

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

Laboratorio Tematico:

**Organizzazione e governo
della rete dei servizi per la salute
su quattro livelli:**

- 1) ASST – Azienda Socio Sanitaria
Territoriale**
- 2) Territorio del Distretto-Ambito
Territoriale Sociale**
- 3) Territorio della Casa della
Comunità**
- 4) Microarea (piccolo comune,
frazione, municipio, quartiere)**

Redazione a cura di

*Carla Dessi, Valentina Gritti,
Fulvio Lonati e Anna Meraviglia
a nome dei partecipanti al Laboratorio*

Milano, 31 Marzo 2026



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



La genesi di questo documento

La proposta di realizzare sei laboratori sui temi dell'integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità nasce dalla collaborazione tra l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e Anci Lombardia, una collaborazione che nel febbraio 2025, ha portato all'organizzazione di un workshop centrato proprio su questi temi.

Le Case della Comunità, infatti, 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, configurandosi anche come luogo di prossimità e di facile individuazione a cui la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema dei servizi, organizzato secondo un modello multidisciplinare basato su équipe territoriali.

È proprio dal successo riscontrato con questa iniziativa (oltre 500 partecipanti, in presenza e online) che è nata l'idea dei 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 sui seguenti temi specifici:

- 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).*
- 2. Mappatura dei bisogni e delle risorse comunitarie nel territorio della Casa della Comunità.*
- 3. Meccanismi e strumenti d'integrazione inter-professionale, inter-disciplinare e inter-settoriale.*
- 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.*
- 5. Coprogettazione di iniziative locali orientate a: promozione della salute comunitaria, informazione ai cittadini, salute e benessere dei giovani.*
- 6. Indicatori: di salute, di presa in cura, di attivazione comunitaria.*

L'integrazione tra sociale e sanitario nelle case della comunità in Lombardia ha costituito il target di riferimento, comune a tutti i 6 laboratori.

Scopo e destinatari del presente documento

Il presente documento intende illustrare i lavori del laboratorio n. 1 sull'organizzazione e governo della rete dei servizi per la salute, sistematizzandone gli esiti, i punti di attenzione, le criticità, le proposte migliorative, le buone prassi cui ispirarsi, e costituisce l'esito di un processo condiviso con tutti i partecipanti.

In coda al documento si riporta il percorso metodologico che ha portato, attraverso diversi incontri con la presenza complessiva di 49 partecipanti, alla redazione del presente documento condiviso.

Questo elaborato verrà presentato durante un evento pubblico appositamente organizzato, diffuso sui siti di ANCI Lombardia e dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS; per espressa volontà dei partecipanti, sarà inoltre inviato all'attenzione dei decisori regionali.

“I Concetti portanti”

Le condizioni indispensabili per consentire l'integrazione tra sociale e sanitario e la territorializzazione dei servizi per la salute ed il benessere

- 1 - Il territorio del Distretto Socio-Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale dovrebbe coincidere, con una dimensione indicativa di 100.000 abitanti.
- 2 - Il territorio elettivo di ogni Casa della Comunità Hub deve essere esattamente identificato tenendo conto delle specificità oro-geografiche, abitative, sociali, storiche e logistiche, con una dimensione indicativamente non superiore ai 50.000 abitanti.
- 3 - Tutto il territorio di ogni Casa della Comunità deve essere articolato in “Microaree” corrispondenti, a seconda delle peculiarità locali, a un comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere.

I criteri operativi generali di funzionamento

- 4 - In ogni “Microarea” vanno attivate, con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità Hub, le connessioni tra tutte le risorse già presenti: Medici e Pediatri di Famiglia e loro eventuali collaboratori infermieristici e amministrativi, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali eventualmente presenti, volontariato locale. Si potrebbe così costituire l'equipe multiprofessionale-multisetoriale di base, che deve essere funzionalmente connessa alla Casa della Comunità Hub e, tendenzialmente, configurarsi come un embrione di Casa della Comunità Spoke.
- 5 – Gli operatori della Casa della Comunità (es. specialisti ambulatoriali) devono operare elettivamente nei confronti degli abitanti del territorio della Casa della Comunità stessa, essere componenti permanenti della equipe multiprofessionale-multidisciplinare-multisetoriale e garantire una continuità di presenza nel tempo.
- 6 - Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale sono gli enti cardine per l'attuazione territoriale del SSN e delle Politiche Sociali Locali e devono curare: l'individuazione degli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra i diversi operatori e servizi del proprio territorio; la promozione della connessione in rete tra tutti gli attori locali; il superamento della separazione tra i “silos” organizzativi.
- 7 – Governance multilivello, coprogettazione e formazione “sul campo” sono modalità necessarie per sviluppare l'integrazione tra sociale e sanitario e per favorire la partecipazione della comunità a salvaguardare la salute individuale e collettiva.
- 8 – PUA -Punto Unico di Accesso- e UVM -Unità di Valutazione Multidimensionale- sono le articolazioni organizzative da cui partire per attivare l'integrazione tra sociale e sanitario con la valorizzazione delle risorse locali informali e del volontariato.

Cosa fare, considerato che il completo raggiungimento delle indicazioni del DM77 risulta oggettivamente molto problematico in particolare per la carenza di professionisti della salute e per la lenta progressione nella realizzazione delle Case della Comunità

- 9 - Valorizzare subito tutte le risorse ed i servizi già presenti e connetterli tra loro.
- 10 - 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.

Le condizioni indispensabili per consentire l'integrazione tra sociale e sanitario e la territorializzazione dei servizi per la salute ed il benessere

“Non sono i muri ma è il territorio la chiave di lettura a cui è necessario fare riferimento.”

La definizione esatta del territorio di afferenza del Distretto Socio-Sanitario e, a cascata, delle Case della Comunità sembrerebbe essere la condizione preliminare necessaria per facilitare la responsabilizzazione dei diversi servizi (sanitari, sociosanitari e socioassistenziali), la loro integrazione ed una buona organizzazione, in alleanza con le risorse delle comunità locali.

Sembrerebbe anche necessaria la coincidenza territoriale tra le entità organizzative dei diversi settori, in particolare quello sanitario (di competenza delle Aziende Sanitarie) e quello sociale (di competenza dei Comuni, singoli e/o associati).

Inoltre, sembrerebbe importante garantire servizi sanitari e sociali di prossimità alle realtà periferiche – piccoli comuni e frazioni- ed ai singoli quartieri dei contesti urbani.

Purtroppo, in Lombardia come nel resto del Paese, la definizione del territorio di afferenza è chiara solo per i Comuni e per gli Ambiti Territoriali Sociali; per le Case della Comunità invece il territorio spesso non è precisato; inoltre, la coincidenza tra bacini territoriali delle diverse organizzazioni presentano spesso elementi di imprecisione e ambiguità: si ritiene che questi elementi di confusività debbano e possano (facilmente) essere (rapidamente) superati.

Si individuano in tal senso le condizioni minime ritenute necessarie, articolate su tre livelli: Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale, Casa della Comunità, Microarea.

1 - Il territorio del Distretto Socio-Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale dovrebbe coincidere, con una dimensione indicativa di 100.000 abitanti.

Il DM77 indica come dimensione di riferimento del Distretto Socio-Sanitario un territorio di 100.000 abitanti. Si tratta di una dimensione territoriale sufficientemente “piccola” perché gli operatori ed i servizi si possano conoscere, incontrare, riconoscere, imparare a cooperare. Ad esempio, sarebbe possibile incontrare insieme tutti i Medici di Medicina Generale (circa 70) che potrebbero facilmente conoscersi personalmente. Al contempo, è una dimensione abbastanza “grande” che al proprio interno, nel contesto Lombardo, dovrebbe vedere presenti tutte le tipologie di attività territoriali correlate alla salute: i servizi “di base” dell'Assistenza Primaria, i servizi territoriali più complessi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: la medicina del lavoro, il coordinamento dei servizi per la salute mentale e le dipendenze o il coordinamento per la tutela dei minori); peraltro, a questo livello, dovrebbe essere presente anche un ospedale “della zona”.

Lo stesso DM77 indica anche la necessità che territorio del Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale coincidano, rispettando la specifica storia delle aggregazioni tra comuni già consolidate, che in situazioni particolari può prevedere formule particolari (ad esempio: presenza di 2 Distretti Socio-Sanitari nel territorio di un unico Ambito Territoriale Sociale). È comunque indispensabile superare eventuali aree di intreccio tra più distretti e ambiti. Si tratta di una condizione non solo a valenza istituzionale ma anche fondamentale per facilitare l'integrazione tra le componenti sanitarie e quelle sociali.

Benché in Lombardia tale coincidenza sia la situazione più frequente, sono ancora presenti difformità che creano condizioni di impossibilità oggettiva a responsabilizzare gli enti coinvolti rispetto ad una precisa popolazione/comunità e a mettere in atto una razionale integrazione tra i servizi.

In sintesi: La coincidenza del territorio del Distretto Socio-Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale, con una dimensione indicativa di 100.000 abitanti è condizione fondamentale, peraltro non difficile da attuare ubiquitariamente e rapidamente in tutta la Lombardia.

2 - Il territorio elettivo di ogni Casa della Comunità Hub deve essere esattamente identificato tenendo conto delle specificità oro-geografiche, abitative, sociali, storiche e logistiche, con una dimensione indicativamente non superiore ai 50.000 abitanti.

PNRR e DM77 indicano in 50.000 abitanti la dimensione di riferimento per ogni Casa della Comunità nella configurazione “Hub”.

Purtroppo, il territorio di afferenza di ogni Casa della Comunità in Lombardia spesso non è definito, ma solo genericamente sottointeso: ciò genera confusione nella identificazione contestualizzata dei bisogni (di quale comunità?), nella definizione delle risorse necessarie per farvi fronte, della ricognizione delle risorse già presenti.

Inoltre, non raramente, la popolazione di riferimento è significativamente maggiore dei 50.000 abitanti indicati da PNRR e DM77, con situazioni estreme, persino oltre 150.000 abitanti. L'estensione eccessiva del territorio di riferimento della Casa della Comunità genera, come si vedrà più avanti, difficoltà ad attivare equipe multiprofessionali funzionanti così come a conoscere e valorizzare il proprio territorio e le sue risorse. Nella definizione del territorio di afferenza elettiva di ogni Casa della Comunità andrebbero considerate struttura e connotazione geografica, urbanistica, sociale, logistica del peculiare territorio. Purtroppo, invece, “si parla” più della struttura fisica della Casa della Comunità, molto meno del territorio fisico di riferimento. Di conseguenza non c'è evidenza che ogni Casa della Comunità sia responsabile elettivamente di un preciso territorio. Tale mancata definizione territoriale ha delle ricadute negative sulla presa in carico (come può essere garantita la continuità di cura se il cittadino si rivolge alternativamente ad una Casa della Comunità piuttosto che ad altri presidi?)

Peraltro, la definizione del territorio di afferenza della Casa della Comunità offrirebbe ai cittadini un riferimento preciso e chiaro.

In sintesi: La definizione del territorio di riferimento elettivo di ogni Casa della Comunità rappresenta una condizione necessaria al suo funzionamento ed al suo riconoscimento da parte dei cittadini e consente una reale continuità di cura. Tale territorio non deve essere superiore ai 50.000 e deve tenere conto delle specificità oro-geografiche, abitative, sociali, storiche e logistiche.

3 - Tutto il territorio di ogni Casa della Comunità deve essere articolato in “Microaree” corrispondenti, a seconda delle peculiarità locali, a un comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere.

La dimensione indicata dal PNRR e dal DM77 di una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti implica due importanti problematiche lamentate soprattutto dai Medici di Medicina Generale e sentite in particolare nei Comuni più piccoli, nelle frazioni disperse, nei quartieri periferici delle città.

Quanto ai Medici di Medicina Generale, non è nemmeno ipotizzabile che tutti possano svolgere la loro attività ambulatoriale nella stessa sede: sono infatti indicativamente più di trenta per ogni Casa della Comunità Hub (visto che ciascuno assiste indicativamente 1.500 persone) e sarebbe necessario dedicare solo ai loro ambulatori una sede di dimensioni eccessive.

Dal lato dei centri periferici, concentrare tutti i servizi solo nella Casa della Comunità Hub andrebbe ulteriormente a svuotarli, contribuendo ad accrescere il fenomeno dei “quartieri dormitorio” e dello svuotamento delle realtà più disperse.

Risulta quindi opportuno articolare l'intero territorio di ogni Casa delle Comunità in “Microaree” che tengano conto del peculiare contesto geografico, abitativo, sociale, logistico (evitando anche “battaglie di campanile”), attraverso un disegno armonico co-progettato di servizi articolati sui tre livelli territoriali (Distretto, Casa della Comunità, Microarea).

In tale disegno, come vedremo più avanti, è possibile valorizzare da subito le risorse sanitarie e sociali già presenti in ciascuna Microarea (ad esempio: Medici di Famiglia, Farmacisti, Servizi Comunali), connettendole in modo funzionale con la Casa della Comunità.

Risulterebbe particolarmente proficuo valorizzare l'eventuale organizzazione territoriale sulla base di servizi che già hanno un territorio di afferenza elettiva, come ad esempio: AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale, Ambiti di scelta elementare del Medico di Medicina Generale, territorio di afferenza del servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia medica); servizi sociali infra o intercomunali con ambito inferiore a quello della casa della Comunità. È comunque indispensabile evitare eventuali aree di intreccio tra più distretti-ambiti o servizi diversi.

Purtroppo, in Lombardia come anche in altre regioni, l'identificazione delle Microaree quali articolazioni territoriali di ciascuna Casa della Comunità non è nemmeno prevista.

Va evidenziato che questo processo non comporterebbe costi aggiuntivi: semplicemente andrebbe pensato, guidato e sostenuto da ogni Distretto Socio-Sanitario unitamente al corrispondente Ambito Territoriale Sociale.

In sintesi: Articolare l'intero territorio di ogni Casa della Comunità in Microaree corrispondenti, a seconda delle peculiarità locali, a un comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere, rappresenta una precondizione necessaria per consentire di valorizzare le risorse sanitarie e sociali locali già presenti e integrarle tra loro, anche da subito.

I criteri operativi generali di funzionamento

4 - In ogni "Microarea" vanno attivate, con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità Hub, le connessioni tra tutte le risorse già presenti: Medici e Pediatri di Famiglia e loro eventuali collaboratori infermieristici e amministrativi, Infermieri di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali, Farmacisti, altri operatori/servizi sanitari o sociali eventualmente presenti, volontariato locale. Si potrebbe così costituire l'equipe multiprofessionale-multisettoriale di base, che deve essere funzionalmente connessa alla Casa della Comunità Hub e, tendenzialmente, configurarsi come un embrione di Casa della Comunità Spoke.

In Lombardia, all'interno di ciascuna Microarea dovrebbero essere già presenti figure professionali "di base": Medici e Pediatri di Famiglia ed eventuali loro collaboratori infermieristici e amministrativi, segretariato sociale e servizi sociali di base, Infermieri di Famiglia e Comunità, Farmacisti; inoltre possono essere presenti localmente eventuali altri operatori e/o servizi: questi operatori sono una potenziale "equipe di base" multi-professionale (cioè con operatori di diversa professione) e multi-settoriale (cioè afferenti a diversi enti come Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Comune, Unione dei Comuni, entri del Terzo Settore).

Affinché possano divenire una effettiva equipe di base è però necessario che vengano guidati, accompagnati e sostenuti in un percorso di "formazione sul campo" correlato alla propria Casa della Comunità Hub; ciò consente inoltre di instaurare le connessioni con i servizi di intensità/complessità maggiore presenti nella Casa della Comunità stessa, in modo da rendere sinergici i diversi livelli.

A tale equipe di base risulterebbe affidata la promozione della salute delle persone che vivono nella Microarea; tale equipe, collegata e coordinata con la Casa della Comunità Hub per i servizi di maggiore complessità, si configurerebbe quindi come parte dell'equipe allargata della Casa della Comunità Hub stessa. Inoltre, se alcuni degli operatori-servizi presenti nella Microarea operano in strutture comuni (ad esempio una sede di medicina di gruppo o uno spazio polivalente concesso dal comune) questa equipe si configurerebbe come embrione di una Casa della Comunità Spoke, prevista dal DM 77 (che tuttavia non indica in modo vincolante se/dove collocarle).

Questa modalità consentirebbe di fornire agli operatori una "fotografia globale" delle persone assistite, con le loro famiglie ed il loro microcontesto di vita; soprattutto, agli assistiti garantirebbe, fatto più importante, la possibilità di essere presi in cura come persona nella sua "interezza".

In sintesi: Attivare in ogni Microarea una equipe multiprofessionale-multisetoriale di base composta da tutti gli operatori-servizi sanitari e sociali già presenti con un percorso di formazione e accompagnamento guidato dalla Casa della Comunità consente di valorizzare le risorse presenti e di connetterle organicamente alla Casa della Comunità Hub. Questa equipe di base può configurarsi come embrione di Casa della Comunità Spoke.

5 – Gli operatori della Casa della Comunità (es. specialisti ambulatoriali) devono operare elettivamente nei confronti degli abitanti del territorio della Casa della Comunità stessa, essere componenti permanenti della equipe multiprofessionale-multidisciplinare-multisetoriale e garantire una continuità di presenza nel tempo.

In un bacino entro i 50.000 abitanti diventa possibile che gli attori presenti - sanitari, sociosanitari, sociali - conoscano specificamente il territorio: le vie, le scuole, i mercati, le parrocchie, ...: la conoscenza "concreta" delle risorse del territorio, tanto più quelle informali, è possibile solo se il territorio non è troppo vasto.

Inoltre, tenendo conto che il lavoro di equipe è realizzabile solo se il numero dei componenti non è troppo grande, è proprio con la dimensione della Casa della Comunità che tutti i suoi attori possono facilmente incontrarsi, confrontarsi, connettersi, stimarsi e partecipare alla progettazione di come affrontare coerentemente i problemi locali: è a questo livello che diventa concretamente possibile e funzionale il lavoro in équipe multiprofessionali-multidisciplinari-multisetoriali radicate alla propria comunità.

In tale dimensione, risulta anche concretamente fattibile la partecipazione attiva alla promozione della salute dei singoli e della comunità da parte dei cittadini, in particolare attraverso le loro organizzazioni associative e di volontariato.

Tutto ciò è però possibile solamente se tutti gli operatori della Casa della Comunità svolgono la loro attività in modo continuativo ed elettivamente nei confronti della popolazione del territorio di afferenza. Inoltre, è importante che nella Casa della Comunità sia garantita la presenza delle figure professionali necessarie per rispondere ai bisogni specifici del territorio, non il frutto di un decentramento amministrativo/organizzativo estraneo ad una logica di territorializzazione. Alcuni esempi.

- Se gli specialisti della Casa della Comunità svolgono la loro attività prevalentemente nei confronti degli assistiti del territorio di afferenza, risulta agevole che instaurino un rapporto continuativo di conoscenza e collaborazione con i medici di famiglia (essendo un gruppo piccolo e definito): la continuità del percorso di cura risulta facilitato, con significativo vantaggio per l'assistito; nel caso insorgano problemi, risulta semplice organizzare un incontro dello specialista con quei medici di famiglia, ed eventuali altri attori della Casa della Comunità, per trovare insieme la modalità migliore per risolverli. Ciò richiede tuttavia che le agende di prenotazione riservino una parte rilevante degli appuntamenti ai residenti.
- Se gli Assistenti Sociali garantiti tramite Ambiti Territoriali Sociali e/o Unioni dei Comunali e/o Aziende Socio Sanitarie Territoriali non variano frequentemente ma sono operatori con una presenza continuativa nel territorio della casa della Comunità è certamente facilitato il lavoro in equipe multiprofessionale così come la conoscenza delle specifiche problematicità/risorse.
- Se le AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale previste dal "Decreto Balduzzi", si definiscono in modo coerente rispetto alle peculiarità del territorio della Casa della Comunità e della sua articolazione in Microaree, risulta molto più semplice correlare tali medici a tutti gli altri servizi.
- Se il servizio di Continuità Assistenziale (la ex Guardia Medica) trova sede della Casa della Comunità ed ha un bacino d'utenza coincidente con il territorio della Casa della Comunità risulta possibile evitare che questo servizio sia avulso da tutti gli altri, come purtroppo spesso accade.

In sintesi: Orientare prioritariamente agli abitanti del territorio di afferenza le attività degli operatori della Casa della Comunità con una loro continuità di presenza nel tempo facilita l'attivazione di una equipe multiprofessionale/disciplinare/settoriale realmente funzionante.

6 - Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale sono gli enti cardine per l'attuazione territoriale del SSN e delle Politiche Sociali Locali e devono curare: l'individuazione degli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra i diversi operatori e servizi del proprio territorio; la promozione della connessione in rete tra tutti gli attori locali; il superamento della separazione tra i "silos" organizzativi.

Come già accennato, nel territorio del Distretto Socio-Sanitario, con un bacino di 100.000 abitanti coincidente con l'Ambito Territoriale Sociale, dovrebbe essere presente tutta la gamma di servizi per la salute ed il welfare: è la dimensione ottimale per rendere possibile che Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale siano effettivamente gli enti cardine per l'attuazione territoriale del SSN e delle Politiche Sociali Locali e rendano possibile l'organizzazione delle risposte ai bisogni della popolazione del proprio territorio.

È a livello di Distretto e di Ambito Territoriale Sociale che vanno individuati gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra i diversi operatori e servizi del proprio contesto territoriale, promuovendo la connessione in rete tra tutti gli attori locali ed il superamento della separazione tra i "silos" organizzativi.

Per superare le barriere organizzative tra i "silos" e le resistenze al cambiamento dei singoli, sono il Distretto e l'Ambito Territoriale Sociale che possono promuovere percorsi di formazione congiunti in grado di raggiungere tutti gli attori.

A questo livello è possibile semplificare la comunicazione interistituzionale, applicando modelli lean nei processi decisionali dei vari organi consultivi (Assemblee dei Sindaci, Distretti, ecc.). È infatti necessario costruire un sistema con una base di principi condivisa: serve avere un pensiero prospettico e strategico su come perseguire gli obiettivi di salute per consolidare un sistema territoriale, alla costruzione del quale tutti i soggetti in campo devono partecipare.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari richiede architetture relazionali solide, modelli flessibili ma condivisi e soprattutto una governance multilivello (Distretto-Ambito; Casa della Comunità, Microarea) chiara e coerente.

Esistono esempi virtuosi di governo congiunto di Distretto-Ambito: sono segnali incoraggianti, da diffondere e consolidare promuovendo una "cultura" ed un "linguaggio" comuni.

In sintesi: Individuare gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra operatori e servizi, promuoverne la connessione in rete e superare la separazione tra i "silos" organizzativi sono obiettivi ai quali Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale devono puntare congiuntamente: percorsi di formazione congiunti sono opportuni per superare le barriere organizzative tra i "silos" e le resistenze al cambiamento dei singoli.

7 – Governance multilivello, coprogettazione e formazione "sul campo" sono modalità necessarie per sviluppare l'integrazione tra sociale e sanitario e per favorire la partecipazione della comunità a salvaguardare la salute individuale e collettiva.

La situazione attuale di sviluppo delle Case della Comunità è ancora spesso caratterizzata da elementi di criticità: disomogeneità nel funzionamento, scollegamento tra i diversi livelli con ospedale che spesso non comunica adeguatamente con i servizi territoriali (COT - Centrale Operativa Territoriale, ospedale di comunità, cure domiciliari, ...), assenza di Tavoli di confronto, mancata definizione del ruolo degli enti locali, assenza di percorsi di costruzione di welfare di comunità e di co-progettazione e co-gestione, in particolare con il Terzo Settore. In generale, manca un protocollo generale ed un metodo di lavoro di riferimento per il raccordo tra sanitario e sociale. L'organizzazione delle Case della Comunità è ad oggi ancora tendenzialmente frammentata: processi avviati spesso non in modo organico e senza una visione condivisa, con dinamiche organizzative eterogenee. Inoltre, spesso manca il dialogo con la componente ospedaliera.

In generale, manca anche una consapevolezza precisa da parte dei referenti politici sul proprio ruolo con riferimento ai temi della salute complessivamente, un ruolo che spesso si esplica solo nell'occuparsi della carenza di Medici di Medicina Generale.

Si ravvisa quindi la necessità, per lo meno all'interno del territorio di afferenza di ogni Azienda Socio Sanitaria Territoriale, di definire quale tipologia di governance delle Case della Comunità si intende adottare, precisando con quali connessioni "dall'alto" (Agenzia di Tutela della Salute, Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Distretto Socio-Sanitario) e "dal basso" (Microaree).

Livelli direttivi degli enti sanitari, degli Ambiti e degli Enti Locali, amministratori locali, operatori sanitari, operatori sociali, associazioni del Terzo Settore, cittadini, vanno sicuramente coinvolti a diversi livelli in modo da non creare scollamenti fra la dimensione programmatica e quella operativa. Dovrebbe essere promossa una comunicazione sia *top down*, in cui le informazioni si muovono dai livelli più alti dell'organizzazione verso quelli più bassi, che una comunicazione *bottom up*, dal basso verso l'alto con i ruoli più operativi che possano essere ascoltati e valorizzati potendo esprimere le loro indicazioni. In tal senso risulterebbe importante attivare momenti non occasionali ma strutturali di incontri informativi e di confronto che coinvolgano i referenti delle realtà attive localmente, in particolare del Terzo Settore.

Dovrebbe essere anche favorita una comunicazione trasversale tra persone/gruppi/enti che appartengono a contesti diversi per migliorare la comprensione delle diverse prospettive e la creazione di un terreno comune per la collaborazione e la risoluzione di problemi.

In questo modo anche i bisogni della popolazione vengano non solo individuati "dall'altro" (ad esempio con strumenti epidemiologici o di indagini sociali) ma anche raccogliendo e valorizzando "dal basso" le conoscenze che scaturiscono dall'esperienza concreta e locale di ogni operatore/servizio. Anche la formazione può così avviarsi e basarsi proprio sulla conoscenza personale e professionale, e delle rispettive attività-competenze-potenzialità-limitazioni.

In tal senso, sono già in atto, anche se frammentarie, esperienze che mostrano l'utilità di:

- attivazione di un tavolo tecnico stabile tra Azienda Socio Sanitaria Territoriale e/o Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale Sociale su temi trasversali, per monitorare le attività, diffondere buone prassi e promuovere sperimentazioni;
- definizione, sottoscrizione e adozione di "protocolli trasversali" (es. protocollo sulla valutazione multidimensionale; definizione del ruolo dei diversi enti e del Terzo Settore);
- realizzazione di progettualità mirate, per avviare e facilitare l'integrazione, che coinvolgono Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Ambito Territoriale Sociale – Distretto Socio-Sanitario, Comuni, volontariato e Terzo Settore;
- coinvolgimento del Terzo Settore attraverso la co-progettazione con regole di "ingaggio" definite e un budget condiviso;
- piani formativi che possano essere utili anche agli enti esterni sulla base di temi comuni;
- percorsi di formazione comune, intersettoriale e interprofessionale, per avviare la conoscenza reciproca, creare un linguaggio condiviso, definire modalità logistiche ed operative di connessione e collaborazione, audit su problemi e risultati riscontrati.

In sintesi: le difficoltà che diffusamente si incontrano per l'avviamento e la funzionalità di Case della Comunità ove si realizzi l'integrazione tra sociale e sanitario e ove sia favorita la partecipazione della comunità richiedono una governance multilivello condivisa, coprogettazione e formazione "sul campo".

8 – PUA -Punto Unico di Accesso- e UVM -Unità di Valutazione Multidimensionale- sono le articolazioni organizzative da cui partire per attivare l'integrazione tra sociale e sanitario con la valorizzazione delle risorse locali informali e del volontariato.

Lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso (o più in breve PUA) richiama molteplici dimensioni di analisi che possono essere riconducibili, nello specifico, all'interno dei seguenti punti:

- **la loro collocazione all'interno delle Case di comunità e la complessa conciliazione "centro" vs "periferie"**: la condizione in cui si trovano nel 2025 alcuni Ambiti Territoriali Sociali/Distretti Socio-Sanitari in cui gli edifici delle Case di comunità sono ancora in costruzione ha fatto sì che si potesse sperimentare la formula del "PUA diffuso/PUA itinerante", valorizzando così un punto di accesso ai servizi più decentrato e prossimo alla cittadinanza (si veda anche quanto richiamato al punto 3).
In un'organizzazione nella logica di "Hub" e "Spoke" va definito un processo chiaro e mappato delle connessioni tra i vari luoghi in termini di ruoli e funzioni prestando, altresì, attenzione a un maggior presidio delle periferie in considerazione anche del problema dei trasporti che caratterizza in particolar modo i territori diversi dai centri urbani;
- **il ruolo di integrazione dei PUA tra sociale e sanitario rispetto a questa duplice funzione**: quanto possono essere considerati "punti di ascolto e di informazioni diffusi anche a supporto del segretariato sociale svolto a livello comunale" e quanto "luoghi di ricomposizione e riferimento per i punti informativi già presenti nel territorio"? La prospettiva è comunque quella di un superamento del "paradigma prestazionale" nella logica di prevedere forme di accompagnamento personalizzato ai cittadini all'interno del sistema, garantendo una filiera fluida e comprensibile;
- **l'integrazione del personale**, a partire da:
 - ✓ garantire in modo strutturale la *presenza e la partecipazione effettiva degli operatori sociali*;
 - ✓ *i professionisti coinvolti*, compatibilmente con una definizione di perimetri operativi tra le diverse figure professionali, la carenza del personale (sia sul fronte sanitario che sociale) e i mandati istituzionali dei vari enti di appartenenza che possono rendere difficile un'armonizzazione delle attività. Elementi da ritenersi facilitanti: l'inserimento di figure stabili e la compresenza fisica;
 - ✓ *gli strumenti a disposizione*: occorre sviluppare strumenti condivisi per la valutazione multidimensionale lavorando sulla costruzione di un linguaggio comune (anche attraverso attività formative congiunte a vari livelli);
 - ✓ *le connessioni con il territorio* attraverso un raccordo costante delle figure professionali del PUA con i servizi/interventi territoriali sia in capo ai soggetti istituzionali che informali;
 - ✓ *le connessioni e la valorizzazione del Terzo Settore*;
 - ✓ *le connessioni e l'integrazione con i servizi per la salute mentale ed il contrasto alle dipendenze*;
 - ✓ *le connessioni e l'integrazione con i servizi consultoriali e dell'area materno infantile e della tutela della salute della donna*.

In sintesi: avviare subito lo sviluppo di un'articolazione di PUA che valorizzi le specificità dei territori in risposta alle esigenze della cittadinanza attraverso una stretta integrazione tra personale sociale e sanitario e in connessione con le altre realtà locali.

Cosa fare, considerato che il completo raggiungimento delle indicazioni del DM77 risulta oggettivamente molto problematico in particolare per la carenza di professionisti della salute e per la lenta progressione nella realizzazione delle Case della Comunità

In Lombardia, come in tutto il Paese, si sta vivendo una drammatica carenza di operatori, sia sul fronte sanitario che sociale. In Lombardia, mancano oggi circa 9.000 infermieri, fenomeno che si ripercuote nelle strutture residenziali, ospedaliere e nelle Case di Comunità. Ma tutte le figure professionali, anche se in misura minore, sono interessate al fenomeno.

Mancano in particolare gli operatori che possano lavorare all'interno dei servizi territoriali.

Il quadro in futuro andrà ad aggravarsi per l'ulteriore fuoriuscita per i pensionamenti, per il passaggio al privato, per l'emigrazione in altri Paesi.

Il fenomeno è ancora più marcato nelle zone montane e periferiche.

Il rischio che le Case della Comunità siano "scatole vuote" è elevato.

A ciò si aggiunge anche l'elevato turnover che si registra sia nel comparto delle professioni sociali che in quello delle professioni sanitarie.

Si individuano di seguito due linee di azione.

9 - Valorizzare subito tutte le risorse ed i servizi già presenti e connetterli tra loro.

Servizi sanitari e sociali, come prima evidenziato, sono spesso già presenti in tutti i territori: Medici e Pediatri di Famiglia, Farmacisti, Assistenti e Sportelli sociali, Infermieri di Famiglia e Comunità, realtà di volontariato, ... ; tuttavia la loro funzionalità è parziale perché spesso non sono connessi tra loro (talvolta nemmeno si conoscono), non operano in modo coordinato, collaborano solo occasionalmente e in forma del tutto volontaria.

Si ritiene quindi prioritario che innanzitutto vengano incaricati operatori della Casa della Comunità, quand'anche non ne fosse ancora allestita la struttura muraria, per:

- mappare gli attori presenti in ciascuna Microarea (sanitari, sociali, sociosanitari; istituzionali e di volontariato-vicinato),
- avviare con questi un percorso di conoscenza e coinvolgimento,
- quindi promuovere un percorso di formazione sul campo con l'obiettivo di valorizzarli, connetterli tra loro e dare vita alla equipe multiprofessionale-multisetoriale della Microarea.

In tal senso risulta importante:

- valorizzare e integrare nella equipe 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.

10 - 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.

Lo sviluppo delle Case della Comunità, dato il contesto attuale, sta avvenendo in modo graduale e con tempi e modalità differenti nei diversi territori. Peraltro, è anche opportuno che il processo si sviluppi man mano, nel rispetto della specificità e delle opportunità del proprio territorio e della propria comunità.

In questo contesto, tanto più essendo caratterizzato dalla scarsità di tutte figure professionali della salute, va colta 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.

Va considerato che anche piccoli passi che sviluppino un linguaggio comune, modalità operative e di connessione condivise, consuetudine alla collaborazione, connessione con i servizi di maggiore complessità della Casa della Comunità Hub, coinvolgimento e responsabilizzazione della componente politico amministrativa dei Comuni, rappresentano elementi del substrato necessario a far funzionare le Case della Comunità.

Le prime esperienze pilota potranno crescere progressivamente ed essere prese a riferimento, contestualizzandole, in altri territori.

Appendice - Percorso metodologico per la redazione del documento

I lavori del laboratorio 1, che ha visto complessivamente la presenza di 49 partecipanti in 4 incontri totali hanno preso avvio nel mese di giugno 2025.

Nel primo incontro, oltre ad una prima presentazione, i partecipanti hanno condiviso considerazioni, criticità e punti di forza, prassi ed esperienze sul tema dell'organizzazione e della governance della rete territoriale secondo i 4 livelli territoriali presi in esame: Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Distretto/Ambito Territoriale Sociale, e microarea/quartiere/piccolo comune.

I facilitatori del laboratorio hanno utilizzato alcune domande guida, che hanno permesso di orientare e raccogliere i vari contributi in modo omogeneo.

Le domande stimolo erano le seguenti:

- 1. Quali sono funzioni-compiti e dimensioni territoriali dei 4 livelli: 1.Azienda Socio Sanitaria Territoriale; 2.distretto/ambito; 3.Casa della Comunità; 4.microarea (comune/quartiere/zona)?*
- 2. Quali iniziative/soggetti/strumenti possono favorire l'integrazione tra sociale e sanitario ai livelli 2, 3 e 4?*
- 3. Quali barriere ostacolano l'integrazione tra sociale e sanitario ai livelli 2, 3 e 4?*
- 4. Quali esempi concreti di esperienze di integrazione tra sociale e sanitario ai livelli 2, 3 e 4?*
- 5. Quali i ruoli, ai livelli 2, 3 e 4, di: direzione enti sanitari, amministratori locali, operatori sanitari, operatori sociali, associazioni del Terzo Settore, cittadini?*

I numerosi contributi raccolti nei primi incontri di giugno, organizzati per sottogruppi, sono stati ripresi e sistematizzati dai facilitatori in un primo documento di sintesi che è stato proposto ai partecipanti e discusso in occasione dei secondi incontri in sottogruppo nel mese di Settembre 2025; in tale occasione sono state raccolte ulteriori sollecitazioni e sostanziali conferme ai concetti già in esso sintetizzati e proposti.

Al termine del secondo incontro, i facilitatori hanno ripreso i concetti portanti che sono confluiti nel presente documento, oggetto di ulteriore confronto nel terzo e quarto incontro di laboratorio di novembre 2025 e gennaio 2026.

Durante i lavori del laboratorio sono state evidenziate dai partecipanti diverse buone pratiche, che, opportunamente diffuse, potranno fungere da stimolo per ulteriori territori.

Partecipanti e date degli incontri di laboratorio

Gli incontri del laboratorio si sono tenuti nelle seguenti date:

- 1. 5 e 6 giugno 2025*
- 2. 22 e 26 settembre*
- 3. 28 novembre in plenaria*
- 4. 22 gennaio 2026 in plenaria*

Al laboratorio hanno partecipato referenti di numerose realtà lombarde, in particolare Direttori di Distretto, operatori, responsabili e quadri dirigenziali di Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Direttori di Aziende Speciali Consortili (enti strumentali dei comuni), operatori e responsabili di Uffici di Piano dei Piani di Zona, Amministratori locali dei comuni, referenti di enti del Terzo Settore e singoli cittadini.

Un particolare ringraziamento a tutti coloro che hanno partecipato ai lavori del laboratorio: senza i loro generosi contributi non sarebbe stato possibile costruire questo documento.

Il coordinamento è stato effettuato da Carla Dessi, Valentina Gritti, Fulvio Lonati e Anna Meraviglia.

Partecipanti agli incontri:

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.