

## **Progetto**

# **“Integrazione tra Sociale e Sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia”**

## **PROPOSTE OPERATIVE PER SVILUPPARE L’INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO NELLE CASE DELLA COMUNITÀ IN LOMBARDIA**

**Redazione a cura di:**

*Annette Corraro, Simonetta Di Meo, Fulvio  
Lonati, Anna Meraviglia, Alessandro Nobili  
a nome dei Coordinatori dei Laboratori*

**Milano, 31 Marzo 2026**



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



## COORDINATORI E PARTECIPANTI AI LABORATORI

**Laboratorio 1: *Organizzazione e governo della rete dei servizi per la salute su quattro livelli: Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Territorio del Distretto-Ambito Territoriale Sociale, Territorio della Casa della Comunità, Microarea (piccolo Comune, frazione, municipio, quartiere).***

**Coordinatori:** *Carla Dessi, Valentina Gritti, Fulvio Lonati, Anna Meraviglia*

**Partecipanti:** *Adorno Marazzina, Aldo Bellini, Alessandra Rinaldi, Anna Fontanella, Antonella Maiocchi, Arianna Bertoletti, Caterina Lo Presti, Cinzia Botter, Cinzia Collaboletta, Concettina Monguzzi, Dario Colombo, Elena Grismondi, Elena Meroni, Elena Proserpio, Elisa Merullo, Fabio Muscionico, Filippo Bozzi, Flavia Bigoni, Francesca Tosoni, Giancarlo Galbiati, Gilberto Mari, Giorgia Rampoldi, Giulia D'Amico, Giuliano Soldà, Giuseppe Assuntino, Giusi Gabriella Beretta, Lucia Frustagli, Manuela Dalle Grave, Marco Magri, Marco Troiano, Maria Antonietta Paniconi, Mauro Squeo, Miriam Molfetta, Nadia Pedersoli, Nicoletta Saveri, Piera Mercedes Landoni, Pierluigi Rancati, Raffaella Maria Garavaglia, Riccardo Corti, Rosa Sora, Sonia Ribera, Susanna Fedele, Tommaso Rossi, Valentina Brunelli, Vannia Sandretti.*

**Laboratorio 2: *Mappatura dei bisogni e delle risorse comunitarie nel territorio della Casa della Comunità.***

**Coordinatori:** *Valentina Ghetti, Celestino Panizza*

**Partecipanti:** *Paolo Beria, Anna Paola Capriulo, Daniele Giovanni Renato Cataldo, Biancamaria De Marco, Valeria Ferretti, Ezio Goggi, Glenda Maria Lamberti, Glenda Maria Lamberti, Franca Mignani, Elena Negretti, Maurizio Piasini, Bruno Piotti, Ada Raimondi, Chiara Sassi, Monica Taschetti, Cristina Terrevazzi, Alice Zanchettin.*

**Laboratorio 3: *Meccanismi e strumenti d'integrazione inter-professionale, inter-disciplinare e inter-settoriale.***

**Coordinatori:** *Ornella Casati, Manuela Zaltieri*

**Partecipanti:** *Bianca Bassarov Quilico, Ambra Borghi, Antonino Burgio, Maria Belleri, Antonino Burgio, Adriano Cancellieri, David Chinello, Attilia Galli, Loredana Gandola, Fabrizia Grandelis, Ilaria Imi, Antonella Murrone, Tamara Pacchiarini, Fulvio Pedrazzini, Ilaria Ripamonti.*

**Laboratorio 4: *Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità. Ruolo del Punto Unico di Accesso, dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, del supporto a famiglie e caregiver e del Terzo settore nelle Case della Comunità.***

**Coordinatori:** *Annette Corrado, Annamaria Di Bartolo, Simonetta Di Meo, Alessandro Nobili, Stefania Zazzi*

**Partecipanti:** *Bruno Andreoni, Emanuela Annoni, Elena Barboni, Maurizio Bardi, Laura Bettoni, Silvana Botassis, Sabrina Cattaneo, Elisabeth Cosandey, Elena Del Re, Roberta Domenighini, Ilaria Engaddi, Valeria Gelera, Cristina Giacometti, Enrico Mantegazza, Erika Rosaria Marigliano, Gabriella Mazzeo, Giada Mombelli, Alessandro Naimzada, Errico Basso Perna, Daniele Prina, Laura Pradella, Alessandro Schivalocchi, Antonella Senatore, Stefania Sonzogni, Chiara Tagliabue, Silvana Tricella.*

**Laboratorio 5: *Coprogettazione di iniziative locali orientate a: promozione della salute comunitaria, informazione ai cittadini, salute e benessere dei giovani.***

**Coordinatori:** *Barbara D'Avanzo, Sara Santagostino*

**Partecipanti:** *Antonella Albrighoni, Maria Benvenuti, Clara Camerin, Sara Corallo, Paola Duregon, Tiziana Fanucchi, Antonella Fiacchi, Sara Gallo, Maria Modena, Paola Martinelli, Gianni Montinaro, Carla Piersanti, Eleonora Quarenghi, Silvia Riboldi, Elisabetta Rota, Angelamaria Sibilano, Marina Tunic.*

**Laboratorio 6: *Indicatori: di salute, di presa in cura, di attivazione comunitaria.***

**Coordinatori:** *Angelo Barbato, Antonio Muscolino*

**Partecipanti:** *Maddalena Bellagente, Lucia Bricchi, Giulio Faletti, Sergio Fava, Giuseppe Fiorani, Francesca Franchi, Federico Gatto, Francesco Iacchetti, Francesca Miriano, Marta Moroni, Pamela Moser, Antonio Nava, Sabrina Nozza Bielli, Elena Pessina, Roberta Soddu, Vanessa Mascia Turri.*

## INDICE

PREMESSA.....	4
MODALITÀ DI LAVORO .....	5
ANALISI TRASVERSALE E MACRO-TEMI .....	6
Una lettura trasversale del percorso dei laboratori .....	6
1. Il territorio come infrastruttura dell'integrazione .....	6
2. La governance multilivello come condizione per superare i silos .....	6
3. L'équipe multiprofessionale come cuore del modello territoriale .....	7
4. Punto Unico d'Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale e presa in carico della cronicità.....	7
5. Mappatura dei bisogni e delle risorse: una conoscenza ancora incompleta.....	7
6. Co-progettazione in ambito sociale e sanitario.....	8
7. Indicatori e cultura della valutazione .....	8
NODI CRITICI E PROPOSTE OPERATIVE .....	8
Nodo 1: Mancata definizione del territorio delle Case della Comunità e della loro articolazione in Microaree ..	8
Nodo 2: Assenza di una governance territoriale integrata e formalizzata .....	9
Nodo 3: Inadeguata territorializzazione e integrazione multiprofessionale delle équipe delle Case della Comunità.....	9
Nodo 4: Mappatura dei bisogni e delle risorse episodica e non condivisa .....	10
Nodo 5: Insufficiente partecipazione strutturata della comunità per la costruzione delle politiche per la salute .....	10
Nodo 6: Punto Unico di Accesso disomogenei e poco riconoscibili.....	11
Nodo 7: Équipe di Valutazione Multidimensionale burocratiche e poco multidisciplinari-intersectoriali .....	12
Nodo 8: Scarsa valorizzazione e integrazione delle risorse sanitarie e sociali di prossimità già presenti .....	13
Nodo 9: Formazione e linguaggi professionali non allineati .....	13
Nodo 10: Dati e sistemi informativi frammentati.....	14
Nodo 11: Indicatori numerosi ma poco utili per l'integrazione .....	15
Nodo 12: Scarsa comunicazione e condivisione delle esperienze e delle buone pratiche .....	15
Nodo 13: Carezza di professionisti della salute e attivazione graduale delle Case della Comunità.....	16
SINTESI DELLE PROPOSTE OPERATIVE PER SVILUPPARE L'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO NELLE CASE DELLA COMUNITÀ IN LOMBARDIA.....	18
CONDIZIONI INDISPENSABILI PER L'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO E LA TERRITORIALIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LA SALUTE ED IL BENESSERE.....	18
MECCANISMI OPERATIVI IRRINUNCIABILI .....	18
LEVE GESTIONALI FONDAMENTALI .....	19
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 DELLA COMUNITÀ .....	19

## PREMESSA

**Le Case della Comunità rivestono un ruolo cardine nell'azione di potenziamento della sanità territoriale**, così come delineato nell'ambito del PNRR e secondo quanto evidenziato dal DM 77/2022; tali strutture rappresentano **la sede privilegiata per la progettazione e l'attuazione di interventi sanitari e d'integrazione sociale**, si configurano come **luogo accessibile, di prossimità e di partecipazione, a cui la comunità e i cittadini possono accedere** per entrare in contatto e dialogare con il sistema dei servizi, organizzato secondo un modello multidisciplinare basato su équipe territoriali.

Il **DM77/2022** ha quindi aperto una **prospettiva non ancora esplorata in ambito di integrazione tra sociale e sanitario**, necessaria a **superare la logica prestazionale** verso un nuovo paradigma che **mette al centro la salute delle persone e della comunità, in una dimensione pubblica**. Con l'istituzione della **Casa della Comunità come "luogo di ricomposizione" dei bisogni delle persone, delle attività, dei servizi e del personale**, diventa fondamentale il coordinamento e il collegamento tra ciò che è dentro la Casa e ciò che è fuori, sul territorio, valorizzando e rendendo attivo proprio tutto ciò che sta fuori della Casa della Comunità stessa. La comunità è quindi centrale e rappresenta il *milieu* in cui prendono forma le attività della Casa della Comunità stessa. Questa, al di là di essere luogo di prestazioni accessibili, connesse e coordinate dei servizi sanitari e sociali, è **luogo in cui si esprime una visione della comunità come risposta ai bisogni di salute**.

Su tale premessa nasce la collaborazione tra l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e ANCI Lombardia che, nel febbraio 2025, ha portato all'organizzazione di un **workshop centrato sul tema dell'integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia**.

**Dal successo di questa iniziativa (oltre 500 partecipanti, in presenza e online) è nata l'idea di attivare sei laboratori, pensati come un luogo di confronto e di riflessione tra amministratori, operatori sanitari e sociali, referenti di enti del Terzo Settore e singoli cittadini**.

Il presente documento sintetizza i lavori prodotti collaborativamente da tali laboratori, sistematizzandone gli esiti, i punti di attenzione, le criticità, le proposte operative migliorative e le buone prassi cui ispirarsi. Costituisce inoltre il risultato di un processo condiviso con tutti i partecipanti e formula **una serie di proposte** che si ritiene possano essere di utilità per:

- **i decisori politici regionali, comunali e dei municipi e i loro organismi di rappresentanza;**
- **le direzioni di Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e Ambiti Territoriali Sociali;**
- **gli Organismi di Coordinamento Distrettuale;**
- **chi ha compiti di coordinamento nei Distretti Socio Sanitari, negli Ambiti Territoriali Sociali, nei Servizi Sociali Comunali, nelle Case della Comunità;**
- **le operatrici e gli operatori territoriali dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e del Terzo Settore;**
- **i cittadini impegnati nelle comunità locali e le loro Associazioni.**

Il documento viene presentato durante un evento pubblico appositamente organizzato, diffuso sui siti di ANCI Lombardia e dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS.

## MODALITÀ DI LAVORO

A seguito del convegno del 26 febbraio 2025 si sono attivati i seguenti sei laboratori:

- **Organizzazione e governo della rete dei servizi per la salute su quattro livelli: Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Territorio del Distretto-Ambito Territoriale Sociale, Territorio della Casa della Comunità, Microarea (piccolo Comune, frazione, municipio, quartiere);**
- **Mappatura dei bisogni e delle risorse comunitarie nel territorio della Casa della Comunità;**
- **Meccanismi e strumenti d'integrazione inter-professionale, inter-disciplinare e inter-settoriale;**
- **Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità. Ruolo del Punto Unico di Accesso, dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, del supporto a famiglie e caregiver e del Terzo settore nelle Case della Comunità;**
- **Coprogettazione di iniziative locali orientate a: promozione della salute comunitaria, informazione ai cittadini, salute e benessere dei giovani;**
- **Indicatori: di salute, di presa in cura, di attivazione comunitaria.**

L'obiettivo era dare voce al maggior numero possibile di attori coinvolti e produrre indicazioni utili a una migliore programmazione socio-sanitaria nelle Case della Comunità.

L'integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia ha costituito il target di riferimento, comune a tutti i laboratori, che hanno operato in modo autonomo nel **periodo compreso tra giugno 2025 e gennaio 2026** e ai quali hanno partecipato le persone elencate all'inizio del documento.

I lavori sono stati avviati in modo omogeneo, a partire dalla normativa recente e da alcune domande guida condivise. **Successivamente, ciascun laboratorio ha adottato modalità differenti** per la raccolta delle informazioni e delle varie esperienze locali e l'elaborazione dei contributi dei partecipanti. È stato inoltre messo a disposizione uno strumento online, utilizzabile su base volontaria, per raccogliere e registrare informazioni sui progetti e sulle attività citate dai partecipanti. Lo strumento ha consentito di documentare 20 esperienze provenienti da tre laboratori. In ogni laboratorio i coordinatori hanno elaborato una sintesi dei contenuti emersi nei primi incontri, che **successivamente è stata condivisa con i partecipanti** per eventuali integrazioni ed emendamenti, fino all'approvazione finale dei propri elaborati, accessibili tramite questo [link](#).

**Il presente documento raccoglie e sintetizza i contenuti principali degli elaborati prodotti da tali laboratori.** Attraverso un processo iterativo di analisi e confronto collettivo, sono stati individuati i concetti ricorrenti e ritenuti centrali per la realizzazione dell'integrazione tra sociale e sanitario nelle diverse aree tematiche affrontate. **Questo documento** a partire dalle criticità che le Case della Comunità si trovano ad affrontare in relazione all'integrazione tra sociale e sanitario, **fornisce proposte e indicazioni operative emerse dal lavoro dei vari laboratori.** Tali indicazioni, formulate nel rispetto dei contenuti espressi dai laboratori, **intendono offrire un supporto immediato per il miglioramento e completamento del funzionamento delle Case della Comunità.**

Si tratta di un quadro in evoluzione, destinato ad arricchirsi nel tempo grazie alle esperienze maturate e allo sviluppo dei servizi, **con l'obiettivo di contribuire alla definizione di un modello capace di facilitare la conoscenza delle risorse territoriali e la costruzione di reti** per la presa in carico dei bisogni di salute delle persone che vivono nei diversi territori della Lombardia.

## ANALISI TRASVERSALE E MACRO-TEMI

### Una lettura trasversale del percorso dei laboratori

Il percorso dei sei laboratori ha rappresentato un'occasione per **mettere in dialogo amministratori, operatori sanitari e sociali, professionisti del Terzo Settore e cittadini attivi** attorno a un **obiettivo comune: comprendere quali condizioni siano realmente necessarie per rendere operativa l'integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità lombarde**. Dal lavoro dei laboratori è emerso un quadro articolato, ricco di esperienze, criticità e proposte, che permette di delineare una visione condivisa e di individuare alcune priorità strategiche per il futuro.

**L'analisi trasversale** dei materiali prodotti nei laboratori mostra con chiarezza che **l'integrazione non è un concetto astratto, né un semplice allineamento organizzativo. È un processo che richiede condizioni territoriali, strutturali e operative molto precise**. I partecipanti hanno evidenziato come l'attuale assetto dei servizi territoriali previsti dal DM 77 e in particolare delle Case della Comunità presenti elementi di frammentazione, sovrapposizione e disomogeneità che ostacolano la costruzione di percorsi integrati e continui. Allo stesso tempo, **sono emerse numerose risorse già presenti nei territori**, spesso poco o non sufficientemente valorizzate e connesse tra loro.

**L'analisi dei documenti** prodotti da ciascun Laboratorio consente di **individuare alcuni macro-temi trasversali** che attraversano tutti i laboratori e che costituiscono la base da cui derivano le proposte operative finali. Questi macro-temi riguardano: la definizione del territorio, la governance multilivello, il funzionamento delle équipe multiprofessionali, il ruolo del PUA e dell'UVM nella presa in carico, la mappatura dei bisogni e delle risorse, la co-progettazione in ambito sociale e sanitario e infine la necessità di un sistema di indicatori condiviso e leggibile.

### 1. Il territorio come infrastruttura dell'integrazione

Il primo macro-tema che emerge con forza dai laboratori è che **il territorio non è un semplice contenitore, ma la vera infrastruttura dell'integrazione tra sociale e sanitario**. La coincidenza tra Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale è considerata una condizione facilitante per garantire responsabilità chiare, coordinamento stabile e programmazione coerente.

Allo stesso modo, **la definizione del territorio di ciascuna Casa della Comunità è percepita come un prerequisito essenziale**. Quando il bacino di riferimento è troppo ampio, la prossimità si perde, gli operatori non riescono a conoscere il contesto e i cittadini non riconoscono la Casa della Comunità come punto di riferimento. La dimensione ottimale individuata dai partecipanti è quella di un territorio non superiore ai 50.000 abitanti, coerente con le indicazioni del DM77.

**Le Microaree emergono come l'unità minima di prossimità**: un comune, una frazione, un quartiere. È a questo livello che è possibile intercettare precocemente bisogni e fragilità, costruire relazioni significative, attivare reti informali e valorizzare le risorse locali. **La mancanza di una definizione formale delle Microaree** rappresenta oggi una delle principali criticità, poiché **impedisce di strutturare équipe territoriali stabili e di sviluppare interventi realmente orientati alla comunità**.

### 2. La governance multilivello come condizione per superare i silos

Il secondo macro-tema riguarda la governance. **L'integrazione tra sociale e sanitario richiede una regia chiara e condivisa tra Distretto, Ambito Territoriale Sociale, Case della Comunità e Microaree**. Tuttavia, nella pratica, i diversi livelli operano spesso in parallelo, con linguaggi, tempi e priorità differenti. Le Case della Comunità rischiano di essere percepite come semplici contenitori di servizi ed erogatori di prestazioni, anziché come luoghi di coordinamento e integrazione

territoriale. La persistenza di “silos” organizzativi tra sanitario e sociale, così come tra ospedale e territorio, ostacola la costruzione di percorsi integrati e continui.

I partecipanti hanno sottolineato **la necessità di definire ruoli, responsabilità e strumenti di coordinamento stabili e condivisi**, superando la dipendenza dalla buona volontà dei singoli operatori. È emersa con forza **l'importanza di un coordinamento multilivello che coinvolga in modo strutturato Distretto, Ambito, Comuni, Case della Comunità e attori della comunità locale**.

### 3. L'équipe multiprofessionale come cuore del modello territoriale

Il terzo macro-tema riguarda il funzionamento delle équipe multiprofessionali. Tutti i laboratori hanno riconosciuto che **l'équipe è il cuore del modello territoriale delineato dal DM77**. Tuttavia, **nella realtà operativa, l'équipe multiprofessionale è spesso fragile e frammentata**: mancano coordinatori con mandato formale, non esistono spazi e tempi dedicati, le agende dei professionisti non sono allineate e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale è molto disomogeneo.

**Il lavoro di équipe risulta più efficace nelle Microaree**, dove i gruppi di operatori sono più piccoli e il territorio è più leggibile, ma anche qui mancano strumenti e procedure condivise.

Il Terzo Settore, pur essendo riconosciuto come attore fondamentale, **è di fatto ancora coinvolto in modo episodico e non strutturale**.

**L'équipe multiprofessionale è quindi un dispositivo potenzialmente molto potente, ma che necessita di una cornice organizzativa chiara e ben strutturata per poter funzionare**.

### 4. Punto Unico d'Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale e presa in carico della cronicità

Il quarto macro-tema riguarda il ruolo del **Punto Unico d'Accesso (PUA)** e dell'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** nella presa in carico delle persone con cronicità, fragilità e disabilità. Questi strumenti, **che potrebbero rappresentare le vere cerniere dell'integrazione tra sociale e sanitario, funzionano oggi in modo disomogeneo**.

**Il PUA non è sempre riconoscibile o accessibile**, mentre **l'UVM rischia di essere percepita come un semplice adempimento burocratico** più che come un luogo di valutazione multidimensionale e di pianificazione condivisa della presa in carico e della cura. Inoltre, **il PUA deve essere in grado di orientare il cittadino** anche relativamente alle **opportunità messe a disposizione sul territorio dal Terzo Settore locale**.

**La presa in carico risulta frammentata: manca un referente unico, i passaggi ospedale-territorio e viceversa sono critici, le famiglie e i caregiver spesso non ricevono un supporto adeguato**. La figura del case manager, pur evocata, non è ancora formalizzata in modo uniforme e disseminato.

### 5. Mappatura dei bisogni e delle risorse: una conoscenza ancora incompleta

Il quinto macro-tema riguarda la mappatura dei bisogni e delle risorse. I laboratori hanno sottolineato come **la conoscenza e la mappatura del territorio siano essenziali per programmare interventi efficaci**. Tuttavia, la mappatura è spesso episodica, non integrata tra sanitario e sociale, poco attenta alle risorse informali e scarsamente partecipata dai cittadini.

**Le Microaree rappresentano il livello ideale per una mappatura continua e accurata**, ma mancano ancora strumenti condivisi e un coordinamento stabile. **Senza una lettura comune del territorio, la programmazione rischia di essere parziale e di non intercettare la vulnerabilità e le fragilità “sommese”**.

## 6. Co-progettazione in ambito sociale e sanitario

La Casa della Comunità deve diventare il luogo privilegiato della co-progettazione tra servizi pubblici, terzo settore, soggetti della comunità e singoli cittadini. L'intensa attività che si svolge sul territorio nei tavoli di co-progettazione deve venire semplificata negli aspetti burocratici, coordinata e supportata attraverso la disponibilità di spazi e di un'infrastruttura informativa. **I tavoli di co-progettazione diventano luoghi formativi e di accoglimento di bisogni e delle possibili soluzioni.** Così intesa la Casa della Comunità diventa il luogo della visione di una "comunità che cura sé stessa". Si tratta di una funzione centrale per la portata realmente innovativa che la Casa della Comunità può svolgere e che richiede una pianificazione attenta.

## 7. Indicatori e cultura della valutazione

I laboratori hanno evidenziato che **gli indicatori attualmente disponibili sono numerosi, troppo tecnici e poco leggibili, e non misurano aspetti fondamentali** come integrazione, prossimità, continuità assistenziale e attivazione comunitaria. **Mancano dati a livello di Microarea e i sistemi informativi non dialogano tra loro.**

Senza alcuni indicatori chiari, condivisi e utili, è difficile orientare le scelte, valutare l'impatto e coinvolgere i territori in un processo di miglioramento continuo.

# NODI CRITICI E PROPOSTE OPERATIVE

## Nodo 1: Mancata definizione del territorio delle Case della Comunità e della loro articolazione in Microaree

Nei laboratori si è evidenziato che la definizione esatta del territorio di afferenza delle Case della Comunità è condizione preliminare necessaria per facilitare la responsabilizzazione dei diversi servizi e degli operatori, la loro integrazione ed una buona organizzazione, in alleanza con le risorse delle comunità locali.

È importante garantire la presenza di servizi sanitari e sociali di prossimità alle realtà periferiche ("Microaree" corrispondenti, a seconda delle peculiarità locali, a un comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere).

Purtroppo, in Lombardia come nel resto del Paese, il territorio delle Case della Comunità spesso non è precisato così come la sua articolazione in Microaree chiaramente identificate.

### Proposta:

**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.**

### Indicazioni operative:

Avviare un percorso di coinvolgimento di tutti gli attori locali che, porti alla approvazione di atti formali che, tenendo conto delle specificità oro-geografiche, abitative, sociali, storiche e logistiche:

- definiscano il territorio di riferimento di ciascuna Casa della Comunità (uno o più Comuni se entro i 50.000 abitanti; più quartieri per i comuni di più di 50.000 abitanti);
- articolino tale territorio in Microaree chiaramente identificate, corrispondenti, a seconda delle peculiarità locali, a un comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere;
- nominino formalmente le Microaree come unità operative di prossimità;

- rendano pubblici tali documenti in modo che diventino il riferimento per la programmazione, per le équipes e per gli indicatori.

## **Nodo 2: Assenza di una governance territoriale integrata e formalizzata**

I laboratori evidenziano che l'integrazione tra sociale e sanitario è ostacolata da una governance frammentata: Distretto, Ambito, Comuni, ASST e Case della Comunità operano in parallelo, con linguaggi, priorità e strumenti differenti.

In assenza di meccanismi di coordinamento chiari e stabili, le Case della Comunità rischiano di essere vissute come semplici contenitori di servizi, più che come luoghi di regia territoriale. Persistono silos separati tra sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra servizi rivolti a target e popolazioni diversi.

### Proposta:

**Istituire meccanismi di governance-coordinamento territoriali multilivello chiari, stabili e formalizzati, che riconoscano al Distretto la funzione di governance, in particolare valorizzando l'Organismo di Coordinamento Distrettuale, e alla Casa della Comunità il ruolo di regia operativa sul territorio di appartenenza. Individuare indicatori di processo che consentano di monitorare, valutare e migliorare le criticità e lo stato di operatività. L'implementazione di adeguati indicatori è un aspetto chiave che contribuisce a una più efficace ricomposizione della governance.**

### Indicazioni operative:

- Rafforzare il ruolo dell'Organismo di Coordinamento Territoriale quale strumento nodale dell'integrazione tra Distretto–Ambito–Casa della Comunità–Comuni–Terzo Settore anche attraverso un calendario di lavoro definito con incontri a cadenza almeno trimestrale;
- promuovere la partecipazione attiva e continuativa degli amministratori nei luoghi di rappresentanza, in particolare attraverso il feed-back periodico delle criticità e dei risultati raggiunti nel territorio della Casa della Comunità;
- elaborare un "Patto di governance territoriale" che specifichi ruoli, responsabilità, sedi decisionali, strumenti di coordinamento e relazioni tra i diversi livelli;
- attribuire esplicitamente alla Casa della Comunità funzioni di coordinamento operativo su PUA, UVM, équipes multiprofessionali e Microaree.

In questo modo, la governance multilivello diventa una struttura riconoscibile, formalizzata e orientata all'integrazione effettiva tra livelli e attori del territorio.

## **Nodo 3: Inadeguata territorializzazione e integrazione multiprofessionale delle équipes delle Case della Comunità**

I laboratori evidenziano che il lavoro di équipes multiprofessionale nelle Case della Comunità è realizzabile solo se gli operatori svolgono la loro attività in modo continuativo ed elettivamente nei confronti della popolazione del territorio di appartenenza della propria Casa della Comunità.

Ciò rende concretamente possibile e funzionale il lavoro in équipes multiprofessionali-multidisciplinari-multisetoriali radicate alla propria comunità, con operatori che possono:

- incontrarsi, confrontarsi, connettersi, stimarsi e partecipare alla progettazione di come affrontare coerentemente i problemi locali;
- conoscere le caratteristiche del proprio territorio (vie, piazze, centri, mercati...) e le risorse presenti (scuole, parrocchie, associazioni di volontariato, ...) e con queste interagire in funzione della promozione della salute dei singoli e della comunità.

Tuttavia, nella pratica le équipes delle Case della Comunità risultano spesso fragili e frammentate, poco strutturate, con scarsa integrazione tra sociale e sanitario: mancano coordinatori con mandato formale, sono presenti operatori "a rotazione" (ad esempio specialisti ambulatoriali), non sono previsti spazi e tempi dedicati, le agende dei professionisti non sono allineate e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale è disomogeneo. Inoltre, l'interazione intersettoriale, cioè tra operatori afferenti ad enti diversi, non consente di attivare una vera operatività di "équipe".

Proposta:

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

Indicazioni operative:

- Garantire in ciascuna Casa della Comunità la presenza continuativa delle figure professionali sanitarie, sociali, amministrativo-logistiche e specialistiche ambulatoriali necessarie per rispondere ai bisogni specifici del territorio, non come frutto di un decentramento amministrativo/organizzativo estraneo ad una logica di territorializzazione;
- formalizzare la composizione dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità;
- individuare un coordinatore con mandato esplicito e responsabilità definite;
- prevedere riunioni periodiche con obiettivi chiari (presa in carico, gestione dei casi complessi, analisi delle criticità territoriali);
- adeguare le agende dei professionisti per garantire tempi dedicati al lavoro di équipe, oltre all'attività individuale.

In questo modo, l'équipe multiprofessionale assume una configurazione stabile, riconosciuta e orientata alla presa in carico integrata.

#### **Nodo 4: Mappatura dei bisogni e delle risorse episodica e non condivisa**

La mappatura dei bisogni e delle risorse territoriali è spesso episodica se non assente, non integrata tra sanitario e sociale, poco attenta alle risorse informali e scarsamente partecipata dai cittadini. Questo limita la capacità di programmare interventi mirati e di valorizzare le risorse già presenti.

Proposta:

**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.**

Indicazioni operative:

- Sviluppare, a livello di Distretto Socio Sanitario e Ambito Territoriale Sociale, uno strumento unico di mappatura per le Microaree che integri dati sanitari, sociali, demografici e informazioni sulle risorse formali e informali (associazioni, reti di vicinato, luoghi di aggregazione);
- coinvolgere attivamente Comuni/Municipi, Terzo Settore e cittadini nella raccolta e nell'aggiornamento delle informazioni;
- utilizzare la mappatura per definire priorità, progettualità e allocazione delle risorse.

#### **Nodo 5: Insufficiente partecipazione strutturata della comunità per la costruzione delle politiche per la salute**

Il DM 77 descrive la Casa della Comunità come ambito di co-progettazione. Tale funzione si svolge in tavoli di co-progettazione socio-sanitaria che devono trovare nella Casa della Comunità il luogo privilegiato di coordinamento tra servizi pubblici, Terzo Settore, comunità e cittadini per co-

costruire risposte a problemi reali e condivisi e prefigurare una comunità partecipata, attiva e solidale, come comunità che cura sé stessa.

Dai laboratori è emerso che la partecipazione del Terzo Settore alle Case della Comunità si esprime oggi in forme differenziate, spesso riconducibili alla presenza negli spazi o a momenti di interlocuzione con i servizi.

In una fase di consolidamento del modello, la definizione di ruoli, funzioni e ambiti di collaborazione strutturati richiede assetti di governance dedicati e strumenti di coordinamento adeguati, per evolvere verso forme di coinvolgimento stabile del Terzo Settore nella lettura dei bisogni, nella progettazione degli interventi e nel sostegno ai percorsi di cura, rafforzando la vocazione della Casa della Comunità come presidio territoriale di welfare collaborativo.

Proposta:

**Valorizzare la comunità come infrastruttura di salute, ovvero un sistema di cure integrate che riconosce il ruolo della comunità come sfera di assistenza di prossimità, dove cittadini, legami sociali, volontariato e terzo settore diventano parte integrante dell’ecosistema di cura, anche attraverso percorsi di coprogettazione.**

Indicazioni operative:

- Predisporre strumenti di accoglienza e orientamento sia all’interno che all’esterno della Casa della Comunità, in luoghi visibili e accessibili;
- garantire una partecipazione funzionale e strutturata del Terzo Settore e dei cittadini all’interno dei processi della Casa della Comunità
- coinvolgere i cittadini con workshop e sondaggi da svolgere a intervalli regolari;
- condurre e diffondere mappature di risorse e criticità e monitorare le situazioni in evoluzione;
- condividere le informazioni sull’organizzazione dei servizi della Casa della Comunità sia con gli operatori della stessa, sia con tutti gli interlocutori esterni (professionisti, Terzo Settore e cittadini);
- introdurre la figura del facilitatore indipendente a supporto di una reale collaborazione;
- integrare gli esiti di questi processi nella programmazione territoriale.

## **Nodo 6: Punto Unico di Accesso disomogenei e poco riconoscibili**

Nei laboratori si è evidenziato che il Punto Unico di Accesso è spesso poco visibile, poco integrato tra sanitario e sociale, organizzato in modo diverso da territorio a territorio. I cittadini e gli operatori non sempre lo riconoscono come porta d’ingresso unitaria ai servizi territoriali. Questo genera percorsi di accesso frammentati e diseguali.

Proposta:

**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).**

Indicazioni operative:

- Definire il luogo fisico di accesso ai servizi, in funzione delle caratteristiche del territorio in modo da garantire accessibilità e completezza di informazioni, optando, a seconda dei casi, per una organizzazione *hub* nella Casa della Comunità e/o *spoke* tramite Punto Unico di Accesso diffuso e/o Punto Unico di Accesso itinerante;
- definire accordi formali tra ASST e Comuni/Ambiti per tutelare e regolare il funzionamento collaborativo del Punto Unico di Accesso, anche considerando l’eventuale Punto Unico di

Accesso itinerante/diffuso; ciò può essere favorito dalla definizione di un modello tipo di accordo regionale, con possibilità di adeguamento locale;

- mettere a disposizione del Punto Unico di Accesso la mappatura completa dei servizi interni alla Casa della Comunità/al Distretto e di quelli presenti nel territorio, aggiornata periodicamente;
- individuare il personale del Punto Unico di Accesso in relazione alle risorse disponibili e alla storia dei punti accoglienza, a partire dall'imprescindibile coinvolgimento di infermieri, assistenti sociali (dell'ASST e dei Comuni/Aziende Consortili) e amministrativi;
- mettere a disposizione del Punto Unico di Accesso strumenti informativi sia ad uso del personale, per raccogliere i bisogni rilevati, le risposte immediate, i recapiti dell'utente (per poterlo contattare successivamente), sia rivolti all'utenza (come carte dei servizi e/o dépliant dei diversi servizi presenti nel territorio di riferimento, tradotti nelle principali lingue straniere).

## **Nodo 7: Équipe di Valutazione Multidimensionale burocratiche e poco multidisciplinari-intersectoriali**

I laboratori hanno evidenziato che l'Équipe di Valutazione Multidimensionale è spesso percepita come un passaggio burocratico, più che come un luogo di valutazione integrata e pianificazione condivisa dei percorsi. La composizione non è sempre multidisciplinare, i tempi possono essere lunghi, la partecipazione del sociale e del Terzo Settore non è sistematica.

Emergono inoltre criticità nei passaggi tra ospedale e territorio: dimissioni non sempre accompagnate da una presa in carico strutturata, comunicazioni incomplete, tempi di attivazione dei servizi territoriali spesso inadeguati. Questo genera rischi di riacutizzazioni, ricoveri ripetuti, accessi impropri al pronto soccorso e carico eccessivo sulle famiglie.

I passaggi tra ospedale e territorio sono critici, le famiglie e i caregiver si trovano a dover gestire da soli la complessità dei servizi. Per le persone con cronicità, fragilità e disabilità, la presa in carico è spesso frammentata tra servizi e operatori diversi, senza un referente unico che coordini il percorso.

### Proposta:

**Rafforzare l'Équipe di Valutazione Multidimensionale con procedure condivise e ruoli chiari, quale strumento di integrazione operativa tra componenti sanitaria e sociale, per garantire una presa in carico globale e la continuità assistenziale ospedale-territorio (anche avvalendosi della Centrale Operativa Territoriale – COT); attivare sistematicamente il case manager per ogni caso complesso.**

### Indicazioni operative:

- Definire a livello distrettuale la composizione minima dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale (sanitario, sociale, psicologico, educativo, Terzo Settore quando pertinente);
- standardizzare le procedure e i tempi, garantire la partecipazione effettiva delle diverse componenti;
- collegare l'Équipe di Valutazione Multidimensionale alle équipes della Casa della Comunità e di Microarea, in modo che le decisioni valutative si traducano in piani di intervento condivisi e monitorati;
- identificare, per ciascun caso complesso, una figura di riferimento (es. infermiere di famiglia e comunità, assistente sociale, altro professionista) con mandato esplicito di coordinare il percorso, mantenere il contatto con la persona e la famiglia, interfacciarsi con i diversi servizi coinvolti;
- formalizzare il ruolo di case manager nelle procedure distrettuali e collegarlo alle funzioni di Punto Unico di Accesso, Équipe di Valutazione Multidimensionale ed équipe;

- definire protocolli di dimissione protetta che prevedano: segnalazione tempestiva alla Centrale Operativa Territoriale e all'équipe territoriale, attivazione del case manager, pianificazione congiunta degli interventi domiciliari sanitari e sociali, contatto diretto con la famiglia;
- monitorare gli esiti delle dimissioni (ricoveri ripetuti, accessi al pronto soccorso, soddisfazione di utenti e caregiver).

## **Nodo 8: Scarsa valorizzazione e integrazione delle risorse sanitarie e sociali di prossimità già presenti**

Nei laboratori si è evidenziato che, in Lombardia, all'interno di ciascuna Microarea sono presenti figure professionali "di base": Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ed eventuali loro collaboratori infermieristici e amministrativi, segretariato sociale e servizi sociali di base, Infermieri di Famiglia e Comunità, Farmacisti, eventuali altri operatori e/o servizi.

Purtroppo, però, queste figure spesso operano senza integrarsi, talvolta addirittura senza conoscersi.

Nei laboratori è invece emerso che questi operatori sono una potenziale "équipe di base" multi-professionale (cioè con operatori di diversa professione) e multi-settoriale (cioè afferenti a diversi enti come Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, Comune, Ambiti Territoriali Sociali, enti del Terzo Settore).

Ma, affinché possano divenire una effettiva équipe di base è necessario che vengano guidati, accompagnati e sostenuti in un percorso di "formazione sul campo" correlato alla propria Casa della Proposta:

**Attivare in ogni Microarea, con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità, le connessioni tra tutte le risorse già presenti: Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia Libera Scelta e loro eventuali collaboratori infermieristici e amministrativi, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Psicologi, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali eventualmente presenti, volontariato locale; si potrebbe così costituire l'équipe multiprofessionale-multisettoriale di base, che deve essere funzionalmente connessa alla Casa della Comunità.**

### Indicazioni operative:

- Identificare e coinvolgere tutte le risorse presenti (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia Libera Scelta e loro collaboratori, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Psicologi, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali, volontariato);
- avviare, per ciascuna Microarea, percorsi di formazione sul campo e accompagnamento guidati dalla Casa della Comunità;
- promuovere la comunicazione circolare all'interno della Casa della Comunità.

Queste azioni sono possibili senza grandi investimenti ma richiedono una precisa determinazione.

## **Nodo 9: Formazione e linguaggi professionali non allineati**

Nei laboratori è emerso che i professionisti della Casa della Comunità operano con linguaggi, approcci e strumenti differenti e che non esistono dispositivi strutturati di apprendimento permanente sul campo capaci di costruire valori, cultura, linguaggi e orientamenti operativi comuni. La formazione risulta spesso episodica o settoriale e non integrata nei processi organizzativi, oltre che imperniata su tradizionali modelli formativi, spesso troppo rigidi, teorici e verticali (top-down). Per raggiungere una reale integrazione all'interno dell'équipe, occorre trasformare le pratiche quotidiane in modo che il pensiero e l'azione si strutturino di pari passo, costruendo così presupposti

culturali e relazionali comuni a sostegno di processi di lavoro condivisi e coerenti. Lo strumento della formazione rappresenta quindi una leva fondamentale per costruire basi culturali comuni, coesione e convergenza di intenti all'interno delle équipes, agendo sulla dimensione relazionale, quale fattore appartenente a pieno titolo al processo di cambiamento organizzativo e culturale mirato a favorire efficaci e concrete pratiche collaborative.

Proposta:

**Valorizzare i professionisti e investire sulla formazione dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità attraverso un processo orizzontale e permanente di apprendimento sul campo per la condivisione dei valori e dei linguaggi e per orientare l'operatività e l'organizzazione mediante la rielaborazione di quanto si sta sperimentando nella pratica quotidiana; promuovere una cultura della valutazione come pratica condivisa di miglioramento continuo. Ciò significa impostare il processo di apprendimento riducendo il condizionamento dei ruoli professionali con un setting connotato da bassa formalità, alta attivazione cognitivo-emotiva, forte coinvolgimento narrativo e centralità dell'esperienza del gruppo.**

Indicazioni operative:

- Strutturare dispositivi di apprendimento permanente integrati nel lavoro ordinario dell'équipe multiprofessionale e multisettoriale (momenti di riflessione sulla pratica, rielaborazione congiunta dei casi, analisi delle criticità organizzative);
- prevedere percorsi formativi comuni e continuativi per tutti i professionisti coinvolti nella Casa della Comunità, orientati alla costruzione di linguaggi e valori condivisi;
- integrare nei momenti di équipe strumenti di monitoraggio e valutazione come pratiche ordinarie di miglioramento continuo;
- collegare i percorsi di apprendimento agli obiettivi di sviluppo organizzativo della Casa della Comunità e delle Microaree.

## **Nodo 10: Dati e sistemi informativi frammentati**

I sistemi informativi sanitari e sociali non dialogano in modo sufficiente, i dati sono dispersi in banche dati diverse, difficilmente integrabili.

Mancano informazioni a livello di Microarea, e gli operatori faticano ad avere una visione complessiva dei bisogni e degli interventi.

Proposta:

**Sviluppare strumenti e procedure locali che permettano di condividere le informazioni essenziali relative alle singole persone prese in cura (valutazioni di base, servizi attivi, diario dei contatti), attraverso un accordo tra Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e Ambito Territoriale Sociale, in attesa del pieno funzionamento del Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT).**

Indicazioni operative:

- Progettare e implementare un sistema informativo territoriale integrato che consenta di raccogliere, aggregare e visualizzare dati sanitari e sociali a livello di Distretto, Casa della Comunità e Microarea;
- sviluppare cruscotti di facile lettura per operatori e decisori, garantendo al contempo la tutela della privacy;
- prevedere momenti periodici di restituzione e discussione dei dati con le équipes e la governance territoriale.

## **Nodo 11: Indicatori numerosi ma poco utili per l'integrazione**

Gli indicatori attualmente utilizzati sono spesso numerosi, tecnici e poco leggibili, e non misurano aspetti fondamentali come integrazione sociosanitaria, prossimità, continuità assistenziale e attivazione comunitaria. I territori faticano a utilizzare i dati per orientare le scelte.

### Proposta:

**Monitorare con sistematicità le attività e i risultati della Casa della Comunità mediante un sistema di indicatori di salute, di presa in cura, di integrazione e di attivazione comunitaria, utilizzando un set minimo di indicatori semplici, condivisi, anche provenienti da informazioni raccolte "dal basso", ovvero da operatori, cittadini, realtà territoriali.**

### Indicazioni operative:

- Identificare, a livello regionale, un numero limitato di indicatori chiave (es. accessibilità ai servizi, tempi di presa in carico, continuità ospedale-territorio, lavoro di équipe, coinvolgimento della comunità) da applicare a tutte le Case della Comunità e Microaree;
- garantire che questi indicatori siano calcolabili con i dati disponibili e che siano restituiti in forma comprensibile agli operatori e ai decisori;
- utilizzare gli indicatori per monitorare l'evoluzione dei territori e per orientare interventi correttivi.

## **Nodo 12: Scarsa comunicazione e condivisione delle esperienze e delle buone pratiche**

Dai laboratori emerge una limitata connessione con altre realtà territoriali, che riduce le opportunità di confronto, apprendimento reciproco e condivisione di soluzioni già sperimentate. Le Case della Comunità tendono a operare prevalentemente entro i propri confini, senza attivare in modo sistematico scambi e alleanze sovraterritoriali. Il funzionamento delle Case della Comunità è ancora scarsamente conosciuto dalla maggior parte della popolazione di riferimento. Sono spesso insufficienti sia la restituzione pubblica dei risultati sia l'accessibilità ai dati sui servizi.

L'organizzazione di momenti strutturati di rendicontazione pubblica e di strumenti accessibili per la consultazione dei dati sull'utilizzo dei servizi favorirebbero la possibilità di una reale partecipazione delle persone alla valutazione e alla co-costruzione delle risposte ai bisogni del territorio.

### Proposta:

**Allargare lo sguardo: costruire collegamenti con altre realtà professionali e territoriali per creare alleanze significative, anche oltre i propri confini operativi-professionali e territoriali, per condividere buone prassi e soluzioni già sperimentate.**

**Istituire momenti periodici di restituzione pubblica dei risultati delle Case della Comunità, attraverso la presentazione di report di attività in iniziative aperte alla cittadinanza, e garantire la pubblicazione accessibile dei dati sull'utilizzo dei servizi su piattaforme dedicate.**

### Indicazioni operative:

- Attivare reti di confronto stabile tra operatori delle Case della Comunità e tra territori diversi;
- promuovere momenti periodici di scambio di esperienze, strumenti e modelli organizzativi;
- formalizzare accordi o protocolli di collaborazione per la condivisione di buone prassi e soluzioni operative;
- partecipare a comunità di pratica e tavoli sovra-territoriali per favorire apprendimento reciproco e innovazione;

- prevedere almeno un'iniziativa pubblica annuale (e comunque periodica) — a cura del Distretto o delle singole Case della Comunità — nella quale il Direttore di Distretto e/o i responsabili delle CdC presentino i dati riassuntivi delle attività del periodo precedente e le linee programmatiche per quello futuro, aprendo un confronto con la popolazione e utilizzandolo come occasione per pubblicizzare e comunicare i servizi attivi;
- realizzare momenti di presentazione dei servizi della Casa della Comunità nelle Microaree con il coinvolgimento delle associazioni locali più rappresentative;
- promuovere la partecipazione attiva dei cittadini a questi eventi come occasione di costruzione partecipata di soluzioni più aderenti ai bisogni reali del territorio;
- rendere disponibili e facilmente consultabili anche via web i dati aggregati sugli indicatori di salute e le condizioni sociali della popolazione, sull'utilizzo dei servizi delle Case della Comunità da parte dei cittadini, aggiornati regolarmente.

### **Nodo 13: Carenza di professionisti della salute e attivazione graduale delle Case della Comunità**

Nei laboratori è emerso che il completo raggiungimento delle indicazioni del DM77 risulta oggettivamente molto problematico, soprattutto a causa della carenza di operatori della salute e della realizzazione solo graduale delle Case della Comunità. Nei laboratori si è peraltro evidenziato che è possibile attivare strategie operative che consentono comunque, anche in assenza della struttura muraria della Casa della Comunità, di avviare percorsi progressivi verso la concreta realizzazione di servizi utili alla salute delle persone e della collettività secondo il nuovo paradigma della Casa della Comunità.

#### Proposta:

**Valorizzare subito tutte le risorse e i servizi già presenti, connettendoli tra loro, a partire dalla realizzazione delle condizioni indispensabili descritte nei punti 1, 2, 3 e 4.**

**Mettere in atto progressivamente, appena possibile, ogni cambiamento, anche parziale, che vada nella direzione della costruzione della rete locale dei servizi incernierata sulla Casa della Comunità.**

#### Indicazioni operative:

Incaricare operatori della Casa della Comunità, quand'anche non ne fosse ancora 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 Comunità, realtà di volontariato-vicinato, etc.);
- avviare con questi un percorso di conoscenza e coinvolgimento;
- promuovere un percorso di formazione sul campo con l'obiettivo di valorizzarli, connetterli tra loro e dare vita alla équipe multiprofessionale-multisetoriale della Microarea;
- valorizzare e integrare nella équipe di base i Medici di Medicina Generale già organizzati in gruppo o altre forme associative (senza precludere l'ingresso nella Casa della Comunità dei Medici di Medicina Generale disponibili);
- valorizzare i punti di accoglienza/segretariato sociale dei servizi sociali comunali eventualmente presenti, connettendoli e integrandoli con gli altri attori della Microarea;
- cogliere prontamente ogni nuova opportunità che consenta di introdurre cambiamenti, anche di modesta entità, che vadano nella direzione della crescita e della tessitura della rete locale dei servizi incernierata sulla Casa della Comunità. Anche piccoli passi che sviluppino un linguaggio

comune, modalità operative e di connessione condivise, consuetudine alla collaborazione, connessione con i servizi di maggiore complessità, coinvolgimento e responsabilizzazione della componente politico amministrativa dei Comuni, rappresentano elementi del substrato necessario a far funzionare le Case della Comunità.

## **Sintesi delle Proposte Operative per Sviluppare l'Integrazione tra Sociale e Sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia"**

*Formulate da amministratori, operatori sanitari e sociali, referenti del Terzo Settore e cittadini partecipanti al Progetto ANCI Lombardia e Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS*

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

- 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.**
- 2. Istituire meccanismi di governance-coordinamento territoriali multilivello chiari, stabili e formalizzati, che riconoscano al Distretto la funzione di governance, in particolare valorizzando l'Organismo di Coordinamento Distrettuale, e alla Casa della Comunità il ruolo di regia operativa sul territorio di afferenza. Individuare indicatori di processo che consentano di monitorare, valutare e migliorare le criticità e lo stato di operatività. L'implementazione di adeguati indicatori è un aspetto chiave che contribuisce a una più efficace ricomposizione della governance.**
- 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.**
- 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.**
- 5. Valorizzare la comunità come infrastruttura di salute, ovvero un sistema di cure integrate che riconosce il ruolo della comunità come sfera di assistenza di prossimità, dove cittadini, legami sociali, volontariato e terzo settore diventano parte integrante dell'ecosistema di cura, anche attraverso percorsi di coprogettazione.**

### **MECCANISMI OPERATIVI IRRINUNCIABILI**

- 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).**
- 7. Rafforzare l'Équipe di Valutazione Multidimensionale con procedure condivise e ruoli chiari, quale strumento di integrazione operativa tra componete sanitaria e sociale, per garantire una presa in carico globale e la continuità assistenziale ospedale-territorio (anche avvalendosi della Centrale Operativa Territoriale – COT); attivare sistematicamente il case manager per ogni caso complesso.**
- 8. Attivare in ogni Microarea, con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità, le connessioni tra tutte le risorse già presenti: Medici di Medicina**

Generale e Pediatri di Famiglia Libera Scelta e loro eventuali collaboratori infermieristici e amministrativi, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Psicologi, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali eventualmente presenti, volontariato locale; si potrebbe così costituire l'équipe multiprofessionale-multisetoriale di base, che deve essere funzionalmente connessa alla Casa della Comunità.

### ***LEVE GESTIONALI FONDAMENTALI***

9. Valorizzare i professionisti e investire sulla formazione dell'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità attraverso un processo orizzontale e permanente di apprendimento sul campo per la condivisione dei valori e dei linguaggi e per orientare l'operatività e l'organizzazione mediante la rielaborazione di quanto si sta sperimentando nella pratica quotidiana; promuovere una cultura della valutazione come pratica condivisa di miglioramento continuo. Ciò significa impostare il processo di apprendimento riducendo il condizionamento dei ruoli professionali con un setting connotato da bassa formalità, alta attivazione cognitivo-emotiva, forte coinvolgimento narrativo e centralità dell'esperienza del gruppo.
10. Sviluppare strumenti e procedure locali che permettano di condividere le informazioni essenziali relative alle singole persone prese in cura (valutazioni di base, servizi attivi, diario dei contatti), attraverso un accordo tra Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e Ambito Territoriale Sociale, in attesa del pieno funzionamento del Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT).
11. Monitorare con sistematicità le attività e i risultati della Casa della Comunità mediante un sistema di indicatori di salute, di presa in cura, di integrazione e di attivazione comunitaria, utilizzando un set minimo di indicatori semplici, condivisi, anche provenienti da informazioni raccolte "dal basso", ovvero da operatori, cittadini, realtà territoriali.
12. Allargare lo sguardo: costruire collegamenti con altre realtà professionali e territoriali per creare alleanze significative, anche oltre i propri confini operativi-professionali e territoriali, per condividere buone prassi e soluzioni già sperimentate. Istituire momenti periodici di restituzione pubblica dei risultati delle Case della Comunità, attraverso la presentazione di report di attività in iniziative aperte alla cittadinanza, e garantire la pubblicazione accessibile dei dati sull'utilizzo dei servizi su piattaforme dedicate.

### ***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 DELLA COMUNITÀ***

13. Valorizzare subito tutte le risorse ed i servizi già presenti e connetterli tra loro, a partire dalla realizzazione delle condizioni indispensabili descritte nei punti 1, 2, 3 e 4. Mettere in atto progressivamente, appena possibile, ogni cambiamento, anche parziale, che vada nella direzione della costruzione della rete locale dei servizi incernierata sulla Casa della Comunità.