROFESSIONISTI
DELLA SALUTE E
ATTIVAZIONE
GRADUALE
DELLE CASE
DELLA
COMUNITÀ**

***COSA FARE CONSIDERATO CHE IL COMPLETO
RAGGIUNGIMENTO DELLE INDICAZIONI DEL DM77 RISULTA
OGGETTIVAMENTE MOLTO PROBLEMATICO, IN PARTICOLARE
PER LA CARENZA DI PERSONALE E PER L'ATTIVAZIONE
PROGRESSIVA DELLE CASE DI COMUNITÀ***

La proposta:

- Valorizzare subito tutte le risorse ed i servizi già presenti e connetterli tra loro
- Mettere in atto progressivamente, appena possibile, ogni cambiamento, anche parziale, che vada nella direzione della costruzione della rete locale dei servizi incernierata sulla Casa di Comunità

ESEMPI DI POSSIBILE UTILIZZO DELLA GRIGLIA DI INDICATORI

Strumento pensato ad uso di:

- Direttori Socio Sanitari;
- Direttori di Distretto, Direttori di Ambito;
- Coordinatori;
- Professionisti: delle CdC, degli Ambiti Territoriali Sociali;
- tutti coloro che hanno interesse per migliorare l'integrazione nelle CdC

DESTINATARI
ELETTIVI:

- DIRETTORI DI DISTRETTO
- DIRETTORI DI AMBITO TERRITORIALE SOCIALE,
- ma anche tutti coloro che hanno interesse per migliorare l'integrazione nelle CdC

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

DESTINATARI ELETTIVI:

- COORDINATORI
- PROFESSIONISTI:
-delle CdC
-degli Ambiti
Territoriali Sociali
- ma anche
-Direttori di
Distretto
-Direttori di
Ambito

CONDIZIONI INDISPENSABILI PER L'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO E LA TERRITORIALIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LA SALUTE ED IL BENESSERE

Nodo 3. *Garantire la presenza di équipe multiprofessionali stabili, composte da operatori sociali e sanitari presso ogni Casa della Comunità, con coordinamento riconosciuto, formalizzato e modalità di lavoro strutturate.*

	Standard minimo	Rilevazioni	Gold standard
Indicatore 1: Numero di riunioni di équipe	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese.	Verbali riunioni.	L'équipe della Casa della Comunità si riunisce almeno una volta al mese e in occasione di ogni cambiamento organizzativo e criticità di rilievo.
Indicatore 2: Partecipazione delle diverse figure professionali	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori stabilmente presenti nella Casa della Comunità.	Verbali riunioni.	Le riunioni di équipe coinvolgono gli operatori/ rappresentanti di tutti i servizi nella Casa della Comunità, anche se non stabilmente presenti.
Indicatore 3: Presenza continuativa degli operatori	Gli operatori dell'équipe della Casa della Comunità presenti in modo continuativo (Infermieri di Comunità, assistenti sociali, psicologi, amministrativi, personale delle cure domiciliari, ...) sono formalmente individuati.	Calendario nominativo presenze operatori.	Gli operatori della Casa della Comunità sono formalmente individuati sia per i servizi presenti nella Casa della Comunità in modo continuativo che non continuativo (es. medici specialisti, personale dell'area vaccinale, ...) .

DESTINATARI ELETTIVI:

- **PROFESSIONISTI:**
-delle CdC
-degli Ambiti Territoriali Sociali
- **TERZO SETTORE E VOLONTARIATO**
- **ma anche**
-Direttori di Distretto
-Direttori di Ambito

CONDIZIONI INDISPENSABILI PER L'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO E LA TERRITORIALIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LA SALUTE ED IL BENESSERE

Nodo 4. Mappare e aggiornare costantemente i bisogni -con particolare attenzione alle cronicità/fragilità- e le risorse formali e informali, di carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, nel territorio della Casa della Comunità.

CRITERIO 2: Mappatura delle risorse formali e informali

	<i>Standard minimo</i>	<i>Rilevazione</i>	<i>Gold standard</i>
Indicatore 1: Esistenza di una mappa delle risorse territoriali	Comune/Ambito/Municipi o e Distretto condividono e rendono disponibile alla Casa della Comunità l'elenco aggiornato (con almeno cadenza annuale) dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali e delle risorse del terzo settore presenti nel territorio, con relativi referenti, tipologia di servizi offerti e recapiti.	Nelle Case della Comunità e nei Servizi Sociali è presente l'elenco delle risorse territoriali che riporta la data dell'ultimo aggiornamento. Sono individuati e conosciuti da tutti gli operatori i referenti (distrettuale e di Ambito) incaricati dell'aggiornamento della mappa.	Per ogni Casa della Comunità/Microarea è attivato un processo di mappatura continuativo dei servizi e delle risorse presenti compresi: volontari, singoli e associati; luoghi di aggregazione; spazi aperti e servizi alla comunità offerti dai diversi enti- associazioni del territorio; iniziative di promozione di sani stili di vita (es. gruppi di cammino, attività fisica adattata, incontri pubblici, ...). L'elenco, completo di referenti, tipologia dei servizi offerti e recapiti è condiviso tra Ambito/Comune/Municipio e Distretto/Casa della Comunità.
Indicatore 2: Inclusione delle risorse informali	L'aggiornamento annuale comprende anche le risorse informali.	L'elenco disponibile agli operatori riporta anche le risorse informali.	L'elenco viene costantemente aggiornato con l'inserimento delle risorse informali e delle iniziative che ogni operatore intercetta e comunica al proprio referente.

NODO 13: CARENZA DI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E ATTIVAZIONE GRADUALE DELLE CASE DELLA COMUNITÀ

Indicazioni operative:

Incaricare gli operatori della Casa della Comunità, **quand'anche non ne fosse allestita la struttura muraria, di:**

- **mappare gli attori presenti in ciascuna Microarea** (Medici e Pediatri di Famiglia, Farmacisti, Assistenti e Sportelli Sociali, Infermieri di Famiglia e di Comunità, realtà di volontariato-vicinato, etc.);
- **con questi avviare un percorso di conoscenza e coinvolgimento;**
- **promuovere un percorso di formazione sul campo** con l'obiettivo di valorizzarli, connetterli tra loro e dare vita all'équipe multiprofessionale-multisetoriale della Microarea;
- **valorizzare ed integrare nella équipe di base i MMG già organizzati in gruppo o altre forme associative** (senza precludere l'ingresso nella Casa della Comunità dei MMG disponibili);
- **valorizzare i punti di accoglienza/segretariato sociale dei servizi sociali comunali** eventualmente presenti, connettendo e integrandoli con gli altri attori della Microarea

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

progettoanci.mn@marionegri.it



*Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di
Ricerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano*

