

Editoriale

Esperienze preparatorie e percorsi di avvio delle Case della Comunità

Preparatory experiences and start-up routes for the Community Houses

Marco Ingrosso, Fulvio Lonati

La triplice ispirazione: cura collaborativa, lavoro di prossimità, rigenerazione di comunità

Il PNRR alla Missione 6C1.1 dichiarava: «L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio *sistema di welfare comunitario*» (1). Si indicava, inoltre, che si doveva creare un collegamento con una serie di investimenti della Missione 5 volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale, nonché a sviluppare Piani Urbani Integrati. Il DM 77 del 23 maggio 2022, nel suo Allegato 1, sviluppava ulteriormente questi indirizzi definendo un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Tale modello, condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, si basava su: a) le Case della Comunità (CdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), gli Ospedali di Comunità (OdC); b) le cure domiciliari; c) l'integrazione sanitaria e sociale; d) lo sviluppo di équipe multiprofessionali; e) la medicina d'iniziativa e la stratificazione della popolazione per intensità di bisogni; f) l'utilizzo di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio; g) la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti; h) la partecipazione di tutte le risorse della comunità (Comuni, Terzo Settore, pazienti, professionisti). Rispetto al dettato del PNRR, il Decreto 77 inseriva le voci e), g), h) che intendevano marcare una chiara opzione nella direzione di una medicina di popolazione integrata con una prospettiva sociale di contrasto delle disegualianze.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha avuto l'incarico dal Mi-

nistero della Salute di seguire l'attuazione degli interventi relativi alla M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Fra i vari documenti redatti da questa Agenzia, si segnala il *Documento di Indirizzo per il Metaprogetto della Casa della Comunità* – comparso nell'agosto 2022 - nel quale si dichiara: «L'intento del seguente documento è [...] quello di definire [...] un metaprogetto che possa supportare le direzioni strategiche, gli uffici tecnici e i progettisti nella programmazione e progettazione delle nuove Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali» (2). Il documento prevede gli spazi necessari per le varie figure professionali, per le Macroaree (Specialistica, Cure primarie, Assistenza di prossimità, Servizi generali e logistici) e, al loro interno, per le 13 Aree funzionali individuate distinguendo fra Case *hub* e Case *spoke*. Come abbiamo evidenziato in altra sede, «il Documento si pone come un Metaprogetto che raccorda la Missione 6 con altre a questa connesse, in particolare 1, 2 e 5. Esso adotta dunque una visione allargata rispetto all'ottica centrata quasi esclusivamente sulla Missione 6 adottata del DM 77. Esso inoltre include la considerazione di altri indirizzi internazionali rilevanti come quelli costituiti dagli Obiettivi dello Sviluppo Sostenibile e del Green Deal Europeo. Nonostante questa ampia visione, tuttavia, il documento, nella definizione degli ambienti, assume i requisiti funzionali e spaziali previsti dagli standard già definiti dal DM 77, prevedendo aree ridotte per l'integrazione coi servizi sociali (e dunque la presenza di assistenti sociali) e “per la comunità” (solo sala riunioni polivalente)» (3).

Alcuni documenti recenti della stessa Agenzia, tuttavia, sembrano accogliere l'esigenza di sviluppare adeguatamente la partecipazione dei cittadini e delle comunità. In particolare, il *Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità* (comparso nel dicembre 2023), basato su «esperienze di partecipazione e co-produzione già messe in atto in alcune realtà regionali e locali» (4, p. 3), evidenzia che, per promuovere questo punto previsto dal DM 77, è necessario *conoscere, riconoscere e valorizzare il capitale sociale* presente nelle comunità. Inoltre «si raccomandano iniziative di integrazione con le risorse del territorio [...] per sostenere azioni condivise per la salute intesa come bene comune» (4, p. 5).

Un altro documento recente della stessa Agenzia (che porta la data 5 aprile 2024) è dedicato alle *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub*. Il documento si incentra sulla stratificazione della popolazione per bisogno evidenziando le necessità di specifici setting assistenziali previsti dal DM 77. Al contempo, tuttavia, il documento non si limita ad una semplice corrispondenza fra bisogno e risposta, ma propone un modello organizzativo di *approccio integrato, multi-*

disciplinare, di prossimità e di proattività e una visuale di promozione comunitaria della salute: «La CdC *hub*, infatti, deve essere facilmente identificabile dai cittadini e diventa altresì luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri, creando così connessioni con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell'assistenza territoriale tra i quali: le CdC *spoke*, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli OdC, le COT, la Centrale Operativa 116117, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA), le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, scuole, palestre, circoli culturali e sportivi, parchi e spazi pubblici, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health"» (5, p. 7).

Questo insieme di funzioni deve avere un riscontro anche *a livello di governance* delle Case: «La centralità delle CdC *hub*, pertanto, è realizzata attraverso un sistema di relazione multiprofessionale che garantisce il governo della domanda, le funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro, di accesso e indirizzo dei pazienti; il coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance il coinvolgimento attivo della Comunità e dei pazienti» (5, p. 15). Per l'attuazione di tale modello organizzativo su tutto il territorio nazionale - che «comporta un processo di cambiamento profondo sia a livello culturale che manageriale di tutti i portatori di interessi coinvolti» (5, p. 18) - si prospetta un monitoraggio costante e momenti formativi locali e nazionali. Questi documenti vengono quindi a ribadire che le dimensioni sociali e comunitarie sono fondamentali e costitutive per il nuovo modello di assistenza e di cure primarie. Esse vengono ad integrarsi con quella sanitaria, che passa da una prospettiva monoprofessionale e prestazionista ad una di *cura multidimensionale e processuale*. Si tratta senz'altro di un cambiamento profondo sia culturale sia organizzativo che riteniamo abbia però bisogno di uno sforzo congiunto di istituzioni, ordini professionali, associazioni, società civile, da attuare sviluppando processi non solo top-down, ma circolari e intensivi, di coinvolgimento e protagonismo di tutti gli attori significativi.

Si deve tuttavia rilevare che solo pochissime Regioni e Aziende sanitarie hanno realizzato finora azioni significative di coinvolgimento e partecipazione dei professionisti, del terzo settore, degli Enti locali, focalizzate su territori specifici. Un esame da noi condotto su un campione di regioni evidenzia che molte non sono andate al di là degli adempimenti obbligatori sulla collocazione delle nuove strutture (peraltro in alcuni casi tale collocazione - spesso senza l'esplicitazione dei criteri - è stata messa in discussione da alcuni ordini

professionali o altri interlocutori). Non si è colta quindi finora l'esigenza di passare al più presto da approcci prettamente strutturalisti e formali (a cui si oppongono critiche dello stesso livello) alla sperimentazione sul campo della triplice ispirazione che sta alla base del nuovo assetto: cura collaborativa, lavoro di prossimità e di rete, sviluppo e rigenerazione di comunità.

Questo numero monografico si situa in questa prospettiva che intende favorire l'avvio di esperienze e sperimentazioni, contribuire alla conoscenza di esperienze pilota e processi di transizione che necessariamente devono svilupparsi in un'ottica sistemica, complessa e situata nei territori al fine di creare una innovazione che sia condivisa e concreta, e dunque capace di affermarsi ed essere recepita stabilmente.

La territorializzazione

L'identificazione di un proprio preciso *territorio di riferimento* rappresenta un elemento qualificante comune alle esperienze presentate nei primi cinque contributi raccolti in questo numero.

La prima esperienza mostra, in un contesto necessariamente definito dall'orografia - la Valle Seriana della bergamasca - come risorse spontanee siano riuscite ad innescare la connessione tra tanti e diversi attori per affrontare, insieme, il disagio adolescenziale e infantile. Individuati e riconosciuti i peculiari problemi di salute emergenti a livello locale, gli autori (M. Altobelli, MG. Gritti, M. Orlandi, A. Cremaschi) espongono in forma narrativa l'avvio di susseguenti progetti, pensati e "messi a terra" con passione, entusiasmo e fantasia: si attivano e si uniscono così, attorno al mondo della scuola, con comuni obiettivi di salute, le risorse istituzionali - sanitarie e sociali - accanto alle aggregazioni - religiose, sportive, ricreative - con il coinvolgimento dei genitori e, a cascata, della cittadinanza tutta.

Il secondo contributo, redatto da G. Chiaranda e G. Magistrali, si riferisce al Distretto di Ponente dell'AUSL di Piacenza, un territorio con caratteristiche per certi versi analoghe: dalle zone golenali del Po si estende verso la collina e poi alle alte valli d'Appennino. Anche in questa esperienza, come enuncia il titolo, è «la partecipazione che cura» attraverso il «coinvolgimento della cittadinanza attiva, degli operatori sociosanitari e dei giovani nel Distretto». Gli autori esordiscono affermando: «Le caratteristiche di potenziale marginalità di questo territorio hanno rappresentato una sfida per dimostrare che le periferie possono diventare centri di innovazione e di promozione della salute se sanno investire sulle risorse delle proprie comunità». E nel capitolo ricorrono le parole: giovani, cittadini, volontari, operatori; e ancora: partecipazione, animazione di comunità, coinvolgimento,

cittadinanza attiva, terzo settore, co-progettazione; e naturalmente: promozione della salute e Casa della Comunità.

Le esperienze presentate nei successivi tre interventi si riferiscono a contesti geografici diversi, pianura, collina, grande città: oltre al senso di appartenenza al proprio specifico territorio che viene esplorato e studiato, esse hanno in comune l'orientamento ad *aprire i silos organizzativi* mediante un approccio multiprofessionale e multisettoriale: ciò risulta possibile proprio perché è nel contesto locale che è più agevole conoscersi, incontrarsi, fidarsi, progettare e realizzare insieme, lì dove si vive, si studia, si lavora.

In un'area di pianura vasta e marginale, fuori dalle grandi vie di comunicazione, incuneata tra le provincie di Padova e Rovigo, scarsamente abitata anche a causa della progressiva erosione demografica e del calo dei giovani, un gruppo di quindici Medici di Medicina Generale, come narrato da O. Mancin e T. Mattiazzi nel terzo contributo, iniziano nel 2012 ad incontrarsi per cercare una via di uscita al crescente senso di isolamento lavorativo e territoriale: scrivono al direttore del distretto socio-sanitario e iniziano a lavorare insieme nella sede dell'ex-ospedale ormai dismesso, mantenendo tuttavia anche gli ambulatori periferici per non penalizzare le realtà più isolate. Si sviluppa così un percorso a tappe successive: stipula del contratto con l'Azienda Sanitaria, attivazione della segreteria clinica e delle attività infermieristiche, passaggio sfidante attraverso il Covid, organizzazione dell'attività vaccinale e del supporto agli screening, collaborazione con gli specialisti, a cui seguono formazione e lavoro d'équipe multiprofessionale, medicina d'iniziativa, collegamento con i servizi sociali, iniziative di educazione alla salute e di partecipazione comunitaria, collaborazione con il terzo settore. In questo quadro fervido di attività e iniziative il PNRR apre alla transizione verso la Casa della Comunità.

Il quarto contributo, presentato da S. Moscardini, P. Salvadori e M. Giraldi, è dedicato alla Casa della Salute "La Rosa di Terricciola", sviluppatasi lungo una storia di 18 anni in un territorio pisano collinare a vocazione agricola, ma anche sede di un'importante industria. Si tratta di una sede polifunzionale consolidata, che da anni offre alla cittadinanza tutti i servizi territoriali per la salute: vi si persegue la prevenzione e la promozione della salute, si attua la sanità d'iniziativa, si garantisce la continuità dei percorsi assistenziali e di cura, integrati tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale. Attraverso la prova del Covid, si è poi sviluppato e via via consolidato il coinvolgimento del volontariato, divenuto ora essenziale: dall'accompagnamento dei malati con difficoltà motorie alla sorveglianza e al sostegno di prossimità in collaborazione con i servizi domiciliari, dall'organizzazione della "Giornata senza tabacco" al coinvolgimento nelle attività motorie collettive, dal supporto nelle attività di emergenza territoriale alla partecipazione attiva nei tavoli di

programmazione e verifica dei servizi del territorio.

Anche l'esperienza in contesto urbano, presentata da G. Maciocco nel quinto contributo, si riferisce ad una Casa della Salute strutturata, articolata e consolidata da tempo. In questa realtà, nel Comune di Firenze, il percorso di transizione verso la CdC si è avviato anticipatamente, anche grazie alla formazione e alla ricerca. La realizzazione al suo interno di tesi universitarie e la presenza di tirocinanti, grazie ad accordi fra l'azienda sanitaria e l'ateneo fiorentino, ha infatti stimolato il raggiungimento di importanti tappe nel percorso di transizione. Innanzitutto sono stati analizzati i bisogni di salute della comunità attraverso uno studio epidemiologico mirato e sono state mappate le risorse comunitarie con particolare attenzione agli attori che operano nei confronti della marginalità. Successivamente è stato oggetto di studio il lavoro d'équipe interdisciplinare e intersettoriale; ciò ha orientato azioni di miglioramento mirate. L'analisi dei flussi di accesso alla Casa e dei modelli di accoglienza ha guidato la riorganizzazione di tali attività, rendendole più funzionali sia per le persone che per gli operatori. Anche l'ottimizzazione degli ambienti fisici della CdC è stata oggetto di studio, ricerca e innovazione. Esperienze che mostrano come la CdC possa divenire il cardine di attività di sperimentazione, formazione, ricerca attraverso un percorso continuo di analisi, implementazione, valutazione, monitoraggio che coinvolge operatori sanitari e sociali, risorse della comunità, studenti e ricercatori.

Per quanto la numerosità dei contributi qui presentati sia necessariamente contenuta, emerge una significativa diversità di contesti, ambienti e situazioni di partenza che vanno da aree marginali a quartieri di grandi città, da CdS rodiate a medicine di gruppo e reti di operatori capaci di aggregare secondo un'efficace e motivante modalità di lavoro di tipo collaborativo e progettuale. Si deve altresì notare che in molte situazioni il periodo del Covid è stato difficile e sfidante, ma ha messo in moto risorse umane e istituzionali rilevanti permettendo di superare barriere fra professioni e servizi fino allora presenti e aprendo a nuove prospettive. Fra queste quella del coinvolgimento della comunità in tutte le sue forme espressive e risorse co-progettuali: istituzioni, associazioni, giovani e cittadini. Si nota altresì una significativa ricerca di innovazione metodologica del lavoro professionale e di nuova motivazione condivisa alla cura e custodia del proprio territorio e comunità di riferimento.

L'interprofessionalità

In tutte le precedenti esperienze, il lavoro in équipe multiprofessionali (infermieri, medici, assistenti sociali, fisioterapisti, ...), multidisciplinari (di differente specializzazione) e multisettoriali (dell'azienda sanitaria, del comune, del terzo settore, del volontariato) è

risultato essere un elemento qualificante, fortemente perseguito e attuato. Nelle esperienze dei tre successivi interventi ospitati in questo numero monografico, è presente la stessa propensione al lavoro di squadra, ma essa viene letta da specifiche angolature - epidemiologica, infermieristica, psicologica - e partendo da peculiari punti di vista professionali. L'attenzione ad ascoltare, a comunicare, a connettersi, a collaborare, a co-programmare diventa però, per tutti, fattore di reciproca conoscenza e di amplificazione delle potenzialità di ciascuno.

Nel sesto contributo, dedicato ad una serie di esperienze condotte a Torino, la collaborazione con l'osservatorio epidemiologico diretto da G. Costa ha permesso di tracciare un profilo geografico e sociale dei bisogni di salute, dei rischi, dell'attuazione dei servizi e dei loro esiti. I dati distrettuali della metrica della salute, specialmente l'evidenza delle disuguaglianze, sono stati condivisi in tavoli di lavoro, promossi dalle CdC, con la medicina generale, con il dipartimento di prevenzione, con il consorzio socioassistenziale, con i rappresentanti di comuni, sindacati e terzo settore. Innanzitutto si è chiesto loro «perché ci sono queste differenze, se sia colpa della sanità o di altre politiche e condizioni, e se loro possono farci qualcosa, o direttamente, nell'ambito delle innovazioni territoriali del PNRR, o indirettamente, come patrocinatori presso i decisori in altri settori delle politiche». Ciò ha suscitato l'attenzione dei vari attori, rendendoli consapevoli che una comune strategia di lettura dei bisogni è possibile; sono stati quindi ingaggiati per individuare le fonti di disuguaglianza, per cercarne spiegazioni, per attivare cicli di audit per la loro correzione utilizzando conoscenze, competenze e responsabilità di ciascuno. È così che alcuni progetti delle CdC torinesi «si stanno costruendo intorno al filo rosso della metrica di salute ed equità», focalizzati quindi verso «una salute più equamente distribuita».

L'Infermieristica di Famiglia e Comunità è l'angolatura dalla quale si rappresentano, nel settimo intervento redatto da C. Rusgnach, P. Comuzzi, C. Trotto, E. Natale, G. Panichi, le buone pratiche che si sono consolidate a Trieste negli ultimi anni *dentro i territori fragili*. Vengono illustrati i diversi progetti di cura e assistenza messi in atto, sottolineando in particolare il contributo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) quale agente di connessione tra servizi, settori e professioni, in funzione di porre al centro la persona. Nel saggio si mostra, a sostegno della domiciliarità, l'originalissimo lavoro compiuto nelle Microaree dal servizio infermieristico domiciliare; per garantire una presa in cura continuativa di anziani e disabili; inoltre, per sostenere la continuità di cura tra domicilio e gli altri luoghi di cura, si mostra la peculiare modalità di lavoro che prevede la presenza dell'IFeC, operatore chiaramente territoriale, presso il pronto soccorso e l'ospedale.

«Dall'interprofessionalità ambulatoriale MMG-psicologo al futuro multiprofessionale

nella Casa della Comunità» è il titolo dell'ottavo intervento, redatto da C. Zamin, dedicato ad un'esperienza che nasce nell'area metropolitana milanese prima del Covid, poi lentamente diffusa in altre province lombarde. Mostra la creazione di un nuovo setting in cui MMG e psicologo, insieme, collaborano all'interno dell'ambulatorio superando la modalità convenzionale dell'invio dei pazienti. Attraverso un inquadramento teorico fondato sul concetto di *territorializzazione*, si illustra il progetto dalla sua nascita sino al momento attuale, soffermandosi particolarmente sulla copresenza attraverso una breve esemplificazione clinica. Il risultato è che «quando professionisti differenti lavorano insieme - e riflettono sulle pratiche - emergono *métacompetenze* che sono di tutti ma di nessuno in particolare».

Nel complesso i tre contributi di questa parte evidenziano che la prospettiva dell'interprofessionalità nasce da progettualità comuni motivanti, ma anche dalla reciproca conoscenza delle rispettive differenze, caratteristiche e competenze. Essa apre alla possibilità di percorrere nuovi territori, sviluppare *métacompetenze* e favorire progetti che ogni singolo operatore o professione non sarebbe in grado di realizzare. Rilevanti sono poi le figure di interconnessione, come quella dell'IFeC, che possono mantenere attivo il motore della collaborazione e della continua evoluzione progettuale. Si tratta quindi di un terreno sempre più urgente da esplorare, ricco di forti potenzialità, che presenta ostacoli e difficoltà iniziali, ma che è possibile percorrere con un'adeguata attrezzatura motivazionale e metodologica.

Laboratorio welfare: il caso Parma

Gli ultimi quattro contributi ospitati in questo numero presentano una serie di iniziative fra loro intrecciate che si stanno svolgendo nel territorio parmense. Nel complesso tali linee d'azione configurano un ampio intervento volto a riorientare il sistema di welfare e le sue pratiche a partire da diversi luoghi di sperimentazione e innovazione. Tutte le principali istituzioni locali (Comune, Agenzie sanitarie, Università) e attori sociali di welfare del territorio (Terzo settore, sindacati, cooperative, fondazioni, ecc.) hanno sottoscritto accordi di collaborazione volti ad aprire tavoli di confronto e gruppi di progetto coinvolgendo i responsabili dei servizi, nonché molti professionisti, operatori, volontari e altre realtà territoriali.

Il maggiore esempio di questo accordo programmatico è rappresentato dal "Patto Sociale per Parma" - in questa sede presentato dai protagonisti e responsabili dell'Assessorato alle Politiche sociali del Comune di Parma e del Dipartimento di Cure Primarie dell'Ausl di Parma (A. Nouvenne, F. Necchi, A. Zurlini, E. Brianti) - da cui emerge il nuovo e forte

interesse dell'Ente locale per l'assistenza sanitaria territoriale e per la sua integrazione coi servizi sociali. Il Patto però coinvolge strettamente anche il volontariato e associazionismo, molto attivi in città e in tutto il territorio provinciale, e i principali attori economici, sociali e educativi. Il Patto prevede un metodo di lavoro (programmazione partecipata), una Cabina di Regia, la realizzazione di un Osservatorio per il Welfare e la costituzione di sette Tavoli integrati di lavoro. Uno di questi è dedicato alle Case della Comunità, a sua volta articolato in diversi progetti operativi. Altri Tavoli intersettoriali riguardano le Dimissioni protette, la Salute mentale, le disabilità, i disturbi dell'alimentazione. Come affermano gli autori: «È altresì importante sottolineare che Patto Sociale per Parma non si basa semplicemente su una mera sommatoria di risorse date dai vari interlocutori, di cui promuovere il migliore utilizzo in termini di efficienza, ma mira a creare un "ecosistema" in cui possono generare valore sia i portatori di interesse sia i portatori di risorse sia i destinatari diretti.»

Un secondo interessante contributo riguarda le iniziative portate avanti negli ultimi anni dal Servizio Sociale del Comune di Parma e dagli Enti del Terzo Settore coordinati dal Centro Servizi per il Volontariato aventi come focus la prossimità e lo sviluppo di comunità. Anche in questo caso i redattori sono i principali responsabili di queste iniziative ed enti promotori (F. Bigliardi, F. Necchi, S. Tedeschi, P. Vaccari). Di particolare interesse sono le azioni di nuovo tipo sviluppate nel tempo da parte di alcune aree del volontariato nell'ambito del progetto *Parma WelFARE*, fra cui i *Punti di Comunità*, applicando una prospettiva orientata ad un'ottica di territorio che subito è entrata in risonanza con le costituenti CdC. Da qui sono partite altre iniziative di sviluppo di comunità, come gli inviti alla partecipazione dell'associazionismo a *Tavoli di Quartiere* e il varo della figura del *facilitatore/facilitatrice territoriale* capace di fare da snodo fra operatori, volontari e cittadini indirizzando gli interventi verso la prospettiva del benessere comunitario e della ricostruzione delle reti sociali. Tali iniziative sono già state inserite nella prima CdC aperta a Parma, contando su un forte raccordo stabilito da tempo fra Servizio Sociale e Punti di Comunità, e sono già attive anche in altre CdS della provincia in procinto di trasformarsi in CdC. Significativo pare inoltre il coinvolgimento degli Istituti scolastici e di altre realtà presenti nei quartieri cittadini disponibili a contribuire a progetti di promozione della salute e vivibilità ambientale.

Il successivo contributo è stato redatto da responsabili del Dipartimento di Salute Mentale, Dirigenti di Distretto e operatori dell'Ausl di Parma (P. Pellegrini, A. Balestrino, G. Breviario, P.A. Ceroni, S. Adorni, C. Pellegrini, D. Gibertini, S. Dellapina). Esso evidenzia le innovazioni introdotte e messe a punto nel campo delle Salute mentale negli ultimi

anni e la collaborazione da tempo avviata con il Dipartimento di Cure Primarie. La prospettiva di transizione alle CdC ha permesso di dare ulteriori sviluppi alla “connettanza” fra servizi e case delle persone assistite, sviluppando ulteriormente strumenti innovativi come il *Budget di Salute*; inoltre sono state attivate più fitte collaborazioni fra MMG e Psichiatri e ripensati dei *Servizi di Comunità* e Prossimità gestiti con la collaborazione dei servizi sociali, del volontariato e degli stessi utenti. La rete intersettoriale e collaborativa già operante nelle CdC esistenti fra Cure primarie, Servizio sociale e Punti di Comunità ha quindi permesso di introdurre innovazioni già operative anche nel campo della salute mentale grazie alle sinergie attivate da e con il Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche dell’Ausl.

L’ultimo contributo riguarda il percorso di transizione dalle Case della Salute alle Case della Comunità nel parmense; esso è stato composto grazie ai diversi contributi di un ampio numero di ricercatori e formatori che stanno realizzando le varie fasi del progetto (M. Ingrosso, M. Garofano, F. Bigliardi, M.L. Caroselli, L. Dodi, M. Ferrari, L. Franzoni, F. Lonati, G. Moi, F. Prandi, C. Ruozi, A. Testi, B. Todaro). Il territorio parmense possiede un alto numero di CdS (26+2 poli sanitari) aperte progressivamente a partire dal 2010. Ampio è quindi il numero degli operatori interessati e rilevante è l’insieme delle esperienze accumulate in oltre un decennio. La nuova partenza, tuttavia, coinvolge anche il servizio sociale, il terzo settore e vari referenti delle quattro aree. Di qui la necessità di un ripensamento generale della cultura e dell’operatività delle CdS.

Anche in questo caso vi è stato un accordo interistituzionale che ha dato vita ad un Gruppo di Progetto che ha definito un percorso di accompagnamento. Il primo passo di tale percorso è stato quello di attivare un’indagine sugli attori significativi presenti nei quattro Distretti parmensi per meglio conoscerne gli orientamenti e le attese. Su questa base è stato stilato un programma formativo e di accompagnamento alla transizione basato sul protagonismo dei partecipanti e finalizzato alla collaborazione reciproca, alla conoscenza dei territori, alla definizione e messa in opera di progettualità e innovazioni metodologiche da rendere permanenti nell’operatività quotidiana. Il saggio dà un ampio resoconto dei percorsi sviluppati nei vari gruppi di lavoro territoriali, in particolare, scrivono gli estensori: «Il ripensamento delle modalità di lavoro è 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.»

Tirando qualche indicazione da questa rassegna, si può affermare che il “Caso Parma” si basa sul prevalere di una cultura della collaborazione interistituzionale e della co-progettazione interservizi rispetto a quella da tempo prevalente della divisione del lavoro settoriale e specialistica. Non che manchino le difficoltà e le resistenze annidate all’interno delle varie agenzie e gruppi professionali (si v. a tal proposito l’indagine sugli attori riportata nel quarto contributo), ma esse sono state affrontate in modo costruttivo nei tavoli e nel percorso di accompagnamento riattivando le motivazioni personali e di gruppo nella direzione di un ripensamento profondo delle culture operative e delle pratiche. Ovviamente questa scommessa è ancora aperta: non è facile, infatti, introdurre cambiamenti e apprendimenti di livello paradigmatico che si mantengano nel tempo, specie se vi è un contesto generale che non favorisce le “buone pratiche”, ma piuttosto sembra boicottarle e disconoscerle.

La prevalenza di questo nuovo orientamento sembra figlia del periodo Covid che ha evidenziato la necessità di uscire dai comparti separati per attuare strategie collaborative condivise, ma essa risente anche di una capacità innovativa dei vari servizi e attori di welfare (cure primarie, servizio sociale, salute mentale, CSV, ecc.) che da tempo stavano provando ad introdurre innovazioni metodologiche nelle pratiche professionali e del terzo settore. Il nuovo assetto prospettato dal DM 77, e in particolare il nuovo corso delle CdC, sembra dare adeguati sbocchi e gambe a questo bisogno di nuovo pensiero e nuova operatività che si avvertiva da qualche tempo in vari comparti del sistema di welfare.

Sintomatica di questa esigenza è altresì la riscoperta del significato “di comunità” e “prossimità” del lavoro di cura (sanitario, sociale, di territorio, ambientale). Da qui emerge un nuovo orizzonte di attesa efficacia operativa basato sull’interprofessionalità, la multidimensionalità e processualità degli interventi, la riattivazione delle reti sociali, la medicina d’iniziativa, lo sviluppo di comunità, la ricerca applicata e la conoscenza delle specificità territoriali.

L’esperimento parmense indica altresì che l’introduzione di un nuovo assetto richiede un ampio concorso di forze e il coinvolgimento collaborativo e di lungo periodo di tutti gli attori significativi. Esso necessita quindi di sperimentazioni condotte in diverse aree d’intervento, attentamente preparate, e non di semplici applicazioni formali di criteri predefiniti. In ogni caso, il “caso Parma” testimonia che molto si può fare a partire dalle risorse umane esistenti e neoassunte e dalle esperienze pregresse migliori presenti nei diversi territori.

È sperabile che al più presto nasca una rete di promotori di “buone pratiche” attivi in vari territori nazionali al fine di dare gambe innovative e concrete ai percorsi di transizione

verso un nuovo assetto dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale. Infatti, anche la dimensione distrettuale sembra uscire rinforzata dall'esperienza in corso nel parmense, ma anche da vari altri casi qui presentati. È tuttavia necessario che essa viri verso un assetto di governance coerente con quello che si sta prefigurando nelle sperimentazioni in corso, ossia basato sulla collaborazione interistituzionale e la co-progettualità.

In conclusione di questa presentazione, ci pare di poter affermare che la ridefinizione delle cure primarie nel nostro paese si deve poter sviluppare insieme ad un più ampio ripensamento dell'intero welfare in direzione comunitaria e di prossimità. Esso deve fare perno su un nuovo riconoscimento sociale del lavoro di cura di tipo multidimensionale e interprofessionale, avviando delle sperimentazioni diffuse che valorizzino le buone pratiche esistenti e ne sviluppino delle nuove coinvolgendo i professionisti e tutte le risorse locali disponibili. È necessario uscire sia dallo scetticismo di chi ritiene impossibile o deleteria la strada del nuovo assetto delle cure primarie disegnata dal DM 77 sia dal formalismo di coloro che si limitano ad una applicazione puramente strutturale dei nuovi organismi territoriali, per imboccare una strada sperimentale e operativa capace di mettere in sinergia indirizzi generali validi per tutti i territori con un flessibile adattamento alle specificità territoriali e contestuali locali valorizzandone le risorse disponibili. Le esperienze qui presentate ci paiono testimoniare che questa terza strada è praticabile e fruttuosa!

Bibliografia

1. Governo Italiano Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Next Generation Italia. Italia domani 2021, https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf.
2. Agenas e Politecnico di Milano Documento di Indirizzo per il Metaprogetto della Casa della Comunità. Quaderno di Monitor 2022, agosto.
3. Ingrosso M Disegno e linee portanti delle Case della Comunità: valutazioni e prospettive. In M. Ingrosso (a cura) Verso le Case della Comunità: discontinuità, prossimità e rigenerazione, Sistema Salute, monografia, vol. 67, 1, genn.-mar. 2023.
4. Agenas Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità. https://data.agenas.it/web/documenti/01_Documento_di_Indirizzo_partecipazione_co-produzione_CdC_Dic.2023.pdf.
5. Agenas Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub. <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2459-linee-di-indirizzo-per-l%E2%80%99attuazione-del-modello-organizzativo-case-della-comunit%C3%A0-hub>.