

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

Laboratorio Tematico 6: Indicatori di
Salute di Presa in Carico e di Attivazione
Comunitaria

RAPPORTO CONCLUSIVO

Redazione a cura di:

*Angelo Barbato, Antonio Muscolino, Maddalena
Bellagente, Marta Moroni, Pamela Moser,
Antonio Nava, Elena Pessina, Vanessa Mascia
Turri a nome dei partecipanti al Laboratorio*

Milano, 31 Marzo 2026



Progetto Collaborativo

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



Il concetto di salute e l'approccio olistico

Il cambiamento che auspichiamo dei servizi sanitari si fonda su una visione della salute rinnovata, che supera il tradizionale approccio meccanicistico, secondo cui la salute coincide con l'assenza di malattia e il corpo umano è considerato come una macchina da riparare. Al contrario, è necessario abbracciare una prospettiva olistica ispirata al paradigma del *Planetary Health Care*, secondo il quale la salute è il risultato di un'interazione complessa tra fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali, e richiede un approccio integrato che tenga conto dell'ecosistema umano e naturale, definendo la salute come benessere complessivo della persona nel suo ambiente di vita, in una prospettiva che connette salute individuale, collettiva e planetaria.

Questa visione si traduce in una serie di principi operativi. Il primo è la prossimità, da intendersi non solo come vicinanza geografica dei servizi, ma anche come relazione continuativa tra professionisti e cittadini, capace di costruire fiducia e abbattere le barriere burocratiche e sociali. Si affianca poi la personalizzazione delle cure, che mira a fornire risposte sanitarie coerenti con le specificità individuali, tenendo conto dell'età, del contesto familiare, sociale e ambientale. Altro principio chiave è la continuità della presa in carico, essenziale per i pazienti affetti da patologie croniche, che necessitano di un accompagnamento stabile nel tempo e di un coordinamento costante tra professionisti e servizi.

A connettere e rafforzare questi principi interviene il concetto di integrazione sociosanitaria, volto a superare la storica separazione tra sanità e assistenza sociale, promuovendo modelli e strumenti organizzativi capaci di coordinare risorse e competenze a livello territoriale. In questo contesto si colloca anche il principio della territorializzazione delle cure, ovvero la necessità di progettare interventi in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascun territorio, delle sue fragilità e potenzialità, con l'obiettivo non semplicemente di decentrare i servizi, ma di radicarli nella quotidianità delle persone e nei tessuti relazionali e civici delle comunità.

Infine, un elemento strategico è il riconoscimento del ruolo attivo delle comunità, considerando la partecipazione della cittadinanza come dimensione strutturale della promozione della salute. Cittadini, enti locali, terzo settore e professionisti sono chiamati a co-partecipare alla definizione dei bisogni emergenti, nonché alla co-progettazione, implementazione e valutazione delle risposte, in una logica di governo condiviso e di corresponsabilità nella produzione di benessere.

Esistono numerose evidenze empiriche, documentate in ambito internazionale, che dimostrano come la co-produzione di servizi tra professionisti e cittadini possa generare risultati significativi. In Finlandia, è stato introdotto un modello che include la partecipazione attiva dei cittadini nei comitati decisionali dei distretti sanitari, contribuendo al miglioramento della qualità dei servizi e alla maggiore soddisfazione dell'utenza. In Scozia, l'iniziativa *Our Voice* ha istituzionalizzato meccanismi di ascolto strutturato della popolazione per orientare la programmazione sanitaria a livello regionale, producendo risultati rilevanti in termini di empowerment e di riduzione delle disuguaglianze. Simili approcci partecipativi sono stati sperimentati con successo in diversi contesti. In Canada, i *Community Health Centres* hanno integrato la governance comunitaria nei propri

modelli gestionali, coinvolgendo attivamente i cittadini negli organismi decisionali e ottenendo una migliore aderenza dei servizi ai bisogni delle popolazioni locali, in particolare quelle più vulnerabili.

Queste esperienze, pur diverse nei contesti e nelle modalità, confermano il valore strategico della partecipazione delle comunità come leva per migliorare l'efficacia dei sistemi sanitari e rafforzare la coesione sociale.

Anche in Italia non mancano esempi significativi, come il progetto “Comunità che curano”, e i patti di collaborazione attivati in alcune Case della Salute dell'Emilia-Romagna, che hanno previsto la presenza stabile di tavoli di partecipazione, col coinvolgimento di cittadini, associazioni e operatori nella gestione degli spazi, nella promozione della salute e nella programmazione delle attività. In Lombardia il recente Piano della Salute Locale di Lodi è stato costruito con modalità simili, coinvolgendo agenzie sanitarie, enti locali e organizzazioni di cittadinanza attiva.

Tutti questi esempi, per non essere limitati a una ridefinizione burocratica di modelli organizzativi, dovrebbero rifarsi al quadro concettuale della **Citizen Science**, o scienza partecipativa, cioè un paradigma di ricerca che prevede il coinvolgimento attivo di cittadini non esperti nella raccolta, analisi e talvolta nell'interpretazione dei dati scientifici, agendo da ponte tra esperti e comunità, in modo da promuovere consapevolezza sociale, condivisione e democrazia della conoscenza. Questo paradigma ha avuto originariamente applicazione in progetti in cui i cittadini raccoglievano dati ambientali – centraline per monitorare l'aria, segnalazioni di specie animali, rilevazioni su consumo di suolo – ma ora si sta diffondendo anche in campi legati alla salute.

La sua forza è duplice: da un lato permette di moltiplicare i dati disponibili, dall'altro crea consapevolezza ed empowerment nelle persone che partecipano. Quando gruppi di cittadini misurano l'inquinamento davanti casa, o registrano i sintomi delle malattie in un diario condiviso, non stanno semplicemente fornendo informazioni, ma stanno legando la propria esperienza personale a un sapere collettivo, che può incidere sulle politiche e sulle pratiche dei servizi.

Distretti e Case di Comunità come infrastrutture del benessere

L'organizzazione della nuova rete di cure primarie si fonda sul Distretto sociosanitario come unità territoriale e amministrativa di base per la pianificazione, l'erogazione e il monitoraggio dei servizi sanitari e sociali, che dovrebbe assumere un ruolo strategico nell'integrazione sociosanitaria, con il compito di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Nell'ambito del Distretto la Casa della Comunità è il fulcro dell'organizzazione territoriale, che si pone l'obiettivo di andare oltre la cura verso la promozione della salute comunitaria, con un cambio di paradigma rispetto al tradizionale funzionamento del sistema sociosanitario, che implica una profonda innovazione nei meccanismi di integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali col coinvolgimento attivo dei cittadini — sia come singoli utenti che come comunità organizzata — nei processi di programmazione, implementazione e valutazione dei servizi.

la Casa della Comunità (CdC), se realizzata secondo il modello organizzativo intersettoriale multiprofessionale e comunitario previsto, esprime un concetto di salute che riconosce la dimensione sociale della persona e della comunità nei percorsi di promozione della salute, valutazione dei bisogni e presa in carico integrata. Da questo deriva la necessità di conoscere il contesto e le caratteristiche epidemiologiche e sociali del territorio in cui opera la CdC, disponendo di banche dati e flussi informativi da cui ricavare informazioni e indicatori utili alla lettura e analisi dei bisogni, ma anche di interagire con la comunità di riferimento per facilitare processi comunicativi circolari ed azioni condivise fra istituzioni e cittadini.

Ciò che differenzia la CdC dall'essere solo un presidio della sanità territoriale è infatti la funzione, prevista tra quelle obbligatorie, di **Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione**. L'accesso alle informazioni rispetto sia all'offerta di servizi che allo stato di salute della popolazione, è condizione essenziale per garantire in modo affidabile e trasparente la partecipazione, intesa non come un'aggiunta facoltativa, ma come componente strutturale dell'intero modello e condizione necessaria per riconoscere i bisogni reali, intercettare le vulnerabilità spesso invisibili ai canali istituzionali e costruire risposte pertinenti, efficaci e condivise. Coinvolgere la cittadinanza nei processi decisionali permette di generare innovazione sociale, migliorare l'appropriatezza dei percorsi di cura e rafforzare la fiducia tra istituzioni e comunità. La partecipazione, tuttavia, richiede strumenti adeguati per essere effettiva. In questa prospettiva, l'uso dei dati assume un ruolo strategico. Non si tratta soltanto di orientare la programmazione, ma di rendere i dati un motore di attivazione democratica. I dati devono essere accessibili, comprensibili e significativi per i cittadini, devono parlare delle condizioni concrete di salute e benessere delle persone, restituendo informazioni non solo cliniche, ma anche sociali, ambientali, relazionali. La raccolta e la condivisione di dati rilevanti rappresentano un prerequisito per la co-progettazione e la co-produzione dei servizi, in quanto permettono alle comunità di contribuire consapevolmente alla definizione delle priorità e alla valutazione delle azioni intraprese.

Mentre dal punto di vista strettamente sanitario esistono piattaforme omogenee di rilevazione della domanda di salute rispetto anche al sistema di offerta, oltre una consolidata prassi di elaborazione e studio di dati ed indicatori a fini epidemiologici, più difficile risulta la rilevazione e l'aggregazione dei flussi relativi alla domanda sociale, nonché la messa in relazione di questi dati con quelli clinici ed assistenziali, condizione necessaria per individuare indicatori utili ed analizzare l'incidenza della componente sociale sui bisogni di salute e di presa in cura. Perché questo avvenga devono essere attuate le linee di indirizzo relative alle CdC che, da un lato, descrivono il processo di *stratificazione della popolazione per livelli di cronicità -semplice e complessa- e bisogno assistenziale* quale strumento conoscitivo per orientare le priorità di intervento verso le persone con patologie croniche e condizioni di fragilità, e dall'altro sollecitano programmi di promozione della salute ed interventi di sanità di iniziativa in un'ottica di trattamento integrato e prevenzione.

La disomogeneità degli strumenti di rilevazione dei dati sociali utilizzati dagli Ambiti sociali e dai Servizi sociali Comunali costituisce una criticità rilevante, perché rende difficile la comparabilità dei dati, ostacolando una lettura sistemica dei bisogni e delle risposte attivate. Inoltre, la mancanza di interoperabilità tra le banche dati del sistema sociale degli Ambiti e il sistema sanitario e

sociosanitario di ATS e ASST limita la possibilità di costruire percorsi personalizzati e continui per le persone, soprattutto quelle più fragili.

Questi problemi, oltre a non favorire una lettura integrata dei bisogni di salute, hanno ricadute negative sulla capacità di pianificazione strategica, sulla valutazione dell'efficacia degli interventi, nonché sulla trasparenza nei confronti della cittadinanza.

Risulta quindi importante ed auspicabile investire in sistemi uniformi di rilevazione del bisogno sociale (come l'utilizzo da parte di tutti gli Ambiti della Cartella sociale informatizzata), formare adeguatamente gli operatori per garantire una raccolta dati coerente, utile e rispettosa della privacy e trovare sistemi di interoperabilità tra banche dati del sistema sociale e quelle del sistema sanitario, sviluppando sistemi informativi che integrino dati sanitari con quelli relativi alle determinanti sociali della salute e costruendo forme pubbliche di restituzione periodica di queste informazioni. La condivisione trasparente dei dati e dei risultati dei percorsi di cura è essenziale per attivare meccanismi di verifica e avviare processi di miglioramento continuo fondati sul dialogo e la corresponsabilità. Solo in questo modo le CdC potranno diventare non solo luoghi di erogazione di servizi, ma vere infrastrutture democratiche del benessere.

In questa prospettiva, la definizione di un insieme di indicatori adeguati per monitorare le CdC assume un ruolo decisivo. Perché la partecipazione della cittadinanza possa tradursi in un'effettiva co-progettazione e valutazione dei servizi, è necessario rendere visibili — e quindi misurabili — gli aspetti della salute che il nuovo modello delle CdC intende promuovere.

Gli indicatori non possono limitarsi a valutare la quantità delle prestazioni erogate, ma devono misurare la capacità delle CdC di generare benessere nei contesti in cui operano, con attenzione sia alle dimensioni individuali che a quelle collettive, cogliendo la qualità della presa in carico, l'integrazione sociosanitaria, il livello di accessibilità e prossimità, la capacità di attivare risorse comunitarie e la riduzione delle disuguaglianze.

Quali indicatori?

Se assumiamo che il Distretto sia l'unità territoriale a cui fare riferimento per la raccolta degli indicatori, ne deriva che esso dovrebbe avere a disposizione un'adeguata piattaforma informativa, che permetta la stratificazione della popolazione in base a fattori di rischio predefinito e il monitoraggio degli indicatori di processo ed esito identificati nell'ambito delle azioni che il Distretto intende promuovere per affrontare. Ad oggi, pur esistendo già una grande disponibilità di dati raccolti a fini istituzionali dai diversi soggetti che operano nel settore (Stato, Regione, ATS, ASST, Comuni), manca, a livello distrettuale, da una parte la possibilità per i Distretti di elaborare in autonomia i dati dei propri cittadini, ma dall'altra anche l'accesso ad interfacce formalmente definite tra Enti che permettano di combinare dati provenienti da diverse fonti, utili a meglio tracciare le caratteristiche della propria popolazione, in termini di disuguaglianze territoriali e sociali che incidono sulla salute e sulle quali solo un intervento che mobiliti i diversi settori del sistema di welfare può intervenire. I distretti sanitari non hanno accesso diretto ai dati raccolti: questi vengono inviati ad ARIA e successivamente restituiti ai territori solo su richiesta. Nella pratica, quindi, i

distretti non possono utilizzare in modo tempestivo i dati da essi raccolti per la programmazione dei servizi territoriali e quindi sembrano ancora oggi confermarsi come una struttura debole in termini programmatori, confinata semplicemente nel ruolo di supporto alle ATS, che Regione Lombardia ha identificato come responsabili prime dell'analisi della domanda e della programmazione della rete di offerta.

Nel rivendicare il ruolo fondamentale del Distretto, va anche rivendicato il diritto delle comunità ad accedere alle informazioni che già esistono, rese disponibili in formato utilizzabile ed elaborabile, partendo dalla constatazione che ci sono molte informazioni nelle banche dati delle istituzioni, che non sono patrimonio pubblico e vanno integrate con i dati raccolti dai cittadini.

Una serie di esperienze hanno mostrato che, quando sono state chieste informazioni specifiche alle istituzioni, anche in forma anonima, su DRG, assistenza domiciliare e anziani non autosufficienti, non sono state ottenute e i portali delle aziende sanitarie presentano limiti significativi. ATS e ASST raramente si presentano nei territori per rendicontare le proprie attività e i piani di programmazione territoriali sono spesso illeggibili.

Vanno prese in considerazione varie modalità di integrazione tra dati istituzionali e dati raccolti direttamente dai cittadini. A questo proposito citiamo il Sistema informativo per la conoscenza e la programmazione delle attività proposto nell'ambito del Piano di Salute di Lodi e il progetto "SaluteInsiemeLombardia" formulato dal gruppo di Citizen Science applicata, per superare l'approccio riduttivo che vede gli indicatori di partecipazione rappresentati solo da elementi tradizionali come la mappatura dell'associazionismo.

Per comprendere le caratteristiche ed i bisogni di salute di un territorio e favorire processi partecipati, occorre innanzitutto condividere con i diversi attori presenti nella comunità non solo dati e analisi epidemiologiche ricavate dai flussi delle prestazioni, ma anche individuare forme di coinvolgimento delle persone -anche quelle che, per varie ragioni, non accedono ai servizi- per intercettare bisogni inespresi e promuovere alleanze e reti tra professionisti e cittadini nella prospettiva di un welfare generativo.

Va sottolineata la complementarietà fra i dati raccolti dalle istituzioni e quelli derivati da indagini dal basso. I servizi di epidemiologia dispongono di una grande quantità di dati aggregati, ma questi danno lo stato di salute solo di chi viene intercettato, non di chi non riesce a entrare nel circuito. Quindi le indagini dal basso intercettino informazioni che i dati amministrativi non riescono a cogliere, soprattutto se vengono effettuate in luoghi non sanitari per individuare il bisogno nascosto. Naturalmente bisogna realisticamente ricordare che il personale dei servizi sanitari territoriale non è ancora preparato ad affrontare la collaborazione e l'attivazione comunitaria, tanto che la prima progettualità richiede una formazione congiunta per evitare che l'integrazione diventi un atto puramente formale. È necessario attivare un circuito virtuoso: avere un insieme di indicatori per capire la situazione della popolazione e a costruire con l'organizzazione interna dei servizi basata su progetti di cura e informazioni a supporto della partecipazione, con la produzione di rapporti annuali di fine anno, fissazione obiettivi all'inizio dell'anno successivo, verifica su quanto fatto, individuazione di nuovi obiettivi in relazione alla popolazione del territorio, creando sinergie per migliorare il sistema.

Uso dei dati raccolti dai cittadini

I dati forniti dai cittadini possono essere raccolti in modo volontario e anonimo tramite App / Questionari multicanale (app mobile, web, cartaceo presso farmacie o centri civici), semplificati con geolocalizzazione delle risposte.

Le aree che possono essere coperte sono la salute percepita (livello di energia, qualità del sonno, dolori cronici, benessere psicologico), le condizioni sociali (isolamento, rete di supporto, accesso a trasporti e servizi, difficoltà economiche), gli stili di vita (attività fisica, alimentazione, fumo, abuso di sostanze, tempo all'aperto), l'accessibilità (tempi di attesa, distanza dai servizi, soddisfazione per l'assistenza ricevuta).

Si possono attivare opzioni di geolocalizzazione, se vengono accettate, per analizzare differenze tra quartieri e territori.

I dati raccolti vanno integrati con quelli resi derivanti da fonti disponibili. Oltre ai dati sanitari aggregati e quelli dei servizi sociali dei comunali vanno considerati la qualità dell'aria, l'inquinamento acustico, il verde urbano,

Attraverso una piattaforma appositamente predisposta possono essere calcolati in automatico indicatori integrati socio-sanitari, come ad esempio indice di Fragilità di Quartiere (salute percepita + isolamento sociale + dati clinici), indici di Benessere Comunitario (attività fisica+supporto sociale+sodisfazione per i servizi), indice di Accessibilità (tempi di attesa + distanza dai servizi + trasporti disponibili)

I dati possono essere illustrati in forma aggregata attraverso una dashboard pubblica e trasparente mostrando i dati in forma aggregata, creando mappe interattive per quartiere/comune, grafici temporali per monitorare l'andamento degli indicatori, confronti tra zone diverse.

È opportuno prevedere due livelli di accesso: uno pubblico con dati sintetici e comprensibili per i cittadini, uno destinato agli operatori sanitari e sociali con dati più dettagliati per la programmazione dei servizi.

La divulgazione va accompagnata dalla costruzione di un rapporto di fiducia con la popolazione, garantendo la privacy con l'anonimizzazione e il rispetto dei requisiti del Regolamento generale europeo sulla protezione dei dati dell'Unione Europea e la trasparenza.

Gli obiettivi finali del coinvolgimento della cittadinanza attiva nella rilevazione degli indicatori devono comprendere, oltre alla restituzione dei risultati, la formazione, la progettazione condivisa e

anche l'implementazione di progetti su piccola scala, come gruppi di cammino, doposcuola per famiglie fragili, reti di mutuo aiuto per anziani soli.

Si potrebbe testare questo modello con un progetto in due o tre territori della Lombardia in collaborazione con ATS, ASST, Comuni, Ambiti sociali, medici di medicina generale e farmacie di quartiere il tutto su base distrettuale coinvolgendo le rispettive Case di Comunità ed il personale dedicato.

Una proposta operativa

Sulla base di queste osservazioni segnaliamo di seguito un elenco, esemplificativo e non esaustivo di indicatori che possono essere usati per costruire una vera e propria Banca Dati che comprenda flussi sociosanitari e sociali, incrociati con i dati demografici, le esperienze dei cittadini e gli indicatori di attivazione comunitaria che potrebbe fornire uno strumento utile per un approccio sistemico i bisogni di salute e di presa in cura di un territorio definito.

Target	Rilevazioni/Indicatori suggeriti	Finalità - Analisi
Caratteristiche demografiche della popolazione	N popolazione residente per comune e complessivamente ambito territoriale . Indicatori specifici (es..) :Indice di vecchiaia-indice dipendenza anziani- Indice dipendenza strutturale-Tasso di natalità.Tasso di mortalità- Tasso di Ospedalizzazione complessivo e per fascia età- N e composizione dei Nuclei familiari	Articolazione della popolazione residente e assistita per fascia di età per genere e indicatori demografici confronto ambito ASST- ATS Regionale Nazionale
Caratteristiche epidemiologiche della popolazione- Patologie croniche	Rilevare per i residenti la presenza di Patologie croniche articolata per fasce d'età e genere con distinzione fra patologia unica e pluripatologia Indicatore pdi Incidenza e Prevalenza . Confronto STD ASST -ATS- Regione	Patologie croniche come da Classificazione BDA o REAL 2023. Indicatore di Prevalenza e incidenza
Caratteristiche epidemiologiche della popolazione. Patologie croniche	Rispetto alla cronicità rilevata rappresentare l'aderenza al PDTA specifico della patologia. (Adesione al Pdta per prestazioni specialistiche persistenza farmaceutica DDD). Presenza della rete di presa in carico del pz cronico. Modalità di accesso N Casi presi in carico da MMG / specialisti/ altro. Tasso di presa in carico dei pazienti fragili o cronici.	Patologia cronica.valutazione conoscenza di outcome. Adesione al PDTA di riferimento.
Caratteristiche epidemiologiche della popolazione. LA Patologia Oncologica	Per tipo di TM rappresentare il dato di Incidenza, prevalenza e mortalità . Accessi alle strutture sanitarie ASST Regionali /extraregione. Confronto situazione provinciale regionale e nazionale . Indicare possibili fattori di rischio e la Correlazione della patologia oncologica rilevata con stili di vita e situazione ambientale. Fonte registro dei tumori . Situazione non inferiore ai 3 anni .	Popolazione residente . Focus patologia oncologica

Caratteristiche epidemiologiche della popolazione- approfondimenti specifici	Rilevare per i residenti del distretto la presenza di Patologie Neurodegenerative Demenza , Autismo DNA (Disturbi della nutrizione e alimentazione) DSA (Disturbi specifici dell'apprendimento) , DGA (Disturbo da gioca d'azzardo). N di indennità di accompagnamento.	Rilevazione di patologie specifiche
Popolazione anziana(≥ 65 anni)	Per residenti che afferiscono alla CdC N Popolazione >65per fascia età e genere con limitazioni funzionali e non autosufficienti che vivono in famiglia.	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali che vivono in famiglia.
Popolazione anziana(≥ 65 anni)	Focus sulla popolazione anziana . Rilevazione della Copertura (indicatore di copertura) della assistenza domiciliare ADI e Servizio di Assistenza Domiciliare : Dotazione di posti letto complessivi e tasso di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali RSA RSD.	Anziani (≥ 65 anni) copertura assistenziale.
Popolazione anziana(≥ 65 anni) La rete dell'offerta	Indicazione dell'offerta in atto . Processo di presa in carico della popolazione anziana. Casistica di riferimento . Presenza (N) Caregiver formali e informali.	Capacità di intercettare i bisogni. Presenza di un processo strutturato per la conoscenza e la presa in carico degli anziani non autosufficienti.
Interventi di prevenzione e risultati	Campagne screening attuate esiti 1 e 2 livello . Adesione: Target di riferimento e risultati (grado di copertura) . Iniziative di educazione sanitaria attuate	Campagne screening attuate esiti 1 e 2 livello . Educazione sanitaria
Interventi di prevenzione e risultati	Rilevazione del piano degli interventi effettuati per: Igiene degli alimenti e nutrizione, Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, Interventi eseguiti per tipo. % rispetto alla domanda complessiva. (grado di copertura- esiti.) Report di Valutazione sullo stato di salute dell'ambiente con riferimento alle produzioni agricole e industriali del territorio e all'inquinamento atmosferico: criticità e rischi per la salute della popolazione .	Stato di salute del territorio
Domanda sanitaria. Ricoveri	Conoscere il n e la tipologia (MDC- DRG) di ricovero (DH/ Ric Ordinario, mix peso medio) in regione e fuori regione , presidio di ricovero in asst e extra asst . Reparto di dimissione . Tipologia di struttura (pubblica/privata).	N ricoveri per comune e distrettuale almeno n 3 annualità
Domanda sanitaria. Prestazioni specialistiche .	N. prestazioni distinte per BRANCA SPECIALISTICA Tipo di prestazione specialistica Descrizione . presidio/Amb di erogazione pubblico privato ASST Presidio. Tempi di attesa	N e tipologia di prestazioni rese ai residenti almeno n3 annualità disponibili

Domanda sociosanitaria	N. accessi alla CdC/Popolazione di riferimento territoriale	Indice di utilizzo della CdC nel territorio. Sarebbe opportuno suddividere le singole tipologie di intervento (infermieristiche, mediche di base / specialistiche, psicologiche, sociali)
Domanda sociosanitaria	N. nuove prese in carico CdC segnalate (da PS, Reparti dimissione, COT, MMG, Servizi sociali, ...)	Capacità di intercettazione dal territorio verso percorsi gestiti da CdC
Domanda sociosanitaria	N.prese in carico domiciliari/ N. accessi CdC	Indice di domiciliarizzazione delle CdC - Utilizzo di rilevazione più precisa degli interventi per diverse professionalità.
Domanda sociosanitaria	N. schede Indicatori fragilità sociale/ N. accessi alla CdC	N. situazioni che richiedono valutazione sociale
Domanda sociosanitaria	N. valutazioni sociali / N. accessi alla CdC	N. valutazioni sociali per situazioni bisogni semplici
Domanda sociosanitaria	N. valutazioni multidimensionali (VMD)/ N. accessi alla CdC	N. situazioni complesse che necessitano di una VMD (IfeC, MMG, AS, specialisti...)
Offerta socio sanitaria (Riferimento delibera 2089/2024)	Mappatura territoriale a livello di distretto dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili per la popolazione dell'area della CdC e modalità d'accesso.	Mappatura
Offerta sociosanitaria	N. interventi per persona presa in carico suddivisi per professionalità e tempi di cura legati ad indice di complessità	Suddivisione organizzativa dei tempi di cura e coerente incremento personale dedicato.
Offerta sociosanitaria e/o sociale	N prese in carico da parte dell'AS / N. casi individuati a seguito di valutazione sociale	N. situazioni che, a seguito di valutazione, aderiscono ad una presa in carico con prevalenti interventi da parte dell'AS
Offerta sociosanitaria	N prese in carico con progetti integrati / N. VMD	N. prese in carico con progetti multiprofessionali (ifec, mmg, AS, specialisti ..)
Offerta sociosanitaria	N casi inviati ad altri servizi/ N. accessi alla CdC	N casi accompagnati/ agganciati ad altri servizi competenti
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL PUA - REPORT TRIMESTRALE.	N accessi . N e ruolo del personale dedicato. N ore giornaliere e gg settimanali di attività. Specificazioni delle richieste.	REPORT TRIMESTRALE.
VALUTAZIONE del servizio di Dimissioni protette	N dimissioni protette attuate / n ricoveri Tot e su popolazione >65 anni- N dimissioni protette attuate per destinazione.	REPORT TRIMESTRALE.
VALUTAZIONE della COT distrettuale	Numero casi gestiti e numero nuove prese in carico da servizi territoriali	REPORT TRIMESTRALE
Associazionimo e volontariato.Coinvolgimento terzo settore (Riferimento delibera 2089/2024).	Mappatura delle associazioni di volontariato e del terzo settore che operano nel territorio per diverse aree di intervento. Loro presenza nella CdC e modalità di contatto	Mappatura

Enti Terzo settore (ETS)	<p>Valorizzazione della coprogettazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. Enti che rispondono all'Avviso per la formazione di un elenco di Enti interessati alla coprogettazione - N. Tavoli di progettazione con ETS / N. Enti in elenco - N. Progetti attivati con ETS 	<p>Promuovere reti e partnership ATS - ASST- ETS</p> <p>Sviluppare coprogettazioni su tematiche e target specifici (Piani di invecchiamento attivo, progetti di socializzazione ed inclusione, progetti sull'autonomia e benessere...)</p>
Enti Terzo settore (ETS)	<p>Raccordo e prossimità con ETS</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. ETS che operano presso la CdC e tipologia di Accordi - N. ore settimanali dedicate 	<p>Favorire accesso e raccordo con gli Spazi di ascolto e orientamento offerti dagli ETS c/o la CdC (Sportelli Vita indipendente/disabilità, Sportelli dei Centri per la famiglia)</p>
<p>Professionisti</p> <p>ETS</p> <p>Associazioni</p>	<p>Focus group tra professionisti, rappresentanti ETS e Associazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. partecipanti ai focus group/ N. soggetti invitati - N. incontri programmati/ N. incontri effettuati 	<p>Promuovere focus group tra figure con competenze diverse (medici, ifec, assistenti sociali, educatori, volontari, esperti per esperienza) ed enti diversi (ASST, Ambiti sociali, ETS, associazioni) per favorire il confronto e modalità collaborative di intervento e di individuazione dei bisogni (anche inespressi) della popolazione del territorio</p>
<p>Cittadini</p> <p>Stakeholder</p>	<p>Incontri ciclici programmati informativi e di promozione della salute su attività CdC, Progetti di salute, Rapporti e dati epidemiologici</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. incontri effettuati per tema - N. partecipanti agli incontri - N. Stakeholder rappresentati / N. Stakeholder invitati 	<p>Informare su servizi offerti e modalità di accesso alla CdC</p> <p>Informare e sensibilizzare su campagne screening, stili di vita salutari, fattori di rischio, gruppi di cammino, ecc.</p> <p>Favorire conoscenza e consapevolezza sullo stato di salute della popolazione e del territorio di riferimento</p>
<p>Cittadini</p> <p>Target specifici</p>	<p>Spazi di ascolto ad accesso libero su tematiche specifiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. persone che accedono per tipo di incontro - N iniziative attuate 	<p>Offrire da parte dei professionisti spazi e momenti di ascolto ai cittadini su temi specifici (violenza di genere, menopausa, adolescenti, dipendenze..) dove poter esprimere bisogni, problematiche, domande</p>
<p>Cittadini</p> <p>Target specifici</p>	<p>Incontri informativi su tematiche di salute e gruppi di mutuo auto aiuto (AMA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. gruppi AMA attivati per tema - N. partecipanti con costanza ai gruppi AMA per tema 	<p>Informare e sensibilizzare su temi specifici (parkinson, demenze, dipendenze patologiche...) e l'opportunità dei Gruppi AMA</p> <p>Promuovere, attraverso i Gruppi AMA di familiari/pazienti che vivono gli stessi problemi, condivisione, sostegno ed empowerment</p>

Cittadini	<p>Indagini di <i>citizen scienze</i> su benessere e stato di salute dei cittadini, organizzazione dei servizi territoriali (facilità di accesso, risposta concreta alle necessità sociali e sanitarie,...)</p> <p>- N. questionari compilati / popolazione di riferimento</p>	<p>Invitare i cittadini ad esprimere opinioni su salute percepita, stili di vita, condizioni sociali, soddisfazione e aspettative sui servizi e suggerimenti di miglioramento ..</p> <p>Attivare i cittadini in una rilevazione e lettura condivisa dei dati e dei bisogni di salute per favorire benessere e un welfare generativo</p>
Caregiver	<p>Indagini di rilevazione del carico di cura dei caregiver</p> <p>- N. questionari compilati</p>	<p>Conoscere e attenzionare i bisogni (carico di cura, stress, risorse) di chi costantemente si occupa di un familiare non autosufficiente</p>

Allegati:

- Piano della salute locale di Lodi.
- Città di Milano: sintesi dei protocolli di collaborazione operativa - realizzati con il coordinamento di ATS Milano Città Metropolitana - tra Comune, ASST e ai fini di realizzare l'integrazione tra servizi sociali e socio sanitari, in favore in particolare delle fasce di popolazione più fragili
- Riflessioni preliminari "Comunità in Salute" ATS Milano e Università di Milano-Bicocca
- Da Citizen Science al potenziale della Civic Science
- Osservazioni relative agli aspetti sociali e comunitari nell'ambito della Casa della Comunità.

Bibliografia:

- Agenas. (2022). *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. (2020). *Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009–2019*. Bologna: Regione Emilia-Romagna, Dossier 269.
- Bifulco, L., Polizzi, E., & Turri, V. M. (2024). La salute: il declino del territorio e l'ascesa del mercato. In L. Bifulco & M. Dodaro (Eds.), *Quale welfare dopo la pandemia* (pp. 141–156). Bologna: il Mulino.
- Bonaldi, C., Celotto, S., Lauriola, P., & Mereu, A. (Eds.). (2021). *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care*. Perugia: Cultura e Salute Editore.
- Casula, M., Terlizzi, A., & Toth, F. (2020). I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 15(3), 307–336.
- Costa, G., & De Luca, F. (2023). Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico. *Autonomie locali e servizi sociali*, 46(1), 101–118.
- Delibera della Giunta Regionale Lombardia XI/6426. (2022). *Attuazione della Legge Regionale 22/2021: rafforzamento del ruolo dei distretti sociosanitari*. Regione Lombardia.
- Decreto Ministeriale n. 77. (2022). *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 144 (22 giugno 2022). [Comprende l'Allegato 1 e il Preambolo.]
- Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021). *Background paper 10: Community involvement*. World Health Organization. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Background-paper-10-community-involvement.pdf>
- Ingrosso, M. (2022). Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità. *Sistema Salute*, 66(1), 11–32.
- Ingrosso, M. (2023). La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità. *Autonomie locali e servizi sociali*, 46(1), 19–40.

- IPOL (Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies). (2023). *Workshop proceedings on COVID-19: EU Crisis Preparedness and Response*. Brussels: European Parliament.
- Legge Regionale 22. (2021). *Riforma del sistema sociosanitario lombardo*. *Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia*, n. 28, luglio 2021. [Art. 7-bis.]
- Lonati, F. (2021). *Che cos'è e cosa fa la Primary Health Care*. In A. Bonaldi, S. Celotto, P. Lauriola, & A. Mereu (a cura di), *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care* (pp. 31–39). Perugia: Cultura e Salute Editore. ISBN 978-88-85595-33-0.
- Mantoan, D., Borghini, A., Fortino, A., Riano, F., Izzi, A., Capolongo, S., Buffoli, M., Gola, M., Brambilla, A., Mangili, S., Brusamolín, E., Arruzzoli, S., & Yu, Y. (2022). *Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità*. *Quaderno di MONITOR (Supplemento alla rivista semestrale)*, Agenas, agosto 2022. ISSN 2282-5975.
- Neri, S., & Vicarelli, G. (2023). Programmazione delle Case della Comunità e modelli sanitari regionali: Lombardia e Marche a confronto. *Autonomie locali e servizi sociali*, 46(1), 41–60.
- Pesaresi, F. (2022). Le Case della Comunità: Come saranno. Aggiornamento al D.M.S. n. 77/2022. *I luoghi della cura online*, 3/2022, 19 luglio 2022. <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/07/le-case-della-comunita-come-saranno-aggiornamento-al-decreto-del-ministro-della-salute-n-77-2022/>
- Pletti, L. (2021). Ruolo e organizzazione dei distretti sociosanitari. In A. Bonaldi, S. Celotto, P. Lauriola, & A. Mereu (Eds.), *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care* (pp. 55–62). Perugia: Cultura e Salute Editore.

ALLEGATI

Allegati 1.

DELIBERA DI GIUNTA COMUNALE NUMERO 36 DEL 05/03/2025

OGGETTO:

PIANO LOCALE DELLA SALUTE 2025 DELLA CITTA' DI LODI – PRESA D'ATTO

L'amministrazione comunale con proprio atto G.C. n. 36/2025 ha inserito il Piano della Salute Locale 2025 tra i documenti strategici dell'Ente riconoscendo la salute dei cittadini quale bene pubblico da tutelare.

<https://www.comune.lodi.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/12333>



INDICE

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO TANTI PROBLEMI - POCHE SOLUZIONI	PAG 6
IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE 2025	PAG 8
IL RUOLO DEL COMUNE DI LODI	PAG 11
L'INFORMAZIONE: UN DIRITTO PER IL COMUNE, PER I CITTADINI E LE CITTADINE	PAG 11
CONFRONTO E COLLABORAZIONE CON ASST e ATS. PROPOSTE E ATTESE	PAG 12
I CONTENUTI DEL PIANO	PAG 15
I CONTENUTI DEL PIANO: ANALISI E PROPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO: LA DOMANDA DI SALUTE	PAG 15
• Analisi dei ricoveri ospedalieri - prestazioni specialistiche-tempi di attesa.	PAG 17
• La prevenzione primaria e secondaria e la patologia oncologica SINTESI	PAG 22 PAG 38
• La medicina di genere	PAG 39
• La cronicità e la gestione delle patologie croniche SINTESI	PAG 41 PAG 51
• Gli anziani la popolazione dimenticata SINTESI	PAG 52 PAG 70
• Persone con disabilità - disagio psichico - dipendenze SINTESI	PAG 73 PAG 79
• Dove mi curo? Quale struttura sanitaria è adatta al mio caso?	PAG 81
• Casa della comunità. Perché' una casa della comunità, quale configurazione, quale approccio e quale funzionamento SINTESI	PAG 89 PAG 96
• Considerazioni/richieste particolari pervenute dall'Unione italiana ciechi e ipovedenti di Lodi (Uici-Lodi) e dai rappresentanti delle comunità straniere	PAG 97
IL NOSTRO IMPEGNO PER MIGLIORARE LA SANITÀ LOCALE. IL FUTURO PIANO DI LAVORO	PAG 99

Allegato 2.

Accordi di collaborazione interistituzionale per favorire una presa in carico multidimensionale

Pamela Moser, ASST Fatebenefratelli Sacco, Direzione Socio Sanitaria

Città di Milano: protocolli di collaborazione operativa - realizzati con il coordinamento di ATS Milano Città Metropolitana - tra Comune, ASST e ai fini di realizzare l'integrazione tra servizi sociali e socio sanitari, in favore in particolare delle fasce di popolazione più fragili

Una sintesi dei contenuti

1. Attuazione integrazione socio-sanitaria nei Distretti e nelle strutture territoriali previste dal DM77/2022 –

Il **protocollo d'intesa** tra l'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano (**ATS Milano**), il **Comune di Milano**, e le **Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) di Milano**: Fatebenefratelli Sacco, Santi Paolo e Carlo, e Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ha come obiettivo principale l'attuazione dell'**integrazione sociosanitaria** nei distretti della città, attraverso la definizione di **modelli organizzativi di collaborazione** tra i professionisti delle ASST e dei Servizi Sociali del Comune, in particolare all'interno delle Case di Comunità. Il protocollo, in vigore fino al **31/12/2026**, include **allegati** che dettagliano il **processo di integrazione**, gli strumenti di **valutazione congiunta**, e i format per il **monitoraggio** delle attività.

Obiettivi specifici del protocollo:

- a. **Condivisione Informativa** di informazioni relative ai servizi sociali e sociosanitari, incluse indicazioni su destinatari, orari, requisiti di accesso, e contatti per l'utente e per il professionista. Questa attività viene realizzata, in parte, tramite l'utilizzo e aggiornamento di un **repository informativo**.
- b. **Modello Organizzativo di Integrazione** che si realizza, anche **in presenza all'interno delle Case di Comunità (CdC)**, e prevede lo svolgimento di incontri e valutazioni congiunte; l'utilizzo di una scala di valutazione del bisogno condivisa; lo svolgimento di attività di presa in carico integrate e coerenti con il livello di complessità dell'utente intercettato. In particolare l'integrazione riguarda i professionisti dei distretti ASST e i professionisti dei Servizi Sociali del Comune di Milano per la gestione dei casi con bisogno sociosanitario e sociale. Tale modello prevede la **presenza fisica degli Assistenti Sociali del Comune di Milano all'interno delle Case di Comunità (CdC)**; **l'adozione di una scala di valutazione del bisogno sociale condivisa**, che permette di classificare il bisogno dell'utente come "semplice" o "complesso", **l'adozione di una scheda comune di riepilogo degli interventi che si intendono attivare** a seguito della valutazione del bisogno

Il **monitoraggio periodico** delle azioni **spetta specificamente ad ATS Milano**, che si avvale di strumenti condivisi per raccogliere i dati e predisporre un report per tutte le parti coinvolte (Questionario di gradimento del Repository - Format Excel di rendicontazione mensile relativo alla casistica sociale intercettata nel front office PUA e alle attività svolte durante incontri interistituzionali/attività di back office in CdC).

2. Protocollo operativo tra ATS della Città Metropolitana di Milano – Comune di Milano – ASST di Milano per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Il **Protocollo Operativo** stipulato tra l'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano (ATS Milano), il Comune di Milano e diverse Aziende Socio Sanitarie Territoriali di Milano (ASST), Fatebenefratelli Sacco, Santi Paolo e Carlo, e Grande Ospedale Metropolitano ha lo scopo principale di stabilire una **collaborazione strutturata** per il corretto funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**. L'UVM è incaricata di realizzare l'**integrazione sociosanitaria**, valutando e progettando interventi per persone non autosufficienti o con disabilità.

Definisce i ruoli, le responsabilità delle parti e le procedure operative per l'UVM, inclusi gli **strumenti di valutazione**.

Inoltre, dedica ampio spazio alla disciplina del **trattamento e scambio dei dati personali e sanitari** tra i soggetti firmatari, agendo come Titolari Autonomi, in conformità con il GDPR.

L'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** ha come obiettivo primario la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria per la valutazione e la progettazione a sostegno delle persone non autosufficienti o con disabilità.

Le principali attività e finalità dell'UVM, come specificate nel Protocollo Operativo, sono le seguenti:

- 1. Valutazione e Progettazione Integrata:** Realizzare l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria per la valutazione e la progettazione a supporto delle persone non autosufficienti o con disabilità. Questa attività riguarda l'applicazione di diverse misure, tra cui B1, B2, Progetti ex L.112/2016 (Fondo Dopo di Noi), Progetti Vita Indipendente, Progetti ex art. 14 della L. 328/2000, e qualsiasi altra misura eventualmente prevista.
- 2. Rilevazione del Profilo Funzionale:** Rilevare il profilo funzionale, che deve essere integrato dalla valutazione sociale. Questa valutazione sociale si riferisce al contesto relazionale e di vita della persona. L'UVM deve considerare sia le dimensioni a carattere sociale e socio-assistenziale, sia quelle sociosanitarie della persona con disabilità, anche in relazione al suo nucleo familiare.
- 3. Elaborazione del Progetto Individuale:** Elaborare il Progetto Individuale basandosi sugli esiti della valutazione multidimensionale. Nella stesura del Progetto Individuale, l'UVM deve tenere in considerazione le abilità e capacità residue della persona, nonché le sue aspettative e motivazioni, in tutte le dimensioni del vivere quotidiano.
- 4. Monitoraggio:** Effettuare il monitoraggio in base alle indicazioni normative o alle specificità dei singoli progetti individuali.

All'interno del Protocollo sono stati definiti i ruoli dei firmatari, in particolare:

- ✓ Ruolo dell'ATS Milano (Agenzia di Tutela della Salute): supervisione, monitoraggio e facilitazione del processo di integrazione sociosanitaria:
- ✓ Ruolo delle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali): attuazione degli interventi e coordinamento operativo sanitario della UVM: convocazione UVM, disponibilità degli operatori sociosanitari che compongono l'équipe UVM, stesura e gestione documentale: stesura del Verbale della seduta di UVM, stesura del Progetto Individuale per i casi presentati, in condivisione con l'Unità Milano Welfare Territoriale (Comune), conservazione dei Progetti Individuali nel fascicolo personale del cittadino; supporto sanitario al personale del Comune per la condivisione di un punteggio idoneo nella Scheda di Accesso in caso di dubbi su questioni sanitarie.
- ✓ Ruolo del Comune di Milano: (attraverso la Direzione Welfare e Salute - DWS) garantisce l'integrazione sociale e assistenziale e svolge un ruolo chiave nella gestione del flusso di accesso; fornisce gli operatori sociali delle Unità Milano Welfare Territoriali che fanno parte dell'équipe UVM, Case Management e Istruttoria: la/il Case Manager (solitamente un Assistente Sociale) è

responsabile dello Schema di presentazione del caso, si occupa della precompilazione della Scheda di Accesso (ex Triage) insieme alla persona con disabilità o al familiare; l'Unità Milano Welfare Territoriale trasmette al Servizio ASST una sintesi esaustiva dei casi proposti prima di ogni seduta di UVM.

3. Protocollo operativo tra Milano, Comune di Milano, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Gaetano Pini, Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico per le dimissioni protette.

L'obiettivo del protocollo è migliorare l'**integrazione sociosanitaria** nel processo di dimissione ospedaliera, facilitando la presa in carico integrata dei pazienti e definendo responsabilità e modalità operative condivise tra le parti. La durata prevista è fino al 31 dicembre 2027.

Nell'allegato 1 del protocollo si dettaglia il funzionamento operativo del processo di dimissione protetta in relazione a tipologia di dimissione e casistiche particolari.

Attivazione di Dimissione Ordinaria Si riferisce alla dimissione di soggetti che non richiedono un particolare impegno per l'organizzazione della dimissione. La dimissione ordinaria si applica a soggetti disabili, anziani e fragili che necessitano soltanto di informazione e orientamento da parte del personale ospedaliero verso interventi sociosanitari e/o socioassistenziali territoriali.

Attivazione del Percorso di Dimissione Protetta al Domicilio Si attiva quando emergono problemi legati a situazioni cliniche e/o socio-assistenziali complesse che richiedono una pianificazione della dimissione. Si applica ai soggetti per i quali emerge la necessità di una presa in carico socioassistenziale o sociosanitaria al domicilio. La dimissione protetta al domicilio è gestita senza la necessità di inserimento in una struttura residenziale. La casistica specifica include i casi in cui, pur non richiedendo l'inserimento in struttura, è necessaria una continuità di cure e supporto familiare/sociale o una rete non idonea, che richiede l'attivazione del supporto a domicilio.

Attivazione del Percorso di Dimissione Protetta presso Struttura Residenziale Sociosanitaria o Sociale Questo percorso è rivolto a soggetti che, in ragione delle loro condizioni cliniche e/o assistenziali, o perché privi di rete familiare/sociale, richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative sociosanitarie e/o socio-assistenziali. Il rientro a domicilio non è ritenuto appropriato. Questo livello di attivazione può riguardare: Strutture di Cure Intermedie e/o riabilitazione sanitaria; Strutture residenziali sociosanitarie/socioassistenziali (come RSA, RSD, CSS, Comunità Alloggio per Disabili, Comunità Alloggio Sociale Anziani, Alloggi Protetti per Anziani).

Per quanto riguarda il focus specifico sull'integrazione con il sociale, gli impegni operativi del Comune di Milano nella gestione dei percorsi di dimissione protetta sono nello specifico su dimissione al domicilio e dimissione presso struttura residenziale.

- ✓ Attivazione del Servizio Sociale Comunale nella dimissione al domicilio: quando emerge la necessità di una presa in carico socioassistenziale o sociosanitaria al domicilio, l'Assistente Sociale del Comune ha i seguenti compiti: ricezione della segnalazione, risposta e prima valutazione: L'Assistente Sociale del Comune, entro 72 ore dalla ricezione della richiesta via e-mail di segnalazione, deve rispondere confermando la ricezione e la presa in carico del caso, colloquio/visita: l'assistente sociale deve condurre un colloquio congiunto e/o una visita in ospedale (o al domicilio) finalizzata a una prima valutazione della situazione. Questa valutazione è volta a individuare il percorso assistenziale più appropriato e deve avvenire entro 5 giorni lavorativi per anziani e persone con disabilità noti ai servizi sociali, ed entro 7 giorni lavorativi per i casi non conosciuti. Attivazione Interventi: Il Comune si impegna a procedere alle necessarie domande di attivazione degli interventi/servizi richiesti, assistendo eventualmente l'interessato o un familiare nel completamento di tali domande.

Superamento limiti: se l'eventuale superamento della soglia reddituale non costituisce limite alla presa in carico, la prestazione comunale deve comunque avvenire in presenza di limiti economici previsti dal Comune di Milano per l'accesso e la compartecipazione ai servizi.

- ✓ Gestione dell'Inserimento Residenziale: nel caso di dimissione protetta verso una struttura residenziale sociosanitaria o sociale: in caso di richiesta di accesso in RSA, per persone che possono accedere al contributo economico del Comune, l'Unità Residenzialità Disabili e Anziani del Comune inserisce le richieste in lista d'attesa e si impegna a riservare alle dimissioni protette per persone anziane almeno tre posti nelle programmazioni dei budget mensili in RSA. La comunicazione della accettazione della richiesta deve avvenire entro 7 giorni lavorativi (o 10 giorni lavorativi per le richieste complesse).

Il protocollo prende poi in considerazione anche alcuni casi particolari quali quelli di minori e adulti disabili/Fragili e pazienti in grave marginalità (Homeless) che richiedono attenzioni e percorsi operativi dedicati.

Allegato 3.

Riflessioni preliminari sulla ricerca "Comunità in Salute" (CIS) coordinata dal professor Emanuele Polizzi del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli studi di Milano-Bicocca.

Scritto da Vanessa Mascia Turri, PhD_Giugno 2025

Con il presente documento desidero condividere con i partecipanti del Gruppo 6, relativo all'individuazione di indicatori di salute, di presa in carico e di attivazione comunitaria, alcune mie riflessioni preliminari relative alla ricerca che sto conducendo per l'Università di Milano-Bicocca su tre Case della Comunità (CDC) dell'ATS di Milano.

Premetto che il progetto di ricerca, denominato **CIS – Comunità in Salute** e finanziato da ATS Milano, è appena iniziato; pertanto, le considerazioni che seguono sono frutto di una mia indagine preliminare. Non posso ancora parlare di risultati consolidati, poiché l'attività di raccolta dei dati sul campo è appena stata avviata.

La nostra ricerca si concentra su tre CDC dell'ATS Milano:

- la prima situata in territorio urbano,
- la seconda nell'hinterland milanese,
- la terza in un'area agricola.

Abbiamo scelto tali contesti per valutare l'impatto delle variabili territoriali sugli esiti delle tre CDC. È necessario sottolineare, tuttavia, che le CDC oggetto della nostra indagine sono state selezionate direttamente da ATS, introducendo quindi un bias strutturale: risulta infatti evidente che ATS abbia selezionato tre strutture relativamente innovative rispetto al panorama lombardo.

Prime considerazioni

In tutte e tre le CDC analizzate emerge un profondo sforzo, da parte dei direttori di distretto e dei coordinatori dei servizi, di implementare la riforma, soprattutto sul piano amministrativo. A

differenza di altre Regioni, la Lombardia ha smantellato negli ultimi decenni i distretti socio-sanitari. Poiché la riforma delle cure primarie, definita dal DM 77/2022, prevede un modello di sanità territoriale organizzato attorno all'unità amministrativa del Distretto Socio-Sanitario, le autorità territoriali lombarde sono ora costrette a un complesso processo di ridefinizione e riorganizzazione della struttura amministrativa del sistema sanitario regionale.

Questa riorganizzazione sta avvenendo attraverso un coordinamento multilivello (Regione → ATS → ASST → distretti), che si traduce in una serie di tavoli permanenti, sia a livello regionale che a livello di ATS e ASST, finalizzati a fornire linee guida per la riorganizzazione amministrativa. Va evidenziato che né la normativa nazionale né quella regionale prevedono risorse per l'assunzione di nuovo personale amministrativo. Le ASST e i distretti si trovano pertanto a dover organizzare i servizi delle CDC con il personale amministrativo già in forza, affrontando un notevole carico aggiuntivo.

Attualmente, in tutte e tre le CDC analizzate, la situazione è ancora in divenire: molte funzioni amministrative si sovrappongono tra diversi uffici; il personale delle CDC è gestito da strutture differenti, creando difficoltà nell'organizzazione di ruoli e attività per i professionisti coinvolti. Questa fase di riorganizzazione assorbe ancora molte energie interne alle CDC. Inoltre, a tali difficoltà amministrative si aggiunge la difficoltà, comune a tutte e tre le CDC, di reperire nuovo personale sanitario da assegnare alle strutture.

Sistema informativo e gestione dei dati

Le tre CDC analizzate utilizzano sistemi e piattaforme differenti per la raccolta dei dati. La Regione Lombardia ha affidato ad ARIA S.p.A. l'elaborazione di un'infrastruttura digitale regionale finalizzata alla raccolta dei dati clinici e sociali delle popolazioni di riferimento, con l'obiettivo di orientare l'offerta sociosanitaria sui bisogni emergenti delle comunità. Tuttavia, il Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT), pensato per raccogliere i dati sulle determinanti sociali e cliniche della salute e per essere utilizzato da tutti i professionisti coinvolti nelle CDC (assistenti sociali, MMG, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità, ecc), non è ancora pienamente operativo.

Di conseguenza, ciascuna CDC utilizza i propri strumenti di raccolta dati, basati sull'esperienza pregressa. I dati vengono poi caricati sulla piattaforma SGDT, con un'eccessiva duplicazione degli sforzi e un aggravio di lavoro per i professionisti. Inoltre, i distretti socio-sanitari non hanno accesso diretto ai dati raccolti: questi vengono inviati ad ARIA S.p.A. e successivamente restituiti ai territori solo su richiesta. Nella pratica, quindi, i distretti non possono ancora utilizzare in modo tempestivo i dati da loro raccolti per la programmazione delle attività delle CDC.

Offerta dei servizi e criticità operative

Le CDC attualmente osservate derivano per lo più da ex poliambulatori trasformati in CDC, che offrono gli stessi servizi precedenti arricchiti, in modo variabile, da nuovi servizi. I direttori di distretto incontrati stanno investendo molte energie personali e risorse territoriali per arricchire l'offerta dei servizi e adeguarla agli standard richiesti dal DM 77/2022.

Questi tentativi, tuttavia, si scontrano con:

- difficoltà diffuse nel reperire personale sociosanitario da assumere a livello distrettuale,
- assenza di reti di collaborazione pregresse con gli attori pubblici e privati locali,
- cronica carenza di personale amministrativo.

Di conseguenza, le tre CDC stanno evolvendo secondo percorsi di *path dependency*, cercando di valorizzare le risorse, le pratiche e le relazioni già esistenti sul territorio. A mio parere, il raggiungimento degli standard definiti dal DM 77/2022 dipenderà molto dal livello di entusiasmo e di impegno dei direttori di distretto e dei dirigenti delle ASST nei confronti della riforma delle cure primarie.

È inevitabile, infatti, che una riforma calata dall'alto come questa incontri resistenze da parte del personale clinico, amministrativo e sociosanitario già attivo sul territorio. Di fronte a queste resistenze, solo quelle dirigenze capaci di promuovere una reale adesione al cambiamento potranno contribuire a rinnovare il sistema delle cure territoriali, come richiesto dalla riforma. In assenza di tali sforzi, è verosimile che le CDC non si discosteranno in modo significativo dai poliambulatori precedenti al 2022.

Conclusioni preliminari

In conclusione, sulla base delle osservazioni preliminari raccolte, posso affermare che ci troviamo all'inizio di un lungo e complesso processo di cambiamento. È altamente probabile che i risultati saranno molto eterogenei nei diversi territori, poiché gli esiti delle CDC dipendono da molteplici fattori: da un lato le scelte strategiche della governance sociosanitaria regionale e locale, dall'altro l'impegno delle comunità locali e la volontà dei diversi attori territoriali di investire nei processi di coprogettazione delle attività delle CDC.

Riflessioni per il lavoro del Gruppo 6

Per quanto riguarda l'obiettivo del nostro gruppo, ribadisco quanto già detto durante la nostra prima riunione: prima di individuare degli indicatori di salute, sarebbe necessario accordarsi su quale definizione di "salute" adottare. Questo concetto viene infatti declinato in modo differente nei vari testi normativi che implementano la riforma (Missione 6 PNRR, DM 77/2022, leggi regionali), dunque la normativa non ci aiuta in questo.

Se decidessimo di adottare una definizione olistica di salute, come quella proposta dall'approccio *One Health* e richiamata dal PNRR, ciò ci consentirebbe di includere nel nostro sistema di valutazione dimensioni variegata quali:

- continuità delle cure tra sanitario e sociale,
- coinvolgimento comunitario,
- condizioni cliniche individuali,
- determinanti sociali della salute (stato economico, abitativo, familiare),
- condizioni ambientali (aria, suolo, ecc.)
- e via dicendo..

Tuttavia, va considerato che quanto più amplieremo la definizione di salute alle sue determinanti sociali e ambientali, tanto più complesso diventerà reperire dati adeguati per portare avanti la

nostra valutazione. Le stesse autorità pubbliche, infatti, non sono ancora in grado di raccogliere e rielaborare in modo sistematico tali dati.

Come già proposto durante la nostra riunione, ritengo che sarebbe auspicabile che l'Istituto di Ricerca Mario Negri, con la propria autorevolezza e riconosciuta credibilità scientifica, si facesse promotore di un'interlocuzione diretta con ARIA S.p.A. o con la Regione (che possiede e di fatto dirige Aria S.p.A.) per richiedere l'accesso ai dati sociosanitari raccolti dai distretti lombardi di nostro interesse. È plausibile che, di fronte a una richiesta avanzata dall'Istituto Mario Negri, ARIA S.p.A. e Regione Lombardia possano accogliere più favorevolmente l'istanza e favorire la condivisione di tali dati.

Allegato 4.

Da Citizen Science al potenziale della Civic Science

MARTA MORONI, CSV MILANO

1. Cos'è la Citizen Science

La **citizen science**, o scienza partecipativa, è un paradigma di ricerca che prevede il coinvolgimento attivo di cittadini non esperti nella **raccolta, analisi e talvolta nell'interpretazione dei dati scientifici**. Agisce da ponte tra esperti e comunità, promuovendo consapevolezza sociale, condivisione e democrazia della conoscenza (

Citizen Science e Civic Science: dal dato all'indicatore di salute comunitaria

Quando parliamo di **citizen science** pensiamo a progetti in cui i cittadini partecipano alla produzione di conoscenza scientifica. In molti casi si tratta di raccogliere dati ambientali – centraline per monitorare l'aria, segnalazioni di specie animali, rilevazioni su consumo di suolo – ma questo approccio si sta diffondendo anche in campi legati alla **salute**.

La forza della citizen science è duplice: da un lato permette di **moltiplicare i dati disponibili**, dall'altro crea **consapevolezza ed empowerment** nelle persone che partecipano. Quando un cittadino misura l'inquinamento davanti a casa sua, o registra i sintomi in un diario condiviso, non sta semplicemente fornendo un'informazione: sta **legando la propria esperienza personale a un sapere collettivo**, che può incidere sulle politiche e sulle pratiche dei servizi.

Dal dato all'indicatore: il processo di attivazione

Un progetto di citizen science, soprattutto in ambito sanitario e sociale, non è mai solo "raccolta dati". È un **processo di attivazione comunitaria** che attraversa più fasi.

1. **Progettazione** **condivisa**
 Si parte da un problema sentito – ad esempio l’aumento di malattie respiratorie in una zona con traffico intenso, o la diffusione di zanzare potenzialmente portatrici di virus. Già in questa fase si costruisce un patto: la ricerca non è calata dall’alto, ma risponde a un bisogno espresso dalla comunità.
2. **Ingaggio** **e** **formazione**
 I cittadini vengono coinvolti e resi consapevoli del valore del loro contributo. È un passaggio cruciale: se le persone comprendono **perché raccolgono quei dati e a cosa serviranno**, la motivazione cresce. Si tratta di trasformare i cittadini in co-ricercatori, capaci di osservare e documentare in modo affidabile.
3. **Implementazione** **sul** **campo**
 Entrano in gioco strumenti semplici ma efficaci: app su smartphone, diari della salute, questionari digitali, piccoli sensori a basso costo. La facilità d’uso è fondamentale per garantire la partecipazione e la continuità.
4. **Raccolta** **e** **documentazione**
 I dati prodotti non sono solo numeri. Possono includere **percezioni di benessere**, descrizioni del contesto, testimonianze dirette. Questo allarga il concetto di “dato di salute”: non più solo il referto medico, ma anche la percezione che le persone hanno del proprio corpo e del proprio ambiente.
5. **Lettura** **e** **interpretazione**
 Qui la citizen science fa un salto: i dati raccolti vengono restituiti alla comunità e analizzati insieme agli esperti. La lettura condivisa permette di evitare che rimangano “freddi numeri” e li trasforma in **indicatori significativi**. È diverso dire “PM10 sopra i limiti” o “i bambini del quartiere hanno il 30% in più di bronchiti”: nel secondo caso il dato diventa immediatamente rilevante per la salute pubblica.
6. **Conclusioni** **e** **impatto**
 Gli indicatori elaborati attraverso citizen science non restano nel cassetto: possono orientare politiche locali, campagne di prevenzione, decisioni dei servizi sanitari. La restituzione chiude il cerchio: i cittadini non solo hanno contribuito, ma vedono che il loro impegno produce cambiamento.

Alcune esperienze italiane

- **Cittadini per l’Aria (Milano)**: migliaia di persone hanno installato centraline per misurare l’inquinamento atmosferico. I dati hanno arricchito gli indicatori ambientali, collegandoli agli impatti sulla salute respiratoria e cardiovascolare.
- **Mosquito Alert Italia**: attraverso una app, i cittadini segnalano la presenza di zanzare invasive. Queste informazioni sono fondamentali per la prevenzione di malattie trasmesse da vettori, permettendo di anticipare interventi di sanità pubblica.
- **ComunitAria (Colleferro)**: progetto di monitoraggio dell’aria che ha reso i cittadini non solo osservatori, ma attivatori di un percorso di consapevolezza sui rischi sanitari legati all’inquinamento industriale.

- **CITYBLE**: una ricerca sul benessere urbano che integra dati oggettivi e percezioni soggettive, mostrando come la qualità della vita in città non dipenda solo da indicatori economici, ma anche da dimensioni sociali e psicologiche segnalate direttamente dai cittadini.

Civic Science: uno sguardo in avanti

La **civic science** rappresenta l'evoluzione di questo percorso. Non solo cittadini che raccolgono dati, ma comunità che **partecipano alla definizione degli indicatori stessi**: decidono quali aspetti del benessere misurare, interpretano i risultati insieme agli esperti, co-progettano risposte con istituzioni e servizi sanitari.

Questo passaggio è cruciale per gli **indicatori di salute**.

- Oggi, molti indicatori sono centrati sulla dimensione clinica: mortalità, prevalenza di malattie, accesso a prestazioni.
- Con la civic science, possono emergere indicatori nuovi: **quanto le persone si sentono sostenute dalla comunità, quanto riescono a prendersi cura di sé, quanto percepiscono fiducia nei servizi**.

Sono dimensioni meno misurabili, ma essenziali per capire davvero lo stato di salute di una comunità e la qualità della presa in carico.

Conclusione

Integrare citizen e civic science negli indicatori di salute significa riconoscere che la salute non è solo un fatto clinico individuale, ma un **bene comunitario**.

- La citizen science ci fornisce dati diffusi e partecipati.
- La civic science ci apre alla possibilità che siano le stesse comunità a **definire quali aspetti della salute contano** e come vogliono misurarli.

In questo senso, gli indicatori non sono più solo strumenti di monitoraggio tecnico, ma diventano **patti di corresponsabilità**: tra cittadini, istituzioni e servizi.

Riferimenti utili

Associazioni

- **Associazione Citizen Science Italia ETS** – Il 17 febbraio 2023, presso l'orto botanico di Roma, formalmente costituita nel 2023 con lo scopo di promuovere e valorizzare la Citizen Science in Italia, rappresentando la comunità italiana di Citizen Science a livello nazionale e internazionale e facilitando la comunicazione tra scienziati, decisori politici e cittadini: [Citizen](#)

[Science Italia](https://www.citizenscience.it/working-group-salute) e il suo Gruppo di lavoro sulla salute: <https://www.citizenscience.it/working-group-salute>

Esperienze

- **Cittadini per l’Aria** – Milano (monitoraggio della qualità dell’aria) ([Wikipedia](#), [Rigeneriamo il territorio](#), [A Sud](#))
- **Mosquito Alert Italia** – Segnalazione zanzare invasive via app ([Rigeneriamo il territorio](#))
- **ComunitAria** – Monitoraggio dell’aria a Colleferro ([A Sud](#))
- **RomaUp** – Monitoraggio partecipato del territorio romano ([A Sud](#))
- **CITYBLE** – Citizen science per benessere sociale urbano ([Secondo Welfare](#))

Articolo

- [Rigeneriamo il territorio](#)

Allegato 5.

Osservazioni relative agli aspetti sociali e comunitari nell’ambito della Casa della Comunità di Maddalena Bellagente*, Elena Pessina* - dicembre 2025

Introduzione

Diversi studi¹ hanno posto l’accento sul concetto di salute multifattoriale e multidimensionale dimostrando quanto le variabili ambientali, sociali, economiche e culturali possano, insieme ai fattori genetici ed allo stile di vita, influenzare lo stato di salute e i bisogni di assistenza ed i programmi di sanità pubblica promuovono sempre più una visione olistica della salute (approccio one health).

In particolare, la Casa della Comunità (CdC) per il modello organizzativo intersettoriale, multiprofessionale e comunitario previsto, esprime un concetto di salute che riconosce la dimensione sociale della persona e della comunità nei percorsi di promozione della salute, valutazione dei bisogni e presa in carico che, quando necessario, deve essere integrata.

Questa *vision* della salute richiama la necessità di conoscere il contesto e le caratteristiche epidemiologiche e sociali del territorio in cui opera la CdC, e quindi di disporre di banche dati e flussi informativi da cui ricavare informazioni e indicatori utili alla lettura e analisi dei bisogni, ma anche di interagire con la comunità di riferimento per facilitare processi comunicativi circolari ed azioni condivise fra istituzioni e cittadini.

Ciò che differenzia la CdC dal non essere solo un presidio della sanità territoriale è infatti la funzione (prevista tra quelle obbligatorie) di **Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-**

*Assistenti sociali specialiste

¹ I determinanti della salute di Michael Marmot [La salute disuguale: la lezione di Sir Michael Marmot](#)
[«La salute disuguale fa male a tutti. Ognuno deve agire per migliorarla» - Corriere.it](#)

produzione e l'accesso alle informazioni rispetto sia all'offerta di servizi, sia allo stato di salute della popolazione, è condizione essenziale per favorire accountability, trasparenza e partecipazione.

Per comprendere le caratteristiche ed i bisogni di salute di un territorio e favorire processi partecipati, occorre innanzitutto condividere con gli stakeholder dati e analisi epidemiologiche ricavate dai flussi delle prestazioni, ma anche individuare forme di coinvolgimento delle persone - anche quelle che, per varie ragioni, non accedono ai servizi- per intercettare bisogni inespressi e promuovere alleanze e reti tra professionisti e cittadini nella prospettiva di un welfare generativo.

Queste esigenze sono contenute nel *DM 77 (2022)* e nelle *Linee di indirizzo* relative alla CdC (Agenas 2024) quando, da un lato, descrivono il modello di *stratificazione della popolazione per livelli di cronicità -semplice e complessa-* e *bisogno assistenziale* quale strumento conoscitivo per orientare le priorità di intervento verso le persone con patologie croniche e condizioni di fragilità, e dall'altro sollecitano programmi di promozione della salute ed interventi di sanità di iniziativa in ottica preventiva.

1. Banche dati e flussi informativi sociosanitari e sociali per l'elaborazione di indicatori di salute

Se come dimostrato la dimensione sociale incide sul benessere della persona e della comunità, occorre individuare le fonti che consentano di rilevare tali aspetti e metterli in relazione con dati clinici e assistenziali.

Mentre dal punto di vista strettamente sanitario esistono piattaforme omogenee di rilevazione della domanda di salute rispetto anche al sistema di offerta, oltre una consolidata prassi di elaborazione e studio di dati ed indicatori a fini epidemiologici, più difficile risulta la rilevazione e l'aggregazione dei flussi relativi alla domanda sociale, nonché la messa in relazione di questi dati con quelli clinici ed assistenziali, condizioni necessarie per individuare indicatori utili ed analizzare l'incidenza della componente sociale sui bisogni di salute e di presa in cura.

La disomogeneità degli strumenti di rilevazione dei dati sociali utilizzati dagli Ambiti territoriali sociali e Servizi sociali Comunali costituisce, infatti, una criticità rilevante perché rende difficile la comparabilità dei dati, ostacolando una lettura integrata dei bisogni e delle risposte attivate. Inoltre, la mancanza di interoperabilità tra le banche dati del sistema sociale degli Ambiti e sistema sanitario e sociosanitario di ATS e ASST limita la possibilità di costruire percorsi personalizzati e continui per le persone, soprattutto quelle più fragili.

Queste problematiche, oltre a non favorire una lettura integrata dei bisogni di salute, hanno ricadute negative sulla capacità di pianificazione strategica, sulla valutazione dell'efficacia degli interventi, nonché sulla trasparenza nei confronti della cittadinanza.

È quindi necessario ed auspicabile investire in sistemi uniformi di rilevazione del bisogno sociale (es. utilizzo da parte di tutti gli Ambiti della Cartella sociale informatizzata), formare adeguatamente gli operatori per garantire una raccolta dati coerente, utile e rispettosa della privacy e trovare sistemi di interoperabilità tra banche dati del sistema sociale e quelle del sistema sanitario e sociosanitario.

Inoltre, è importante che i flussi informativi siano intesi non solo come rendicontazioni prestazionali, ma come strumenti che orientano l'analisi dei processi e l'appropriatezza dei percorsi di cura.

Stante queste osservazioni, si segnala di seguito un elenco, esemplificativo e non esaustivo, di flussi sociosanitari e sociali che, se resi compatibili con banche dati dei flussi sanitari (accessi al PS, ricoveri in H, patologie, invalidità, ecc.) e incrociati con dati demografici (popolazione anziana, flussi migratori, nuclei monofamiliari, ecc.) potrebbero fornire indicatori utili per analizzare l'incidenza dei determinanti sociali sui bisogni di salute e di presa in cura.

Flussi informativi sociosanitari e sociali relativi alla domanda/offerta di salute – Alcuni esempi

Target	Flussi dati	Fonte
Domanda sociosanitaria	Ricoveri in strutture residenziali e semi residenziali (RSA, RSD, CDI..) Fruitori Misure regionali (B1, RSA aperta ..) Assistiti ADI, ADI-SAD, Cure Palliative Osservatorio Dipendenze (per giocatori d'azzardo) Valutazioni multidimensionali/liste di attesa a strutture e misure	ATS, ASST, Ambiti territoriali sociali
Domanda sociale	Fruitori Misure regionali (B2 ..) Fruitori SAD, pasti a domicilio, trasporto agevolato In carico al Servizio sociale territoriale (cartella sociale informatizzata)	Ambiti sociali, Comuni
Offerta sociosanitaria	UdO e servizi sociosanitari pubblici e privati (RSA, Consulteri ...) Sperimentazione Centri per la famiglia	ATS, ASST, Ambiti sociali
Offerta sociale	Sportelli informativi, Uffici di segretariato sociale professionale, Centri diurni, Centri sociali per anziani, Centri socioeducativi per disabili, Centri di aggregazione giovanile, Asili nido	Ambiti sociali, Comuni
Terzo settore e Associazionismo	Gruppi di volontariato, Associazioni di pazienti, Associazioni di familiari, Cittadinanza attiva	ATS, Distretti ASST, Ambiti sociali, Forum del terzo settore, CSV

2. La dimensione sociale e comunitaria nelle funzioni della Casa della Comunità

La CdC, struttura pubblica del SSN, è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello di organizzazione dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

In particolare, per l'approccio multidisciplinare e proattivo previsto da parte dei professionisti che vi operano e per le funzioni di integrazione con il sistema dei servizi sociali e di coproduzione con la comunità, la **CdC costituisce un modello di integrazione sociosanitaria e comunitaria nonché potenziale laboratorio da cui rilevare e sperimentare indicatori di salute e di cura.**

Come noto, l'accesso ad un servizio sanitario è generalmente determinato da un bisogno di salute/malattia, ma la definizione e la gestione del piano di cura personalizzato può essere influenzato significativamente da altri fattori (condizioni abitative ed economiche, risorse familiari e rete di sostegno, stile di vita personale e relazionale, ecc..) i cosiddetti determinanti sociali della salute.

L'intervento dell'assistente sociale (AS) nella CdC consente di intercettare precocemente i bisogni di natura sociale che influiscono sullo stato di salute della persona a cui far seguire, in base alle necessità prevalenti, il percorso più appropriato (interventi di monitoraggio e sostegno, valutazioni e piani integrati con i sanitari, aggancio ai servizi competenti, attivazione e gestione di percorsi con Terzo Settore, associazionismo e risorse comunitarie ..). A seconda dei modelli adottati nei diversi contesti aziendali, l'intervento può comportare attività informative e di orientamento nel Pua, valutazioni sociali più approfondite o multidimensionali in equipe a seguito di segnalazioni del personale di prima accoglienza che rileva, anche mediante schede triage, la presenza di bisogni legati alla dimensione sociale.

La CdC è infatti una modalità organizzativa che deve favorire le relazioni tra i professionisti anche di servizi ed enti diversi, tra cui l'attivazione delle equipe di valutazione multidimensionale (VMD) per i casi di maggiore fragilità o complessità clinica, assistenziale e sociale che necessitano di interventi

e percorsi integrati. Al riguardo, in linea con le disposizioni nazionali (DM 77/2022) e regionali (DGR 2089/2024), sono in corso Accordi di programma e Protocolli di intesa tra ASST e Ambiti sociali comunali per la partecipazione alle attività della CdC del personale assistente sociale di Ambito².

Per quanto riguarda la gestione documentale e dei flussi informativi, sarebbe auspicabile la disponibilità di uno strumento univoco che consenta di rilevare le componenti sociali presenti nella domanda di salute e di accesso alla CdC in quanto l'AS di ASST non può ancora rendicontare pienamente i propri interventi nel *Sistema di Gestione Digitale del Territorio* (SGDT) in uso alle figure sanitarie e l'AS di Ambito comunale (quando presente in CdC) utilizza la Cartella sociale in dotazione agli Ambiti con conseguente mancata valorizzazione di alcuni flussi informativi.

La possibilità di ricavare dai flussi informativi indicatori di salute e di cura che tengano conto dell'incidenza degli aspetti sociali sullo stato di salute non può, infatti, scaturire da una integrazione e dialogo dei dati tra sistemi digitali del settore sanitario e sociosanitario con quello sociale.

La CdC è anche il luogo dove promuovere relazioni e progettualità tra professionisti e cittadini per favorire una cultura basata non solo sui bisogni, ma sulla capacità di cooperare e sulla responsabilità di mantenere-generare benessere e salute individuale e collettiva. Tutte le attività sviluppabili in quest'ottica (incontri informativi, progettazioni, focus group, indagini, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc..) devono essere rilevate, monitorate, diffuse perché possano fungere da moltiplicatori di conoscenza e consapevolezza nella cittadinanza, ma anche indicatori che orientano gli interventi più opportuni.

3. Un'ipotesi di rilevazioni-indicatori di salute e cura che considerano anche gli aspetti sociali

Si propone di seguito un'ipotesi di indicatori che potrebbe consentire di rilevare l'incidenza della dimensione sociale nella domanda di salute delle persone che accedono alla CdC e di classificare i livelli di cura, dai più semplici a quelli più complessi, in presenza di bisogni sociosanitari e sociali.

Target	Rilevazioni - Indicatori	Finalità - Analisi
Domanda sociosanitaria	N. schede Indicatori fragilità sociale/ N. accessi alla CdC	Rilevare le situazioni che richiedono valutazione sociale
Domanda sociosanitaria	N. valutazioni sociali / N. accessi alla CdC	Rilevare le situazioni con bisogni semplici e interventi di orientamento
Domanda sociosanitaria	N. valutazioni multidimensionali (VMD)/ N. accessi alla CdC	Rilevare le situazioni complesse che necessitano di valutazione multidimensionale -VMD- (IfeC, MMG, AS, specialisti...)
Offerta sociosanitaria e/o sociale	N. prese in carico da parte dell'AS / N. casi individuati a seguito di valutazione sociale	Rilevare le situazioni che, a seguito di VMD, aderiscono ad una presa in carico con prevalenti interventi dell'AS
Offerta sociosanitaria	N. prese in carico con progetti integrati / N. VMD	Rilevare le prese in carico con progetti multiprofessionali (IfeC, MMG, AS, specialisti ..)
Offerta sociosanitaria	N. casi inviati ad altri servizi/ N. accessi alla CdC	Rilevare i casi che vengono "inviati- accompagnati" ad una presa in carico da parte dei servizi competenti

² Il DM 77/2022 richiama l'art.1 c.163 della legge 234/2021 che prevede che presso i Pua della CdC operino equipe integrate composte da personale del SSN e degli Ambiti sociali per la valutazione multidimensionale e la definizione di progetti integrati nei confronti in particolare delle persone in condizioni di non autosufficienza.

Regione Lombardia per favorire la presenza dell'AS di Ambito sociale/comunale alle attività della CdC ha indicato alle ASST³ l'introduzione del seguente indicatore: n.ro valutazioni che vedono la partecipazione dell'AS comunale/n.ro complessivo di valutazioni effettuate, con un progressivo incremento annuale (almeno il 50% nel 2025, 75% nel 2026, 100% nel 2027).

4. Un'ipotesi di rilevazioni - indicatori di attivazione comunitaria

Si propone di seguito un'ipotesi di rilevazioni-indicatori che possono scaturire dalle attività informative e di coinvolgimento dei cittadini, raccolta di opinioni e valutazioni sullo stato di salute, soddisfazione ed aspettative rispetto ai servizi e che, nel contempo, consentono di intercettare bisogni sommersi, rilevare e sostenere le persone coinvolte nei percorsi di cura e assistenza, la disponibilità e la competenza delle risorse informali a cooperare per la promozione della salute.

Target	Rilevazioni - Indicatori	Finalità - Analisi
Cittadini Stakeholder	Incontri informativi e di promozione della salute su attività CdC, Progetti di salute, Rapporti e dati epidemiologici - N. incontri effettuati per tema - N. partecipanti agli incontri - N. Stakeholder rappresentati / N. Stakeholder invitati	Informare su servizi offerti e modalità di accesso alla CdC Informare e sensibilizzare su campagne screening, stili di vita salutari, fattori di rischio, gruppi di cammino, ecc. Favorire conoscenza e consapevolezza sullo stato di salute della popolazione e del territorio di riferimento
Enti Terzo settore (ETS)	Valorizzazione della coprogettazione - N. Enti che rispondono all'Avviso per la formazione di un elenco di Enti interessati alla coprogettazione - N. Tavoli di progettazione con ETS / N. Enti in elenco - N. Progetti attivati con ETS	Promuovere reti e partnership ATS - ASST- ETS Sviluppare coprogettazioni su tematiche e target specifici (Piani di invecchiamento attivo, progetti di socializzazione ed inclusione, progetti sull'autonomia e benessere...)
Enti Terzo settore (ETS)	Raccordo e prossimità con ETS - N. ETS che operano presso la CdC e tipologia di Accordi - N ore settimanali dedicate	Favorire accesso e raccordo con gli Spazi di ascolto e orientamento offerti dagli ETS c/o la CdC (Sportelli Vita indipendente/disabilità, Sportelli dei Centri per la famiglia)
Professionisti ETS Associazioni	Focus group tra professionisti, rappresentanti ETS e Associazioni - N. partecipanti ai focus group/ N. soggetti invitati - N. incontri programmati/ N. incontri effettuati	Promuovere focus group tra figure con competenze diverse (medici, ifec, assistenti sociali, educatori, volontari, esperti per esperienza) ed enti diversi (ASST, Ambiti sociali, ETS, associazioni) per favorire il confronto e modalità collaborative di intervento e di individuazione dei bisogni (anche inespressi) della popolazione del territorio
Cittadini Target specifici	Spazi di ascolto ad accesso libero su tematiche specifiche - N. persone che accedono per tipo di incontro - N iniziative attuate	Offrire da parte dei professionisti spazi e momenti di ascolto ai cittadini su temi specifici (violenza di genere, menopausa, adolescenti, dipendenze..) dove poter esprimere bisogni, problematiche, domande

³ DGR 2089/2024 Linee di indirizzo dei Piani di sviluppo dei Poli territoriali (PPT) di ASST

Target	Rilevazioni - Indicatori	Finalità - Analisi
Cittadini Target specifici	Incontri informativi su tematiche di salute e gruppi di mutuo auto aiuto (AMA) - N. gruppi AMA attivati per tema - N. partecipanti con costanza ai gruppi AMA per tema	Informare e sensibilizzare su temi specifici (parkinson, demenze, dipendenze patologiche...) e l'opportunità dei Gruppi AMA Promuovere, attraverso i Gruppi AMA di familiari/pazienti che vivono gli stessi problemi, condivisione, sostegno ed empowerment
Cittadini	Indagini di <i>citizen scienze</i> su benessere e stato di salute dei cittadini - N. questionari compilati / popolazione di riferimento	Invitare i cittadini ad esprimere opinioni su salute percepita, stili di vita, condizioni sociali, soddisfazione e aspettative sui servizi. Attivare i cittadini in una rilevazione e lettura condivisa dei dati e dei bisogni di salute per favorire benessere e un welfare generativo
Caregiver	Indagini di rilevazione del carico di cura dei caregiver - N. questionari compilati	Conoscere e attenzionare i bisogni (carico di cura, stress, risorse) di chi costantemente si occupa di un familiare non autosufficiente

Bibliografia

- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;
- Agenas, 5 aprile 2024 Documento *“Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub”*;
- Delibera della Giunta Regionale Lombardia 25 luglio 2022, n. XII/6760 *“Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”*.
- Delibera della Giunta Regionale Lombardia 25 marzo 2024, n. XII/2089 *“Approvazione delle linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell’art. 7 c. 11 della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021 n. 22 in attuazione della dgr XII/1827/2024”*.
- Delibera della Giunta Regionale Lombardia 15 aprile 2024, n. XII/2167 *“Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027”*.
- Albrighoni A., Bellagente M. (2024) *“Casa della Comunità: Uno sguardo alle funzioni innovative”* [Casa della Comunità: uno sguardo alle funzioni innovative – Lombardia Sociale](#).
- Albrighoni A., Bellagente M. (2024) *“Le Case della Comunità: lavori in corso”* [Le Case della Comunità: lavori in corso - Welforum.it](#).
- D’Amico G., Ferraguti P. (2025) *“Le Case di Comunità: un nuovo modello di assistenza territoriale”* [Le Case di Comunità: un nuovo modello di assistenza territoriale – Lombardia Sociale](#),
- Fagioli M., Pessina E., Duregon P. (2025) *“I nuovi Piani di Zona in ATS Città metropolitana di Milano”* [I nuovi Piani di zona in ATS Città Metropolitana Milano – Lombardia Sociale](#).
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro (2017) *“La salute disuguale: la lezione di Sir Michael Marmot”* [La salute disuguale: la lezione di Sir Michael Marmot](#).