

## **ESPERIENZE E PERCORSI**

### **Il cammino verso le Case della Comunità: esempi di esperienze in atto**

Fulvio Lonati

*Medico, Presidente di APRIRE - Assistenza PRIMARIA In Rete  
già Direttore del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia*

#### **1. Riflessioni su un caso personale**

Un sabato, all'inizio di settembre scorso, si conclude il ricovero di mia figlia nell'ospedale di Como; a Milano, dove vive, non si era trovato alcun posto. L'ho accompagnata a casa sua: benché più che adulta con due bambini, da medico che con i suoi figli diventa ansioso, il mio intervento è stato del tutto naturale. Direi anzi richiesto. Si trattava ora di organizzare la prosecuzione della terapia con una iniezione intramuscolo per ciascuno dei tre giorni successivi: per me, che vivo in altra città abbastanza lontana, sarebbe stato impossibile praticarla. Ci siamo quindi messi alla ricerca.

Primo tentativo via internet: di *pubblico*, scovato nulla; numerosi invece gli infermieri *privati*. Ma era un sabato pomeriggio in estate: unica reale possibilità solo da lunedì. Abbiamo quindi deciso, sperando di trovare una risposta presso la vicina *farmacia dei servizi*, di andarci a piedi: una breve passeggiata, dopo il ricovero, poteva essere salutare.

Solo alla terza farmacia - passeggiata più lunga del previsto - abbiamo avuto, finalmente, un abbozzo di risposta: «Se andate oltre il primo e poi il secondo

incrocio, trovate quella nuova struttura che hanno aperto; forse lì vi possono aiutare».

Allungando ancora la passeggiata, siamo giunti ad un edificio, evidentemente *pubblico*, con tanto di targa: *Casa di Comunità*. «Ah, è vero qui c'era il poliambulatorio dove venivo per i prelievi quando aspettavo i bambini» dice mia figlia, aggiungendo subito: «Ma, che cosa vuole dire Casa di Comunità? È una struttura per anziani?». Da infingardo non rispondo e la invito a salire i gradini, entrare e chiedere.

Mentre si rivolge al signore del box informazioni nella sala d'ingresso, guardo le indicazioni dei servizi presenti:

- Piano -1: Fisioterapia-riabilitazione; Radiologia; Servizio ALA
- Piano T: CUP Centro unico prenotazioni; Punto prelievi-vaccinazioni; PUA Punto unico di accesso-Scelta/revoca MMG-PLS; Continuità Assistenziale; Cure Palliative; MMG - PLS
- Piano 1: Ambulatori specialistici; COT Centrale operativa territoriale; IFoC Infermieri di Famiglia; Partecipazione alla comunità; Servizio odontoiatrico
- Piano 2: Ambulatori specialistici; Area amministrativa; Servizi sociali.

Il cortese commesso del box informazioni, alla richiesta di mia figlia: «Ho necessità che nelle prossime tre mattine un operatore sanitario mi pratichi una iniezione intramuscolo: posso trovare qui qualcuno che mi aiuti?», non sapendo cosa rispondere, ci lascia rassicurandoci: «Aspettate un attimo: vado ad informarvi». A breve ritorna invitando mia figlia ad andare a parlare con il medico della Continuità assistenziale. Passano alcuni minuti e mia figlia ricompare: «Il dottore riferisce che, forse, le infermiere dell'ambulatorio di fronte possono fare qualcosa ma non ne è sicuro; peraltro, quell'ambulatorio domenica è chiuso». E, alla mia domanda «Ma non può fare l'iniezione il medico di continuità assistenziale, che la domenica mattina è presente?» mi risponde spedita: «No, gliel'ho chiesto ma dice che somministrano solo le terapie che prescrivono loro. Però mi ha detto di cercare infermieri a domicilio su Google».

Sconsolati torniamo a casa. Ricerchiamo nuovamente su internet e scopriamo che la Croce Rossa organizza un ambulatorio infermieristico in una zona vicina. Telefoniamo: la segreteria telefonica annuncia che domenica l'ambulatorio è chiuso e che qualcuno risponderà da lunedì.

A questo punto mia figlia ha un lampo: chiama un'amica che ha avuto un problema simile. Infatti, l'amica ha proprio un conoscente che sa fare le iniezioni intramuscolo: «Ecco il numero di cellulare: è una bella persona disponibile; digli che ti ho passato io il suo numero». Sentito subito: «Domenica mattina posso venire io da te». Ergo, ecco il piano personalizzato per tre intramuscolo:

- Domenica, amico dell'amica a casa (costo un caffè con due biscotti);
- Lunedì, infermiere a domicilio (30 €);
- Martedì, ambulatorio Croce Rossa (con offerta libera).

Dato il mio immaginario e le mie aspettative sulle Case della Comunità, ho vissuto questa esperienza con un profondo senso di frustrazione: possibile che, anche per un problema semplice - tre iniezioni intramuscolo - la Casa della Comunità, proprio là dove esistente e oggettivamente dotata, non sia servita a nulla?

Anche quando mia figlia iniziò a manifestare i disturbi, avrebbe potuto/dovuto trovare accoglienza e presa in cura presso la Casa della Comunità. Invece, data l'impossibilità di ottenere una risposta organica a livello ambulatoriale, ecco qual è stato il percorso: accesso (unica via percorribile, anche secondo l'indicazione del medico di famiglia) ad uno dei pronto soccorso di Milano; permanenza nello stesso per quasi 24 ore, notte compresa; nel frattempo recupero del CD della risonanza magnetica, che ho personalmente ritirato presso la struttura che l'aveva effettuata, chiedendo il favore, data la contingenza, di ottenerlo prima; finalmente inquadramento preliminare dei disturbi in pronto soccorso e decisione di avviare il ricovero; trasferimento in ospedale, a Como, vista l'impossibilità di un ricovero in una delle strutture milanesi. Espletate alcune indagini in successione, otto giorni dopo, si giunge alla diagnosi e si imposta la terapia; quindi dimissione, di sabato mattina.

Vista la trafila, a posteriori risulta chiaro che sarebbe stato possibile, più economico e più funzionale, evitare il ricovero effettuando in regime ambulatoriale la medesima sequenza di indagini presso attori-servizi diversi, ma a condizione che fossero tra loro coordinati mediante una presa in cura complessiva... una Casa della Comunità avrebbe proprio potuto/dovuto garantire questa presa in cura, purtroppo resasi possibile solo attraverso il regime ospedaliero.

Eppure, secondo il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano)

(1), approvato il 13 luglio 2021 con un atto del Consiglio dell'Unione Europea: *“Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. [...] La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.”*

Anche il DM 77/2022 del Ministro della Salute, adottato nel maggio 2022 in ottemperanza a quanto disposto nel PNRR, Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (2) afferma: *“L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. [...] Il Servizio Sanitario Nazionale persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:*

- *attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;*
- *attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;*
- *attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità (“Planetary Health”);*
- *[...]*

- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).”

Subito dopo, nel giugno 2022, la Giunta Lombarda ha deliberato il nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali in Lombardia (3), recependo con tempestività i contenuti del DM 77. La delibera ha introdotto elementi chiaramente orientati a territorializzare i servizi in una visione di comunità e ha previsto in ogni Distretto (indicativamente con una popolazione di 100.000 abitanti) due o più Case della Comunità, che configurano il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l’attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa. In particolare, la delibera afferma: *“La Casa della Comunità promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio”. [...] L’offerta ambulatoriale e di diagnostica sarà volta a superare un approccio puramente prestazionale in favore di un approccio integrato [...] Le agende della specialistica e della diagnostica saranno per la maggior parte dedicate ai MMG/PLS [Medici di Medicina Generale /Pediatri di Libera Scelta] appartenenti alle AFT [Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale] afferenti alla Casa della Comunità” [...] “La Casa della Comunità costituisce il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali”.*

Coerentemente, in Regione Lombardia sono state tempestivamente aperte numerose Case della Comunità. Rispetto alle 199 che secondo le indicazioni del PNRR sono da attuare entro il 2026, l’ultimo monitoraggio AGENAS di giugno 2023 (4) ne censisce ben 106. Uno dei migliori risultati dell’intera nazione, molto vicino a quanto messo in atto in Emilia-Romagna, regione che vanta un consolidato sviluppo di Case della Salute (CdS), le strutture anticipatrici

delle Case della Comunità (CdC). Ma in realtà le cose sembrano andare in modo diverso. La mia peculiare esperienza con la Casa di Comunità di Milano prima narrata, benché aneddotica, può essere analizzata proprio per cercare di capire che cosa non sta andando bene, quali potrebbero essere possibili piste di miglioramento, facendo al contempo riferimento alle numerose, anche se a “macchia di leopardo”, esperienze concrete che stanno già mettendo in atto positivamente modalità innovative orientate a sviluppare “vere” Case della Comunità.

## **2. La Casa della Comunità luogo di coordinamento di tutti i servizi per la salute del proprio territorio**

Nella vicenda narrata, i servizi nella struttura ci sono, sono tanti e diversificati. Ma si tratta degli stessi servizi che apparentemente preesistevano prima, in quello che era un *poliambulatorio*. In altre parole, sembrerebbe che in una struttura ambulatoriale preesistente sia stata apposta semplicemente la targa “Casa di Comunità” con il corredo di una rinnovata segnaletica. Certamente è opportuno non disperdere i servizi territoriali preesistenti, anzi, farne tesoro; ma PNRR, DM77 e, nel caso lombardo, Delibera regionale indicano la necessità di cambiamenti soprattutto nell’impostazione complessiva dei servizi territoriali per la salute, con una direzione chiaramente stabilita: “*La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti*”.

Fortunatamente, le esperienze di Case della Salute/Comunità che hanno già concretamente intrapreso la direzione innovativa, come riportato nel Riquadro I, sono numerose, benché con livelli di sviluppo vari.

### **Riquadro I – Esperienze di “Case della Salute/Comunità luogo di coordinamento di tutti i servizi per la salute del proprio territorio” (5-7)**

Nel Quartiere 5 del Comune di Firenze, quindi in una realtà urbana analoga a quella milanese del nostro racconto, la Casa “Le Piagge” garantisce l’offerta pubblica di una ricca gamma di servizi: sociosanitari, sanitari di base, specialistici di primo livello, amministrativi. Innanzitutto, vi lavorano medici e pediatri di famiglia organizzati come gruppo che ha definito come

agevolare e rendere funzionale l'accesso degli assistiti. La “*segreteria clinica*”, contattabile per telefono o direttamente nell'arco dell'intera giornata, svolge una funzione di filtro, accoglienza e indirizzo: semplice informazione, visita domiciliare, problema prioritario gestibile nelle cure primarie (quindi non solo dai medici di famiglia ma anche dagli altri operatori della Casa), presa in cura di malati cronici, tele-visita, visita indifferibile. I medici sono collegati al lavoro dell'infermiere di famiglia e comunità, che opera in ambulatorio e a domicilio. Ma l'attività dei medici è collegata anche alla *Continuità assistenziale* (per i problemi che si manifestano di notte o nei giorni festivi), al punto prelievi, allo sportello amministrativo, al consultorio familiare, al centro di consulenza per i giovani, al consultorio pediatrico con l'ambulatorio vaccinale, alle attività ambulatoriali degli specialisti che più di frequente sono necessari (cardiologo, dermatologo, odontoiatra, otorinolaringoiatra, ortopedico, oculista, urologo, infettivologo), all'ambulatorio per la salute mentale degli adulti, al servizio di dietetica, alla telemedicina, al servizio di neuropsichiatria e psicologia infantile, alla riabilitazione in età evolutiva e, non da ultimo, ai servizi sociali del Comune.

Nella Casa di Castiglion Fiorentino, in un contesto territoriale diverso, un comune di 13.000 abitanti in provincia di Arezzo, lavorano pediatri e tutti i medici di famiglia del Comune. Anche in questo caso sono tra loro coordinati e si avvalgono della collaborazione della “*segretaria clinica*”, composta da 6 operatori attivi nell'arco delle 12 ore e della *Continuità assistenziale*, presente di notte e nelle giornate festive: i cittadini possono così entrare di fatto in contatto diretto con un unico servizio, attivo sulle 24 ore e nei 7 giorni della settimana. Nella Casa sono inoltre presenti la postazione di emergenza 118, il consultorio familiare, l'ambulatorio di neuropsichiatria infantile, gli specialisti; anche in questo caso sono presenti i servizi sociali del Comune. Al piano superiore ha sede la Residenza Sanitario-Assistenziale per anziani.

Nelle CdS della provincia di Parma (che attualmente sono 26), trovano spazio i medici di famiglia, in gruppo, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare, una serie di specialisti ambulatoriali e altri servizi sanitari, sociali ed amministrativi, variabili in relazione alle caratteristiche di ciascun

territorio. La “coabitazione” di figure diverse per tipologia, competenze e afferenza funzionale si è dimostrata capace di facilitare le relazioni professionali e di favorire la presa in cura dell’assistito condivisa da più attori.

Anche in alcune regioni meridionali troviamo, benché con minor frequenza, esperienze significative. La CdS di Chiaravalle, in provincia di Catanzaro, è organizzata in 4 unità operative multiprofessionali, che legano anche i servizi esterni alla Casa, come ad esempio i Centri Diurni, le Case Protette e le Residenze Sanitario-Assistenziali per anziani. La prima Unità *Accoglienza, Accesso e Segretariato Sociale* garantisce uniformità e semplicità di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali, non solo in termini di mera prenotazione-informazione ma anche di vera e propria presa in carico. L’Unità *Servizi Sanitari* include tutti i servizi medico-diagnostico ambulatoriali, dal medico di famiglia e dall’infermiere sino ad un primo intervento per le piccole urgenze. La terza Unità, *Servizi Sociosanitari*, accompagna verso tutti i servizi socio-sanitari ambulatoriali e semiresidenziali per anziani e disabili della zona, oltre ai servizi di riabilitazione funzionale e all’ambulatorio psichiatrico. Infine, l’Unità *Servizi e Attività Sociali* accompagna verso i servizi sociali di competenza comunale, come ad esempio il supporto sociale domiciliare o i pasti a domicilio.

### **3. Accoglienza, non accesso**

All’ingresso della Casa della Comunità della vicenda narrata, abbiamo trovato un box informazioni, con tanto di cortese commesso che però, in risposta alla richiesta «Posso trovare qui qualcuno che mi aiuti?», non sa che cosa rispondere: «Aspettate un attimo, vado ad informarmi». Manca cioè una precisa strutturazione della *accoglienza* del cittadino che si presenta con un problema di salute.

Sicuramente una CdC dovrebbe prevedere degli operatori dell’accoglienza opportunamente formati: con una chiara idea di *accoglienza* (non di *accesso*), con una capacità di inquadrare la richiesta del cittadino (che, non essendo per lo più *competente*, può essere poco chiaro e poco preciso) e di orientarlo verso il/i servizio/i opportuno/i, tenendo anche conto di possibili necessità “logistiche” collaterali: bisogno di spiegazioni, necessità di essere aiutato nella com-

pilazione di eventuali moduli, problemi nel muoversi autonomamente e così via. Sicuramente l'operatore dell'accoglienza dovrebbe essere adeguatamente informato sui servizi, formali ed informali, effettivamente esistenti, nella CdC e nel territorio di afferenza. Potrebbe essere un "amministrativo", ma anche di estrazione sociale o pedagogica, comunque un vero e proprio operatore sociale-sanitario, vincolato al segreto professionale, con un ruolo determinante e centrale per l'intera Casa della Comunità.

In significative esperienze di Case della Salute/Comunità, questa attività di accoglienza è chiaramente "pensata" ed organizzata e, in alcune realtà, vi partecipano anche cittadini volontari, ovviamente opportunamente formati-informati: inseriti organicamente, *accolgono* sentendosi *dalla parte* del cittadino. Il Riquadro II dà conto di alcune realtà operanti che mettono in pratica tale orientamento:

#### **Riquadro II – Esperienze di "Accoglienza, non accesso" (5-7)**

Nella CdS di Borgo Reno, un quartiere di Bologna, l'accoglienza del cittadino viene considerata uno degli elementi valoriali distintivi: rappresenta l'insieme delle attività necessarie all'avvio di una relazione con l'assistito. È il momento in cui si ascoltano i bisogni e si forniscono le risposte adeguate attraverso la "negoziante" tra operatore ed assistito. A partire proprio dall'accoglienza vengono avviati e strutturati i percorsi di presa in cura, sia per bisogni sanitari che per quelli sociosanitari.

Nella CdS di Copparo, nel ferrarese, il processo di integrazione tra tutti gli operatori, di diversa professionalità ed afferenza, ha favorito lo sviluppo di una "Funzione di Accoglienza Avanzata" attraverso un punto unico di accesso, gestito da un infermiere e un assistente sociale, che funge da primo contatto per il cittadino e di verifica e analisi della situazione a partire dalla domanda formulata.

In alcune Case, all'attività di accoglienza e accompagnamento dei cittadini partecipano anche cittadini volontari. Ad esempio, nella CdS di Palombara Sabina (8), in provincia di Roma, i volontari dell'AVIS si curano della prima accoglienza e dell'orientamento all'interno della struttura, quelli dell'associazione *Centraisogno* hanno aperto lo sportello antiviolenza,

quelli dell'associazione *Volontari Per Te* svolgono un servizio di ascolto e di assistenza non sanitaria. In Roma città, nella CdS del Trionfale, otto associazioni curano lo sportello delle associazioni di volontariato (9), con attività di accoglienza, informazione, orientamento e assistenza sui servizi socio-assistenziali. Il cittadino può avere indicazioni sui servizi per lui più necessari e viene eventualmente indirizzato verso l'associazione di volontariato specificamente competente in relazione al suo problema. Nella CdS di Casalecchio di Reno, nel bolognese, un servizio di accoglienza e accompagnamento dei cittadini è invece portato avanti da volontari dell'AUSER: hanno il compito di supportare il personale della struttura per offrire ai cittadini un'accoglienza positiva, fornir loro tutte le informazioni utili per le loro necessità e offrire supporto e compagnia in caso di attesa. Per questo sono collocati in punti strategici della Casa.

#### **4. Presa in cura, non singole prestazioni**

L'immagine emersa dalla vicenda aneddotica narrata lascia intendere che al cittadino che chiede un servizio la risposta è una prestazione, quando esiste ed è fruibile; diversamente la risposta è un "No": «No, gliel'ho chiesto ma dice che somministrano solo le terapie che prescrivono loro». E il cittadino deve arrangiarsi. In altre parole, appare che non sia il problema di salute della persona ad essere preso in considerazione; semplicemente ci si limita ad effettuare, o meno, la specifica prestazione prevista nei propri protocolli. Peraltro, se per affrontare il suo problema il cittadino ha bisogno di più prestazioni, evidentemente dovrà fare diverse richieste di accesso, anziché ottenere che il suo problema sia preso in carico con una modalità unitaria.

La Casa della Comunità dovrebbe essere orientata a *prendere in carico*, o meglio *prendere in cura*, la persona complessivamente, con la modalità più semplice e più economica possibile (per il cittadino e per il sistema): l'importante è cercare di affrontare - e se possibile risolvere - il problema di salute della persona, non effettuare una prestazione. Purtroppo, questa questione delle *prestazioni* è nodale: il sistema attuale prevede infatti che venga riconosciuta, cioè remunerata, la *prestazione* e non la *presa in cura*. Peraltro, l'erogazione di singole prestazioni da parte di enti in competizione tra loro induce un consumi-

simo sanitario, concausa delle lunghe liste d'attesa, utile più al profitto di pochi che alla salute di tutti. Non è certo un caso che stiano fiorendo le pubblicità di terapie e di assicurazioni sanitarie. Ma anche su questo aspetto sono pure numerose le esperienze positive in atto, come si vede nel Riquadro III:

**Riquadro III – Esperienze di “Presenza in cura, non singole prestazioni” (5-7)**

Nella Casa della Comunità del Sorbara “Dottor Roberto Bertoli” di Bomporto, nel Modenese, negli anni si sono consolidate modalità di collaborazione tra servizi sociali e sanitari sia nella valutazione che nella presa in cura di minori con problemi, disabili, anziani. Ad esempio, nella presa in cura di una persona socialmente fragile con diabete, l'assistente sociale si occupa non solo di valutare e organizzare aspetti sociali e logistici (trasporto per le visite, supporto al contesto familiare, ...), ma anche di monitorare, in corso di visita a domicilio (coordinandosi con i professionisti sanitari) l'effettiva assunzione delle terapie e l'osservanza dei comportamenti opportuni. Nella stessa Casa, oltre agli assistenti sociali, operano, e sono collegati, circa 40 professionisti sanitari. E nella Casa si è sviluppato un modello di identificazione e presa in cura delle persone fragili secondo un *approccio proattivo multidisciplinare*, non “di attesa” che i problemi si manifestino: il perno decisionale è il medico di famiglia; il coordinatore delle diverse attività è l'infermiere di prossimità; entrambi sono in contatto con gli altri professionisti, in primis l'assistente sociale ed il fisioterapista.

Nella CdS di Querceta, nel cuore della Versilia storica, è strutturata una modalità proattiva di presa in cura delle persone affette da condizioni patologiche croniche frequenti - come diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus - a cui partecipano specialisti ospedalieri con possibilità per il medico di famiglia o l'infermiere di prossimità di *fissare direttamente appuntamenti con specialisti* secondo criteri condivisi di cooperazione, per facilitare la continuità nelle cure e dare risposta concreta anche alle questioni logistico-amministrative (esenzione per patologia, consegna di presidi, ...).

Nel Centro di Cultura Socio-Sanitaria di Pieve Emanuele, un comune di 15.000 abitanti della città metropolitana di Milano, si sta sviluppando un'esperienza significativa, anche se al momento non riconosciuta dalla regione

Lombardia come Casa della Comunità. Nel centro sono presenti nove medici ed un pediatra di famiglia, tutti sotto i quarant'anni, che lavorano in stretto rapporto con altre figure: fisioterapista, infermiere di comunità, psicologhe/psicoterapeute, logopedista, dietista, counselor professionali, segretari di studio medico, volontari. L'aspetto innovativo è che sono previsti "ambulatori aperti": l'assistito ha la possibilità di "visite integrate", con la presenza congiunta di medico e di altre figure professionali, sanitarie e/o sociali. Sono inoltre previste attività di cura in gruppo. Ed il centro lavora in collaborazione con le associazioni locali: *Donne Insieme Contro la Violenza*, *Associazione Carabinieri*, *Progetto Cuore Visconteo* (contrasto alla povertà materiale educativa, relazionale), *Protezione Civile*, *Rotary*, *Cooperativa Opera*.

### **5. Operatori della Casa della Comunità che si conoscono e si incontrano con sistematicità**

I servizi della Casa della Comunità che abbiamo osservato nel racconto non appaiono essere tra loro connessi e gli operatori sembrano muoversi in modo autonomo, senza precise conoscenze circa gli altri servizi. Il medico di Continuità assistenziale affermava «che, forse, le infermiere dell'ambulatorio di fronte possono fare qualcosa ma non ne è sicuro; peraltro, quell'ambulatorio domenica è chiuso». Apparirebbe che questo operatore, così come il commesso del box informazioni («Aspettate un attimo: vado ad informarmi»), non abbiano conoscenza di che cosa fanno e cosa offrano i diversi servizi e operatori. La possibilità che tutti i servizi di una CdC siano tra loro coordinati richiederebbe, come passo preliminare, che ciascun operatore conosca almeno finalità, professionalità, destinatari, caratteristiche, modalità di lavoro di tutti gli altri servizi ... e magari anche il nome di chi vi lavora! In ospedale questo avviene: tutti gli operatori sanno che cosa fa il laboratorio analisi o la rianimazione e la conoscenza diretta tra persone di diverse unità operative è frequente; nei servizi del territorio invece, purtroppo, ciascun servizio tende a vivere nel proprio mondo separato: un *silos* a sé stante. Ciò non dovrebbe avvenire nella CdC, nella quale peraltro risulta possibile e semplice, come nelle esperienze riportate nel quarto Riquadro, programmare e realizzare sistematicamente *incontri d'equipe*, *multidisciplinari* (tra le figure di diversa professione) e *multisetto-*

riali (di servizi afferenti a diversi settori: della sanità, del comune, del terzo settore, del volontariato).

**Riquadro IV – Esperienze di “Operatori della Casa della Comunità che si conoscono e si incontrano con sistematicità” (5-7)**

Il “*nucleo residente*” degli operatori della Casa di Empoli, città toscana di 48.000 abitanti, è formato da 11 medici di famiglia, 6 infermieri, 1 ostetrica, 2 assistenti sociali, 6 amministrativi e numerosi specialisti ambulatoriali. A detta di uno di questi medici di famiglia «il valore aggiunto di lavorare non solo in gruppo tra medici di famiglia, ma anche, e soprattutto, con gli altri professionisti, in primis con gli infermieri, porta alla facile e immediata soluzione delle problematiche che si presentano durante le visite mediche». Ed ancora: «È indubbiamente aumentata la possibilità di adottare metodiche mirate all’appropriatezza assistenziale che nascono direttamente dal vissuto di tutta l’equipe della Casa e non imposte da logiche aziendalistiche». Inoltre, a detta di uno degli specialisti che operano nella Casa: «È possibile avere un contatto pratico e veloce con il medico di famiglia su molti temi specialistici, evitando visite ed esami inutili. A questo proposito è auspicabile effettuare meno visite e più incontri organizzativi con i medici al fine di concordare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali chiari e concreti.»

Nella casa di Forlimpopoli, in Romagna, è attivato un *Board* della Casa, coordinato dal *Responsabile organizzativo infermieristico* e composto da: Direttore del distretto, Coordinatore dei medici di famiglia, Referenti e/o Responsabili di Unità operative o Servizi sanitari e comunali presenti, Rappresentante del Comitato Consultivo Misto. Sulla base dei temi affrontati, possono essere coinvolti altri professionisti (ad esempio il pediatra): circa 20 persone partecipano alle riunioni effettuate solitamente a cadenza trimestrale. Tra i temi ricorrenti figurano la gestione degli spazi e degli ambulatori; le criticità riguardanti l’organizzazione dell’attività; la discussione e condivisione di nuove progettualità; il monitoraggio delle attività e dei risultati conseguiti; non ultimo, la discussione di temi proposti dai cittadini attraverso il rappresentante del Comitato Consultivo Misto.

Nella Casa di Crevalcore, in provincia di Bologna, gli eventi sismici del maggio 2012, che avevano gravemente danneggiato e reso inagibile l'intero polo sanitario, avevano determinato una condizione particolarissima. L'ex Direttore di Distretto ricorda come «da un giorno all'altro tutti gli operatori sanitari si sono trovati a lavorare in una situazione di emergenza all'interno di una struttura alternativa, una ex stalla poi divenuta sala da ballo, dove non c'erano pareti a separare i vari ambulatori ma solo teli. I professionisti maggiormente coinvolti sono stati i medici e pediatri di famiglia, gli infermieri, gli psicologi, i neuropsichiatri, gli psichiatri e gli operatori sociali.» Questo fenomeno inatteso e drammatico ha tuttavia contribuito alla nascita della Casa, facilitando un cambio di paradigma, con lo spostamento del baricentro culturale da ciascuna singola categoria professionale alla *équipe multiprofessionale*. Non solo, l'esperienza del sisma ha messo in luce la possibilità di valorizzare la dotazione di capitale sociale, da un lato, e la disponibilità dei professionisti nei confronti della comunità, dall'altro.

Interessante, in tema di collaborazione, anche la testimonianza di un giovane medico di medicina generale in formazione, entrato nella Casa di Querceta, in Versilia, di cui abbiamo già parlato: «Ho sempre ricevuto pieno supporto e aiuto da tutti, personale sanitario e sociale (colleghi della medicina generale, infermieri, OSS, assistenti sociali ASL e comunali) e non (dipendenti, volontari e membri del consiglio della Croce Bianca), sempre molto disponibili, anche consci del mio ancora attuale status (anomalo verrebbe da pensare) di studente del corso di formazione in medicina generale e contemporaneamente di medico convenzionato. Ma soprattutto sono rimasto molto colpito anche dalla buona accoglienza delle persone.»

A questo punto, con rammarico, ricordo che, in quella che ora è diventata la CdC di Nave, in provincia di Brescia, negli anni '90 era già attivo un presidio socio-sanitario con numerosi e diversi servizi, tutti ospitati nella stessa sede, dell'area materno-infantile, per gli anziani ed i disabili, con più specialisti. Ebbene (io ero uno di quegli operatori) tutti i mercoledì, per due ore, non erano programmate attività ambulatoriali o domiciliari, ma era previsto che gli operatori si incontrassero, con modalità organizzate, per pianificare insieme "le situazioni difficili", per organizzare il lavoro,

per aggiornamento. E non era un caso isolato: la storia meno recente della Lombardia annoverava significative esperienze anticipatorie di “presa in cura” attraverso la cooperazione tra organizzazioni e professioni diverse, nella scia della secolare tradizione di solidarietà dei/nei municipi, piccoli e grandi. Purtroppo, la logica della erogazione di prestazioni, remunerate all’interno di un contratto con tetto di spesa, non riconosce e contabilizza i momenti di scambio-confronto tra operatori: non sono “erogazioni”!

#### **6. Casa della Comunità responsabile di un proprio preciso e definito territorio**

La Casa della Comunità che abbiamo osservato nella vicenda raccontata all’inizio non sembra avere alcun radicamento con il proprio territorio. Solo il terzo farmacista della zona è riuscito a pensare, senza ricordarsene nemmeno il nome, che forse la CdC vicina poteva essere utile: «Se andate oltre il primo e poi il secondo incrocio, trovate quella nuova struttura che hanno aperto; forse lì vi possono aiutare». Anche il medico di famiglia, quando all’esordio dei disturbi di mia figlia ha iniziato a fare le prime prescrizioni, o quando ha convenuto sull’opportunità di recarsi al pronto soccorso, evidentemente non ha pensato alla Casa della Comunità come occasione per affrontare meglio il problema, ammesso che ne conoscesse l’esistenza. Nemmeno mia figlia aveva mai sentito parlare di Casa della Comunità e non era quindi a conoscenza che sorgesse a qualche centinaio di metri da casa sua, né tanto meno che lì potesse trovare aiuto. Peraltro, quando ha iniziato a cercare di prenotare le prestazioni prescritte dal medico di famiglia, non ha avuto alcun orientamento a rivolgersi lì, né tanto meno a pensare che potesse ottenere una presa in cura complessiva per il suo problema. In conclusione, è ipotizzabile che i servizi di questa struttura non si rivolgano elettivamente alla popolazione della propria zona ma si allarghino in modo indefinito, potenzialmente ai cittadini di tutta la regione.

Qual è dunque la differenza tra un poliambulatorio e una Casa della Comunità?:

- *Un poliambulatorio* effettua prestazioni indistintamente nei confronti di qualsiasi cittadino, che, passando attraverso un centro prenotazione sovra-zonale, trova più conveniente, anche se lontano, rivolgersi lì, di solito alla ricerca dell’attesa più breve. Quindi chi ci arriva potrebbe poi non rivolgersi mai più a questa struttura e, in occasione di ogni nuova necessità,

girovagare tra diverse strutture (la tanto decantata libertà di scelta del cittadino!) per ottenere ogni singola prestazione. La possibilità che gli operatori coinvolti si conoscano, siano connessi, si scambino informazioni è del tutto remota, se non attraverso i referti formali.

- *La Casa della Comunità* dovrebbe avere invece come destinatari elettivi gli abitanti del proprio territorio di riferimento. Ciò permetterebbe di innescare tutta una serie di positive connessioni: per esempio fra gli specialisti di quella Casa e i medici di famiglia di quel territorio che possono conoscersi, interagire, stimarsi, incontrarsi, rendendo possibile la continuità di cura; oppure, tra gli operatori della Casa e le realtà del territorio che possono contribuire a fornire informazioni e a dare una risposta di salute alle persone: gruppi di auto-aiuto, gruppi di cammino, palestre, centri dove è possibile incontrare persone e fare attività sociali, volontari ... magari in grado di effettuare iniezioni intramuscolo in regime di “*vicinato solidale*”, ovviamente non mercenario (se non per il caffè e i due biscotti). Alcune esperienze operanti secondo tale modalità si possono trovare al Riquadro V:

#### **Riquadro V – Esperienze di “Casa della Comunità responsabile di un proprio preciso e definito territorio” (5-7)**

La Casa di Fanano si trova nel Distretto di Pavullo nel Frignano, zona collinare-montuosa a vocazione anche turistica della provincia di Modena. Le caratteristiche geografiche del territorio, con difficoltà negli spostamenti, ha reso necessaria una distribuzione capillare degli studi dei medici di famiglia, però funzionalmente e strettamente collegati ai numerosi servizi presenti nella Casa: punto informativo-amministrativo, punto prelievi, primo intervento H24, ambulatorio infermieristico, assistenza domiciliare integrata, pediatria di comunità, consultorio familiare, specialisti ambulatoriali, palestra polivalente, radiologia, assistente sociale, cure palliative, associazioni di volontariato. Peraltro, una organizzazione in grado di farsi carico anche delle necessità dei turisti.

Nella situazione urbana di Firenze, lo sviluppo della Casa delle Piagge, di cui abbiamo già parlato, si sviluppa attraverso un percorso in continuo divenire dell’organizzazione dei servizi territoriali sanitari e sociali in relazione

alle caratteristiche geografiche, storiche, sociali del territorio nonché ai bisogni della popolazione che lo abita: quindi non un modello statico, ma un processo di adattamento continuo. In pratica, la modulazione delle attività si basa sulla costruzione-aggiornamento di *mappe fisiche*, *mappe sociali* e *mappe relazionali* tra loro intrecciate. Ad esempio: servizi di prossimità situati in alcune aree del quartiere con *facilitatori* di lingua cinese e albanese; programmi di esercizio in gruppo per persone con problemi cronici di salute; incontri di educazione all'autogestione delle malattie croniche; progetti di salute di prossimità mirati. La Casa diventa così un collettore di relazioni bidirezionali tra territorio e servizi, che si configurano quindi in modo diverso da contesto a contesto, in relazione alle peculiarità sociali, culturali, geografiche, economiche, politiche, demografiche e di salute ivi presenti.

### **7. Casa DELLA Comunità, non Casa DI Comunità**

Curiosamente, in Lombardia la dizione delle strutture recentemente aperte è Casa “di” Comunità e non, come chiaramente indicato dal PNRR e dal DM 77, Casa “della” Comunità. Forse proprio questa peculiarità lessicale ambrosiana ha indotto mia figlia a chiedere: «Ma, che cosa vuole dire Casa di Comunità? È una struttura per anziani?». In effetti, *Casa di comunità* evoca più una struttura abitativa comunitaria che un presidio di servizi per la salute.

In Regione Lombardia, va evidenziato, è frequente l'adozione di denominazioni dissimili da quanto indicato dalla normativa nazionale o di uso corrente nelle altre regioni; ad esempio, in passato sono state adottate le denominazioni di PreSST, Presidio Socio Sanitario Territoriale, anziché Casa della Salute e di POT, Presidio Ospedaliero Territoriale, anziché Ospedale di Comunità. Quale sia la motivazione di questa originalità terminologica non risulta chiaro: certamente non favorisce la comprensione, né la possibilità di confronti coerenti; inoltre non risulta lineare l'adeguamento ai criteri di riferimento nazionali: se è un POT non è necessario adeguarsi ai criteri normativi nazionali perché non è un Ospedale di Comunità, benché sia simile.

Ma, perché una struttura territoriale di servizi per la salute dovrebbe chiamarsi “casa” e perché “DI” o “DELLA” comunità? La definizione introdotta dal

PNRR di *Casa della Comunità*, andando a sviluppare e perfezionare la precedente definizione *Casa della Salute*, evoca chiaramente la necessità di un cambio di paradigma:

- da *sanità a salute*,
- da *prestazione a prendersi cura*,
- da *eccellenza a equità*,
- da *efficienza a efficacia*,
- da *accentramento a decentramento*,
- da *economia di scala a partecipazione*.

Cambio di paradigma da maturare attraverso un percorso che porti ad un'evoluzione dell'organizzazione dei servizi per la salute nel territorio. E verso la realizzazione di "vere" Case della Comunità, in cui accanto ai servizi *sanitari* sono presenti quelli *sociali*, dove la modalità di lavoro è la *presa in cura* (non la *erogazione di prestazioni*) da parte di *équipe multiprofessionali* e, soprattutto, dove la *comunità partecipa attivamente alla promozione della salute* collettiva e dei singoli del territorio di pertinenza. È quindi necessario immaginare in ogni realtà interessata un percorso di accompagnamento che faciliti il transito dalla organizzazione attuale (sia essa ambulatoriale, poliambulatoriale o di Case della salute monodimensionale) ad una non solo più complessa, ma diversamente orientata, come nell'esperienza descritta nel Riquadro VI:

#### **Riquadro VI – Esperienze di “transizione verso la Casa DELLA Comunità” (5-7)**

La Casa di Puianello, nelle Colline Matildiche della provincia di Reggio Emilia (10), si è progressivamente organizzata attraverso un percorso partecipativo che ha coinvolto, a partire dai Comuni e dalle Aziende sanitarie con i loro operatori, i diversi soggetti sociali presenti: le associazioni, le parrocchie, le scuole; ma anche le aziende, le imprese agricole, le attività commerciali ed i singoli cittadini. Con questi attori si è costruita la “*mappa comunitaria*” dei bisogni di salute e delle risorse disponibili per condividere poi le priorità su cui concentrare l'attenzione. Il percorso partecipativo ha prodotto tanti e diversi risultati concreti, quali, ad esempio: la riorganizzazione dell'attività dei medici e pediatri di famiglia (dentro e fuori dalla

Casa), in funzione di quanto emerso nei *focus group* con i cittadini; l'attivazione di *Talenti Sociali*, gestori di esercizi pubblici (panettiere, parrucchiere, edicolante,...) sensibilizzati per *agganciare* e *indirizzare ai servizi* persone in condizione di fragilità che potrebbero aver bisogno di essere aiutati; un vademecum informativo di tutti i servizi della Casa scritto *dalla parte dei cittadini*; la messa in rete delle associazioni sportive locali per progetti educativi comuni; un progetto formativo rivolto agli operatori della Casa focalizzato sulle esigenze manifestate dai cittadini; un gruppo di lavoro delle associazioni di volontariato che si occupano di disabilità; incontri con gli imprenditori agricoli (è zona di produzione del Parmigiano-Reggiano) per migliorare la vita dei collaboratori provenienti dall'India, Bangladesh, Pakistan e, in particolare, per *agganciare* le donne che non parlano italiano e vivono isolate in casa.

In conclusione, generalizzando le valutazioni scaturite dalla rilettura di un episodio accaduto nel contesto lombardo, analogo a quanto può accadere in altre regioni, e dalla carrellata delle esperienze positive richiamate, seppur con diverso sviluppo, possiamo affermare: la Casa della Comunità è un *modello di servizio, non un punto di erogazione*; ha una *popolazione di riferimento*, cioè un proprio territorio ed una propria comunità; è orientata alla *prossimità* dei servizi; non attende il manifestarsi dei problemi ma è *proattiva*; i servizi presenti sono tra loro connessi e gli operatori che vi operano *si conoscono e si incontrano* in modo sistematico. Quindi, benché il modello sia centrato sulle attività sanitarie, si delinea in modo chiaro una mission orientata a *territorializzare* il Servizio Sanitario nello specifico contesto locale, da realizzare attraverso un cammino, certamente lungo e non lineare, verso le Case della Comunità.

### Riferimenti

1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
2. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
3. Giunta Regione Lombardia, Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accredita-

- mento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6760-legislatura-11>
4. AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022. [https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio\\_DM\\_77\\_sintesi\\_fase\\_2\\_v2\\_finale.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf)
  5. Brambilla A, Maciocco G, *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carrocci Faber Editore, 2016.
  6. Landra S, Ravazzini M, Prandi F, *La salute cerca casa*. Bologna: DeriveApprodi Editore, 2019.
  7. Brambilla A, Maciocco G, *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*. Roma: Carrocci Faber Editore, 2022.
  8. Palombara. Il volontariato entra nella Casa della Salute. <http://www.romaest.org/news/11/2015/palombara-il-volontariato-entra-nella-casa-della-salute/>
  9. CSV Lazio, A Roma lo sportello delle associazioni presso la Casa della Salute del Trionfale, <https://volontariatolazio.it/a-roma-lo-sportello-delle-associazioni-presso-la-casa-della-salute-del-trionfale/>.
  10. Cornio A, Scirpa E, Cirilini F, Il percorso di Comunità per un nuovo sistema di Welfare dell'Unione Colline Matildiche: un progetto di analisi partecipativa dei bisogni e di costruzione collettiva della casa della Salute di Puianello. *Sistema Salute* 2022; 66 (4):479-492. [https://www.edizioni-culturasalute.com/wp-content/uploads/2023/02/PDF\\_articolo\\_Cornio.pdf](https://www.edizioni-culturasalute.com/wp-content/uploads/2023/02/PDF_articolo_Cornio.pdf)