

## **Dalle Case della Salute alle Case della Comunità: avvio e sviluppo di un percorso di accompagnamento nel territorio parmense**

### *From the Health Houses to the Community Houses: starting and developing of a training process in the Parma area*

Marco Ingrosso<sup>1</sup>, Matteo Garofano<sup>2</sup>, Francesca Bigliardi<sup>3</sup>, Maria Licia Caroselli<sup>4</sup>, Lorenza Dodi<sup>5</sup>, Mauro Ferrari<sup>6</sup>, Lorella Franzoni<sup>7</sup>, Fulvio Lonati<sup>8</sup>, Gabriele Moi<sup>9</sup>, Franco Prandi<sup>10</sup>, Corrado Ruozi<sup>11</sup>, Alessio Testi<sup>12</sup>, Beatrice Todaro<sup>13</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> *Educatrice professionale, Referente area Promozione al Volontariato per Parma, CSV Emilia e Osservatorio Innovazioni sociali, Patto sociale per Parma e Università di Parma*

<sup>4</sup> *Educatrice Professionale e Facilitatrice Unità di Strada, Servizio tossicodipendenze SerDP, Ausl Parma*

<sup>5</sup> *Dirigente Sociologa, Ausl di Parma*

<sup>6</sup> *Sociologo, Formatore, Consulente organizzativo, Docente a contratto presso SUPSI, Manno (CH)*

<sup>7</sup> *Biochimica, Direttrice del Centro di Formazione e Ricerca su Organizzazione, Qualità e Sostenibilità dei Sistemi Sanitari dell'Università di Parma*

<sup>8</sup> *Medico, Presidente di APRIRE-Assistenza PRIMARIA In Rete, già Direttore Dipartimento Cure Primarie ASL di Brescia*

<sup>9</sup> *Dirigente Psicologo e Psicoterapeuta, UOC di Psicologia Clinica e di Comunità AUSL di Parma*

<sup>10</sup> *Sociologo, già Dirigente Ausl di Reggio Emilia*

<sup>11</sup> *Psicologo, Psicoterapeuta, Formatore, già Dirigente Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna*

<sup>12</sup> *Psicologo e Psicoterapeuta, AUSL di Parma*

<sup>13</sup> *Dottoranda in Sociologia Culturale e Diritto Costituzionale, Università degli Studi di Milano e Università di Parma e Osservatorio Innovazioni sociali, Patto sociale per Parma e Università di Parma (CIRS)*

---

Autore per corrispondenza: marco.ingrosso@unife.it

*Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 68, n.4, ottobre-dicembre 2024*

*Parole Chiave:* Case della Comunità, welfare locale, formazione professionale, metodi formativi, dinamiche organizzative

## RIASSUNTO

*Obiettivi:* in questo contributo viene presentato il percorso di accompagnamento del personale sociale e sanitario e dei rappresentanti di comunità che andranno a realizzare cinque Case della Comunità pilota nel territorio parmense cercando di praticare nuove modalità organizzative, collaborative e di sviluppo di comunità secondo il modello disegnato dal DM 77.

*Metodi:* l'articolo presenta i risultati di un'indagine qualitativa condotta fra gli attori chiave del processo di transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità e le prime fasi del percorso di formazione relativamente ai metodi formativi applicati.

*Risultati:* l'ascolto degli attori principali operanti nelle cinque situazioni di transizione individuate ha fornito numerose indicazioni valide per lo sviluppo di opportuni interventi situati di formazione e accompagnamento. Sono emerse diverse esigenze poste dagli intervistati di tipo: a) conoscitivo; b) motivazionale; c) relazionale; d) di apprendimento su orientamenti e metodi. Il percorso e gli specifici metodi attivi applicati nella fase formativa stanno contribuendo a sviluppare una migliore conoscenza del territorio e della popolazione di riferimento, una migliore conoscenza reciproca, una condivisione di un progetto comune di CdC, l'avvio di progetti su temi specifici.

*Conclusioni:* partendo da un accordo fra le principali istituzioni di welfare del territorio (Ausl, AOU, Comune di Parma, Università degli Studi, Enti di Terzo settore) e una sperimentazione sul campo fortemente coinvolgente gli attori direttamente interessati, è possibile supportare un coerente processo di transizione coordinando gli aspetti strutturali con l'investimento nelle risorse umane.

*Key words:* Community Houses, local Welfare, vocational training, training methods, organizational dynamics

## SUMMARY

*Objectives:* this contribution presents the accompanying path of social and health personnel and community representatives who will implement five pilot Community Houses in the territory of Parma trying to practice new organizational methods, collaborative and community development, in line with the model drawn up by DM 77.

*Methods:* the article presents the results of a qualitative survey conducted among key actors in the transition from Health Homes to Community Homes and the early stages of the training process with regard to the training methods applied.

*Results:* listening to the main actors working in the five transition situations has provided many suggestions for the development of appropriate training and accompanying interventions. The interviewees had different needs: a) cognitive; b) motivational; c) relational; d) learning about guidelines and methods. The path and specific active methods applied in the training phase are contributing to develop a better knowledge of the territory and the target population, a better mutual knowledge, sharing of a common project of Community House, the launch of projects on specific issues.

*Conclusions:* starting from an agreement between the main welfare institutions of the territory (Ausl, AOU, Comune di Parma, Università degli Studi, Enti del Terzo Settore) and a field trial strongly involving the actors directly concerned, it is possible to support a coherent transition process by coordinating structural aspects with investment in human resources.

## **Premessa: un excursus sui servizi di welfare nel parmense**

L'Ausl di Parma è stata fra le prime ad investire nelle Casa della Salute (CdS), dopo la loro istituzione con la legge nazionale 296/2006 e il recepimento da parte della Regione Emilia-Romagna (Dgr 291/2010). Nel 2022 erano già funzionanti sul territorio provinciale ben 26 Case e 2 Poli sanitari, di cui 7 più 2 Poli nel Distretto di Parma, 7 nel Distretto di Fidenza, 7 nel Distretto Sud-Est, 5 nel Distretto Valli del Taro e del Ceno. Inoltre, l'Ausl disponeva di una serie di Consultori: per le famiglie, per i giovani, per la popolazione immigrata, oltre che una rete di Centri per i disturbi cognitivi e le demenze. Il Dipartimento aziendale di Cure Primarie si occupava dell'assistenza dei Medici di famiglia e dei Pediatri di libera scelta organizzati in *Nuclei di cure primarie*, la maggioranza dei quali aveva sede nelle Case della Salute.

Le CdS, nel modello regionale emiliano, erano connotate dalla presenza delle medicine di gruppo dei MMG e dall'attività dei medici specialisti. Presenti dei raccordi con i servizi sociali comunali e delle collaborazioni occasionali con le associazioni di volontariato. Un modello quindi nettamente connotato in termini sanitari, ma che iniziava, in alcune specifiche realtà, a sviluppare collaborazioni più strutturate con l'area sociale e col terzo settore.

Sempre in ambito Ausl, rilevante ed articolata è stata, negli stessi anni, l'attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che disponeva di servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dedicati alla popolazione giovanile e di una rete di Centri di Salute Mentale, distribuiti nei vari Distretti, che si occupavano della psichiatria adulta. Inoltre, l'Ausl aveva in gestione gli Ospedali di Vaio-Fidenza e quello di Borgotaro, mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma gestiva l'Ospedale Maggiore di Parma.

Da parte sua, il Comune di Parma sviluppava una significativa attività nei campi delle politiche di welfare, e in particolare della genitorialità, della non autosufficienza e disabilità, delle varie fragilità urbane. Molto forte, sul territorio, era la presenza degli Enti di Terzo settore (circa un migliaio quelli presenti in provincia di Parma), e in particolare del volontariato e della cooperazione sociale.

Nella fase pre-Covid ogni area del sistema di welfare aveva messo in piedi iniziative innovative<sup>1</sup> che tuttavia erano rimaste confinate nel loro ambito di partenza. In alcuni casi si

---

<sup>1</sup> Nel corso del 2021 è sorto autonomamente a Parma il Gruppo Progetto Casa della Comunità, formato da professionisti, ricercatori, volontari, cittadini, che ha svolto un'analisi delle esperienze sociali e sanitarie (CdS) presenti sul territorio al fine di delineare un nuovo progetto di Case della Comunità. Per una lettura dei risultati si v. *Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia: ragioni e linee progettuali*, 7 novembre 2021 in <https://paracelso.unife.it/>. Una versione sintetica del documento è stata pubblicata

erano anche lanciati progetti specifici di coordinamento che tuttavia avevano avuto esiti diversi (v. ad es. il successivo paragrafo 1). L'impatto del Covid-19 è stato particolarmente rilevante nel territorio provinciale con conseguenze negative importanti per la popolazione. Tuttavia, dopo una prima fase di emergenza, il sistema sanitario, quello sociale e quello di terzo settore sono stati in grado di reagire in modo flessibile e articolato per contenere la pandemia.

È stato forse in questo contesto che è nata l'esigenza di un più forte coordinamento fra i settori e di un ripensamento complessivo del sistema di welfare locale. Ne sono testimonianza alcune iniziative istituzionali e non avviate subito dopo, ad esempio: dal 2022 veniva avviato un percorso di unificazione fra Ausl e AOU, promosso dalle Regione Emilia-Romagna, al fine di potenziare e coordinare la rete ospedaliera provinciale e migliorare l'integrazione fra Distretti e sistema ospedaliero; a partire dal 2023, il Comune di Parma, unitamente alle Aziende sanitarie, all'Università e al Terzo settore, ha lanciato il *Patto Sociale per Parma* al fine di ripensare tutti gli interventi sociali comunali e contribuire all'attuazione dei progetti di Case della Comunità e Ospedali di Comunità; nel campo del volontariato trovava nuovo slancio una precedente iniziativa, denominata *Parma WelFare*, che cercava di andare incontro ai nuovi bisogni della popolazione fragile ponendosi in una prospettiva di quartiere e collegandosi strettamente con il servizio sociale comunale.

Nel frattempo, il contesto sociale stava accentuando le problematiche tradizionali della popolazione anziana e della nuova immigrazione, ma anche sviluppando nuove tensioni nei quartieri e territori provinciali relativamente alla popolazione giovanile e alla salute mentale.

È dunque in questo contesto variegato, in cui sta cambiando la composizione e le problematiche della popolazione residente, che si pone il percorso di transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità. Esso può contare su significative risorse professionali e volontarie, ma risente di tutte le difficoltà che il Sistema sanitario e in generale di welfare sta attraversando (lunghi tempi d'attesa, carenze di personale, ecc.). Per contro, gli investimenti di provenienza PNRR nel campo del sanitario ammontano a oltre 93 ml di euro, di cui oltre 36 destinati all'Ausl e oltre 57 all'AOU. Le risorse che stanno pervenendo all'Ausl saranno destinate all'ampliamento e ristrutturazione di una decina di Case, di 5 Centrali Operative Territoriali, di 3 Ospedali di Comunità, oltre che a progetti nel campo della telemedicina, delle tecnologie, della formazione e così via.

---

su Sistema Salute, 65, 4, 2021. Per un approfondimento delle iniziative sviluppate in quegli anni dal servizio sociale e dal terzo settore si v. anche Miodini S, Vaccari P Esperienze di prossimità e rigenerazione comunitaria nel territorio parmense. In Sistema Salute, 67, 1, 2023.

In questo contributo ci occuperemo del percorso di accompagnamento del personale e dei rappresentanti di comunità che andranno a realizzare una serie di Case della Comunità pilota cercando di praticare nuove modalità organizzative, collaborative e di sviluppo di comunità. È dunque partendo da una sperimentazione sul campo, fortemente coinvolgente gli attori direttamente interessati, che gli Enti promotori intendono supportare questo processo di transizione coordinando gli aspetti strutturali con l'investimento nelle risorse umane.

## **1. Il percorso di accompagnamento ipotizzato e la campagna di interviste**

Dopo il varo del DM 77/2022, nell'ambito del territorio di competenza dell'AUSL di Parma è stato avviato un percorso di transizione dalle esistenti 26 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).

La prima novità istituzionale è stata quella di coinvolgere tutte 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'AOU, dell'Università degli Studi e del Comune di Parma, oltre che da referenti dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia - allo scopo di attuare un percorso di formazione permanente a supporto della transizione verso il nuovo modello organizzativo. 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>2</sup>.

Il Gruppo di Progetto ha ipotizzato un percorso 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).

<sup>2</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.

A fianco di un'analisi di dati conoscitivi di tipo sociodemografico, epidemiologico e degli accessi ai servizi sociali e sanitari, si è deciso di intraprendere una *campagna di interviste* agli attori chiave operanti nelle Case, nei Distretti e nell'area di comunità (volontari, dirigenti scolastici, amministratori) operanti nei territori prescelti, al fine di avere un primo panorama degli orientamenti, problematiche e attese presenti fra coloro che operavano sul campo. Il metodo scelto è stato quello dell'intervista semi-strutturata (1).

Secondo il piano di campionamento interessante le cinque CdS selezionate e il loro territorio, sono stati intervistati trentuno testimoni significativi suddivisi fra area dirigenziale, area professionale e area di attori comunitari. La prima area (8 intervistati) comprendeva Direttori di Distretto, Direttori di UOC Cure Primarie, Direttori di Dipartimenti ospedalieri; la seconda (15 intervistati) includeva Medici di Medicina Generale, Coordinatori infermieristici e delle professioni sanitarie (alcuni territoriali e alcuni ospedalieri), Responsabili del Servizio sociale; la terza (8 intervistati) comprendeva Referenti del volontariato e dei Comitati Consultivi Misti, Dirigenti scolastici di zona, Amministratori di Enti locali.

L'indagine è stata eseguita da un *Nucleo operativo* che ha sviluppato una traccia di intervista (parzialmente differenziata per Aree) e realizzato le interviste qualitative (in parte online e in parte in presenza) nel periodo maggio-agosto 2023. In sede 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 sinteticamente 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 che è stato avviato, come previsto, nella fase successiva del percorso<sup>3</sup>.

#### a) *L'area dei Dirigenti*

Tutti i Direttori di Distretto sono rientrati nel campione degli intervistati: fra gli elementi abbastanza condivisi traspare una buona opinione delle CdS alla cui costituzione essi

<sup>3</sup> In questa sede presenteremo una versione sintetica dei risultati dell'indagine. Per una più completa illustrazione dei risultati emersi si v. (2).

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. 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. Per ciò che riguarda le dimensioni centrali che dovrà assumere la CdC, alcuni evidenziano il superamento della logica prestazionale a favore delle reti cliniche, mentre altri sottolineano il lavoro di équipe e l'integrazione, ma accompagnati da una sollecitazione attiva della popolazione alla responsabilizzazione collaborativa.

Relativamente al sottogruppo dei *Dirigenti delle Cure Primarie distrettuali*, tre sono stati gli intervistati inclusi nel campione. In alcuni casi questi dirigenti hanno da poco assunto il ruolo, per cui non conoscono ancora le situazioni in maniera approfondita. In ogni caso, il cambiamento da introdurre con l'avvio del nuovo assetto sembra solo parzialmente focalizzato. Nel complesso emerge un orientamento centrato sul presente e sulle attività in corso, mentre il percorso di transizione e il coinvolgimento della comunità necessitano di ulteriori elaborazioni da parte di questo gruppo.

Il terzo gruppo di quest'area è connotato dall'appartenenza all'ambiente ospedaliero. In generale, la conoscenza del territorio sembra molto limitata e "a distanza". Viene sottolineata l'incomunicabilità che viene avvertita rispetto sia ai MMG che al servizio sociale. 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 i Pronto soccorsi. Da questo punto di vista le CdS non hanno funzionato come ci si poteva aspettare; quindi, devono cambiare strada e diventare "centri di soluzione dei problemi".

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*. 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 al fine di migliorare la conoscenza reciproca e la condivisione di alcuni obiettivi fondamentali.

#### *a) L'area dei professionisti*

Per quanto riguarda i MMG si nota una chiara differenza di orientamenti fra coloro che

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. Nel primo caso le obiezioni sono a tutto campo e vi è scetticismo sulla disponibilità di risorse umane e finanziarie per avviare le CdC. Da parte dei medici “possibilisti”, invece, si auspica una CdC multiprofessionale che metta al centro i cittadini e la comunità. Essi 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 viene ritenuta necessaria.

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 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. 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*.

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. Si è possibilisti sulle nuove CdC, ma al contempo frenati dalla mancanza di dinamiche evolutive condivise da parte delle varie componenti professionali e non.

Esaminando il sottogruppo dei *responsabili del servizio sociale* nei vari distretti, si nota anche qui una certa delusione per l’attuazione di processi collaborativi che si erano ben avviati in passato, ma non hanno portato a dei cambiamenti permanenti e consistenti. In particolare, si evidenzia il permanere di una certa distanza con i MMG; allo stesso tempo si auspica che il ricambio generazionale in atto nella categoria porti ad aprire nuove possibilità. Si è molto favorevoli al dialogo con il volontariato, in particolare si esprime l’auspicio che i “Punti di comunità”, gestiti dall’associazionismo, siano presto introdotti in tutte le CdC.

Nel complesso, per quanto riguarda l’area professionale, si può constatare l’esistenza di preoccupazioni per alcune collaborazioni avviate in passato, ma che non sono sempre adeguatamente praticate. In positivo si afferma che è necessario essere proattivi nei confronti della cittadinanza e della comunità (a differenza di ciò che è avvenuto nelle CdS); inoltre si devono introdurre nuove metodologie e orientamenti culturali per fare un salto



di qualità nel lavoro di prossimità. 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).

b) *L'area degli attori comunitari*

Il primo sottogruppo di quest'area è costituito da due *rappresentanti dell'associazionismo* operanti nella città di Parma: la responsabile dei "Punti di comunità", da qualche anno presenti in città e che si sono insediati, poco dopo l'apertura, nella prima Casa della Comunità aperta a Parma e il responsabile di un'associazione di quartiere. Nel primo caso, l'iniziativa ha avuto così successo che molti dei nostri intervistati di altre zone l'hanno ricordata e si propongono di aprire un Punto di comunità anche nella propria CdS/CdC. Nell'intervista emerge questo fervore degli inizi e la buona accoglienza ricevuta. Essa richiede 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. Nel secondo sottogruppo sono stati inseriti 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 delle Aziende sanitarie ed operano con compiti di verifica, supporto e proposta sulla qualità dei servizi sanitari rivolti ai cittadini. A Parma sono presenti quattro CCM (uno per ciascun Distretto) in AUSL e un CCM in AOU. 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. Gli intervistati affermano che questo settore del volontariato è ancora in una *fase di orientamento* di fronte agli sviluppi del nuovo assetto. Nelle CdS già costituite si è parlato poco di salute, e non si è dato spazio all'accoglienza e all'ascolto. Inoltre, essi ritengono che il volontariato risenta di una crisi in quanto le nuove leve giovanili sono disponibili solo per progetti specifici e delimitati senza aderire stabilmente alle esperienze associazionistiche.

Passando ad altro sottogruppo, il nostro campione includeva l'intervista a tre Dirigenti scolastici di Istituti Comprensivi. 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 spesso senza un adeguato supporto da parte delle componenti

sociali e sanitarie. Essa, inoltre, sviluppa attività di *prevenzione ed educazione alla salute*, ma riceve aiuto quasi solo da parte 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.

L'amministratore comunale intervistato ha affermato che le CdS hanno avviato alcune innovazioni, ma che hanno funzionato poco nei campi della domiciliarità e prossimità alle fragilità. L'Ente locale intende seguire attentamente le varie fasi della costruzione e avvio delle CdC dando il proprio contributo.

Nel complesso, emerge che l'area degli attori comunitari offre degli spaccati molto significativi sulle problematiche vissute nei vari territori. Le interviste confermano che questa componente, 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. L'esperienza delle CdS ha lasciato queste risorse a sé stesse coinvolgendole solo occasionalmente. Al contempo, una parte del volontariato necessita di essere sostenuto per adattarsi ai mutamenti in corso e richiede un suo reindirizzamento a sostegno delle comunità.

## 2. Indicazioni emergenti dall'indagine

Considerando i principali risultati dell'analisi compiuta, emergono 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, sia dirigenziali sia professionali, conoscono poco l'impianto della legge e cosa dovrebbe comportare praticamente. Inoltre, molti intervistati dichiarano di aspettarsi una strutturazione delle CdC calibrata sui bisogni specifici della popolazione di riferimento, partendo quindi da una migliore conoscenza dei territori e delle comunità locali. Per quanto riguarda il *piano motivazionale*, si constata che molti operatori hanno espresso il timore che le innovazioni introdotte possano avviare dei processi che non si confermeranno nel tempo. Tali perplessità e resistenze possono essere punti di partenza da elaborare al fine di acquisire fiducia e nuova motivazione per affrontare il percorso comune che si sta avviando.

Relativamente agli *aspetti relazionali*, diversi intervistati hanno sottolineato le scarse conoscenze che il proprio gruppo professionale possiede degli altri interlocutori. Ciò

implica sia una ridefinizione delle modalità dell'operare insieme, sia anche l'istaurarsi di un continuo processo fiduciario interpersonale. Il tema della *collaborazione e del coordinamento interprofessionale* è presente a tutti gli intervistati, ma alcuni temono che questo comporti degli aggravati operativi o un non riconoscimento delle proprie specificità e autonomie professionali. 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 (ad es. scolastici), 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.

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. Lo stesso dicasi per il *coinvolgimento e lo sviluppo di comunità*, evocato da alcuni interventi, settore finora assente nelle CdS, che necessita di nuove competenze e saperi professionali ancora poco presenti e praticati in campo sociale, ma soprattutto in campo sanitario.

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 innovativi e adeguati.

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 nel territorio parmense.

### **3. Il disegno dell'intervento formativo**

La mappa disegnata dall'analisi di contesto precedentemente illustrata ha costituito un supporto fondamentale per orientare la progettazione del percorso di accompagnamento. Essa fornisce anche indicazioni preziose rispetto alle condizioni che potrebbero facilitare oppure ostacolare i processi di apprendimento. In particolare, si deve avere cura che i

cambiamenti innescati in sede di intervento formativo non siano “a termine”, ma diventino parte permanente dell’organizzazione e fatti propri dai professionisti/persone che la compongono: in tal caso la riflessività sulle pratiche si traduce effettivamente in una loro evoluzione nel tempo, nell’elaborazione di progetti di risoluzione delle criticità e in azioni di miglioramento dei processi organizzativi.

Sulla base di tali premesse, è stato concepito da un secondo *Nucleo operativo-formativo* -costituitosi sempre nell’ambito del Gruppo di Progetto sopra descritto - un percorso di affiancamento ai professionisti, volontari e rappresentanti di comunità che si articola in tre momenti principali fra loro intrecciati:

- *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 presenti nel contesto provinciale. Inoltre, lo sviluppo della conoscenza del territorio, delle sue problematiche e della sua diversificata popolazione;
- *il secondo* centrato sullo sviluppo di *capitale relazionale* fra coloro già “abitano” o stanno per fare parte dell’équipe di una Casa della Comunità oppure che svolgono la loro attività nel suo territorio di riferimento. Utilizzando metodologie e strumenti attivi diversificati, questa fase dell’intervento mira a sviluppare competenze 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 volte ad introdurre, in maniera permanente, meccanismi operativi che consentano di applicare sul campo uno o più degli obiettivi dello sviluppo delle CdC così come declinati nel DM 77.

Il percorso formativo si è avviato a partire dall’aprile 2024 e coinvolge circa cento professionisti afferenti all’area sanitaria, del sociale, del terzo settore e della scuola. È previsto un *milestone* intermedio dopo la prima fase di attuazione e un proseguimento, dopo la pausa estiva, durante tutto l’anno e fino alla messa in opera degli interventi progettati dai gruppi.

#### **4. Fare esperienza del lavorare insieme**

Come si è detto, l’intervento formativo progettato è stato centrato, in ogni area individuata, sullo specifico gruppo di professionisti, volontari e referenti del territorio impegnato nella costruzione della Casa della Comunità di zona (3). I percorsi formativi avviati sono stati cinque, ma vi sono state alcune variazioni territoriali rispetto alla prima fase di

indagine dovute a motivi tecnici relativi ad una maggiore disponibilità di alcune componenti rispetto ad altre ad attivarsi tempestivamente per partecipare alla fase formativa in avvio dall'aprile 2024. Per queste ragioni, le esperienze avviate nel distretto cittadino sono passate da due a tre (Lubiana-San Lazzaro; Pintor-Molinetto; San Leonardo), mentre sono diminuite di una unità quelle degli altri distretti (Fidenza nel Distretto omonimo e Fornovo-Medesano che fa parte del Distretto Valli del Taro e del Ceno). È tuttavia in programma l'attivazione di un percorso anche nel Distretto Sed-Est che coinvolgerà la CdS di Langhirano. Ciò spiega anche perché la periodicità e frequenza degli incontri realizzati non è stata omogenea fra le varie aree: infatti, nel periodo maggio-giugno, i vari gruppi territoriali hanno svolto in alcuni casi due/tre incontri e in altri quattro/cinque, con una partecipazione più ampia e omogenea delle componenti individuate (sociale, sanitaria, del terzo settore) in alcuni percorsi e una minore continuità in altri, specie della componente sanitaria (per ragioni pratiche e organizzative). Si prevede che il percorso formativo, dopo l'interruzione estiva, riprenderà per tutti i gruppi a partire da settembre. Per queste ragioni, in questa sede, si darà conto soprattutto delle proposte metodologiche messe in campo da parte dell'équipe formativa nel periodo considerato, in maniera parzialmente differenziata nei cinque contesti territoriali pilota.

#### *Ragioni e utilità del percorso formativo*

In primo luogo, facendo tesoro delle perplessità di alcune componenti professionali, emerse in sede di indagine, circa l'utilità e l'efficacia del percorso formativo, si è sottolineato che esso si pone come strumento per la costruzione di una visione condivisa di Casa della Comunità (specifica per ogni contesto territoriale) mettendo a valore il lavoro già in atto da parte dei diversi professionisti e volontari. Inoltre, il percorso mira alla sperimentazione di dispositivi metodologici specifici per introdurre e/o ampliare un approccio comunitario e transdisciplinare. Dunque, esso va inteso come uno "spazio-di-pensiero" condiviso e di confronto a partire dalle proprie pratiche professionali e attraverso metodologie che possano permettere a tutti i partecipanti di lavorare *meglio* insieme, individuando congiuntamente gli ostacoli e gli elementi di supporto per affrontarli.

Gli incontri si sono avviati cercando di sviluppare la *conoscenza reciproca*: i partecipanti hanno potuto scambiarsi informazioni sul ruolo e le attività di ciascuno, dopo di che si è condiviso *l'obiettivo del percorso*, ossia quello di costruire una visione comune di Casa della Comunità, delle sue modalità di lavoro, ma anche sviluppare una conoscenza plurale e multidimensionale del quartiere o della zona in cui si opera.

### *La cartografia sociale di comunità*

L'attività di "cartografia sociale" è stata svolta sia da piccoli gruppi eterogenei di partecipanti, sia (nel caso di due équipes di lavoro) da un nutrito gruppo di studentesse dell'Università di Parma in tirocinio e restituita ai gruppi avviando, in tal modo, una pratica di scambio fra ricercatori, professionisti e volontari. Tale attività ha permesso di costruire una serie di mappe che evidenziano la presenza di microzone differenziate nell'area di riferimento, nonché la loro disomogeneità, la loro composizione demografica, ma anche la presenza di risorse, strutture, parchi e luoghi di socialità. I sottogruppi hanno poi affrontato domande del tipo: "Da abitanti e conoscitori di questa realtà, quali sono secondo voi i bisogni di questa comunità?". In alcune zone e quartieri le risposte si sono focalizzate sul tema della percezione di insicurezza e sull'ambivalente convivenza fra adulti e giovani, fra residenti di vecchia data e altri recentemente arrivati. In altri contesti, sono state le questioni dell'impoverimento e della solitudine degli anziani ad essere maggiormente sottolineate. Le mappe emergenti hanno così evidenziato i principali gruppi che compongono il quartiere o la zona di riferimento, le trasformazioni nel tempo, i luoghi-risorsa (formali e informali) presenti e attivi.

L'utilizzo della cartografia sociale come metodo di analisi sottolinea la necessità di integrare la rappresentazione del contesto ambientale con diversi linguaggi e intelligenze, sollecitando la dimensione di ascolto degli abitanti del luogo, da unire ai dati già in proprio possesso. Essa aiuta, cioè, a immaginare il territorio come un organismo vivo e complesso che mai si riduce alle rappresentazioni tecno-geografiche che possiamo farne per scopi specifici. Aiuta, quindi, a pensarlo nella sua dinamica quotidiana. Come dice S. Rolnik, cartografare significa accompagnare la costruzione e la decostruzione di mondi "che vengono creati per esprimere gli affetti contemporanei in relazione ai quali gli universi esistenti (quelli dati, istituiti) sono diventati obsoleti." (4)

### *Conoscere il territorio, le risorse, la popolazione*

Alcuni gruppi hanno avuto occasione di recarsi in luoghi di riferimento dei quartieri e di incontrare esponenti di associazioni, come i Punti di comunità, i gruppi di mutuo aiuto per caregiver familiari, alcuni responsabili di *hospice* e di esperienze di *co-housing*. Altri gruppi si sono invece proposti di farlo nel prossimo periodo.

In altri casi ci si è messi in ascolto di "esperti per esperienza", in particolare caregiver di persone affette da demenze cognitive. Fra gli spunti di riflessione emersi, la necessità di porre al centro della produzione di cura l'ascolto delle differenze che, se davvero riconosciute, possono mettere in discussione le rappresentazioni "certe" che gli operatori (e i

volontari) spesso hanno nei confronti degli utenti.

*Sviluppare relazioni di cura “dialogiche”*

In tre contesti (Lubiana-San Lazzaro, San Leonardo-Cortile San Martino, Pintor-Molinetto) è stato utilizzato l’”approccio dialogico” (5), una metodologia che ha l’obiettivo di promuovere un cambio di postura e culturale ponendo al centro dell’incontro la relazione con la persona utente: la persona diviene il riferimento centrale dell’intervento (clinico o di interazione nei servizi) in quanto è espressione di una rete di relazioni ed è portatrice di esperienze e punti di vista da cui partire in qualsiasi setting. Questo approccio consente ai partecipanti di co-costruire insieme una visione polifonica in un contesto di ascolto non giudicante e attento alla piena espressività di ciascuno. Vedremo in seguito come l’approccio dialogico abbia permesso di approfondire, da parte dei gruppi di lavoro richiamati in precedenza, le preoccupazioni e le aspirazioni verso il futuro, prefigurando immagini e desideri relativi alla Casa di Comunità che sono stati tradotti in modelli di intervento contraddistinti da una maggior integrazione tra professionisti e in nuove proposte di interazione con gli utenti e le comunità di riferimento.

*Progettare la Casa della Comunità*

In una fase del percorso, i gruppi dei partecipanti si sono chiesti come si doveva strutturare la CdC per essere un riferimento della zona e delle sue problematiche: a) “Chi/Cosa non può assolutamente mancare dentro questa CdC?”; b) “Chi/Cosa può stare dentro questa CdC (ed ora non c’è)?”; c) “Chi/Cosa non può stare dentro ma potrebbe/dovrebbe avere connessioni significative con questa CdC?”.

Alcuni gruppi hanno sottolineato il forte bisogno di un’attività di mediazione culturale e di organizzare un buon punto di accesso/accolgenza. In altri è emerso il forte bisogno di raccordo progettuale con l’Università, oltre che con l’associazionismo nelle sue diverse forme. In altri casi, la discussione ha messo al centro la questione della *salute* come ambito comune fra le varie componenti, una salute da intendere come: a) *un processo complesso*, che dipende da diversi fattori e condizioni (malattie, reti relazionali, dinamiche di potere, condizioni economiche, accesso ai servizi, ai diritti, ecc.); b) *una produzione plurale*, perché vi contribuiscono diversi soggetti che agiscono su diversi piani e dimensioni; c) *un processo collettivo*, perché il lavoro con la comunità (caratterizzante il passaggio da CdS a CdC) richiede di definire cosa è salute insieme tra più soggetti: i professionisti del sociale e del sanitario, il terzo settore, i cittadini/utenti e chi fa ricerca. Interessa anche capire quali sono le condizioni che generano mancanza di salute (ambientali, sociali, di subalternità, ecc.).

In tale prospettiva, le relazioni di cura emergenti dovrebbero essere intese come uno spazio del reciproco interesse fra utente e professionista o volontario, in cui si attiva un'affezione di intensità necessaria e sufficiente alla produzione di salute.

L'approfondimento sulla struttura e l'azione della CdC hanno permesso poi di confrontarsi con il recente documento di Agenas sulle *Linee di Indirizzo per l'Attuazione del Modello Organizzativo delle Case della Comunità HUB* (pubblicato il 5 aprile 2024).

Il confronto interno ai vari gruppi si è avvalso anche di un altro strumento: quello dei "Dialoghi nel Futuro" (6), ossia dialoghi anticipatori dei progetti futuri desiderabili. Le domande stimolo chiedevano ai partecipanti di proiettarsi nel maggio 2025, ossia un anno dopo, e di individuare ciò che avrebbero desiderato si realizzasse in quel periodo. Inoltre, si chiedeva: "Cosa hai fatto tu per fare andare bene le cose e arrivare a questo buon futuro?"; "Da chi hai ricevuto aiuto?"; "Ti ricordi qual era la preoccupazione che avevi nel 2024?"; "Chi o che cosa ha permesso di far sparire o ridurre la tua preoccupazione?". Ne sono uscite diverse proposte operative: dal visitare insieme i luoghi del quartiere ad iniziare ogni mattina con 30 minuti di condivisione, al confrontarsi con la dirigenza e così via.

#### *Metodi di lavoro e tipologie di interazione d'équipe*

Diverse riflessioni sono state dedicate alle modalità di lavoro in équipe. Si sono distinte tre diverse tipologie di interazione fra aree di sapere: quelle di tipo *multidisciplinare*, in cui vi è una giustapposizione fra punti di vista e una divisione concordata del lavoro; quello di tipo *interdisciplinare*, in cui il dialogo fra diversi esperti fa emergere punti di contatto e di ibridazione reciproca; quello di *tipo transdisciplinare* in cui si realizza il superamento dei confini tecnico-disciplinari producendo *meta-sapere* adattato alle specificità delle problematiche affrontate (7). Le tre tipologie non si escludono, ma possono essere utili in momenti e con operatori diversi. Sul piano metodologico, tuttavia, la prospettiva transdisciplinare pone l'esigenza di non fermarsi alle casistiche precostituite e ai protocolli operativi predefiniti, ma di assumere la specificità, l'imprevisto e la complessità delle situazioni dando risposte innovative e creative, adattate alle diverse situazioni. Si è quindi cercato di affrontare casi "difficili" attraverso l'utilizzo di strumenti ("le domande snaturanti") con la funzione di "rottura" degli automatismi con cui si è soliti leggere e agire nelle prassi quotidiane (8).

Anche attività come la "Mappa utente-guida" sono state utili: i gruppi hanno individuato una situazione di tipo multidimensionale e attuale che almeno un componente del gruppo conosceva bene e si sono confrontati individuando i punti della rete utili e individuabili dal soggetto (indicati come: persone, luoghi e campi di interesse) per affrontare



i problemi che egli pone, ossia costruendo una mappa dal punto di vista dell'utente. Ci si è poi ulteriormente confrontati sulle diverse tipologie di équipe da utilizzare distinguendo quelle *allargate*, quelle *rappresentative* e quelle *su singoli casi*. Il dialogo tra i partecipanti ha fatto sorgere alcune domande inerenti, in particolare, alla figura dei rappresentanti per le équipe rappresentative (“Chi sceglie e con quali modalità?” “Come verificare la diffusione delle informazioni e delle comunicazioni?”) e alcuni dubbi in merito alla titolarità di chi deve convocare le varie tipologie di équipe che sono state ipotizzate. Queste domande pongono interrogativi circa la necessaria *compresenza di dispositivi di governance verticali*, ossia istituzionali e rappresentativi con modalità decisionali top-down, e *dispositivi orizzontali* che implicano garantire la partecipazione dei componenti della CdC con modalità decisionali bottom-up.

#### *Abitare le organizzazioni*

In alcuni percorsi si è puntato sull'approfondimento delle dinamiche nelle organizzazioni, a partire dai faticosi equilibri fra *l'ambiente interno* (i membri, i colleghi) e *quello esterno* (sollecitazioni normative, turbolenze, imprevisti), il forte peso delle “tribù professionali”, specie in un ambiente come la sanità, il raccordo fra ruoli di confine (*relè*), a contatto col pubblico, e vertici organizzativi. Le équipe possono costituire dei *dispositivi organizzativi* in cui esercitare connessioni fra relè e leader, ricomporre i ruoli interni (superare le barriere fra le tribù), accogliere segnali (cioè allenare all'ascolto reciproco e dell'ambiente esterno). Possono essere, dunque, vere e proprie palestre, forme di allenamento a creare appartenenza, ridurre l'incertezza organizzativa, sostenendo gli sforzi dei singoli attori quando si muovono sulla scena dei rispettivi servizi.

Si è approfondita anche la ricorrente presenza di *patologie organizzative*, come la “cultura della colpa” (9), in cui gli insuccessi vengono addebitati ad alcuni componenti, o la creazione dell’“effetto silos”, ossia la tendenza a lavorare per settori a scapito della capacità e dei vantaggi del coordinamento. L'alternativa è quella di sviluppare organizzazioni capaci di apprendere (*learning organizations*) che evolvono anche grazie agli errori commessi e sono disponibili a riconsiderare le proprie strategie (10). A tal proposito, ci si è esercitati all'utilizzo del metodo SWOT per una analisi qualitativa di punti di forza e di debolezza interni alle diverse organizzazioni, oltre che ad opportunità e minacce esterne (11).

Questo lavoro di approfondimento è stato utile per capire meglio la gestione delle équipe multiprofessionali e la loro capacità di elaborare dei dispositivi organizzativi utili al miglioramento (12). In previsione di un incontro con i dirigenti di Distretto e di Ausl si è compiuto un lavoro preparatorio individuando alcuni temi rilevanti su cui confrontarsi.

### *Sviluppare progetti operativi*

Alcuni gruppi hanno già messo le basi per parlare di progetti operativi, ad es. relativi alla fragilità adolescenziale e giovanile, grazie anche alla presenza nei gruppi di associazioni che già si occupano di questi temi. Altri si sono invece proposti di farlo nei prossimi incontri avendo già focalizzato alcuni temi rilevanti della zona grazie all'attività di cartografia sociale.

## **5. Conoscere il contesto, ristrutturare le organizzazioni, ripensare i metodi di lavoro**

Come si è visto da questo sintetico resoconto delle principali linee di sviluppo e attività formativo/esperienziali avviate, i cinque percorsi hanno approfondito la loro conoscenza del contesto ambientale in cui operano non solo sul piano dei dati disponibili, ma soprattutto della percezione del clima sociale, della caratterizzazione di diverse microzone e delle loro componenti, dell'esistenza di risorse già presenti e operanti che possono diventare opportunità da valorizzare. La conoscenza non è avvenuta solo attraverso confronti interni, ma altresì attraverso incontri interpersonali, ascolto di responsabili associativi, dialoghi coi caregiver. Tutti i gruppi hanno preventivato di entrare direttamente in contatto con aspetti salienti del quartiere attraverso microteam misti.

La progettazione delle équipes è stata una forte preoccupazione e un impegno dei partecipanti a tutti i percorsi. Molti gli approfondimenti sviluppati per arrivare a creare ambienti di lavoro soddisfacenti, flessibili, migliorativi. Si tratta di un aspetto centrale del nuovo assetto che necessiterà ancora di molto esercizio per entrare nella quotidianità e nella cultura organizzativa condivisa.

Il ripensamento delle modalità di lavoro è anche stato un tema importante: la prospettiva transdisciplinare, gli sconfinamenti dagli abituali confini professionali, il definire le mappe dal punto di vista dell'utente, il far fronte alle imprevedibilità e complessità di specifici casi, sono tutti aspetti di un porsi in una prospettiva che supera le abituali casistiche e procedure a favore di un lavoro situato e personalizzato, sviluppando relazioni di cura interattive e cucite su misura delle esigenze dell'interlocutore.

La prospettiva della Casa della Comunità comincia a delinearsi attraverso un ripensamento processuale e collaborativo della salute attivata dalle reti che alla CdC fanno capo. I "Dialoghi nel Futuro", anticipatori dei progetti desiderabili, hanno iniziato a tracciare linee d'azione da praticare già ora; gli approfondimenti del lavoro d'équipe e delle diverse modalità di lavoro tarate sulle specificità personali e delle comunità di riferimento provano a delineare nuovi modi di porsi che vogliono essere non solo più capaci di ascolto e

adeguatezza ai problemi, ma migliorativi dell'ambiente di lavoro per gli stessi professionisti e volontari.

La ripresa autunnale dei lavori, oltre che ad approfondire questi temi fondamentali, avvierà la definizione di progetti operativi in diverse direzioni. Si evidenzia dunque che il lavoro esperienziale e formativo attuabile attraverso dei percorsi di accompagnamento è essenziale se si mira ad un reale cambiamento delle organizzazioni e dei metodi di lavoro a vantaggio della popolazione, degli stessi operatori, dei volontari e delle comunità di riferimento.

### **Bibliografia**

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. Ingrosso M, Garofano M, Moi G, et al. La transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel territorio parmense: primi passi di un percorso di accompagnamento. In Ingrosso M (a cura) Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni, Perugia: Cultura e Salute Editore, 2024.
3. Per una discussione sui percorsi di formazione-intervento negli ambienti sanitari si v. Belluto M, Ceccim BR, Martino A La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori, in *Tracce Urbane*, 8, Dic. 2020. [https://rosa.uniroma1.it/rosa03/tracce\\_urbane/article/download/17077/16506/34631](https://rosa.uniroma1.it/rosa03/tracce_urbane/article/download/17077/16506/34631).
4. Franco TB, Emerson EM Mappe analitiche: uno sguardo sull'organizzazione e i suoi processi di lavoro, in *Salud colectiva* v.5, n.2 Lanús mayo/ag. 2009.
5. Nicoli A et al. (a cura) Strumenti e pratiche dialogiche nelle organizzazioni sanitarie e sociali. Bologna: Agenzia Sanitaria e Sociale regionale della Regione Emilia-Romagna, 2020.
6. AA.VV. L'approccio dialogico in Emilia-Romagna. Strumenti per praticare l'integrazione nel sistema dei servizi, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare Regione Emilia Romagna, 2023, <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2023/l-approccio-dialogico-in-emilia-romagna>.
7. Su questo si v. Sarli L, Artioli G (a cura), *Lavorare insieme per la salute: dalla multiprofessionalità alla transdisciplinarietà*. Porto Alegre: Editora Redeunida, 2023.
8. Su questo si v. ad es. Macruz Feuererker LC Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'altro nel mondo del cuidado, in Marhy EE, Stefanini A, Martino A (a cura) *Problematizzando epistemologie in salute collettiva. Saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*. Porto Alegre: Editora Redeunida e CSI-Unibo, 2015.
9. Catino M Oltre l'errore umano. Per una teoria organizzativa degli incidenti nelle organizzazioni. In *Giornale It. di Nefrologia*, 26, 1, 2009: 110-117.
10. Argyris C, Schön D *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Addison-Wesley, Reading, (MA) 1978.
11. Su questo metodo si v. ad esempio: Hill T, Westbrook R *SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall*. In *Long Range Planning*, vol. 30, n. 1, 1997, pp. 46-52.
12. Ferrari M *No integration without interaction. Autoetnografia e consapevolezza organizzativa*. In Pellegrino V, Massari M (a cura) *Emancipatory Social Science*, Genova: Genova University Press-GUP 2021.

*Conflitti d'interesse dichiarati: nessuno*