

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

Laboratorio Tematico 4: *Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità.*

Sottogruppo B: *Supporto a famiglie e caregiver, ruolo del Terzo Settore nelle Case della Comunità.*

**DAI CONCETTI ALL’AZIONE:
PROPOSTA OPERATIVA PER
L’INNOVAZIONE SOCIOSANITARIA**

Redazione a cura di:

*Annamaria Di Bartolo e Stefania Zazzi a nome
dei partecipanti al Laboratorio*

Milano, 31 Marzo 2026



Progetto Collaborativo
ANCI Lombardia – Istituto di Ri-
cerche Farmacologiche Mario
Negri IRCCS, Milano



Indice

Un po' di storia: dal Welfare comunitario all' Integrazione Sociosanitaria	3
Fasi di lavoro	9
Impostazione generale.....	9
Metodo di lavoro del Gruppo B	9
Analisi dei materiali.....	9
Concetti portanti per una proposta operativa e raccomandazioni per progettare l'innovazione socio-sanitaria	10
La proposta operativa:	51
Linee Guida per la Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione: rapporto tra Casa della Comunità, Terzo/Quarto Settore e Volontariato sociale	51
Chi fa cosa con tre passaggi circolari di comunicazione e di azioni	54
Gruppo di lavoro	56
Elenco nominativi dei partecipanti:	56

Un po' di storia: dal elfare comunitario all' Integrazione Sociosanitaria

Arrivare oggi **all'integrazione socio-sanitaria** è cogliere il frutto di un lungo e continuativo processo che si può sintetizzare in alcune fasi di rilievo facendo un po' di storia.

Si parte dal secondo dopoguerra, attorno agli **anni '50**, con l'avvento del **Welfare State**, con cui sono state inaugurate politiche pubbliche relative ai temi del lavoro, della salute, dell'educazione e della protezione sociale. In particolare, il Welfare State indica un assetto societario in cui lo Stato è il referente del benessere delle persone e secondo cui l'amministrazione pubblica deve farsi carico dei bisogni sociali seguendo **criteri universalistici**, ossia ritenuti uguali per tutti i cittadini, in quanto membri della medesima **collettività nazionale**.

I Welfare State europei, a partire dagli **anni '70**, sono andati in **crisi sia a livello strutturale che culturale**; economicamente non sono stati più sostenibili perché, a fronte della diminuzione di risorse, si è allargato il numero di potenziali destinatari, ma soprattutto questi assetti sono stati messi in discussione nella loro legittimazione sociale e nella loro effettiva capacità di rispondere ai bisogni. Le prestazioni indifferenziate del Welfare State si sono rivelate inadatte a una crescente domanda di personalizzazione e flessibilità nella richiesta dei servizi. Questa crisi in Europa e in Italia, per l'aumento della domanda di tutela della salute e del benessere individuale e collettivo, è una crisi delle risorse statali rispetto alla domanda.

Con gli **anni '80** si fa strada **una concezione più inclusiva e composita di "benessere"**: beni materiali che soddisfano bisogni primari, ma anche componenti psicologiche, culturali, etiche che fanno riferimento alla buona qualità della vita, in quanto emerge, nella società complessa, che il benessere è un concetto dinamico che non può essere predefinito e non è mai acquisito una volta per tutte, non ha solo una valenza soggettiva ma piuttosto intersoggettiva e ambientale. Accanto allo Stato entrano in gioco nuovi attori sociali ed economici: il mercato, le organizzazioni di categoria e il no profit, associazioni di utenti. Il benessere diventa oggetto di una attiva responsabilizzazione di tali soggetti collettivi e individuali.

Progressivamente negli **anni '90**, lo Stato perde il monopolio delle decisioni pubbliche e della produzione di servizi; si crea un sistema nuovo e dinamico, nasce la **visione sistemico-relazionale** della "cosa pubblica" con la nascita di vari sottosistemi: comunità delle famiglie, associazionismo, volontariato, sindacato sociale, associazioni degli utenti e dei cittadini, le nicchie del privato profit e non profit. In questi nuovi scenari, i diversi attori agiscono in un'ottica di costruzione di reti sociali. Il concetto di **rete** è alla base di ciò che viene definito **capitale sociale**: se le reti sociali territoriali rappresentano fattori protettivi per le persone e se il maggiore livello di benessere soggettivamente percepito dipende dalle buone relazioni, il capitale sociale è definibile come quell'insieme di relazioni attraverso le quali si scambiano beni e servizi non per un interesse di tipo monetario ma per

costruire legami di reciprocità. Sono soprattutto le reti primarie (familiari, associative, del volontariato) a garantire e implementare il capitale sociale, a cui secondariamente concorrono le organizzazioni di terzo settore (ONLUS e cooperative sociali) e i servizi sociali pubblici. Da **State verticale** a **State orizzontale** in un sistema federale sussidiario, integrato e sostenibile.

Il Welfare locale ha pertanto potenziali innovativi e, tra queste potenzialità, la più immediata è la sua declinazione nel **Welfare di comunità**, che fa riferimento alla valorizzazione delle reti sociali e al rafforzamento della coesione e della solidarietà locale, cioè alla capacità di rispondere in modo innovativo ai bisogni attraverso la costruzione di relazioni, reti, azioni collettive. In tale contesto si sviluppano la **progettazione partecipata** e il **lavoro di comunità**, definibili come processi con cui si aiutano le persone a migliorare la loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collegiali e, pertanto, a promuovere il **benessere sociale**, inteso come capacità di azione delle persone nell'affrontare i propri compiti di vita a partire da un contesto di significative relazioni sociali.

Si evidenzia la **Legge quadro sull'assistenza sociale 328/2000**, che all'articolo 1 parla di "**partecipazione e responsabilizzazione della comunità e del coinvolgimento di persone e famiglie nell'organizzazione di servizi**" seguendo i principi di pari opportunità e di sussidiarietà, prevedendo una collaborazione sia orizzontale che verticale tra attori istituzionali e sociali (cittadini singoli e organizzati) in un reciproco riconoscimento di ruoli e funzioni. Con la **Legge quadro 328** si parla per la prima volta di **rete integrata degli interventi e dei servizi sociali**: nasce il diritto alle prestazioni e la pluralità dei provvedimenti. S'istituiscono categorie di prestazioni ben distinte e strutturate che abbattano progressivamente quel poco che restava del Welfare State:

- a) **Servizio sociale professionale e segretariato** (per il singolo utente e per la famiglia)
- b) **Servizi di Pronto Intervento sociale**
- c) **Assistenza domiciliare**
- d) **Assistenza residenziale/semiresidenziale** per l'utenza più fragile
- e) **Servizi/Centri d'Accoglienza** in sostituzione della famiglia
- f) **Servizi di contrasto alla povertà**

Per la **Regione Lombardia** si ricordano alcune leggi regionali. La **LR 1/1986** "Riorganizzazione e programma dei servizi socio-assistenziali della RL" istituisce due Piani di programmazione:

- il **Piano di Zona** come strumento locale di programmazione (è una progettazione partecipata)
- il **Piano Regionale socio-assistenziale** (già presente ma meno sviluppato)

È però la **LR 3/2008**, "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario", che abolisce il concetto di socio-assistenziale e pone quello di **socio-sanitario**. Il **lavoro di comunità** assume il significato di promozione e sviluppo dei processi democratici in un contesto di legami comunitari spezzati e come una delle forme di contrasto alla povertà. Inizia il processo per lo sviluppo dell'**integrazione socio-sanitaria**.

Con gli anni 2000, il **SSN** inizia ad affrontare alcune riforme quali la **Riforma delle cure primarie LR 23/2015**, con una diversa governance delle Aziende Sanitarie e l'integrazione organizzativa tra sociale e sanitario, e con la riforma dei servizi sociali. Si è entrati così in un sistema che valorizza:

- il paradigma della **tutela pubblica**, ovvero disegnare politiche pubbliche adeguate
- puntare sull'equilibrio tra **Protezione e Promozione**
- vincente è "il dibattito sull'approccio sociale", che prevede i servizi alla persona e l'aumento delle professioni sociali, intesi come necessità crescenti della società, come legittimazione culturale e come evoluzione per contrastare lo schiacciamento sull'emergenza sociale
- ottenere più risultati dalle risorse disponibili, che equivale a investire **in Salute più che in Sanità**

Il **Piano di zona 2012-14**, poi denominato **Sviluppo del Welfare**, istituisce il primo **Protocollo d'Intesa** tra Comune di Milano e ASL città di Milano. Il **Piano di Sviluppo del Welfare 2018-2020** crea lo slogan "**WELFARE DI TUTTI**", con la creazione di una piattaforma pubblica (**piattaforma WEMI**) ed un ampio e continuo confronto con tutti gli attori sociali del territorio. Nasceranno altri portali simili, vengono inclusi i Sindacati, le Università e i Municipi. Il metodo di lavoro resta il confronto inter-istituzionale e le inter-dipendenze reciproche nei processi d'integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali e servizi sociosanitari. Tutto questo percorso indica lo sviluppo di un **Welfare collaborativo e territoriale**.

È parte integrante l'**Accordo di Programma** tra Comune di Milano e ATS città di Milano, che contiene la definizione più recente di **integrazione sociosanitaria**, v. art. 8: "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità di cura e quelle di riabilitazione". L'**Accordo di Programma** supera il **Protocollo d'Intesa** del precedente **Piano di zona 2012-14**.

Il **Piano di sviluppo del Welfare 2021-23** si fonda sull'integrazione anche delle norme: sia le **Leggi nazionali**, sia le **Leggi Regionali** e i **DGR** della programmazione regionale, ma anche norme di riforma quale la **LR 22/2021** e il nuovo **Regolamento dei Municipi del Comune di Milano (2016)**.

L'**INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA** è un metodo per bilanciare meglio "la domanda e l'offerta", ponendo l'integrazione al posto della frammentazione tra prevenzione, cure e riabilitazione. Il termine integrazione venne usato la prima volta da **Talcott Parsons (medico)** a partire dal 1940, dando una visione multidimensionale del concetto stesso di salute e benessere. La gestione dell'integrazione socio-sanitaria è di fatto disciplinata dal **D.Lgs 229/1999** e dalla **L.328/2000**, con l'istituzione progressiva sia di accordi operativi sia di protocolli d'intesa tra le diverse competenze istituzionali a vario titolo interessate (servizio socio-assistenziale, socio-sanitario, socio-ricreativo). È il **DPCM del 14/2/2001** che definisce per la 1° volta le prestazioni in **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** e **prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria**.

Nello specifico, questa integrazione si fonda su alcuni capisaldi:

- nasce la relazione tra prevenzione, cura e riabilitazione
- si privilegia la continuità tra ospedale e territorio
- si valorizzano i diversi centri di responsabilità

- si quantifica il rapporto tra soggetti pubblici e privati
- si promuove la solidarietà e gli investimenti di salute nelle comunità locali

Nascono:

- la **co-progettazione** basata sull'integrazione sociosanitaria e socioeducativa
- la **co-programmazione** a tutti i livelli (nazionale-regionale-territoriale)
- la collaborazione, indice di meno individualismo professionale e più condivisione, allo sviluppo di una **cultura della fiducia** e non del pregiudizio, al senso della dipendenza degli uni dagli altri e di corresponsabilità nell'osare insieme per cambiare
- la **Comunità**

Concetto di Comunità: è utile soffermarsi su questo ricorrente concetto che, se da una parte appare inflazionato, dall'altra non è ancora totalmente recepito, nonostante **AGENAS** (Agenzia Nazionale dei Servizi regionali) ne parli ormai da anni con trasparenza nelle sue linee d'indirizzo e nel **DCPM 77/2022**. È un termine storicamente germogliato dal grembo del volontariato e rivalutato solo nel 2021 col **PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)**, che dall'iniziale cornice del piccolo mondo locale ne ha dato un nuovo fondamentale carattere nazionale. In sostanza, si può dire che ora si dibatte attorno a una "**comunità strutturata**", raccolta attorno ai propri medici di riferimento e alle diverse professioni sanitarie, oltre all'ampio settore del volontariato, per obiettivi condivisi di salute pubblica.

Dal 2020 si è passati a una revisione della pletera di servizi esistenti sul territorio, spesso tra loro non comunicanti e isolati, per creare in alternativa dei **Punti d'Accesso** unificati, il più possibile coordinati e più efficienti nell'arco della giornata e della notte. Una riflessione va fatta sulla realizzazione delle **Case della Comunità (CdC)**, con la conversione e/o ristrutturazione di ambulatori specialistici o sedi di ricovero come **RSA** e presidi ospedalieri. In molte situazioni si è partiti da una revisione radicale dei poliambulatori preesistenti nel territorio, ormai diventati obsoleti e carenti nella produttività. L'insieme modulare di attività organizzate in aree d'intervento profondamente integrate fra loro, in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano, è lo scopo delle **Case della Comunità**, che comprende anche una rivisitazione delle attività specialistiche ivi contenute. L'aggregazione, sotto il tetto della Casa della Comunità, della medicina generale e di quella specialistica sarà utile per favorire ed incentivare anche le attività di carattere sociale e socio-sanitario.

Con l'istituzione della **Casa della Comunità** come "luogo di ricomposizione" delle attività, dei servizi e del personale, diventa fondamentale la **RE-TE**, ovvero il coordinamento e collegamento tra ciò che è dentro la Casa e ciò che è fuori sul territorio di competenza. Una rete atta a superare la pregressa frammentazione degli interventi. Quindi il modello di riferimento non è unicamente il modello "concentrato", con la realizzazione di Case in un unico stabile (modello delle **Case della Salute** dell'Emilia-Romagna e Toscana), ma anche il "**modello in rete**", con presidi tra loro adiacenti e afferenti funzionalmente alla Casa della Comunità centrale, e non far diventare la questione degli spazi strutturali il pregiudizio oppositivo al loro diffondersi.

La **Comunità** rappresenta il nuovo paradigma della **circularità**, come rigenerazione di nuovi modelli. Si esplorano modelli circolari tesi a superare la prossimità degli anni 2000. Parlare di circolarità significa andare oltre la semplice promozione dell'essere sostenibili. È per questo che il concetto di circolarità merita di essere messo al centro, non semplicemente come complemento della sostenibilità, ma come **valore autonomo**, e forse più potente. La sostenibilità è un approccio difensivo, la circolarità invece propone un modello più propositivo: non solo controllare e ridurre l'impatto, ma anche rigenerare, restituire valore ad ogni risorsa, creare micro-sistemi per nuovi cicli di miglioramento. La circolarità incoraggia filiere locali, relazioni radicate sul territorio, scambi tra enti/imprese/organizzazioni/aggregazioni e le comunità più vicine in un complessivo **valore sociale**. Non è solo "risparmio di risorse", ma "**rete di valori**". Mentre la sostenibilità resta una condizione minima, la collaborazione dà vita al **Territorio Amico**, dove la circolarità emerge come prospettiva strategica.

Altro elemento di riflessione è quello dell'**orizzontalità**, come controtendenza rispetto alle forme organizzative piramidali e gerarchiche. Praticare azioni orizzontali e non gerarchiche significa abbracciare un approccio orientato all'agire collettivo, accettandone l'orizzontalità, che allinea le differenze e le diversità sia come professioni sia come modalità e competenze d'ambito, e per questo aperto allo spirito del volontariato e agli **ETS**, come ai gruppi informali e creativi: ogni intervento ci ricorda di essere parte di qualcosa. Rivalutare la dimensione collettiva e orizzontale è un passaggio di superamento dell'individualismo del singolo professionista e del sistema medico prestazionale e competitivo; in tal modo, la collettività curante diventa una risorsa condivisa da tutti i presenti, promotori e trasmettitori di **orizzontalità**. E questo è il punto d'arrivo di questo elaborato.

Dal Welfare Comunitario all'Integrazione Sociosanitaria



1

¹ Percorso storico schematizzato.

Fasi di lavoro

Impostazione generale

Il **Laboratorio 4** si è sviluppato come un percorso esplorativo e collaborativo finalizzato alla raccolta e sistematizzazione di informazioni sulle modalità di gestione della cronicità all'interno delle Case della Comunità in Lombardia.

Nella fase iniziale il laboratorio ha lavorato in forma plenaria per costruire una cornice condivisa di riferimento. In questo contesto è stata definita una scheda di raccolta delle informazioni, concepita come strumento flessibile per l'esplorazione di progetti ed esperienze territoriali sviluppati in collaborazione con e/o all'interno delle Case della Comunità. La scheda è stata progressivamente affinata attraverso il confronto tra i partecipanti e condivisa come base comune di lavoro.

Successivamente il laboratorio è stato articolato in due sottogruppi tematici. Il presente contributo fa riferimento alle attività del **Gruppo B**, dedicato all'analisi del supporto ai caregiver e alle famiglie e al ruolo del Terzo Settore all'interno delle Case della Comunità.

La raccolta delle informazioni si è concentrata prevalentemente sui territori di **Milano e Pavia**, contesti direttamente accessibili ai partecipanti al laboratorio, nei quali è stato possibile attivare con maggiore facilità contatti con le Case della Comunità e con gli attori territoriali coinvolti.

Metodo di lavoro del Gruppo B

Il **Gruppo B** ha adottato un **approccio qualitativo ed esplorativo**, coerente con gli obiettivi del laboratorio e con la natura ancora in evoluzione delle Case della Comunità. L'obiettivo era raccogliere elementi conoscitivi sul ruolo del Terzo Settore e sulle forme di supporto a caregiver e famiglie nei percorsi di presa in carico della cronicità.

La raccolta delle informazioni è avvenuta attraverso contatti diretti o indiretti con i soggetti ritenuti rilevanti nei contesti territoriali di riferimento, tra cui referenti delle Case della Comunità, operatori dei servizi e realtà del Terzo Settore. Le informazioni raccolte sono state sistematizzate utilizzando la scheda di rilevazione condivisa nella fase iniziale del laboratorio.

Analisi dei materiali

La fase di analisi si è sviluppata attraverso momenti di confronto strutturato all'interno del gruppo, guidati da tre quesiti principali:

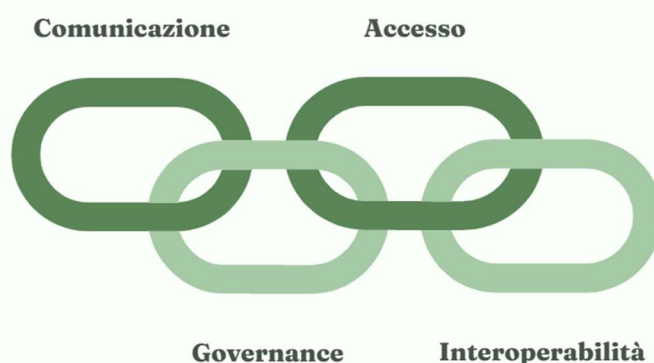
1. quali ruoli risultano più rilevanti per i diversi attori coinvolti nella gestione della cronicità;
2. quali barriere ostacolano l'integrazione tra ambito sociale e sanitario nelle Case della Comunità;
3. quali iniziative possono favorire tale integrazione.

Attraverso un processo di analisi e discussione collettiva sono stati individuati alcuni concetti chiave utili a distinguere tra pratiche già presenti nelle CdC e ambiti che richiedono ulteriore sviluppo o consolidamento. A partire da questi elementi il gruppo ha elaborato una prima serie di indicazioni operative volte a rafforzare il coinvolgimento del Terzo Settore, migliorare il supporto ai caregiver e favorire il funzionamento delle Case della Comunità come sistemi territoriali integrati.

Concetti portanti per una proposta operativa e raccomandazioni per progettare l'innovazione socio-sanitaria

La figura rappresenta dei **macro-item** che vengono approfonditi nella seguente tabella. Il **Gruppo B**, nelle sessioni di lavoro condotte, ha estrapolato dei **"concetti portati"** e ha cercato di trarne delle **raccomandazioni operative**.

Sistemi Integrati per la Cronicità



Si precisa che, quando vengono richiamati i rapporti con gli **Enti del Terzo Settore (ETS)**, implicitamente ci si riferisce a **Enti del Terzo Settore, del Quarto Settore e Volontariato sociale**.

#	Concetti portanti	Raccomandazioni
1	<p>Comunicazione circolare sulle cronicità</p> <p>Nel contesto delle Case della Comunità, la conoscenza relativa alle condizioni di cronicità presenti nel territorio si sviluppa attraverso flussi informativi che provengono da diversi servizi e professionalità, ciascuno portatore di dati clinici, sociali e organizzativi raccolti nei rispettivi ambiti di lavoro.</p>	<p>Per favorire un flusso informativo realmente circolare e multidirezionale tra CdC, servizi sanitari, servizi sociali e terzo settore, è opportuno sviluppare un sistema digitale condiviso che supporti sia la lettura epidemiologica del territorio sia la presa in carico multidimensionale.</p> <p>Si raccomanda di:</p>

Questa pluralità di fonti genera un patrimonio informativo ricco ma distribuito, la cui integrazione richiede strumenti e pratiche condivise.

Questa ricchezza informativa, sebbene articolata e complementare, richiede strumenti e modalità condivise di integrazione per poter essere ricomposta in un quadro unitario. Una comunicazione strutturata e continua consente infatti di valorizzare le diverse letture dei bisogni, di comprendere l'evoluzione delle cronicità a livello territoriale e di sostenere processi decisionali coerenti con gli obiettivi del welfare di comunità e con i modelli di assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022.

Promuovere questa circolarità significa mettere in relazione prospettive professionali differenti, facilitare una lettura multidimensionale della cronicità e permettere alla comunità professionale di gestire in modo più coordinato i fattori che influenzano salute, autonomia e inclusione.

• **Implementare un registro digitale integrato PUA–EVM–PAI.** Questo strumento deve consentire:

la registrazione omogenea dei bisogni dei cittadini al momento dell'accesso;
la condivisione in tempo reale delle valutazioni multidimensionali (EVM);
l'aggiornamento continuo dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) tra sanitario, sociale e comunità;
la possibilità per più attori (MMG, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, équipe multiprofessionali) di operare sulla stessa base informativa.
Si tratta di un dispositivo coerente con le indicazioni del PNRR sulla digitalizzazione territoriale e con i requisiti di interoperabilità previsti dai sistemi di Primary Care europei.

• **Attivare dashboard epidemiologiche regionali**

Questi cruscotti devono render disponibili:

l'andamento delle principali cronicità su base territoriale,
indicatori di presa in carico e continuità assistenziale,
dati di attività delle CdC e dei PUA,
trend utili alla programmazione integrata.

Strumenti di questo tipo favoriscono una governance basata su evidenze territoriali e permettono una programmazione condivisa tra distretto, Comune, ATS/ASST e rete sociale.

• **Favorire cicli periodici di lettura integrata dei dati**

		<p>Incontri distrettuali o di micro-area, finalizzati a:</p> <p>confrontare i dati sanitari e sociali, individuare priorità di intervento, definire percorsi condivisi di prevenzione e gestione delle cronicità, rafforzare l'alleanza tra professionisti, istituzioni e terzo settore.</p>
<p>2</p>	<p>Modello di accesso e presa in carico nelle Case della Comunità</p> <p>Nel funzionamento attuale delle Case della Comunità, l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e territoriali avviene spesso attraverso modalità consolidate che si basano su prescrizioni, indicazioni cliniche o invii formali da parte dei professionisti sanitari. Questo modello riflette una tradizione organizzativa centrata sull'atto prescrittivo come principale porta di ingresso ai percorsi di cura, tradizione che ha storicamente caratterizzato il Servizio Sanitario Nazionale e che continua a essere un riferimento operativo in molte realtà territoriali.</p> <p>Parallelamente, l'evoluzione dei modelli di assistenza territoriale – come delineato dal DM 77/2022 e dagli orientamenti della Primary Health Care – pone crescente attenzione alla presa in carico multidimensionale, che integra gli aspetti clinici con quelli sociali, relazionali e di contesto. In questa prospettiva, la centralità della prescrizione si affianca progressivamente a modalità di orientamento e valutazione che includono anche la dimensione sociale, la continuità assistenziale e la collaborazione tra servizi sanitari, servizi sociali e attori della comunità.</p> <p>La coesistenza di modelli diversi rappresenta una fase fisiologica di transizione, in cui i servizi stanno ampliando il proprio approccio: dalla risposta al singolo bisogno clinico verso una lettura più complessiva delle condizioni di salute della persona,</p>	<p>Per rafforzare la coerenza dei percorsi di assistenza nelle Case della Comunità e orientare i servizi verso un approccio integrato alla gestione delle cronicità, si raccomanda di affiancare alle modalità tradizionali di accesso basate su prescrizione una presa in carico proattiva e multidimensionale, capace di integrare dimensioni cliniche, sociali, funzionali e comunitarie.</p> <p>In questa prospettiva, risultano strategiche le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adozione di PAI standardizzati e condivisi tra tutti gli attori della rete socio-sanitaria <p>I Piani Assistenziali Individualizzati, costruiti e aggiornati collegialmente, permettono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> garantire una lettura unitaria dei bisogni della persona; raccordare in modo fluido interventi sanitari, sociali e comunitari; sostenere la continuità dei percorsi, soprattutto nelle situazioni di cronicità complesse; allineare i diversi livelli di cura, in coerenza con le funzioni di prossimità previste dal DM 77/2022.

con particolare attenzione alle cronicità e alle situazioni di vulnerabilità.

Questo processo permette di integrare l'esperienza consolidata dei percorsi prescrittivi con nuove pratiche orientate alla prossimità, alla multidisciplinarietà e alla partecipazione, contribuendo gradualmente a costruire un sistema di accesso che riconosca sia la specificità clinica sia la complessità dei contesti di vita.

La standardizzazione dei PAI facilita inoltre la comunicazione interprofessionale, favorendo una pratica decisionale basata su criteri condivisi.

• **Introduzione del triage sociosanitario nell'accesso alla CdC**

Il triage sociosanitario, realizzato in collaborazione tra professionisti sanitari, assistenti sociali e PUA, consente di:

leggere fin dal primo contatto sia la componente clinica che quella sociale e familiare;

stratificare i bisogni in modo multidimensionale;

orientare in maniera appropriata verso servizi sanitari, sociali, domiciliari o comunitari;

intercettare precocemente fragilità che possono incidere sull'evoluzione della cronicità.

Questa modalità risulta particolarmente coerente con gli indirizzi internazionali della *Primary Health Care* e dei sistemi di *Integrated Community Care*.

• **Rafforzamento della continuità ospedale-territorio**

La continuità assistenziale, assicurata attraverso scambi strutturati di informazioni e procedure condivise tra ospedale, CdC e servizi territoriali, permette di:

ridurre le frammentazioni nei passaggi di cura;

		<p>migliorare la presa in carico nei momenti di transizione (dimissione, rientro al domicilio, riabilitazione);</p> <p>sostenere i percorsi post-acuzie e prevenire riacutizzazioni;</p> <p>valorizzare il ruolo del territorio come luogo privilegiato per la gestione delle cronicità.</p> <p>• Attivazione immediata del PUA come porta d'ingresso unitaria</p> <p>Il Punto Unico di Accesso, pienamente operativo fin dal primo contatto, garantisce:</p> <p>un accesso semplificato e leggibile per il cittadino;</p> <p>un processo unico di raccolta delle informazioni cliniche e sociali;</p> <p>il raccordo tempestivo tra valutazione, presa in carico e attivazione delle reti territoriali;</p> <p>l'integrazione con gli strumenti digitali territoriali e con gli altri nodi organizzativi della CdC.</p> <p>La sua attivazione tempestiva contribuisce a trasformare il modello di accesso da orientato all'atto prescrittivo a orientato al bisogno multidimensionale.</p>
<p>3</p>	<p>Evoluzione della cultura dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>All'interno dei sistemi territoriali, la costruzione di collegamenti stabili tra ambito sanitario, sociale e comunitario rappresenta un processo in progressiva evoluzione. In molte realtà, la configurazione</p>	<p>Definire obiettivi comuni di integrazione all'interno della governance distrettuale</p> <p>Inserire nel sistema di governance del distretto un set di obiettivi condivisi tra servizi sanitari, sociali, CdC ed ETS, così da rendere espliciti i principi operativi che guidano l'integrazione (presa in ca-</p>

attuale delle pratiche organizzative riflette un'impostazione storicamente centrata sulle dimensioni cliniche della presa in carico, eredità dei modelli prestazionali e dei paradigmi professionali che hanno guidato lo sviluppo del welfare pubblico per gran parte del Novecento. Questa impostazione, ben documentata anche nella letteratura tecnico-scientifica relativa alle Case della Comunità e ai modelli di prossimità introdotti dal DM 77/2022, ha privilegiato per lungo tempo la strutturazione di percorsi interni ai servizi sanitari, mentre la dimensione sociale e comunitaria si è sviluppata in modo parallelo e con forme di collaborazione non sempre sistematiche.

L'attuale fase di transizione verso modelli territoriali integrati — sostenuta dalle riforme più recenti, dagli orientamenti europei in materia di Primary Health Care e dai nuovi assetti di governance multilivello — sta ampliando il quadro di riferimento entro cui professionisti, servizi e attori della comunità operano. L'integrazione sociosanitaria è oggi concepita come un processo multidimensionale, che richiede l'incontro e la valorizzazione di saperi differenti: competenze cliniche, conoscenze sociali, letture contestuali dei bisogni e capacità delle reti comunitarie di sostenere percorsi di salute e benessere.

In questo contesto, la presenza ancora variabile di collegamenti formalizzati con il Terzo Settore può essere interpretata come un tratto fisiologico dei sistemi in via di consolidamento. Tale variabilità non indica carenze, ma descrive una fase di allineamento culturale e organizzativo nella quale i servizi stanno progressivamente orientando le proprie pratiche verso un modello di presa in carico più collaborativo, capace di integrare i contributi degli ETS e delle realtà civiche come parte della filiera territoriale dell'assistenza.

rico multidimensionale, continuità assistenziale, valorizzazione delle risorse comunitarie). Obiettivi comuni rafforzano la coesione interprofessionale e orientano le pratiche quotidiane verso una visione unitaria dei percorsi.

- **Attivare momenti periodici di confronto interprofessionale e interistituzionale**

Programmare incontri ciclici tra professionisti sanitari, assistenti sociali, infermieri di famiglia e comunità, PUA ed ETS per leggere insieme bisogni, analizzare casi complessi, condividere approcci e allineare le modalità di presa in carico. Tali spazi favoriscono una cultura collaborativa e consolidano la comprensione reciproca dei diversi contributi professionali.

- **Integrare la dimensione sociosanitaria nei documenti organizzativi e nei processi di lavoro**

Rendere visibili, all'interno dei documenti operativi (procedure, mansionari, protocolli di percorso), le intersezioni tra dimensione sanitaria, sociale e comunitaria, così che l'integrazione non rimanga un principio astratto ma una pratica incorporata nei flussi di lavoro quotidiani.

- **Promuovere percorsi formativi congiunti e multidisciplinari**

Prevedere momenti formativi interprofessionali orientati alla lettura multidimensionale dei bisogni, all'uso degli strumenti comuni (EVM, PAI, PUA), alle competenze relazionali e alla conoscenza delle risorse territoriali, in modo da sviluppare un linguaggio condiviso e

	<p>Questa trasformazione si colloca all'interno di un percorso più ampio che riguarda l'intero welfare territoriale: il passaggio da assetti settoriali a configurazioni reticolari, in cui la collaborazione interprofessionale, la partecipazione della comunità e l'integrazione dei sistemi informativi rappresentano elementi chiave per leggere i bisogni, connettere risorse e sostenere percorsi personalizzati. La cultura dell'integrazione, pertanto, non si sostituisce a quella precedente, ma si innesta su di essa, ampliandone l'orizzonte e riconoscendo il valore delle diverse componenti del territorio nella costruzione condivisa dei percorsi di cura e di inclusione.</p>	<p>una maggiore familiarità con i diversi ruoli.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendere trasparenti e condivisi i risultati della collaborazione territoriale Adottare strumenti comuni di monitoraggio (indicatori qualitativi e quantitativi, analisi dei percorsi, esiti rilevati) per valorizzare gli effetti della collaborazione sociosanitaria e rafforzare l'apprendimento collettivo. La trasparenza dei risultati consolida la fiducia e motiva gli attori coinvolti.
<p>4</p>	<p>Valorizzazione del ruolo degli assistenti sociali nei processi di integrazione sociosanitaria</p> <p>Nel quadro dei percorsi territoriali di presa in carico, la figura dell'assistente sociale comunale rappresenta una componente essenziale per la lettura multidimensionale dei bisogni, la comprensione dei contesti familiari e ambientali e l'attivazione delle risorse sociali e comunitarie. Storicamente, tuttavia, l'evoluzione dei sistemi di welfare ha portato a una strutturazione dei servizi centrata in modo prevalente sugli assetti clinico-sanitari, con una conseguente differente visibilità delle funzioni sociali rispetto a quelle sanitarie nei processi organizzativi. Questa asimmetria comunicativa e organizzativa, ben documentata nella letteratura sull'integrazione sociosanitaria, non deriva da una mancanza di riconoscimento professionale, ma riflette le traiettorie con cui il sistema pubblico ha sviluppato ruoli, competenze e responsabilità nei diversi domini di intervento.</p> <p>Con l'introduzione dei modelli territoriali delineati dal DM 77/2022 e dai sistemi di Primary Health Care, la presenza degli assistenti sociali nei servizi</p>	<p>Inserire formalmente gli assistenti sociali nei percorsi di presa in carico e nel PAI</p> <p>Prevedere la partecipazione stabile degli assistenti sociali alla definizione, aggiornamento e monitoraggio dei Piani Assistenziali Individualizzati, in raccordo con MMG, specialistica, infermieristica di famiglia e comunità, PUA ed ETS. La loro presenza garantisce una lettura integrata dei fattori clinici, sociali, relazionali e ambientali che incidono sui percorsi di cronicità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgere gli assistenti sociali nelle équipe multiprofessionali delle CdC Rendere la loro partecipazione una componente strutturale delle riunioni di équipe e dei momenti di confronto interprofessionale, con ruolo attivo nella valutazione condivisa dei casi, nell'identificazione dei bisogni complessi e nella progettazione degli interventi territoriali.

di prossimità assume un rilievo sempre più strategico. Le Case della Comunità e i Punti Unici di Accesso richiedono, infatti, un approccio capace di integrare dimensioni cliniche, sociali e relazionali, e di valorizzare competenze che contribuiscano alla valutazione multidimensionale, alla continuità assistenziale e alla costruzione di percorsi personalizzati. In questo contesto, il contributo degli assistenti sociali si colloca pienamente nei processi di presa in carico dei cittadini con cronicità, fragilità o bisogni complessi, grazie alla capacità di raccordare servizi, attori territoriali e dinamiche di vita quotidiana delle persone.

L'attuale fase di consolidamento dei nuovi assetti sociosanitari evidenzia come le professioni sociali stiano progressivamente acquisendo una posizione più integrata nei percorsi decisionali e organizzativi. L'emergere di équipe multiprofessionali, di processi di valutazione congiunta e di strumenti condivisi (come EVM e PAI) favorisce una maggiore visibilità del contributo sociale e crea condizioni culturali che sostengono la collaborazione tra professionisti con competenze diverse ma complementari.

Questa transizione riflette un cambiamento di paradigma che interessa l'intero welfare territoriale: dal prevalere di logiche settoriali alla costruzione di modelli orientati alla complessità, alla responsabilità condivisa e alla centralità della persona. In questo scenario, la presenza degli assistenti sociali non è una funzione aggiuntiva, ma un elemento costitutivo dell'integrazione sociosanitaria, capace di connettere interventi sanitari e risorse sociali, e di contribuire alla qualità complessiva dei percorsi di cura e di inclusione.

• **Integrare la funzione sociale nei processi di governance operativa**

Assicurare che gli assistenti sociali siano presenti nei tavoli tecnici distrettuali e nei luoghi di coordinamento previsti per la gestione dei percorsi cronici, così da contribuire alle decisioni organizzative, agli standard operativi e alla definizione delle priorità territoriali.

• **Explicitare la dimensione sociale nei documenti organizzativi delle CdC**

Inserire nei protocolli, nelle procedure operative e nei mansionari il ruolo dell'assistente sociale come parte costitutiva dell'integrazione sociosanitaria, garantendo chiarezza di compiti, responsabilità e raccordi funzionali con le altre figure professionali.

• **Favorire l'interoperabilità informativa tra servizi sociali e sanitari**

Assicurare che gli assistenti sociali abbiano accesso agli strumenti digitali condivisi (registro PUA-EVM-PAI, sistemi distrettuali integrati), così da garantire continuità informativa e contribuire alla circolarità dei dati utili alla presa in carico multidimensionale.

• **Rilevare e valorizzare gli esiti della dimensione sociale nella presa in carico**

Prevedere indicatori qualitativi e quantitativi che mettano in evidenza il contributo del lavoro sociale nei percorsi di cronicità (aderenza alle cure, stabilità domiciliare, continuità delle relazioni di cura, accesso a reti territoriali), favorendo una lettura integrata dei risultati.

<p>5</p>	<p>Partecipazione degli ETS nei processi della Casa della Comunità</p> <p>Nel modello organizzativo delle Case della Comunità, la presenza e il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore (ETS) rappresentano un elemento previsto dalle norme nazionali e regionali, con l'obiettivo di rafforzare la dimensione comunitaria dei percorsi di salute e di integrare, accanto ai servizi sanitari e sociali, le risorse civiche e associative presenti sul territorio. La partecipazione degli ETS costituisce dunque una componente strutturale del welfare di prossimità e contribuisce alla costruzione di un sistema collaborativo orientato alla multidimensionalità della presa in carico.</p> <p>In molti contesti territoriali, questa partecipazione si esprime attraverso la presenza degli ETS negli spazi della Casa della Comunità o in momenti di incontro con i servizi. Tuttavia, trattandosi di un modello organizzativo relativamente giovane e in fase di consolidamento, le forme di collaborazione possono variare in relazione alle condizioni locali, alla maturità delle reti territoriali e alla disponibilità di strumenti condivisi per integrare in modo sistematico il contributo degli attori comunitari.</p> <p>Questa fase evolutiva può comportare che la partecipazione degli ETS si manifesti prevalentemente in modalità legate alla prossimità fisica o alla disponibilità degli spazi, mentre la definizione di ruoli, funzioni e ambiti di collaborazione più strutturati richiede tempi di sviluppo, processi di governance dedicati e strumenti di coordinamento. Tale configurazione non indica una limitazione, ma riflette il processo con cui il sistema sta progressivamente costruendo modalità più articolate e coerenti di cooperazione tra istituzioni, servizi territoriali e tessuto associativo.</p> <p>In questa prospettiva, la partecipazione degli ETS nelle Case della Comunità può essere intesa come un punto di partenza che apre alla possibilità di sviluppare forme più integrate di contributo: non</p>	<p>Garantire partecipazione funzionale degli ETS all'interno dei processi CdC, con un ruolo co-progettuale e co-gestionale nei percorsi per cronicità, sostenuto da accesso informativo regolato e monitoraggio condiviso degli esiti</p> <p>1) Cornice di governance e strumenti di amministrazione condivisa</p> <p>Coprogettazione strutturata (art. 55 CTS): attivare cicli di coprogrammazione e coprogettazione con ETS, definendo oggetto, ambiti, risorse e output attesi; utilizzare convenzioni-tipo per regolare ruoli, responsabilità, privacy e interoperabilità dei dati. Questo approccio realizza l'"amministrazione condivisa" tra PA ed ETS, superando la mera logica di fornitura/affidamento.</p> <p>Integrazione con il welfare di comunità: ancorare la coprogettazione agli obiettivi del sistema locale (es. #Oltreiperimetri), valorizzando le reti civiche e le risorse diffuse nei territori. ¹</p> <p>2) Accesso ai dati e tracciabilità (partecipazione informata)</p> <p>Registro digitale PUA-EVM-PAI: prevedere, nelle convenzioni e nei protocolli, profili informativi e permessi di lettura/scrittura coerenti con i ruoli ETS, per contribuire (nei limiti autorizzati) alla valutazione multidimensionale e all'aggiornamento del PAI; assicurare basi giuridiche, consenso e misure di sicurezza.</p> <p>Dashboard epidemiologiche: rendere disponibili cruscotti territoriali (trend cronicità, indicatori di presa in carico,</p>
-----------------	--	---

solo presenza fisica, ma coinvolgimento nella lettura dei bisogni, nella co-progettazione di iniziative e nel sostegno ai percorsi di salute. Il progressivo allineamento tra dimensione istituzionale, dimensione professionale e dimensione comunitaria contribuisce così a rafforzare la vocazione della CdC come luogo di incontro tra servizi e cittadini e come presidio territoriale orientato al welfare collaborativo.

continuità, esiti) per orientare la coprogettazione e la presenza ETS nelle linee di attività prioritarie. ¹

3) Presenza ETS nei percorsi di cronicità (non solo “spazi” ma processi)

Integrazione nei momenti-chiave di percorso: prevedere la presenza ETS nelle fasi con maggior valore aggiunto comunitario (es. informazione/attivazione al **PUA**, educazione terapeutica, aderenza, sostegno al caregiver, rientro al domicilio, follow-up), secondo protocolli condivisi con specialistica, infermieristica di famiglia e servizi sociali.

Allineamento con EVM/PAI: collegare attività ETS alle dimensioni del **Progetto Assistenziale Individualizzato**, così che i loro interventi siano tracciati, pertinenti agli obiettivi e valutabili nel tempo. ¹

4) Coprogettazione “aperta” e inclusiva (formale e informale)

Tavoli permanenti: istituire tavoli tematici su cluster di cronicità (es. diabete, BPCO, decadimento cognitivo, non autosufficienza), con partecipazione di ETS **formali** e iniziative **informali**; criteri di trasparenza/rotazione e calendario di lavoro pubblico.

Documenti di ingaggio: allegare alle convenzioni una **scheda di ingaggio** che espliciti contributo atteso, interfacce (PUA/EVM/PAI), referenti, indicatori e regole di condivisione dati. ¹

5) Monitoraggio e valutazione (indicatori minimi condivisi)

	<p>Cruscotto minimo: adottare un set comune di indicatori, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> % casi co-gestiti tra sanitario e sociale, tempo medio di attivazione del PAI, % di PAI rivisti annualmente, soddisfazione utenti/caregiver. <p>Gli indicatori devono essere alimentati dai sistemi territoriali e letti congiuntamente ai tavoli; pubblicazione periodica dei risultati per accountability.¹</p> <p>6) Formalizzazione e standardizzazione operativa</p> <p>Protocolli e convenzioni-tipo CdC-ETS: standardizzare format e processi (onboarding, privacy, sicurezza, interoperabilità, tracciabilità, audit) per assicurare replicabilità e chiarezza organizzativa su tutto il distretto.</p> <p>Allineamento distrettuale/regionale: inserire protocolli e convenzioni nelle procedure distrettuali e nel quadro regionale di integrazione, così da garantire omogeneità e coerenza operativa.¹</p> <p>7) Capacità organizzative e cultura collaborativa</p> <p>Formazione congiunta: promuovere moduli interdisciplinari (min. 8 ore/anno) su accoglienza, lavoro d'équipe, integrazione PUA-EVM-PAI, privacy e community engagement; obiettivo: linguaggio comune e pratica quotidiana di collaborazione.</p> <p>Supporto metodologico: dotare i tavoli di facilitazione (metodi partecipativi, mappature di risorse, tecniche di co-design) per trasformare gli spazi di confronto in luoghi effettivi di produzione di soluzioni operative.</p>
--	---

<p>6</p>	<p>Formalizzare protocolli territoriali e convenzioni tipo tra CdC ed ETS</p> <p>Nel contesto delle Case della Comunità, le collaborazioni con gli Enti del Terzo Settore (ETS) si sviluppano attraverso una pluralità di esperienze e modalità operative, spesso costruite in relazione ai bisogni emergenti dei cittadini e alle caratteristiche dei territori. Questa dinamicità rappresenta un punto di forza della partecipazione comunitaria, ma evidenzia anche l'importanza di disporre di protocolli condivisi, capaci di dare continuità e riconoscibilità alle forme di cooperazione che si attivano tra servizi sanitari, servizi sociali, PUA, operatori delle CdC e organizzazioni sociali.</p> <p>L'assenza di riferimenti procedurali formalizzati non implica una carenza, ma piuttosto riflette la fase evolutiva di un sistema che sta consolidando nuovi assetti organizzativi e nuove modalità di integrazione tra soggetti istituzionali e comunità locali. Proprio per questo diventa strategico dotarsi di cornici operative comuni che facilitino il lavoro integrato, rendano dialogiche le diverse competenze presenti sul territorio e sostengano pratiche di collaborazione stabili e orientate alla continuità assistenziale.</p> <p>L'introduzione di protocolli condivisi può contribuire a:</p> <ul style="list-style-type: none"> offrire strumenti chiari per la costruzione di partnership tra CdC e ETS; valorizzare in modo equo attori con livelli diversi di strutturazione; favorire una lettura multidimensionale dei bisogni dei cittadini; 	<p>Per sostenere una collaborazione strutturata e continuativa tra Case della Comunità ed Enti del Terzo Settore, è opportuno sviluppare un quadro condiviso di protocolli operativi che renda riconoscibili ruoli, funzioni e modalità di cooperazione, in coerenza con i modelli di integrazione sociosanitaria e con i principi del welfare di comunità.</p> <p>L'elaborazione di protocolli territoriali non limita la flessibilità delle iniziative locali, ma costituisce un elemento abilitante che permette alle diverse forme di partecipazione sociale di inserirsi nei percorsi di presa in carico sociosanitaria con chiarezza, continuità e trasparenza.</p> <p>In quest'ottica si raccomanda di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborare protocolli standardizzati a livello distrettuale e territoriale <p>Protocolli condivisi consentono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> definire in modo chiaro le modalità di collaborazione tra CdC, servizi sociali comunali, ASST/ATS ed ETS; sostenere la complementarità tra interventi sanitari, sociali e comunitari; creare un linguaggio operativo comune tra professionisti e organizzazioni del territorio. <p>Tali protocolli dovrebbero essere coerenti con le procedure del distretto, con le funzioni del PUA e con i requisiti di integrazione previsti dal DM 77/2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdurre convenzioni tipo per le collaborazioni CdC – ETS

<p>rendere più semplice l'integrazione tra percorsi sanitari, sociali e comunitari;</p> <p>supportare la governance distrettuale e l'allineamento alle indicazioni di DM 77/2022 e PNRR.</p> <p>In questa prospettiva, la strutturazione dei protocolli non limita la flessibilità delle sperimentazioni territoriali, ma ne rappresenta un elemento abilitante, sostenendo la qualità e la continuità delle collaborazioni.</p>	<p>Le convenzioni tipo, negoziate a livello distrettuale o sovra-distrettuale, facilitano:</p> <ul style="list-style-type: none"> la replicabilità delle collaborazioni; la chiarezza dei riferimenti giuridici e amministrativi; la tutela degli utenti e degli enti coinvolti; la gestione omogenea di aspetti quali responsabilità, privacy, co-programmazione e co-progettazione. <p>Questo approccio permette agli ETS — indipendentemente dal grado di strutturazione — di operare all'interno di un quadro regolatorio chiaro e favorevole all'integrazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserire i protocolli nelle procedure regionali di integrazione sociosanitaria <p>La formalizzazione regionale permette di:</p> <ul style="list-style-type: none"> allineare le collaborazioni alle priorità di salute pubblica; garantire omogeneità tra territori diversi; facilitare la valutazione del contributo degli ETS nei percorsi di cronicità; sostenere la governance tra livello locale (CdC, Comuni) e livello sovralocale (ATS/ASST, Regione). <p>Integrare i protocolli nelle linee operative regionali consente inoltre di valorizzare il ruolo del terzo settore all'interno della rete sociosanitaria, come previsto dai sistemi europei di Primary Health Care e dal welfare community-oriented.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevedere strumenti di monitoraggio condivisi delle collaborazioni
--	--

		<p>Per rendere i protocolli strumenti effettivi e non solo formali, è utile dotarsi di indicatori comuni, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> numero e tipologia delle collaborazioni attive; attività co-progettate e loro risultati; continuità dell'interazione tra professionisti sanitari, sociali ed ETS; impatto percepito dagli utenti e dai caregiver. <p>Questi dati, integrati nei sistemi informativi territoriali, consentono una lettura più completa dell'apporto della comunità nei percorsi di salute.</p>
<p>7</p>	<p>Criteri di attivazione delle collaborazioni tra CdC ed ETS</p> <p>Nel quadro organizzativo delle Case della Comunità, la costruzione di collaborazioni con gli Enti del Terzo Settore (ETS) può assumere forme diverse a seconda delle caratteristiche territoriali, delle competenze professionali coinvolte e delle modalità con cui vengono interpretate le funzioni della CdC. In questa fase di consolidamento del modello, i responsabili delle strutture svolgono spesso un ruolo di raccordo tra servizi sanitari, servizi sociali e attori comunitari, contribuendo alla definizione delle relazioni operative più adatte al contesto locale.</p> <p>In assenza di criteri territoriali pienamente condivisi o di strumenti di analisi epidemiologica già integrati nei processi decisionali, le modalità di attivazione delle collaborazioni possono riflettere una pluralità di approcci organizzativi, influenzati da sensibilità professionali, esperienze pregresse e</p>	<p>Procedure standard di ingaggio CdC-ETS guidate dal profilo di cronicità territoriale</p> <p>Per consolidare collaborazioni stabili, trasparenti e riproducibili tra Case della Comunità (CdC) ed Enti del Terzo Settore (ETS), si raccomanda di adottare procedure standard di ingaggio che siano evidence-informed, ossia fondate su un profilo di cronicità territoriale aggiornato e condiviso tra tutti gli attori della rete (CdC, PUA, servizi sociali comunali, ASST/ATS, terzo settore). Tali procedure, formalizzate e integrate nella cornice distrettuale/regionale, dovrebbero prevedere criteri omogenei per tre passaggi chiave: attivazione, valutazione, continuità.</p> <p>1) Attivazione – Ingaggio basato su priorità epidemiologiche e mappature territoriali</p>

specificità della popolazione di riferimento. Questa variabilità rappresenta un elemento tipico delle fasi di transizione verso modelli di governance più maturi, in cui ruoli e processi sono in via di strutturazione.

L'introduzione progressiva di strumenti comuni — quali profili epidemiologici territoriali, dati di cronicità, mappature delle risorse sociali e procedure standard di coinvolgimento degli ETS — può favorire nel tempo una maggiore omogeneità nella lettura dei bisogni e nella costruzione delle partnership. In questo senso, la relazione tra responsabilità gestionale, conoscenza del territorio e dinamiche collaborative si colloca all'interno di un percorso evolutivo che caratterizza i sistemi di welfare orientati alla prossimità e alla partecipazione.

Questa prospettiva permette di interpretare la varietà delle prassi attualmente in atto non come elemento critico, ma come parte di un processo di sviluppo organizzativo che sta ampliando gli strumenti a disposizione delle CdC per valorizzare, in modo progressivamente più strutturato, il contributo del Terzo Settore nei percorsi di salute comunitaria.

Profilo di cronicità: utilizzare dati di prevalenza/incidenza, vulnerabilità sociale e fattori di rischio per identificare le aree di bisogno prioritario (es. diabete, BPCO, scompenso, decadimento cognitivo, non autosufficienza).

Mappatura delle risorse: incrociare il profilo con la mappatura di ETS/volontariato formale e informale, per selezionare i partner più pertinenti rispetto ai percorsi di presa in carico.

Trigger standard: definire soglie/condizioni che attivano l'ingaggio (es. trend in crescita, gap nei servizi, bisogni complessi), condivise nel distretto e validate dall'OCD.

2) Valutazione – Dispositivi e criteri comuni per verificare coerenza e qualità

Dispositivo valutativo: prevedere una scheda comune (sanitario-sociale) che espliciti finalità, target, contributo atteso dell'ETS, interfacce con PUA/EVM/PAI e modalità di coordinamento con specialistica e MMG.

Criteri omogenei: coerenza con il profilo di cronicità; competenze/esperienze documentate; aderenza a privacy/sicurezza; capacità di lavorare in équipe multiprofessionale; indicatori di esito e processo (aderenza ai PAI, accessi, continuità).

Validazione: approvazione in cabina distrettuale con tracciabilità in protocollo/convenzione tipo, in linea con le procedure di integrazione regionali

3) Continuità – Regole di mantenimento, revisione e uscita

Piani di continuità: definire durata, milestones e revisioni periodiche basate

		<p>su indicatori condivisi (es. % casi co-gestiti, tempo medio di attivazione PAI, revisioni annuali).</p> <p>Riassegnazione/uscita: stabilire criteri chiari per ridefinire il perimetro della collaborazione, estenderla o chiuderla, in funzione di bisogni, risultati e nuove priorità epidemiologiche.</p> <p>Documentazione e interoperabilità: assicurare che ogni step sia tracciato nei sistemi informativi territoriali (registro PUA–EVM–PAI; schede digitali interoperabili) per abilitare programmazione e accountability.</p> <p>.</p> <p>Inquadramento organizzativo</p> <p>Formalizzazione: inserire le procedure in protocolli territoriali e convenzioni tipo CdC–ETS, adottati a livello distrettuale e richiamati nelle linee regionali di integrazione sociosanitaria, come già proposto nelle tue bozze.</p> <p>Governance tecnica: utilizzare l’OCD come sede di raccordo operativo e non meramente consultivo, con rappresentanza ETS e funzione di monitoraggio</p>
<p>8</p>	<p>Coordinamento trasversale nei processi di integrazione sociosanitaria</p> <p>All’interno delle Case della Comunità, le figure responsabili dell’organizzazione dei servizi sanitari – come i Coordinatori Infermieristici – svolgono tradizionalmente funzioni centrali legate alla gestione delle risorse professionali, alla pianificazione dei turni e al funzionamento operativo delle attività clinico-assistenziali. Queste funzioni rappresentano un presidio essenziale per garantire</p>	<p>Istituzione di un coordinamento trasversale attraverso la figura del Facilitatore dell’Integrazione Sociosanitaria</p> <p>.</p> <p>Per garantire un raccordo stabile e continuativo tra i diversi attori che operano all’interno e attorno alle Case della Comunità – in particolare servizi sanitari, servizi sociali territoriali, PUA, specialistica ambulatoriale, infermieristica di famiglia e comunità, terzo settore e reti</p>

continuità, qualità e sicurezza nell'erogazione dei servizi sanitari.

Parallelamente, l'evoluzione dei modelli territoriali delineati dal DM 77/2022 e dalle politiche di Primary Health Care pone crescente attenzione al ruolo del **coordinamento trasversale** come leva per integrare i diversi contributi presenti nel territorio: specialistica ambulatoriale, assistenza sociale, infermieristica di famiglia e comunità, PUA, servizi domiciliari ed Enti del Terzo Settore. In questo quadro, la gestione dell'integrazione richiede strumenti e funzioni che collegano non solo le attività interne alla CdC, ma anche le reti comunitarie e gli attori coinvolti nei percorsi di presa in carico delle cronicità.

La complessità delle condizioni croniche e il loro impatto sociale mostrano infatti la necessità di una visione unitaria che faciliti l'interconnessione tra dimensioni cliniche, sociali e territoriali. Ciò comporta l'esigenza di disporre di funzioni dedicate all'interfacciamento tra professionisti di ambiti diversi, alla lettura condivisa dei bisogni, alla connessione con le risorse associative e comunitarie e alla coerenza dei percorsi.

La presenza di ruoli orientati prevalentemente alla gestione interna, sebbene fondamentale, non sempre contempla strutturalmente questa dimensione di "ponte" tra specialisti, risorse sociali e rete comunitaria. Di conseguenza, il sistema si trova nella fase fisiologica di costruzione di dispositivi organizzativi che permettano di rendere più fluido e riconoscibile il raccordo tra le diverse componenti dell'assistenza territoriale.

In questa prospettiva, il tema non riguarda l'adeguatezza delle singole figure, ma l'evoluzione complessiva del modello di welfare territoriale verso forme di coordinamento più trasversali, multidisciplinari e orientate alla collaborazione interprofessionale e comunitaria. Questo percorso riflette un cambiamento culturale e organizzativo

informali – è strategico introdurre una funzione dedicata al coordinamento trasversale dei percorsi di presa in carico.

Si raccomanda pertanto di istituire la **figura del Facilitatore dell'Integrazione Sociosanitaria**, un ruolo operativo e organizzativo orientato a sostenere la connessione tra i diversi ambiti professionali e comunitari coinvolti nella gestione della cronicità e delle fragilità.

• **Funzione di ponte tra sanitario, sociale, ETS e PUA**

Il Facilitatore opera come nodo di interfaccia stabile, assicurando:

continuità del flusso informativo tra professionisti clinici, assistenti sociali, PUA e attori comunitari;

coerenza tra valutazioni, interventi e PAI multidimensionali;

supporto all'integrazione tra presa in carico sanitaria e supporto sociale, anche nei passaggi critici (dimissioni, transizioni di cura, riattivazioni).

Questa funzione consente di evitare frammentazioni e di rendere il percorso della persona più fluido e leggibile.

• **Presidio dei processi di collaborazione con ETS e rete comunitaria**

Il Facilitatore garantisce un raccordo strutturato con la rete territoriale, contribuendo a:

identificare gli ETS più pertinenti rispetto ai bisogni di determinati gruppi di cronicità;

<p>in atto, volto a integrare in modo sistemico attività cliniche, sociali e di comunità all'interno delle Case della Comunità.</p>	<p>coordinare le relazioni operative con il volontariato formale e informale;</p> <p>favorire l'allineamento tra attività cliniche, sociali e iniziative comunitarie.</p> <p>Il ruolo si colloca all'interno del modello di welfare collaborativo e di community health previsto dai sistemi di Primary Health Care.</p> <p> </p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto ai percorsi di integrazione interprofessionale <p>Il Facilitatore contribuisce alla costruzione di un contesto di lavoro condiviso: facilitando riunioni di équipe e momenti di confronto;</p> <p>sostenendo la lettura congiunta dei bisogni;</p> <p>promuovendo strumenti digitali e flussi informativi integrati;</p> <p>accompagnando i servizi nella progressiva adozione di modalità collaborative.</p> <p> </p> <ul style="list-style-type: none"> • Collocazione organizzativa chiara e riconoscibile <p>Per essere efficace, la figura deve trovare un'integrazione organica nella governance territoriale:</p> <p>con un mandato esplicito per il coordinamento trasversale;</p> <p>con accesso alle informazioni necessarie;</p> <p>con interlocutori stabiliti nelle diverse unità (specialistica, PUA, servizi sociali, direzione di distretto, ETS).</p>
---	--

		<p>La definizione del ruolo facilita la transizione verso modelli territoriali che valorizzano l'integrazione tra sanitario, sociale e comunità</p>
<p>9</p>	<p>Ruolo e funzionamento dell'Organismo di Consultazione Distrettuale (OCD)</p> <p>All'interno dell'architettura organizzativa distrettuale, l'Organismo di Consultazione Distrettuale (OCD) è concepito come una sede di confronto tecnico e partecipato, finalizzata a favorire la circolazione delle informazioni, il raccordo tra i diversi attori territoriali e la lettura condivisa dei bisogni della popolazione. In particolare, l'OCD rappresenta uno spazio previsto per integrare i punti di vista delle istituzioni, dei servizi sociali e sanitari, delle Case della Comunità e delle realtà del Terzo Settore, contribuendo a orientare la programmazione locale in coerenza con gli indirizzi distrettuali e regionali.</p> <p>Nella pratica, la funzione dell'OCD può assumere configurazioni diversificate in base alla fase di sviluppo del distretto, all'assetto della governance territoriale e alla maturità delle relazioni tra i soggetti che ne fanno parte. In alcuni contesti, il suo funzionamento rispecchia un modello di partecipazione prevalentemente informativo; in altri, si sta evolvendo verso forme più interattive, volte alla co-produzione di analisi, orientamenti e strumenti condivisi.</p> <p>Quando il processo di partecipazione non è ancora pienamente strutturato, può verificarsi che le interlocuzioni con gli Enti del Terzo Settore o altri attori della comunità richiedano tempi di definizione più lunghi o risultino meno immediatamente operative. Tali dinamiche non indicano necessariamente un limite dell'organismo, ma piuttosto riflettono la fase in cui il distretto sta definendo modalità sempre più chiare e coordinate per integrare contributi istituzionali e comunitari.</p>	<p>Reimpostare l'OCD come sede tecnica di governo distrettuale, con funzioni operative di lettura del bisogno, coordinamento interprofessionale e integrazione sociosanitaria. L'OCD diventa la cabina di regia che assicura la coerenza tra indirizzi distrettuali, attività della Casa della Comunità (CdC) e presa in carico attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), superando logiche meramente consultive e valorizzando l'analisi condivisa dei dati territoriali.</p> <p>Funzioni di raccordo PUA-CdC-Distretto</p> <p>Attribuire all'OCD funzioni di raccordo continuo:</p> <p>Allineamento dei processi di accesso (PUA) con i percorsi della CdC e con gli obiettivi distrettuali;</p> <p>Agenda condivisa su cronicità prioritarie, presa in carico multidimensionale e continuità ospedale-territorio;</p> <p>Gestione dei punti di interfaccia (transizioni, dimissioni protette, attivazione PAI), con escalation rapida di criticità organizzative.</p> <p>Processi operativi</p> <p>Standardizzare i passaggi operativi dell'OCD:</p> <p>convocazioni periodiche con ordine del giorno predefinito (bisogni, dati, esiti, criticità);</p>

	<p>In questa prospettiva, l'OCD può essere interpretato come uno spazio in divenire, che sta progressivamente ampliando la propria capacità di svolgere funzioni di analisi territoriale, ascolto partecipato e integrazione dei saperi. La sua evoluzione verso un ruolo più tecnico e orientato alla produzione congiunta di strumenti e criteri condivisi rappresenta una componente tipica dei sistemi di welfare territoriale che intendono conciliare governance istituzionale, partecipazione comunitaria e integrazione sociosanitaria.</p>	<p>verbali tecnici con decisioni tracciate, responsabilità e tempi;</p> <p>collegamento ai protocolli territoriali e alle convenzioni tipo CdC-ETS già in via di formalizzazione nelle tue linee guida.</p> <p>Strumenti informativi e interoperabilità</p> <p>Integrare l'OCD con strumenti digitali condivisi:</p> <p>utilizzo del registro PUA-EVM-PAI per la tracciabilità della presa in carico;</p> <p>schede digitali interoperabili per aggiornamenti in tempo reale tra sanitario, sociale e comunità;</p> <p>accesso a dashboard epidemiologiche distrettuali/regionali per priorità e programmazione. (richiamo alle tue bozze su SGDT/registro accessi)</p> <p>Indicatori minimi di monitoraggio</p> <p>Dotare l'OCD di un cruscotto minimo:</p> <p>% casi co-gestiti tra sanitario e sociale;</p> <p>tempo medio di attivazione del PAI;</p> <p>% PAI rivisti annualmente;</p> <p>soddisfazione utenti/caregiver e indicatori di continuità assistenziale. Questi indicatori, già presenti nelle tue tracce, orientano decisioni e qualità delle collaborazioni.</p>
10	<p>Inquadramento della specialistica nei percorsi di cronicità</p>	<p>Promuovere una visione multidimensionale della cronicità nella specialistica delle CdC</p>

Nelle Case della Comunità, la specialistica ambulatoriale svolge un ruolo essenziale nella gestione clinica delle condizioni croniche, contribuendo con competenze specifiche legate alle diverse aree patologiche — ad esempio diabetologia, cardiologia, pneumologia o neurologia. Questo approccio “per competenze cliniche verticali”, radicato nella storia della medicina specialistica e nelle strutture organizzative del Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta un elemento consolidato dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Parallelamente, i modelli attuali di assistenza territoriale — quali quelli promossi dal DM 77/2022, dalla Primary Health Care e dalla comunità scientifica internazionale — attribuiscono crescente rilievo alla **dimensione multidimensionale** della cronicità. Le condizioni croniche, infatti, non si esprimono solo come patologie organo-specifiche, ma come combinazioni di aspetti clinici, funzionali, psicologici, sociali, ambientali e relazionali che incidono nella vita quotidiana della persona.

In questo contesto, l’approccio settoriale tipico della specialistica può rappresentare una componente di un sistema più ampio, nel quale la lettura clinica si affianca a quella psicosociale e territoriale. La differenziazione delle competenze, infatti, non è un limite in sé, ma un tratto fisiologico di un’organizzazione complessa: ogni disciplina contribuisce con un proprio punto di vista, che può essere valorizzato ulteriormente attraverso forme di integrazione tra professionisti sanitari, servizi sociali, PUA, infermieristica di famiglia e comunità, e attori del Terzo Settore.

Il sistema, quindi, si trova in una fase evolutiva nella quale i percorsi di cronicità stanno progressivamente integrando la visione clinica organo-specifica con l’attenzione al contesto di vita, alle relazioni di cura, ai fattori sociali e alle risorse comunitarie. Questa transizione, tipica dei modelli di welfare collaborativo e di presa in carico territoriale, offre l’opportunità di costruire percorsi sempre

Per rendere i percorsi di presa in carico delle cronicità coerenti con i modelli di integrazione sociosanitaria e con la prospettiva della Primary Health Care, è opportuno affiancare alla tradizionale lettura clinica organo-specifica una **visione multidimensionale**, capace di connettere aspetti sanitari, sociali, funzionali, relazionali e comunitari.

Si raccomanda di:

1) Integrare la dimensione psicosociale nei percorsi specialistici

Arricchire i PDTA, le valutazioni e i monitoraggi specialistici con elementi relativi a:

- benessere psicologico,
- condizioni abitative e familiari,
- fattori di isolamento o fragilità sociale,
- risorse di autonomia e capacità funzionali.

Questa lettura integrata permette di definire bisogni clinici **insieme** ai bisogni di supporto, facilitando percorsi più completi e aderenti alla quotidianità delle persone.

2) Coinvolgere gli ETS nei percorsi di cronicità

Prevedere che i professionisti della specialistica possano interfacciarsi, secondo procedure definite, con:

- ETS specializzati su specifiche patologie croniche,
- associazioni di pazienti,

<p>più coerenti con la complessità dei bisogni delle persone, favorendo una lettura congiunta tra dimensione sanitaria e dimensione psicosociale</p>	<p>reti di volontariato di prossimità, gruppi comunitari orientati al benessere.</p> <p>Il Terzo Settore contribuisce alla lettura delle necessità individuali e familiari, alle attività di accompagnamento, ai percorsi di empowerment e alla promozione dell'autogestione della cronicità.</p> <p> </p> <p>3) Includere obiettivi di attività sociale, benessere e autonomia nei piani di cura</p> <p>Integrare nei PAI e nelle valutazioni multidimensionali obiettivi che considerino:</p> <p>partecipazione sociale e ricostruzione di legami;</p> <p>promozione dell'attività fisica e delle abitudini salutari;</p> <p>sostegno alle autonomie quotidiane;</p> <p>accesso a iniziative comunitarie utili al mantenimento della qualità della vita.</p> <p>Questi obiettivi, condivisi tra sanitario, sociale e comunità, rafforzano la capacità della CdC di agire come ecosistema di salute, non solo come luogo di prestazioni cliniche.</p> <p> </p> <p>4) Favorire momenti di confronto interprofessionale sulla gestione dei casi cronici</p> <p>Riunioni di équipe e spazi tecnici comuni consentono di:</p> <p>costruire una visione comune del percorso;</p>
--	---

		<p>integrare competenze cliniche, sociali e comunitarie;</p> <p>coordinare interventi e responsabilità;</p> <p>facilitare la continuità tra specialistica, MMG, IFC, servizio sociale e volontariato.</p> <p>5) Sostenere la continuità tra cura clinica e benessere nel contesto di vita</p> <p>La rilettura della cronicità in chiave multidimensionale consente di:</p> <p>supportare la persona nel proprio ambiente di vita;</p> <p>promuovere autonomia e capacità residue;</p> <p>prevenire riacutizzazioni;</p> <p>mantenere il benessere globale nel tempo.</p> <p>In questo modo, la specialistica diventa un attore integrato del sistema territoriale, contribuendo non solo alla diagnosi e al trattamento, ma anche alla costruzione di percorsi di salute centrati sulla persona e sul suo contesto.</p>
--	--	---

<p>11</p>	<p>Riconoscimento di tutte le forme di volontariato</p> <p>Nel contesto delle Case della Comunità, il volontariato si presenta in forme molteplici e con livelli diversi di strutturazione: dagli Enti del Terzo Settore formalmente riconosciuti alle reti informali, ai gruppi spontanei, fino alle esperienze di partecipazione civica che emergono in modo creativo all'interno dei territori. Queste diverse espressioni rappresentano componenti complementari dell'infrastruttura sociale locale e contribuiscono, ciascuna con le proprie modalità, a sostenere i percorsi di</p>	<p>Per rafforzare il ruolo della comunità nei percorsi di salute e favorire un modello di welfare territoriale realmente partecipato, è opportuno riconoscere e integrare in modo sistematico la pluralità delle espressioni di volontariato presenti nel territorio — dagli Enti del Terzo Settore maggiormente strutturati alle forme di volontariato informale, creativo e comunitario che emergono spontaneamente nei contesti locali.</p>
------------------	--	--

accompagnamento, prossimità e cura delle persone con cronicità.

Nella pratica operativa, la collaborazione tende più frequentemente a coinvolgere gli attori maggiormente strutturati sul piano organizzativo e amministrativo. Tuttavia, molte esperienze di volontariato comunitario – basate su relazioni di vicinato, reti spontanee di supporto, iniziative civiche locali – rappresentano risorse preziose per comprendere la quotidianità dei contesti di vita, intercettare bisogni emergenti e contribuire alla costruzione di un welfare territoriale partecipato, come promosso dalle linee di indirizzo del welfare di comunità e dai modelli internazionali di community health.

Valorizzare l'intera gamma delle forme di volontariato significa ampliare lo spettro delle risorse mobilitabili, riconoscere la pluralità degli attori presenti nel territorio e rafforzare la capacità delle Case della Comunità di leggere e interpretare la trama sociale locale. Ciò permette di integrare prospettive diverse, sostenere la coesione comunitaria e favorire approcci più inclusivi ai percorsi di salute, in coerenza con il principio di sussidiarietà e con le pratiche di partecipazione attiva previste dai modelli contemporanei di welfare collaborativo.

Questa prospettiva consente di ampliare la gamma delle risorse attivabili, di valorizzare legami sociali già presenti nelle comunità e di favorire una lettura più articolata dei bisogni e delle potenzialità dei cittadini, in linea con i modelli di partecipazione previsti dal DM 77/2022 e dalle politiche di welfare di comunità.

In quest'ottica si raccomanda di:

- **Attivare tavoli permanenti di coprogettazione aperti a ETS formali e iniziative informali di volontariato.** Questi tavoli hanno la funzione di:

mettere in dialogo attori diversi con ruoli complementari;

rendere visibili le competenze presenti nella comunità;

favorire la costruzione condivisa di iniziative di supporto ai percorsi di cronicità;

sostenere un approccio basato sulla corresponsabilità e sulla progettazione partecipata.

- **Elaborare linee guida per l'ingaggio comunitario.** Linee guida chiare e condivise aiutano a:

definire modalità di accesso e collaborazione trasparenti e inclusive;

valorizzare anche le esperienze non formalizzate, favorendo la loro integrazione graduale nei percorsi della CdC;

promuovere pratiche di community engagement orientate alla prossimità e all'attivazione dei cittadini.

- **Utilizzare strumenti di facilitazione comunitaria.** Strumenti come facilita-

		<p>tori di comunità, mediatori di reti sociali, piattaforme partecipative e spazi di confronto tematico consentono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> coinvolgere soggetti che non appartengono a strutture organizzate; intercettare energie sociali diffuse; costruire una rete capace di sostenere quotidianità, aderenza ai percorsi e benessere relazionale. <p>• Integrare la collaborazione nel sistema informativo territoriale</p> <p>Nel quadro degli strumenti digitali integrati (registro PUA–EVM–PAI e dashboard epidemiologiche regionali), è utile prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> modalità di tracciamento delle collaborazioni attive; indicatori qualitativi che rilevino il contributo delle diverse forme di volontariato nei percorsi di cronicità; meccanismi trasparenti di aggiornamento e condivisione delle informazioni tra operatori sociali, sanitari e attori comunitari.
<p>12</p>	<p>Ruolo della Specialistica nei processi di integrazione sociosanitaria</p> <p><i>(Versione rielaborata, neutrale, professionale)</i></p> <p>Nel contesto delle Case della Comunità, la componente specialistica svolge un ruolo significativo nella gestione delle condizioni croniche, contribuendo con competenze cliniche avanzate e con una conoscenza approfondita delle singole patologie. Questa prospettiva, centrata sull'apparato o sull'organo, rappresenta un elemento fondamentale della presa in carico sanitaria e costituisce una parte essenziale del modello di prossimità delineato dal DM 77/2022.</p>	<p>Rafforzare le competenze interdisciplinari e il ruolo della specialistica nei processi di integrazione</p> <p>Per consolidare un modello di assistenza coerente con l'approccio socio-sanitario e con la logica delle Case della Comunità, è strategico sostenere un'evoluzione delle competenze della specialistica ambulatoriale in una prospettiva integrata, capace di valorizzare la collaborazione tra professionisti sanitari, servizi sociali territoriali, PUA ed Enti del Terzo Settore.</p> <p>Si raccomanda di:</p>

Allo stesso tempo, l'evoluzione dei modelli di assistenza territoriale sta portando a una visione sempre più integrata della cronicità, nella quale gli aspetti clinici, sociali e funzionali vengono considerati come dimensioni interconnesse del percorso di salute della persona. In questo quadro, la collaborazione tra specialisti, servizi sociali territoriali, infermieristica di famiglia e comunità, PUA ed Enti del Terzo Settore assume un valore strategico per costruire una comprensione condivisa dei bisogni e per favorire continuità e coerenza nei percorsi assistenziali.

La relazione tra specialistica e attori della rete sociale e comunitaria si colloca dunque in un ambito in evoluzione, nel quale competenze professionali differenti si incontrano e si completano. La tradizionale distinzione dei ruoli — orientati da un lato all'approfondimento clinico e dall'altro all'accompagnamento sociale — rappresenta un punto di partenza da cui i servizi stanno progressivamente costruendo modalità più integrate di lettura dei bisogni, con un'attenzione crescente alla natura multidimensionale delle cronicità.

Questa fase di sviluppo offre l'opportunità di ampliare la consapevolezza condivisa sulla dimensione sociosanitaria delle condizioni croniche e di consolidare pratiche collaborative che valorizzino tanto la specificità tecnico-clinica quanto la ricchezza delle risorse sociali e comunitarie presenti nel territorio

• **Introdurre percorsi di formazione interdisciplinare congiunta (minimo 8 ore/anno)**

La formazione condivisa rappresenta uno strumento essenziale per:

sviluppare un linguaggio comune tra professionisti di ambiti diversi;

favorire la comprensione delle componenti sociali, relazionali e comunitarie che incidono sui percorsi di cronicità;

sostenere modalità di lavoro integrate tra specialisti, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, operatori del PUA e attori della rete territoriale;

promuovere una lettura multidimensionale dei bisogni, in linea con i modelli di Primary Health Care e con le indicazioni del DM 77/2022.

Le 8 ore/anno costituiscono un minimo quantitativo simbolico, utile a garantire continuità, ma il valore aggiunto deriva soprattutto dalla **struttura formativa congiunta**, orientata a progettare e leggere insieme i percorsi assistenziali.

Attivare sistemi di supervisione integrata

La supervisione integrata, realizzata in équipe miste, ha l'obiettivo di:

promuovere riflessioni condivise sulle situazioni complesse;

rafforzare la capacità di co-gestione dei percorsi di presa in carico;

facilitare il confronto tra prospettive cliniche e sociali;

sostenere la continuità operativa tra i diversi nodi della rete sociosanitaria.

		<p>Queste pratiche, già diffuse nei modelli europei di community care, permettono alla specialistica di collocarsi pienamente nel sistema integrato di cura territoriale.</p> <p>• Inserire l'integrazione con gli ETS nel mansionario e negli obiettivi professionali degli specialisti</p> <p>Per rendere stabile e riconosciuta la collaborazione tra professionalità sanitarie e attori sociali del territorio, è opportuno prevedere un'esplicitazione formale della dimensione sociosanitaria anche nei documenti organizzativi e negli strumenti di valutazione professionale.</p> <p>Ciò consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riconoscere l'apporto del Terzo Settore come parte ordinaria dei percorsi di cronicità; • valorizzare la corresponsabilità tra specialistica e attori della rete comunitaria; • allineare le pratiche cliniche ai principi del welfare collaborativo e della presa in carico proattiva; • integrare, all'interno della performance professionale, la partecipazione a processi di coprogettazione, coordinamento e comunicazione con i soggetti territoriali.
<p>13</p>	<p>Processi amministrativi e modalità di accesso degli ETS nelle CdC</p> <p>Nel funzionamento delle Case della Comunità, le collaborazioni con gli Enti del Terzo Settore (ETS) si inseriscono all'interno di procedure amministrative e organizzative che regolano l'accesso, la for-</p>	<p>Semplificazione dei processi amministrativi e adozione di strumenti digitali interoperabili</p> <p>Per favorire una collaborazione fluida tra Case della Comunità ed Enti del Terzo Settore, e per valorizzare pienamente il contributo delle diverse forme</p>

malizzazione delle attività e la gestione delle partnership territoriali. Questi processi rispondono alla necessità di garantire coerenza istituzionale, tracciabilità, tutela degli utenti e allineamento con i requisiti normativi previsti dal sistema sociosanitario regionale.

La crescente complessità delle progettualità territoriali, unita alla diversità degli attori coinvolti, rende particolarmente importante disporre di procedure chiare e leggibili, che permettano agli ETS — sia nelle forme più strutturate sia in quelle di volontariato comunitario — di orientarsi facilmente all'interno delle modalità di collaborazione con la CdC.

In questa fase evolutiva del modello di welfare territoriale, le procedure amministrative possono richiedere adattamenti per consentire una maggiore integrazione tra dimensioni sanitarie, sociali e comunitarie, favorendo l'inclusione di organizzazioni con differenti livelli di formalizzazione. Allo stesso tempo, la progressiva strutturazione dei percorsi di coprogettazione e coprogrammazione promossi dal welfare di comunità contribuisce a creare condizioni operative più favorevoli per la partecipazione degli ETS ai processi di assistenza territoriale.

Considerare il rapporto tra procedure, progettualità e presenza degli ETS all'interno delle CdC consente dunque di valorizzare la dimensione amministrativa come parte integrante del sistema di governance territoriale e, al tempo stesso, di riconoscere l'importanza della chiarezza dei passaggi operativi per sostenere la collaborazione tra istituzioni e attori sociali.

di partecipazione sociale nei percorsi di salute territoriali, è utile sviluppare modalità amministrative che rendano più leggibile, accessibile e integrata la relazione operativa tra servizi pubblici e attori della comunità.

In questa prospettiva, si raccomanda di:

• **Semplificare la modulistica e armonizzare i passaggi amministrativi**

Processi amministrativi chiari, essenziali e facilmente comprensibili consentono di:

facilitare l'orientamento degli ETS all'interno delle procedure della CdC;

agevolare l'avvio e la gestione delle collaborazioni, sia per gli enti maggiormente strutturati sia per quelli che operano con forme organizzative più leggere;

permettere ai professionisti sanitari e sociali di attivare partenariati in modo rapido e coerente con le esigenze del territorio;

ridurre la frammentazione documentale e favorire una governance più lineare delle progettualità.

La semplificazione amministrativa, nelle sue diverse forme, è coerente con gli indirizzi nazionali di promozione della partecipazione e con le pratiche consolidate di welfare collaborativo.

• **Introdurre schede digitali interoperabili a supporto della collaborazione**

L'adozione di strumenti digitali condivisi consente di:

		<p>integrare dati amministrativi, informazioni operative e documentazione essenziale in un sistema unico;</p> <p>rendere omogenei i flussi informativi tra CdC, servizi sociali comunali, ASST/ATS ed ETS;</p> <p>facilitare la tracciabilità delle progettualità e dei contributi delle diverse organizzazioni;</p> <p>garantire un archivio comune utile alla programmazione territoriale, alla valutazione delle attività e alla continuità delle collaborazioni.</p> <p>Le schede digitali — integrate nei sistemi informativi distrettuali e coerenti con il registro PUA–EVM–PAI — rappresentano un tassello importante per una gestione territoriale basata su interoperabilità, prossimità e trasparenza.</p> <p>• Favorire la chiarezza dei ruoli e la leggibilità dei processi</p> <p>La definizione trasparente di percorsi amministrativi condivisi consente a tutti gli attori del territorio di:</p> <p>comprendere rapidamente i passaggi necessari per accedere alle collaborazioni;</p> <p>orientarsi tra funzioni, responsabilità e modalità operative;</p> <p>partecipare in modo informato ai processi di coprogettazione e co-programmazione previsti dalla normativa sul Terzo Settore e dal welfare di comunità.</p> <p>• Integrare la semplificazione amministrativa nella governance territoriale</p>
--	--	--

		<p>Una governance che riconosce la dimensione amministrativa come parte integrante del sistema di welfare locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> migliora il coordinamento tra sanitario, sociale e comunità; favorisce la partecipazione stabile degli ETS ai percorsi di cronicità; rafforza la coerenza tra progettualità locali, obiettivi distrettuali e indirizzi regionali.
<p>14</p>	<p>Utilizzo operativo della mappatura delle risorse associative nel territorio</p> <p>All'interno delle Case della Comunità, la mappatura delle associazioni e delle risorse locali rappresenta uno strumento conoscitivo che permette di cogliere la ricchezza del tessuto sociale, la diversità delle organizzazioni presenti e le molteplici forme di partecipazione civica attive nei territori. Questo patrimonio informativo — che spesso comprende ETS strutturati, gruppi informali, volontariato di prossimità, reti comunitarie e iniziative spontanee — costituisce un elemento fondamentale del welfare di comunità, in quanto rende visibili le risorse capaci di contribuire ai percorsi di salute, inclusione e supporto alle persone con cronicità o fragilità.</p> <p>Nella pratica organizzativa, la mappatura può essere presente in diverse forme (documenti distrettuali, banche dati territoriali, repertori degli ETS, strumenti digitali, rilevazioni comunali), ma non sempre è già integrata nei processi operativi quotidiani della CdC. Tale situazione riflette una fase di evoluzione fisiologica del sistema, nel quale gli strumenti di conoscenza territoriale stanno progressivamente trovando collocazione all'interno dei percorsi di presa in carico, dell'attività del PUA,</p>	<p>Per valorizzare pienamente il patrimonio informativo rappresentato dalla mappatura delle risorse associative presenti nel territorio – ETS strutturati, volontariato informale, gruppi civici, reti di comunità – è opportuno trasformare tale strumento da semplice repertorio descrittivo a leva operativa stabile, integrata nei processi quotidiani della Casa della Comunità.</p> <p>In questa prospettiva si raccomanda di:</p> <p>1) Integrare la mappatura nel “kit operativo” della CdC</p> <p>Includere la mappatura tra gli strumenti di lavoro standard della Casa della Comunità, collocandola accanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> schede PUA; strumenti di valutazione multidimensionale (EVM); PAI; protocolli di continuità ospedale-territorio; informative ai cittadini e alle famiglie.

<p>dei momenti di valutazione multidimensionale e delle interlocuzioni con la rete del Terzo Settore.</p> <p>Questo passaggio evolutivo implica la necessità di trasformare la mappatura da semplice repertorio informativo a strumento dinamico di lavoro, capace di favorire:</p> <ul style="list-style-type: none"> la lettura integrata dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio; l'individuazione di partner comunitari pertinenti ai diversi profili di cronicità; il raccordo tra dimensione sanitaria, sociale e partecipativa; l'attivazione di alleanze locali nei percorsi di prevenzione, cura e inclusione; la costruzione di ecosistemi territoriali che valorizzino la prossimità e la comunità. <p>In questa prospettiva, la mappatura delle associazioni non è un prodotto statico, ma una componente strutturale delle politiche di integrazione territoriale, che richiede aggiornamento, condivisione e progressiva integrazione nei processi organizzativi delle CdC.</p> <p>Il fatto che tale integrazione sia in corso non rappresenta un limite, bensì un tratto caratteristico dei sistemi di welfare territoriale che stanno consolidando modalità sempre più partecipate, collaborative e co-progettate di lavoro tra servizi e comunità</p>	<p>Questa integrazione garantisce che la mappatura diventi una risorsa consultabile e utilizzabile da tutte le figure professionali coinvolte: specialistica, infermieristica di famiglia e comunità, servizio sociale, PUA, équipe multiprofessionali.</p> <p>2) Aggiornamento periodico ogni 6 mesi</p> <p>La mappatura deve essere oggetto di un ciclo regolare di aggiornamento – almeno semestrale – così da riflettere:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'evoluzione delle reti associative; l'emergere di nuove iniziative locali; la trasformazione delle attività realizzate dagli ETS; eventuali chiusure, fusioni o cambiamenti organizzativi. <p>L'aggiornamento periodico consente di mantenere un quadro sempre attuale della capacità territoriale disponibile, utile alla programmazione e alla presa in carico.</p> <p>3) Accessibilità interna per operatori, PUA e specialisti</p> <p>Rendere la mappatura agevolmente consultabile da:</p> <ul style="list-style-type: none"> operatori del PUA (per orientamento e triage sociosanitario), specialisti ambulatoriali (per collegare bisogni clinici e risorse comunitarie), assistenti sociali (per accompagnamento e supporto),
--	--

		<p>infermieri di famiglia e comunità (per monitoraggio territoriale),</p> <p>figure di coordinamento e gestione della CdC.</p> <p>La mappatura può essere resa disponibile in formato digitale condiviso, integrata – quando possibile – nei sistemi territoriali esistenti (es. registro PUA–EVM–PAI, strumenti SGDT, intranet di distrettuale).</p> <p>↓</p> <p>4) Utilizzo nei processi di presa in carico e coprogettazione</p> <p>La mappatura diventa un dispositivo attivo nella definizione dei percorsi di cronicità, permettendo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> individuare partner territoriali coerenti con specifici bisogni; orientare la coprogettazione con ETS formali e iniziative informali; arricchire i PAI con interventi comunitari; attivare reti di sostegno nei momenti critici del percorso di cura. <p>Il suo utilizzo costante consente alla CdC di agire come nodo di connessione tra servizi e comunità, in linea con la visione del welfare territoriale partecipato.</p> <p>↓</p> <p>5) Integrazione nei processi di monitoraggio territoriale</p> <p>La mappatura aggiornata permette anche di:</p>
--	--	---

		<p>monitorare la distribuzione delle risorse nei quartieri o nelle micro-aree;</p> <p>identificare zone scoperte o potenzialmente fragili;</p> <p>programmare azioni di coinvolgimento comunitario su basi evidence-informed.</p>
<p>15</p>	<p>Configurazione valutativa delle interazioni tra CdC ed ETS nei processi di collaborazione territoriale</p> <p>All'interno delle Case della Comunità (CdC), la relazione operativa con gli Enti del Terzo Settore si configura prevalentemente come un processo in cui gli ETS presentano iniziative o proposte progettuali, mentre la CdC esercita una funzione di esame e di inquadramento delle stesse nel sistema dei servizi. Questa dinamica rispecchia un assetto in cui i due soggetti interagiscono secondo ruoli distinti: da un lato gli ETS contribuiscono con la loro capacità di lettura dei bisogni sociali e comunitari; dall'altro la CdC colloca tali contributi nel perimetro organizzativo e professionale che la caratterizza.</p> <p>Nel contesto più ampio definito dal Codice del Terzo Settore e dalle Linee guida ministeriali in materia di co-programmazione e co-progettazione (artt. 55–57 CTS; D.M. 72/2021), tale configurazione relazionale rappresenta una delle modalità con cui si articola il confronto tra attori pubblici e sociali. Le CdC, quali presidi sociosanitari di prossimità previsti dal DM 77/2022, si inseriscono infatti in un quadro istituzionale che riconosce agli ETS una funzione di intercettazione dei bisogni emergenti, di presidio di prossimità e di generazione di capitale sociale, mentre alle istituzioni pubbliche spetta l'ordinamento, l'integrazione e la coerenza complessiva degli interventi.</p> <p>L'attuale modalità di interazione, nella quale la sequenza "proposta degli ETS – valutazione da parte</p>	<p>Attivazione intenzionale e programmata del confronto con gli ETS</p> <p>Per superare la dinamica "ETS propone / CdC valuta", la CdC dovrebbe assumere una funzione di regia anticipatoria, attivando cicli programmati di ascolto, confronto e allineamento con gli ETS, coerenti con gli istituti di <i>coinvolgimento attivo</i> previsti dall'art. 55 CTS e ribaditi dal DM 72/2021. Ciò comporta l'istituzione di momenti calendarizzati e strutturati di confronto che raccolgano bisogni, proposte e osservazioni dei soggetti territoriali.</p> <p>2. Predisposizione di "tavoli di coprogettazione permanenti"</p> <p>Gli atti interni della CdC dovrebbero prevedere tavoli permanenti con rappresentanze ETS del territorio, finalizzati non alla sola valutazione di proposte, ma alla costruzione congiunta di obiettivi, priorità, criteri di intervento e contenuti progettuali, come richiamato nel materiale</p> <p>Tali tavoli funzionano come dispositivi per generare convergenza sulle risorse, facilitare la co-definizione delle azioni e creare continuità relazionale.</p>

della CdC” costituisce il meccanismo prevalentemente operante, può essere letta come espressione delle diverse responsabilità funzionali dei soggetti coinvolti e della fase di sviluppo dei rapporti collaborativi tipica dei sistemi territoriali in evoluzione. Tale configurazione esprime infatti il modo in cui, nei contesti locali, si stanno componendo i contributi degli ETS — orientati al riconoscimento dei bisogni comunitari e alla sperimentazione sociale — con quelli della CdC, centrati sulla presa in carico sociosanitaria, sulla continuità assistenziale e sull’organizzazione dei servizi.

3. Utilizzo sistematico della mappatura degli ETS e delle risorse comunitarie

Valutare di rendere **obbligatorio e integrato** questo strumento nella pianificazione della CdC, aggiornandolo periodicamente e utilizzandolo come base tecnica per le fasi di co-programmazione.

4. Integrazione strutturale degli ETS nei percorsi clinico-organizzativi della CdC

emerge l’indicazione a superare la mera presenza “fisica” dell’ETS. Operativamente, è consigliabile definire procedure che identifichino:

punti del percorso assistenziale in cui attivare l’apporto ETS;

modalità di raccordo tra professionisti della CdC e enti associativi;

protocolli condivisi di segnalazione, orientamento, accompagnamento.

5. Predisposizione di linee guida locali per la coprogettazione

Si sottolinea la necessità di una cornice stabile che orienti obiettivi e azioni. Operativamente, la CdC dovrebbe adottare linee guida territoriali che definiscano:

criteri di avvio dei processi di coprogettazione;

modalità di coinvolgimento degli ETS;

strumenti comuni di lavoro (verbali condivisi, format, check-list);

modalità per garantire trasparenza e accountability.

6. Introduzione del ruolo di “facilitatore di integrazione sociosanitaria”

Si propone di istituire una funzione professionale dedicata alla **mediazione interistituzionale**, con compiti di:

facilitazione dei processi di coprogettazione;

coordinamento tra équipe cliniche e soggetti del Terzo Settore;

manutenzione della rete territoriale.

7. Adozione del principio di “coerenza progettuale territoriale”

emerge l'importanza di standard comuni e flessibili. Operativamente, ciò si traduce nell'obbligo per CdC ed ETS di utilizzare un set condiviso di indicatori, obiettivi e criteri valutativi, così da garantire coerenza, adattabilità e personalizzazione degli interventi di welfare.

8. Formalizzazione dei processi attraverso atti amministrativi chiari

In coerenza con gli indirizzi del DM 72/2021, la CdC dovrebbe adottare atti formali che definiscano:

fasi del processo (ascolto → co-programmazione → coprogettazione → implementazione → valutazione);

responsabilità amministrative;

forme di verbalizzazione e documentazione;

modalità di sintesi istruttoria condivisa.

		<p>9. Progettazione condivisa di spazi, funzioni e modelli organizzativi</p> <p>10. Previsione di cicli valutativi condivisi (ex ante, in itinere, ex post)</p> <p>Poiché la coprogettazione implica corresponsabilità, si raccomanda di definire un sistema valutativo comune che includa:</p> <p>indicatori sociali, sanitari, organizzativi; strumenti di monitoraggio partecipato; revisioni periodiche con équipe CdC + ETS; in coerenza con la funzione valutativa prevista dal quadro normativo del CTS e dalle raccomandazioni ministeriali.</p>
<p>16</p>	<p>Oltre la prossimità fisica: il ruolo operativo degli ETS nei percorsi di cronicità</p> <p>Nel contesto delle Case della Comunità, la presenza degli Enti del Terzo Settore assume talvolta una forma prevalentemente “situata”, concentrata cioè sull’essere fisicamente collocati all’interno degli spazi della CdC. Dai materiali analizzati emerge tuttavia che, nel funzionamento quotidiano e nei percorsi dedicati alle persone con cronicità, il contributo degli ETS si configura come parte di un sistema più ampio, in cui le organizzazioni sociali rappresentano risorse relazionali, competenziali e comunitarie rilevanti per la continuità assistenziale.</p> <p>In questa prospettiva, la relazione tra ETS e CdC può essere letta come un’interazione multilivello: alla dimensione di prossimità fisica si affianca quella, più ampia, del raccordo funzionale con i</p>	<p>Definire formalmente l’ETS come componente della filiera territoriale di presa in carico</p> <p>Si raccomanda di inserire l’ETS all’interno degli atti organizzativi della CdC come soggetto strutturale della filiera, superando la sua interpretazione come semplice presenza logistica.</p> <p>2. Integrare l’operatività degli ETS nei percorsi clinico-assistenziali e nei PAI</p> <p>Operativamente, occorre mappare i punti dei percorsi assistenziali in cui attivare il contributo qualificato degli ETS, garantendo raccordi con infermieri di famiglia, assistenti sociali, ambulatori specialistici e PUA.</p>

professionisti della salute e del sociale, specialmente nei percorsi che riguardano le condizioni croniche e le fragilità di lungo periodo. Ciò si evince dai passaggi in cui i documenti interni riconoscono che l'operatività degli ETS non si esaurisce nello "stare dentro la CdC", ma trova significato quando si connette ai processi clinico-assistenziali e alle dinamiche di presa in carico territoriale.

All'interno di questa cornice, gli ETS sono parte di un ecosistema relazionale che contribuisce alla lettura dei bisogni, al sostegno delle persone nei compiti di vita e all'articolazione delle risposte comunitarie ai percorsi di cura. Ciò è coerente anche con le osservazioni emerse nei lavori del Gruppo B, che evidenziano come la collaborazione con gli ETS si sviluppi non solo nello spazio fisico della Casa della Comunità, ma anche attraverso connessioni operative che coinvolgono reti associative e competenze distribuite sul territorio.

Questa lettura consente di interpretare il ruolo degli ETS non come elemento aggiuntivo o accessorio, ma come parte integrante dell'organizzazione territoriale dell'assistenza, in continuità con le funzioni sociosanitarie richieste dai percorsi cronici. In tal modo, la relazione ETS-CdC si configura come una componente del modello di welfare comunitario, in cui luoghi, professioni, servizi e reti sociali concorrono congiuntamente alla qualità e alla sostenibilità dei percorsi di cura.

3. Abilitare l'ETS a operare anche fuori dalla CdC, mantenendo continuità informativa e funzionale

Si raccomanda di **costruire canali di comunicazione, scambio dati e procedure di raccordo che rendano l'ETS operativamente "connesso" anche quando non presente fisicamente nella CdC.**

4. Istituire un sistema di mappatura dinamica degli ETS e delle loro competenze

si suggerisce di **organizzare una mappatura digitale e dinamica, accessibile agli operatori CdC e PUA**, che identifichi competenze, target, specializzazioni e disponibilità operative degli ETS.

5. Rafforzare il ruolo del sociale e delle figure di raccordo tra CdC ed ETS

Si raccomanda di **istituzionalizzare ruoli di coordinamento, preferibilmente radicati nei servizi sociali territoriali**, che assicurino continuità, governance condivisa e orientamento unitario nelle relazioni con gli ETS

6. Sviluppare strumenti digitali interoperabili tra CdC, PUA, EVM ed ETS

si suggerisce di **implementare strumenti digitali integrati (registri unificati, agende condivise, sistemi di comunicazione protetta)** che consentano all'ETS di partecipare in tempo reale ai processi di presa in carico, come previsto dalle raccomandazioni interne su PUA-EVM-PAI.

7. Inserire l'ETS nelle logiche di governance distrettuale

Si raccomanda di **prevedere il coinvolgimento attivo degli ETS nei livelli di governance distrettuale**, anche in vista dell'attuazione del DM 77/2022, che rafforza la responsabilità del Distretto nella programmazione territoriale.

8. Integrare gli ETS nelle attività di prevenzione e nelle strategie su cronicità e fragilità

Operativamente si suggerisce di **allineare il contributo degli ETS alle strategie di prevenzione primaria e secondaria previste dalle CdC e dalle politiche distrettuali**.

9. Creare procedure unificate di attivazione dell'ETS nei percorsi di cura

si raccomanda di **definire protocolli condivisi per l'attivazione dell'ETS all'interno dei percorsi socio-sanitari**, stabilendo criteri, flussi informativi e modalità di monitoraggio degli interventi.

[

10. Favorire una cultura professionale integrata

Si raccomanda di **promuovere percorsi formativi multidisciplinari, momenti di confronto e strumenti di lavoro comuni** che facilitino la percezione dell'ETS come attore competente e parte della filiera socio-sanitaria, come previsto dalla cultura dell'integrazione richiamata nei documenti interni.

17 Orientamento non solo ai servizi ma alla rete ETS

Nel contesto delle Case della Comunità, la funzione di orientamento svolta dal rappresenta un nodo essenziale per garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Nella sua configurazione attuale, questa funzione si concentra prevalentemente sul raccordo con i servizi istituzionali, integrando accoglienza, informazione, valutazione preliminare e invio ai servizi competenti secondo i bisogni espressi dalle persone e dalle famiglie. Tale impostazione riflette l'evoluzione storica dei Punti Unici di Accesso, nati per semplificare i processi di accesso ai servizi pubblici e garantire una presa in carico multidimensionale nei casi complessi.

Parallelamente, l'assetto territoriale delineato dal welfare di comunità e dai modelli contemporanei di integrazione sociosanitaria attribuisce crescente rilevanza alle risorse sociali e comunitarie presenti nei territori — in particolare agli Enti del Terzo Settore e alle forme di volontariato organizzato o informale. Queste realtà, come evidenziato nei materiali interni del Gruppo B, rappresentano una componente significativa dell'infrastruttura comunitaria e contribuiscono alla prevenzione, al sostegno nei percorsi di cronicità e alla costruzione di legami di prossimità capaci di arricchire la presa in carico sanitaria e sociale.

In questa fase di sviluppo del modello delle Case della Comunità, l'orientamento del può quindi essere interpretato come una funzione in ampliamento, che mette progressivamente in relazione la rete formale dei servizi con la costellazione degli ETS, delle associazioni e delle iniziative civiche. Tale ampliamento non implica un cambiamento di natura o di mandato, ma rappresenta l'evoluzione fisiologica di un dispositivo chiamato a leggere non solo la domanda di servizi, ma anche le opportunità di supporto e prevenzione offerte dal territorio.

Per rendere il Punto Unico di Accesso un dispositivo realmente capace di connettere la persona non solo ai servizi istituzionali ma anche alla rete comunitaria, è opportuno sviluppare un modello di orientamento che integri in modo sistematico le informazioni relative agli Enti del Terzo Settore, alle forme di volontariato e ai percorsi di prevenzione del territorio. Tale orientamento allargato rappresenta un'estensione coerente delle funzioni del PUA, già deputato all'accoglienza, alla valutazione multidimensionale e al raccordo con la rete dei servizi, e consente di valorizzare la presenza degli ETS come componenti della filiera territoriale della presa in carico.

In quest'ottica si raccomanda di:

- **Integrare la mappatura degli ETS negli strumenti digitali territoriali**

Includere la mappa aggiornata degli Enti del Terzo Settore e delle altre risorse comunitarie all'interno degli strumenti digitali utilizzati dal PUA (registro PUA-EVM-PAI, SGDT o piattaforme distrettuali), così da rendere l'informazione immediatamente accessibile nella fase di orientamento e valutazione. L'integrazione consente di collegare bisogni clinici, sociali e di prevenzione con risorse comunitarie pertinenti, facilitando una lettura unitaria delle possibilità di supporto presenti nel territorio.

- **Unificare l'orientamento a servizi istituzionali, rete ETS e percorsi di prevenzione**

Dotare il PUA di un'interfaccia digitale unica che raccolga, in forma strutturata, informazioni su:

Collocare l'orientamento all'interno di questa prospettiva significa considerarlo come un processo capace di integrare informazioni, risorse e competenze provenienti da sistemi differenti — sanitario, sociale, comunitario — rendendo visibile la pluralità delle risposte possibili nei percorsi di cronicità e fragilità. In questo modo, l'orientamento del si configura sempre più come un ponte tra servizi e comunità, valorizzando l'intero ecosistema territoriale e contribuendo alla costruzione di percorsi di salute che riflettano la complessità dei contesti di vita delle persone.

- servizi sanitari e sociosanitari;
- servizi sociali territoriali;
- ETS e volontariato organizzato o informale;

– iniziative di prevenzione e promozione della salute attive sul territorio. Questo sistema consente agli operatori di offrire un orientamento connesso e multidimensionale, in cui accesso ai servizi, attivazione comunitaria e prevenzione sono presentati come parti di un medesimo ecosistema territoriale.

• **Integrare la dimensione comunitaria nei flussi informativi del PUA**

Prevedere che i flussi digitali relativi alla presa in carico (accoglienza, valutazione iniziale, triage sociosanitario) includano campi specifici per l'attivazione o il coinvolgimento di risorse comunitarie, rendendo tracciabile il raccordo tra PUA, ETS e percorsi di prevenzione. Questo approccio rafforza la capacità del PUA di connettere la persona con una rete ampia e diversificata di opportunità di sostegno.

• **Favorire l'aggiornamento continuo delle informazioni territoriali**

Assicurare che la mappatura digitale degli ETS e dei percorsi di prevenzione sia aggiornata periodicamente e resa disponibile in tempo reale agli operatori del PUA, agli assistenti sociali, agli infermieri di famiglia e comunità e alle équipe multiprofessionali delle CdC. L'aggiornamento regolare consente di mantenere una fotografia affidabile della rete territoriale e di garantire un orientamento coerente con l'evoluzione delle risorse locali.

Integrazione Sociosanitaria nelle Case della Comunità

"Connettere saperi, costruire salute"



Principi Chiave

- **Circolarità informativa**: dati condivisi in tempo reale
- **Sussidiarietà**: ETS come risorsa strutturale
- **Multidimensionalità**: clinico + sociale + comunitario

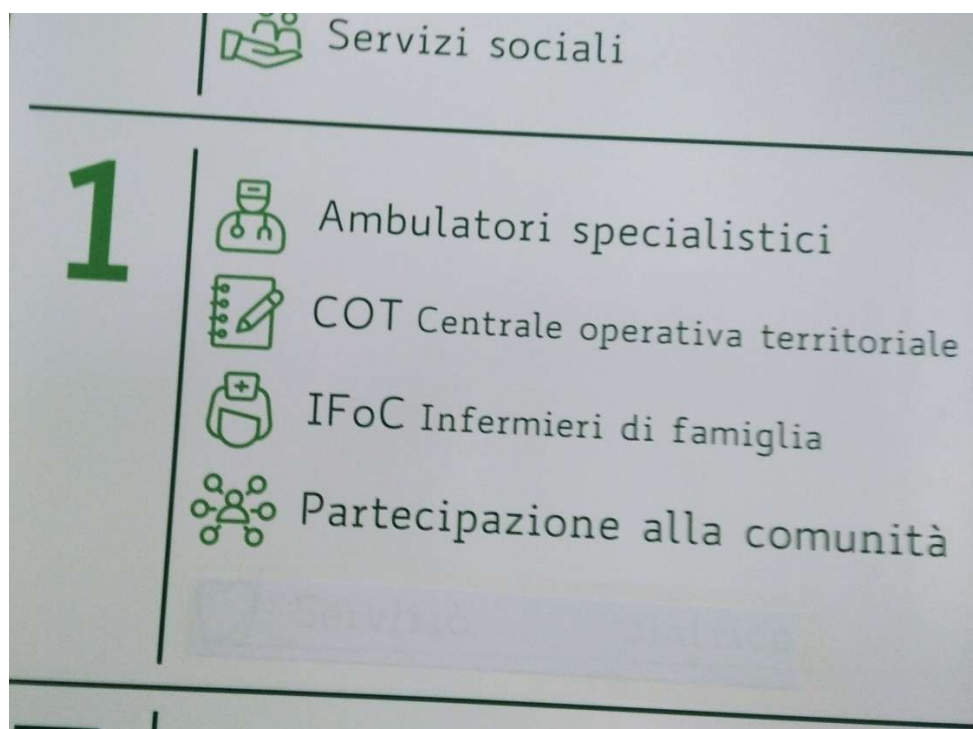
Leve Operative

- Facilitatore dell'Integrazione Sociosanitaria
- Tavoli permanenti di coprogettazione
- Protocolli standardizzati CdC-ETS

"Dal bisogno clinico al percorso di vita: l'integrazione come pratica quotidiana"

La proposta operativa:

Linee Guida per la Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione: rapporto tra Casa della Comunità, Terzo/Quarto Settore e Volontariato sociale



PREMESSE

1. **AL CENTRO LA PERSONA ANZIANA** > La riforma della non autosufficienza degli anziani, sancita dalla recente normativa nazionale (**Legge Delega 33/2023** e **D.Lgs. 29/2024**), rappresenta una svolta attesa da oltre vent'anni per il sistema di welfare italiano. Essa pone al centro la persona anziana, riconoscendone la **dignità**, l'**autonomia** e il diritto a una **presa in carico integrata, multidimensionale e personalizzata**. La sperimentazione avviata nel 2026 in una provincia per regione e l'adozione progressiva su scala nazionale dal 2027 mirano a superare la frammentazione tra servizi sanitari e sociali, promuovendo la **valutazione unificata dei bisogni** e la costruzione di **Progetti Assistenziali Individuali (PAI)** che rispondano in modo efficace e coordinato alle esigenze della persona fragile.
2. **PERCORSI ASSISTENZIALI CONDIVISI** > Le **Case di Comunità (CdC)**, cuore della riforma territoriale prevista dal **PNRR** e dal **DM 77/2022**, sono il luogo fisico e simbolico dove si realizza la **prossimità dei servizi**, l'**integrazione tra professioni** e la **centralità della persona**. Qui, il cittadino trova risposte ai propri bisogni sanitari e socio-sanitari, grazie a **équipe multidisciplinari** che operano in sinergia, superando la logica settoriale e promuovendo la **presa in carico globale**. Il modello organizzativo delle CdC, integrato con il **Punto Unico di Accesso**

(PUA), facilita l'**orientamento**, la **valutazione multidimensionale** e la costruzione di **percorsi assistenziali condivisi**, coinvolgendo attivamente il **Terzo Settore**, il **volontariato** e le **risorse della comunità locale**.

3. **IL TERZO/QUARTO SETTORE E IL VOLONTARIATO SOCIALE** > Il **Terzo Settore** è il mondo del **privato sociale** (Organizzazioni di Volontari, Associazioni di Promozione Sociale, Fondazioni, Cooperative e Imprese sociali) che opera senza scopo di lucro per finalità **civiche e solidaristiche** in contesti molto vari (assistenza e cure, cultura, ambiente ecc.), affiancando lo Stato (**Primo Settore**) e il mercato (**Secondo Settore**). Ha per obiettivo la realizzazione di **attività di interesse generale** dedicate ai cittadini. Nel Terzo Settore predomina l'azione gratuita e volontaria abbinata a **professionisti dipendenti stipendiati**. Il Terzo Settore è chiamato a partecipare a diverse forme di **collaborazione formale con enti pubblici**. Il **Quarto Settore** è un concetto più recente che include le **organizzazioni di mutualità e di auto-mutuo aiuto** e i **gruppi informali di volontari**. Le attività sono gestite direttamente dagli **utenti/beneficiari**, con una forte focalizzazione "**dal basso**", come associazioni di pazienti o movimenti sociali. La mutualità, l'autorganizzazione e il sostegno reciproco tra operatori e utenti rendono tutti i componenti **attivi e riconosciuti**. Nel Quarto Settore ha preso spazio anche il cosiddetto **Volontariato sociale** a impostazione creativa e spontanea, dove le attività vengono proposte e realizzate secondo i bisogni del momento, scaturiti direttamente dalla collettività. Vi operano individualmente persone volontarie con l'obiettivo di creare forme nuove e innovative che sviluppino l'**empowerment** dei soggetti più deboli e senza intermediari.
4. **PRINCIPI DI UNITARIETÀ E UNICITÀ DELLA PERSONA** > Al centro di questa trasformazione si colloca il principio di **unitarietà e unicità della persona**: ogni individuo è portatore di **bisogni, diritti e potenzialità irripetibili**, e il sistema di welfare deve riconoscere e valorizzare questa unicità, promuovendo la **partecipazione attiva**, l'**autodeterminazione** e il rispetto delle differenze. L'approccio unitario, fondato su valori di **dignità, giustizia sociale e pari opportunità**, orienta l'azione dei professionisti e delle istituzioni verso la costruzione di **reti di aiuto** e di **processi di cura** che pongano la persona al centro, non solo come destinatario ma come **protagonista delle scelte** che riguardano la propria vita.
5. **CULTURA DELLA COLLABORAZIONE** > La sfida attuale è uscire dai propri perimetri istituzionali e professionali, superando la **settorialità** e la rigidità dei ruoli. È tempo di costruire una **cultura della collaborazione**, del **rispetto reciproco** tra professioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, riconoscendo la specificità, l'autonomia e la responsabilità di ciascun ruolo, ma anche la necessità di lavorare insieme per il **bene comune**. Solo attraverso il **dialogo**, la **coprogettazione** e la condivisione di **linguaggi, strumenti e obiettivi**, sarà possibile offrire risposte **multidimensionali e innovative** ai bisogni della popolazione anziana.
6. **RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE** > Facilitare l'incontro tra **Caregiver familiare** e **Caregiver professionale** (spesso complesso a causa della fragilità del Datore di lavoro e del candidato al lavoro di cura). È fondamentale valorizzare la figura professionale di un **Assistente familiare** formato, competente e motivato.
7. **FLUSSO COMUNICATIVO CIRCOLARE** > Il flusso comunicativo deve essere **circolare, trasparente e inclusivo**, capace di coinvolgere non solo gli operatori e gli stakeholder istituzionali, ma anche il **paziente e la sua famiglia**. La persona assistita non è più un soggetto passivo,

ma il **protagonista della riforma**, destinatario e **co-costruttore** dei percorsi di cura. La comunicazione efficace, empatica e bidirezionale è il pilastro su cui si fonda la **fiducia, la partecipazione e la qualità dell'assistenza**.

- 8. AMMINISTRAZIONE CONDIVISA** > L'amministrazione condivisa e la **coprogettazione** tra enti pubblici, Terzo Settore e cittadini rappresentano la via maestra per un **welfare locale personalistico**, capace di rispondere in modo **innovativo e partecipato** ai bisogni della comunità. La **responsabilità condivisa**, la valorizzazione delle **competenze** e la costruzione di **reti collaborative** sono gli strumenti per garantire la **sostenibilità, l'efficacia e la giustizia sociale** nel sistema di welfare.

CONCLUSIONE

Questa premessa vuole essere un invito rivolto agli **operatori delle Case della Comunità** e a tutti gli **stakeholder coinvolti**: è tempo di abbandonare le logiche autoreferenziali e di costruire insieme un sistema di welfare che metta al centro la **persona**, la sua **unicità** e la sua **partecipazione attiva**. Solo così potremo realizzare una **riforma centrata sull'integrazione socio-sanitaria**, davvero **innovativa, inclusiva e sostenibile**, capace di rispondere sia alle sfide della **non autosufficienza** sia di promuovere il **benessere della comunità**.

Chi fa cosa con tre passaggi circolari di comunicazione e di azioni

→ A verso B ed entrambi verso C

A) Specialisti (per le patologie croniche) e MMG (per le fragilità) > Con i loro ambulatori medici evidenziano le **cronicità e le fragilità predominanti** in una sorta di **mappatura interna** da mettere a disposizione della **CdC**. Mantengono un **aggiornamento semestrale** e inviano, come **Elenco**, al **responsabile EPC** e al **coordinatore**.

B) Coordinatore della CdC > Cura la **comunicazione interna** alla CdC e diffonde la **mappatura interna della cronicità e fragilità** (v. punto A), componendo una **impostazione duale**, ovvero l'**abbinamento di ogni cronicità/fragilità con enti socio-sanitari del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale locali di riferimento** (v. punto C). Ne cura l'**assimilazione con i vari servizi interni della CdC**: PUA, servizio sociale, psicologo di comunità, IFeC. Conduce un **incontro trimestrale** con i protagonisti dei punti A e B dedicato all'**integrazione socio-sanitaria** e propone all'**OCD** la discussione degli interventi socio-sanitari necessari e di quelli mancanti.

C) Referente dei rapporti con il Terzo e Quarto Settore² > Si avvale (Referente socio-sanitari del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale locali secondo **patologia cronica e tipo di fragilità** (apporto del Municipio). Riceve dagli ambulatori specialistici le **patologie predominanti** (v. Punto A) e l'**impostazione duale dal coordinatore** (v. punto B). Evidenzia i **vuoti/assenze** per alcune patologie e fragilità, e **attiva e accoglie l'alternanza di interventi di Volontariato sociale** (gruppi/aggregazioni informali/progetti a termine/voci varie). Accoglie proposte di interventi socio-sanitari dal Distretto (ASST, agenzie del territorio, ospedali, spazi culturali, parrocchie ecc.) e **mette all'ODG dell'OCD** gli interventi socio-sanitari adottati e l'**aggiornamento semestrale dell'elenco cronicità/fragilità-enti del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale**.

Questi passaggi di **comunicazione e azioni operative strutturate** costituiscono un **documento adottato dal Direttore di Distretto**, responsabile della CdC.

² Questo ruolo si auspica possa essere assunto da un **Assistente sociale della CdC**, e/o eventualmente altro soggetto individuato dal Coordinatore della CdC.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Chi fa cosa: comunicazione e azioni circolari per la CdC

Un modello operativo strutturato che valorizza la collaborazione tra specialisti, coordinatori e territorio, creando una rete integrata di cura attraverso tre passaggi circolari fondamentali di comunicazione e azione.

Specialisti e MMG

Mappano cronicità e fragilità negli ambulatori medici, aggiornano semestralmente i dati e inviano l'elenco al coordinatore della CdC per garantire una visione completa del territorio.



Coordinatore della CdC

Diffonde la mappatura creando un abbinamento duale tra cronicità/fragilità ed enti del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale locali. Coordina PUA, servizio sociale, psicologo di comunità e IFeC con incontri trimestrali dedicati.

Referente

Gestisce l'elenco degli enti socio-sanitari del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale per patologia, evidenzia i vuoti assistenziali, accoglie interventi di volontariato e proposte dal Distretto, portando tutto all'OdG dell'OCD.

Linee Guida in costruzione

Questi passaggi strutturati di comunicazione e azioni operative costituiscono un documento formale adottato dal responsabile: **"Linee Guida per il rapporto con il Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale"**, proposto dal Lab4-GruppoB.

Aggiornamento continuo

Il sistema prevede un aggiornamento semestrale dell'elenco cronicità/fragilità-enti del Terzo e Quarto Settore/Volontariato sociale, garantendo una risposta dinamica ai bisogni emergenti del territorio.

La proposta del **Laboratorio 4 - Gruppo B** è l'adozione di **"Linee Guida per la Partecipazione della comunità e la co-produzione: rapporto tra Casa della Comunità, Terzo/Quarto Settore e Volontariato sociale"**, attualmente **poco evidenti e/o mancanti**.

Gruppo di lavoro

Laboratorio Tematico Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità

Sottogruppo B: Supporto a famiglie e caregiver, ruolo del Terzo Settore nelle Case della Comunità

Elenco nominativi dei partecipanti:

Annamaria Di Bartolo, Stefania Zazzi, Annette Corrado, Silvana Botassis, Sonia Cipro, Ilaria Engaddi
Cristina Giacometti, Laura Pradella, Chiara Tagliabue.