

## *Presentazione del Documento*

# Proposte operative per sviluppare l'integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia

*Alessandro Nobili, Fulvio Lonati, Simonetta Di Meo,  
Antonio Muscolino, Anna Maria Di Bartolo*

*A nome dei Coordinatori dei Laboratori*



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



# PREMESSE

- Il **DM77/2022** ha aperto una **prospettiva non ancora esplorata** in ambito di **integrazione tra sociale e sanitario**, necessaria a **superare la logica prestazionale** verso un **nuovo paradigma** che mette al centro **la salute delle persone e della comunità**, in una **dimensione pubblica**.
- **Le Case della Comunità (CdC)** rivestono un **ruolo cardine** nell'azione di **potenziamento della sanità territoriale**.
- Se la **CdC** è il **“luogo di ricomposizione”** dei **bisogni delle persone**, delle **attività**, dei **servizi** e del **personale**, diventa **fondamentale il coordinamento e il collegamento** tra ciò che è **dentro** e ciò che è **fuori**, **valorizzando sul territorio** e **rendendo attivo proprio tutto ciò che sta fuori** della CdC stessa.

# IL WORKSHOP 26

## Febbraio 2025

Da tali premesse nasce la  
**COLLABORAZIONE** tra  
**Istituto di Ricerche Farmacologiche**  
**Mario Negri IRCCS**  
**e ANCI Lombardia**

- Il 26 febbraio 2025 si svolge il workshop:  
*“Integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia: Riflessioni e Proposte”*.
- Dal successo di questa iniziativa (oltre 500 partecipanti, in presenza e online) vengono **attivati sei laboratori**, pensati come un luogo di confronto e di riflessione tra amministratori, operatori sanitari e sociali, referenti di enti del Terzo Settore e singoli cittadini **sul tema dell’integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia**

# I SEI LABORATORI

- 1. Organizzazione e governo della rete dei servizi** per la salute su quattro livelli: ASST, Territorio del Distretto-Ambito Territoriale Sociale, Territorio della CdC, Microarea (piccolo Comune, frazione, municipio, quartiere);
- 2. Mappatura dei bisogni e delle risorse comunitarie** nel territorio della CdC;
- 3. Meccanismi e strumenti d'integrazione** inter-professionale, inter-disciplinare e inter-settoriale;
- 4. Cronicità:** fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità. **Ruolo del PUA, dell'UVM, del supporto a famiglie e caregiver e del Terzo settore** nelle CdC;
- 5. Coprogettazione di iniziative locali** orientate a: promozione della salute comunitaria, informazione ai cittadini, salute e benessere dei giovani;
- 6. Indicatori:** di salute, di presa in cura, di attivazione comunitaria.

## OBIETTIVI

- Dare voce al maggior numero possibile di **attori coinvolti**.
- Produrre indicazioni utili per una **migliore programmazione socio-sanitaria** nelle CdC.

## MODALITÀ DI LAVORO

- **Target di riferimento** per i Laboratori: **integrazione sociale e sanitario** nelle CdC in Lombardia.
- **Lavori avviati in modo omogeneo**, a partire dalla **normativa vigente** e da **alcune domande guida** condivise.
- Successivamente, **ciascun laboratorio ha adottato modalità differenti** per la **raccolta di informazioni, esperienze locali** e **elaborazione dei contributi** dei partecipanti.
- **Periodo di attività: giugno 2025 - gennaio 2026.**

# OBIETTIVI E MODALITÀ DI LAVORO

# I SETTE MACROTEMI

1. Il territorio come infrastruttura dell'integrazione.
2. La governance multilivello come condizione per superare i silos.
3. L'équipe multiprofessionale come cuore del modello territoriale.
4. Punto Unico d'Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale e presa in carico della cronicità.
5. Mappatura dei bisogni e delle risorse: una conoscenza ancora incompleta.
6. Co-progettazione in ambito sociale e sanitario.
7. Indicatori e cultura della valutazione.



# PROPOSTA OPERATIVA 1

Definire in modo formale e uniforme  
**il territorio della Casa della Comunità,**  
articolandolo in **Microaree**  
**chiaramente identificate,**  
tenendo conto delle **specificità**  
**oro-geografiche, abitative, sociali,**  
**storiche e logistiche**

## il nodo critico

Spesso il **TERRITORIO** della Casa della Comunità e della sua articolazione in Microaree **NON È PRECISATO**

**1 - La definizione esatta del territorio di afferenza delle Case della Comunità**

**è condizione preliminare necessaria per:**

- responsabilizzare servizi/operatori vs comunità
- la loro integrazione
- una buona organizzazione
- l'alleanza con le risorse locali.

**2 - È importante garantire servizi sanitari-sociali di prossimità alle realtà periferiche**

(“Microaree”: un piccolo comune, una o più frazioni o rioni, un quartiere).

## indicazioni operative

**Avviare un percorso di coinvolgimento di tutti gli attori locali e approvare atti formali che,** considerate le specificità

oro-geografiche, abitative, sociali, storiche, logistiche:

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

# PROPOSTA OPERATIVA 2

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

## il nodo critico

Spesso Distretto, Ambito, Comuni, ASST e Case della Comunità operano in parallelo, con linguaggi, priorità strumenti differenti.

Persistono silos separati tra

- sanitario e sociale
- ospedale e territorio
- servizi rivolti a target/popolazioni diversi

L'integrazione tra sociale e sanitario è ostacolata da una **governance frammentata**.

Senza meccanismi di coordinamento chiari e stabili, le Case della Comunità sono semplici contenitori di servizi, non luoghi di regia territoriale.

## indicazioni operative

Rafforzare il ruolo dell'Organismo di Coordinamento Territoriale strumento nodale dell'integrazione

tra Distretto–Ambito–Casa della Comunità–Comuni–Terzo Settore anche attraverso un calendario di lavoro definito con **incontri almeno trimestrali**.

Promuovere la **partecipazione attiva e continuativa degli amministratori** nei luoghi di rappresentanza (con feed-back periodico di criticità e risultati).

Elaborare un “**Patto di governance territoriale**” che specifichi ruoli, responsabilità, sedi decisionali, strumenti di coordinamento e relazioni tra i livelli.

Attribuire **alla Casa della Comunità il coordinamento** di PUA, UVM, Équipe Multiprofessionali e Microaree.

# PROPOSTA OPERATIVA 3

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

## il nodo critico

Spesso le équipes delle Case della Comunità risultano fragili e frammentate, poco strutturate, con scarsa integrazione tra sociale e sanitario:

- sono presenti **operatori "a rotazione"** (ad esempio specialisti ambulatoriali);
- **mancano coordinatori** con mandato formale;
- non sono previsti spazi e tempi dedicati;
- le **agende** dei professionisti **non sono allineate** ai bisogni della comunità di riferimento;
- il **coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale** è disomogeneo;
- **l'interazione intersettoriale**, cioè tra operatori afferenti ad enti diversi, non consente di attivare una vera operatività di "équipe».

## indicazioni operative

Presenza di una équipe multiprofessionale stabile, riconosciuta, per la presa in cura integrata in ogni Casa della Comunità:

- **presenza continuativa delle figure professionali** sanitarie, sociali, ambulatoriali specialistiche e amministrativo-logistiche, **per rispondere ai bisogni specifici del territorio** (non per decentramento amministrativo/organizzativo estraneo ad una logica di territorializzazione);
- **composizione dell'équipe formalizzata;**
- **coordinatore individuato;**
- **riunioni periodiche** con obiettivi chiari;
- **agende adeguate** ai bisogni della comunità.

# PROPOSTA OPERATIVA 4

**Mappare e aggiornare costantemente i bisogni** - con particolare attenzione alle cronicità/fragilità -  
**e le risorse formali e informali,**  
di carattere **sociale, sanitario e socio-sanitario,**  
nel territorio della Casa della Comunità.

## il nodo critico

La mappatura dei bisogni e delle risorse territoriali è spesso episodica se non assente:

- non integrata **tra sanitario e sociale**,
- poco attenta alle **risorse informali**,
- scarsamente **partecipata** dai cittadini.

Questo **limita la capacità di programmare** interventi mirati e di valorizzare le risorse già presenti.

## indicazioni operative

Sviluppare, a livello di **Distretto Socio Sanitario e Ambito Territoriale Sociale**, uno strumento unico di **mappatura per le Microaree** che integri dati sanitari-sociali-demografici e informazioni sulle risorse formali e informali.

Coinvolgere attivamente Comuni/Municipi, Terzo Settore e cittadini **nella raccolta e nell'aggiornamento delle informazioni**.

Utilizzare la **mappatura per definire priorità, progettualità e allocazione delle risorse**.

# PROPOSTA OPERATIVA 5

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

## il nodo critico

La partecipazione di cittadini e del Terzo Settore alle CdC si esprime oggi in forme differenziate

che spesso si limitano alla presenza negli spazi o a momenti di interlocuzione con i servizi.

Il **DM 77** descrive la CdC come:

- **ambito di co-progettazione socio-sanitaria**
- **luogo privilegiato di coordinamento** tra:
  - servizi pubblici,
  - terzo settore,
  - comunità,
  - cittadini,

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

## indicazioni operative

- Predisporre **strumenti di accoglienza e orientamento** sia all'interno che all'esterno della Casa della Comunità in luoghi visibili e accessibili.
- Garantire una **partecipazione funzionale e strutturata** del Terzo Settore e dei cittadini.
- **Coinvolgere** i cittadini con workshop e sondaggi.
- Condurre e diffondere **mappature** di risorse e criticità e monitorare le situazioni in evoluzione.
- **Condividere le informazioni** sui servizi all'interno e all'esterno della Casa della Comunità.
- Introdurre la figura del **facilitatore indipendente**.
- **Integrare nella programmazione** territoriale gli esiti di questi processi.



# PROPOSTA OPERATIVA 6

Valorizzare il **Punto Unico di Accesso** come porta d'accesso integrata sia ai servizi sanitari, sia sociali, sia socio-sanitari, anche attraverso **forme organizzative flessibili**, che tengano conto delle specificità locali (esempio Punto Unico di Accesso itinerante o diffuso).

## il nodo critico

Il Punto Unico di Accesso è spesso **poco visibile, poco integrato tra sanitario e sociale, organizzato in modo diverso da territorio a territorio.**

I cittadini e gli operatori non sempre lo riconoscono come porta d'ingresso unitaria ai servizi territoriali. Questo genera **percorsi di accesso frammentati e diseguali.**

## indicazioni operative

- Definire la **sede del PUA**, che deve essere accessibile in funzione delle caratteristiche del territorio, anche tramite PUA diffuso e/o itinerante.
- Definire **accordi formali** tra ASST e Comuni/Ambiti per tutelare e regolare il funzionamento collaborativo del PUA.
- Mettere a disposizione del PUA la **mappatura completa e aggiornata dei servizi** interni alla CdC, al Distretto e del territorio.
- Individuare il **personale del PUA** in relazione alle risorse disponibili e alla storia dei punti accoglienza.
- Rendere disponibili al PUA **strumenti informativi** sia ad uso del personale, sia rivolti all'utenza.

# PROPOSTA OPERATIVA

## 7

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

## il nodo critico

EVM spesso percepita come passaggio burocratico, più che come un luogo di valutazione integrata e pianificazione condivisa dei percorsi.

La **composizione non è sempre multidisciplinare**, i **tempi** di attivazione possono essere lunghi.

I **passaggi tra ospedale e territorio** non sempre accompagnati da una presa in carico strutturata.

Per le **persone con cronicità, fragilità e disabilità**, la **presa in carico è spesso frammentata** tra servizi e operatori diversi, senza un referente unico che coordini il percorso.

## indicazioni operative

- Definire a livello distrettuale la **composizione minima dell'EVM** e standardizzare procedure e modalità di funzionamento.
- Collegare l'EVM alle **équipe della CdC e di Microarea**.
- **Formalizzare il ruolo di case manager** nelle procedure distrettuali e identificare, per ciascun caso complesso, una figura di riferimento.
- Definire **protocolli di dimissione protetta** che prevedano: segnalazione tempestiva alla COT e all'EVM, pianificazione congiunta degli interventi domiciliari sanitari e sociali, contatto diretto con la famiglia.
- **Monitorare gli esiti delle dimissioni** (ricoveri ripetuti, accessi al pronto soccorso, soddisfazione di utenti e caregiver).

# PROPOSTA OPERATIVA 8

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

## il nodo critico

All'interno di ciascuna Microarea sono presenti figure professionali "di base": Medici di Assistenza Primaria e loro collaboratori infermieri e amministrativi, segretariato sociale e servizi sociali di base, IFeC, Farmacisti, eventuali altri operatori e/o servizi **che spesso operano senza integrarsi, talvolta addirittura senza conoscersi.**

Questi operatori sono una potenziale "équipe di base" multi-professionale e multi-settoriale **che vanno guidati, accompagnati e sostenuti con un percorso di "formazione sul campo"** collegato alla propria CdC.

## indicazioni operative

- **Identificare, far conoscere e coinvolgere** tutte le risorse presenti in ciascuna Microarea, in **percorsi di formazione sul campo** e accompagnamento guidati dalla Casa della Comunità.
- **Promuovere la comunicazione circolare** all'interno della Casa della Comunità.
- Queste **azioni sono possibili senza grandi investimenti** ma richiedono una precisa visione e determinazione.



# PROPOSTA OPERATIVA 9

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

## il nodo critico

I professionisti della Casa della Comunità attualmente operano con **linguaggi, approcci e strumenti differenti**, in assenza di dispositivi strutturati di **apprendimento permanente** sul campo che aiutino a costruire valori, cultura e orientamenti operativi condivisi.

La **formazione** rimane spesso episodica e settoriale, **scollata dai processi organizzativi**, e continua a fondarsi su **modelli rigidi, teorici e verticali (top-down)**.

## indicazioni operative

- Structurare dispositivi di **apprendimento permanente integrati nel lavoro ordinario** dell'équipe (riflessione sulla pratica, rielaborazione dei casi, analisi delle criticità organizzative)
- Attivare **percorsi formativi comuni** e continuativi per tutti i professionisti, orientati a linguaggi e valori condivisi
- Integrare negli incontri di équipe **strumenti di monitoraggio e valutazione** come pratica ordinaria di miglioramento continuo
- Collegare i **percorsi di apprendimento** agli **obiettivi di sviluppo organizzativo** della Casa della Comunità e delle Microaree

# PROPOSTA OPERATIVA 10

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

## il nodo critico

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

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

## indicazioni operative

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

# PROPOSTA OPERATIVA 11

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

## il nodo critico

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

## indicazioni operative

- Definire a livello regionale un **set limitato di indicatori chiave** comuni a tutte le Case della Comunità e Microaree (accessibilità, tempi di presa in carico, continuità ospedale-territorio, lavoro di équipe, coinvolgimento della comunità)
- Assicurare che gli **indicatori siano calcolabili** con i dati disponibili e restituiti in **forma comprensibile** agli operatori e ai decisori
- Utilizzare gli indicatori per **monitorare** l'evoluzione dei territori e **orientare** interventi correttivi

# PROPOSTA OPERATIVA 12

Allargare lo sguardo: **costruire collegamenti con altre realtà professionali e territoriali** per creare **alleanze significative**, anche oltre i propri **confini operativi-professionali e territoriali**, per condividere **buone prassi e soluzioni già sperimentate**. Istituire **momenti periodici di restituzione pubblica dei risultati delle Case della Comunità**, attraverso la presentazione di **report di attività in iniziative aperte alla cittadinanza**, e garantire la **pubblicazione accessibile dei dati sull'utilizzo dei servizi su piattaforme dedicate**.

## il nodo critico

Le CdC tendono a operare **entro i propri confini**, senza attivare **scambi**, riducendo confronti, apprendimento reciproco e condivisione di soluzioni.

Vi è **misconoscenza** del loro funzionamento **da parte della popolazione**, e una **restituzione pubblica dei risultati insufficiente** e **limitata accessibilità ai dati** sui servizi.

**Momenti strutturati di rendicontazione pubblica** e strumenti accessibili per la consultazione dei dati favorirebbero una **reale partecipazione dei cittadini** alla valutazione e alla co-costruzione delle risposte ai bisogni del territorio.

## indicazioni operative

- **Attivare reti di confronto** fra territori.
- Promuovere **momenti periodici di scambio**.
- Formalizzare **protocolli di buone prassi**.
- **Partecipare a comunità di pratica e tavoli sovra-territoriali** per favorire apprendimento e innovazione.
- **Prevedere iniziative pubbliche per presentazione dati e linee programmatiche** future in confronto con la popolazione.
- Realizzare momenti di **presentazione dei servizi con il coinvolgimento delle associazioni locali**.
- Promuovere la **partecipazione attiva dei cittadini**.
- **Rendere disponibili e consultabili dati aggregati** su indicatori di salute.

## PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

***Cosa fare, considerato che il completo raggiungimento delle indicazioni del DM77 risulta oggettivamente molto problematico, in particolare per la carenza di personale e per l'attivazione progressiva delle Case della Comunità***

***Anna Maria Di Bartolo***

***a nome dei Coordinatori dei Laboratori***



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



# PROPOSTA OPERATIVA 13

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

# PROPOSTA OPERATIVA 13

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

- Leggere il territorio come infrastruttura viva
- Rendere riconoscibile una regia di prossimità
- Attivare l'équipe multiprofessionale di base nelle Microaree

# PROPOSTA OPERATIVA 13

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

- Mappare gli attori delle Microaree e avviare un percorso di conoscenza reciproca
- Sostenere i MMG organizzati in gruppo
- Rafforzare o integrare i punti di accoglienza sociali già attivi
- Introdurre momenti di formazione sul campo
- Creare piccole routine collaborative

## Il vero discrimine

Oggi non ci viene chiesto di realizzare subito tutto il DM77, ma di **governare il passaggio** tra il presente e il modello futuro. In questo passaggio, il vero discrimine non è la mancanza di personale o di strutture, ma la capacità di valorizzare ciò che già abbiamo e di iniziare, un passo alla volta, a costruire ciò che ancora non c'è.

La costruzione della Casa della Comunità non dipende dal numero di operatori che abbiamo oggi: dipende da **come decidiamo di lavorare insieme**.

## La sfida

La sfida non è fare tutto, ma non fermarsi mai. E soprattutto costruire un modello che, quando le risorse arriveranno, sia già pronto ad accoglierle.

L'integrazione socio-sanitaria non nasce da un edificio, ma da un modo di lavorare insieme.

## Le Case della Comunità sono...

- Un modo di lavorare
- Un modo di essere territorio
- Un modo di prenderci cura

# GRAZIE PER L'ATTENZIONE

<https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>



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

