

Editoriale

“Normalizzazione” o riorientamento del SSN? Le Case della Comunità al bivio

"Normalization" or reorientation of the Italian NHS? Community Houses at the crossroads

Marco Ingrosso

Secondo il CREA: «Il 2022 si propone per essere il primo anno “post-pandemico”, malgrado la pandemia sembri tutt’altro che finita, almeno dal punto di vista epidemiologico» (1, p. 19). Prevale la voglia di normalità fra la gente, ma soprattutto si diffonde un clima di “normalizzazione” che investe il SSN, che tuttavia fatica a ritornare ai livelli di prestazioni precedenti e a recuperare le cure non fornite. La “normalizzazione” sembra però «portare con sé anche alla rimozione di molte tematiche che, durante la pandemia, avevano scalato la piramide delle priorità nell’agenda politica», comprese la considerazione del ruolo avuto dai professionisti sanitari, il recupero non solo delle prestazioni “saltate”, ma anche della prevenzione “rimasta al palo” e soprattutto dell’importanza sociale ed economica della salute e di un’urgente riforma dell’assistenza territoriale «su cui sembrava essersi formata un’ampia consapevolezza nella popolazione e nella politica».

Il cambio di guida politica registratosi dopo le elezioni tenute nel settembre 2022 sembra aver ulteriormente accentuato questo trend, limitando il finanziamento complessivo del SSN per il 2023 ad un incremento di 2 mld, al di sotto del tasso di inflazione e senza il recupero delle spese sostenute dalle Regioni durante la pandemia; inoltre dichiarando la non necessità di adeguamento degli organici sanitari e sferrando un corposo attacco alla prevista riforma dell’assistenza territoriale, e in particolare alle costituenti Case della Comunità. Come conferma lo studio del CREA: «Le previsioni di finanziamento recentemente pubblicate [NADEF 2022] non lasciano adito a dubbi sul fatto che quello della necessità di rifinanziamento del SSN sia un lascito pandemico in larga parte già rimesso in discussione.» (1, p. 24). Da parte sua il neosottosegretario

Gemmato - che parlava al Congresso della SIMG tenuto a fine novembre -, dichiarava: «Le Case di Comunità così come sono state immaginate, secondo me e secondo il Ministro, non vanno a soddisfare l'esigenza di sanità territoriale di cui noi abbiamo bisogno» (2). Infatti esse risulterebbero troppo poche e lontane dai cittadini, specie in montagna e nei territori disagiati. Inoltre mancherebbe il personale e i fondi per farle funzionare. La soluzione sarebbe quella di puntare sulla rete dei medici di famiglia e delle farmacie «che sono già presenti sul territorio e sono strutturati e sono già nella disponibilità del Ssn e per questo non si capisce perché bisogna creare dei duplicati come le Case della Comunità con tutte le criticità che hanno». Seguivano a distanza di pochi giorni le dichiarazioni del Ministro Schillaci, che affermava, relativamente alle CdC: «Il problema vero è l'integrazione con medici di famiglia e farmacie e la dotazione di personale. Noi vorremmo farne dei centri di riferimento per quei pazienti cronici che non dovrebbero finire in ospedale, come succede ora». Inoltre, sulla questione delle liste d'attesa, il Ministro affermava che il problema è «più che altro organizzativo, nel senso che comunque gli organici dei medici, al di là di alcune discipline che sono in difficoltà, non sono inferiori a quelli di altri Paesi. Comunque, non è che da un giorno all'altro possiamo trovare più dottori, visto che come tutti sanno ci vuole tempo per formarli. Bisogna così incentivare, economicamente, la presenza in ospedale dei professionisti per più ore» (3).

Per quanto riguarda le CdC, diversi rilevanti sindacati e federazioni di medici di base hanno accolto con favore tali affermazioni, riservandosi invece di discutere assunzioni e retribuzioni, mentre altri commentatori si sono detti contrari o hanno sottolineato che “La nave del SSN è senza rotta e timoniere” (4).

Dunque, nel breve lasso di tempo di pochi mesi (settembre 2022-gennaio 2023) ci si è ritrovati con gli stessi nodi della situazione pre-pandemia, notevolmente aggravati in termini di: a) richieste di aiuto inevase (ad es. per la salute mentale, per la perdita di autosufficienza di molti anziani, per le lunghe liste d'attesa delle prestazioni sanitarie, ecc.); b) mancato ricambio e ripensamento formativo del personale (in particolare MMG, infermieri e OSS, ma anche specialisti); c) mancato adeguamento retributivo (che sta portando a disaffezione e abbandoni, ma anche alla scarsa attrattiva per l'eventuale personale proveniente dall'estero); d) forte sottovalutazione di qualunque prospettiva preventiva e promozionale della salute, ma soprattutto: e) mancata riduzione delle disuguaglianze e sperequazioni (come ampiamente documenta il citato Rapporto CREA) e f) messa in discussione della più rilevante riforma del SSN dopo la sua istituzione rappresentata dal DM 77 del 23 maggio 2022. Un decreto che cerca di dare una forma organizzativa ai 22,22 mld investiti nella Missione 6 del PNRR e ad interfacciarsi con altre rilevanti Missioni, fra cui la 5 (il cui finanziamento ammonta a 29,62 mld), la 1 e la 2. In altri termini, la linea attuale del Governo e di alcune parti sociali comporta una

rotta di collisione evidente con un investimento strutturale in corso dell'ordine di diverse decine di mld e la perdita di qualunque prospettiva di apprendimento-cambiamento dopo il trauma pandemico e, quindi, al necessario e urgente riordino del SSN e di tutto il sistema di welfare.

Siamo dunque di fronte ad una tendenza di appiattimento e "normalizzazione" che comporta un forte arretramento rispetto alla situazione pre-pandemia sotto tutti gli aspetti sopra ricordati, a cui si aggiunge la mancata preparazione a non improbabili nuovi eventi critici ad alto rischio e impatto. Le premesse per trovarci a breve in una situazione "fuori controllo" (5) ci sono tutte, per cui sembrano giustificati gli allarmi per un possibile collasso del SSN (6) o per concludere, come fa il Rapporto CREA citato, che «Il SSN appare arrivato ad un punto di non ritorno: o cambiano le condizioni al contorno o sarebbe colpevolmente ingenuo pensare di poter mantenere il servizio così com'è; una progressiva e non governata riduzione dei livelli di tutela genererebbe, infatti, un *opting out* dei più abbienti, sancendo la fine del sistema universalistico.» (1, p. 38)

Se il quadro macroeconomico e gli orientamenti politici sembrano annunciare l'arrivo di fosche nubi e tempeste imminenti, aggravate da una serie di ulteriori eventi catastrofici che si vanno accumulando (dalla guerra al mai sopito terrorismo, dagli eventi climatici ai rifornimenti energetici, per ricordare quelli di maggior impatto globale), sul piano della vita quotidiana e delle esigenze avvertite da ampie maggioranze di popolazione il quadro muta notevolmente: basti pensare alla numerosità della popolazione che ha affrontato il percorso delle vaccinazioni anti-Covid, all'incidenza della popolazione anziana e disabile che necessita di trattamenti ampi, graduati e intensivi, alle percentuali di povertà assoluta e relativa del paese, all'altissima numerosità di richieste rivolte alle strutture sanitarie di base, specialistiche e ospedaliere, ma anche all'insieme dei servizi di welfare. In altre parole, la vita della maggior parte della popolazione italiana è strettamente connessa agli interventi complessivi del SSN e dei servizi sociali nel loro insieme. Se riflettiamo sul fatto che il sovraccarico del sistema socio-sanitario nel corso del biennio pandemico si è immediatamente tradotto in una contrazione della durata media di vita, dopo decenni in cui essa continuava a migliorare, e che gli esperti stimano degli effetti a media e lunga durata in ragione della mancata prevenzione e cura in quei due anni (in buona parte non recuperata e non recuperabile), abbiamo un'idea dell'impatto che avrebbe sulla vita collettiva il collasso del sistema e il suo funzionamento irregolare e caotico.

Per contro la pandemia ha messo in rilievo ciò che da tempo veniva sottolineato dalla ricerca organizzativa sui sistemi sanitari, ossia che sia necessario contare su una strutturazione territoriale delle cure realmente articolata e funzionante, centrata sulle cure primarie e sulla figura del medico generalista, ma aperta ad una visione sempre più integrata e multidimensionale della condizione delle persone necessitanti di aiuti e cure, che dovrebbero essere integrate da robuste iniezioni sia di prevenzione sia di promozione

della salute. Com'è noto, si tratta di un filone di indirizzi ed esperienze che vanno dal celebre documento di Alma Ata sulla cure primarie, stilato nel 1978 (7), fino al più recente Documento di Astana del 2018 (8), ma che vedono anche studi ed esperienze stimulate da noti modelli operativi come il *Chronic Care Model* (9) e il *Kaiser Permanente* (10) che hanno sperimentato l'utilità del lavoro di équipe multiprofessionale nelle cure primarie, la possibilità di una forte integrazione sanitaria fra medici di base, specialisti e ospedalieri coadiuvati da assistenti e infermieri, i benefici di una significativa azione socio-sanitaria “di iniziativa”, nonché la rilevanza della *self-care*, delle reti sociali, del volontariato e delle pratiche di comunità per il funzionamento di tutto il sistema territoriale delle cure. Questa è dunque una delle ragioni per cui si è cominciato anche in Italia, seppur faticosamente, ad optare per un modello più complesso di cure comunitarie, le cui prime esperienze sono state tracciate, com'è noto, dalle Case della Salute avviate, a partire dal 2007, dal Ministro Turco (11). Tali esperienze hanno incontrato dei limiti, ma più per il loro mancato sviluppo nei termini che i modelli suggerivano piuttosto che per ragioni di un eccesso di accentramento, come sostenuto da alcune sigle mediche. In altri termini, esse sono rimaste su una dimensione poliambulatoriale senza spiccare il salto (tranne poche e lodevoli eccezioni) verso un ridisegno più ampio e complesso di “cura ricostruita”, di medicina d'iniziativa e promozione della salute, di attivazione e coordinamento con tutte le reti sociali e risorse di comunità (12).

Il DM 77 viene a rilanciare questo percorso, reso ormai evidente e urgente dall'evento pandemico, ma esso pare ancora incerto fra una strada prettamente sanitaria, aggiornata tecnologicamente, e una più ampia prospettiva socio-comunitaria con possibili agganci anche alla dimensione eco-ambientale. Di qui la forte discussione che si è sviluppata nel paese su quale disegno e quale modello di Casa della Comunità e istituti collegati optare.

Questo numero della rivista si inserisce in questa discussione in atto (ampiamente documentata da *Sistema Salute*) con alcune specificità, rappresentate dalle parole chiave scelte per orientare questo dibattito che si è svolto primariamente nel corso del Convegno omonimo tenutosi a Parma il 15 settembre 2022 su iniziativa della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell' AIS (Associazione Italiana di Sociologia) e del CIRS (Centro Interdipartimentale di Ricerca Sociale) dell'Università di Parma (13). Le parole sono state “Discontinuità”, “Prossimità” e “Rigenerazione”.

Discontinuità indica l'esigenza di leggere l'evento pandemico/sindemico (e più in generale la fase storica contemporanea) in termini discontinui, come un'ampia trasformazione sociale in atto, che richiede significativi apprendimenti e cambiamenti. *Discontinuità* indica, al contempo, l'esigenza di un ripensamento di fondo degli orientamenti, valori e paradigmi che hanno guidato lo sviluppo del sistema sanitario e di welfare italiano negli ultimi decenni, contrassegnati dalla prospettiva neo-liberista. Particolarmente ri-

levante è il passaggio da una concezione prestazionista e para-mercantile dell'intervento socio-sanitario (domanda → risposta) ad una logica della cura "ricostruita", in cui i bisogni dei soggetti vengono analizzati e affrontati in una prospettiva multidimensionale e co-produttiva.

Prossimità segnala l'esigenza di recuperare una vicinanza che si è perduta o è mancata fra i servizi di welfare e la popolazione, fra i professionisti e i cittadini: vi è la necessità di andare alla ricerca di chi è lontano e non ha potuto usufruire delle cure di cui aveva bisogno e di cui aveva diritto. Il termine indica però anche un diverso modo di pensare al lavoro sociale e sanitario non limitato all'attesa o all'attività di sportello, ma piuttosto basato su un metodo di iniziativa e una prospettiva di comunità.

Rigenerazione indica la necessità di ritessere le reti sociali, di riattivare i legami fiduciarî e comunitari, di operare in termini di coinvolgimento e sviluppo di comunità, di promozione del benessere collettivo e della salutogenesi, di rigenerazione dell'ambiente prossimale dei quartieri e delle città in direzione di un «abitare la prossimità». La rigenerazione degli ambienti di vita, delle reti comunitarie e della partecipazione è una strada complementare per promuovere la salute che si aggiunge a quella ex-post della cura (14).

Si tratta quindi di tre linee di lavoro intrecciate e complementari, da perseguire congiuntamente al fine di ottenere un'assistenza territoriale capace di mettere a valore tutte le risorse disponibili. Non si tratta di applicare un modello uniforme e preformato alle diverse situazioni locali, ma, sulla base di linee paradigmatiche comuni, sviluppare dei cantieri territoriali che tengano conto delle specificità e delle risorse presenti o attivabili nelle varie aree interessate.

I contributi qui presentati si connotano per l'adesione a questi orientamenti di fondo, anche se possono divergere su alcune indicazioni operative e valutazioni specifiche. In particolare, la prospettiva della discontinuità è assunta sostanzialmente da tutti gli interventi ospitati, seppur con riferimenti e accenti diversi; il tema della prossimità è più esplicitamente sviluppato da *Giarelli, Ingrosso, Miodini e Vaccari*, mentre *Manghi e Pellegrino* evidenziano il ruolo dei saperi relazionali e del coinvolgimento degli operatori nei percorsi di costruzione delle Case della Comunità. *Panajia*, sulla base dell'esperienza del Libro Azzurro, sottolinea la costruzione delle équipes multiprofessionali come processo attivo e comunità di pratica, mentre ancora *Miodini e Vaccari*, sulla base di un Progetto di promozione della Case della Comunità a Parma e Provincia, evidenziano la trasformazione del lavoro sociale e del ruolo dell'assistente sociale nel nuovo contesto di welfare di comunità. Il contributo di *Angela Genova, Davide Servetti, Anna Favretto e Carmine Clemente* pone al centro il tema dell'integrazione, che ha avuto finora tempi e difficoltà variabili nei vari contesti regionali. Il tema della rigenerazione delle reti comunitarie e della promozione della salute è poi oggetto di attenzione da parte di *Ingrosso e Giarelli*. Venendo ai singoli contributi, secondo *Guido Giarelli* è necessario porsi in un'ottica di

superamento dell'ospedalocentrismo e di una rivalutazione delle cure primarie e della prevenzione, ma soprattutto si devono assumere nuovi principi fondativi orientati ad una “salute di prossimità” centrata sulla persona e la co-produzione della cura. Nel *Manifesto per una salute di prossimità*, presentato dall'autore, vengono definiti quattro livelli di reti - da quelle domiciliari a quelle territoriali, per passare a quelle semi-residenziali e residenziali - entro cui si collocherebbe la Casa della Comunità e le altre strutture previste dal DM 77 o già funzionanti. I quattro livelli andrebbero così a definire la struttura complessiva del welfare socio-sanitario territoriale attento alla persona e alla prossimità. Il contributo di *Sergio Manghi* muove da un'ampia interpretazione *civico-eco-sociale* (o “eco-politica”) della crisi pandemica che richiede una profonda revisione di paradigmi e saperi applicati al welfare e alla cura. Nell'assetto attuale della sanità e del welfare hanno pesato quasi esclusivamente i *saperi cognitivo-concettuali* e quelli *tecnico-normativi*, spesso in interazione fra loro. Sono invece stati scarsamente valutati i *saperi relazionali*, ossia di coordinazione continua delle interazioni, che presentano caratteristiche diverse (*trasversalità, transindividualità e continuità*) dai primi due e particolarmente necessarie nel contesto presente. Essi dovrebbero quindi diventare un patrimonio consapevole e trasversale di ciascun professionista e organizzazione di cura, venendo ad interagire in modo nuovo con le altre due tipologie di saperi e sviluppando approcci che tengano conto della dimensione comunitaria e di quella ecologica.

Il saggio di *Marco Ingrosso* si chiede se la pandemia sia stata occasione di apprendimenti radicali o se sia già in corso il suo “oblio”: i segnali sono piuttosto preoccupanti e vi sono giustificati allarmi per un possibile collasso del SSN e per una situazione “fuori controllo”. Esamina poi nel dettaglio le indicazioni emergenti dalla Missione 6 del PNRR, dal DM 77 e dal Metaprogetto sulla Casa della Comunità varato da Agenas e dal Politecnico di Milano, evidenziandone gli aspetti rilevanti e le carenze presenti. Su questa base avanza proposte per delineare le linee portanti di un progetto integrato capace di innovare profondamente l'assistenza territoriale e le costituenti Case della Comunità. La prima innovazione (o discontinuità paradigmatica) è quella di «pensare la cura come una domanda multidimensionale aperta rivolta a coloro che si “prendono cura” del soggetto che soffre (*pathos*) per qualche “male”». Ciò implica che è attraverso «la combinazione di diverse forme e sequenze di cura che è possibile dare risposte integrate e complesse ai bisogni delle persone». La seconda innovazione riguarda la «prossimità come logica e metodo» di lavoro in campo sociale e sanitario. Si tratta di combinare diversi approcci alla prossimità (abitabile, relazionale, conoscitiva) che possono diventare sinergici nella dimensione del quartiere o dell'area territoriale, concependo le Case della Comunità come centri di coordinamento. La terza dimensione necessaria è quella della rigenerazione e promozione della salute, attraverso una chiara scelta culturale e prevenendo del personale dedicato al fine di superare le forti sottovalutazioni e ambivalenze

presenti nel contesto italiano.

Lo studio di *Angela Genova, Davide Servetti, Anna Favretto e Carmine Clemente* riguarda i percorsi di triplice integrazione (infrasanitaria, socio-sanitaria e partecipativa) - rimasti spesso inapplicati - che hanno contraddistinto tre sistemi socio-sanitari regionali: quello marchigiano, quello pugliese e quello piemontese. Gli indicatori di integrazione sono dedotti dai documenti regolativi succedisi nell'ultimo ventennio che spesso si caratterizzano per incongruenze e mancate attuazioni. Sulla base di un'analisi relazionale e processuale dei percorsi che hanno caratterizzato le diverse esperienze regionali e locali, si ipotizzano delle specifiche difficoltà nell'implementare gli indirizzi nazionali relativi alle Case della Comunità e la necessità di agire non solo per via legislativa, ma attraverso un ampio lavoro culturale che influisca sugli habitus degli attori in gioco.

Vincenza Pellegrino centra il suo intervento sul "welfare pubblico partecipativo" basandosi sulla lunga esperienza del *Community Lab* dell'Agenzia sociale e sanitaria della Regione Emilia Romagna. Sono stati coinvolti centinaia di operatori/trici sociali e sanitari nel corso di un decennio utilizzando diverse metodologie e attivando un processo di riflessività, in particolare orientato alla definizione del Piano sociale e sanitario del 2022 e alla condivisione delle iniziative di sviluppo di comunità promosse da specifiche Case della Salute negli ultimi anni. Nel confronto sono emersi diversi temi trasversali, quali la presenza di categorie di analisi e diagnostiche che si pongono come problemi invece che aiuto alle soluzioni; la forte diffusione di situazioni "grigie" che restano poco visibili e sottovalutate; le non risolte difficoltà di stabilire collaborazioni interprofessionali, data la perdurante egemonia dei saperi biomedici e la scarsa formazione comune dei partecipanti alle équipes. Il saggio si conclude con alcune indicazioni operative che consentano a questi percorsi di riflessività collettiva di fare passi in avanti nella prospettiva di sviluppare CdC capaci di coinvolgere le istituzioni, i professionisti, i volontari e la partecipazione locale.

Agostino Panajia, sulla base della sua esperienza di MMG e di co-promotore della campagna "Primary health care: now or never", evidenzia la necessità di un superamento dell'ospedalocentrismo e del monoprofessionalismo nell'ambito delle cure primarie a favore di un modello di lavoro interprofessionale, interdisciplinare e intersettoriale in grado di farsi carico della complessità dei soggetti. Il processo di creazione di un'équipe interprofessionale, che minimizzi le gerarchie e operi in modo collaborativo, non è scontato e per realizzarsi necessita di essere attivamente promosso, monitorato e mantenuto. Inoltre, il passaggio da un approccio prestazionale, tipico del paradigma centrato sulla malattia, a un approccio olistico, tipico di un paradigma centrato sulla salute, necessita di tenere in considerazione il benessere e le soggettività tanto dei cittadini quanto dei professionisti, che non dovranno più essere annichiti dietro il proprio ruolo, ma considerati persone con propri valori, posizionamenti e significati. Le future CdC non

devono essere pensate come semplici presidi territoriali in cui concentrare una serie di servizi, ma come la costruzione attiva di un lavoro di équipe che abbia nel territorio e nella sua popolazione interlocutori con cui co-costruire identità, valori, benessere.

Il contributo di *Stefania Miodini* e *Patrizia Vaccari* parte da una riformulazione della concezione e pratica dell'intervento sociale, passando dal lavoro sul caso al lavoro di comunità. Ciò risponde alle problematiche e difficoltà che incontrano gli operatori socio-sanitari nel mutato contesto sociale contemporaneo. Partendo da alcuni esempi di pratiche di prossimità e di rigenerazione comunitaria realizzati a Parma negli ultimi anni, le autrici evidenziano la possibilità di fare delle costituende CdC dei laboratori di sviluppo di comunità. Il progetto “Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia”, a cui hanno contribuito, contiene molte indicazioni operative che raccolgono esperienze di buone pratiche avviate sia dal servizio sociale sia dal terzo settore, ma anche realizzate in alcune Case della Salute che possono permettere l'avvio di un cammino virtuoso nelle CdC, a condizione che si realizzi una nuova capacità di coordinamento fra le diverse istituzioni implicate e una reale integrazione fra i servizi, operatori ed esperienze. In definitiva, le CdC devono assumere e realizzare un profondo ripensamento del lavoro *con* la comunità (sviluppo e rigenerazione) e *per* la comunità (progettazione e programmazione sociale) al fine di dare risposte più efficaci alle persone in difficoltà puntando non tanto a dare soluzioni immediate ma allo sviluppo di reti sociali e di autonomie nel medio-lungo periodo.

Tirando le fila degli interventi presentati, si può sottolineare che sono maturi i tempi per significative trasformazioni organizzative e operative nel campo dell'assistenza territoriale. Esistono opzioni che hanno alle spalle formulazioni avanzate, studi, capacità e soprattutto esperienze. Le Case della Comunità e altre infrastrutture previste dal DM 77 rispondono a necessità obiettive e di lunga durata. L'abbandono o la degenerazione di questa prospettiva avrebbe degli effetti molto gravi su tutto il SSN e sul benessere della popolazione. Certamente il panorama italiano di partenza è variegato e i percorsi di attuazione dovrebbero svilupparsi più come laboratori capaci di coinvolgere i professionisti e gli altri attori comunitari sulla base di indirizzi e scelte comuni, che attraverso modelli univoci e pre-definiti.

Diverse sono le discontinuità strutturali e culturali necessarie a questo riassetto: su tutte spiccano l'esigenza di un riequilibrio interno ai servizi sanitari basato su un significativo investimento nei territori e su nuove forme di connessione cooperativa con l'area specialistica. Inoltre è indispensabile l'innovazione del lavoro di équipe multiprofessionale nella prospettiva della cura ricostruita. Ciò implica un nuovo rapporto fra componenti mediche, sanitarie e sociali. Il tema della collaborazione e integrazione acquista un rilievo fondativo e diffuso: pare quindi necessaria l'assunzione trasversale di saperi sociali condivisi e nuovi habitus culturali interprofessionali.

La dimensione della prossimità implica un diverso modo di porsi dei servizi e degli operatori nei confronti delle persone, della dimensione domiciliare, delle reti di vicinato e l'utilizzo di nuovi strumenti operativi come il budget di salute e la prospettiva della co-produzione della cura. A sua volta, la questione dello sviluppo e della rigenerazione di comunità si pone in sintonia con quella della partecipazione civica, della promozione della salute, della ritessitura di relazioni fiduciarie, dell'abitabilità dei quartieri, della sostenibilità e One Health. Si tratta di un programma ampio e sinergico che non riguarda solo le CdC come servizi a sé stanti, ma piuttosto come spazi di costruzioni di rete, apripista di una nuova stagione di interventi di welfare comunitario. Per questo è bene unire forze e speranze di tutti coloro che intravedono in questo passaggio storico una opportunità irripetibile per riportare la cura e la salute al centro dell'agenda sociale e politica.

Bibliografia

1. CREA Sanità 18° Rapporto Sanità: Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi. Roma, CREA, 2022.
2. Gemmato M. (Sottosegretario alla Salute), Congresso Simg. Gemmato torna a bocciare le Case della Comunità. *Quotidiano Sanità*, 25 nov. 2022.
3. Schillaci O. (Ministro della Salute): "Case della Comunità siano centri di riferimento per i cronici. E sui vaccini Covid: "Non va messa in dubbio loro efficacia". *Quotidiano Sanità*, 30 nov. 2022.
4. Panti A. La nave del Ssn è senza rotta e timoniere. *Quotidiano Sanità*, 29 nov. 2022.
5. Eriksen T H. Fuori controllo. Un'antropologia del cambiamento accelerato. Torino, Einaudi, 2017.
6. Rodriquez G. Manovra. Intervista a Nino Cartabellotta: «Con queste risorse si va verso privatizzazione strisciante». *Quotidiano Sanità*, 26 nov. 2022.
7. WHO Alma Ata 1978. Primary Health Care. Report of the Conference. Geneva, World Health Organization, 1978.
8. WHO Astana 2018. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva, World Health Organization, 2019.
9. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA* 2002; 288:1775-1779; Part 2:1909-1914.
10. Hendricks, Rickey A. Model for National Health Care: The History of Kaiser Permanente. New Brunswick NJ. Rutgers University Press; 1993.
11. Turco L. Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Roma: Audizione Camera dei Deputati; 27 giugno 2006.
12. Ingrosso M. Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità. *Sistema Salute* 2022; 66, 1, 11-32.
13. Per seguire gli interventi e il dibattito sviluppatosi nel corso del Convegno di Parma, si v. <https://www.ais-sociologia.it/evento/verso-le-case-della-comunita-discontinuita-prossimita-rigenerazione/>
14. Manzini E. Abitare la prossimità. Idee per la città dei 15 minuti. Milano, Egea, 2021.