

# Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni

A cura di Marco Ingrosso



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

## INDICE

<b>Presentazione</b>	7
La riforma dell'assistenza sanitaria e sociale territoriale: una navigazione contrastata	7
<i>Marco Ingrosso</i>	
<b>Modelli e saperi</b>	22
La salute di prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale	22
<i>Guido Giarelli</i>	
La rilevanza dei saperi relazionali per le Case della Comunità	39
<i>Sergio Manghi</i>	
Disegno e linee portanti delle Case della Comunità: valutazioni e prospettive	58
<i>Marco Ingrosso</i>	
Cure primarie e collaborazione interprofessionale: spunti di riflessione dal "Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie"	87
<i>Agostino Panajia</i>	

<b>Esperienze e percorsi</b>	94
Il cammino verso le Case della Comunità: esempi di esperienze in atto	94
<i>Fulvio Lonati</i>	
La transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel territorio parmense: primi passi di un percorso di accompagnamento	114
<i>Marco Ingrosso, Matteo Garofano, Gabriele Moi, Corrado Ruozi, Franco Prandi, Fulvio Lonati, Mauro Ferrari</i>	
Sperimentazioni e percorsi verso le Case della Comunità	135
<i>Angela Genova, Carmine Clemente, Anna Favretto, Davide Servetti</i>	
Il welfare pubblico partecipativo e le Case della Comunità: retoriche, rischi e opportunità	152
<i>Vincenza Pellegrino</i>	
Esperienze di prossimità e rigenerazione comunitaria nel territorio parmense	166
<i>Stefania Miodini e Patrizia Vaccari</i>	

---

## PRESENTAZIONE

### **La riforma dell'assistenza sanitaria e sociale territoriale: una navigazione contrastata**

Marco Ingrosso

*Sociologo della salute e della cura, già PO Università di Ferrara*

#### **1. La pandemia dimenticata e la regressione dei progetti di riforma**

La Pandemia generata dal virus SARS-CoV-2 ha provocato fra il 2019 e il 2022 oltre 633 milioni di contagiati a livello mondiale e 6.596.542 morti (di cui oltre 2 milioni in Europa). Nel momento in cui scriviamo, tale cifra si è ulteriormente espansa a oltre 774 milioni di casi confermati che includono oltre 7 milioni di morti (7.012.986). I dati europei arrivano a 278,6 milioni di contagiati, di cui circa 26,7 milioni in Italia (1). Siamo quindi di fronte ad un *evento globale*, attivo ormai da 5 anni, che, pur apparendo nell'ultimo anno maggiormente sotto controllo, continua a moltiplicare malattie e morti. Tale evento può essere definito altresì come "totale", ossia multidimensionale e interconnesso (2), dato che ha assunto caratteristiche *sindemiche e infodemiche* (si è cioè incrociato con altre patologie e ha generato una rilevante caoticità comunicativa) e ha avuto effetti rilevanti non solo sul piano demografico, ma altresì su quello economico, culturale e politico.

Le contromisure politiche a livello europeo si possono sintetizzare in un pro-

fondo cambiamento degli orientamenti precedenti che hanno portato al varo dell'azione *NextGenerationEU*. Questo piano ha messo a disposizione 806,9 miliardi di euro per interventi strutturali da volgersi nell'arco di otto anni (2021-2027) a cui si sono aggiunti 1.211 miliardi di prestiti pluriennali per un totale di risorse finanziarie pari a 2.018 miliardi (a prezzi 2021) (3). Tale investimento, oltre che essere monitorato sul piano economico-organizzativo, ha generato l'incarico ad HERA (*Health Environment Research Agenda for Europe*) per la preparazione dello *State of Health Preparedness Report* che si propone di dar conto dei «progressi realizzati nell'UE in relazione alle prime lezioni derivanti dalla pandemia da Covid-19» e, su questa scorta, varare un piano di interventi per lo sviluppo di contromisure mediche, vaccini di nuova generazione, valutazione delle minacce, sviluppo di capacità produttive e di approvvigionamenti resilienti (4).

Per quanto riguarda l'Italia, sulla scorta degli investimenti provenienti dall'UE, il Governo Draghi, com'è noto, ha varato nell'aprile 2021 il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* suddiviso in sei Missioni, per un totale di 222,1 miliardi di euro, di cui 22,22 miliardi nel settore sanitario (Missione 6) e 29,62 miliardi in quello sociale (Missione 5, destinati a infrastrutture domiciliari, comunitarie e associative) (5). In questi settori il piano ha cercato di avviare una revisione di fondo degli interventi socio-sanitari sviluppando approcci multidimensionali e integrati in un'ottica di *welfare community*. Uno dei settori più scoperti - rilevato quasi unanimemente dai commentatori durante lo sviluppo della pandemia (6) - è stato quello dei servizi sociali e sanitari territoriali. All'inizio della pandemia tale impreparazione - in particolare la carenza di medici e presidi, ma anche di dotazioni - aveva portato ad un'enorme pressione sul sistema ospedaliero, fino quasi al tracollo. In una seconda fase, una migliore organizzazione delle cure primarie (dove tale sistema era sufficientemente presente e meglio strutturato) ha permesso di frenare l'afflusso agli ospedali e di gestire molte situazioni da casa e con l'aiuto delle telecomunicazioni. Grazie a tali valutazioni, si è deciso di avviare un importante investimento sui servizi socio-sanitari territoriali che coprisse tutto il paese.

Per quanto riguarda la Missione 6, tale indicazione si è tradotta nel piano volto a realizzare 1288 nuove Case della Comunità (CdC), 381 Ospedali di Comu-

nità (OdC) e 602 Centrali Operative Territoriali (COT). Gli Enti locali e le Regioni interpellate hanno portato la richiesta di Case della Comunità a 1430 unità, a 435 gli Ospedali di Comunità e a 611 i COT (7). Si è quindi ritenuto che fosse necessario un ritocco ulteriore per coprire meglio i vari territori che un calcolo medio sommario aveva stimato in circa 1300 interventi.

Il Governo Draghi ha varato in data 23 maggio 2022 il DM n. 77 intitolato *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Sono poi seguiti altri provvedimenti relativi alla dotazione strumentale delle costituenti Case della Comunità e il *Documento di Indirizzo per il Metaprogetto della Casa della Comunità* realizzato da Agenas col contributo del Politecnico di Milano (8).

Tal situazione di costruzione *in progress*, con il concorso degli Enti e altri soggetti locali, delle Aziende sanitarie, delle Regioni, di vari Ministeri e organismi governativi si è bruscamente interrotta con la caduta del Governo Draghi e con l'entrata in carica del nuovo Governo Meloni (22 ottobre 2022).

Il nuovo governo si è trovato di fronte ad una situazione complessiva del SSN in rapido peggioramento, in particolare in termini di forti ritardi nell'erogazione delle principali prestazioni sanitarie e copertura dei LEA, nonché di malcontento del personale per il peggioramento delle condizioni di lavoro e delle retribuzioni. A tali difficoltà esso ha risposto con promesse di futuri interventi, ma insieme con un attacco all'impianto della Missione 6 e con la decisione di avviare una riduzione degli investimenti in sanità (dal 7,13% del PIL attuato nel 2021 dal precedente governo al 6,74 previsto nel 2023, ulteriormente calante negli anni successivi fino al 6,17 nel 2026). Dopo vari mesi di impasse e rilievi della Corte dei conti circa i forti ritardi nell'attuazione della Missione 6 del PNRR (9), il Governo ha deciso un rilevante ridimensionamento dei progetti di costruzione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT. Infatti, il Ministro Fitto, incaricato dell'attuazione del PNRR, ha presentato (ai primi di agosto 2023) alla Commissione Europea un piano di revisione che prevede la costruzione di sole 936 CdC, 304 OdC e 524 COT (10). Vengono inoltre ridimensionati anche alcuni interventi in ambito ospedaliero e progetti di transizione digitale (fra cui la telemedicina). Secondo il Governo le strutture tagliate verranno realizzate con altri fondi (non ancora stanziati e

presumibilmente dopo il 2026), ma tale dichiarazione appare poco fondata, viste le previsioni di spesa per il prossimo triennio. La decisione è stata giustificata con l'aumento dei costi di costruzione e con la carenza di personale (soprattutto MMG). Se si tiene però conto che dei 1430 progetti di CdC previsti, 1052 erano situati in locali da ristrutturare e solo 347 da edificare *ex-novo* è difficile giustificare un taglio così rilevante (pari al 34,54% delle CdC). Si è voluto piuttosto andare incontro a richieste di alcuni sindacati dei medici contrari per principio a questa riforma<sup>1</sup>, senza peraltro tenere conto che molti giovani medici e le altre professioni interessate sono di avviso esattamente opposto. Se infatti si considerano movimenti come quello della *Primary Health Care now or never* o quello dei *MMG per la Dirigenza* (11), composti da numerosi giovani medici di base, si possono notare posizioni molto favorevoli alla fattiva strutturazione dell'assistenza sanitaria territoriale secondo le linee espresse dal DM 77.

La questione dell'inadeguatezza delle risorse messe a disposizione è riemersa in sede di Legge finanziaria relativa al 2024 laddove il Governo ha vantato un incremento della dotazione ordinaria di circa 3 mld rispetto all'esercizio precedente, in gran parte destinati ad incrementi stipendiali per il personale, senza per altro invertire il trend percentuale decrescente rispetto al PIL e senza riuscire a rispondere all'appello delle Regioni circa la dotazione delle risorse professionali necessarie per il funzionamento dei presidi previsti dal DM 77 e l'aumento dei prezzi per i cantieri previsti da qui al 2026 (12).

Senza entrare ulteriormente nel merito dei singoli provvedimenti, ciò che emerge è il brusco cambio di rotta che sta portando tutto il SSN ad una situazione di grave difficoltà e ad un forte ridimensionamento del piano di riforma sociale e sanitaria territoriale, ma anche ospedaliero-territoriale, già messo in cantiere. Ciò indica che l'estensione dei servizi territoriali e di *primary health care* a tutto il paese è un obiettivo accantonato e totalmente irraggiungibile alle attua-

---

<sup>1</sup> Si veda, a tal proposito, le dichiarazioni del vicesegretario della Fimmg Pier Luigi Bartoletti, a sostegno dell'annunciato taglio: «Il progetto delle Case di Comunità è la versione riveduta e corretta delle Case della Salute, progetto buono per alimentare l'edilizia sanitaria non quella assistenziale. Circola sui tavoli da più di vent'anni, e non è mai decollato semplicemente perché, in sostanza, riduce i servizi e non li aumenta. Per di più oggi è un progetto vecchio, superato», intervento pubblicato col titolo *Bene il taglio delle Case della comunità, progetto ideologico e vecchio*, in *Quotidiano Sanità*, 4 agosto 2023.

li condizioni. Come conseguenza, anche le finalità europee di una maggiore *preparedness* del paese di fronte a possibili e probabili futuri *shock* rischiano di non poter essere perseguite, così come il contenimento degli attuali affollamenti impropri del pronto soccorso, la prevista integrazione socio-sanitaria, lo sviluppo della medicina d’iniziativa, la diffusione della telemedicina, il rilancio della prevenzione e della promozione della salute. Restano forse solo dei margini per le regioni più virtuose e motivate per portare a termine una parte dei progetti, ma senza un supporto nazionale e sistemico. La considerazione più sorprendente è quella della completa mancanza di “apprendimenti” in seguito allo scossone tellurico del Covid-19: nel giro di un anno sembra che nulla di rilevante sia successo e che si possa andare avanti solo con provvedimenti tampone e un’ulteriore stretta di tutto il settore.

Si deve altresì osservare che anche molte Regioni sembrano ben poco attive. Basta fare un giro per i siti istituzionali dei rispettivi Assessorati alla Sanità per accorgersi che gran parte di esse non si sono ulteriormente attivate dopo il varo delle richieste di finanziamenti per le opere previste dal DM 77. Solo pochissime hanno proceduto ad aprire alcune Case e fra queste solo l’Emilia-Romagna (*Stati generali della Salute della Comunità*) (13) e la Toscana (*Cantieri della Salute*) (14) hanno cercato di coinvolgere le categorie professionali e le comunità locali in percorsi preparatori. Per contro, in alcuni casi, le scelte regionali attuate nel frattempo sono incongruenti rispetto al disegno del DM 77, ad esempio relativamente alla collocazione e gestione degli Ospedali di Comunità (15).

Le carenze strutturali e sistemiche, nonché le scelte politiche prevalenti stanno quindi frenando fortemente il cammino attuativo del DM 77. Si tratta di provvedimenti tampone e di corso respiro diffusamente praticati nel nostro Paese, come si è detto, che vanno in netta controtendenza rispetto a ciò che si sta cercando di realizzare in diversi paesi europei, dove è in atto un processo volto a definire nuovi assetti di *welfare di prossimità*, con importanti ricadute anche sul piano urbanistico. Scrive a tal proposito Guido Giarelli: «A livello internazionale, è andato emergendo nel corso degli ultimi anni un nuovo paradigma dell’assistenza territoriale denominato “sanità di prossimità”, che propone un modello di organizzazione dei servizi sanitari ispirato alla PHC e centrato



sulla vicinanza al cittadino, sia in termini culturali che logistici, in modo da renderli più facilmente fruibili e maggiormente appropriati» (16). Egli cita, in particolare, le esperienze dei *Centros de salud* spagnoli, degli *Health Centres* britannici, delle *Maison de santé* francesi, dei *Terveysasema* (Centri sanitari) finlandesi, dei *Vårdcentral* (Centri di cura) svedesi e altre. (17) Persino la ultra-liberista Gran Bretagna sta abbandonando l'esperienza di fare diventare i GP piccoli imprenditori di servizi sanitari locali a favore di un impegno clinico più centrale e diretto, integrandoli come dirigenti di un "NHS di prossimità" (18). Si tratta quindi per l'Italia di non perdere il treno dell'innovazione di fronte ad una situazione di arretratezza e immobilismo conclamato che dura da tempo e che sembra non volere fare i conti con la realtà e coi problemi crescenti che stanno mettendo in scacco e in discussione l'intera struttura del SSN. Pare necessario operare quindi per una rapida svolta sistemica, ma altresì continuare a perseguire l'obiettivo di sviluppare e sperimentare un nuovo assetto paradigmatico e organizzativo dei servizi territoriali integrati col concorso di tutti gli attori di comunità.

## **2. Proposte e sperimentazioni**

Pur in questo insoddisfacente clima complessivo, ci pare importante insistere nello sviluppo di adeguate linee programmatiche che portino ad un nuovo assetto dei servizi sociali e sanitari territoriali e di tutto il welfare di comunità nel nostro Paese. Nuove linee programmatiche, tuttavia, da intendere non come un modello standard da applicare uniformemente in tutti i territori, ma piuttosto come un insieme di valori e orientamenti capaci di innervare numerose sperimentazioni locali che coinvolgano le istituzioni, i professionisti, gli attori di comunità e che si adattino alle caratteristiche e ai bisogni della popolazione locale. In altre parole, ci pare necessario operare per elaborare nuove idee in discontinuità metodologica e paradigmatica con molte delle pratiche oggi diffuse, ma al contempo non calare modelli predefiniti sul variegato tessuto di pratiche e realtà locali, quanto piuttosto mettere in moto tutte le risorse localmente disponibili stimolandole a misurarsi con un nuovo orizzonte possibile. Di qui la scelta di proporre in questo volume, nella prima parte, alcune riflessioni di fondo sui modelli e saperi che dovrebbero caratterizzare un nuovo assetto del

welfare di prossimità e, nella seconda, presentare analisi di esperienze locali che *hanno (o non hanno) preparato il terreno* alla creazione di Case della Comunità di nuova concezione (e altre articolazioni collegate), ma anche che hanno cominciato a *praticare la transizione* dall'assetto esistente - che in talune regioni coincide con le Case della Salute (CdS) - ad un nuovo ordinamento più soddisfacente sia per gli operatori sia per la popolazione<sup>2</sup>.

A tal proposito, si è parlato molto finora di sostenibilità del SSN in termini economici – aspetto senz'altro rilevante –, ma che, senza un nuovo patto di *sostenibilità sociale* fra operatori e cittadinanza, rischia di implodere sotto l'urto di una mancanza di fiducia e di una disaffezione diffusa che coinvolge in primis i professionisti e insieme si diffonde gli utilizzatori-finanziatori del Servizio Nazionale, ossia i cittadini. Si deve quindi ripristinare un nuovo *consensus* nella popolazione e fra i vari professionisti implicati, partendo dall'ascolto e soddisfacimento di esigenze di riconoscimento e motivazione, ma altresì sviluppando una nuova generazione di servizi integrati più efficaci ed efficienti, capaci di inglobare relazioni di cura più evolute e aderenti ad un diverso sentire di vaste fasce di popolazione (19), superando le sacche di sfiduciarità e conflittualità latenti presenti in aree sociali minoritarie, ma molto enfatizzate e sostenute (si v., a tal proposito, la vasta galassia no-vax e gli appoggi politico-culturali di cui gode).

Venendo ai contributi che abbiamo incluso nella prima parte del volume, secondo Guido Giarelli è necessario porsi in un'ottica di superamento dell'ospedalocentrismo attraverso una rivalutazione delle cure primarie e della prevenzione, ma soprattutto si devono assumere nuovi principi fondativi orientati ad una "salute di prossimità" centrata sulla persona e la co-produzione della cura. Nel *Manifesto per una salute di prossimità*, presentato dall'autore, vengono definiti quattro livelli di reti - da quelle domiciliari a quelle territoriali, per passare a quelle semi-residenziali e residenziali - entro cui si collocherebbe la Casa della Comunità e le altre strutture previste dal DM 77 o già funzionanti. I quattro livelli andrebbero così a definire la struttura complessiva del welfare socio-sanitario territoriale attento alla persona e alla prossimità. Sei i principi che dovrebbero delineare e sostenere l'architettura complessiva del nuovo as-

---

<sup>2</sup> Alcuni contributi qui ospitati sono stati originariamente pubblicati sulla rivista *Sistema Salute* (67/1) mentre altri sono inediti.

setto locale: *salutogenesi*; *persona* nella sua multidimensionalità; *prossimità* - intesa come vicinanza e accessibilità, ma anche comprensione culturale dei riferimenti personali -; *co-produzione* (ossia pro-attività bidirezionale fra persona e professionisti); *interprofessionalità* (ossia collaborazione fra operatori per affrontare la multidimensionalità della salute); *rete* (intesa come tessuto di interconnessioni che consente la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolgibili in una prospettiva di salute di prossimità).

Il contributo di Sergio Manghi muove da un'ampia interpretazione *civico-e-co-sociale* (o "eco-politica") della crisi pandemica che richiede una profonda revisione di paradigmi e saperi applicati al welfare e alla cura. Nell'assetto attuale della sanità e del welfare hanno pesato quasi esclusivamente i *saperi cognitivo-concettuali* e quelli *tecnico-normativi*, spesso in interazione fra loro. Sono invece stati scarsamente valutati i *saperi relazionali*, ossia di coordinazione continua delle interazioni, che presentano caratteristiche diverse (*trasversalità*, *transindividualità* e *continuità*) dai primi due. Tali caratteristiche diventano particolarmente necessarie nel contesto attuale dato che sono alla base del funzionamento dei team, delle reti, delle relazioni co-produttive di cura, della promozione della salute di area, della *community building*. Essi dovrebbero quindi diventare un patrimonio consapevole e trasversale di ciascun professionista e organizzazione di cura, venendo ad interagire in modo nuovo con le altre due tipologie di saperi e sviluppando approcci che tengano conto della dimensione comunitaria e di quella ecologica.

Il saggio di Marco Ingrosso si chiede se la pandemia sia stata occasione di apprendimenti significativi o se sia già in corso il suo "oblio": i segnali sono piuttosto preoccupanti e vi sono giustificati allarmi per un possibile collasso del SSN e per una situazione "fuori controllo". Si esaminano poi nel dettaglio le indicazioni emergenti dalla Missione 6 del PNRR, dal DM 77 e dal Metaprogetto sulla Case della Comunità varato da Agenas e dal Politecnico di Milano, evidenziandone gli aspetti rilevanti e le carenze presenti. Su questa base vengono avanzate proposte per delineare le *linee portanti di un progetto integrato* capace di innovare profondamente l'assistenza territoriale e le costituenti CdC. La prima innovazione (o discontinuità paradigmatica) è quella di «pensare la *cura* come una domanda multidimensionale aperta rivolta a coloro

che si “prendono cura” del soggetto che soffre (*pathos*) per qualche “male”». Ciò implica che è attraverso «la combinazione di diverse forme e sequenze di cura che è possibile dare risposte integrate e complesse ai bisogni delle persone». La seconda innovazione riguarda la «*prossimità* come logica e metodo di lavoro» in campo sociale e sanitario. Si tratta di combinare diversi approcci alla prossimità (*abitabile, relazionale, conoscitiva*) che possono diventare sinergici nella dimensione del quartiere o dell’area territoriale, concependo le CdC come centri di coordinamento. La prossimità, inoltre, intesa come rigenerazione e manutenzione delle reti sociali e di vicinanza (*community engagement and building*), è altresì la cifra per una rivitalizzazione e responsabilizzazione delle aree e dei quartieri di riferimento delle Case e servizi collegati. L’obiettivo delle Case non può essere solo quello di dare risposte prestazionali ad una domanda anonima e frammentata, ma piuttosto quello di sviluppare un’attiva interlocuzione con le realtà vive e autonome già esistenti nel territorio di competenza (scuole, terzo settore, associazionismo, circoli culturali, gruppi e reti di mutuo-aiuto, ecc.), così come con nuove aggregazioni sociali da facilitare per evitare sacche di solitudine ed esclusione. La terza dimensione necessaria è quella della *rigenerazione e promozione della salute* in una nuova ottica di *One Health*, attraverso una chiara scelta culturale secondo tre direttrici: di *capacitazione personale*, di *coinvolgimento comunitario*, di *vivibilità e sostenibilità ambientale*. Tale scelta per realizzarsi in modo approfondito, al fine di ottenere effetti sensibili sulla qualità di vita della popolazione locale, dovrebbe prevedere del personale dedicato, uscendo, una volta per tutte, dalle forti sottovalutazioni e ambivalenze presenti nel contesto italiano.

Agostino Panajia, sulla base della sua esperienza di MMG e di co-promotore della campagna “Primary health care: now or never”, evidenzia la necessità di un superamento dell’ospedalocentrismo e del monoprofessionalismo nell’ambito delle cure primarie a favore di un *modello di lavoro interprofessionale, interdisciplinare e intersettoriale* in grado di farsi carico della complessità dei soggetti. Il processo di creazione di un’*équipe interprofessionale*, che minimizzi le gerarchie e operi in modo collaborativo, non è scontato e per realizzarsi necessita di essere attivamente promosso, monitorato e mantenuto. Inoltre, il passaggio da un approccio prestazionale, tipico del paradigma centrato sulla

malattia, a un *approccio olistico*, tipico di un paradigma centrato sulla salute, necessita di tenere in considerazione il benessere e le soggettività tanto dei cittadini quanto dei professionisti, che non dovranno più essere annichiliti dietro il proprio ruolo, ma considerati persone con propri valori, posizionamenti e significati. Le future CdC non devono essere pensate come semplici presidi territoriali in cui concentrare una serie di servizi, ma come la *costruzione attiva di un lavoro di équipe* che abbia nel territorio e nella sua popolazione interlocutori con cui co-costruire identità, valori, benessere.

Ci pare che questi quattro contributi, letti nelle loro sinergie e complementarietà ci diano un quadro ampio, ma insieme sufficientemente dettagliato, di indicazioni e linee programmatiche capaci di orientare la transizione dalla situazione esistente nelle varie realtà regionali ad un nuovo assetto generale dell'assistenza socio-sanitaria di prossimità inserita nella prospettiva di un welfare comunitario.

La seconda parte del volume presenta delle analisi di esperienze locali e/o regionali che preparano o realizzano la transizione, ma anche che se ne allontanano. Esempio, in tale prospettiva, il saggio di Fulvio Lonati che - attraverso il racconto di una richiesta di aiuto vissuta personalmente - evidenzia la diffusione delle Case della Comunità nel territorio lombardo (ben 106 già costruite a metà 2023 rispetto alle 199 previste), ma ne rimarca il permanere di aspetti disfunzionali in termini di scarsa capacità di accoglienza, scarso coordinamento fra i servizi, permanenza di un orientamento prestativo e non di presa in cura, mancata conoscenza reciproca fra gli operatori, non conoscenza della struttura nel territorio. Per contro l'articolo presenta diverse esperienze esemplari (potremmo dire di "buone pratiche") che già mettono in atto aspetti caratterizzanti della riforma disegnata del DM 77, e in particolare la capacità di fungere da luogo di coordinamento di tutti i servizi per la salute del proprio territorio, di attivare adeguate modalità di accoglienza (e non solo accesso), di sviluppare approcci proattivi e di presa in cura (e non solo prestazioni fra loro slegate), di creare incontri sistematici fra operatori e attivare équipe multi-professionali, di responsabilizzarsi verso il proprio territorio di riferimento, di attivare percorsi di transizione dal vecchio al nuovo assetto.

Le esperienze presentate sono diffuse in varie regioni italiane e indicano che

lavorare secondo nuovi metodi e stili è non solo possibile, ma diventa stimolata sia per gli operatori che per i territori coinvolti.

Il saggio di Marco Ingrosso, Matteo Garofano, Gabriele Moi e altri presenta i primi passi di un percorso di transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel territorio parmense, provincia che è stata l'antesignana delle CdS in Italia e che ne ha visto la maggiore diffusione, ma che ora intende avviarsi verso forme più complete e avanzate come quelle rappresentate dalle CdC. Il primo passo di tale transizione è stato quello di un'Intesa fra le Istituzioni che ha portato alla creazione di un *Gruppo di Progetto* incaricato di accompagnare questo processo. Si è deciso di partire da un ascolto di tutti gli attori significativi potenzialmente coinvolti: dirigenti di varia tipologia, professioni sociali e sanitarie, rappresentanti delle comunità (dirigenti scolastici, rappresentanti del terzo settore e dei Comitati Consultivi Misti, amministratori locali). L'articolo qui presentato documenta i risultati di questa indagine, evidenziando somiglianze e differenze interne alle varie categorie, nonché attese, diffidenze, resistenze, entusiasmi per i primi risultati innovativi realizzati. Si tratta di un panorama variegato di luci e ombre che sono chiamate a confrontarsi per valorizzare le positività dell'esistente, ma soprattutto per andare oltre i limiti riscontrati nelle pratiche fin qui realizzate. Un compito arduo che passa attraverso il ritrovare le motivazioni per una nuova partenza. Sulla base dei risultati dell'indagine qualitativa condotta, l'articolo presenta le linee generali del percorso di accompagnamento che si intende avviare nell'anno in corso.

Il contributo di Angela Genova, Carmine Clemente, Anna Favretto e Davide Servetti esamina tre sistemi socio-sanitari regionali: quello marchigiano, quello pugliese e quello piemontese relativamente ai percorsi di triplice integrazione (*infrasanitaria, socio-sanitaria e partecipativa*) previsti dalle disposizioni regionali, ma rimasti spesso inapplicati. Gli indicatori di integrazione sono dedotti dai documenti regolativi succedisi nell'ultimo ventennio che spesso si caratterizzano per incongruenze e mancate attuazioni. Sulla base di un'analisi relazionale e processuale dei percorsi che hanno caratterizzato le diverse esperienze regionali, si ipotizzano delle specifiche difficoltà nell'implementare gli indirizzi nazionali relativi alle Case della Comunità e la necessità di agire non solo per via legislativa, ma attraverso un ampio lavoro culturale che influisca

sugli habitus degli attori in gioco. In altri termini, si tratta di capire le difficoltà e le resistenze locali nel perseguire certi obiettivi integrativi al fine di tracciare un percorso realmente virtuoso e concretamente applicativo in diverse realtà regionali sia del Nord, che del Centro che del Sud.

Vincenza Pellegrino presenta una esperienza di accompagnamento degli operatori realizzata attraverso il *Community Lab* dell’Agenzia sociale e sanitaria della Regione Emilia-Romagna. La Regione, già con una revisione delle CdS maturata nel 2016, aveva visto la necessità di supportare progetti più avanzati che venissero a integrare le esperienze in atto. Nel corso di circa un decennio, il *Community Lab* ha visto coinvolti centinaia di operatori/trici sociali e sanitari utilizzando diverse metodologie e attivando dei processi di riflessività, in particolare orientati alla definizione del *Piano sociale e sanitario* del 2022 e alla condivisione delle iniziative di *sviluppo di comunità* promosse da specifiche CdS negli ultimi anni. Nel confronto sono emersi diversi temi trasversali, quali la presenza di categorie di analisi e diagnostiche che si pongono come problemi invece che aiuto alle soluzioni; la forte diffusione di situazioni “grigie” che restano poco visibili e sottovalutate; le non risolte difficoltà di stabilire collaborazioni interprofessionali, data la perdurante egemonia dei saperi biomedici e la scarsa formazione comune dei partecipanti alle équipes. Il saggio si conclude con alcune indicazioni operative che consentano a questi percorsi di riflessività collettiva di fare passi in avanti nella prospettiva di sviluppare CdC capaci di coinvolgere le istituzioni, i professionisti, i volontari e la partecipazione locale.

Il contributo di Stefania Miodini e Patrizia Vaccari parte da una riformulazione della concezione e pratica dell’intervento sociale, passando dal lavoro sul caso al lavoro di comunità. Ciò risponde alle problematiche e difficoltà che incontrano gli operatori socio-sanitari nel mutato contesto sociale contemporaneo. Partendo da alcuni esempi di pratiche di prossimità e di rigenerazione comunitaria realizzati a Parma negli ultimi anni, le autrici evidenziano la possibilità di fare delle costituende CdC dei *laboratori di sviluppo di comunità*. Il progetto “Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia”, a cui hanno contribuito, contiene molte indicazioni operative che raccolgono esperienze di buone pratiche avviate sia dal servizio sociale sia dal terzo settore - ma anche

realizzate in alcune Case della Salute - che possono permettere l'avvio di un cammino virtuoso nelle CdC, a condizione che si realizzi una nuova capacità di coordinamento fra le diverse istituzioni implicate e una reale integrazione fra i servizi, operatori ed esperienze. In definitiva, le CdC devono assumere e realizzare un profondo ripensamento del lavoro *con* la comunità (sviluppo e rigenerazione) e *per* la comunità (progettazione e programmazione sociale) al fine di dare risposte più efficaci alle persone in difficoltà puntando non tanto a dare soluzioni immediate ma allo sviluppo di reti sociali e di autonomie nel medio-lungo periodo.

Nel complesso, questa seconda parte centrata su percorsi ed esperienze evidenzia un complesso panorama di luci e ombre presenti a livelli macro-regionali, meso-locali, micro-interprofessionali. Il cammino relativo all'integrazione, propugnato in passato in alcune regioni, ha dato minori frutti di quelli attesi o si è arenato dopo un tratto di percorso: si tratta quindi di capirne le ragioni per trovare strade diverse e più performanti. Per contro, in altri contesti – si è visto qui in particolare quello della Regione Emilia-Romagna – si è manifestata una fioritura di progetti innovativi che hanno anticipato alcune delle linee programmatiche inserite nel DM 77. Talora questi progetti hanno portato a buoni risultati che dovrebbero essere inglobati nelle costituende CdC, in altri hanno faticato a rimuovere degli ostacoli strutturali e culturali che continuano a ripresentarsi ogni volta che si cerchi di fare collaborare servizi e professionisti separati da barriere regolamentari, concettuali, metodologiche. Di rilevante interesse sono anche le buone pratiche relative allo sviluppo di comunità realizzate con il contributo congiunto del servizio sociale e del terzo settore. Si tratta di introdurre una nuova mentalità e nuove metodologie nel lavoro di comunità, che possono portare a risultati significativi in un campo che attende ancora di essere coltivato con seminagioni più intensive e diversificate.

La strada di riflessioni organizzate sulle pratiche che mettono al centro gli operatori sembra quella capace di portare i migliori risultati in quanto può utilizzare sia gli errori e le difficoltà sia le sperimentazioni riuscite per accumulare competenze e motivazioni nei professionisti. Si tratta però di applicare e far durare le esperienze nel tempo, sostenendole con una continua manutenzione per non scadere nelle routine, motivo di ulteriore frustrazione, come risulta



dalla ricerca in ambito parmense qui presentata. Al contempo, il coinvolgimento del terzo settore e delle comunità locali deve diventare un *must* delle nuove esperienze formative e di accompagnamento se si vuole andare verso un coinvolgimento e sviluppo di comunità come cifra nuova e ancora inedita che dovrebbe caratterizzare il nuovo assetto in via di costruzione.

Concludendo, a dispetto dei forti venti contrari che stanno rendendo difficile il cammino della riforma dell'assistenza sanitaria e sociale territoriale e del welfare di comunità, esistono significative indicazioni metodologiche e paradigmatiche, così come numerose esperienze pratiche, che disegnano, anticipano e realizzano la transizione verso le Case della Comunità. Ci pare di poter interpretare l'auspicio comune degli autori che hanno contribuito al volume affinché un tale lavoro di ricerca e realizzazione possa continuare ad avanzare e rafforzarsi, al fine di imprimere al Servizio Sanitario Nazionale quelle svolte vitali e necessarie capaci di mantenerlo al centro del sistema di convivenza e di salute del nostro paese.

#### **Riferimenti**

1. Fonte: World Health Organization, Health Emergency Dashboard. Dati aggiornati al 18 novembre 2022 (per il periodo 2019-22) e al 7 gennaio 2024.
2. Gaille M, Terral Ph (eds.) (2021), *Pandémie. Un fait social total*. Paris: Éditions CNRS.
3. Commissione europea, *The EU's 2021-2027 long-term Budget and NextGenerationEU. Facts and Figures*. Bruxelles, 29 aprile 2021.
4. Commissione europea, *State of Health Preparedness Report*. Bruxelles, 30 novembre 2022.
5. Governo Italiano Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Next Generation Italia. Italia domani 2021*, [https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR\\_0.pdf](https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf).
6. Si v. ad es.: Neri S, Vicarelli G, *Programmazione delle Case della Comunità e i modelli sanitari regionali: Lombardia e Marche a confronto*. In *Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, 46 (1) e Genova A, Servetti D., Favretto AR, Clemente C, in questo volume.
7. Camera dei Deputati XIX Legislatura, *I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*. In *Documentazione e Ricerche* 23, 20 marzo 2023.
8. Agenas-Politecnico di Milano, *Documento di Indirizzo per il Metaprogetto della Casa della Comunità*. In *Quaderno di Monitor*, agosto 2022.
9. Corte dei conti, *Rapporto di Finanza pubblica*. Roma, 2023.
10. Redazione Quotidiano Sanità, Pnrr. *Dalle Case agli Ospedali della Comunità fino alla telemedicina, ecco il piano del Governo che rivede gli obiettivi della Mission 6*. In *Quotidiano Sanità*, 27 luglio 2023.
11. Campagna Primary Health Care, *Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia*. In <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home?authuser=0> 2021; Movimento MMG per la Dirigenza, *Documento di posizione*, <https://www.aprirenetwork.it/book/mmg-per-la-dirigenza-documento-di-posizione/>.
12. Commissione V (Bilancio, Tesoro, Programmazione) della Camera dei Deputati e Commis-

- sioni 4a e 5a del Senato della Repubblica, Audizione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in merito alla Relazione sullo stato di attuazione del PNRR aggiornata al 31 maggio 2023. Roma, 12 luglio 2023.
13. Per l'Emilia-Romagna si v.: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/stati-general-della-salute-della-comunita>.
  14. La Regione Toscana ha promosso e diffuso un report sui Cantieri della Salute dal titolo "Case della Comunità: luoghi di partecipazione e co-produzione di servizi. Una proposta operativa dall'esperienza di Cantieri della Salute", 2023. Per una presentazione si v. [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=119676](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119676) (24 genn. 2024).
  15. Si v., ad esempio, Belleri G, Maffei CM, Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni del PNRR e Dm 77. In *Quotidiano Sanità*, 17 gennaio 2024.
  16. Si v. il contributo di G. Giarelli a questo volume; sulla riforma delle PHC in Europa si v. anche Kringos DS, Boema WGW, Hutchinson A, Salman RB (eds), *Building Primary Care in a Changing Europe*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2015.
  17. Giarelli G., *ivi*.
  18. Fisher R, Alderwick H, New plan for supporting general practice in England. *BMJ*, 2021 Oct 22;375:n2585; Majeed A, Hodes S, Has the covid pandemic changed the debate about nationalizing GPs? *BMJ*, 2022, Mar 2;376:o406.
  19. Alastra V, Bronzini M, Ingrosso M (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie: ricerche, progetti, esperienze*. Milano: FrancoAngeli, 2022.