

## **La transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel territorio parmense: primi passi di un percorso di accompagnamento**

Marco Ingrosso<sup>1</sup>, Matteo Garofano<sup>2</sup>, Gabriele Moi<sup>3</sup>, Franco Prandi<sup>4</sup>, Corrado Ruozi<sup>5</sup>, Fulvio Lonati<sup>6</sup>, Mauro Ferrari<sup>7</sup>

<sup>1</sup>*Sociologo della salute e della cura, già PO Università di Ferrara*

<sup>2</sup>*Dirigente Sociologo AUSL e AOU di Parma*

<sup>3</sup>*Psicologo e Psicoterapeuta, UOC di Psicologia Clinica e di Comunità AUSL di Parma*

<sup>4</sup>*Sociologo, già Dirigente Ausl di Reggio Emilia*

<sup>5</sup>*Psicologo, Psicoterapeuta, Formatore, già Dirigente Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna*

<sup>6</sup>*Medico, Presidente di APRIRE-Assistenza PRimaria In Rete, già Direttore Dipartimento Cure Primarie ASL di Brescia*

<sup>7</sup>*Sociologo, Formatore, Consulente organizzativo, Docente a contratto presso SUPSI, Manno (CH)*

### **1. Il percorso di accompagnamento: informazioni generali e metodologiche**

Dopo il varo del DM 77/2022, nell'ambito del territorio di competenza dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma – corrispondente a quello provinciale e diviso in quattro Distretti – è stato avviato un percorso di transizione dalle esistenti 25 Case della Salute (più due Poli sanitari) a un nuovo

assetto fondato sulle Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT). Una prima novità istituzionale è stata quella di coinvolgere le Istituzioni pubbliche e il Terzo settore in un progetto di transizione condiviso. Tramite una “Lettera di Intenti” sottoscritta il 27 settembre 2022 è stato costituito un *Comitato di Indirizzo* - composto da rappresentanti dell’AUSL, dell’Azienda Ospedaliera Universitaria, dell’Università degli Studi e del Comune di Parma, oltre che da referenti dell’Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia e dalla Direttrice del Centro di Formazione e Ricerca su Organizzazione, Qualità e Sostenibilità dei Sistemi Sanitari dell’Università di Parma - allo scopo di attuare un percorso di formazione permanente a supporto della transizione da Case della Salute a Case della Comunità nel territorio parmense. Il Comitato di Indirizzo ha nominato un *Gruppo di Progetto* con funzioni operative composto da professionisti, esperti, responsabili istituzionali e rappresentanti del Terzo Settore che ha definito e avviato un percorso di ricerca-formazione-accompagnamento orientato a tale scopo<sup>1</sup>.

Il percorso ipotizzato da tale Gruppo si sviluppa in cinque fasi: *a) analisi del contesto; b) progettazione degli interventi; c) realizzazione degli interventi; d) valutazione; e) analisi replicabilità ed elaborazione del modello.*

Relativamente all’analisi del contesto, si è deciso di prendere come riferimento l’intero ambito territoriale definito dai quattro Distretti della Provincia di Parma, e più specificatamente di considerare un campione di cinque Case della Salute esistenti e in via di trasformazione in Case della Comunità: una per il Distretto Sud-Est (CdS di Langhirano), una per quello di Fidenza (CdS di Fidenza), una per il Distretto delle Valli del Taro e del Ceno (CdS di Medesano) e due per il Distretto di Parma (CdC Lubiana-San Lazzaro, CdS di San Leonardo).

A fianco di un’analisi di dati conoscitivi di tipo sociodemografico, epidemiologico e degli accessi ai servizi sanitari e sociali, si è deciso di intraprendere una campagna di interviste agli attori chiave sia distrettuali sia operanti nelle Case, così come nei territori prescelti, al fine di avere un primo panorama degli orientamenti, problematiche e attese presenti fra coloro che operano sul

---

<sup>1</sup> Il *Gruppo di Progetto* è coordinato dalla Prof. Lorella Franzoni, Direttrice del Centro di Formazione e Ricerca su Organizzazione, Qualità e Sostenibilità dei Sistemi Sanitari dell’Università di Parma

campo. Sono stati scelti trentuno intervistati suddivisi fra area dirigenziale, area professionale e area di attori comunitari (v. Tab. 1). La prima area comprendeva Direttori di Distretto, Direttori di UOC Cure Primarie, Direttori di Dipartimenti ospedalieri; la seconda includeva Medici di Medicina Generale, Coordinatori infermieristici e delle professioni sanitarie (alcuni territoriali e alcuni ospedalieri), Responsabili del Servizio sociale; la terza comprendeva Referenti del volontariato e dei Comitati Consultivi Misti, Dirigenti scolastici di zona, Amministratori di Enti locali.

<b>DIRIGENTI: 8</b>	Direttori Distretto (DD): 4
	Direttori UOC Cure primarie (DC): 3
	Direttori UOC/Dipartimenti Ospedalieri (DO): 1
<b>PROFESSIONISTI: 15</b>	MMG/Medici di comunità (PM): 5
	Coordinatori Professioni sanitarie e personale infermieristico territoriale (PI): 5
	Coordinatori Professioni sanitarie ospedaliere (PO): 2
	Responsabili Servizio Sociale (PS): 3
<b>RESPONSABILI COMUNITARI: 8</b>	Dirigente scolastico (CS): 3
	Presidente CCM (CC): 2
	Responsabile Punto Comunità e Associazione di quartiere (CA): 2
	Amministratori locali: 1
<b>Totale interviste: 31</b>	

Tab. 1 - Quadro sinottico degli attori intervistati

L'indagine è stata eseguita da un *Nucleo operativo* che ha sviluppato una traccia di intervista (parzialmente differenziata per Aree) e realizzato le trentuno interviste qualitative (in parte on line e in parte in presenza) nel periodo maggio-agosto 2023 (1). Le interviste sono state registrate, verbalizzate (ossia non riprodotte letteralmente ma ricavandone fedelmente il senso) e poi sottoposte a procedimenti di analisi del contenuto. In particolare sono state realizzate delle schede di analisi delle singole interviste comprendenti 13 voci (oltre al nominativo dell'intervistato): ruolo dell'intervistato, posizione sull'esperienza delle Case della Salute, significati attribuiti alla comunità, ai suoi attori e rappresentanti, posizione sulla prospettiva della realizzazione delle Case della Comunità (DM 77), posizione relativa all'integrazione fra area sociale e area sanitaria territoriale, valutazione del ruolo e operato dei MMG, posizione circa l'integrazione fra territorio e componente medica specialistica e ospedaliera, posizione circa le relazioni di cura esistenti e da sviluppare, ruolo e coinvolgimento del volontariato nelle CdC, posizione circa l'impiego delle Nuove Tecnologie, posizione e suggerimenti sui percorsi formativi e di accompagnamento della transizione da CdS a CdC, impiego e necessità di strumenti conoscitivi dei bisogni della popolazione del territorio, valutazione sugli spazi esistenti e previsti per la CdC di riferimento.

Sulla scorta delle schede di analisi, si sono evidenziati gli elementi più rilevanti emersi da ogni intervista, nonché l'immagine e le attese relative alle CdC, le problematiche più urgenti da affrontare secondo ogni intervistato, l'orientamento di fondo dell'intervistato relativamente alla fase di transizione. Su questa base è stata fatta una lettura dei risultati emersi in termini di una comparazione di somiglianze e differenze presenti nelle aree e nei sottogruppi che qui di seguito andremo a presentare.

Nel complesso sembra emergere uno scenario variegato di attese e timori delle varie componenti a partire dal quale cercare di favorire convergenze motivazionali e operative. La lettura delle indicazioni emergenti servirà come riferimento per sviluppare un piano di accompagnamento alla transizione (ossia di formazione e altri interventi) rivolto a tutti gli interlocutori e ai diversi contesti distrettuali da realizzare, come previsto, nella fase successiva del percorso.

## **2. L'area dirigenti: somiglianze e differenze interne**

Come già detto, abbiamo distinto l'Area dirigenti in tre sottogruppi: Direttori di Distretto, Direttori UOC Cure primarie, Direttori di Dipartimenti Ospedalieri (v. Tab. 1). Per ciascuna delle tre aree esamineremo: gli aspetti emergenti dall'intervista che ci forniscono una sorta di quadro o scenario di riferimento dell'intervistato, l'orientamento di fondo che l'intervistato sembra assumere di fronte al quadro tracciato, le attese (o i timori) di fronte al cambiamento strutturale prospettato (e in particolare alla costituzione delle Case della Comunità), le priorità evidenziate, ossia le problematiche più urgenti da affrontare segnalate dall'intervistato. Nell'analisi ci focalizzeremo su ogni sottogruppo di intervistati, segnalando concordanze e differenze, senza alcun intento valutativo, ma piuttosto considerando le differenze presenti come un insieme di apporti egualmente utili e complementari da cui partire. Al termine cercheremo di elaborare un profilo complessivo dell'area per trarne indicazioni utili per ulteriori confronti e approfondimenti.

Quattro sono i *Direttori di Distretto* che sono rientrati nel campione degli intervistati. Fra gli elementi abbastanza condivisi traspare una buona opinione delle CdS alla cui costituzione essi hanno spesso ampiamente lavorato. Il nuovo assetto basato sulle CdC appare come un obiettivo da raggiungere in continuità con lo step precedente. Il tema dell'integrazione fra sociale e sanitario pare uno degli aspetti centrali, ma vi è chi segnala che la parte sociale non è ancora pronta e dovrebbe maggiormente professionalizzarsi (DD1). Sul piano tecnico-organizzativo, l'introduzione delle équipes multi-professionali, della figura dell'Ifoc (Infermiere di Famiglia o di Comunità) e delle nuove tecnologie della distanza (telemedicina, teleassistenza) sono visti come centrali (DD2). In alcuni casi ci si concentra sulle nuove strutture (PUA, COT, UCA, ecc.) che si ritengono caratterizzanti del nuovo progetto. Relativamente al tema dell'intervento del volontariato e della partecipazione comunitaria non sembra esservi unanimità di vedute, anche se prevale una visione del volontariato come portatore di proposte e un impegno della dirigenza verso il coinvolgimento della popolazione. Viene anche ipotizzato che per raggiungere questo risultato si debba fare ricorso a professionalità dedicate (DD3). Anche sul tema delle relazioni di cura si oscilla fra visioni più

pessimiste, in cui prevalgono gli aspetti di criticità attuale, e altre più possibiliste, in cui si possa riconoscere e valorizzare il ruolo attivo delle persone in cura, uscendo da una visione solo clinica dell'interlocutore. Si sottolinea tuttavia anche la necessità di educare i cittadini all'uso dei servizi (avendo consapevolezza dei loro limiti in termini di risorse disponibili).

Relativamente agli orientamenti, si evidenzia l'attesa per una rinnovata partecipazione della cittadinanza. In alcuni casi sembra tuttavia prevalere una visione piuttosto interna al mondo sanitario, mentre in altri si è già proiettati verso un coinvolgimento fattivo della componente sociale e degli attori comunitari. In ogni caso si sottolinea la necessità di coinvolgere i professionisti e i cittadini per raggiungere risultati validi e duraturi.

Per ciò che riguarda le dimensioni centrali che dovrà assumere la CdC, alcuni evidenziano il superamento della logica prestazionale a favore delle reti cliniche (DD1), mentre altri sottolineano il lavoro di équipe e l'integrazione, ma accompagnati da una sollecitazione attiva della popolazione alla responsabilizzazione collaborativa (DD2). Talora si sottolinea la necessità che il volontariato supporti il lavoro professionale per ottenere migliori risultati (DD3). In altri casi si vede come centrale il ruolo delle nuove Unità Operative integrate dall'ascolto e dalle reti di prossimità (DD4).

Circa le priorità, diverse sono le preoccupazioni per la situazione attuale del SSR che dà risposte inadeguate e insoddisfacenti alla popolazione. In positivo, per il futuro, vi è chi valorizza l'aspetto dell'informatizzazione, chi degli spazi utili e dell'incontro con la popolazione, chi dell'integrazione fra sociale, sanitario e volontariato al fine di intercettare i bisogni della popolazione, chi infine delle strutture operative da costituire.

Relativamente al sottogruppo dei *Dirigenti delle Cure Primarie distrettuali*, tre sono stati gli intervistati inclusi nel campione. In alcuni casi questi dirigenti sono da poco arrivati per cui non conoscono ancora a sufficienza le situazioni. In ogni caso, non sembra essere ancora focalizzato il cambiamento da introdurre con l'avvio del nuovo assetto e modello organizzativo. In altri casi (DC3) si manifestano preoccupazioni per l'adattamento del nuovo assetto alle situazioni della montagna. Si esprime l'auspicio di una collocazione urbanistica adeguata delle CdC, ossia un posizionamento centrale nei vari

territori in modo da farne una struttura accessibile e socializzante. In generale, si vede con favore l'attuale processo di integrazione fra Ausl e AUO e quello fra area sociale e sanitaria al fine di meglio regolare gli interventi, ma soprattutto per dare risposte ai bisogni della popolazione (DC2, DC3). Alcuni evidenziano che è già partita la costituzione delle reti cliniche fra MMG e ospedalieri.

Nel complesso emerge un orientamento centrato sul presente e sulle attività in corso, mentre è ancora scarsamente focalizzato il percorso che attende. Quasi del tutto assente un'idea e attesa di coinvolgimento della comunità, così come di partecipazione attiva e progettuale del volontariato. Secondo alcuni intervistati di questo sottogruppo, la novità delle CdC consisterebbe in una maggiore attenzione per la prevenzione e gli stili di vita, mentre altri sottolineano la mancanza di personale e di formazione adeguata, in particolare per affrontare le diversità multiculturali della popolazione afferente alla propria area. In conseguenza di una visione sfumata e diversificata degli intervistati di questo sottogruppo, anche le priorità indicate sono piuttosto generiche e in continuità con ciò che si sta già facendo.

Si nota quindi una *forte differenziazione fra i due sottogruppi* fin qui esaminati, dove nel primo prevalgono visioni ampie e circostanziate, seppur con significative differenziazioni, orientate al completamento dell'esperienza delle CdS, mentre nel secondo troviamo visioni ancora in fieri e indeterminate, anche se aperte agli sviluppi situazionali e contestuali.

Il terzo gruppo di quest'area, connotato dall'appartenenza all'ambiente ospedaliero, è formato da una sola rappresentante intervistata (DO1). Esso, tuttavia, risulta molto interessante in quanto mostra la rilevante distanza percettiva fra chi lavora sul e per il territorio e chi sente invece le urgenze e l'accelerazione vorticoso del lavoro ospedaliero. In generale, la conoscenza del territorio sembra molto contenuta e "a distanza". Viene sottolineata l'incomunicabilità che viene avvertita rispetto sia ai MMG che al servizio sociale («Non parliamo lo stesso linguaggio»). Si ammette che oggi, col prevalere di una popolazione di fragili e pluripatologici, lo scambio sarebbe necessario, ma per attuarlo si devono vedere dei possibili risultati in termini di filtro e limitazione delle urgenze che intasano inutilmente i Pronto soccorsi



ospedalieri. Da questo punto di vista le CdS non hanno funzionato, quindi devono cambiare strada e diventare “centri di soluzione dei problemi”, oltre che fornire agli ospedali dei quadri diagnostici più completi delle esigenze dei pazienti che arrivano in urgenza.

In conclusione, si può affermare che i tre sottogruppi dell’area dirigenziale arrivano all’appuntamento del passaggio al nuovo assetto con *visioni, orientamenti e priorità ampiamente diversificate*. Prevale negli ultimi due la scarsa conoscenza del nuovo assetto, ma mentre il secondo gruppo pare disponibile ad un “aggiornamento” della propria visione, nel terzo gruppo prevalgono le *percezioni pregresse solidificate* e la difficoltà di smuovere la netta centratura sul lavoro sanitario prettamente ospedaliero. Vi è tuttavia la consapevolezza che l’attuale distanza non è più sostenibile e uno scambio «s’ha da fare». Si dovrà quindi tenere conto di queste nette diversificazioni nel lavoro formativo e di facilitazione, ma anche delle opportunità e necessità emergenti al fine di migliorare la conoscenza reciproca e la condivisione di alcuni obiettivi fondamentali.

### **3.L’area dei professionisti: medici, professioni sanitarie, assistenti sociali**

L’area professionale è stata suddivisa in quattro sottogruppi: i MMG (5 intervistati), i Coordinatori infermieristici e delle professioni sanitarie - distinti fra territoriali (5) e ospedalieri (2) - , i Responsabili del Servizio sociale (3). Per quanto riguarda il *gruppo medico* si nota una chiara differenza di orientamenti fra coloro che sono insoddisfatti del presente - per cui rimpiangono il passato del proprio ruolo - e chi guarda in avanti valorizzando la centralità della persona in cura e la collaborazione auspicata con gli altri professionisti e attori comunitari. Le lamentele sottolineano anche lo scarso o assente coinvolgimento della categoria nella progettazione e gestione, nonché la carente informazione dei cittadini del proprio quartiere sulle trasformazioni in atto (PM2). In altri casi, le obiezioni sono a tutto campo e vi è scetticismo sulla disponibilità di risorse umane e finanziarie per avviare le CdC (PM3). Secondo la prospettiva “possibilista”, invece, si auspica una CdC multiprofessionale che metta al centro i cittadini e la comunità. L’orientamento sottostante, in questo caso, si focalizza sul benessere tanto degli operatori quanto



dei cittadini, in particolare dei giovani (PM1). Per alcuni intervistati (PM2, PM4) la CdC deve assommare diversi servizi per offrire soluzioni ai più fragili. Tuttavia si teme di non riuscire a stabilire buoni rapporti con gli ospedali, come l'esperienza insegna, soprattutto in quanto in questo ambiente il paziente è visto come un numero, non una persona.

Alcuni ritengono che sarebbe bene affiancare il medico con lo *psicologo* e lavorare a stretto contatto col *volontariato*. Inoltre, un'adeguata tecnologia di diagnosi e intervento funzionante e funzionale viene ritenuta necessaria.

Anche l'orientamento di fondo risente della divaricazione iniziale fra centratura sulla professione (e sul suo insoddisfacente status) e centratura sulla persona in cura a cui dare risposte plurali e multiprofessionali. Secondo questa seconda posizione, la CdC deve essere un luogo di lavoro insieme fra diversi professionisti e volontari, di valutazione multidimensionale, di interventi contestualizzati alle specificità del territorio (ad es. la densità di problematiche multiculturali in alcuni quartieri piuttosto che in altri). Le *priority individuate* sono di tipo culturale (cambio di mentalità per accogliere maggiormente le persone, capacità di interagire con gli immigrati), di spazi in cui alloggiare diversi servizi utili, di tecnologie utili al primo intervento, di coinvolgimento della professione. Nel complesso ci si aspetta di affrontare la crisi e collocazione del MMG immettendolo in nuove dinamiche multiprofessionali. Rimane però un certo scetticismo sulla possibilità di lavorare bene e alla pari con i colleghi ospedalieri.

Passando all'esame del *gruppo infermieristico e delle professioni sanitarie territoriali* si nota che vi è una forte concordanza interna, da una parte, sull'affermazione che molti processi e collaborazioni (medici e infermieri; infermieri e assistenti sociali, referenti territoriali e referenti ospedalieri) sono stati avviati, ma, al contempo, che essi *non sempre sono adeguatamente operativi*. Quindi la CdC dovrebbe diventare un luogo dove queste collaborazioni diventano realmente operanti e soddisfacenti per i professionisti implicati. Diversi componenti di questo gruppo sentono però anche la necessità di *diventare proattivi* nei confronti della cittadinanza e della comunità. La lamentela sugli spazi insufficienti, poco condivisi e in parte calati dall'alto è pure abbastanza diffusa. In diversi casi si ha la *percezione di conoscere*

*poco* gli “altri mondi” (sociale, volontariato, scuola, tecnologie, ecc.) con cui si dovrebbe collaborare e quindi si sarebbe interessati ad una conoscenza reciproca più approfondita.

Relativamente all’immagine e alle attese relative alla CdC, ci si aspetta che essa si adatti alle caratteristiche del territorio e che si attribuisca un ruolo rilevante alla figura dell’*infermiere di famiglia e di comunità*. Viene visto anche positivamente l’inserimento del volontariato in quanto portatore di istanze della cittadinanza e mediatore fra servizi e cittadini. In generale, si ipotizza che la CdC assuma un ruolo attivo nel coinvolgimento della cittadinanza, che svolga una formazione continua per capire quali sono i bisogni della popolazione favorendo una collaborazione paritaria fra professionisti. In alcuni casi si ipotizza di adottare *nuove modalità di lavoro di prossimità* per avvicinare fasce marginali e meno vicine ai servizi.

Complessivamente, si può dire che il gruppo infermieristico *appare più omogeneo* rispetto a quello medico. Esso pare disponibile ad un maggior confronto con altri mondi meno conosciuti, ma partendo dalla situazione attuale in cui esistono distanze e limitata conoscenza reciproca. Forte l’esigenza di *riconoscimento e lavoro alla pari* con l’area medica e le altre professioni, superando gli attuali limiti che ancora ostacolano il lavoro condiviso.

Passando al sottogruppo dei *coordinatori infermieristici e delle professioni sanitarie ospedaliere*, si nota, anche in questo caso, che delle collaborazioni si sono avviate, in particolare col territorio, ma che queste non sempre operano in modo soddisfacente. Lo scalino coi medici ospedalieri – parimenti – è forse meno accentuato che in passato, ma ancora esiste. Vi sono scambi col l’area sociale per le dimissioni protette, ma *manca un quadro di conoscenze e riferimenti comuni condivisi*. Le conoscenze rispetto al territorio e al volontariato sono ritenute limitate (e viceversa). Ciò induce a focalizzarsi maggiormente sul mondo professionale sanitario più conosciuto, ma insieme più difficile da riorientare. Si è possibilisti sulle nuove CdC, ma al contempo frenati dalla mancanza di dinamiche evolutive condivise da parte delle varie componenti professionali e non.

Si assiste quindi ad una *latenza di possibilità* che tuttavia avrà bisogno di spinte e motivazioni sia dall’alto che dal basso, ma anche dall’interno, per

essere rimessa in moto, superando l'*attuale inerzia e scetticismo*.

Prendiamo ora in considerazione il sottogruppo dei tre *responsabili del servizio sociale* in vari distretti. Similmente al gruppo infermieristico, anche qui troviamo una certa *delusione* per l'attuazione di processi collaborativi – sostenuti da eventi formativi - che si erano ben avviati in passato, ma non hanno portato a dei cambiamenti permanenti e consistenti. In particolare, i MMG sono stati *molto resistenti* ad andare in questa direzione: si spera quindi che il cambio generazionale e di genere (prevalenza di giovani donne fra i nuovi assunti) porti ad aprire nuove possibilità, che tuttavia «devono essere attentamente formate e curate» (PS1).

Nel dialogo possibile e necessario (ma ora poco attuato) fra componenti sociali e sanitarie territoriali si dovrebbe inserire stabilmente anche *il volontariato*. Tuttavia si esprime preoccupazione per l'*attuale crisi di adesioni* a questo settore (pochi giovani e pochi neo-arrivati sul territorio). Si ritiene che il “Punto di comunità”, gestito dal volontariato, dovrebbe essere introdotto al più presto per orientare chi arriva alla sede della CdC<sup>2</sup>.

In alcune aree (minori e disabili) si sono create delle collaborazioni soddisfacenti, mentre in altre questo non è accaduto. Ciò dipende da una diversità di impostazione che vede il servizio sociale porre al centro la persona nella sua totalità, mentre il mondo sanitario ha un approccio monodimensionale. Quindi la strada è quella di condividere un approccio multidimensionale e paritario, oltre che abitare sedi comuni, per superare questo ostacolo che continua a limitare un'effettiva integrazione interprofessionale. Guardando al futuro, si vede con favore l'inserimento delle nuove tecnologie on line, ma esse devono essere accompagnate da una chiara impostazione relazionale che non scada in un frettoloso tecnicismo.

Le priorità sono dunque di fare un salto culturale e metodologico che permetta il lavoro integrato con le tre componenti (sociale, sanitario, terzo settore),

---

<sup>2</sup> I *Punti di comunità* sono spazi aperti di accoglienza e ascolto che offrono opportunità, servizi e piccole azioni solidali rivolte agli abitanti di un quartiere. Sono stati sviluppati per iniziativa del Centro Servizi del Volontariato e di altri Enti nell'ambito del Progetto *Parma WelFare* (<https://www.parmawelfare.it/>). Ne sono stati costituiti otto nei quartieri di Parma, di cui uno opera nella prima Casa della Comunità aperta a Parma nel Quartiere Lubiana-S. Lazzaro. A questi se ne è aggiunto recentemente (ottobre 2023) uno collocato a Borgotaro, in uno spazio sanitario del Distretto Val Taro.

cercando tuttavia di soccorrere la gamba potenzialmente più fragile (volontariato). Una limitata attenzione è stata riservata ad un possibile lavoro di prossimità rivolto alle aree e popolazioni più marginali.

Nel complesso, per quanto riguarda l'area professionale, si può constatare che prevale un certo scetticismo e delusione per ciò che si avviato ma non è stato portato a buon fine. Infatti molti processi collaborativi sono bloccati, ci si conosce poco fra le varie professioni - specie fra mondo ospedaliero e attori territoriali - per cui si manifestano dubbi sugli esiti del nuovo assetto. In positivo si afferma che è necessario essere proattivi nei confronti della cittadinanza e comunità (al contrario di ciò che è avvenuto nelle CdS); inoltre si devono introdurre nuove metodologie e orientamenti culturali per fare un salto di qualità. Tutte le professioni devono essere coinvolte e trattate alla pari; il volontariato deve essere meglio valorizzato ma bisogna farsi carico delle sue difficoltà in questa fase (di adesioni, ma anche di riorientamento operativo).

#### **4. L'area degli attori comunitari**

Abbiamo suddiviso quest'area in quattro sottogruppi distinti: Associazioni di volontariato, Comitati Consultivi Misti, Scuola, Enti locali. Ognuna è costituita da numeri ridotti di intervistati. Tuttavia i testimoni sono stati scelti con attenzione per rappresentare realtà rilevanti delle aree considerate.

Il primo sottogruppo è costituito da due *rappresentanti dell'associazionismo* operanti nella città di Parma: la responsabile dei "Punti di comunità" che si sono insediati poco dopo l'apertura della prima Casa della Comunità a Parma (quartiere Lubiana-S. Lazzaro) (CA1) e il responsabile di un'associazione del quartiere S. Leonardo che, pur dedicandosi prevalentemente ad attività socio-culturali nella propria zona, ha seguito fin dall'inizio la progettazione e l'avvio del percorso delle CdC (CA2). Nel primo caso, si tratta di un'iniziativa recente che mette a disposizione dei vari quartieri una serie di persone disponibili per aiuti basici a persone in difficoltà o sole. Il loro insediamento nella prima CdC aperta a Parma ha favorito l'accoglienza delle persone e il loro smistamento fra i vari servizi offerti dalla Casa. Inoltre i volontari si sono proposti di avviare assemblee di quartiere coinvolgendo le varie asso-

ciazioni e i cittadini per cominciare a stabilire un ponte fra servizi e popolazione. L'iniziativa ha avuto così successo che molti dei nostri intervistati di altre zone e distretti l'hanno ricordata e si propongono di aprire un Punto di comunità anche nella propria CdS/CdC.

Nella nostra intervista emerge questo fervore degli inizi e la buona accoglienza ricevuta. Si tratta non delle già conosciute esperienze di volontariato dedicate a compiti specifici (es. raccolta sangue, prevenzione specifiche patologie, associazioni di pazienti, ecc.), ma di una realtà nuova che si focalizza sui bisogni e l'animazione del quartiere. Perciò essa chiede di ottenere una giusta legittimazione rendendo disponibile uno spazio interno alla CdC e programmando incontri sistematici con la componente sanitaria e quella sociale, anche per comunicare le richieste che le persone del quartiere stanno avanzando tramite loro.

Nella seconda intervista si sostiene che la CdC dovrebbe contribuire a sviluppare un *welfare generativo* di zona in cui il volontariato dovrebbe giocare un ruolo innovativo e propulsivo. Non bisogna tuttavia rischiare di fare un uso opportunistico dello stesso. Evidenzia come la CdC in costruzione nel quartiere nasca con dei limiti strutturali e con poco spazio e quindi come questo rischia di tradursi in difficoltà a lavorare in modo integrato fra sociale, sanitario e terzo settore.

Nel secondo sottogruppo abbiamo inserito due rappresentanti dei *Comitati Consultivi Misti*. Si tratta di rappresentanti di associazioni di volontariato operanti nel settore sanitario che hanno un riconoscimento ufficiale da parte degli Enti preposti. Abbiamo ritenuto di farne una lettura specifica in quanto essi non nascono dentro realtà di quartiere ma su basi territoriali più ampie di dimensione distrettuali e sono da tempo inseriti soprattutto in ambito ospedaliero. Il Presidente CCM del Distretto di Parma afferma che il volontariato tradizionale è ancora in una *fase di orientamento* di fronte agli sviluppi del nuovo assetto. Nelle CdS già costituite si è parlato poco di salute, non si è dato spazio all'accoglienza e all'ascolto. La gente chiede, anche tramite i CCM, di poter essere maggiormente ascoltata dai medici. Le nuove CdC devono dare soluzione ai problemi della gente con un nuovo assetto che comprenda anche gli specialisti. Purtroppo *il volontariato risente di una crisi* in

quanto le nuove leve giovanili sono disponibili solo per progetti specifici e delimitati senza aderire stabilmente alle esperienze associazionistiche. Il Presidente del CCM del Distretto di Fidenza ritiene che le CdS abbiano funzionato meglio in alcune situazioni e meno in altre. Spesso il volontariato è stato coinvolto solo a cose fatte e in modo parziale, senza poter partecipare alla programmazione. Teme che anche in questa transizione si segua la stessa strada con *cambi di nome solo formali*. Ritiene che vi sia una crisi del volontariato, ma che esso debba anche *cambiare impostazione* diventando, nel suo insieme, un sostegno alla comunità.

Passando ad altro sottogruppo, il nostro campione includeva l'intervista a tre *Dirigenti scolastici di Istituti Comprensivi* (talvolta coadiuvati nell'intervista da Insegnanti responsabili di progetti). Le interviste sono state caratterizzate dalla forte sottolineatura dei bisogni dei ragazzi e delle famiglie (specie quelle immigrate) che la scuola si trova a dover affrontare con un aiuto molto insufficiente da parte delle componenti sociali e sanitarie. La scuola fa un'attività programmata di *prevenzione ed educazione alla salute*, ma, anche qui, riceve uno scarso aiuto da parte delle agenzie sanitarie. Vi è invece un contributo di associazioni comunitarie e sportive. La scuola sarebbe pronta e disponibile a collaborare con le nuove CdC, a fare formazione comune con gli operatori, a ragionare sui bisogni dei vari quartieri mancanti di spazi verdi, spazi gioco e con aree degradate. La scuola potrebbe altresì partecipare a *progetti di promozione della salute* rivolti alla popolazione del quartiere.

Ci si trova quindi di fronte ad una richiesta di aiuto, da una parte, per far fronte a problematiche sociali impellenti e soverchianti e, dall'altra, ad una disponibilità ad uscire dallo specifico e dai confini scolastici per immergersi in un'attività di quartiere. Si tratta di un'opportunità che le CdC di quartiere dovrebbero poter cogliere già all'avvio del loro lavoro.

Il sottogruppo dei *rappresentati degli Enti locali* è testimoniato solo da un intervistato: l'assessore di un medio Comune collinare del Distretto Valli Taro e Ceno (CP1). Sicuramente, dunque, quest'area è sottorappresentata nel nostro campione, essa tuttavia è spesso interpellata attraverso altri canali in diverse occasioni. L'intervistato afferma che le CdS hanno avviato alcune innovazioni, ma che hanno funzionato poco nei campi della domiciliarità e



prossimità alle fragilità. Vi è stato un impoverimento tendenziale del territorio negli ultimi anni («Non abbiamo nemmeno le guardie mediche»). Per fortuna la presenza del volontariato in zona è ancora forte e spesso affianca le persone nei percorsi di cura. La CdC in costruzione conterrà spazi incrementati, ma probabilmente insufficienti alle esigenze dell'integrazione a tre componenti. L'Ente locale intende seguire attentamente le varie fasi della costruzione e avvio delle CdC.

Anche in questo caso, come per l'ambito scolastico, abbiamo una richiesta di maggiore presenza e aiuto da parte dei servizi socio-sanitari di welfare e, dall'altra, *una disponibilità ad attivarsi* per far convergere risorse su un progetto comune.

Nel complesso emerge che l'area degli attori comunitari offre degli spaccati molto significativi delle *problematiche vissute nei vari territori*. I vari sottogruppi si pongono come ponti e attori implicati sia nell'ascolto che nel dare risposte alla popolazione. Essi si rendono disponibili a collaborare a progetti comuni e consultazioni permanenti con gli operatori socio-sanitari, disponibilità che andrebbero colte con adeguate metodologie di *community building and engagement* (2), con l'appoggio di tutte le componenti della CdC, ma anche disponendo di personale competente e dedicato. Le interviste confermano in modo chiaro che la componente degli attori comunitari, nelle sue varie declinazioni, è portatrice di potenzialità di ascolto, di aiuto solidale, di connessione e co-produzione senza le quali verrebbe a mancare un tessuto e delle risorse indispensabili alla crescita dei territori (3). L'esperienza delle CdS ha lasciato queste risorse a sé stesse coinvolgendole solo occasionalmente. Al contempo *ora il volontariato necessita di essere sostenuto* per adattarsi ai mutamenti in corso e *richiede un suo reindirizzo* a sostegno delle comunità. Si tratta quindi di un insieme di problematiche che richiedono un'analisi e un riorientamento profondo di medio-lungo periodo. Ci si aspetta di avere spazi operativi e di legittimazione nelle CdC. Inoltre, di essere coinvolti nella progettazione e governance delle CdC. Le scuole si dichiarano disponibili a sviluppare progetti locali di promozione della salute con giovani e cittadini.

Sulla base di queste considerazioni, ci sembra di poter sostenere che le CdC



dovrebbero costituirsi come “mente collettiva” capace di considerare la complessità dei bisogni della popolazione, ma anche le problematiche dei vari attori componenti e collaboranti al fine di indirizzare i processi sociali locali secondo opportune ecologie d’azione (4).

### **5. Indicazioni emergenti**

Tirando le somme dell’analisi compiuta e ponendosi nella prospettiva di un accompagnamento mirato delle varie componenti nella transizione dalle CdS alle CdC, riteniamo che si possano evidenziare diverse esigenze poste dagli intervistati di tipo: *a) conoscitivo; b) motivazionale; c) relazionale; d) di apprendimento su orientamenti e metodi.*

Per quanto riguarda gli aspetti conoscitivi, si può notare che non tutti le componenti possiedono le medesime informazioni sul nuovo assetto previsto dal DM 77. Alcuni sottogruppi, in particolare, conoscono poco l’impianto e che cosa potrebbe comportare praticamente.

Un altro aspetto evidenziato da diversi intervistati è quello delle scarse conoscenze che il proprio gruppo professionale possiede rispetto agli altri interlocutori con cui finora si è poco interagito. Ciò implica sia una ridefinizione degli scenari e delle modalità dell’operare insieme, ma anche un continuo processo fiduciario interpersonale.

Molti intervistati dichiarano di aspettarsi una strutturazione delle CdC e della loro azione calibrata sui bisogni specifici della popolazione di riferimento, partendo quindi una migliore conoscenza dei territori e delle comunità locali (per molti un oggetto/livello di intervento che finora è stato poco rilevante).

Per quanto riguarda il piano motivazionale, si constata che molti operatori esprimono un sentire deluso e guardingo in ragione di innovazioni che si sono avviate in passato ma non sono andate a buon fine, ma anche per una svalutazione percepita della propria professione e del sistema di servizi in cui sono inseriti. Si teme quindi di avviare ancora una volta dei processi che non si attueranno. Date queste perplessità e resistenze, si tratta di partire da questo vissuto per elaborarlo al fine di acquisire fiducia e nuova motivazione per affrontare il percorso comune che si sta avviando (5).

Il tema della collaborazione e coordinamento interprofessionale è presente

a tutti gli intervistati, ma alcuni temono che questo comporti degli aggravii operativi o un non riconoscimento delle proprie specificità e autonomie professionali, dunque un regresso sul piano della parità e del riconoscimento reciproco fra professionisti. Per molti aspetti, dunque, il piano motivazionale e quello relazionale sono fra loro intrecciati.

Altri attori che si attendono di essere legittimati e valorizzati dalle altre componenti sono quelli di terzo settore e in generale comunitari che finora si sentono messi in secondo piano e interpellati solo esecutivamente su progetti comunicati a posteriori. Allo stesso modo, se si vuole coinvolgere la cittadinanza, diversi intervistati chiedono che si organizzino iniziative proattive e non solo di attesa o di sportello. Tutto ciò comporta dei riflessi sulle modalità di *governance* che devono essere più partecipate e co-progettuali al fine di ottenere dei risultati collaborativi e motivazionali stabili, condivisi da tutte le componenti implicate.

Un altro punto segnalato dal volontariato e da altri intervistati (in particolare MMG) è quello di lavorare sulle relazioni di cura: le persone in cura desiderano essere maggiormente ascoltate e partecipare alle decisioni che le riguardano. Venendo al punto dell'acquisizione di competenze su orientamenti e metodi, diversi intervistati segnalano l'esigenza di introdurre nuove modalità di lavoro e nuovi paradigmi al fine di caratterizzare in senso realmente innovativo il nuovo assetto. Ad esempio, si tratta di passare da una logica di tipo prestazionale nel campo sanitario e sociale ad una di tipo multidimensionale e processuale. I temi della domiciliarità e prossimità pure comportano un'uscita sul territorio e la creazione di nuove reti sociali e fiduciarie: su questo sono in atto esperienze in diversi territori italiani ed europei che potrebbero fornire spunti e incentivi a percorrere nuove strade (6). Lo stesso dicasi per il coinvolgimento e lo sviluppo di comunità, evocato da alcuni interventi, settore finora assente, che necessita di nuove competenze e saperi professionali poco presenti e praticati sia in campo sociale sia, ancor più, in campo sanitario. Già esistono esperienze pilota nel territorio parmense: si tratta di comprendere, sviluppare e connettere questi interventi alle CdC (7). Ciò richiede, per conseguenza, la possibilità di co-progettare gli interventi da parte delle tre componenti (sociale, sanitaria, di terzo settore) e quindi di poter avere voce

in capitolo nella governance delle CdC.

Altri interventi citano poi i temi dell'utilizzo delle nuove tecnologie digitali da immettere rispettando le dimensioni relazionali del lavoro di cura. Su un altro versante la promozione della salute e di stili di vita sani in un'ottica *One Health* richiede lo sviluppo di orientamenti e strumenti metodologici adeguati (8). Queste azioni richiedono l'inserimento di nuove figure previste dal DM 77 e altre da progettare (come quella dell'infermiere di famiglia e comunità, dello psicologo e altre legate allo sviluppo di comunità) di cui si attende la disponibilità.

In definitiva, l'ascolto degli attori principali operanti nelle cinque situazioni di CdS/CdC individuate fornisce numerose indicazioni valide per lo sviluppo di opportuni interventi situati di formazione e accompagnamento da mettere in campo nella prossima fase di sviluppo al fine di aprire una nuova stagione di riforme dell'assetto socio-sanitario territoriale nel territorio parmense.

## **6. Architettura dell'intervento formativo**

### *6.1 Premessa*

La mappa disegnata dall'analisi di contesto precedentemente illustrata è un supporto fondamentale per orientare la progettazione del percorso di accompagnamento; la messa a fuoco dei bisogni, non solo formativi, espressi dalle componenti professionali (sanitarie e sociali) e del terzo settore, è una fase cruciale del processo formativo. Ci fornisce inoltre indicazioni preziose rispetto alle condizioni che potrebbero facilitare oppure ostacolare i processi di apprendimento, aspetti che non devono essere sottovalutati poiché fondamentali per la buona riuscita dell'intervento.

Un'attenzione particolare va anche rivolta al presidio e alla "cura" degli *output* dell'intervento formativo di accompagnamento affinché questi "non terminino" con la fase intensiva dell'investimento formativo, ma diventino parte dell'organizzazione e dei professionisti/persone che la compongono: in tal caso la riflessività sulle pratiche si traduce effettivamente in una loro modifica oppure nell'elaborazione di progetti di risoluzione delle criticità o di miglioramento dei processi organizzativi che trovano applicazione.

## 6.2 Articolazione

Sulla base di tali premesse, è stato concepito da un secondo Nucleo operativo costituitosi sempre nell'ambito del Gruppo di progetto sopra descritto e in continuità con quello che ha condotto le interviste, un intervento formativo che si articola in tre momenti principali:

- *il primo*, di carattere introduttivo e informativo dedicato all'esplorazione dei contenuti del DM 77, al modello organizzativo delle Case della Comunità e alle sue interazioni con gli altri elementi del paesaggio sanitario e sociale con riferimento al contesto provinciale;
- *il secondo* centrato sullo sviluppo di *capitale relazionale* all'interno dei gruppi composti da professionisti e operatori sanitari, sociali, del terzo settore, del volontariato e della scuola che già "abitano" una Casa della Comunità oppure che svolgono la loro attività nel suo territorio di riferimento. Utilizzando metodologie e strumenti diversificati, questa fase dell'intervento mira a sviluppare competenze (come per esempio "lavoro di gruppo e cooperazione", "spirito di iniziativa", "flessibilità", ecc.) per aumentare l'interprofessionalità, l'intersectorialità, l'orientamento al cittadino, la partecipazione sociale e l'ingaggio della comunità;
- *Il terzo* si pone l'obiettivo di supportare la concezione e la successiva realizzazione di *progettualità specifiche* da parte dei gruppi (e/o di eventuali sottogruppi all'interno di ciascuna Casa della Comunità) volte ad introdurre, in maniera permanente, meccanismi operativi che consentano di tradurre sul campo uno o più dei seguenti obiettivi dello sviluppo delle CdC così come declinati nel DM 77: a) accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria; b) prevenzione e promozione della salute, promozione e tutela della salute dei minori e della donna; c) presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa; d) valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta più appropriata; e) attivazione di percorsi di cura multidisciplinari; f) partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

### 6.3 Alleanze interistituzionali e interprofessionali

Il processo di costruzione del percorso formativo e l'individuazione delle progettualità di sviluppo sopra delineate sta avvenendo in modalità condivisa, collaborativa e partecipativa con tutti gli attori coinvolti, a partire dall'individuazione delle cinque Case della Comunità, target dell'intervento, già attive o in fase di attivazione nei quattro Distretti Sanitari dell'AUSL di Parma. I Distretti, nelle persone dei Direttori e del loro staff, sono gli interlocutori primari con i quali il Gruppo di progetto sta interagendo per coinvolgere operatori e professionisti dei setting sanitari presenti nelle CdC (come per esempio Medicina Generale, Specialistica Ambulatoriale, Salute Mentale, Sanità Pubblica, Assistenza Domiciliare), il management e i professionisti dei Servizi Sociali dei Comuni o delle Aziende Sociali alle quali questi hanno delegato la gestione degli stessi, oltre che i rappresentanti e i volontari delle associazioni di terzo settore. Le riunioni di coprogettazione hanno l'obiettivo di definire gli ambiti di sviluppo prioritari, tenendo in considerazione le specificità del contesto locale, sui quali concentrare il progetto di accompagnamento e inoltre di far emergere eventuali altri fabbisogni formativi o informativi dei professionisti e degli operatori.

Il percorso formativo si svilupperà nel corso del 2024 e coinvolgerà circa cento professionisti afferenti all'area sanitaria, del sociale, del terzo settore e della scuola. È previsto un *milestone* intermedio a giugno 2024 di riflessione, verifica e contaminazione reciproca rispetto al livello di maturazione delle relazioni all'interno dei gruppi e sullo stato di avanzamento delle progettualità da queste elaborate.

#### Riferimenti

1. Per un approfondimento della logica e delle metodologie delle analisi qualitative si v. Babbie E, Ricerca sociale. Milano: Apogeo, 2010; Cardano M, La ricerca qualitativa. Bologna: Il Mulino, 2011.
2. Su questo tema si v. Cohen AP, The Symbolic Construction of Community. London-New York: Routledge, 1993; Twelvetrees A, Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati. Trento: Erickson, 2006; Longo F, Barsanti S (a cura di) Community building: logiche e strumenti di management. Milano: Egea, 2021.
3. Sulla partecipazione degli attori comunitari alla co-produzione e collaborazione coi servizi pubblici esiste una vasta letteratura: si v., ad esempio, Fotaki M, Towards Developing New Partnership in Public Services: Users as Consumers, Citizens and/or Co-produces in Health and Social Care in England and Sweden. Public Administration, 2011, 89, 3: 933-

955; Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al., Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*, 2016, 25(7):511; Fugini, M, Bracci E, Sicilia M (eds) *Co-production in the Public Sector: Experiences and Challenges*. Heidelberg: Springer, 2016; Giarelli G, Lombi L, Cervia S, *Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura*. In M. Cardano, G. Giarelli e G. Vicarelli (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: il Mulino, 2020.

4. Su questo si v. il saggio di M. Ingrosso inserito in questo volume.
5. Su questo tema si veda, in questo volume, il saggio di V. Pellegrino.
6. Si v., ad esempio, Fondazione Zancan, *Verso un welfare generativo, da costo a investimento*, 2013. In [http://www.welfaregenerativo.it/media/uploads/WelfareGenerativo\\_FondazioneZancan.pdf](http://www.welfaregenerativo.it/media/uploads/WelfareGenerativo_FondazioneZancan.pdf); Zanetti C, Rai A, *Habitat Microaree. Un'esperienza consolidata di welfare di comunità. Prospettive sociali e sanitarie*, 2018, 1: 36-39; Manzini E, *Abitare la prossimità. Idee per la città dei 15 minuti*. Milano: Egea, 2021.
7. Si vedano le esperienze riportate da S. Miodini e P. Vaccari nel saggio inserito in questo volume.
8. Su questo tema, nell'ambito dell'architettura delle Case della Comunità, si v. Ingrosso M, *Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità*. *Sistema Salute*, 2022, 66 (1): 11-32.