

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

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

Sintesi degli incontri dei
partecipanti al laboratorio

Redazione a cura di:
Celestino Panizza
a nome dei partecipanti al Laboratorio

Milano, 31 Marzo 2026



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



INDICE

Premessa 1 La frammentazione tra sanitario e sociale

Premessa 2 Comunità come infrastrutture di salute

Premessa 3 Una visione chiara

- 1. Accesso unico e valutazione multidimensionale**
- 2. Équipe territoriali multidisciplinari e stabili**
- 3. Finanziamento integrato e superamento della spesa a silos**
- 4. Sistema informativo unico e interoperabile**
- 5. Comunità come infrastruttura sociale della salute**

Premessa 4 Lo stato di fatto

Analisi del bisogno: proposta di “Road map”

Sul contesto

Definizione del perimetro di riferimento

sull'organizzazione

sulla partecipazione/coinvolgimento

sul mandato

sulle risorse

Premessa 1 La frammentazione tra sanitario e sociale

E' il vero punto di sofferenza del sistema italiano. Ciò che gli utenti vivono come un percorso unico è in realtà distribuito tra:

- Regioni (programmazione sanitaria)
- Comuni e Ambiti Territoriali Sociali (tutela e assistenza)
- ASL e distretti (cure)
- INPS (trasferimenti monetari)
- Terzo settore e privato sociale caregiver familiari (la vera spina dorsale del sistema)

Il risultato è una catena di passaggi, autorizzazioni, filtri e frontiere amministrative che scarica sulle persone e sulle famiglie l'onere della complessità istituzionale.

Proprio l'OCSE conferma ciò che la pratica quotidiana racconta da tempo: senza un'integrazione reale, i servizi esistono ma non funzionano insieme.

La conseguenza è economica, etica e organizzativa: si espande la spesa privata, aumenta la disuguaglianza territoriale, la domanda si sposta verso i Pronto Soccorso, cresce la sfiducia nel sistema.

Premessa 2 Comunità come infrastrutture di salute

Un sistema di cure integrate non può basarsi solo su risorse professionali. Il rapporto indica chiaramente il ruolo crescente della comunità come sfera di assistenza di prossimità, dove cittadini, legami sociali, volontariato e Terzo Settore diventano parte dell'ecosistema di cura. Gli esempi dimostrano che attivare la comunità riduce ricoveri impropri e solitudine clinica, realizzando un modello di salute basato sulla reciproca responsabilità.

Questo "sistema" deve tuttavia essere accuratamente governato con una regia che ha nella sfera pubblica il suo centro.

Il modello¹ si basa, in sintesi, sui seguenti punti:

- Mappare quello che c'è nei territori come bisogni e come offerta di servizi;
- Investire e costruire il "capitale sociale" delle comunità;
- Lavoro e confronto "tra pari";
- Comunicazione con le comunità (stampa, web, app, etc.);
- Supporto e comunicazione con i gruppi;
- Promozione e formazione e coordinamento dei "community connectors";
- Promozione e formazione e coordinamento dei "health connectors";

¹ Il "modello Frome" (detto anche [Compassionate Frome](#)) è un progetto britannico che mira a migliorare la salute pubblica sfruttando le reti sociali esistenti. Si concentra sull'inclusione sociale e sulla medicina di comunità, collegando le persone ad attività e gruppi locali per aumentare il senso di appartenenza e offrire supporto nella vita quotidiana. È un progetto sviluppato dalla collaborazione tra il Frome Medical Practice e [Health Connections Mendip](#), che riconosce come i fattori sociali siano fondamentali per la salute generale.

- Focus: Invece di concentrarsi solo sugli aspetti clinici, il modello valorizza e sfrutta le reti di supporto di famiglia, amici e vicini.
- Obiettivi: Promuovere il benessere attraverso l'inclusione sociale, l'aiuto reciproco e la creazione di un senso di comunità.
- Attività: Si basa sul collegamento delle persone con attività di interesse, come gruppi di cammino, cori, caffè sociali e altri gruppi di interesse, per favorire la creazione di amicizie e legami.
- Struttura: È gestito da un piccolo team di sviluppo che supervisiona strategicamente il progetto e la sua implementazione sul campo.
- Principi chiave: Il modello si basa sull'evidenza che la salute è fortemente influenzata da fattori sociali e che le reti di supporto sono cruciali per la salute e il benessere generale.

- Attività di “Social prescribing”.

Premessa 3 Una visione chiara

Le trasformazioni profonde hanno bisogno una visione chiara, obiettivi condivisi, responsabilità definite, strumenti reali. Una **roadmap** con quanto raccomandato dall’OCSE e con la realtà operativa dei professionisti e delle comunità locali può prevedere:

1. Accesso unico e valutazione multidimensionale

Oggi la persona fragile deve ripetere la sua storia più volte e attraversare vari uffici per ricevere servizi diversi. È un percorso di sofferenza aggiunta.

Serve un:

- Punto Unico di Accesso sociosanitario reale e non simbolico,
- Valutazione Multidimensionale unica, non replicata,
- Progetto Assistenziale Individuale integrato condiviso tra sanitario, sociale, comunità e famiglia,
- Responsabile del caso identificato e riconosciuto (non un’entità astratta).

2. Équipe territoriali multidisciplinari e stabili

L’OCSE sottolinea la necessità di far evolvere le prestazioni settoriali in pacchetti coordinati gestiti da équipe multidisciplinari.

Ciò significa di non lavorare più “in parallelo”, di eliminare l’idea che sociale e sanitario siano mondi separati e di superare la logica della prestazione episodica a favore del percorso continuo.

Le équipe territoriali devono includere il Medico di Medicina Generale, l’Infermiere di Famiglia e Comunità, Fisioterapisti, psicologi, OSS, terapisti, Assistenti sociali, Volontariato organizzato.

3. Finanziamento integrato e superamento della spesa a silos

Il finanziamento separato di sociale e sanitario genera guerra tra poveri, inerzie amministrative, ritardi infiniti e perdita di risorse.

4. Sistema informativo unico e interoperabile

Non si può fare integrazione senza dati.

Serve quindi:

- Un Sistema informativo automatizzato integrato condiviso da MMG, distretto, ospedale e servizi sociali,
- Indicatori di processo ed esito condivisi,

5. Comunità come infrastruttura sociale della salute

La prossimità non è solo la rete dei servizi: è la rete delle relazioni.

Attivare comunità significa:

- Open data territoriali e mappatura delle fragilità sociali,
- Formazione di cittadini attivi e volontari,
- Luoghi fisici e non solo digitali,
- Partnership strutturali e non episodiche con il terzo settore.

La comunità è l’infrastruttura più sottovalutata del sistema sanitario.

Premessa 4 Lo stato di fatto

Ci sono alcuni rischi già emersi da vari studi, compresa la ricerca Mario Negri/Anci, in riferimento allo sviluppo delle Case di Comunità. Sinteticamente:

- che siano contenitori vuoti;
- che siano unicamente un modo di cambiare nome a ciò che già esiste (ambulatori polispecialistici);

- che si sviluppino con una prevalenza sulla dimensione sanitaria che si sviluppino con una visione “al minimo” (risorse economiche ed umane insufficienti spingono al ribasso);
- che si sviluppino solo nel perimetro del territorio in cui sono ubicate (comune) senza considerare la loro dimensione sovracomunale.

Perché diventa importante approfondire il tema dell’intercettazione dei bisogni della popolazione e delle risorse comunitarie presenti nel territorio?

Quali sono i bisogni e le risorse a cui guardare prioritariamente nello sviluppo delle CdC e che possono “dar gambe” all’integrazione e far dialogare sociale e sanitario?

Analisi del bisogno: proposta di “Road map”

Sulla base di queste premesse che crediamo sostanzialmente condivise abbiamo indicato una “road map” che potrebbe essere seguita ed implementata per raccogliere, indicazioni, buone pratiche, linee di azione utili a raccogliere e organizzare i bisogni espressi/ latenti

definire raccomandazioni e raccogliere casistiche/esperienze

Sul contesto

E’ necessario tenere conto che non esiste un modello unico replicabile: **le caratteristiche dei territori e socio demografiche sono molto diverse da territorio a territorio e richiedono approcci diversi che facciano leva sulle risorse e specificità.**

Generalmente prevale un approccio sanitario orientato a fornire prestazioni che non favorisce l’integrazione socio-sanitaria anche per quanto riguarda l’analisi dei bisogni.

D’altra parte i Piani di Zona già rappresentano una articolata analisi del bisogno sociale che si dovrà integrare con la programmazione sanitaria del territorio.

Definizione del perimetro di riferimento

rappresentare il territorio di riferimento e le sue subunità e articolazioni ai quali riferire bisogni e risorse e il governo²;

- **Distretti Sanitari**”, che sono l’area omogenea locale per l’organizzazione sociosanitaria del territorio di riferimento. (ambito di analisi della domanda e dell’offerta di servizi)
- **Comuni** (ambiti di governo dai bisogni e della domanda);
- **Micro aree:** definire sotto articolazioni (micro aree) omogenee di riferimento (ambito di intercettazione / interazione bisogni/servizi socio-sanitari)

sull’organizzazione

PUA: punto di osservazione e lettura, anche precoce, del bisogno, non solo “punto di informazione” generico, ma snodo centrale di ascolto qualificato e **multiprofessionale integrato sotto l’aspetto socio-sanitario, per sviluppare un approccio ad un’offerta integrata dei servizi sociali & sanitari**³

² *La distinzione sulla base dei termini “bisogni” “risorse” “governo” è proposta al solo fine di accentuare in modo relativamente arbitrario i ruoli delle rispettive articolazioni territoriali rispetto al tema dell’assistenza socio-sanitaria territoriale)*

³ *Nel loro primo accesso a servizi di welfare alle famiglie dei non autosufficienti interessa non solo sapere come arriveranno alla valutazione in UVG ed agli interventi dell’Azienda Sanitaria e dei servizi sociali, ma anche conoscere tutto ciò che potrebbero chiedere ad altri enti/servizi pubblici. Ossia poter ricevere in un solo luogo tutte le informazioni sulle opportunità esistenti, e su “che cosa, come, dove e quando” potrebbero richiedere.*

- rispondere prioritariamente ad un'**esigenza di ricomposizione** espressa dai cittadini (costretti spesso a peregrinare da un servizio all'altro per trovare riscontro alle proprie necessità), soprattutto quelli più fragili e con meno strumenti (Interfaccia anche con altri laboratori);
- definire e mettere in comune **strumenti di rilevazione** dei bisogni;
- analisi epidemiologica / indicatori (rimando al Laboratorio specifico);
- **Interoperabilità tra sistemi informativi.**

sulla partecipazione/coinvolgimento

- La **partecipazione della comunità** nella rilevazione dei bisogni...**spendere del tempo per mappare i servizi**, incontrare le risorse presenti, condividere le letture che i diversi soggetti hanno del territorio su cui si interviene.
- coinvolgimento di Mmg, farmacie, scuole, associazioni...

sul mandato

Superare la occasionale partecipazione degli amministratori del tavolo di coordinamento con un **tavolo permanente di comunicazione e monitoraggio dell'operatività e delle criticità.**

sulle risorse

Garantire (prevedere) una **capacità (e competenze) dedicate alla lettura e organizzazione dell'analisi e monitoraggio dei bisogni.** Riconoscere tempo e competenze per la lettura e per definire le modalità della risposta da offrire. focalizzare gli interventi della CdC su servizi realmente **utili.**

GRUPPO DI LAVORO

Laboratorio

Mappatura dei bisogni e delle risorse comunitarie nel territorio della Casa della Comunità.

Elenco nominativi dei partecipanti:

coordinatori Valentina Ghetti, Celestino Panizza

DANIELE GIOVANNI RENATO	CATALDO	infermiere di famiglia e comunità
EZIO	GOGGI	medico
VALERIA	FERRETTI	dirigente medico distretto mun. 4
BRUNO	PIOTTI	nessuno
ELENA	NEGRETTI	assistente amministrativo
ANNA PAOLA	CAPRIULO	dirigente psicologa
ADA	RAIMONDI	assistente sociale
FRANCA	MIGNANI	assistente sociale
MONICA	TASCETTI	fusine
GLENDA MARIA	LAMBERTI	infermiera
MAURIZIO	PIASINI	assessore
CRISTINA	TERREVAZZI	assistente sociale
GLENDA MARIA	LAMBERTI	infermiera
ALICE	ZANCHETTIN	operatore sociale ufficio di piano
PAOLO	BERIA	educatore professionale
BIANCAMARIA	DE MARCO	assistente sociale
CHIARA	SASSI	