



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

Dottorato in Scienze della persona e nuovo Welfare

XXXVIII ciclo

Settore scientifico-disciplinare: SPS/07 (GSPS-05/A) - Sociologia generale

Organizzare le Case della Comunità, tra struttura e relazioni

Una prospettiva sociologica sull'integrazione multiprofessionale

come processo di cambiamento

Relatore:

Chiar.mo Prof. Stefano Tomelleri

Candidata

Ilaria IMI

Matricola n. 30350

ANNO ACCADEMICO 2024 / 2025

Ringraziamenti

Sono grata a tutte le persone che hanno creduto in me sempre un pochino di più di quanto ci credessi io: è grazie a questo se sono arrivata qui.

Per questo percorso ringrazio in particolare il professor Stefano Tomelleri.

“I keep picturing all these little kids playing a game in that big field of rye and all. Thousands of little kids, and nobody's around — nobody big, I mean — except me. And my job is to stand on the edge of some crazy cliff. What I have to do, I have to catch everybody if they start to go over the cliff — if they're running and they don't look where they're going I have to come out from somewhere and catch them. That's all I'd do all day. I'd just be the catcher in the rye and all. I know it's crazy, but that's the only thing I'd really like to do.”

J.D. Salinger
The catcher in the rye (1951)

*“E se ci chiedessimo invece:
ci possiamo permettere di non averla la sanità pubblica?”*

Giuseppe Remuzzi, M.D.
Mario Negri Institute for Pharmacological research, Bergamo, Italy
Presentazione al Workshop “integrazione tra sociale e sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia: riflessioni e proposte”.
26 febbraio 2025, Milano

Dedica

A mio papà, che non sapeva nulla di sociologia, ma che credeva nella società.

Sommario

Prima parte

Introduzione	17
Capitolo 1	23
Il sistema sanitario italiano: una storia da sapere	23
La nascita del Servizio Sanitario Nazionale	23
Le riforme degli anni '90: l'affermarsi delle logiche aziendalistiche e manageriali	25
Razionalizzazione delle risorse e frammentazione progressiva del sistema	27
L'indipendenza regionale verso la pandemia	29
Le configurazioni regionali dell'offerta sanitaria.....	30
Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19.....	31
Il caso della Regione Lombardia.....	32
Il Distretto.....	34
L'evoluzione del Distretto nella normativa.....	34
Il Distretto oggi.....	36
Capitolo 2	39
Il post pandemia e l'opportunità di ricostruire.....	39
Le parole chiave: territorialità e prossimità	39
NextGenerationEu e P.N.R.R.	43
Il d.m. 77/2022.....	45
Le Case della Comunità	46
Dalle Case della Salute alle Case della Comunità	46
La CdC nel d.m.77	48
Metaprogetto Agenas.....	52
La regolamentazione della CdC in Lombardia	52
Le Case della Comunità in evoluzione in Lombardia	53
Capitolo 3	55
Abitare le Case della Comunità: integrazione e cambiamento.....	55
Relazioni e struttura: un binomio necessario	55

L'integrazione sociosanitaria e interprofessionale nelle CdC nella letteratura emergente.....	59
Capitolo 4	63
<i>Change management</i>: un approccio attivo al cambiamento	63
Principi fondamentali di <i>Change management</i>.....	63
Il processo di cambiamento e la “sopravvivenza allarmata”	66
<i>Change management</i> e sistema sanitario.....	67
Pensare il <i>change management</i> nelle CdC	70
Sintesi prima parte	73
 Seconda parte	
Metodologia della ricerca.....	77
Premesse metodologiche.....	78
Disegno della ricerca: dallo studio di caso all'intervista qualitativa e al focus group	81
Contesto e campo di indagine: Le Case della Comunità lombarde	82
Tecniche di raccolta e di analisi dei dati	84
Considerazioni etiche.....	85
Negoziazione e posizionamento personale	85
Trasparenza e tutela dei partecipanti	87
Limiti e prospettive	87
Come si vive in Casa: dinamiche e cambiamenti nelle Case della Comunità della Lombardia.....	91
Lo studio di caso: indagine nel Distretto della Valle Camonica.....	91
Obiettivi.....	91
Scelta e contatto dei partecipanti	91
Tecnica di raccolta dati: questionario in auto compilazione	93
Tecnica di analisi dei dati	93
Parole chiave e sinonimie	93
Cluster di riferimento: gli assi portanti del sistema di salute.....	95
<i>Operatori</i>	95
<i>Integrazione tra persone e tra sistemi</i>	95

<i>Comunicazione e marketing sociale</i>	96
<i>Geografia territoriale</i>	96
Il rapporto tra cluster e categoria professionale di appartenenza: diversi focus di attenzione e priorità.....	97
<i>Medici e focus specialistico</i>	97
<i>Personale non medico e focus integrativo</i>	98
<i>Sindaci, sindacati, volontariato e focus sul cittadino</i>	98
<i>Il focus sul contesto come fattore comune</i>	98
Keywords riassuntive	99
<i>Medicina d’iniziativa</i>	99
<i>Presa in carico</i>	99
<i>Comunicazione</i>	100
<i>Territorio</i>	100
Interviste qualitative: uno sguardo trasversale sulle Case della Comunità di 26 Distretti della Lombardia	101
Scelta e contatto dei partecipanti	102
Tecnica di raccolta dati: interviste semi strutturate	103
Tecnica di analisi dei dati	104
Costruzione dell’albero di codifica	104
Individuazione dei nuclei tematici	107
Costruzione del quadro interpretativo	108
Presentazione dei contenuti.....	109
Premessa all’analisi dei contenuti: legenda sigle.....	109
Incontro e conoscenza: se ci presentiamo ti posso conoscere	110
<i>Si inizia dal presentarsi</i>	110
<i>L’integrazione nella quotidianità</i>	113
Motivazione e culture professionali: imparare a guardare nella stessa direzione	118
<i>Motivazione e leadership come driver portanti</i>	119
<i>Ruoli, gerarchie e visione</i>	123
<i>Ostacoli culturali e storici</i>	132
Assetti organizzativi: le relazioni nel contesto	137
<i>L’infrastruttura</i>	137
<i>L’importanza di collegare</i>	142

Territorio e strutture: la logistica di prossimità	150
<i>Caratteristiche territoriali</i>	150
Focus Group: l'occasione di uno sguardo ravvicinato	157
Scelta e contatto dei partecipanti	157
Tecnica di raccolta dati: il focus group	158
Tecnica di analisi dei dati	159
Costruzione dell'albero di codifica	159
Individuazione dei nuclei tematici	161
Presentazione dei contenuti	162
Percezioni e visione professionale: tra speranze e fatiche quotidiane	162
Condizioni organizzative e dinamiche di sistema: opportunità e vincoli	168
<i>Aspetti positivi:</i>	168
<i>Aspetti negativi:</i>	170
Pratiche di integrazione e collaborazione: approcci in costruzione	173
La trama relazionale della Casa della Comunità: le dimensioni dell'integrazione e il concetto di prossimità interna	177
Relazioni tra le persone: la mobilitazione delle risorse	177
La premessa che mancava	178
Dalla competizione al riconoscimento	180
Relazioni tra persone e sistema	183
Il sistema come estraneo, "nemico" o alleato?	183
Il sistema come estraneo	184
Il sistema come "nemico"	185
Il sistema alleato	186
Il Medico di Medicina Generale: da nemesi a potenziale capro espiatorio	187
Relazioni tra sistemi: disallineamento e non comunicabilità	193
La prossimità interna: la costruzione della vicinanza	195
La prossimità interna come categoria analitica?	198

Conclusioni.....	201
Lista delle figure.....	205
Lista delle tabelle	207
Bibliografia.....	209
Riferimenti normativi.....	225

Prima parte

Introduzione

Negli ultimi anni pensare al tema salute e parlare di Servizio Sanitario Nazionale richiama quasi automaticamente le dimensioni del “prima” e del “post” pandemia da Covid-19, in particolare in un territorio come la Lombardia, con il suo triste primato di vittime.

Nell’immediato “post” il nostro Paese ha attraversato una fase di estremo fermento di riassetto istituzionale a tutti i livelli, avviato dalle indicazioni europee recepite a livello nazionale. Tale riassetto si è tradotto poi sul livello territoriale, portando significativi progetti di riforma degli apparati di salute regionali e locali.

La presente ricerca nasce in questo momento storico, nel quadro di un Dottorato PNRR dedicato ai temi della pubblica amministrazione, avente come ente partner PoliS Lombardia- Accademia di formazione per il Servizio Sanitario Lombardo.

L’ente partner ha offerto un’occasione privilegiata di osservazione e confronto diretto con le figure manageriali coinvolte nel governo dei processi di riorganizzazione territoriale in corso, in particolare legati all’implementazione delle Case della Comunità.

La nascita della Casa della Comunità costituisce l’incarnazione più visibile e simbolica del processo di ricostruzione del sistema di cure sociosanitarie primarie, e come tale è stata investita di aspettative e mandati, che quindi coinvolgono in modo importante anche il lavoro quotidiano di chi vi è chiamato ad operare direttamente o in modo connesso.

L’avvio delle Case della Comunità mi è apparso quindi come un’opportunità unica per osservare da vicino, in una dinamica di profondo cambiamento, il legame tra il modificarsi della struttura organizzativa e quello delle pratiche relazionali nascenti al suo interno, in particolare rispetto all’integrazione interprofessionale e sociosanitaria.

Il tema dell’integrazione non è certo nuovo per la ricerca, che infatti, come si illustrerà in seguito, ha rilevato quanto essa sia difficilmente raggiungibile nonostante tutte le disposizioni normative messe in campo nei diversi aggiustamenti del sistema sanitario succedutisi negli anni.

Le riforme generali avviate nel post pandemia e i finanziamenti del PNRR costituiscono un’occasione irripetibile di cambiamento in diversi campi, a maggior ragione in quello della salute: ciò che si richiede è una riprogettazione radicale del sistema sanitario, con un cambiamento non solo strutturale ma anche di modalità di lavoro e quindi culturale.

Questi due fronti evolutivi devono svilupparsi in modo coerente, interrogandosi e influenzandosi vicendevolmente durante tutto il processo: il cambiamento culturale si costruisce nella quotidianità della vita organizzativa, e rispecchia non solo i valori professati, ma anche il contesto in cui si svolge. Viceversa, l'ambiente organizzativo deve strutturarsi in modo da rendere realizzabile la cultura che vuole promuovere, e lo può fare solo in dialogo con i suoi componenti.

L'evoluzione del servizio sanitario italiano, come verrà argomentato all'inizio del lavoro, si è strutturato in modo ospedale centrico, prestazionale e separativo, pur continuando a ribadire nelle normative la necessità di integrazione. La contraddizione tra struttura e cultura desiderata è evidente: in una organizzazione che ha un disegno e una strategia di questo tipo, gli spazi e le legittimità per operare in modo integrato e collaborativo sono davvero risicati.

La ricerca quindi si interroga sullo sviluppo della relazione tra organizzazione e le persone che ne fanno parte nel processo di implementazione delle Case della Comunità, chiedendosi come e se questa nuova configurazione stia abilitando processi di integrazione multiprofessionale e sociosanitaria. Lo sguardo è rivolto all'interno del sistema, nella convinzione che il cambiamento dei suoi meccanismi di funzionamento sia preconditione necessaria per un cambiamento che si rifletta nei processi di cura.

Questo approccio considera quindi l'integrazione un processo complesso, sia organizzativo che relazionale, che si può osservare nelle sue diverse componenti, ma che nella pratica è un fenomeno unitario, richiedente pertanto coerenza e sinergia tra le parti. Se le componenti non si "incastrano" e non lavorano in modo sincrono, il sistema non può funzionare, o perlomeno non può funzionare in modo efficace nel perseguimento dei propri scopi.

Un'organizzazione che chiede integrazione ma disciplina il lavoro in modo da rendere molto difficile l'operare congiunto compartimentando le prestazioni, è un'organizzazione non coerente, che sicuramente troverà dei compromessi per funzionare lo stesso, ma che non potrà dare i migliori risultati.

Per affrontare questo complesso panorama, il lavoro si è articolato attingendo a tre campi disciplinari - le politiche sociosanitarie, la sociologia della salute e il *change management*

- che, pur con prospettive differenti, offrono strumenti complementari per analizzare il cambiamento nei sistemi di cura.

È stato necessario approfondire le politiche sociosanitarie per inquadrare la cornice istituzionale del servizio sanitario e la sua evoluzione storico-normativa, nonché i mandati dell'ultima riforma e la progettazione specifica delle Case della Comunità. Comprendere le linee politiche significa comprendere anche il contesto culturale generale che governa il sistema e gli indirizzi di sviluppo che a lungo termine vuole raggiungere.

L'ambito principale di riferimento è la sociologia della salute, sub disciplina della sociologia generale, avente come oggetto il campo di studi interdisciplinare della salute e malattia e della medicina. Occupandosi di un oggetto tanto complesso, la vocazione al confronto interdisciplinare è già insita nella natura della sociologia della salute, che è quindi costantemente chiamata a costruire la propria ricerca intersecando le specificità di altri ambiti in prospettiva dialogica.

La terza disciplina che ha informato il lavoro di ricerca è il *change management*, un filone di studi appartenenti alle teorie di comportamento organizzativo e manageriale che ha come oggetto specifico lo studio del cosiddetto *people side* dei cambiamenti organizzativi, ovvero la gestione del "lato umano" dell'organizzazione nei cambiamenti. Il proposito della ricerca rende chiaro quanto la convinzione della necessità di una prospettiva di *change management* nell'implementazione delle Case della Comunità sia alla base del lavoro effettuato.

L'applicazione di questo approccio multiprospettico mi ha consentito di indagare l'integrazione multiprofessionale e sociosanitaria come processo complesso nelle sue componenti sociali e organizzative, in cui gli attori costruiscono, negoziano e traducono il cambiamento organizzativo nelle relazioni.

L'approccio integrato ha rafforzato inoltre l'intento della ricerca grazie alla convergenza delle voci appartenenti a diversi ambiti disciplinari nel riconoscere la necessità dell'investimento sulla dimensione relazionale dell'integrazione.

La domanda di ricerca si concretizza nel chiedersi se l'apparato organizzativo delle Case della Comunità stia abilitando o meno l'integrazione multiprofessionale e sociosanitaria, e in quale modo. Ci si chiede quindi quali siano le novità e i cambiamenti specifici

introdotti da questo dispositivo organizzativo, e se essi fungano da fattori abilitanti per l'integrazione, che viene definita come modalità operativa fondamentale, ma che non si può dare per assodata.

Individuare questi aspetti in corso di processo è essenziale: poterli renderli evidenti e restituirli agli attori è l'intento fondamentale di una ricerca radicata nella realtà, che vuole dialogare con essa in ottica trasformativa.

L'esposizione si articola in due parti: nella prima si presenta l'analisi della letteratura, comprendente i contributi dei tre ambiti disciplinari citati, nella seconda si espone il lavoro empirico di ricerca sul campo.

Nel primo capitolo si ripercorre brevemente l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, dalla nascita alla pandemia, con un focus finale sull'istituto del Distretto e sulla regione Lombardia.

Nel secondo capitolo si richiamano le riforme post pandemiche a livello nazionale rispetto al tema salute, concentrandosi in particolare sulla disciplina della Case della Comunità in relazione alle cure primarie. Anche in questo caso si approfondisce in particolare la situazione lombarda.

Il terzo capitolo, seppur breve, puntualizza il significato delle Case della Comunità come struttura simbolo della riforma, e analizza la letteratura emergente delle prime ricerche rispetto ad esse, importanti basi di partenza per il mio lavoro.

Il quarto capitolo, presentando la disciplina del *change management*, collegandola al sistema sanitario e calandola nel contesto delle Case della Comunità, funge poi da collettore di tutto quanto esposto, arrivando a completare la cornice disciplinare in cui la domanda di ricerca è stata costruita ed entro cui si è proposta di lavorare sul campo e interpretare i risultati.

La seconda parte del lavoro entra nel vivo della ricerca: all'esposizione metodologica generale segue quella delle tre fasi che hanno composto il percorso di raccolta dei dati, corrispondenti all'utilizzo di tre diversi strumenti: lo studio di caso, le interviste qualitative e i focus group. Ogni sezione è introdotta dalle specifiche descrizioni

metodologiche e riporta nel dettaglio il processo di analisi, dalla codifica all'interpretazione.

Il lavoro si conclude con la discussione dei risultati, articolata in due step. Si sono inizialmente interpretati i risultati secondo tre dimensioni relazionali- tra persone, tra persone e sistema e tra sistemi - il cui perno è il ruolo rivestito dalla Casa della Comunità. Quanto emerso viene poi sintetizzato nel concetto di *prossimità interna*, quale movimento relazionale emergente nella Casa della Comunità, che supporta l'idea che l'integrazione si costruisca attraverso forme di avvicinamento delle componenti del sistema.

Capitolo 1

Il sistema sanitario italiano: una storia da sapere

La nascita del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano nasce nel 1978 con la legge n. 833, che istituisce un sistema sanitario sulla scia del modello cosiddetto Beveridge, che nel 1948 ha dato vita al National Health Service britannico quale parte integrante di un sistema di welfare statale volto ad ampliare le tutele dei cittadini (Giarelli e Neri, 2020).

L'intento della l. n. 833 era creare un sistema che garantisse l'accesso universalistico alla salute e fosse radicato a livello territoriale (Giarelli e Neri, 2020), superando il precedente e profondamente disuguale sistema mutualistico del periodo fascista (Giarelli, 2017).

Prende così corpo un assetto sanitario che vuole dare concreta e piena attuazione al principio sancito all'art. 32 della Costituzione Italiana, in cui si afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (La Costituzione, art.32).

La legge n. 833 del 1978 assegna la realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in avanti SSN) a Stato, Regioni e Comuni, garantendo anche la partecipazione dei cittadini. Lo Stato si deve occupare di programmazione generale, finanziamento, controllo delle malattie infettive e definizione di norme professionali. Le Regioni devono pianificare e coordinare i servizi sanitari a livello territoriale, integrandoli con i settori economico e sociale. Ai Comuni spetta la gestione delle Unità Sanitarie Locali (USL), responsabili dell'erogazione dei servizi sanitari a livello locale.

L'architettura disegnata dalla l. n. 833 prevedeva quindi una interconnessione tra tre livelli di responsabilità (nazionale, regionale e locale), necessari per la realizzazione di un modello tanto ambizioso, ma la sua implementazione ha incontrato da subito alcune difficoltà, a causa di conflitti giurisdizionali per una non chiara attribuzione delle responsabilità tra i livelli, e mancanza di adeguata pianificazione (Giarelli, 2017).

Nello stesso anno dell'istituzione del SSN si tiene la conferenza della World Health Organization di Alma Ata (1978), divenuta una pietra miliare di riferimento per lo

sviluppo dei modelli di gestione sanitaria, che chiede un importante intervento dei Governi nella promozione della salute, in particolare individuando nelle cure primarie il cardine del sistema di salute e dandogli una precisa identità. L'articolo 15 della Dichiarazione prodotta dalla Conferenza definisce infatti il *Primary Health Care approach* in questo modo:

The Conference considered primary health care to be essential care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and the main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. (WHO, Alma Ata, 1978)

La Conferenza ha considerato l'assistenza sanitaria primaria come un'assistenza essenziale basata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili agli individui e alle famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese possono permettersi di sostenere in ogni fase del loro sviluppo, nello spirito dell'autosufficienza e dell'autodeterminazione. Essa costituisce una parte integrante sia del sistema sanitario del paese, di cui è la funzione centrale e il principale punto di attenzione, sia dello sviluppo sociale ed economico complessivo della comunità. Rappresenta il primo livello di contatto tra gli individui, la famiglia e la comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile a dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria. (WHO, Alma Ata, 1978)

La sottolineatura della centralità delle cure primarie non avrebbe potuto essere più chiara e più esplicita di così, ma ciò non è bastato per indirizzare in questo senso lo sviluppo del neonato Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Anche l'universalismo auspicato dalla Conferenza troverà seri ostacoli nella realizzazione sia nazionale che internazionale, condizionato anche dall'affermarsi dei principi di approccio economicistico del neoliberismo, le cui pratiche si applicano anche a livello sanitario rendendolo terreno di conquista del mercato (Maciocco, 2018).

L'incertezza programmatica e le configurazioni neoliberiste rendono quindi l'avvio del Servizio Sanitario Nazionale ampiamente subordinato all'allocazione delle risorse, ovvero la distribuzione dal livello centrale e la gestione a livello regionale, che nel tempo

ha portato ad un aumento incrementale della spesa sanitaria (Mapelli, 2012) e ad un aggravio delle differenze regionali nella qualità erogativa sanitaria (Giarelli, 2017).

Contemporaneamente all'istituzione del SSN si verificano anche importanti cambiamenti nelle caratteristiche del panorama sanitario italiano: l'aumento dei consumi di assistenza sanitaria e sociale derivanti dall'aumento dell'aspettativa di vita, l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico-degenerative piuttosto che quelle infettive, lo sviluppo tecnologico e l'aumento della ricchezza dovuto alla crescente industrializzazione (Maciocco, 2018).

Parallelamente si evidenzia la mancata messa in atto, a livello di governo centrale, degli auspicati meccanismi di programmazione e coordinamento, a cui vengono preferite le disposizioni legislative, in particolare le leggi finanziarie, le più adatte ad assicurare il governo della spesa sanitaria (Neri, 2020) ma che certamente non possono da sole essere sufficienti per sostenere l'implementazione del sistema di cure.

Le riforme degli anni '90: l'affermarsi delle logiche aziendalistiche e manageriali

Con i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 ha inizio quella che viene definita la seconda fase del SSN. Tali decreti riformano sia i meccanismi di finanziamento che l'architettura istituzionale (Giarelli, 2017). La logica che si va affermando è quella aziendale-manageriale, in linea con i paradigmi dominanti a livello economico-produttivo, che vengono traslati anche nel sistema pubblico influenzando in modo importante le scelte di policy e le azioni strategiche di gestione a tutti i livelli, che quindi plasmano anche pratiche e professionisti che siano in linea con l'impianto del sistema. Come ben ricorda Mapelli (2012) infatti, l'aziendalizzazione è un processo in continuo divenire, perché richiede un riorientamento culturale degli operatori e dei manager.

Si assiste anche ad una netta separazione tra competenze gestionali, affidate alla componente manageriale dell'organizzazione, e competenze di indirizzo, imputate a soggetti politici rappresentativi esterni ad essa (Saitta, 2016).

Le USL vengono appunto trasformate in ASL, aziende pubbliche autonome, così pure gli ospedali (AO). Il governo locale diventa, secondo l'art. 3 del d.lgs. 502/1992 "ente strumentale della Regione".

Le stesse regioni vengono definite “aziende regionali”, una fattispecie non presente nell’ordinamento giuridico (Mapelli, 2012), che darà quindi adito alla possibilità di diversi modelli interpretativi (Giarelli, 2017), dato che i poteri principali di organizzazione e gestione dei servizi sanitari vengono attribuiti alle 19 regioni e alle due provincie autonome di Trento e Bolzano (Neri, 2020), che inizieranno appunto ad agire in modo sempre più autonomo e diversificato.

L’altro principio identificabile nella logica aziendale-manageriale che guida queste riforme è quello della concorrenza, che porta alla separazione delle funzioni di acquisto e produzione delle prestazioni, con l’idea di offrire maggiore libertà di scelta al cittadino (Giarelli, 2017) da una parte, e di portare ad un aumento della qualità della prestazione in virtù della competizione per attrarre l’utente-cliente dall’altra.

Collegato al precedente, collocandosi anzi come suo strumento applicativo, c’è il principio della privatizzazione, che plasma l’offerta secondo una logica di competizione regolata tra pubblico e privato per l’erogazione di servizi sanitari:

La relazione tra i sistemi pubblico-privato si è evoluta di pari passo con quella delle politiche della salute, passando da una prima fase (dall’Unità d’Italia agli anni ’20), in cui il privato filantropico aveva un ruolo centrale, ad un periodo di offerta mista nel periodo fascista, arrivando poi alla terza fase iniziata con l’istituzione del SSN, in cui il tema della gestione del privato in sanità diviene centrale. (Vicarelli e Pavolini, 2009 p.16)

Nel corso di un cinquantennio, infatti, si verificherà una privatizzazione progressiva del sistema sanitario, sia sul versante del finanziamento che su quello della produzione e acquisto di servizi (Mapelli, 2012), che si è tradotto nel posizionare sullo stesso piano i fornitori pubblici e quelli privati a scopo di lucro (Maturò, 2014).

Queste riforme denotano una situazione di profonda correzione del modello originario del servizio pubblico di tutela della salute (Ferrara, 2007; Saitta, 2016), che si orienta ora verso valori e pratiche operative che ricalcano i principi dell’economia di mercato, non certo l’universalismo e l’equità richiamate dalla visione pubblicistica posta ad iniziale fondamento.

In coerenza con la visione economicistica, chi si approccia al sistema di cure è un cliente-consumatore, e applica lui stesso le medesime logiche che il modello del mercato sta implementando: si afferma il pensiero comune che più si paga e migliore è il prodotto. Allo stesso modo viene sottilmente distorto l’obiettivo primario del professionista della

cura, che diviene sempre più condizionato dalla necessità di generare profitto perché inserito in un sistema progettato secondo queste logiche. Ma il sistema pubblico non può imitare in toto il privato, pertanto l'immagine percepita del SSN diviene distorta e stereotipata (nel linguaggio comune dire che qualcosa era “della mutua” aveva una connotazione spregiativa, significava qualcosa di poco funzionante e non affidabile).

Secondo Del Vecchio (2014)

Nella prospettiva economico-aziendale l'istituto connota la comunità umana organizzata per il perseguimento di fini propri e specifici – finalità non necessariamente o esclusivamente economiche – mentre l'azienda ne rappresenta, per astrazione, l'insieme dei fatti economici.

Viene evidenziandosi quindi la preminenza via via sempre maggiore che l'aspetto economico assume nella visione del SSN ed i conseguenti problemi gestionali che differenziano il sistema pubblico da quello delle imprese. Se infatti queste ultime sono per loro natura deputate alla gestione di un processo economico, negli istituti pubblici il fine prevalente è la rappresentanza e la garanzia dei diritti dei cittadini (Del Vecchio, 2014) o almeno *dovrebbe* esserlo.

È palese quindi la disfunzionalità di un modello applicato in modo pedissequo per l'ipotetico raggiungimento di una tipologia di obiettivi non contemplati dalle sue caratteristiche progettuali e di funzionamento.

Il risultato finale delle riforme degli anni 1992-1993 è stato efficacemente definito da Mapelli (2012) come “un *patchwork* di diversi principi ispiratori: privatizzazione, managerialismo, concorrenza” (p.187). La definizione rende evidente quanto diventi sempre più difficile parlare di sistema sanitario al singolare, e quanto il quadro che si va componendo diventi sempre più complesso.

È per questi motivi che si arriverà poi ad una nuova riforma nel 1999, atta a meglio definire il quadro delineato a inizio del decennio.

Razionalizzazione delle risorse e frammentazione progressiva del sistema

Quella che la letteratura individua come terza fase ha inizio con la cosiddetta “riforma della riforma” (Bifulco, 2023; Ferrara, 2007; Mapelli, 2012) del 1999 (d.lgs. 229/1999), che ha accentuato la regionalizzazione e la distrettualizzazione del SSN (Giarelli, 2017).

All'art. 1 infatti il SSN viene definito come “il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali”, definizione che appunto mette in primo piano il nuovo ruolo delle Regioni (Mapelli, 2012).

Questa riforma si caratterizza per un decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni, in termini di competenze legislative, di finanziamento e programmazione delle attività sanitarie (Giarelli, 2017; 2020) e per la messa al centro del Distretto quale asse portante della sanità territoriale, elemento già contenuto nella Legge n. 833/78 ma rimasto inapplicato (Giarelli, 2020).

Lo Stato, attraverso lo strumento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), dirige la programmazione regionale, nel tentativo di garantire quell'universalismo della cura che era stato posto a fondamento del SSN (Vicarelli, 2023) ed evitare la generazione di microcosmi di salute a livello regionale che non si ponessero in un unico orizzonte nazionale.

Questa accentatura del Distretto pare indicativa di un direzionamento delle politiche sanitarie che intende superare l'ospedale-centrismo dominante per portare l'attenzione alle cure primarie quali primo e più importante istituto di cura. (Giarelli, 2020).

Oltre al decreto legislativo del 1999 è da segnalare la successiva modifica del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la riforma del 2001 (Legge Costituzionale n. 3/2001), che porta anch'essa ad un accresciuto ruolo e a maggiori competenze delle autonomie regionali, che si vedono legittimare la possibilità di implementare Servizi Sanitari Regionali differenti sul piano dell'organizzazione dei servizi (Vicarelli, 2023).

Regionalizzazione e distrettualizzazione contribuiscono ad aumentare la complessità e i piani di articolazione del SSN, che risulta non rappresentabile in un quadro comprensibile (Giarelli, 2017). Ciò che si compie è quindi un'ulteriore tessitura a *patchwork*, riprendendo il termine utilizzato da Mapelli (2012), che rende sempre più difficile parlare di Servizio Sanitario Nazionale, ma porta a dover prendere in considerazione i singoli sistemi regionali.

Inoltre, nonostante le riforme paiano riportare in primo piano il ruolo delle Regioni, dei territori e dei Distretti - come affermato in precedenza - in ragione di un sistema di cura più vicino alle persone e ai bisogni, elemento che potrebbe costituire il rovescio positivo della eccessiva autoreferenzialità regionale, in realtà l'applicazione del *New Public Management* e gli obiettivi di razionalizzazione delle risorse (ovvero di taglio della

spesa), concorrono al declino del sistema di prevenzione e di cura territoriale (Bifulco, 2023). Non da meno sono gli interventi sul sistema ospedaliero, che in quest'ottica favoriscono le grandi strutture portando alla chiusura di quelle più piccole, lasciando così scoperte ampie porzioni di territorio. (Bifulco, 2023).

L'impostazione continua quindi a configurarsi sempre più frammentata e diseguale, ma accumulata dal principio della razionalizzazione economica, che comunque non produce molto risultato.

Ferrara (2007) chiama e descrive questo continuo rimaneggiamento normativo *paradosso dell'eterno riformatore*, in cui

per fronteggiare i problemi [...] si materializza quasi un vero e proprio moto del pendolo, con modelli di soluzione ricorrenti, proposti, rinnegati e ancora riproposti con frequenza ciclica (sempre gli stessi, pur con alcuni aggiustamenti!).

Prosegue sulla stessa linea quasi dieci anni dopo (segno che poco è cambiato) Cavicchi (2016), che utilizza una metafora molto efficace per descrivere il medesimo paradosso che questi continui interventi sull'apparato regolativo del SSN in nome della razionalizzazione economica concretizzano. Secondo Cavicchi si può paragonare il sistema sanitario ad un autobus progettato per rispondere pienamente alle esigenze degli utenti ed essere efficiente ed economico, ma il cui motore è stato assemblato con pezzi di recupero, risultando quindi antieconomico, lento e inefficiente. A fronte di queste evidenze, invece che investire nella creazione di un nuovo motore, si è continuato a cercare "rattoppi" più immediati ed economici, ma non risolutivi, fino a rassegnarsi al pensiero di dover rinunciare all'autobus e cercare delle alternative di trasporto piuttosto che intervenire una volta per tutte sul motore.

L'indipendenza regionale verso la pandemia

Penso si possa parlare di quarta fase dal 2001 fino allo scoppio della pandemia da Covid-19 nel 2020, negli anni che vedono affermarsi quello che Vicarelli definisce lo *Stato delle Autonomie* (Vicarelli, 2021 p.24), in cui appunto si vede prendere sempre più piede l'autonomia normativa e finanziaria regionale (Ugolini, 2004). Nei primi anni della loro introduzione, il dispositivo dei LEA e il principio di eguaglianza sostanziale paiono

restare il riferimento di convergenza di tutte le Regioni verso gli indirizzi del governo centrale, tuttavia il progredire della regionalizzazione ha legittimato anche la differenziazione sempre più marcata tra i modelli organizzativi e la relativa offerta dei servizi (Genova *et al.*, 2024).

Dal 2010 in avanti, inoltre, le politiche di *austerity* comportano la diminuzione della spesa sanitaria pubblica, mentre si assiste ad un aumento della spesa sanitaria privata (Giarelli, 2017; Neri e Mori, 2017). Come illustrato da Ascoli e Pavolini (2012), il ridimensionamento della spesa per la sanità rispecchia quello generale del sistema di *welfare*, che mostra due tendenze: una privatizzazione nella fornitura delle prestazioni e una loro decentralizzazione.

Parallelamente si assiste ad un inasprimento dell'idea di autonomia, che viene confusa con l'indipendenza e la separatezza (Vicarelli, 2021), a testimonio di cui si possono osservare sempre maggiori differenziazioni nei modelli di sviluppo dei sistemi sanitari regionali, fino ad arrivare ad una situazione che anche Mapelli (2012) definisce di *totale indipendenza* dalle politiche statali.

Saitta (2016 p.437) riporta questa efficace definizione di Ferrara (2007 pp. 153-154) che, nominando il “paradosso dell'eterno riformatore” citato in precedenza, ben riassume in poche parole il *fil rouge* che ha guidato le riforme, che purtroppo non è stato l'universalismo:

Al termine della descrizione, inevitabilmente incompleta, dei modelli organizzativi del SSN italiano alla luce dell'evoluzione legislativa degli ultimi centocinquanta anni, dovrebbe essere emerso che – come da tempo notato dalla più attenta dottrina – i fattori di più elevata criticità che, confermando l'attualità del «paradosso dell'eterno riformatore», sono stati costantemente al centro dell'attenzione dei legislatori di ogni epoca sono la costruzione di un modello gestionale più o meno pubblicistico o privatistico ed il rapporto fra strutture pubbliche e private.

Le configurazioni regionali dell'offerta sanitaria

Si è visto quindi che le riforme hanno praticato una spinta costante verso la regionalizzazione, che ha raggiunto livelli di indipendenza pressoché totale dal governo centrale: si può constatare infatti che sono ormai le Regioni il centro regolativo e gestionale del SSN (Ferrara, 2016).

Come ricordato da Neri e Vicarelli (2023) la letteratura identifica tre modelli di sviluppo dei sistemi sanitari regionali, implementatisi a seguito delle riforme precedentemente illustrate:

- Modello *integrato*, atto a promuovere la cooperazione e programmazione negoziata tra tutti gli attori (Emilia-Romagna, Veneto, Marche e più in generale le Regioni centrosettentrionali)
- Modello di *quasi mercato*, orientato alla concorrenza e al mercato (Lombardia)
- Modello *burocratico-residuale*, caratteristico di Regioni, soprattutto del Centro-Sud, che nel tempo oscillano tra i due precedenti.

I modelli sono indicativi delle scelte regolative e organizzative compiute soprattutto in merito ai servizi specialistici (ambulatoriali e ospedalieri), che hanno anche importanti ricadute sul rapporto tra cure primarie e specialistiche, tra ospedale e territorio (Neri e Vicarelli, 2023). Le conseguenti configurazioni regionali hanno quindi assunto forme e direzioni molto diversificate, anche in regioni geograficamente, economicamente e politicamente simili (Garattini, Martini e Zanetti, 2022 p.3).

Questa è la situazione del servizio sanitario che si trova improvvisamente a dover fronteggiare la pandemia da Covid-19.

Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

La pandemia da Covid-19 ha scosso alle radici il sistema sanitario, sia a livello nazionale che regionale, con impatti diversi e di diversa intensità, ma comunque e ovunque significativi. Per quanto inattesa, si può dire che essa ha agito da amplificatore di alcune criticità e fenomeni i cui prodromi erano già ampiamente intercettabili, in quanto, come afferma Beck (1986), riferendosi al lavoro scientifico ma che ritengo possa essere calzante ampliare in questo contesto, le conseguenze vengono *prodotte*, non “portate dalla cicogna” (p.239) e rispetto a cui alcune voci si erano già levate¹, come ricorda anche Neri (2023), ma che non avevano ancora forza sufficiente per essere incisive o, meglio,

¹ In primis il movimento 2018 *Primary Health Care: now or never*, un gruppo di professionisti della salute convinti della necessità di un cambio di paradigma nelle cure primarie che ha elaborato analisi e proposte raccolte nel “Libro azzurro”, presentato nel settembre 2021 e disponibile al seguente link <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>
Si vedano anche Donati (2001) e l’analisi approfondita di Cavicchi (2016)

chiamavano azioni di intervento talmente forti che era troppo difficile pensare di ascoltarle.

Il breve richiamo storico evolutivo sopra presentato rimanda l'immagine di un SSN che, nonostante la sua età relativamente giovane, ha conosciuto un importante numero di aggiustamenti, ridefinizioni, reimpostazioni.

L'intento migliorativo di queste rimodulazioni ha cercato sia di far evolvere il sistema al passo con i tempi, sia di "sistemare" le criticità man mano emergenti, almeno negli intenti dichiarati.

Lo stare al passo con i tempi ha anche comportato però l'adozione di politiche sanitarie riflettenti l'egemonia dei paradigmi economici alla base del neoliberismo occidentale, che si è tradotta a livello centrale in una normativa disponente l'amministrazione delle risorse tendente al contenimento dei costi e alla massimizzazione del profitto e a livello regionale in diverse sperimentazioni applicative.

Tutto ciò all'interno di un paradigma della salute prevalentemente centrato sulla malattia e sulla prestazione, nonostante sin da molto prima della pandemia si stessero muovendo correnti di pensiero molto diverse (come il movimento *Primary Health Care* citato in nota 1) e si levassero multidisciplinari voci a richiamo dell'essenza del SSN. Evidentemente le pressioni del contesto globale e un persistente effetto di *path dependance* (David, 1985), tipico delle organizzazioni pubbliche, hanno impedito alle intenzioni di miglioramento di essere impattanti e insediarsi nei meccanismi strutturali profondi.

Il caso della Regione Lombardia

Non è qui possibile descrivere tutti i variegati panorami regionali, in quanto il focus di interesse è la Regione Lombardia, con riferimento in particolare all'organizzazione dei servizi territoriali delle cure primarie.

Studiare il caso della Lombardia appare particolarmente interessante per due ragioni, tra loro connesse: La prima riguarda l'impatto della pandemia: com'è noto la Lombardia è stata una delle regioni con il numero di contagi e decessi maggiori, nonché con conclamate difficoltà di gestione dei pazienti malati sia a livello ospedaliero che domiciliare. Era quindi evidente che in questa regione era quanto mai necessario tornare ad investire sulle cure primarie di pari passo con un cambio di prospettiva.

La seconda ragione che rende la Lombardia un caso di particolare interesse è che, come detto poc'anzi, è l'unica regione ad aver sviluppato il modello di *quasi mercato*, con la finalità di creare un sistema ibrido tra pubblico e privato. Per fare ciò le strutture pubbliche sono state scorporate dalla ASL, costituite in Aziende Ospedaliere e si sono trovate a competere con gli attori privati. Le Asl sono diventate quindi strutture di finanziamento e acquisto delle prestazioni sanitarie, mentre le Aziende Ospedaliere i produttori di servizi (Mapelli, 2012), all'interno di una logica di finanziamento a prestazione o a episodi di ricovero (Neri e Vicarelli, 2023) che ha reso la concorrenza il meccanismo dominante. Tale funzionamento ha avuto un ruolo determinante nel costruire un approccio prestazionale alla cura, al cui apice si trova la “forza” dell'offerta ospedaliera, che si configura sempre più ampia e specialistica, penalizzando invece funzioni come le cure primarie e servizi specialistici territoriali che mal si adattano a tale logica e ai suoi meccanismi remunerativi (Neri e Vicarelli, 2023).

Come sottolineano Arlotti e Marzulli (2021 p.43)

l'esito di questo processo è stato tuttavia paradossale. Da una parte, infatti, la Lombardia presenta un panorama sanitario di ‘eccellenza’, dall'altra ciò che funziona (il sistema ospedaliero e la medicina specialistica) ha forse oscurato ciò che da tempo era in crisi nel SSR lombardo, cioè il sistema delle cure territoriali.

Il sistema di cure territoriali lombarde è stato non solo oscurato, ma anche impoverito dallo stampo ospedale-centrico portato avanti dalle riorganizzazioni messe in atto, che hanno continuato quindi a promuovere un modello che ha messo in primo piano l'assistenza ospedaliera piuttosto che i servizi territoriali (Bifulco, 2023), e la pandemia ha dato la prova lampante della fallacia di questa scelta.

Nonostante nel 2003 la Lombardia abbia adottato un modello di governance contrattuale (Mapelli *et al.*, 2007) come quello toscano, l'impronta strutturale è rimasta quella precedentemente descritta, con poco investimento sul territorio, a dimostrazione di cui si evidenzia la mancata sperimentazione delle Case della Salute, modello che il d.m. 10 luglio 2007, in base all'art. 1, comma 806, lett. a della l. n. 296/2006 (attuativo del PSN 2006-2008), definiva quali

struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie. (d.m. 10 luglio 2007 art.1)

In coerenza con la propria impostazione ospedale centrica la Lombardia ha continuato invece a tenere il territorio in posizione residuale, ignorando una serie di categorie di bisogni e servizi che non trovavano risposta e la crescente disfunzionalità anche all'interno delle strutture, con la creazione di liste d'attesa sempre più lunghe e l'esplosione del ricorso al privato.

La l.r. del 2015 n.23 ha profondamente riformato il livello locale del SSR, separando le funzioni di programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari dalla loro erogazione sul territorio regionale (Garattini, Martini e Zanetti, 2022).

Tale normativa ha unificato i servizi territoriali e ospedalieri in 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), che si articolano in due settori aziendali, la Rete territoriale e il Polo ospedaliero. La prima, attraverso i Presidi ospedalieri territoriali (POT) e i Presidi sociosanitari territoriali (PreSST), eroga servizi sanitari e sociosanitari residenziali a media e bassa intensità, territoriali, domiciliari, delle cure primarie (assieme alle ATS) e intermedie. Il Polo Ospedaliero si dedica al trattamento del paziente in fase acuta mediante offerta sanitaria specialistica (Neri e Vicarelli, 2023).

Obiettivo della riforma e ruolo dei PreSST in particolare era favorire l'integrazione dell'assistenza territoriale con quella ospedaliera ed il suo rafforzamento. Tali obiettivi, tuttavia, non si sono realizzati, lasciando immutata la dominanza ospedaliera del sistema lombardo (Neri e Vicarelli, 2023).

Il Distretto

L'evoluzione del Distretto nella normativa

Dopo aver evidenziato il percorso che ha portato ad avere al centro dell'analisi il livello regionale lombardo e come esso sia inserito nel quadro nazionale, si rende ora necessaria una sottolineatura rispetto al Distretto, termine che designa sia una partizione geografica di un territorio che un'articolazione del sistema sanitario regionale.

Anche i Distretti hanno una lunga storia all'interno del SSN, che era culminata in un sostanziale accantonamento dei loro ruoli e funzioni, di pari passo con la marginalizzazione delle cure primarie. Nel post pandemia il Distretto, come si confermerà in seguito, assume invece un ruolo strategico fondamentale, pertanto è importante che venga chiaramente identificato e collocato nel contesto.

La prima menzione del Distretto si trova già nella legge fondativa del SSN, che all'art. 10 afferma che

sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

La funzione del Distretto avrebbe dovuto essere quella di coordinare l'assistenza primaria e territoriale (Giarelli, 2024), permettendo di portare i servizi, governati a livello regionale e gestiti dalle USL, vicino ai luoghi di vita dei cittadini (Bellentani *et al.*, 2011).

Di fatto il Distretto resta una realtà prevalentemente nominale, in quanto la sua implementazione si confronta con difficoltà organizzative, ovvero poca chiarezza del modello e del suo ambito di azione, la frammentazione delle USL, delle responsabilità dei servizi al loro interno e il complesso riparto di competenze tra Enti locali e Regioni (Bellentani *et al.*, 2011); resistenze politiche e manageriali (Giarelli, 2024); nonché l'assenza di una funzione di coordinamento e indirizzo da parte dello Stato (Colombini, 2021).

Con la riforma del 1992 all'art. 3, co.5, viene stabilito che “spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in Distretti”. Il Distretto diventa quindi un'articolazione funzionale delle USL (che ora sono Aziende) ma, in assenza di ulteriori indicazioni, resta ancora una volta un'entità formale senza autonomia operativa (Bellentani *et al.*, 2011).

Il Distretto viene di nuovo ripreso e ridefinito come asse della sanità territoriale (Giarelli e Neri, 2020) nella riforma del 1999 (d.lgs. 229/1999), in cui all'art. 3 (*-quater*, *-quinques* e *-sexies*) vengono attribuite le funzioni e le risorse, viene qualificato il Direttore di Distretto e specificata l'integrazione sociosanitaria.

Come sottolinea Maciocco (2020) “È la prima volta che una legge nazionale stabilisce le regole del Distretto fornendo all’assistenza primaria una precisa identità e un nuovo ruolo all’interno del Servizio sanitario nazionale”. Pare quindi finalmente creata una cornice più solida per dare nuova linfa al sistema di cure primarie territoriali e ricondurre il SSN negli ambiti di vita dei cittadini.

Secondo il rapporto OASI 2022 (p.526) la riforma del 1999 attribuisce al Distretto “il ruolo di garanzia dell’assistenza primaria, socio-sanitaria, specialistica ambulatoriale e domiciliare integrata”. (Dalponte, Ferrara e Tozzi, 2022).

Anche in seguito, la Legge n. 328 dell’8 novembre 2000 pone l’accento sugli aspetti di integrazione sociosanitaria, facendo riferimento alla coincidenza degli ambiti territoriali per l’esercizio delle funzioni sociali con i Distretti sanitari.

Tale cornice normativa pare essere un trampolino di rilancio ben strutturato sia per l’assistenza primaria sia per l’integrazione sociosanitaria, un’occasione per ripensare i servizi di cura a fronte dei nuovi scenari epidemiologici e dell’ampliamento del concetto di cultura della salute, che trova il suo fulcro nel Distretto, in sostituzione della cultura della malattia, che invece trova il suo fulcro nell’ospedale (Bissolo e Fazzi, 2005).

Il Distretto oggi

Allora perché, come noto, nonostante tutte le condizioni di cornice citate in precedenza, nulla si è concretizzato? Nell’approfondita e già citata analisi di Cavicchi (2016), l’autore individua un difetto di origine nella concettualizzazione del Distretto, che si può collocare a mio parere come decisivo fattore a causa del fallimento della sua attuazione nonostante tutte le riproposizioni normative.

Cavicchi sottolinea che la definizione di Distretto è avvenuta come un termine negativo ricavato da un termine positivo di riferimento, ovvero l’ospedale: il Distretto è quindi inteso come tutto ciò che *non è* ospedale. Ciò lo pone non solo in posizione asimmetrica e in condizione di subordinazione, ma anche in antagonismo, promuovendo una logica di contrapposizione piuttosto che di complementarità.

Si può notare come nell’evoluzione del SSN e nella regionalizzazione come precedentemente descritta, in particolare a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione del 2001, aumenti la diversificazione dei modelli di organizzazione dei servizi sanitari e quindi anche dei Distretti, in quanto spetta alle Regioni disciplinarne il

funzionamento, dando quindi origine ad una pluralità di configurazioni e interpretazioni, in alcuni casi volte anche a sottostimarli, come in Lombardia (Maciocco, 2020). Infatti in Lombardia i Distretti svolgono funzioni di governo e programmazione dell'offerta territoriale, ma non erogano direttamente servizi. A differenza di quanto previsto dal d.lgs. 502/1992 — dove il Distretto, come parte della ASL, governa ed eroga prestazioni — in Lombardia l'erogazione è affidata al “Settore aziendale Rete territoriale” delle ASST e ai privati accreditati. Il Distretto lombardo non coincide quindi con il luogo operativo dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria, ma rappresenta soprattutto un livello di pianificazione e acquisto che fa capo alla Direzione Generale della ATS. (Regione Lombardia, 2021)

Ad oggi il d.m.77/2022 ha reclamato il Distretto e le sue funzioni quale epicentro del cambiamento, anche se, come evidenziano Da Col e Trimarchi (2022), il Distretto è nominato solo nell'Allegato 1 del Decreto, che ha valore descrittivo, e non nell'Allegato 2, che ha invece valore prescrittivo. Ciò significa che ancora una volta non c'è un modello standard uniforme e obbligatorio, cosa che lascia più che aperta la possibilità che permanga l'attuale disomogeneità regionale. Certamente il d.m.77 chiede a tutte le Regioni un maggiore e migliore investimento nell'assistenza territoriale, ed è necessario e utile mantenere un certo grado libertà attuativa che risponda alla necessità di ripartire dall'esistente e personalizzare i servizi, ma manca ancora un modello di riferimento comune.

Per evidenziare le caratteristiche che comunque emergono come essenziali per qualificare il Distretto ritengo decisivo richiamare nuovamente il rapporto OASI 2022 (Dalponte, Ferrara e Tozzi pp.528-529) in cui gli autori, dopo la disamina dell'evoluzione normativa del Distretto, individuano quattro accezioni che lo caratterizzano, tra loro strettamente collegate e nel tempo diversamente applicate dai diversi contesti regionali.

1. Il Distretto è una *partizione territoriale* dell'ASL. A fronte di un'area di riferimento territorialmente definita, con una determinata dimensione e specifiche caratteristiche geografiche, devono essere offerti servizi adeguatamente calibrati. In termini di territorio di riferimento le connotazioni dei Distretti presentano una considerevole varietà, passando da comunità montane a contesti metropolitani.
2. Il tema del territorio è saldamente legato alla seconda accezione, ovvero quella rivolta alla *popolazione di riferimento*, che in quello specifico territorio esprime una domanda e

un fabbisogno di tutela della salute specifici, proprio in virtù delle caratteristiche del territorio di appartenenza.

3. La terza accezione è quella della *responsabilità organizzativa* rispetto al territorio di riferimento, essendo definito nel Decreto legislativo 502/1992 come articolazione organizzativa delle USL all'interno del processo di aziendalizzazione del SSN. Tale concetto di responsabilità organizzativa si esplicita nella figura del Direttore di Distretto, individuato dal Decreto legislativo 229/1999 (e ripreso poi nel d.m.77), che gli attribuisce la responsabilità di gestione delle risorse assegnate.

4. La quarta accezione che caratterizza il Distretto, derivante dall'essere sia una partizione territoriale che una responsabilità organizzativa, è il fatto di avere una funzione esplicita rispetto alle *relazioni e ai processi di integrazione* con i soggetti istituzionali del territorio di riferimento, che si concretizza nella presenza all'interno dell'organizzazione dell'Azienda USL della Conferenza dei Sindaci.

Questa analisi rende evidente che il Distretto è esplicitamente qualificato per avere una sua identità territoriale in base ai bisogni della sua popolazione e per gestire le risorse non solo di budget ma anche comunitarie.

Appare inoltre evidente quanto il Distretto sia tutt'altro che marginale, e quindi quanto sia essenziale abbandonare la definizione residuale (Distretto come *non-ospedale*) per recuperare le accezioni ben delineate poc'anzi.

Capitolo 2

Il post pandemia e l'opportunità di ricostruire

Le parole chiave: territorialità e prossimità

Recuperando la metafora dell'autobus di Cavicchi (2016) descritta all'inizio del cap.1, si può affermare che la pandemia ha messo fuori gioco il vecchio motore e costretto a tentare di costruirne uno nuovo, nella consapevolezza che altrimenti il rischio è restare definitivamente appiediti. Oltre alle risorse materiali e programmatiche, che verranno illustrate tra poco, ritengo prioritario evidenziare preliminarmente due termini chiave che sono (e saranno) presenze costanti nelle riforme post pandemia, ovvero territorialità e prossimità.

Questi due concetti sono quelli che il legislatore pone a fondamento della creazione del dispositivo organizzativo al centro della riforma post pandemica, la Casa della Comunità, deputata a rendere concreti gli indirizzi normativi.

Rispetto al tema della territorialità, è importante che la riflessione inizi dal riconoscere la situazione di partenza, che si concretizza nella constatazione che negli anni il ruolo del territorio nel sistema di cura si è fatto sempre più marginale e residuale, infatti "Nell'immaginario collettivo, da oltre un secolo, l'idea di sistema sanitario coincide con quella di ospedale, che ne rappresenta il centro simbolico e organizzativo" (Giarelli, 2024 p. 22).

È un dato di fatto, un'immagine condivisa, un automatismo quasi, che anche oggi, pur con il bagaglio di apprendimenti che in teoria la pandemia ci ha lasciato, faticiamo a scalzare dalle rappresentazioni profonde del nostro repertorio.

D'altra parte, l'immaginario collettivo si è plasmato su uno sbilanciamento strutturale del sistema marcatamente a favore dell'ospedale piuttosto che del territorio, tutt'oggi ancora chiaramente evidente, ancor più sul piano culturale (Busilacchi e Toth, 2021).

Il seguente stralcio del rapporto GIMBE esplicita a chiare lettere questo concetto e gli effetti che continua a generare:

Un altro piano su cui si riflette questa relazione fra *marketization* e impoverimento della sanità territoriale è il piano, meno visibile ma

altrettanto cruciale, delle culture e delle concezioni in tema di salute che sono incorporate nelle architetture organizzative e ne orientano le pratiche quotidiane. La fragilizzazione del territorio è infatti collegata a doppio filo all'avanzata di dinamiche di desocializzazione della salute. Quest'ultima a sua volta rimanda alla ascesa e alla pervasività del modello di mercato. La competizione come principio ordinatore dell'architettura del sistema di offerta scoraggia pesantemente l'investimento sulle aree di mercato meno redditizie come la prevenzione e le cure primarie, favorendo invece la medicina ospedaliera e specialistica. Ancora, il meccanismo domanda-offerta è incoerente con strategie di promozione della salute, che per loro natura dovrebbero interessare prevalentemente la componente territoriale dei servizi. Per converso, questo meccanismo tende a dar forza a una domanda di tipo consumeristico (GIMBE, 2019).

Nonostante già dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978 si accentasse la necessità di investire sull'assistenza territoriale, la WHO nel 2008 denuncia che la strada intrapresa a livello internazionale è ben diversa, in particolare evidenzia le seguenti criticità:

- Accentramento su ospedale e attività specialistica
- Commercializzazione e privatizzazione
- Frammentazione e moltiplicazione dei programmi verticali (Brambilla e Maciocco, 2023).

Queste criticità incontrano in toto la situazione italiana, in alcune regioni più che in altre, ma in generale deficitaria rispetto all'investimento territoriale, e ad una non comunicazione tra cure territoriali e cure ospedaliere (Busilacchi e Toth, 2021).

Per quanto quindi si parli di territorialità, i sistemi organizzativi e il modello culturale generale rispetto al sistema sanitario continuano a strutturarsi secondo la logica divisiva, competitiva e a matrice ospedaliera, creando un sistema *atomistico* (Zanella, 2022).

Come già richiamato nel cap.1, nel nostro Paese nel 2021 un'equipe di ricercatori aderenti alla campagna "*2018 Primary Health care: now or never*", ha presentato il *Libro Azzurro per le cure primarie*, in cui segnalava la preoccupazione per il perdurare della non applicazione dell'approccio della PHC (*Primary Health Care*) e l'urgenza di intervenire in modo radicale per un cambio di paradigma nell'approccio alla salute, in quanto

Senza un modello adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto, basato sul potenziamento delle Cure Primarie, dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni, che rischia di porre i sistemi assistenziali in una condizione di crisi strutturale. Da una parte un maggior incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo,

preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una risposta adeguata e sistematica alle persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, effetto dell'incapacità a privilegiare, innanzitutto, le risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone. (p.3).

Rilanciava quindi con forza la necessità di intraprendere azioni radicali di investimento sulla territorialità, a rovesciamento di una prospettiva di medicina di attesa e di intervento sulla malattia a favore di un approccio preventivo e centrato sulla salute (p.6).

Territorialità non significa solo distribuire le attività, sia come tipologia che come locazione, oltre l'ospedale. Significa anche considerare il territorio come *sistema sociale*, che rientra a pieno titolo nelle coordinate del sistema connessionista di cui parla Ardigò (1997) e diviene dunque parte del sistema salute portando le proprie istanze e specificità, ri-assumendo un ruolo attivo e dialogico.

In questa accezione il territorio non solo non è più destinatario di interventi standardizzati ma è anche portatore di risorse, luogo di cura e bacino di ricerca e innovazione.

Purtroppo queste voci, per essere attenzionate, hanno dovuto attendere i nefasti esiti della pandemia, che ha portato ad un aumento significativo della domanda nell'opinione pubblica di servizi territoriali, sia tra i tecnici che tra i politici (Bifulco e Neri, 2022).

Il termine prossimità viene utilizzato in tandem con quello di territorialità, per rappresentarne la dimensione più relazionale e comunitaria, che rovescia il paradigma singolare della prestazione per malattia per assumere quello plurale di sistema di salute. Certamente tale concetto si pone in modo antagonista all'ospedale centrismo e alle sue torri d'avorio dove la cura è reificata in prestazioni, immerse in un sistema che non dà tempo per altro e in cui tutti paiono vittime di meccanismi da *istituzione totale* (Goffman, 1961).

Prossimità fa anche risuonare richiami religiosi, anche se forse solo nelle generazioni ormai più che adulte: nelle parole della tradizione cattolica "il prossimo" designa "l'altro", annullando la sensazione di separatezza e distanza che il secondo termine richiama, concetto rinforzato anche dal messaggio fondamentale del cattolicesimo "ama il prossimo tuo come te stesso". La prossimità indica contatto, orizzontalità, un sentimento di vicinanza e riconoscimento.

Intendere quindi la salute come prossimità e non come alterità non è solo una questione terminologica, è davvero un cambiamento culturale importante. Questo concetto è stato

ben espresso più volte anche dai ricercatori della rete Welfare Responsabile², che, nella pubblicazione *Responsabilità e prossimità* del 2023 riprendono quanto affermato nel già citato *Libro Azzurro* del 2018, rimarcando che il concetto di prossimità richiede un

rovesciamento della logica funzionale del sistema sanitario: si tratta di portare le cure presso il paziente anziché viceversa. In questa direzione, la “sanità di prossimità”, basata su di un approccio proattivo al paziente per la prevenzione e promozione della salute con particolare riguardo alla presa in carico delle persone più fragili, costituisce un salto di qualità nella direzione di un riorientamento delle cure [...] Tuttavia, anch’essa rischia di rimanere intrappolata in una logica autoreferenziale ancora centrata sul sistema dei servizi se non si accompagna ad un più radicale rovesciamento di logica culturale e organizzativa che faccia perno sulla centralità della persona intesa non semplicemente come portatrice di bisogni e utente passivo, ma come soggetto dotato di risorse da valorizzare e primo riferimento fondamentale per la gestione responsabile della propria salute. (p.16)

Il concetto di prossimità viene maggiormente circoscritto e puntualizzato poi da Giarelli che lo definisce in questo modo:

costituisce la vicinanza del sistema dei servizi territoriali alla persona e al suo mondo vitale, sia in senso culturale come capacità di comprensione dei riferimenti cognitivi, valoriali e normativi della persona, che in chiave organizzativa come promozione dell’accessibilità dei servizi mediante una loro flessibilizzazione, rimodulazione e fruibilità. (Giarelli, 2025 p.34)

È chiaro quindi che la prossimità non è un mero cambio di posizionamento e allocazione dei servizi, ma “una combinazione tra la dimensione spaziale e quella relazionale della prossimità” (Ingrosso, 2024 p. 67), quindi un cambio di postura nell’intero sistema sanitario in tutte le sue componenti, che coinvolge tutti e stravolge tutto.

Come dimostrato dall’analisi dell’evoluzione del servizio sanitario, il rischio che anche tale cambiamento si riduca al livello più superficiale e facile, ovvero quello che Ingrosso ha chiamato dimensione spaziale della prossimità, è davvero alto. Il livello spaziale è più concreto e facilmente identificabile, mentre il livello relazionale chiama in causa dinamiche e processi complessi.

² La rete Welfare responsabile è composta da studiosi e ricercatori di 20 università italiane, coordinate dall’Università Cattolica del Sacro Cuore. Per approfondimenti: <https://www.welfareresponsabile.it/chi-siamo/>

Lasciando per il momento i due concetti di territorialità e prossimità sullo sfondo, è necessario proseguire nella linea temporale evolutiva del servizio sanitario, arrivando alle riforme post pandemia e ai nuovi assetti che si stanno implementando.

NextGenerationEu e P.N.R.R.

Alla pandemia da Covid-19 possiamo collegare quasi tutti gli avvenimenti degli ultimi anni: è stata la fine e l'inizio di molte cose, causa e conseguenza di altre, tragedia e occasione, trauma e riscatto, morte e nuova vita.

Non lo è stata da meno nella politica: a livello europeo le agende sono state investite di nuove priorità derivanti da nuovi orientamenti politico-culturali (Ingrosso, 2024) mediante il varo del piano NextGenerationEu, che ha disposto un finanziamento di 806,9 mld di euro per interventi strutturali da realizzarsi nell'arco di 8 anni, a cui si sono aggiunti 1.211 mld di prestiti pluriennali, per un totale di 2.018 miliardi (Commissione Europea, 2021).

Su questa scia in Italia il governo Draghi ha varato, nell'aprile 2021, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con 6 Missioni obiettivo, per un finanziamento totale di 222,1 mld.

In particolare è qui di interesse la Missione 6, che non lascia dubbi circa le criticità non più sostenibili del nostro sistema sociosanitario:

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Vi sono: [...] un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari (PNRR pp. 225-226).

Queste poche righe racchiudono una fotografia della situazione della sanità che rende necessaria un'analisi complessa e radicale. Tale panorama non richiede infatti interventi limitati alla progettazione di nuovi servizi, bensì di ripensamento di una intera entità

organizzativa. Tali necessità sono chirurgicamente individuate nel paragrafo presentato mediante alcune parole chiave:

- La prima è *strutturale*, riferita alla natura delle criticità. Questa definizione sposta il riflettore principale dalla pandemia, certamente *driver* della crisi ma non causa unica, alla inadeguatezza organizzativa preesistente. La presa di coscienza dell'organizzazione come entità sistemica la pone non solo come oggetto passivo ma anche come soggetto dei cambiamenti. Per i ripensamenti strutturali sarà quindi imprescindibile considerare l'organizzazione sociosanitaria come *stakeholder* del processo.
- Il secondo termine chiave è *tendenze*: leggere, interpretare e proiettare sul lungo periodo i dati ed i *trend* emergenti è essenziale per investire in progetti destinati a crescere e durare. Soprattutto in una fase post emergenziale è importante scostarsi dalla necessità della risposta all'urgenza e riacquistare un'ottica di pianificazione strategica.
- *Integrazione e sinergie* infine sono definite da inadeguatezza e scarsità, sia tra attori interni che in risposta a sollecitazioni esterne. È evidente che un sistema deficitario di queste caratteristiche non possa produrre risultato e rischi di diventare puramente autoreferenziale (Folgheraiter, 2009) e votato all'automantenimento. Tale deriva, tipica delle organizzazioni burocratiche, è fattore ostacolante per la creazione di quelle relazioni oggi indispensabili per i sistemi di *welfare*.

Queste sono le sfide lanciate al sistema che deve implementare *l'Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona*. La misura prevede l'attivazione di 1288 strutture territoriali, 381 Ospedali di Comunità e 602 Centrali Operative Territoriali entro la metà del 2026 (PNRR p.228).

Tale progetto si colloca in modo decisamente opposto rispetto alle tendenze ospedale centriche alla base del servizio sanitario pre-pandemia, proponendosi di decentrare e localizzare i servizi sui territori di riferimento, necessità peraltro già evidenziata da precedenti rapporti di ricerca della Regione Lombardia (2017 e 2021).

Si può concordare con Neri (2023 p.10) che “la riforma dell’assistenza territoriale e delle cure primarie, con a disposizione i fondi del PNRR, si presenta quindi come un’opportunità irripetibile”.

Il d.m. 77/2022

Per il perseguimento della Missione 6, componente 1, del PNRR, il 23 maggio 2022 il Governo italiano ha varato il d.m. 77/2022: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. In particolare, l’Allegato 1 propone un nuovo modello organizzativo dell’assistenza territoriale, basato su:

- sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità,
- il potenziamento delle cure domiciliari
- l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico;
- logiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- modelli di servizi digitalizzati, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio;
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali.

Ripartire dal territorio significa cercare ribaltare un’organizzazione della sanità che ha interpretato il tema del paziente al centro e della personalizzazione delle cure sostanzialmente riproponendo il paradigma biomedico in veste rinnovata (Clemente *et al.*, 2021), tuttavia sempre facente leva sui servizi.

È necessario invece un vero e proprio “spostamento del baricentro del SSN sul territorio” (Martino e Paladini, 2022) affinché esso diventi realmente il privilegiato punto di accesso del cittadino al sistema di cura, e non la porta di servizio.

Le Case della Comunità

Il d.m.77/2022 individua nelle Case della Comunità (d'ora in avanti CdC) il luogo deputato all'accesso dei cittadini per i bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria, nonché il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità (Bobini *et al.*, 2022).

A completamento degli indirizzi forniti dal d.m.77 viene poi elaborato da Agenas e Politecnico di Milano il *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità* (2022), che è un documento prettamente definitorio delle caratteristiche urbanistiche e strutturali, delle dotazioni strumentali e di personale.

Dalle Case della Salute alle Case della Comunità

Il modello della CdC nasce sulla scia delle Case della Salute (d'ora in avanti CdS), già proposte nel 2003 e la cui sperimentazione era stata finanziata con la legge finanziaria del 2007 (l. n. 296/2006).

Il PNRR prospetta proprio di ripartire dalle Case della Salute per la realizzazione di 1288 Case della Comunità.

Le Case della Salute infatti richiamavano già i principi delle cure territoriali e dell'integrazione sociosanitaria. La loro realizzazione e sperimentazione è avvenuta però in maniera molto disomogenea, in alcuni casi nulla e in altri molto esigua (v. tabella 1), e in ogni caso non sono state in grado di realizzare i propositi di integrazione. Come sottolinea la ricerca di Clemente e colleghi:

le principali criticità che emergono nei processi di implementazione delle Case della Salute a livello regionale riguardano principalmente due elementi. Il primo attiene l'incompiuta integrazione tra servizi distrettuali e servizi offerti dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta; il secondo, l'incompleta integrazione tra servizi sanitari territoriali e servizi sociali. (Clemente *et al.*, 2021).

Tab.1: Confronto tra CdC previste e CdS preesistenti

Case della comunità - Confronto tra numero delle CdC previste dai CIS Regionali e Case della salute risultanti da Mappatura 2020			
Regione	CdC previste da CIS	Case della salute attive come da Mappatura 2020	Differenza
Abruzzo	40	n.c	40
Basilicata	19	1	18
Calabria	61	13	48
Campania	172	-	172
Emilia Romagna	85	124	-39
F.V. Giulia	23	-	23
Lazio	135	22	113
Liguria	32	4	28
Lombardia	199	-	199
Marche	29	21	8
Molise	13	6	7
P.A. Bolzano	10	-	10
P.A. Trento	10	-	10
Piemonte	82	71	11
Puglia	121	-	121
Sardegna	50	15	35
Sicilia	156	55	101
Toscana	77	76	1
Umbria	17	8	9
Valle d'Aosta	4	-	4
Veneto	95	77	18
Totale	1.430	493	937

Fonte: https://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1645979833517
p.44

Oltre ad una realizzazione differenziata a livello regionale, si evidenzia che, anche laddove c'è stata un'implementazione, essa è stata *largamente problematica* (Clemente *et al.*, 2021 p.157), in quanto le CdS per la maggior parte si sono limitate ad essere una struttura “contenitore e sommatoria di servizi territoriali” (Vallerani, 2022), “un assemblaggio più o meno felice di servizi e prestazioni accomunati dalla sola afferenza al

distretto” (Clemente *et al.*, 2021); spesso volti a compensare la chiusura dei poliambulatori e piccoli ospedali periferici (Martino e Paladini, 2022).

Ci sono stati ovviamente anche contesti di sperimentazione virtuosa³ che hanno portato e portano tuttora risultati interessanti, che la letteratura non ha mancato di interrogare per avvalersene come punti di riferimento, ma non sono ascrivibili ad un modello regionale (se non per il fatto che appunto si è attuata la sperimentazione delle CdS) né si possono definire compiute applicazioni di un reale cambio di paradigma rispetto alla salute: alla prova della pandemia sia l’assistenza territoriale che le Case della Salute fin lì implementate si sono rivelate inadeguate (Ingrosso, 2022).

Mette infatti in guardia Balduzzi (2022) dall’intendere la Casa della Comunità come una semplice rivisitazione della Casa della Salute, sottovalutando l’assunto che sostiene l’utilizzo della parola Comunità. Ciò accenta infatti l’integrazione tra le persone di un territorio e la rete dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, che realizza la biunivocità di rapporto tra bisogno e servizio. (Balduzzi, 2022 p.470).

Non si può negare tuttavia che poche sperimentazioni siano meglio di nulla e che le regioni che avevano perlomeno tentato di realizzare le Case della Salute avevano sicuramente qualche strumento (sia pratico che culturale) in più a disposizione per mettere in cantiere le CdC.

La CdC nel d.m.77

Il d.m.77 prevede una CdC ogni 40-50 mila abitanti, in relazione al territorio di un Distretto che ne conta circa 100.000 (variabili a seconda delle caratteristiche orografiche e di densità della popolazione).

Nella descrizione viene più volte rimarcato il suo ruolo prioritario: essa

rende concreta l’assistenza di prossimità ... è una fondamentale struttura pubblica del SSN ... rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali; ... (è) sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari.

³ Una interessante esemplificazione è raccontata nel film-documentario “Idee per le Case della Comunità” di Ambrogio Manenti, realizzato nel 2022, che presenta l’esperienza e le buone pratiche di quattro Case della Salute. Il video è disponibile gratuitamente al seguente link <https://vimeo.com/663912888>

Credo si possa affermare che il d.m.77 non lasci dubbi circa l'investitura assegnata alla CdC quale *campione* (così come inteso in epoca medioevale) deputato a portare avanti la riorganizzazione sociosanitaria.

Vengono infatti in seguito esplicitati i suoi non pochi compiti, ovvero di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'*equipe* sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*.

(d.m.77 p. 27)

Vengono individuate due diverse articolazioni di CdC, una *hub* e una *spoke*. La prima si può definire principale, la seconda è vicaria e volta a garantire la prossimità con una locazione variabile a seconda delle caratteristiche territoriali.

Il Decreto evidenzia i servizi previsti nelle strutture, come illustrato nella tabella 2:

Tab. 2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

(d.m.77, All.1, pp. 29-30)

In coerenza con la prospettiva territoriale, la CdC assume la funzione di nodo centrale della rete dei servizi, sotto la direzione del Distretto (*ibidem* p. 30). Deve quindi agire un ruolo di coordinamento sia per i professionisti che operano al suo interno, tra CdC *hub* e *spoke*, oltre che con altri settori socioassistenziali territoriali (ad esempio ospedali di comunità, consultori, RSA...), sia con la rete ospedaliera. Lo strumento deputato al coordinamento è la Centrale Operativa Territoriale (COT).

L'allegato 1 del d.m.77 conclude riassumendo le funzioni della CdC in questi termini:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

La CdC dovrebbe quindi essere l'epicentro del cambiamento, dispositivo concreto e attivo nell'abilitare il ritorno della cura al territorio, la promozione di una medicina di iniziativa e di una cultura della salute secondo un paradigma bio-psico-sociale (Engel, 1977).

Come sottolineato da Vicarelli (2022) il d.m.77 è allineato alle indicazioni del documento dell'OCSE "*Realising the full potential of Primary Health care*" (2019) e si propone di definire un nuovo modello organizzativo dell'assistenza primaria, introdurre un sistema di governance territoriale capace di interagire e modellarsi sui bisogni e risorse locali, rivedere l'assetto istituzionale per la prevenzione.

È necessario però tener presente che le diverse Regioni, se non i diversi territori, partono da posizioni e condizioni molto diverse, a fronte delle caratteristiche dell'evoluzione dei diversi sistemi sanitari regionali illustrati nel capitolo 1. Come precedentemente richiamato a proposito dei Distretti, il permanere di ampi spazi di autonomia attuativa delle Regioni risponde da un lato alla necessità di territorializzare le cure primarie, ma

dall'altro lato fa dipendere il successo del nuovo modello dalle volontà regionali di riorganizzare i modelli di cura territoriali (Pesaresi, 2022).

La sfida quindi per ogni Regione è stata quella di recepire le indicazioni del Decreto e renderle operative secondo le proprie possibilità, in termini di risorse, strutture, servizi preesistenti, caratteristiche territoriali e bisogni della popolazione.

Non si può infatti ignorare lo squilibrio territoriale rispetto all'organizzazione dei servizi né il nodo critico della posizione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta (Buongiorno Sottoriva *et al.*, 2021; Buoso, 2024; Genova *et al.*, 2021; Vicarelli, 2022) sia a livello contrattuale che di politica professionale e modalità di esercizio dell'attività, che condizionano in modo importante la realizzazione delle progettualità di salute distrettuali.

Metaprogetto Agenas

Per la realizzazione delle CdC, al d.m.77 si affianca il *Documento di indirizzo per il metaprogetto delle Case della Comunità* elaborato da Agenas e Politecnico di Milano (agosto 2022), che è essenzialmente un documento tecnico di progettazione, anche se, come sottolineato da Ingrosso (2024), apre ad una visione più allargata rispetto al d.m.77, in quanto richiama il raccordo con le altre Missioni del PNRR e si riferisce ad alcuni indirizzi sovranazionali, ma di fatto non predispone passaggi applicativi.

Seguirà poi nel 2024 un altro documento sempre emesso da Agenas, *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle Case della Comunità hub*, che riprende e approfondisce la descrizione del modello organizzativo a livello funzionale. Tale documento verrà richiamato e descritto più nel dettaglio nel capitolo 3.

La regolamentazione della CdC in Lombardia

A partire dalle disposizioni normative sin qui richiamate e in virtù del proprio assetto pregresso, ogni Regione ha regolamentato di conseguenza l'applicazione del d.m.77.

In Lombardia il d.m.77/2022 è recepito dalla Delibera Regionale n. 6760 del 25/07/2022, che configura il modello organizzativo atto a rendere concreta l'assistenza di prossimità, la medicina d'iniziativa e la presa in carico socio-sanitaria, delineando un assetto che presenta elementi che Lonati (2022) definisce “sorprendentemente nuovi”, che si distanziano dal modello ospedale centrico e prestazionale per orientarsi verso la

territorializzazione dei servizi, che vede nel Distretto il cardine della nuova organizzazione territoriale (Pozzoli, 2022).

La delibera approva e definisce, negli allegati 1 e 2, il modello organizzativo ed i requisiti delle Case della Comunità (che la precedente DGR n. XI/6080 del 7 marzo 2022 prevede tutte *Hub*), ponendosi in linea con il decreto⁷⁷ e individuandole come centro nevralgico per lo sviluppo di un modello di assistenza di prossimità, configurandole come servizio (e non come fornitore di prestazioni) marcatamente inserito sul proprio territorio di riferimento. Pur mantenendo una qualificazione prevalentemente sanitaria, è sottolineata la necessità di integrazione degli interventi con il livello sociale e comunitario.

Le Case della Comunità vengono quindi tempestivamente costituite, non dal nulla ma attivando un processo di traslazione dei preesistenti servizi, integrando dove necessario (e possibile) con le indicazioni derivanti dal d.m.⁷⁷. Il rischio - divenuto in parte realtà - è che un'attuazione così repentina portasse ad apportare degli aggiustamenti minimi alle strutture fisiche e organizzative, senza scalfire il modello consolidato (Lonati, 2022), sottovalutando ancora una volta la necessità di interventi radicali e di sistema. Sempre Lonati evidenzia infatti che in prima battuta sono state inaugurate come CdC delle strutture preesistenti in cui non era cambiato nulla se non il nome sulla targa (Lonati, 2022).

È doveroso però segnalare che questo passaggio è stato inevitabile per due fattori principali: le scadenze stringenti imposte dalle disposizioni nazionali e l'ovvia impossibilità di costruire una nuova infrastruttura del servizio sanitario "da zero" e a lato di quella vecchia, che nel frattempo doveva continuare a funzionare.

Ma se è pienamente legittimo un inizio a carburazione lenta e basato su compromessi e aggiustamenti, ciò non deve far dimenticare di rivolgere uno sguardo sul lungo termine e mantenere viva l'attenzione ed il lavoro affinché il cambiamento di indirizzo radicale degli assunti operativi che sostengono e guidano l'agire del servizio sanitario si realizzi davvero.

Le Case della Comunità in evoluzione in Lombardia

Secondo l'articolo che presenta i risultati di una ricerca effettuata dall'Istituto Mario Negri (Nobili *et al.*, 2024), a fronte dell'ultimo piano operativo di Regione Lombardia

approvato con delibera XII/2562 del 17-06-2024 che prevede l'attivazione di 195 CdC entro il 2026, è stato possibile identificarne 132 funzionanti al 05-07-2024.

La ricerca documenta l'eterogeneità della situazione attuale e la diversità degli stadi di implementazione nei diversi territori. Conferma inoltre quanto detto in precedenza rispetto alla scelta inevitabile di molti Distretti di collocare le CdC in sedi temporanee e coincidenti con quelle preesistenti.

La ricerca evidenzia lo stadio ancora embrionale del cambio di paradigma rispetto alla logica prestazionale caratterizzante i poliambulatori, la poca presenza di MMG e difficoltà di lavoro in equipe multidisciplinari, infatti: “la presenza di diverse figure professionali sembra che non si traduca ancora in un approccio integrato, integrante e contaminante” (Nobili *et al.*, 2024).

L'asse portante del sistema è la nuova figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, che funge da raccordo tra operatori e servizi, muovendosi comunque in un contesto che i vincoli normativi conservano frammentato.

L'aspetto propulsivo che viene sottolineato dalla ricerca è dato dall'entusiasmo del personale coinvolto nel percorso della CdC, che mostra aperture e consapevolezze rispetto ad un diverso esercizio della propria professionalità.

Questo studio conferma ulteriormente, come tutta la letteratura fin qui citata, che il vero giro di boa per concretizzare, direi *precipitare*, mutuando il significato del termine della chimica, il paradigma della *Primary Health Care* dalla concettualizzazione teorica e alle disposizioni normative fino alla sedimentazione nelle pratiche dei sistemi di salute, s'ha ancora da fare. La questione resta sempre il “come” accompagnare e rendere effettivo questo passaggio.

Capitolo 3

Abitare le Case della Comunità: integrazione e cambiamento

Relazioni e struttura: un binomio necessario

La lingua inglese ha due termini per indicare la casa: *house* e *home*.

Il primo termine designa l'edificio, mentre il secondo comprende anche tutti i significati emotivi e gli aspetti di vita che ruotano attorno al concetto di casa. Lo stesso accade in altre lingue, ad esempio dell'Europa del nord (finlandese, norvegese, olandese) o in Giappone. In italiano utilizziamo invece lo stesso termine e il campo semantico è definito da chi parla e dal contesto.

Così avverrà anche per la Casa della Comunità: che si realizzi una *House*, ovvero solo un luogo fisico, o una *Home*, ovvero un luogo con un tessuto relazionale, dipenderà dalla semantica che gli verrà attribuita dai suoi abitanti.

Fin qui si sono illustrati alcuni passaggi chiave del percorso del SSN e dei SSR dalla nascita ad oggi - in particolare in riferimento all'evoluzione delle cure primarie e ai dispositivi normativi e organizzativi atti a realizzarle - fino ad arrivare all'oggetto di interesse di questa ricerca, ovvero il modello organizzativo della Casa della Comunità e la sua implementazione nella Regione Lombardia.

Tratteggiate le caratteristiche e le attribuzioni salienti delle CdC, è ora necessario focalizzarsi su un aspetto in particolare, ovvero ciò che riguarda i professionisti che operano al suo interno o in collaborazione con essa e il realizzarsi dell'auspicata presa in carico interprofessionale dei bisogni di salute.

Questa si configura infatti come preconditione necessaria per realizzare i propositi di territorialità e prossimità, in quanto

per la costruzione di interventi soddisfacenti e di qualità non è sufficiente che gli interventi stessi siano di elevato standard professionale e scientifico, così come non è sufficiente che essi siano adatti alla persona e al suo contesto di vita, ma è necessario che siano anche definiti, programmati e realizzati in un contesto “denso” dal punto di vista relazionale, ossia in un contesto dove le interazioni siano frequenti, siano in grado di coinvolgere tutti i punti della rete professionale e dell'utenza secondo necessità, siano improntate all'ascolto qualificato – tutti coloro

che vi agiscono debbono poter avere spazi di parola – e dove le relazioni siano stabili o stabilizzabili. In altre parole, in un contesto dove la frammentazione e le discontinuità tra servizi e tra professionisti siano ridotte o quasi annullate, dove gli interlocutori siano riconoscibili e stabili, dove le erogazioni trovino una regia di sintesi, dove vengano garantiti spazi di parola tanto strutturati, quanto informali. Ciò presuppone uno sforzo relazionale notevole operato anche dai professionisti, e non soltanto dai pazienti e dalle loro reti, sforzo che necessita di essere sostenuto da forme organizzative adeguate. (Favretto, 2018, pp.2-3)

Una delle tematiche che ha costantemente accompagnato le riforme e le relative analisi è proprio l'integrazione interprofessionale e sociosanitaria, intesa sia come integrazione di servizi che di professionisti, in particolare attraverso “un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze, tra i settori sociale e sanitario, volta al raggiungimento di scopi comuni” (Bissolo e Fazzi, 2005).

Come afferma anche Lusardi (2024 pp.87-88), ciò “presuppone forme di gestione, coordinamento e monitoraggio di un insieme complesso di elementi umani, materiali e di processi interattivi e organizzativi”, asserzione che si allinea a quanto detto da Favretto (2018) sulla necessaria coerenza tra relazioni tra professionisti e processi organizzativi in cui si devono realizzare.

Queste non sono certamente dichiarazioni nuove nel panorama sociosanitario, ma puntualmente si ripresentano sottoforma di dettami normativi e organizzativi, che evidentemente però non sono sufficienti ad una effettiva realizzazione di quanto auspicato o, meglio, non raggiungono una *completezza di realizzazione* tale per cui possano dirsi acquisite ed *embedded* nel sistema, soprattutto rispetto ai sopracitati *elementi umani e processi interattivi*.

Come sostiene con decisione Donati, il sistema sanitario italiano è “fortemente carente di cultura relazionale” (2023 p. 28) sicuramente perché, come ricorda ancora Lusardi (2024), non basta dire che si deve costruire integrazione affinché questa si concretizzi, invece a quanto pare non si è fatto molto di più a livello di sistema, confidando piuttosto nella buona volontà degli operatori e nelle loro capacità relazionali, tralasciando quindi il necessario contributo della struttura organizzativa e il supporto al processo.

Si può immaginare quanto sforzo sia quotidianamente necessario, in un sistema complesso come quello sociosanitario, per mantenere il funzionamento di base, e che quindi, anche con tutta la buona volontà degli operatori, lo spazio e il tempo da dedicare

alla costruzione dell'infrastruttura relazionale siano risicati ed insufficienti. Ancora più difficile pare poi trovare il modo di modellizzare e mettere a sistema le buone prassi emergenti.

Proprio per questo gli elementi strutturali rivestono una fondamentale importanza ed influenza anche rispetto alle relazioni, ed è necessario che siano favorevoli rispetto allo scopo che si propongono, in questo caso l'integrazione. Come ben espresso da Alastra, Bronzini e Ingrosso (2022 p.8)

I professionisti sanitari rappresentano, infatti, il perno di connessione tra le organizzazioni sanitarie e le persone in cura; comprendere e ripensare il contesto organizzativo nel quale essi si muovono è *conditio sine qua non* per sostenere nuove configurazioni ispirate alla "logica della cura".

Si può facilmente intuire che un sistema che fino ad oggi, come ampiamente dimostrato dalla letteratura interdisciplinare analizzata, si è strutturato secondo una logica divisiva e prestazionale, non abbia aiutato gli operatori a costruire integrazione, nonostante la cornice mandatoria la richiedesse a più riprese.

Gli operatori ed i singoli contesti possono realizzare sperimentazioni ed iniziative più o meno virtuose ed efficaci, costruendo le proprie soluzioni e modalità di lavoro, che però devono quotidianamente confrontarsi con un ambiente "ostile" e ostacolante.

A testimonianza della persistenza di questo *gap* (e quindi del non raggiungimento dell'implementazione dell'integrazione nonostante tutti i richiami normativi), si può constatare che Agenas nel 2024 ha emesso un altro documento, denominato *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello delle Case della Comunità hub*, che riprende e approfondisce la descrizione del modello organizzativo a livello funzionale e sottolinea più volte che la CdC è "luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri", poiché (e si ritiene significativo riportare tutta la descrizione)

diventa il luogo nel quale si organizza e ricompone l'insieme dei servizi e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute delle persone e della Comunità nel suo territorio di riferimento. È caratterizzata da un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e di proattività che si concretizza attraverso l'équipe dei professionisti del SSN che vi operano, dalla rete dei servizi presenti sul territorio e dalla partecipazione strutturata della Comunità. La CdC hub promuove infatti un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in

qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, Biologi ambulatoriali interni e dipendenti, Ostetrica/o e Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica. Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC hub con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi h12 e h24 presenti nel territorio. Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, dovranno essere attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.” (pp.7-8)

Il documento, oltre a queste dettagliate disposizioni, sottolinea infine ancora una volta che la realizzazione di tale modello implica “un processo di cambiamento profondo sia a livello culturale che manageriale di tutti i portatori di interesse coinvolti” (p.18).

Sicuramente un documento di indirizzo non è orientato a fornire le specifiche organizzative atte ad abilitare il lavoro di équipe e la ricomposizione degli interventi sociosanitari in un unico quadro, anche perché il variegato panorama dei SSR con le rispettive sperimentazioni non può essere improvvisamente ricondotto ad un modello unico.

A fronte però di una esplicita disposizione rispetto al miglioramento della comunicazione attraverso l'integrazione dei sistemi informativi, non corrisponde una altrettanto esplicita disposizione su *cosa* si debba integrare affinché si realizzino l'approccio multidisciplinare e il cambiamento culturale. Ancora una volta, non si può pensare che mettere sotto uno stesso tetto (reale o metaforico) i professionisti basti per raggiungere questo obiettivo.

Continuando il parallelo con i sistemi informativi, sarebbe come sostenere che mettere i computer nella stessa stanza o installare i diversi programmi sullo stesso pc si traduca nella creazione di un sistema integrato.

È necessario quindi avviare una seria attività di progettazione e costruzione di questo processo di cambiamento culturale, qualcosa che vada oltre l'affermazione di buon senso e si collochi nelle pieghe della pratica quotidiana, che faccia parte del programma di lavoro e non sia più una richiesta residuale e aggiuntiva. E questo cambiamento deve poi diventare la prassi, ovvero il modo in cui si impara a lavorare in quel contesto perché è il modo migliore e coerente con il sistema, un sistema che, come afferma Tomelleri (2022), deve promuovere la diffusione di *organizzazioni ibride*, portatrici di incentivi e modalità di lavoro che conducano al superamento della logica settoriale.

L'integrazione sociosanitaria e interprofessionale nelle CdC nella letteratura emergente

A fronte di quanto detto finora, non sorprende che il tema dell'integrazione nella CdC sia stato attenzionato dalla ricerca multidisciplinare, tra cui quella sociologica, sin dagli esordi.

Nella letteratura sociologica emergente riguardante le Case della Comunità il tema è ripetutamente richiamato sotto molteplici aspetti: sia nell'evidenziare le buone pratiche che per gli indirizzi di sviluppo (su tutti si presentano i casi raccolti nel volume a cura di Ingrosso e nel numero monografico di Sistema Salute, vol.68 n.4, entrambi del 2024).

I contributi del testo curato da Ingrosso (2024b), contengono importanti riflessioni e indicazioni rispetto all'attuazione del necessario cambiamento culturale: Giarelli invoca una strategia centrata sulle *risorse umane*, Manghi analizza l'importanza del *saperi relazionali* e li pone a fondamento delle CdC (riprendendo il concetto di *saperi sociali* già argomentato in Lusardi e Manghi, 2013); Ingrosso approfondisce il concetto di *prossimità*, sottolineandone l'aspetto relazionale nella coproduzione della cura; Panajia, richiamando quanto proposto dal già citato Libro Azzurro, vede la CdC *come dispositivo di costruzione e cura delle relazioni* (p.89), sottolineando che questo processo va presidiato e attivamente promosso, non inteso come autogenerante.

Una ricerca coordinata da Ingrosso realizzata in territorio parmense constata una carenza conoscitiva e relazionale tra interlocutori nonostante ci sia una necessità percepita da parte di tutti rispetto alla collaborazione e coordinamento interprofessionale; Genova e colleghi focalizzano l'attenzione sugli *habitus* professionali che si incontrano nelle CdC, che richiedono di essere ripensati.

Ingrosso e Lonati, in un monografico che raccoglie contributi di diverse esperienze territoriali che hanno sperimentato e stanno sperimentando la sfida di mettere davvero in atto alcuni cambiamenti importanti nel sistema delle cure territoriali, constatano però che pochissime regioni e aziende sanitarie hanno colto la necessità di passare da *approcci prettamente strutturalisti e formali* ad un approccio centrato su pratiche ispirate al nuovo paradigma proposto per le cure territoriali, che comprende cura collaborativa, prossimità e rete, sviluppo di comunità (Ingrosso e Lonati, 2024, p.422).

I medesimi autori individuano gli elementi trasversali della territorialità e dell'interprofessionalità come fattori comuni e qualificanti le sperimentazioni positive narrate nei diversi contributi. La territorialità come appartenenza si collega infatti all'interprofessionalità, perché il riconoscersi in uno stesso territorio consente di “aprire i silos organizzativi mediante un approccio multiprofessionale e multifattoriale” (p.417). Anche Buoso (p.461) richiama la necessità della “creazione di gruppi di lavoro in cui le diverse professionalità concorrano, in modo collaborativo, a soddisfare i bisogni di assistenza sociale e sanitaria attraverso l'esplicitarsi di vincoli intersoggettivi”.

Dominante come si può osservare è il termine collaborazione, fenomeno che, come ricordano Lusardi e Tomelleri (2016), è stato indagato da molteplici prospettive scientifiche. Tra queste ovviamente anche la letteratura sociologica, in diverse manifestazioni e contesti (ad esempio Schot, Tummers e Noordegraaf, 2020; Tomelleri e Artioli 2013), ma forse, proprio per questo, in questo particolare momento storico c'è necessità di cambiare termine o, meglio, di ampliare la prospettiva. La collaborazione non basta più, è principalmente finalizzata alla produzione del servizio (anche in modo ottimo e integrato) ma con le riforme post pandemiche assume a mio parere una posizione centrale un altro elemento fondamentale: il cambiamento.

Ritengo che, nonostante non si parli d'altro che di cambiamento, in realtà non se ne parli abbastanza, perlomeno non nel modo giusto. Si parla del cambiamento come obiettivo e non come processo.

A sostegno della mia affermazione, nel prossimo capitolo presenterò il ramo specifico degli studi di comportamento organizzativo che si occupa del cambiamento, ovvero l'approccio di *change management* che, seppur sviluppatosi per la gran parte nell'ambito del management d'impresa privata, ha prodotto riflessioni e modelli utili anche per la ricerca nel settore pubblico.

Capitolo 4

Change management: un approccio attivo al cambiamento

Principi fondamentali di *Change management*

The term has become established for the special management techniques required to control these processes involved in change... [...] Change management is about achieving an optimal design of the path from the starting point to the goal. (Lauer, 2021 p.4)

Il termine si è affermato per indicare le specifiche tecniche di gestione necessarie a controllare i processi implicati nel cambiamento... [...] Il *change management* riguarda il raggiungimento di una progettazione ottimale del percorso che conduce dal punto di partenza all'obiettivo. (Lauer, 2021 p.4)

Il *change management* si affianca alla strategia aziendale nel raggiungimento degli obiettivi ma, a differenza di questa, il suo oggetto non è la metodologia da utilizzare sul piano tecnico, quanto la pianificazione del percorso verso l'obiettivo e la gestione del processo dal *people side*.

La distinzione è necessaria per sottolineare che la strategia ha un orientamento anche verso l'esterno, in quanto si occupa dell'interazione azienda-ambiente, mentre il *change management* si focalizza su ciò che avviene all'interno dell'azienda nel flusso costante della vita organizzativa durante i processi di cambiamento.

Se la strategia di cambiamento consente lo sviluppo dell'attività produttiva, non è automatico che l'organizzazione, intesa nelle sue componenti umane, proceda di pari passo con un mutuo adattamento secondo una logica meccanicistica. Sarebbe altrimenti facile prevedere il successo o l'insuccesso e standardizzare le procedure. Anche la migliore pianificazione strategica non può essere efficace se non viene assorbita, condivisa e praticata da tutti i membri dell'organizzazione.

In linea con lo sviluppo degli studi di comportamento organizzativo, è divenuto sempre più evidente quanto le persone siano fattori decisivi per il successo o l'insuccesso della strategia di impresa, anche se spesso i più sottovalutati.

Organizations are not machines, even though some of those running them dearly like them to be so. They are community of people, and therefore behave just like other communities. They compete amongst themselves for power and resources, there are differences of opinion and of values, conflicts of priority and of goals. There are those who want to change things and those who would willingly settle for a quiet life. (Handy, 1999)

Le organizzazioni non sono macchine, anche se alcuni di coloro che le dirigono vorrebbero tanto che lo fossero. Sono comunità di persone e, in quanto tali, si comportano come ogni altra comunità. All'interno di esse vi è competizione per il potere e le risorse, esistono differenze di opinioni e di valori, conflitti di priorità e di obiettivi. Ci sono coloro che desiderano cambiare le cose e altri che si accontenterebbero volentieri di una vita tranquilla. (Handy, 1999)

Gli elementi qui richiamati non sono accessori nella direzione d'impresa ma fattori primari a tutti gli effetti, che, se da attenzionare nella quotidianità, risulta a maggior ragione indispensabile gestire nei momenti di cambiamento, crisi, crescita.

Starting points

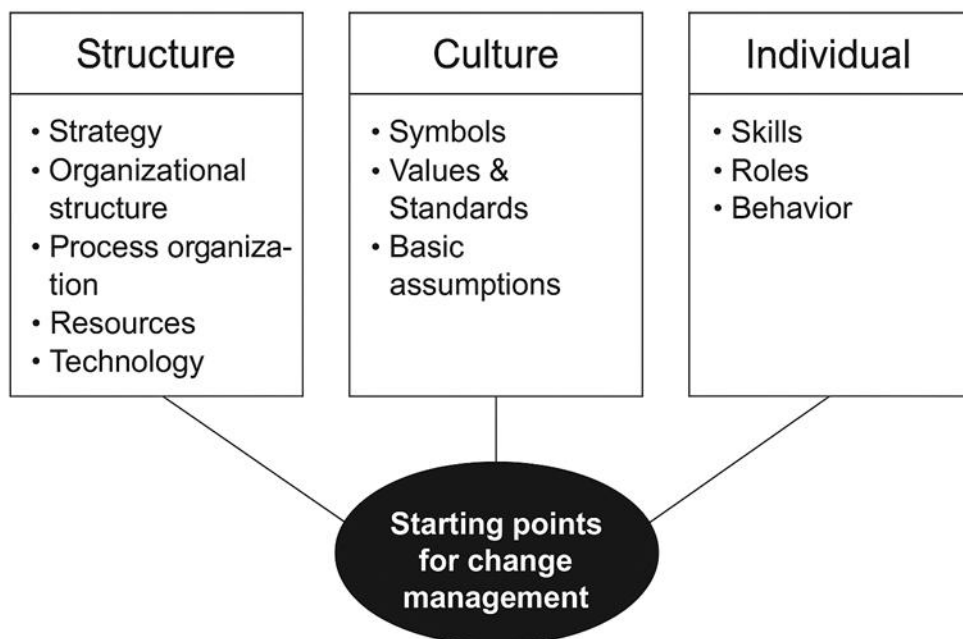


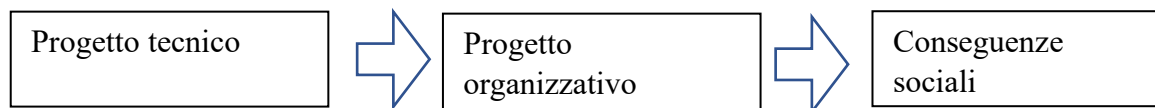
Fig.1: Starting points for change management [Source: Based on Staehle (1999, p. 934) and Kostka and Mönch (2002, p. 16)] (Lauer, 2021)

Come illustrato nell'immagine precedente, il *change management* interviene a livello di struttura, di cultura e individuale. Evidente quindi come si ponga da connettore tra la

materialità oggettiva della pianificazione strategica “su carta” e delle infrastrutture organizzative e la complessità delle dimensioni meno tangibili dei gruppi e degli individui appartenenti all’organizzazione.

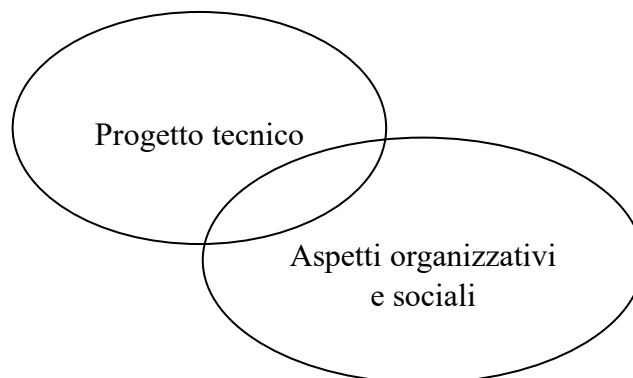
Per realizzare questa connessione è essenziale che il “*management del change*” non si collochi quindi in una dimensione separata e a posteriori, ma si gestisca in corsa e a livello pluridimensionale, fungendo da collante tra i livelli organizzativi. È un processo poco descrivibile e prevedibile a priori, proprio perché, identificandosi in una prospettiva sociologica, non può che realizzarsi in quel momento e “avvenendo”.

Approccio sequenziale



Le tematiche del progetto tecnico sono gestite in modo distinto da quelle di *change management*.

Approccio integrato



Visione olistica del progetto

Fig. 2: Immagini presentate nel corso di Disegni organizzativi, Master HR Università di Bergamo, Prof. O. Brivio: Da E. Bartezzaghi, lectio magistralis, 11 febbraio 2020, Politecnico di Milano

Come illustra lo schema del Prof. Bartezzaghi, il rischio è che la parte di progetto tecnico venga identificata in toto con il progetto di cambiamento, facendone dimenticare i fattori di processo meno tangibili. Ecco, quindi, l'importanza della visione olistica e della capacità di gestione contemporanea degli aspetti sociali, intesa come capacità di analisi, progettazione, intervento e verifica.

Il processo di cambiamento e la “sopravvivenza allarmata”

Gli approcci sopra presentati si inseriscono in un'idea di processo di cambiamento che nel tempo è stato rappresentato secondo diversi modelli.

Il modello seminale - e tutt'oggi rilevante nonostante sia spesso definito come semplicistico rispetto a modelli sviluppatisi in seguito (Burnes, 2019) – è quello elaborato da Lewin (1947).

Lewin rappresenta il cambiamento secondo tre fasi: *unfreezing*, *changing* e *refreezing* (scongelamento, cambiamento, ricongelamento), laddove il ricongelamento si configura come l'acquisizione definitiva dei cambiamenti avvenuti, e quindi il successo del processo intero. Il lavoro di Lewin mette in evidenza l'importanza di non dare per scontati questi tre passaggi fondamentali del cambiamento. Ovviamente è necessario mettere in relazione il modello con le caratteristiche delle organizzazioni tipiche degli anni in cui è stato elaborato, ovvero organizzazioni che tendevano all'ordine, in un ambiente prevalentemente stabile, in cui i cambiamenti erano pochi e lenti.

Con la crescente dinamicità dell'ambiente, e la conseguente flessibilità e adattabilità richiesta alle organizzazioni, anche la disciplina del *change management* si è evoluta, così come la ricerca empirica, e sono stati elaborati modelli più articolati, atti anche a sostenere a livello pratico, e non solo analitico, i processi di cambiamento.

Tra questi uno dei più conosciuti è l'*Eight step model* di Kotter (1995), elaborato a seguito di un pluriennale lavoro di analisi su più di 100 imprese, che individua la leadership come *driver* centrale di un cambiamento di successo.

Non è qui di interesse dettagliare il modello, ma risulta particolarmente interessante citare un approfondimento che Kotter e colleghi hanno descritto in un testo del 2021, in cui aggiungono nuove riflessioni, generatesi dall'evoluzione del loro approccio di *change management* in “tempi instabili”, come definiti nel titolo del testo.

Gli autori, concentrando lo sguardo sui membri dell'organizzazione in cambiamento, individuano una condizione che chiamano di "sopravvivenza allarmata", originata da istinti innati, che nelle organizzazioni moderne può essere innescata dalle minacce percepite in un ambiente in continua trasformazione. Come tutti i nostri meccanismi innati, ha una funzione di difesa e conservazione in condizioni di normalità, ma se viene attivata in modo esasperato e costante diventa controproducente e logorante. Se tutti i membri di un'organizzazione lavorano costantemente in modalità "allarmata", ecco che l'organizzazione intera si trova in condizioni di sopravvivenza allarmata e ciò impedisce il cambiamento.

Gli stessi Kotter e colleghi riconoscono che la pandemia ha messo tutti gli individui in condizioni di sopravvivenza allarmata. La mia riflessione si concentra sul sistema sanitario, sul sistema territoriale e i suoi operatori: pare logico pensare che la pandemia abbia costretto questi professionisti a lavorare per un tempo lunghissimo in condizioni di forzata ed estrema sopravvivenza allarmata. E non è da escludere che, al termine di questa dura prova, la riforma del SSN possa a volte essere affrontata nella stessa modalità.

Per questo motivo mi sembra quanto mai necessario un approccio di *change management* che accompagni il processo di rinnovamento post pandemico: è indispensabile attenzionare gli operatori affinché non continuino a lavorare in modalità allarmata, per il benessere loro e per la sopravvivenza del SSN.

Change management e sistema sanitario

Da alcune recenti riflessioni sul SSN il tema del *change management* inizia ad emergere come campo d'attenzione (Bobini *et al.*, 2022; Cinelli *et al.*, 2024; Del Vecchio, 2014), prevalentemente focalizzato ad un livello intermedio (manageriale e di ATS-ASST), ovvero volto ad individuare le azioni programmate e/o attuate per implementare nuovi processi direzionati secondo gli approcci proclamati dal PNRR, fornendo alcuni interessanti spunti che a mio parere meritano di essere attentamente approfonditi dalla ricerca sociologica.

Le «riforme» tipicamente assumono la trasformazione istituzionale come unico terreno possibile del cambiamento e rappresentano nei contesti pubblici la forma privilegiata di intervento, sia per la loro diretta afferenza al momento politico, sia per la loro più agevole comunicabilità (effetto

annuncio). Specularmente i temi del cambiamento intenzionalmente guidato per via gestionale (non centrato su una modifica istituzionale e sulla formalizzazione della decisione), da una parte, e dell'adeguamento degli assetti istituzionali in relazione alle esigenze della gestione e alle condizioni di svolgimento delle operazioni, dall'altra, sono, di norma, poco considerati. Ne consegue una ambiguità strutturale dei processi di riassetto istituzionale, sia per la difficoltà a decifrarne i reali obiettivi dal punto di vista del funzionamento (perché aziende più grandi dovrebbero funzionare meglio), sia per una loro debolezza a mettersi in relazione con i processi reali (Del Vecchio 2014, p.444)

Illuminanti le parole di Del Vecchio in questo articolo che analizza i riassetti istituzionali in sanità pubblica, che conferma il nodo fondamentale su cui a mio parere è necessario ora focalizzare l'attenzione per non perdere la *last call* del servizio sanitario: la connessione tra i disegni e le strategie e ciò che succede nei contesti e tra le persone che abitano e devono rendere reale la progettazione.

Non viene citato esplicitamente un approccio di *change management*, ma è evidente la sottolineatura della necessità di dare un'attenzione diversa ai processi, che non si esaurisca nelle disposizioni normative e nelle strutture organizzative ma ricomprenda le persone e le dinamiche, che risulta coerente con i presupposti della disciplina presentati nel primo paragrafo.

La criticità segnalata da Del Vecchio emerge anche nella letteratura internazionale: una *review* (Kuipers *et al.*, 2014) ha rilevato che per le amministrazioni pubbliche è più utilizzato il termine "riforma" rispetto a "cambiamento", una differenza fuorviante dato che i due termini non sono intercambiabili. La riforma è intenzionale e progettata ed ha quindi un significato più ristretto rispetto al cambiamento. È evidente quindi come identificare le disposizioni legislative e strutturali con il cambiamento in toto porti a mettere in secondo piano processi e persone, con il sottinteso che l'adeguamento alle nuove disposizioni sia automatico e conseguente.

Già da una precedente analisi della letteratura (Fernandez e Rainey, 2006) emergeva la constatazione che, nonostante i fattori e le indicazioni individuati da diversi modelli di *change management* come determinanti possano sembrare ovvi e di senso comune, gli studi dimostrano che vengano quasi sempre ignorati e sottostimati.

Bobini e colleghi, nel già citato rapporto OASI 2022, in relazione agli interventi del PNRR sottolineano la necessità di distinguere anche l'aspetto degli investimenti dal

processo di *change management*, nominando esplicitamente la necessità di questa seconda componente per cogliere appieno l'opportunità offerta dal PNRR di agire in modo radicale sul sistema sanitario.

Il Rapporto propone una interessante analisi di alcuni casi regionali (tra cui anche la Lombardia) secondo il modello del cambiamento di Rebora (1989), con lo scopo di individuare se e come i principali processi manageriali esemplificati dal modello siano o meno in atto nelle azioni attuative del d.m.77 intraprese da ogni Regione.

Non stupisce che i risultati mostrino la presenza di interventi diversificati, in coerenza con la differenziazione dei modelli regionali creatasi negli anni precedenti, ma ciò che è qui di interesse è una particolare considerazione degli autori rispetto ad un aspetto di quanto rilevato, che si inserisce nella scia della precedente letteratura. Viene evidenziata infatti la necessità di “curare le interdipendenze fra il programma di spesa e il processo di *change management*” (p.376). I casi regionali studiati mostrano infatti che il primo, sottoposto anche al monitoraggio del governo centrale, è in fase più avanzata rispetto alla trasformazione dei servizi, con il rischio che questa asincronia porti ad investimenti non coerenti con i bisogni.

Anche in questo caso quindi la “riforma” assume un ruolo primario ed il “cambiamento” viene assunto come conseguenza, e si presenta ancora caratterizzato da molte incertezze: sia rispetto al processo, che delle figure da porre a guida di tali processi, come promotori o con un ruolo di leadership, sia dell'attribuzione di responsabilità ai diversi livelli. Viene infine dedotto che le Aziende Sanitarie avranno un ruolo chiave

anche nell'attivazione delle leve e i processi di cambiamento, ossia quell'insieme azioni e interventi necessari per realizzare una trasformazione strategico-organizzativa, promuovendo processi di apprendimento e di modifica di gestione delle risorse e disegno dei servizi (p. 377).

Nelle amministrazioni pubbliche italiane, Romeo (2016 p.418), analizzando il passaggio al modello aziendale, rileva la medesima tendenza e la conseguente necessità:

la qualità dell'amministrazione pubblica non dipende solo dalla mera approvazione di una riforma o di un provvedimento che pongono nuove regole se ad essi non segue una concreta attuazione. L'approvazione di tali atti apre un processo di riforma che è altra cosa rispetto all'attuazione di

essa. Occorre, infatti, distinguere i mutamenti naturali ed impliciti nei sistemi sociali, determinati da relazioni causali interne o da rapporti di interdipendenza tra le diverse componenti, ed i mutamenti desiderati o voluti proprio al fine di incidere sulle dinamiche interne, ossia quelle riforme che richiedono un percorso di gestazione, preparazione e governo.

Queste ultime constatazioni confermano la non automatica concomitanza del cambiamento avviato dalle riforme con un reale processo di *change management*. Ciò mette i servizi in posizione subordinata rispetto alle disposizioni normative e le modifiche dei disegni organizzativi, cosa che non consente una coevoluzione di tutte le componenti coinvolte nel cambiamento, cosicché esso si trasla in mero adattamento, con poca possibilità di agire sulle disfunzioni strutturali e portare soluzioni dal basso per applicare migliorie e correttivi in corsa.

Si conferma inoltre la conclusione di Kuipers e colleghi (2014) sulla predominanza, nel settore pubblico, di descrizione dei processi di cambiamento in direzione *top-down* e la mancanza del ritorno *bottom-up*, stante il poco approfondimento riservato ai fattori di successo o fallimento, in particolare in rapporto alle caratteristiche proprie del settore pubblico.

Ciò si allinea anche alle analisi di una delle già citate voci più autorevoli del *change management*, John Kotter (2021), che rileva il fallimento dei cambiamenti che individuano come unico fattore la strategia. Secondo Kotter, che vanta un numero considerevole di ricerche effettuate in imprese in cambiamento, l'utilizzo della strategia come unica leva del cambiamento non è più applicabile alle moderne organizzazioni. A maggior ragione ne consegue la non sufficienza in ambito di cambiamenti riguardanti sistemi che si possono definire *ipercomplessi* (Morin, 1977-2004) come il SSN.

È mia convinzione quindi che l'azione di *change management* debba essere chiaramente nominata, trasmessa e praticata a tutti i livelli dell'organizzazione, anche e soprattutto a quello operativo. È necessario riservare adeguato spazio e tempo di pianificazione a questo processo, e soprattutto rendere strutturale questo meccanismo di accompagnamento.

Pensare il *change management* nelle CdC

Nella situazione di cambiamento in atto nella medicina territoriale, in particolare rispetto all'implementazione delle CdC, sono i professionisti che lavorano al loro interno, o in

raccordo con esse, coloro che sono chiamati a rendere il modello delineato sulla carta una realtà viva e funzionante, lavorando in modo integrato. Sono sempre loro quindi che possono intercettare i nodi del sistema, ovvero dove la struttura non è funzionale al raggiungimento dell'obiettivo dichiarato, ed escogitare le soluzioni, fornendo in corsa gli aggiustamenti all'apparato normativo e strutturale. Se le soluzioni si fermano al singolo contesto e alla contingenza, si perpetua il fenomeno descritto da Crozier (1963) e richiamato anche da Kotter (2021), ovvero la creazione di un sistema organizzativo parallelo e informale che fa funzionare l'organizzazione nonostante le rigidità i limiti del sistema formale, per reazione a quella che chiamerei, applicando al caso specifico dei rapporti interni al SSN la definizione di Lusardi e Manghi (2013 p.154), “invisibilità della dinamica relazionale e sociale tra i diversi attori e saperi dei contesti di cura”.

In questo modo si resta a livello adattivo-funzionale, centrato sul presente e fortemente dipendente dai singoli contesti, senza compiere lo step del cambiamento, che agirebbe ad un livello costruttivo-migliorativo di sistema, ovvero che porterebbe a formalizzare gli apprendimenti generati dai contesti in modo da renderli strutturali e diffusi, perché appunto visibili.

Ciò consentirebbe di agire in modo esplicito anche su quello che viene definito *paradosso intrinseco* nei processi di cambiamento organizzativo (Charns *et al.*, 2022; Czarniawska, 2000), ovvero che si chiede di riformare il sistema alle stesse persone che agiscono nel vecchio sistema.

L'emersione di questo paradosso rende quanto più evidente la necessità di non far passare sottotraccia le componenti umane e relazionali coinvolte nei processi di trasformazione organizzativa, ma di portarle in primo piano e renderle oggetti di lavoro. Riprendendo le parole di Alastra, Bronzini e Ingrosso (2022), si può affermare che “la questione organizzativa in Sanità è stata affrontata in questi anni in termini ingegneristici e tecnici, trascurando la dimensione relazionale dell'agire organizzativo”. Si può quindi concludere che, in prospettiva di *change management*, non si trovano tracce di un piano strutturato per la gestione di quelle che sono le componenti sociali del cambiamento.

Il renderle oggetto di lavoro si deve configurare come azioni che favoriscono lo scambio *bottom-up* o comunque trasversale, per evitare la creazione dell'asincronia tra interventi, come nel caso evidenziato in precedenza tra il piano di spesa e il processo di cambiamento dei servizi.

Il cambiamento da affrontare si configura quindi su più livelli e aspetti, ma, come emerso dalle argomentazioni fin qui sostenute, il primo da considerare, in quanto viene dato per scontato, è appunto l'integrazione interprofessionale.

Sintesi prima parte

La riflessione condotta fino ad ora ha ripercorso le tappe principali dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, rendendone evidente la complessità e la frammentazione generatasi nel corso del tempo, che ha portato sempre più a creare ecosistemi regionali separati. Sono emerse le criticità che le riforme di volta in volta hanno tentato di affrontare, in particolare rispetto alle cure primarie.

Ci si è poi concentrati sulle recenti riforme post pandemia e sull'introduzione delle Case della Comunità, quale dispositivo organizzativo atto a riportare in una dimensione territoriale e prossimale le cure primarie, uscendo dall'ottica ospedale centrica, riferendosi poi in particolare alla situazione della regione Lombardia, territorio dove è stata realizzata la ricerca empirica.

Si sono sottolineate le parole chiave delle riforme, territorialità e prossimità, riflettendo sulla constatazione che l'integrazione interprofessionale per realizzare tale tipo di approccio venga nominata come dato di fatto, ma come in realtà la letteratura sottolinei non essere raggiunta.

Si è riportata questa riflessione alla specifica dimensione relazionale degli operatori della Casa della Comunità, esponendo le motivazioni per cui si ritenga essenziale applicare un approccio di *change management* affinché si possa realmente costruire e render stabile un effettivo cambiamento rispetto all'integrazione interprofessionale, non solo a livello normativo e definitorio ma organizzativo e applicativo.

Si sono infine chiarite le caratteristiche principali dell'approccio di *change management* e individuato l'interesse per questo aspetto nella letteratura emergente, che rende auspicabilmente utile il contributo che questa ricerca può offrire.

Seconda parte

Metodologia della ricerca

Indagare una realtà in evoluzione consente di applicare un processo riflessivo (Schön, 1993) che ha un'azione di ritorno sugli stessi processi che si stanno analizzando. Il proposito è mantenere vigile l'attenzione su ciò che si sta generando, così da realizzare un cambiamento in modo consapevole in tutti i suoi aspetti, principio che, come emerso dalla letteratura di *change management* presentata, è alla base di una ragionevole presunzione di successo delle azioni trasformative messe in campo.

Lo stesso principio si può rintracciare nella partnership tra Università degli Studi di Bergamo e PoliS Lombardia nella promozione di una ricerca di dottorato. Questa alleanza mi ha dato la possibilità di avere un accesso facilitato ad un contesto di ricerca complesso quale è il sistema sanitario pubblico, permettendomi di incontrare la figura dei Direttori di Distretto della Regione Lombardia, ruolo dirigenziale chiamato in prima linea ad affrontare la sfida della riforma dei servizi territoriali che trovano il loro centro nelle CdC, così come evidenziato dall'analisi delle disposizioni legislative e delle configurazioni emergenti di queste strutture organizzative.

La possibilità di indagare la realtà della CdC in modo orizzontale, invece che entrare in profondità in un singolo contesto, costituiva a mio parere un'occasione di ricerca interessante, in quanto la maggior parte delle azioni di ricerca effettuate al momento riguardavano analisi di caso, come quelli presentati in precedenza. La stessa letteratura emergente esposta nella prima parte di questo lavoro richiama la necessità di compiere anche ricerche più trasversali, a fronte soprattutto dell'avvenuta "partenza" dell'operatività delle CdC su tutto il territorio.

Come evidenziato in precedenza inoltre, la Lombardia costituisce un caso *sui generis* nel panorama sanitario, in quanto è l'unica a provenire da un modello di *quasi mercato* e una delle poche regioni a non aver sperimentato la creazione delle Case della Salute finanziate dalla l. n. 296/2006 (vedi tab.1 pag.47), rendendosi quindi un contesto particolarmente significativo in cui fare ricerca.

Di seguito vengono esposti gli aspetti metodologici generali del lavoro di ricerca, nella parte di approfondimento di ogni fase sarà poi illustrato il rispettivo dettaglio.

Si evidenzia che l'esposizione metodologica si è avvalsa del riferimento della *32-item check list COREQ* (Tong, Sainsbury e Craig, 2007) a garanzia del livello di qualità e completezza delle informazioni fornite.

Premesse metodologiche

La prospettiva che guida tutta la ricerca è di tipo costruttivista, che, come si approfondirà più avanti, si esplicita in una metodologia di *Constructivist Grounded Theory* (Charmaz, 2009). Come argomenta Silverman (2008) la prospettiva costruttivista poggia sulla convinzione che c'è una rete sociale di interpretazioni e reinterpretazioni a cui l'esperienza è legata (p.145), fondata sulla tesi di Berger e Luckmann (1966) secondo cui la realtà viene costruita socialmente. La posizione epistemologica costruttivista sostiene che la verità o la conoscenza non siano separate dagli esseri umani, ma piuttosto integrate nel contesto sociale attraverso il quale la conoscenza è co-costruita. Adottando questa premessa epistemologica, la prospettiva teorica assunta nello studio è che l'esplorazione di un fenomeno sociale richieda lo studio delle esperienze vissute delle persone attraverso la comprensione del loro mondo sociale, processo che genera un'interpretazione. Queste prospettive teoriche possono essere ricondotte quindi all'interpretativismo (Gaus, 2017). Si è considerato infatti ciò che si è raccolto non come dati oggettivi e "reali" ma come una costruzione di significati condizionati anche dal contesto della ricerca stessa. Ciò conferma la finalità situata dichiarata agli inizi, ovvero rendere i risultati di ricerca utili alle stesse persone che vi hanno partecipato e nei contesti in oggetto, in questa fase storica decisiva per la sanità pubblica.

La ricerca si inserisce quindi nel paradigma qualitativo, con un approccio derivante dalla *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967) e dall'*Action Research* (Lewin, 1946), influenzata in particolare dai suoi più recenti utilizzi e sviluppi nell'ambito della ricerca sociologica in ambito della salute, in cui spiccano le ricerche etnografiche (si vedano ad esempio in Italia: Lusardi, 2015; Lusardi e Tomelleri, 2016; Tousijn, 2012) come anche rilevato da Black e colleghi (2021) nella letteratura internazionale.

Come emerso da una recente *review* (Williams *et al.*, 2022), tale tipo di approccio combinato è in crescita e, pur non essendo esente da alcuni limiti, se supportato da

pragmatismo rappresenta una metodologia efficace per rispondere all'esigenza di tradurre tempestivamente le nuove conoscenze in cambiamenti sul campo.

Come accennato in precedenza, ci si riferisce in particolare all'evoluzione costruttivista della metodologia *Grounded*, (Charmaz, 2006) che offre una maggiore flessibilità al processo interpretativo (Metelski *et al.*, 2021) e in cui riconosco il mio posizionamento poiché

This method anchors academic knowledge in practical problems in the world. The method assumes going into and being a part of the empirical world. Researchers must learn the problems and perspectives of the people they study (Charmaz, 2020, p.167)

Questo metodo radica la conoscenza accademica nei problemi pratici del mondo. Il metodo presuppone l'ingresso e la partecipazione al mondo empirico. I ricercatori devono imparare a conoscere i problemi e i punti di vista delle persone che studiano.

Tale approccio sottolinea come nel corso della ricerca la riflessione sul principio metodologico debba essere costante, affinché l'influenza dell'apparato teorico delle discipline di studio e gli schemi culturali consolidati sia riconosciuta dal ricercatore stesso e continuamente reinterrogata. Come ricordano Metelski e colleghi (2021) in questo approccio si assume che il ricercatore non sia neutrale, e debba quindi attuare un costante lavoro riflessivo per ridurre i *bias* interpretativi, prioritizzando le prospettive dei partecipanti.

Questa enfasi sulla non neutralità del ricercatore nel processo interpretativo verrà ulteriormente richiamata quale fattore determinante nelle considerazioni etiche.

Si definisce inoltre la ricerca condotta come una ricerca-azione poiché ha previsto l'interlocuzione con PoliS-Lombardia quale "committente" che ha posto una domanda (seppur non la vera e propria domanda di ricerca), che quindi ha comportato la necessità di definirne l'elaborazione e la co-costruzione, affinché non venisse semplicemente "assunta senza interrogazione ed elaborazione" (Tomelleri e Artioli, 2013 p.29). Ulteriore elemento che la qualifica come ricerca-azione è il coinvolgimento dei Direttori di Distretto, ritenuti proprietari di una conoscenza pratica e situata (Kaneklin, Piccardo e Scaratti, 2010) che la ricerca ha voluto permettere di esplicitare con un coinvolgimento

collaborativo, così da attivare un cambiamento (Tomelleri e Artioli, 2013). Il focus è stato quindi discusso e negoziato con l'ente partner e i partecipanti, ma anche rimodulato nel corso della prima parte della ricerca, allo scopo di definire una domanda che consentisse di massimizzare l'opportunità di indagine, sia rispetto all'accesso al punto di vista privilegiato dei Direttori di Distretto sia in vista di una restituzione il più possibile significativa e di interesse per i Direttori stessi.

L'intento della ricerca è duplice: sempre mantenendo come focus l'integrazione interprofessionale, ci si è proposti da un lato di esplicitare e spiegare alcune dinamiche in atto nel processo di trasformazione dei servizi territoriali in Lombardia, dall'altro offrire elementi utili per orientare e soprattutto sostenere l'azione e il cambiamento organizzativo, evidenziando le buone pratiche e gli elementi che le rendono tali affinché si possano "solidificare" nel substrato del sistema sanitario e possano essere replicate. Come evincibile dall'esposizione della letteratura, il quadro teorico di riferimento si colloca nell'intersezione tra sociologia della salute, politiche pubbliche e *change management*.

La domanda principale che guida la ricerca è: il modello della Casa della Comunità è abilitante per l'integrazione sociosanitaria e interprofessionale in Regione Lombardia, obiettivo largamente dichiarato dall'impianto istitutivo? Ovvero: il processo di cambiamento di disegno e strategia è coerente, concomitante e includente dei fattori riguardanti il *people side* del cambiamento organizzativo?

L'obiettivo operativo è identificare i fattori di successo laddove si evidenzino delle pratiche di integrazione abilitate dal modello della CdC; di contro, laddove emergano nodi critici, evidenziarne la natura e le cause.

L'ambiziosa, ma a mio parere meritevole di attenzione, finalità dell'intero lavoro è dare un contributo nel sostenere la riflessione sul processo di cambiamento in atto e restituire evidenze utili agli operatori chiamati in prima linea ad attuare questo cambiamento, utili se non altro anche grazie al ben noto effetto Hawthorne descritto da Elton Mayo (Cirella, 2015).

Disegno della ricerca: dallo studio di caso all'intervista qualitativa e al focus group

Il percorso è iniziato con la conoscenza reciproca con l'ente partner, la condivisione del posizionamento teorico della ricercatrice e il confronto per comprendere come e se il contesto delle Case della Comunità fosse in quel momento approcciabile e in quali modalità.

Una fortunata coincidenza temporale ha voluto che proprio in quel periodo fosse giunto al termine il primo corso sperimentale per Direttori di Distretto proposto da PoliS Lombardia-Accademia.

La figura del Direttore di Distretto richiede ufficialmente la qualifica di dirigente di struttura complessa, come per altre cariche del SSR. Nella consapevolezza però del panorama nuovo, sfidante e ancora in definizione in cui questa figura sarebbe stata chiamata ad esercitare il ruolo, PoliS- Accademia ha creato una proposta formativa sperimentale *ad hoc*, non vincolante per l'ottenimento della nomina ma importante come strumento di supporto. Sempre con questo proposito è stata poi proposta la costituzione di una Comunità di Pratica (da ora in avanti abbreviata in CdP) tra i Direttori di Distretto, proposta che già si era rivelata vincente con altre categorie manageriali della dirigenza sanitaria.

Ho avuto quindi la possibilità di prendere parte ai primi incontri costitutivi della CdP, conoscere alcuni Direttori e presentare la proposta di ricerca secondo la mia prospettiva disciplinare.

Era molto importante condividere le premesse della ricerca affinché si potesse realmente qualificare come ricerca-azione: il tema doveva riscontare l'interesse dei partecipanti e la mia presenza alle CdP doveva essere accettata e non condizionante per nessuno.

Il percorso di ricerca si è poi articolato in tre fasi, qui brevemente presentate, che verranno dettagliate in seguito nelle specifiche sezioni:

- uno studio di caso mediante una prima indagine ricognitiva condotta nel Distretto della Valle Camonica, mirata a comprendere se il tema dell'integrazione interprofessionale nelle Case della Comunità riscontrasse al momento l'interesse di diversi interlocutori o se non fosse tra le priorità.

- 26 interviste semi strutturate rivolte ai Direttori di Distretto, con l'obiettivo di indagare come si stesse realizzando l'integrazione interprofessionale nelle Case della Comunità, individuandone i principali aspetti e fattori abilitanti (e disabilitanti) ascrivibili alla configurazione organizzativa della Casa della Comunità.
- 4 focus group con gruppi di operatori operanti all'interno o in relazione ad una stessa CdC, con lo scopo di acquisire alcuni elementi di profondità sulle visioni in costruzione nelle realtà prese in esame, non generalizzabili a tutte le CdC, ma sicuramente utile spunto di riflessione rispetto al processo di cambiamento in atto, con anche uno scopo comparativo tra il punto di vista manageriale emerso dalle interviste e quello delle équipes di professionisti.

Contesto e campo di indagine: Le Case della Comunità lombarde

La ricerca si è svolta nel contesto della sanità pubblica territoriale lombarda, con particolare attenzione al ruolo delle Case della Comunità come infrastruttura fisica e organizzativa, individuata quale asse portante della ritrovata centralità delle cure primarie.

Nella ricerca qualitativa in generale, e in sanità pubblica in particolare, il contesto non può essere considerato solo come sfondo, ma rappresenta una dimensione costitutiva che influenza i processi in modo diretto e impattante. Come sottolineano Rodgers e colleghi (2025), i fattori contestuali svolgono un ruolo cruciale nello stabilire come gli interventi producano impatto, perché gli esiti possano variare e se gli interventi possano essere trasferiti da un contesto all'altro. Di conseguenza, l'analisi del contesto permette di comprendere non solo la riuscita o meno di un intervento, ma anche la sua trasferibilità e adattabilità.

Già Nilsen e Bernhardsson (2019) postulavano questa prospettiva, osservando che tenere conto dell'influenza del contesto è necessario per spiegare come o perché determinati risultati di implementazione vengono raggiunti. Questo aspetto è particolarmente rilevante nei sistemi sanitari, dove variabili organizzative, politiche e culturali plasmano le possibilità di attuazione delle innovazioni, soprattutto in fasi di riforme importanti, quali quelle avviate dal PNRR nel caso della mia ricerca.

Il contesto di riferimento si presentava quindi in una fase di fermento e mutamento particolarmente rilevante, così come evidenziato nella prima parte della trattazione. Agendo nella convinzione che la realtà che noi percepiamo sia costruita dai nostri contesti sociali, culturali, storici e individuali (Korstjens e Moser, 2017), è stato essenziale approcciarsi alla complessità e alla mutevolezza costante accettando di confrontarsi con molteplici sollecitazioni e con la necessità di dover tenere alta l'attenzione sul focus scelto.

Il campo specifico su cui ci si è poi concentrati è quello delle Case della Comunità, campo inteso, secondo la concezione di Bourdieu, in senso relazionale più che strutturale, ma con interazioni e vincoli reciproci. Come spiega Ritzer (2014) infatti:

“il campo è un reticolo di relazioni tra le posizioni oggettive che lo compongono: queste relazioni esistono al di là della coscienza e della volontà individuale, e non sono interazioni né legami intersoggettivi tra gli individui; coloro che occupano queste posizioni possono essere sia agenti che istituzioni, e sono vincolati dalla struttura del campo” (p. 254)

Essendo la CdC la concretizzazione delle principali innovazioni avviate dalla riforma, era ed è di riflesso un campo nascente e in continuo divenire, sia per sollecitazioni esterne (disciplina normativa, ruolo degli *stakeholders*) sia per il costituirsi interno della propria struttura fisica e organizzativa. È stato pertanto importante tenere conto degli elementi di specificità ma allo stesso tempo far leva sulla natura trasversale della domanda di ricerca per cogliere gli elementi comuni in tali organizzazioni.

La scelta di approcciare un campo che presentava tali condizioni è stata operata nella consapevolezza della sfida da affrontare, considerando gli elementi di interferenza compensati dal risvolto di interesse di questa scelta, ovvero poter cogliere i movimenti embrionali del mutamento in atto.

Ulteriori caratteristiche che hanno reso il campo delle CdC lombarde particolarmente interessante sono, come evidenziato dalla disamina della letteratura, le peculiarità dello sviluppo del modello sanitario regionale e l'impatto pandemico: la Lombardia infatti si presentava come l'unica ad aver attuato il modello di *quasi-mercato*, non aveva sperimentato il modello di Case della Salute, ed è stata infine individuata come estremamente carente a livello di medicina territoriale, trascurata in un modello che ha fatto dell'ospedale la sua punta di diamante ponendo in secondo piano le cure primarie

(vedi cap. 1). Le Case della Comunità quindi hanno avuto, e tutt'ora hanno, anche un alto valore simbolico quali nuovi riferimenti del sistema di salute: non alternative o in competizione con l'ospedale, ma piuttosto in rapporto dialogico, un rapporto ancora tutto da costruire.

Come asserito a inizio capitolo, l'accesso a tale campo è stato facilitato e mediato dall'ente partner, che ha sicuramente ampliato la base di collaborazione e disponibilità a partecipare a fronte di un invito diretto.

Non si può negare che la partnership abbia comportato anche dei condizionamenti, che hanno richiesto una fase di condivisione e negoziazione a priori del campo, delle modalità di accesso e la cornice della domanda di ricerca. Ho infatti partecipato ad un percorso di costruzione condivisa della domanda e del successivo disegno della ricerca, mediando tra gli interessi dell'organizzazione e i miei, raggiungendo infine un accordo soddisfacente per entrambe le parti, non privo tuttavia di implicazioni etiche rispetto al mio posizionamento che verranno dettagliate nella sezione specifica.

Tecniche di raccolta e di analisi dei dati

L'indagine esplorativa è avvenuta mediante un questionario in auto compilazione, seguito da brevi approfondimenti telefonici con chi avesse dato la disponibilità. I partecipanti sono stati selezionati secondo criteri intenzionali che verranno dettagliati di seguito.

Le interviste e i focus group sono stati condotti attraverso tracce tematiche costruite in coerenza con gli obiettivi della ricerca, e adattate progressivamente nel corso del lavoro. Nel caso delle interviste i partecipanti sono stati su base volontaria a seguito di richiesta a tutti i Direttori di Distretto in carica in regione Lombardia, nel caso dei focus group si è proceduto con richieste mirate, anche in questo caso verrà esposto in seguito il dettaglio.

Per l'indagine ricognitiva iniziale la codifica è stata svolta manualmente, si è poi operata un'analisi tematica (Braun e Clarke, 2006) guidata dalla domanda specifica dell'indagine. Per le interviste e i focus group la codifica e l'analisi sono state effettuate con il supporto del software MAXQDA 24, secondo un approccio ispirato alla *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967) ma con i criteri dell'analisi tematica (Braun e Clarke, 2006), che le autrici

stesse propongono come più adatta per un ricercatore agli esordi (p.81). Il processo è stato di natura induttiva (p.83): nella fase di codifica si sono attuati cicli iterativi di codifica aperta, assiale e selettiva. L'analisi ha seguito un processo di comparazione costante e costruzione progressiva delle categorie, con continuo confronto con i dati raccolti.

Considerazioni etiche

Negoziiazione e posizionamento personale

Come anticipato nell'argomentazione della scelta del campo, la partnership con PoliS Lombardia-Accademia ha comportato l'interlocuzione attiva con i rappresentanti organizzativi nella costruzione della ricerca, che ha richiesto preliminarmente una negoziazione della domanda ed una attenta riflessione sul mio posizionamento.

Uno dei principi fondamentali della ricerca sociale è infatti l'indipendenza, che la Carta dei Principi per la Ricerca nelle Scienze Sociali e Umane e Codice di Condotta (2017) definisce in questo modo:

È responsabilità diffusa creare le condizioni che consentano di tutelare l'indipendenza e la libertà della ricerca. L'attività di ricerca deve essere protetta da pressioni di ordine economico e politico. È presupposto per l'esercizio di un'effettiva indipendenza intellettuale la consapevolezza del ricercatore riguardo ai possibili condizionamenti culturali e ideologici derivanti dall'ambiente, dal percorso di formazione e dall'esperienza personale.

Nel mio caso, quelle che vengono individuate come “pressioni di ordine economico o politico” possono essere sostituite da eventuali “interessi organizzativi” che orientassero il mio sguardo: nel mio approccio di conoscenza con l'ente ho dovuto tenere presente la possibilità che, anche in assenza di pressioni dirette, ci potesse essere un condizionamento dovuto alla percezione di “essere in debito” che mi influenzasse nell'impostare il disegno di ricerca.

Mi sono trovata quindi a dover riflettere su come e quanto la “mia” ricerca sarebbe stata mia, e sull'essere in una condizione di autonomia negoziata. Superate le prime fasi di conoscenza e condivise le mie prime idee rispetto alle ipotesi di ricerca, ho percepito che non avrei avuto possibilità di accesso ad alcuni meccanismi organizzativi, sia interni che

riguardanti il rapporto con la governance regionale, pertanto non avrei potuto fare ricerca sull'organizzazione stessa, ma avrei dovuto orientarmi su aspetti riguardanti le attività connesse. Nonostante un'etnografia organizzativa rientrasse nelle mie ipotesi, sia per me che per la valenza dei risultati, nelle possibilità di ricerca era già stato considerato anche lo studio dello sviluppo delle nascenti CdC secondo le prospettive che ho poi adottato. La negoziazione e la scelta sono state quindi efficaci e soddisfacenti per ambo le parti.

La sopracitata Carta dei principi per la ricerca sottolinea anche la necessità di consapevolezza dei condizionamenti derivanti dall'ambiente. Nel mio caso questo aspetto ha rivestito un peso notevole che sarebbe stato rischioso non considerare: il servizio sanitario attraversava una fase di particolare sovraesposizione mediatica, sia per le riforme in atto che per gli strascichi post pandemici. È vero che la sanità non è argomento che passa mai sottotraccia, ma la portata emotiva che impregnava tutto il sistema informativo (e disinformativo) e gli avvenimenti vissuti rendevano impossibile restare immuni da un condizionamento anche "solo" emotivo, che è stato quindi necessario rendere esplicito a me stessa ed interrogare in tutte le fasi della ricerca, sia di raccolta che di analisi e interpretazione dei dati. Inoltre, spesso il pensiero diffuso, in comunità ancora ferite dalla pandemia e in un sistema che ci ha abituato a riforme non risolutive, era spesso molto disilluso e critico verso la costituzione delle CdC: anche in questo caso ho dovuto continuamente richiamare la mia attenzione sul rischio di interpretazioni influenzate da pregiudizi inconsci.

La mia posizione è stata esterna al sistema, elemento che ha favorito il mantenimento di uno sguardo indipendente ma ha richiesto l'acquisizione di una base di conoscenza rispetto all'evoluzione del SSN e del SSR, nei suoi aspetti normativi e organizzativi, e un processo di costruzione di fiducia con i partecipanti, tenendo anche in considerazione gli elementi citati in precedenza.

Ciò ha comportato un continuo lavoro di riflessione sul mio ruolo e sulle dinamiche relazionali, in coerenza con l'approccio della ricerca-azione e con l'etica della ricerca.

Nonostante infatti il lavoro non avesse l'intento di dimostrare una teoria, è assodato che il ricercatore è comunque influenzato nell'analisi dal proprio *habitus* (Bourdieu, 1980) e opera delle scelte dettate dal suo posizionamento.

Trasparenza e tutela dei partecipanti

La ricerca è stata condotta nel pieno rispetto della trasparenza e delle tutele dovute ai partecipanti, secondo quanto stabilito nella Carta dei principi per la ricerca (2017).

Si evidenzia che non sono stati raccolti né sono incidentalmente emersi dati sensibili personali dei partecipanti.

Nell'indagine ricognitiva ne è stata esplicitata la finalità specifica all'interno del disegno generale della ricerca e presentata l'identità e l'appartenenza istituzionale della ricercatrice. È stato garantito l'anonimato, nonché in alcun modo condizionata la disponibilità all'adesione.

Ai Direttori di Distretto si sono descritti la natura e gli obiettivi della ricerca e richiesta la partecipazione su base volontaria, senza forzare in alcun modo l'adesione, e nella libertà di ritirarsi in ogni momento.

Per tutte le interviste è stato poi fornito e acquisito il consenso informato, che specificava nuovamente le finalità della ricerca, la modalità di utilizzo dei dati, riferimenti scientifici e fornendo garanzia di anonimato di persone e luoghi.

Per i partecipanti ai focus group è stato predisposto il testo informativo della mail che inizialmente è stata mandata al Direttore di Distretto cui l'équipe faceva capo, che poteva essere condivisa per spiegare ai professionisti la cornice della ricerca. Nel momento iniziale di ogni focus group mi sono presentata e ho richiamato le informazioni sulla ricerca e sulla modalità di utilizzo riservato e anonimo dei dati raccolti.

Il consenso informato formale era previsto ma non è stato restituito dai servizi coinvolti, pertanto la partecipazione è avvenuta in modo informato ma non documentato.

Come dichiarato ai partecipanti tutti i dati sono stati trattati in forma anonima e riservata, e verranno presentati in modo da escludere la riconoscibilità delle persone e dei luoghi di riferimento.

Limiti e prospettive

Il più evidente limite della ricerca svolta è dovuto alla vastità del campo e alla complessità dell'oggetto di ricerca: è stato necessario muoversi in contesti interdisciplinari a loro volta estremamente articolati, basti pensare agli aspetti legislativi e normativi, oppure quelli epidemiologici e dei bisogni di salute, o ancora quelli legati alla gestione manageriale e

finanziaria. Ogni disciplina porta interrogativi, esigenze e condizionamenti, in quanto detentrici di un sapere specifico e applicativo che reclama il proprio spazio. Ogni elemento apre interrogativi sia trasversali che propri, generando un alto grado di relatività e incertezza. Muoversi in questo campo richiede inevitabilmente di compiere scelte e dare risalto ad alcuni aspetti lasciandone sullo sfondo altri, non perché meno rilevanti ma per economia del discorso.

Soprattutto il contesto locale specifico, di cui ogni narrazione dava gran conto e che presentava notevoli caratterizzazioni, rendeva evidente quanto il servizio sanitario presenti una serie di connessioni non ignorabili con gli elementi già individuati da Ardigò (1997), che lo vedono inserito in un sistema di relazioni con la natura esterna, il sistema sociale, la natura interna degli individui e la persona intesa come soggetto in-relazione. Ognuno di questi aspetti avrebbe meritato un approfondimento: le visioni individuali del sistema sanitario e della CdC, i posizionamenti professionali, le emozioni, le aspettative e pressioni sociali, l'evolvere dei mandati normativi... La scelta è stata quella di mantenere uno sguardo sui movimenti organizzativi e sugli aspetti di connessione interprofessionale individuabili come novità abilitate dalla CdC in modo trasversale. Si è dovuto per questo rinunciare anche a seguire l'evolversi di alcune pratiche e situazioni che presentavano caratteristiche particolarmente interessanti, ma se si fosse proceduto in questo modo si sarebbe perso il proposito di analisi trasversale richiesto dalla domanda di ricerca, per trasformarsi in studi di caso, venendo meno anche all'accordo negoziale costruito con gli interlocutori.

L'altro importante limite trasversale della ricerca, che ha sicuramente inciso sotto molti aspetti, è stato il fatto di essere stata condotta da una sola ricercatrice. Ciò ha comportato una inevitabile perdita di molte sfumature nella fase di raccolta, oltre che unilaterali di analisi e interpretazione dei risultati. Anche questo elemento ha determinato la necessità di compiere delle scelte di economia dell'analisi, da una parte forse evitando il rischio di ampliare troppo il discorso rischiando di diluirlo, dall'altra rendendo certa la presenza di un filtro personale che, per quanto sia stato attenzionato secondo quanto già esaminato nelle considerazioni etiche, non ha potuto trovare riscontro in un interlocutore attivo sugli stessi dati.

Un altro limite è stato dato dall'indagare realtà così in definizione ed evoluzione quali le CdC che, se da un lato ha costituito un punto di interesse verso le pratiche emergenti, dall'altro non dava certezza che si sarebbero ripetute o che facessero parte di un quadro coerente e consapevole. Ciò tuttavia dà anche valore alla ricerca che, "fissando" alcuni elementi che rischiano di essere persi nel vortice delle sperimentazioni, potrebbe aiutare a costruire un apparato efficace.

In conseguenza ai limiti evidenziati, si possono ipotizzare alcune potenzialmente interessanti derivazioni per lavori di ricerca futuri, che vadano ad approfondire quegli aspetti che si è detto essere emersi ma accantonati perché esulavano dal campo di ricerca.

Primo fra tutti l'approfondimento del ruolo delle caratteristiche territoriali specifiche di ogni contesto nell'impostazione delle rispettive CdC: alcuni aspetti storico-geografici possono rendere ragione di molte scelte organizzative e di principi culturali prevalenti, in particolare in alcuni territori segnati da importanti indici di invecchiamento, immigrazione, spopolamento, o da aspetti geografici che, in relazione all'organizzazione sanitaria, la facilitano o la ostacolano, oppure che hanno dato origini a peculiari soluzioni.

L'altro tema meritevole di approfondimento è la tecnostruttura, grande presente-assente nelle narrazioni: sicuramente non un tema nuovo ma che, in un contesto con margini di cambiamento e ancora in definizione, diventa elemento centrale nella definizione di un paradigma organizzativo in cui riveste un ruolo fondamentale ma ad oggi non dialogante con le altre parti.

Un terzo tema che ricorre, ma che proprio per questo viene ormai dato come premessa e trattato con consapevole rassegnazione, è la scarsità di reperibilità di risorse umane. A mio parere viene però trattato solo questo unico aspetto, che chiude il discorso e rischia di diventare un alibi-ombrello per ogni criticità, che in questo modo viene legittimata e non affrontata. Penso invece che si dovrebbe ampliare la trattazione del problema della mancanza di personale, prendendo atto del dato di realtà ma chiedendosi anche cosa si può fare di nuovo e diverso. La ricerca potrebbe approfondire le criticità operative che i professionisti incontrano, per trovare strategie che consentano una valorizzazione massima della prestazione professionale, non in termini di contenimento del costo ma di qualifica del lavoro.

Come si vive in Casa: dinamiche e cambiamenti nelle Case della Comunità della Lombardia

Lo studio di caso: indagine nel Distretto della Valle Camonica⁴

Obiettivi

L'obiettivo diretto prefissato era far emergere i principali fattori impattanti nel processo in corso di implementazione delle CdC nel territorio in oggetto secondo il punto di vista di diverse categorie di interlocutori coinvolti, in modo da ricavare un quadro complesso e multiprospettico.

Gli obiettivi di secondo livello, che qualificano il lavoro come parte di una ricerca-azione (Lewin, 1949), sono stati:

- restituire i risultati in sessione pubblica sul territorio del Distretto coinvolto, affinché i temi emersi fossero oggetto di riflessione condivisa sia per gli attori locali che trasversalmente per gli operatori del settore.
- fornire alla ricercatrice un riscontro rispetto alla potenziale rilevanza della domanda di ricerca rispetto al quadro evolutivo delle CdC.

Scelta e contatto dei partecipanti

Per raggiungere l'obiettivo si è deciso di interpellare una platea di interlocutori coinvolti a diverso titolo e livello nei processi delle CdC del territorio che rivestissero una posizione intermedia, ovvero svolgessero funzioni di raccordo e avessero uno sguardo sia sull'operatività che su alcuni aspetti organizzativi e di rete. Il lavoro di scelta del gruppo di persone da interpellare è stato fatto in sinergia tra il referente di PoliS-Accademia, la ricercatrice e la Direttrice di Distretto della Valle Camonica, mediante tre incontri programmatori in cui si sono anche definiti tempi, scadenze e modalità operative.

La costruzione del gruppo secondo criteri di rappresentatività ha portato ad individuare 45 candidati da interpellare:

⁴ Peculiarità del territorio in oggetto è aver mantenuto all'interno della propria ASL il presidio ospedaliero fino all'emanazione della l.r.23 del 2015, a differenza degli altri distretti lombardi che avevano attuato questa separazione tra committenti e produttori già dal 1997-98. Tale aspetto ha sicuramente inciso sulla strutturazione dei servizi territoriali, ma non si è ritenuto fosse pregiudicante ai fini dell'intento dell'indagine, che come dichiarato era di tipo esplorativo rispetto alla validità della domanda di ricerca.

- Amministrativi: referenti (n. 4)
- Azienda servizi alla persona: responsabili/referenti (n. 4)
- Coordinatori professionisti (n. 4)
- Dirigenti di struttura complessa (n. 11)
- Enti gestori: «testimoni» (n. 2)
- Medici di Medicina Generale referenti AFT (n. 6)
- Organizzazioni sindacali: rappresentanti (n. 3)
- Sindaci (n. 9)
- Volontariato: «testimoni» (n. 2)

Particolare attenzione è stata posta nella modalità di comunicazione della richiesta a partecipare, in quanto la specificità del contesto indagine e i ruoli degli interlocutori li rendevano non facilmente sostituibili, garantendo allo stesso tempo la libertà di scelta.

Il contatto è avvenuto tramite una e-mail a firma della direzione sociosanitaria del Distretto e della direzione di Polis-Accademia in cui veniva spiegato il progetto in atto, motivata l'adesione da parte del Distretto ed il conseguente invito alla partecipazione, oltre che anticipato l'invito alla prevista restituzione dei risultati in sessione pubblica. La e-mail conteneva il link del questionario predisposto su modulo Google (vedi paragrafo successivo) e l'indicazione della scadenza temporale per la compilazione.

Contemporaneamente la Direttrice di Distretto si è impegnata ad agire da facilitatore (Bichi, 2007) invitando alla partecipazione attiva al progetto nelle dirette occasioni di incontro con i componenti del gruppo individuato, ma senza chiedere conto della scelta dell'interlocutore.

Dopo la prima *deadline* per la compilazione è stato inviato un *reminder* che ampliava ulteriormente la finestra temporale, nel frattempo si è proceduto a effettuare le telefonate (vedi paragrafo successivo) a chi aveva già compilato il questionario dando disponibilità e fornendo il contatto.

Dei 45 soggetti interpellati hanno risposto al questionario in 37, il tasso di adesione è stato quindi dell'82,2%. Non si conoscono le motivazioni dei non partecipanti.

In 18 hanno dato la disponibilità per essere contattati anche telefonicamente, e si è proceduto quindi in tal senso. Le telefonate sono state utilizzate come occasione di

approfondimento e argomentazione dei fattori indicati nelle risposte al questionario, contribuendo a chiarire e contestualizzare alcuni aspetti e prospettive.

Tecnica di raccolta dati: questionario in auto compilazione

Stante l'eterogeneità di soggetti destinatari si è deciso di costruire uno strumento il più possibile snello e funzionale, che richiedesse un impegno temporale contenuto e che avesse richieste mirate.

Si è quindi predisposto un questionario *direttivo, breve e semplice* (Delli Zotti, 2021) in auto compilazione che chiedeva di indicare tre «fattori facilitanti» e tre «fattori ostacolanti» rispetto l'implementazione delle CdC. Si è data questa definizione (facilitante-ostacolante) ai fattori per prevenire l'attribuzione di giudizio (funziona- non funziona). A ciò si è aggiunta la possibilità di acconsentire a fornire il proprio recapito per un breve approfondimento telefonico.

Tale impostazione ha consentito di raccogliere informazioni in modo mirato sullo specifico tema di interesse, nonché evitare di affaticare l'interlocutore, riducendo il rischio di rinuncia alla partecipazione. In caso di auto compilazione inoltre non è consigliato utilizzare strumenti troppo lunghi o complessi, in cui è invece utile la presenza di un intervistatore (Delli Zotti, 2021), quindi la domanda mirata e la circoscrizione della risposta sono elementi che hanno aumentato la chiarezza e la fruibilità.

Tecnica di analisi dei dati

Parole chiave e sinonimie

Si è costruita l'analisi individuando categorie e sottocategorie mediante la ricorrenza di parole chiave e sinonimie. Alcune risposte trasversali a più categorie non sono state incluse ma tenute trasversalmente in considerazione nell'elaborazione finale.

Si sono individuate 18 tra sottocategorie e categorie, procedendo poi nella definizione delle macrocategorie di riferimento e arrivando quindi a identificare 4 cluster principali.

La tab.3 mostra le categorie e sottocategorie individuate.

Mancanza di personale
Risorse economiche-attrezzature
Entrambe le precedenti
Motivazione del personale
Resistenze
Integrazione e coordinamento tra professionisti
Non integrazione tra professionisti
Integrazione tra servizi e attività
Non integrazione tra servizi e attività
Sistemi informatici
Presenza-aumento di professionisti e servizi
Formazione
Informazione-comunicazione
Flessibilità
Logistica (trasporti, ambienti)
Tempo (liste attesa-orari apertura)
Vicinanza al cittadino e ai suoi bisogni
Qualità

Tab.3: categorie e sottocategorie

La tab.4 mostra i cluster principali ed il contenuto cui si riferiscono:

OPERATORI - presenza - competenza - motivazione - formazione	INTEGRAZIONE TRA PERSONE E TRA SISTEMI - cultura sociale, civile, sanitaria - servizi, infrastrutture, prassi - culture e organizzazioni
COMUNICAZIONE E MARKETING SOCIALE - contenuti - linguaggi - canali	GEOGRAFIA TERRITORIALE - mobilità - tempi e orari - allocazione dei presidi

Tab. 4: cluster

Cluster di riferimento: gli assi portanti del sistema di salute

Operatori

Centrale è stato il focus sulle persone come chiave determinante del sistema. Preso atto della carenza generale di professionisti del sistema sanitario, si pone ancora più la necessità della valorizzazione di quello presente, di formazione, di efficace gestione delle competenze specifiche. Viene richiamata anche la necessità che ci sia una motivazione al cambiamento e la disponibilità a sperimentare diverse modalità di lavoro. I professionisti quindi al centro della creazione della CdC, primi attori del cambiamento e allo stesso tempo primi soggetti di esso. Emerge la consapevolezza di dover rimettere in gioco le proprie pratiche professionali, unita però alla fatica del dato di realtà rispetto alla carenza di organico, che rende spesso impossibile poter dedicare attenzione a questi aspetti.

Integrazione tra persone e tra sistemi

Il secondo focus riguarda l'integrazione: sia tra persone, che tra sistemi, che tra sistemi e persone. Il tema dell'integrazione sociosanitaria è a dibattito da lungo tempo e diversi sono stati nel tempo gli interventi a livello legislativo e organizzativo. La CdC si colloca in questa pista di lavoro, con la spinta esplicita fornita dalla missione 6 del PNRR ed i conseguenti applicativi nazionali e regionali.

Nell'indagine sono emersi molto chiaramente i due aspetti nodali dell'integrazione: quello culturale e quello strategico-strumentale.

Quello culturale si riferisce alla necessità di dialogo e incontro tra appartenenti a diverse categorie professionali, adesso ancora formate e abituate ad operare nella chiusura nell'iperspecializzazione e settorializzazione. La logica della CdC richiede necessariamente un cambiamento delle relazioni tra i professionisti, che non si devono pensare solo in relazione alla propria pratica ma anche in relazione a quella degli altri. E questo non in un'ottica di contiguità ma di intersezione.

L'integrazione strategico-strumentale si riferisce all'elaborazione di prassi e procedure uniche e condivise, lo stesso per i sistemi informatici e gli strumenti operativi. Centrale è la condivisione delle informazioni, l'eliminazione di duplicazioni e frammentazioni. Conseguentemente alla pratica compartimentata, ogni settore ha sviluppato proprie prassi

e sistemi chiusi di informazioni, che, quando si trovano a dover dialogare, si scoprono parlare linguaggi diversi pur riferendosi allo stesso oggetto. In questo ambito emerge anche il dato della carenza di strumenti tecnologici.

Entrambi gli aspetti dell'integrazione quindi (culturale e strategico-strumentale) devono poi a loro volta integrarsi tra loro, in quanto l'uno non è pienamente realizzabile senza il contributo dell'altro.

Comunicazione e marketing sociale

Il ruolo del cittadino non è secondario né passivo. Le risposte degli interlocutori mettono in evidenza l'importanza che i fruitori siano consapevoli ed informati sui servizi e i percorsi che la CdC offre. Nell'ottica della sanità di iniziativa, ovvero del «servizio che va al cittadino» e non viceversa, viene sottolineata la responsabilità di informazione e comunicazione preventiva da parte dell'istituzione sociosanitaria. Non a caso più che di pazienti o utenti si parla di cittadini, quindi di persone che non necessariamente si sono già approcciate alla CdC o che ne hanno bisogno al momento presente.

È quindi importante costruire un sistema comunicativo attivo e pensato per raggiungere i diversi segmenti di popolazione, che si serva di canali e strategie utili alla massima diffusione. Per marketing sociale si intende la realizzazione di interventi volti a influenzare il comportamento del cittadino in modalità virtuosa preventiva, includendo anche la conoscenza dei servizi esistenti cui ci si può rivolgere, sempre in coerenza con l'approccio della sanità di iniziativa.

Geografia territoriale

La consapevolezza della peculiarità territoriale della valle Camonica è determinante nella riflessione rispetto ai servizi offerti. In tale configurazione geografica è infatti importante tener conto delle caratteristiche della mobilità e delle implicazioni spazio-temporali, sia per i cittadini che per gli operatori. La distribuzione e raggiungibilità dei servizi, gli spostamenti, i tempi necessari, gli ostacoli per alcune categorie di persone, sono tutti fattori non secondari nella progettazione della CdC.

Il rapporto tra cluster e categoria professionale di appartenenza: diversi focus di attenzione e priorità

In un successivo passaggio di analisi mi sono chiesta se le risposte delle diverse categorie di professionisti avessero tendenze significative verso uno specifico *cluster*.

Nella tab.5 si riprendono i *cluster* della tab.4 e vi si riportano le categorie di interlocutori maggiormente rappresentate e il focus specifico che denotano:

operatori MEDICI <i>Focus specialistico</i>	integrazione tra persone e tra sistemi PERSONALE NON MEDICO <i>Focus integrativo</i>
informazione e marketing sociale SINDACI, SINDACATI, VOLONTARIATO <i>Focus sul cittadino</i>	geografia territoriale TRASVERSALE <i>Focus sul contesto</i>

Tab.5: soggetti e focus

Medici e focus specialistico

I medici hanno concentrato la loro attenzione sugli operatori. La scarsità delle risorse è sì portata come dato di fatto, ma anche come elemento che a maggior ragione sostiene la necessità di investire sul personale presente, sia riferito a loro stessi che alle altre famiglie professionali. In particolare si sottolinea la necessità che gli specialisti possano concentrarsi sulle terapie di loro esclusiva competenza, delegando a personale adeguatamente formato la gestione degli aspetti complementari, sinergia resa possibile da una formazione mirata e condivisa. Il punto di vista dei medici è centrato sulla specificità della cura e sulla qualità dell'intervento specialistico operato al di fuori della struttura ospedaliera affinché sia efficace.

Personale non medico e focus integrativo

Sono soprattutto i professionisti non medici a sottolineare i fattori relativi all'integrazione. La complessità degli interventi sociosanitari richiede orizzontalità di prassi e sinergia di interventi, in modo da costruire un quadro coerente ed eliminare duplicazioni e dispersioni. C'è inoltre consapevolezza di quanto il lavoro di uno possa contribuire significativamente a quello dell'altro, facilitando alcuni passaggi e la comprensione di alcuni aspetti. Queste categorie di professionisti hanno un elevato grado di interdipendenza, che la compresenza in CdC dovrebbe appunto favorire. Ma è importante che la prossimità spaziale non sia considerata sufficiente per realizzare l'integrazione e sia ben pensata, affinché non diventi invasione controproducente.

Sindaci, sindacati, volontariato e focus sul cittadino

Lo sguardo sul cittadino viene rimarcato soprattutto da sindaci, rappresentanti sindacali e rappresentanti del volontariato. Il contributo di queste figure è indispensabile per ricordare che la persona accolta nella CdC è portatrice di una complessità che va al di là del bisogno sociosanitario esplicito e del momento e che i servizi devono tener conto anche di questo aspetto. La complessità è intesa anche in termini di risorse e relazioni, quindi di contesto di vita. Il tema è costruire una Casa della Comunità che non sia confinata nella prestazione ma si innesti nella rete territoriale.

Il focus sul contesto come fattore comune

L'attenzione alla peculiarità territoriale è trasversale alle categorie di interlocutori. Il territorio vallare ha infatti delle specificità che condizionano sia il lavoro dei professionisti che i cittadini, e richiedono di essere accuratamente tenute in considerazione nelle progettazioni di servizi e interventi, in quanto possono essere determinanti per il successo o il fallimento.

Per ognuno dei quattro *cluster* si è infine individuata una *keyword* tematica riassuntiva. La parola chiave serve, dopo che i contenuti sono stati sviscerati e condivisi, a rilanciare

agli interlocutori l'invito a continuare la riflessione e il dialogo su quanto emerso, coerentemente con gli obiettivi della ricerca.

operatori MEDICI <i>Focus specialistico</i> MEDICINA D'INIZIATIVA	integrazione tra persone e tra sistemi PERSONALE NON MEDICO <i>Focus integrativo</i> PRESA IN CARICO
informazione e marketing sociale SINDACI, SINDACATI, VOLONTARIATO <i>Focus sul cittadino</i> COMUNICAZIONE	geografia territoriale TRASVERSALE <i>Focus sul contesto</i> TERRITORIO

Tab.6: Keywords riassuntive

Keywords riassuntive

Medicina d'iniziativa

Per realizzare l'obiettivo della medicina d'iniziativa è indispensabile che tutti gli operatori siano adeguatamente preparati, motivati e che abbiano la possibilità di realizzare azioni preventive e innovative. In primo luogo è necessario costruire un significato condiviso rispetto al contenuto di questo termine tra i professionisti, quale è il proprio specifico contributo e quali azioni concrete si progettano e mettono in atto per realizzarlo.

Presa in carico

Il risultato dell'integrazione vuole essere una presa in carico efficace, multidisciplinare e integrata. È necessario che la rappresentazione di questo processo sia condivisa dall'inizio, costruita transdisciplinarmente e inserita in un orizzonte definito, oltre che adeguatamente supportata da sistemi e prassi. La definizione condivisa è necessaria per sviluppare dei flussi di intervento efficaci e praticabili. Allo stesso modo aver presente il processo nella sua globalità aiuta ad ampliare il significato che si attribuisce al proprio contributo, aprendo la strada a miglioramenti e innovazioni.

Comunicazione

La comunicazione viene spesso liquidata come fattore implicito e scontato, a-specifico perché facente parte del quotidiano di ciascuno, termine abusato e chiamato in causa in ogni dibattito. Proprio per questo è invece di primaria importanza, laddove questa risulti cruciale, addentrarsi nella solidità dei suoi contenuti: cosa si vuole comunicare? A chi? In quali tempi e modalità e con quali strumenti? Dai dati emersi risulta chiaro un evidente deficit comunicativo nel sistema della cura territoriale, sia interno che verso l'esterno. È importante allora che il tema diventi oggetto di lavoro per i professionisti della CdC.

Territorio

Come detto in precedenza c'è una significativa consapevolezza delle caratteristiche territoriali locali. È essenziale che l'identità territoriale resti attenzionata come fattore determinante della medicina territoriale, non però come dato immutabile. Le peculiarità locali non devono diventare alibi o freno per la sperimentazione e l'innovazione, né escludenti rispetto a confronti con il panorama regionale e nazionale.

Si può notare quanto gli elementi emersi siano sintonizzati con quanto promosso dalle riforme, segno che la direzione intrapresa è chiara e condivisa, nelle priorità e nei significati.

Questa analisi ha inoltre confermato l'interesse e la necessità di occuparsi di integrazione all'interno della Casa della Comunità per realizzare in modo efficace i propositi di salute.

Interviste qualitative: uno sguardo trasversale sulle Case della Comunità di 26 Distretti della Lombardia

La seconda fase della ricerca ha previsto la somministrazione di interviste semi strutturate ai Direttori di Distretto che avessero dato disponibilità.

Lo scopo dell'intervista era fare emergere le configurazioni delle Case della Comunità in implementazione sui territori, in particolare in relazione a come e se stessero cambiando i rapporti tra i diversi professionisti, non tanto a fronte del mandato normativo quanto della costruzione di una nuova modalità di lavoro mediata dalla CdC.

Il Direttore di Distretto, quale regista e responsabile del processo di implementazione della CdC, costituiva la figura ideale a cui rivolgersi.

Come accennato nell'introduzione, prima di arrivare alla proposta delle interviste ho frequentato alcune sedute della CdP dei Direttori di Distretto, supporto importante per il confronto ed il sostegno reciproco per una figura carica di richieste e aspettative in un contesto molto sfidante e in grande fermento, oltre che molto attenzionata a tutti i livelli. La frequenza di questi incontri ha permesso a me di familiarizzare con alcuni elementi del complesso mondo del servizio sanitario e dei suoi linguaggi, oltre ad avere l'opportunità di presentare la mia attività di ricerca con l'esplicito supporto del Direttore dell'Accademia. Ciò ha dato anche una cornice di legittimità e trasparenza rispetto alla richiesta di successiva intervista e una consapevolezza di quali fossero gli scopi espliciti e condivisi.

La scelta di effettuare delle interviste è stata valutata con attenzione e confrontata con altre possibilità. Una delle alternative era somministrare un questionario a risposta aperta online. Questo avrebbe probabilmente permesso una partecipazione più facilitata e quindi più numerosa, in quanto più gestibile nei tempi e meno richiedente in termini di esposizione rispetto ad una intervista. Stante la complessità del tema che si è scelto di indagare, le peculiarità dei singoli contesti che ampiamente emergevano durante la CdP e la mia prospettiva teorica di riferimento, ho valutato però che non sarebbe stato possibile costruire delle domande sufficientemente mirate da consentire risposte scritte brevi ed esaustive utili ad indagare la domanda di ricerca. Si è confermata quindi l'intenzione di procedere con le interviste.

Scelta e contatto dei partecipanti

PoliS-Accademia mi ha fornito l'elenco aggiornato dei Direttori di Distretto e delle ASST di appartenenza, con i loro recapiti istituzionali di posta elettronica.

Ho redatto quindi una e-mail che ricapitolasse brevemente la ricerca e motivasse la richiesta di intervista, con specificati tempi e modalità della stessa.

È stato esplicitato che l'intervista avrebbe richiesto massimo un'ora di tempo e che sarebbe stata online e videoregistrata. Ho predisposto ed allegato il modulo di consenso informato con tutte le informazioni utili per una partecipazione consapevole e delle tutele garantite, con i riferimenti del docente supervisore e del Direttore di PoliS-Accademia per eventuali ulteriori richieste.

Era inoltre fornito un link ad un'agenda di appuntamenti mediante il quale poter prenotare uno slot temporale se si accettava di partecipare. Questo sistema, che non comportava una richiesta di risposta diretta e scritta, né di adesione né di rifiuto, ha tutelato la libertà di scelta di partecipare o meno dei Direttori.

A seguito della ricezione di una prenotazione io inviavo una e-mail di ringraziamento contenente il link Teams per l'intervista, calendarizzata nel giorno e ora prescelti dal partecipante.

Alla e-mail di invito era in copia il Direttore di PoliS-Accademia, che ha avuto funzione di facilitatore (Bichi, 2007) a garanzia della trasparenza della ricerca e del collegamento con le attività di supporto indirizzate ai Direttori di Distretto da parte appunto di PoliS-Accademia. Questo è stato essenziale soprattutto per quei Direttori che non avevano frequentato gli incontri in Accademia e che quindi non avevano ancora avuto occasione di interfacciarsi con me e la ricerca in atto.

I Distretti lombardi sono 86, al momento della richiesta di contatto (luglio 2024) i Direttori nominati erano 76 (2 erano in fase di assegnazione, 1 in attesa di nuova nomina, 7 Direttori stavano coprendo 2 Distretti). Si è quindi proceduto ad inviare richiesta a tutti. Si è fatto poi un secondo invio di richieste a settembre 2024.

Le adesioni sono state in totale 26, in un caso dei quali il Direttore di Distretto ha delegato una coordinatrice delle attività di integrazione; in tre casi il Direttore era affiancato da un collaboratore durante l'intervista.

In due casi si è ricevuta una comunicazione di non adesione, negli altri non si è ricevuto nessun feedback.

Essendo una partecipazione a base volontaria di appartenenti ad una specifica categoria, si è dovuto considerare di aver raggiunto la saturazione con le adesioni ricevute.

La distribuzione delle ASST di appartenenza è risultata ampia ed eterogenea, tanto che si è avuto almeno un rappresentante di 21 ASST su 25, elemento che ha consentito di considerare ben rappresentate le diverse territorialità della regione.

Non essendoci stata una selezione sul totale e non essendo indagato il ruolo specifico del manager, non è stato ritenuto rilevante acquisire informazioni sulla biografia personale e professionale dei partecipanti, in quanto non determinanti ai fini della ricerca.

Tecnica di raccolta dati: interviste semi strutturate

Il primo gruppo di interviste è stato realizzato a luglio-agosto 2024, mentre il secondo a ottobre 2024.

Come anticipato, tutte le interviste sono state effettuate tramite la piattaforma Microsoft Teams, che esegue la trascrizione automatica del dialogo oltre alla videoregistrazione. Tutte le trascrizioni sono state poi riviste e ripulite rivedendo le videoregistrazioni.

Sono state proposte delle interviste semi strutturate, i cui temi principali erano:

- Breve descrizione delle caratteristiche del Distretto e stato di implementazione delle CdC
- Professionalità coinvolte e modalità di lavoro, in particolare in direzione dell'integrazione
- Nuovi progetti, attività e azioni pensati e promossi per costruire integrazione
- Fattori ostacolanti e fattori facilitanti l'integrazione
- Parere generale sul contributo del modello organizzativo della CdC nel favorire o meno integrazione e visione per il futuro

Definisco il tipo di intervista costruito di tipo semi strutturato riferendomi allo schema di Meraviglia (2005 p.159) che individua tre dimensioni utili per graduare il controllo dell'intervista, ovvero *strutturazione*, *standardizzazione* e *direttività*, secondo cui

l'impostazione del mio lavoro si colloca in posizione intermedia. L'intervista semi strutturata consente di indirizzare l'attenzione su un tema, ma lasciare lo spazio necessario affinché il soggetto possa, rispetto al tema stesso, scegliere quali elementi riportare, in base alla significatività che per lui rivestono. Ciò è stato importante per analizzare dei contesti che, seppur tendenti a rendere operativo un medesimo modello, avevano condizioni molto diverse, non nascendo dal nulla ma risultando da adattamenti ed evoluzioni del preesistente.

L'intervista aveva una durata proposta di un'ora, in rari casi si è protratta un po' più a lungo, nella maggior parte delle interviste i tempi sono stati rispettati.

Intervistando io sola ed essendoci videoregistrazione e trascrizione, non ho preso note sul campo, se non appunti di parole chiave utili nel corso dell'intervista.

Non ho restituito le trascrizioni ai partecipanti, ma ho specificato che i risultati finali della ricerca saranno condivisi con la CdP.

Tecnica di analisi dei dati

Costruzione dell'albero di codifica

La metodologia adottata è stata l'analisi tematica (Braun e Clarke, 2008), svolta con il supporto del programma MAXQDA 24.

Superata la fase di familiarizzazione e revisione ripetuta del materiale, ho proceduto alla costruzione dell'albero di codici, che è stato più volte rivisto e aggiustato in corso d'azione.

La codifica si costruisce a partire dalle specifiche domande con cui si vogliono interrogare i dati (Braun e Clarke, 2006 p.89), in questo caso in quale modo e quanto la Casa della Comunità abbia influenzato e stia influenzando l'integrazione interprofessionale.

In tab. 7 si presenta l'albero definitivo adottato per la codifica, con i codici divisi in categorie.

Categoria	Codice	Descrizione
ORIENTAMENTO DELL'AZIONE	focus sui processi	Attenzione alle modalità di lavoro e ai flussi operativi
	focus sulla prestazione	Priorità agli output, risultati e indicatori di performance
	focus sulla persona	Centralità del paziente/utente nei percorsi e nelle scelte
POSIZIONAMENTO PROFESSIONALE	ospedalieri	Riferimenti e relazioni con personale ospedaliero
	coordinatori	Ruolo e prospettiva dei coordinatori di servizi/strutture
	amministrativi	Ruolo del personale amministrativo e interazioni con i clinici
	AFT	Aspetti legati ai medici di medicina generale organizzati in AFT
	psicologi	Esperienza e posizionamento dei professionisti della salute mentale
	assistenti sociali	Ruolo degli assistenti sociali nei processi integrati
	specialisti	Specialisti ambulatoriali e ruolo nel lavoro interprofessionale
	pediatri	Pediatri di libera scelta e loro coinvolgimento
	IFeC	Infermieri di famiglia e comunità: ruolo, compiti, collaborazione
	MMG	Medici di medicina generale e loro posizione nella CdC
CONTESTO LOCALE E ORGANIZZATIVO	enti, associazioni	Riferimenti al terzo settore e ad altri attori esterni
	CdC e servizi	Struttura organizzativa delle Case della Comunità
	aspetti logistici	Temi legati a spazi, orari, accessibilità, dotazioni
	caratteristiche territoriali	Fattori socio-demografici e sanitari del territorio
FATTORI INCIDENTI SULL'INTEGRAZIONE	resistenze	Opposizioni o difficoltà esplicite/implicite all'integrazione
	barriere culturali	Differenze di linguaggio, valori o approcci tra professionisti
	caratteristiche strutturali e organizzative	Limiti dovuti a norme, regolamenti, assetti interni
	confini professionali pregressi	Divisioni storiche e rigide tra ruoli/professioni

MODALITA' OPERATIVE DELL'INTEGRAZIONE	ruoli e competenze	Ridefinizione e distribuzione delle responsabilità professionali
	strutture di connessione	Dispositivi organizzativi per facilitare il lavoro integrato
	comunicazione	Scambi comunicativi tra professionisti, canali e modalità
	modalità di primo contatto	Meccanismi di avvio della presa in carico condivisa
	obiettivi e progettualità condivisi	Presenza di progettualità comuni e visione condivisa
	modalità informali	Collaborazioni spontanee, non strutturate
	modalità formali	Collaborazioni istituzionalizzate e regolate
	ruoli di connessione	Figure ponte che favoriscono coordinamento e dialogo
FACILITATORI DELL'INTEGRAZIONE	motivazione	Spinta individuale o collettiva a migliorare la collaborazione
	vision	Idee guida e prospettive condivise per il futuro del servizio
	ruolo della leadership	Presenza e influenza di figure di guida
	risorse	Supporti materiali, umani e organizzativi disponibili
	formazione interprofessionale	Opportunità formative comuni
	conoscenza	Conoscenza reciproca tra professionisti, ruoli e servizi

Tab. 7: Albero di codifica per le interviste ai Direttori di Distretto

Si è ritenuta valida la struttura presentata in quanto presenta categorie e relativi codici ben definiti e riferiti alle principali dimensioni esplicite dell'integrazione emerse dalle interviste:

- Orientamento dell'azione (intenzionalità e focus)
- Dinamiche professionali (attori e posizionamenti)
- Contesto locale (ambiente istituzionale e territoriale)
- Fattori incidenti (ostacoli e limiti)
- Modalità operative (pratiche concrete di integrazione)
- Facilitatori dell'integrazione (leve del cambiamento)

La codifica è di tipo prevalentemente descrittivo, in quanto ha l'obiettivo di organizzare le informazioni e iniziare ad individuare delle ricorrenze e dei punti di attenzione interessanti.

Si sono quindi codificate le 26 interviste, individuando un totale di 1418 segmenti.

Individuazione dei nuclei tematici

La seconda fase ha previsto l'individuazione di nuclei tematici in cui iniziare un primo raggruppamento dei codici.

La tab. 8 evidenzia i 9 nuclei tematici individuati, i codici afferenti e la sintetica descrizione.

Tema	Codici associati	Descrizione sintetica del tema
Il focus sul paziente come punto di incontro	Focus sui processi, focus sulla prestazione, focus sulla persona	Diversi modi di intendere il lavoro nei servizi sociosanitari, con priorità diverse: mettere al centro il paziente può farli incontrare
L'integrazione nella quotidianità	Comunicazione, modalità formali, modalità informali, obiettivi e progettualità condivisi	L'integrazione avviene in forme diverse: programmate o spontanee, debolmente o fortemente strutturate
Motivazione e leadership come driver portanti	Motivazione, vision, leadership	L'integrazione è spesso spinta da figure chiave e motivazioni individuali, non da regole formali
Ostacoli culturali e storici	Resistenze, barriere culturali, confini professionali pregressi	Alcune difficoltà relazionali e caratteristiche delle identità professionali radicate ostacolano la collaborazione
Quanto conta il contesto	Aspetti logistici, caratteristiche territoriali, enti/associazioni, CdC e servizi attivati	L'efficacia dell'integrazione dipende anche da vincoli e risorse del contesto territoriale e spazio-temporale
Ruoli, gerarchie e visione	Ospedalieri, amministrativi, psicologi, assistenti sociali, specialisti, pediatri, IFeC, MMG	Le famiglie professionali hanno connotazioni e collocazioni specifiche

Si inizia dal presentarsi	Conoscenza, formazione interprofessionale, primo contatto	L'integrazione parte dalla base: sapere chi sono persone, professionisti e servizi
L'infrastruttura	Caratteristiche dell'infrastruttura di supporto, risorse, ruoli e competenze	A volte l'anello mancante per l'integrazione non dipende dalle persone ma dal sistema
L'importanza di collegare	Ruoli di collegamento-strutture di collegamento-coordinatori-AFT	È essenziale che sia promosso, esplicitato e riconosciuto il ruolo di collegamento sia delle persone che delle componenti organizzative deputate

Tab.8: Prima enucleazione dei temi emergenti dalle interviste

I temi individuati incorporano i contenuti alle categorie, iniziando ad evidenziare le tendenze e le caratteristiche specifiche delle risposte.

Costruzione del quadro interpretativo

Ho poi orientato l'analisi tematica verso un quadro interpretativo centrato sul ruolo trasformativo della Casa della Comunità, al fine di rilevare se e come le nuove disposizioni organizzative della CdC stessero fungendo (o meno) da agenti di cambiamento, in coerenza con la domanda di ricerca.

Ho riorganizzato i 9 temi in base all'azione esercitata dalla CdC su quattro aree di impatto, ciascuna relativa ad un diverso meccanismo trasformativo.

La tab. 9 riporta le aree di impatto individuate e i nuclei tematici afferenti, che verranno in seguito giustificate nel dettaglio.

Area di impatto	Temi
Incontro e conoscenza	Si inizia dal presentarsi L'integrazione nella quotidianità
Motivazione e cultura professionale	Motivazione e leadership come driver portanti Ruoli, gerarchie e visione Ostacoli culturali e storici Il focus sul paziente come punto d'incontro

Assetti organizzativi	L'infrastruttura L'importanza di collegare
Territorio e strutture	Quanto conta il contesto

Tab.9: Aree tematiche definitive

Si può notare che alle aree di impatto non è stata attribuita una valenza positiva o negativa, né è stato proposto un quadro interpretativo basato su queste due dimensioni. Questa è stata una scelta ragionata e consapevole, rispettosa dell'approccio adottato, che si è dichiarato mirato a raccogliere quanto si stava verificando nelle CdC riguardo all'integrazione per sostenere le buone prassi, non operare classificazioni valutative. Ragionare in termini di positivo/negativo sarebbe stato certamente più semplice, ma a mio parere non avrebbe consentito di affondare la riflessione nel legame di influenza tra struttura e persone che mi sono proposta di indagare. Nel corso della codifica si possono notare delle categorie di criticità, ma esse vengono trattate e ricomprese nell'analisi al pari dei movimenti virtuosi, quali parte integrante dei fenomeni in atto.

Presentazione dei contenuti

In coerenza con la domanda di ricerca, che si chiede se la Casa della Comunità stia abilitando una maggiore integrazione interprofessionale e in quale modo, si è costruita l'analisi su aree specifiche su cui è emerso un impatto significativo del modello della CdC.

A seguire si presenta nel dettaglio l'analisi delle quattro aree principali specificando anche i relativi temi compresi in ciascuna (come da struttura finale evidenziata nella tabella precedente).

Premessa all'analisi dei contenuti: legenda sigle

Nel sistema sanitario, come più in generale nel settore pubblico tipicamente molto burocratizzato, è molto diffuso l'uso di sigle per definire servizi, ruoli e strutture. Ciò rende poco accessibile il linguaggio per i non interni al sistema, per cui si ritiene utile richiamare la declinazione di alcune sigle molto utilizzate nelle interviste per poterle riportare.

CdC: Casa della Comunità

MMG: Medico di Medicina Generale

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale, sono piccoli gruppi di medici di medicina generale o di pediatri a livello locale, ognuno ha un proprio rappresentante

IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale: preesistenti alla CdC, per la presa in carico di casi complessi

PUA: Punto Unico di Accesso (definito dal d.m.77)

COT: Centrale Operativa Territoriale (definita dal d.m.77)

SGDT: programma informatico unificato in implementazione a livello regionale

DAPS: Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie: struttura organizzativa delle ASST che coordina le attività del personale sanitario

Incontro e conoscenza: se ci presentiamo ti posso conoscere

Si sono radunati in quest'area tematica le esemplificazioni fornite rispetto alle relazioni tra i professionisti in cui la CdC ha giocato un ruolo determinante, sia nel creare le occasioni per conoscersi sia nel richiedere lo sviluppo di progettualità condivise.

Include:

Si inizia dal presentarsi

Pare un elemento banale, anche a detta degli intervistati ma, data la frequenza con cui emerge, evidentemente non lo è: iniziare a conoscersi. Il primo step per integrarsi è conoscersi tra persone, professioni e servizi.

La CdC ha comportato la necessità e l'opportunità di dover creare occasioni di incontro e condivisione che emergono quali attivatori virtuosi per la conoscenza reciproca e la creazione di una base relazionale tra i professionisti, a partire da elementi minimi ma essenziali come presentarsi, scambiare il numero di telefono, l'orario di reperibilità:

Io ho cominciato a fare delle riunioni mettendo tutti insieme al tavolo: una prima riunione, anche di presentazione: chi sei, cosa fai, perché... Soprattutto a -Paese X- siamo partiti quasi da zero e adesso abbiamo la gran parte dei servizi che costituiscono la Casa di Comunità, quindi sono arrivate persone nuove, è arrivata l'assistente sociale, sono arrivati gli IFeC, lì abbiamo anche un ambulatorio temporaneo di medicina generale, quindi i medici, le cure domiciliari, è arrivato il PUA... sono arrivate delle cose che la gente ha detto ma chi sono questi qua? E allora ci siamo visti, ci siamo conosciuti, abbiamo cominciato a frequentarci. (13D, 40)

Abbiamo iniziato ad attivare delle pratiche di conoscenza reciproca tra gli specialisti e i medici di base. Adesso infatti stavamo organizzando con la specialista un evento ECM in cui però far partecipare i medici soltanto del Distretto -X- a una serata, in modo da iniziare anche a conoscersi. È banale, ma non avevano reciprocamente i numeri di telefono, cioè l'elenco dei medici, i telefoni dei medici stessi, una tabella dove fosse indicato che ad esempio giovedì alle tre, mentre tu hai lì il paziente, devi chiedere una cosa al cardiologo perché non capisci, il cardiologo ci sia, quindi banale. Però poi si parte da queste cose. (15E, 23)

Abbiamo organizzato qualche mese fa un incontro della AFT che insisteva sul territorio dell'ospedale, quindi abbiamo invitato tutti i medici di medicina generale con il referente della AFT, alcuni specialisti che potevano essere più interessati e viceversa al lavoro dei medici di medicina generale, ovviamente il responsabile medico di presidio, ed è stato un incontro estremamente interessante perché le AFT si sono presentate, e i vari specialisti, c'erano cardiologi, chirurghi, diabetologi, internisti, hanno presentato quello che facevano, hanno dato una disponibilità telefonica di reperibilità per i colleghi. (19I, 18)

Oltre ai momenti creati appositamente per conoscersi, le principali occasioni che hanno consentito di incontrarsi a livello personale e professionale sono:

- La formazione e i momenti di confronto congiunti:

Abbiamo anche organizzato poi tre eventi formativi, io e l'anestesista, rivolti a tutto il personale infermieristico delle Case di Comunità, dove facevamo una parte teorica di presentazione del progetto -della pratica X- a domicilio, una parte pratica dove con i manichini è stato fatto vedere come farla, e come avviene, per esempio, - la pratica y- di urgenza, piuttosto che la prevenzione e la gestione delle principali complicanze e il trattamento a domicilio. È stato proprio interessante perché abbiamo fatto tre edizioni, due già fatte, la terza la faremo a settembre e ha avuto molto successo, almeno così ci hanno riferito i colleghi, ma poi si vede a pelle quando un evento piace. (8C, 39)

Quindi apprendiamo insieme un metodo, proviamo a sperimentarlo, proviamo a lavorare sui casi che abbiamo, poi proviamo a capire come potrebbe funzionare in un modo diverso. Questa cosa ci ha dato una grande forza, perché effettivamente ha fatto sì che magicamente gli operatori capissero come lo stesso caso potevo gestirlo nella forma che era quella storica, dove ognuno andava per sé, o nella forma B, in cui non c'è neanche stato bisogno di dire “dovete fare l'equipe multidisciplinare”, perché vengono da sole, cioè se diventa un *modus operandi* è chiaro: andiamo a vederlo insieme e decidiamo. (17G, 46)

Organizzare attività formative e di aggiornamento che coinvolgano insieme diverse figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) favorisce la condivisione di linguaggi, metodologie e obiettivi comuni.

Ovviamente tutti sapevano dell'esistenza gli uni degli altri anche prima, ma più a livello nominale che sostanziale, perché ognuno operava nella sua dimensione e pare non avesse occasione di comprendere davvero la specificità del lavoro dell'altro né i diversi approcci. La CdC ha creato una necessità formativa che è stata produttiva non solo nei contenuti, ma anche nelle stesse modalità in cui è stata organizzata, con uno scambio di competenze e conoscenze.

- L'apertura e la proattività dei professionisti nel farsi conoscere:

Anche il “coraggio del primo passo” si rivela una azione di partenza decisiva per poter iniziare a conoscersi: quando sono gli stessi professionisti a presentarsi agli altri attori o a chiedere informazioni, questo facilita lo scioglimento delle diffidenze e cambia la disposizione reciproca:

Ho visto un'apertura che mi è piaciuta molto degli specialisti: un gruppetto mi ha proprio chiesto, facci sapere che cos'è la Casa di Comunità, che cosa c'è. Abbiamo fatto un incontro con tutti quegli specialisti: hanno cominciato ad aprirsi all'infermiere e a capire che alcune situazioni di disagio sociale le potevano segnalare, hanno cominciato a segnalare alla psicologa della Casa di Comunità i pazienti cronici che avevano e che facevano fatica ad accettare la malattia. (1A, 48)

Il lavoro con i medici di base, la diffusione delle informazioni con i medici di base, è stato un punto focale, che il precedente direttore aveva sottolineato, per cui avevamo organizzato dei momenti con i medici di base, in cui sono state presentate le Case di Comunità, soprattutto sono stati presentati gli specialisti all'interno delle Case di Comunità, che è vero a -X e Y- non sono tanti, però quello è stato un momento importante (20M, 22)

Ciò diventa ancora più importante laddove si percepiscano delle resistenze, per cui ci si deve anche esporre e tentare diverse vie:

Sono restii... anch'io ho i capelli bianchi e sono abituato a trent'anni in cui si faceva in un modo, bene, però adesso bisogna fare in un altro, quindi: non vengono loro, andiamo noi da loro. (11C, 41)

Io volevo proprio andare a conoscerli di persona al di là delle riunioni che si fanno, ma proprio andare là con l'IFeC di riferimento, prendere appuntamento per raccontargli meglio il lavoro, in modo da facilitare un po' la conoscenza reciproca, capire se questo può essere d'aiuto. (4B, 15)

La CdC come braccio operativo del Distretto ha quindi dato impulso alla conoscenza ravvicinata tra professionisti, attraverso iniziative sia di formazione che di presa di contatto diretta.

L'integrazione nella quotidianità

Questo tema presenta lo step successivo al precedente, ovvero come si traduce la conoscenza iniziale nella pratica quotidiana affinché diventi una modalità di lavoro.

Emerge la presenza di un livello formale, caratterizzato da tre categorie di dispositivi:

- Procedure, protocolli e modalità operative standardizzati e soprattutto costruiti congiuntamente per la gestione dei percorsi, sia rispetto a quelli da implementare da nuovo che nel tentativo di unificare il preesistente

Sulle Cot abbiamo fatto delle procedure *ad hoc*, ci stiamo ora impegnando per fare insieme con gli uffici di piano una procedura per il punto unico di accesso, col coinvolgimento anche degli assistenti sociali. Quindi procedure che rispondano al bisogno di tutti e che non siano parcellizzate, su quelle che sono delle specificità intervengono poi i vari dipartimenti. (22P, 45)

C'è un protocollo operativo, ma c'è ancora qualche criticità sulle tempistiche e ci stanno lavorando.

Ne abbiamo parlato anche ieri, devono essere proprio puntualizzati ancora dei passaggi. Ci sono documenti che a volte sono ancora non completamente applicati, invece quelli della presa in carico sanitaria lo sono. (1A, 84)

Quest'anno, per esempio, da dettato normativo non sono più suddivisi i piani di zona fatti dai Comuni e il piano triennale di sviluppo del territorio fatto dalle ASST, ma sarà un documento unico sul quale stiamo lavorando adesso, perché il primo deve uscire entro il 31 dicembre. Quindi sarà un documento unico, che vuol dire una grossa integrazione, sviluppata fin dall'inizio. (11C, 31)

- Riunioni e incontri programmati a cadenza regolare tra i vari professionisti e figure coinvolte

Un secondo dispositivo formale sono le riunioni e incontri di confronto, che in modalità diverse sono presenti in quasi tutti i Distretti.

Noi abbiamo costituito in azienda un gruppo operativo distrettuale, che è un momento proprio di aiuto a me operativo: c'è un rappresentante delle cure primarie, un rappresentante degli amministrativi, un rappresentante degli infermieri. E quindi con loro abbracciamo le tematiche principali, poi di volta in volta possiamo chiamare quelli del consultorio se c'è bisogno, quello dell'assistenza domiciliare, a seconda delle tematiche. Il taglio è molto operativo, a seconda delle tematiche mettiamo insieme, rafforziamo, coinvolgiamo. L'abbiamo costituito formalmente con delibera, un atto formale che l'ha istituito, dando una cadenza non fissa, che può essere settimanale, può essere mensile, a seconda delle cose. Però io sono convinto che man mano che le cose girano tutti avvertiranno sempre di più il bisogno di vedersi, non solo casualmente nei corridoi, informalmente o sulle questioni particolari, ma con un certo metodo. (13D, 42)

Abbiamo poi incontri che cerchiamo di tenere a cadenza mensile con tutti gli operatori presenti, quindi definiamo la data dell'incontro, poi chi c'è c'è e chi non c'è legge il verbale o comunque usufruisce della presenza dei colleghi per avere informazione e aggiornamento. (14D, 43)

Essendo un distretto anche piccolo, io ogni 15 giorni faccio un'equipe. E ho deciso di fare un'equipe con tutto il personale del Distretto che posso rispetto al personale di Comunità, proprio con l'obiettivo dell'integrazione e per evitare la frammentazione. (26S, 24)

L'importanza di riunioni cadenzate e formalizzate è indiscussa in qualsiasi organizzazione, soprattutto in fase di evoluzione, quindi anche nel caso della CdC è stata sentita la necessità di realizzare e cadenzare momenti di équipe con tutte le professionalità coinvolte. Si sottolinea che questa fase è raggiunta soprattutto nei Distretti dove le CdC sono ad un buon livello di implementazione anche strutturale (magari in una sede temporanea ma che ha permesso l'attivazione dei servizi e la possibilità di interfacciarsi agevolmente).

- Progetti multidisciplinari: sia i progetti previsti dalla normativa (ad esempio la sorveglianza domiciliare), che quelli attivati per espletare le finalità della CdC, sono essenziali non solo per far incontrare e dialogare le diverse professioni, ma per attivare lo sforzo di tradurre poi in azioni concrete e concertate questo incontro.

Abbiamo fatto anche un progetto con i medici di medicina generale e la specialistica ambulatoriale, per ridurre gli accessi al pronto soccorso. Insieme a loro abbiamo stabilito 4-5 patologie che potevano beneficiare di una attività specialistica di secondo livello piuttosto repentina, proprio per evitare di mandare in ospedale. Quindi loro segnalano alla COT l'esigenza solo in particolari situazioni cliniche, cioè, sono i medici di medicina generale che hanno stabilito quali e con che tempistiche dovevano essere assolti. Ad esempio visita diabetologica per lo scompenso, visita cardiologica per lo scompenso. Quindi abbiamo creato proprio un panel di indicatori con i tempi, la patologia eccetera e la COT verifica se la richiesta è appropriata, prende l'appuntamento. Così anche l'abbiamo fatto per il CPS, perché molti pazienti psichiatrici anche affetti da patologie croniche sono molto trascurati, si trascurano, non vanno dal medico, non hanno una completa consapevolezza dei rischi della patologia e quindi il CPS ci segnala periodicamente i pazienti cronici psichiatrici che devono fare le loro visite di controllo e la COT si preoccupa di prendergli l'appuntamento. (1A, 88)

Con alcuni di questi specialisti, quindi con le discipline che sono maggiormente coinvolte nella cronicità e quindi la cardiologia, la diabetologia principalmente e l'oculistica per quanto riguarda la parte della retinopatia diabetica, abbiamo iniziato una progettualità perché alcuni slot vengano destinati ai pazienti cronici e fragili delle Case di Comunità, con una collaborazione con i medici di medicina generale, con gli infermieri di famiglia, che è andata molto bene lo scorso anno e quindi ora proponiamo anche con una progettualità più spinta. (2A, 16)

Noi abbiamo un centro diabetologico ospedaliero che funziona bene, non ha posti letto, ma è un servizio ambulatoriale, che attendeva proprio l'avvio delle Case della Comunità per riuscire a portare buona parte dei loro assistiti, che accedono a una struttura di terzo livello come il presidio X, più vicino invece al territorio. Per cui abbiamo condiviso proprio l'identikit degli assistiti che potevano essere presi in carico nella Casa della Comunità, abbiamo attivato dei percorsi di formazione per le infermiere di famiglia e di comunità della Casa della Comunità, in modo tale che sintonizzassero con l'attività delle colleghe che lavorano nel centro diabetologico per la gestione della terapia basale, per la gestione dell'educazione terapeutica, del piede diabetico e quindi abbiamo organizzato un corso di formazione in collaborazione con la direzione delle professioni sanitarie e sviluppato questo percorso che si sta rivelando molto interessante. (14D, 14)

C'è stato un progetto adesso che sta andando molto bene sull'infermiere di famiglia e di comunità con il reumatologo sulla presa in carico di pazienti, quindi reumatologo fa la prima visita, fa le impostazioni di terapia e poi è in carico alle IFeC che valutano l'andamento della situazione, distribuiscono il farmaco in ogni Casa di Comunità e questo è un progetto nuovo che sta andando bene. (3B, 9)

Si sta muovendo qualcosa in maniera oggettiva, non sulla percezione ma sull'oggettività. E questo l'abbiamo visto anche coi progetti di sorveglianza domiciliare: noi siamo partiti con percentuali risibili, ora abbiamo diverse migliaia di arruolati in tutta ASST. (22P, 34)

Il livello formale ha un peso rilevante nel garantire una cornice strutturata per l'integrazione, favorendo la collaborazione tra i diversi professionisti e servizi, sia ad un livello riflessivo che operativo.

Dai segmenti emerge come, accanto al livello formale, ci sia e abbia un ruolo molto importante anche il livello informale di integrazione, caratterizzato da momenti di confronto e scambio spontaneo tra professionisti, non necessariamente ad argomento lavorativo.

Il banalissimo caffè del mattino, insieme, a gruppi, quelle cose aiutano... E aiuta anche che si vada veramente in mensa insieme, perché facilita tantissimo i rapporti. (4B,20-29)

Perché appunto poi ci si incontra, ci si vede, si pranza insieme, si fan delle cose di rapporto quotidiano e quindi è molto più facile incontrarsi, sedersi e discutere insieme di quelli che sono i problemi. (17G, 34)

Risaltano poi gli effetti “a cascata” generati dall’essersi “scoperti” a seguito dei progetti comuni:

Ci sono IFeC che lavorano e sentono quasi quotidianamente i medici di medicina generale con cui collaborano, i quali hanno anche capito appieno il ruolo dell'IFeC, molto diverso dal loro ovviamente, e che dà un vantaggio al paziente, ma anche a loro, perché essendo appunto i ruoli molto diversi, evita a uno o all'altro di dover fare attività che competerebbero all'altro ruolo. (12C, 21)

Funzionano bene quei rapporti dove ci sono dei progetti che funzionano, per esempio dei progetti di telemonitoraggio che si sono avviati, hanno aiutato ad

avere la conoscenza con i medici dei reparti, per cui dopo lì il filo diventa diretto e anche informalmente ci si sente, ci si chiama, si va su in reparto e si parla, per cui la cosa diventa più semplice (4B,13)

Questo livello informale, abilitato dalla vicinanza anche “imposta” richiesta dalla CdC, sembra avere un ruolo altrettanto importante nel favorire una reale integrazione sul campo, basata sulla conoscenza reciproca e sulla capacità di lavorare insieme in modo agile e tempestivo.

I livelli formale e informale si abilitano a vicenda e coniugano la necessità di avere momenti strutturati di integrazione con la flessibilità e la prossimità tipica del livello informale, risultando particolarmente efficaci nel favorire una reale integrazione operativa.

Il terzo elemento considerato è la comunicazione: dalle interviste emerge che anche a livello comunicativo è importante partire dalla base, ovvero iniziare dalla semplice comunicazione informativa, che spesso viene data per scontata, invece è alla base della possibilità di collaborazione:

Abbiamo fatto un momento formativo interessante con i medici di medicina generale in cui abbiamo presentato tutti i servizi del territorio e hanno partecipato, ad esempio gli infermieri, anche nel presentare le attività della COT e dell'infermiere di famiglia. (1A, 38)

Abbiamo fatto una serie di comunicazioni ai medici di base, alle farmacie del territorio, ai piani di zona, per, appunto spingere o comunque informare tutti dell'esistenza dell'ambulatorio infermieristico. Abbiamo fatto una presentazione due settimane fa dell'ambulatorio infermieristico, presentando anche i dati del primo semestre 2024 (8C, 9)

Questo è l'equivalente a livello di sistema del presentarsi tra professionisti visto in precedenza, ed è essenziale, anche se spesso trascurato o poco considerato. Ma se le informazioni non vengono passate non si può generare conoscenza:

I medici ospedalieri della geriatria piuttosto che delle medicine non sanno neanche cos'è una Casa di Comunità e che ci sono degli infermieri di famiglia che oltre l'ADI possono andare al domicilio a monitorare una situazione delicata che necessita un *follow up*. (20M, 17)

Questo passaggio risulta quindi centrale: anche il Distretto e la CdC devono presentarsi e farsi conoscere ai professionisti che vogliono coinvolgere nella collaborazione:

Cosa fa il territorio, cosa fa il Distretto? Noi continuiamo appunto a raccontarlo in giro ai quattro venti, però comunque dipende, noi non desistiamo e andiamo avanti a raccontare quel che facciamo, che esistiamo come Distretti. (25S, 69)

C'è poi il secondo e successivo livello della comunicazione, quella per poter lavorare insieme. Questo livello presenta ancora delle criticità, ma sarà da costruire parallelamente all'approfondimento della conoscenza reciproca e della collaborazione.

A volte mi sono arrabbiato con gli IFeC: ma andate a casa delle persone, gestite dei casi e non ne parlate con il medico di base? È assurdo. (13D, 26)

Quello che vedo io come elemento di debolezza è il livello di comunicazione tra professionisti. (22P, 51)

Quindi oltre l'informazione iniziale si dovranno poi creare e consolidare delle pratiche comunicative efficaci, che stanno muovendo i primi passi nei nuovi progetti:

Anche qui ci sono esempi positivi, gli IFeC che stanno cominciando a intervenire danno il feedback al medico e questo comincia a tirar giù alcune barriere, alcune difficoltà. Non è sempre così, è un po' luci e ombre. (13D, 24)

La direzione dell'approccio comunicativo che si delinea in costruzione sembra essere funzionale per il raggiungimento di una maggiore integrazione e coordinamento tra i diversi servizi e professionisti, a beneficio della qualità dell'assistenza.

Motivazione e culture professionali: imparare a guardare nella stessa direzione

In questa tematica si sono raggruppate le testimonianze emerse sulla relazione tra CdC e visioni e spinte individuali e collettive al cambiamento.

Include:

Motivazione e leadership come driver portanti

Il cambiamento e l'investimento richiesto dalla CdC possono sostenere o frustrare la motivazione individuale, a seconda del riconoscimento e del tipo e grado di coinvolgimento: dalla lettura dei segmenti emerge che il tipo di motivazione che funziona è una motivazione intrinseca, legata sia al senso di missione che di appartenenza alla comunità locale, che vede la CdC come occasione per occuparsi da vicino del territorio e delle persone, oltre che stimolare un rinnovamento dell'approccio professionale.

Il forte legame e affiliazione degli operatori al territorio in cui lavorano, soprattutto quando vi risiedono anche, crea un senso di responsabilità e desiderio di contribuire al bene della propria comunità, ed è essenziale soprattutto nei territori periferici o montani.

Proprio perché uno non viene da fuori a lavorare a Paese X, se ci lavora è perché normalmente accanto a questa sede ci vive: ecco, il fatto che ci sia questa affiliazione, questa tensione proprio civica rispetto al contesto di vita e di lavoro e è una delle cose più potenti su cui noi riusciamo a contare e a lavorare insomma, è molto importante. (9C, 17)

È un cambiamento che a me piace tantissimo dal punto di vista territoriale e quindi ci crediamo, siamo motivati però, ecco questa relazione, questi rapporti che pian piano stanno nascendo avranno bisogno del tempo per maturare. (19I, 46)

La motivazione iniziale deve anche essere sostenuta nella pratica quotidiana, soprattutto in un contesto in divenire, perché si può anche rapidamente perdere:

I sanitari arrivano da strutture ospedaliere e poi la scelta della nostra azienda è stata quella di scegliere non i neolaureati ma quelli con già esperienza e che avevano voglia proprio di mettersi in gioco sul territorio, Quindi arrivavano da un ambiente completamente strutturato, quindi all'inizio è stato veramente difficile e non nascondo che qualcuno inizialmente era anche demotivato, adesso questa cosa si è completamente annullata perché man mano che si vanno a costruire i servizi e i percorsi, loro trovano una loro collocazione, una loro motivazione e anche l'utenza inizia a riconoscere la Casa di Comunità e gli infermieri di famiglia come punto di riferimento, ma anche gli stessi medici di base. (12C, 45)

La motivazione va inoltre di pari passo con una leadership che, ai diversi livelli, sa tenerne conto e valorizzarla: a partire dalle scelte delle direzioni strategiche fino alla gestione della direzione di Distretto:

I nostri IFeC sono molto motivati e questa cosa mi ha colpito tanto, e tutto deriva anche dalla declinazione del DAPS che ha messo sul territorio persone che avevano intenzione di lavorare sul territorio, non collocamenti di pseudo riposo sul territorio perché non potevano più stare in ospedale, cioè c'è stata una scelta di persone, quindi per primo il DAPS ha investito su questa cosa dal punto di vista infermieristico. Tutte le COT hanno un coordinatore, e sono molto preparati e quindi è una catena virtuosa. (1A, 19)

Emerge per i Direttori l'importanza di un mandato a livello di direzione strategica, affinché ci sia coerenza e supporto anche per loro nella riabilitazione del ruolo del territorio e sostegno alle iniziative.

In questo momento lo sto anche vedendo, è un interessamento diretto da parte della direzione strategica su questa vicenda. Questo certamente fa alzare le orecchie a tutti, dicevano insomma, questo è il territorio cosa vogliono? Cioè, è una cosa che il Direttore sta seguendo in prima battuta e questo lo rafforza molto. Detto questo, poi siamo noi che dobbiamo da questo punto di vista essere realmente credibili. La consapevolezza parte anche dalle direzioni, cioè, il territorio è sempre stato visto (e in parte lo è ancora) come qualcosa di non funzionale alla gestione ospedaliera, se oggi riusciamo a ribaltare questa visione, dando anche una autorevolezza diversa a chi sta sul territorio, compresi gli MMG che devono recuperare un bel pezzo di autorevolezza da questo punto di vista, lì sì. (6B, 62)

In alcuni casi c'è stato un evidente cambio di passo con il cambio di direzione strategica, che ha portato delle novità e delle spinte nell'implementazione del ruolo del Distretto

Da qualche mese a questa parte, col cambio della direzione; fino a dicembre dell'anno scorso eravamo due aziende separate, molto sinceramente, nel senso che facevamo una grossa fatica a interloquire con gli ospedali. Da più di sei mesi, da gennaio la situazione io vedo che sta cambiando, un po' a fatica però c'è qualche rapporto in più. (26S, 16)

Questa cosa è andata così anche perché con la gestione della precedente direzione non c'è stato un mandato forte dalla direzione strategica rispetto alla collaborazione tra ospedale e territorio e quindi tante cose sono state difficoltose e non siamo riusciti a farle partire. E da gennaio è molto cambiato il vento perché appunto è cambiata la direzione strategica che ha un'impostazione è un'idea del territorio molto più integrata con l'ospedale, per cui si stanno muovendo tante cose. (12C, 33)

Diciamo che la direzione strategica ha quasi un po' abolito l'idea del polo ospedaliero, il Polo territoriale, ma sta molto spingendo l'acceleratore sulla ASST. Cioè ogni servizio è espressione di ciò che fa e non di dove stia, che è la vecchia

accezione, per cui su quello sicuramente le iniziative formali, quindi tutte le riunioni, tutte le call, la proposta formativa, vertono su questo cambio culturale che era già iniziato negli anni scorsi, ma ovviamente era nelle prime fasi. Quest'anno, diciamo in questo semestre, c'è stato un deciso colpo di acceleratore su questa prospettiva, c'è molta propensione ad integrarci anche con le iniziative regionali, per esempio quelle sulle varie giornate, praticamente ogni giorno c'è la giornata di qualcosa, della vita, per cui quelle che hanno un investimento su quelle che sono tematiche sanitarie sono caldamente spinte ad essere promosse con iniziative, con visibilità e quindi diciamo anche questo, crea un collante sia coi cittadini che con i colleghi delle altre strutture. (22P, 58)

Una leadership coerente nei diversi livelli consente di muoversi con una *vision* comune a lungo termine che orienti la costruzione quotidiana del sistema CdC, elemento essenziale per non essere travolti dalla complessità della sfida in atto:

Se abbiamo la visione magari riusciamo anche a perseguirla, altrimenti la quotidianità ci può assorbire, non al cento, ma anche al 120, al 130%. Quindi, ripeto, noi abbiamo avuto questa opportunità che ci ha messo nelle condizioni di rilanciare su una nuova modalità di lavoro, perché ci siamo anche chiariti insomma, abbiamo condiviso il dove vogliamo arrivare e stiamo cercando insieme le strategie per non andare fuori rotta. (14D, 49)

I progetti di cui ti parlavo prima: al tavolo c'è la direzione medica di presidio e noi come Distretto, il DAPS come personale, i flussi informativi, cioè più persone sedute al tavolo per definire i progetti che riguardano le varie tematiche. La sfida che stiamo cercando di darci in questo momento è di fare un modello unico, cioè, pur nella differenza dei progetti, però un funzionamento unico che definisca la continuità di cura delle persone dall'ospedale al territorio, che è un po' la sfida, perché altrimenti si va al singolo e alla definizione di ogni singolo progetto che però se non abbiamo un modello definito più alto, più ampio, si fa già più fatica poi a portare avanti e a renderlo poi uniforme e globale, quindi ci stiamo lavorando in questo modo. (3B, 32)

Emerge anche la consapevolezza della evidente portata del cambiamento in atto, che in alcuni casi viene anche visto come l'ultima possibilità per il SSN di sopravvivere e restare garantito:

È fatto su tanti operatori su diversi contesti, è veramente un'opera ciclopica quella che abbiamo in corso, però, credo che il potenziale che oggi stiamo via via vedendo come incremento in termini sì di numero, ma anche di professioni, di tipologie professionali, di ambiti di intervento potenziali, siano una grande e importante scommessa per il futuro, un investimento che non possiamo non riconoscere. (9C, 17)

O il DM 77 riusciamo a metterlo in cantiere e a farlo funzionare, o il sistema sanitario nazionale salta, punto, per cui non è un discorso dire se va bene o no. Dobbiamo, cioè il dirigente sanitario, in questo momento, deve fare in modo che questa cosa funzioni perché altrimenti tra 5 anni, nel '27 e '28, se i fondi del PNRR non creano valore, noi siamo senza sanità e senza soldi. (10C, 64)

Il DM 77 per me è molto bello, dobbiamo arrivare ad attuarlo. (la 23 del 2015 non era una brutta norma, solo che non si è arrivati ad attuarla, è disapplicata poi con la 22 del 2021 è stata modificata, però non si è mai attuata in pieno). Noi dobbiamo attuarlo, perché? Perché serve a noi, perché stiamo facendo una rete, stiamo facendo un modello che servirà a noi, ai nostri cari, ai nostri figli, che serve per tutti e noi non possiamo pensare che non ci serva. (11C, 62)

Avere una *vision* significa anche porsi in modo realistico rispetto agli interrogativi che sorgono man mano sul presente e mantenere uno sguardo critico, ma anche interrogarsi rispetto agli scenari futuri e i rischi che potrebbero man mano emergere.

Il d.m.77 contiene un cambiamento epocale che non poteva avvenire dalla sera alla mattina e diciamo che in questo momento è questo lo scotto che stiamo pagando, nei confronti dei cittadini, nei confronti dei medici di medicina generale, nei confronti di altri servizi che alcuni, per esempio, preesistevano prima della Casa di Comunità, esempio per tutti: la Polispecialistica. Quanto potenziale c'è nello specialista, il diabetologo, lo pneumologo... però questi preesistevano prima della Casa di Comunità. Ora il problema o il valore aggiunto sarebbe questi, in collaborazione con l'infermiere di famiglia... idem per i medici di medicina generale. (19I, 46)

Sicuramente funziona, sicuramente abbiamo intrapreso una strada, un percorso che credo sia irreversibile, sicuramente siamo all'inizio, non possiamo farci troppe illusioni, non possiamo anche avere troppe aspettative. È importante che quel cambio di mentalità che è cominciato tra di noi sia coltivato e vada avanti, perché le spinte nelle dinamiche di gruppo possono anche cambiare e quindi si può proseguire nella strada ma si possono anche creare degli ostacoli e delle barriere e quindi ci si incastra, dopo diventa più difficile perché una volta intrapreso una strada che si trova dei freni, poi non è che si ritorna normale, cioè si torna indietro. (13D, 50)

Io credo che questo sia una bella risorsa in questo momento, ma sarà un grosso problema nel futuro, nel senso che più mi confronto, più facciamo interviste, più mi rendo conto che questa grossa libertà che è stata data in Regione Lombardia...: perché noi abbiamo vissuto i Distretti costruiti in un certo modo, la distruzione dei Distretti per come erano costruiti e adesso una ricostruzione, ognuno con i pezzi che gli erano rimasti, questa cosa sta dando un'eterogeneità nel sistema molto grande, questa cosa dà la bellezza della libertà di costruire da capo, costruire nuovi percorsi, avere delle peculiarità. Certo è che nel futuro il rischio è che il mio

Distretto faccia qualcosa di completamente diverso rispetto al Distretto del paese che ho a fianco, cioè se X confina con Y, il rischio che l'utente del paese X al Distretto trovi un certo tipo di risposte, quello di Y tutt'altro, un pochino mi preoccupa sul futuro. (12C, 39)

Si può affermare che la *vision* che emerge dai segmenti è orientata prevalentemente al medio-lungo termine, con l'obiettivo di costruire un nuovo modello organizzativo e di presa in carico integrata e sostenibile nel tempo, piuttosto che concentrarsi su soluzioni a breve termine. Il d.m.77 sicuramente ha definito l'orizzonte di riferimento, permane però una estrema frammentazione nelle azioni dei diversi territori.

Ruoli, gerarchie e visione

Emergono alcune caratteristiche chiave delle diverse categorie professionali, del loro rapporto reciproco e dell'approccio verso la CdC, ma anche una profonda disuguaglianza tra i diversi contesti.

Medici di medicina generale:

Anche se non sempre è esplicitato, emergono come una figura chiave della sanità territoriale, ma al contempo anche la più controversa e difficile da coinvolgere, non tanto per caratteristiche di approccio personale e professionale, ma piuttosto per sovraccarico lavorativo, posizione organizzativa e poca chiarezza del loro ruolo all'interno della CdC. Emerge inoltre un sistema che finora non è stato favorente nel coinvolgimento dei MMG e non lo è nemmeno ora. La costruzione della collaborazione è quindi allo stadio embrionale e al momento basata sull'aspetto relazionale, molto variabile e a volte "caratteriale"

È molto lasciato anche alla personalità dei medici, nel senso che ci sono medici che sono molto collaboranti, hanno scoperto che effettivamente l'IFeC può dare una mano, può essere un aiuto nella gestione dei pazienti, altri che li vedono con più diffidenza. Altri che con le medicine di gruppo magari hanno il loro infermiere, fanno un po' fatica a vedere la differenza tra quello che può fare un infermiere da loro e quello che può essere lavoro dell'IFeC. (4B, 10)

Anche i medici di medicina generale: sì sono dentro, ma in che modo? Sono dentro, quindi questa parte qui a volte noi facciamo fatica, perché va adesso

proprio sulle le relazioni personali o comunque di sensibilità anche degli operatori, ma non è regolamentato. (21M, 76)

Questa modalità è utile per “far funzionare le cose” dove si può, ma evidentemente non può essere sufficiente, quindi è dichiarata la necessità di una cornice di sistema che dia una base definita a queste collaborazioni e consenta di strutturarle con un vantaggio reciproco:

In realtà non è vero che i medici non vogliono venire, anche perché han fatto due conti e han visto che gli conviene venire. Solo che è questo il tema: vogliono venire per fare la loro attività, quindi bisogna che troviamo una strada (non l’abbiamo ancora trovata, anche perché l’attività non è ancora a regime), di mediazione: per cui quando vengono dentro fanno anche la loro attività, però devono dare una disponibilità a fare attività che noi chiediamo, che a noi servono. A meno che non vengano solo qualche ora e allora a qual punto vengono solo a fare l’attività che a noi serve e questo credo sia più difficile. Siamo in mezzo al guado, siamo in mezzo a questa trattativa, tra virgolette. E questo è più difficile perché diventa per loro una cosa in più di cui non vedono direttamente la convenienza o l’utilità immediata, ma bisogna ingaggiarli in un progetto un po’ più ampio. (13D, 20)

I medici sono in attesa di capire quali sono le regole per poter venire nella Casa della Comunità, abbiamo dei medici che potrebbero essere interessati a trasferire qui tout court il loro studio, ma non è quella la finalità di ospitare due medici, che vedano i loro assistiti come se fosse uno studio privato. (14D, 8)

Gli MMG escono da una gestione di ATS che aveva tutti i suoi pro e tutti i suoi contro e arrivano in contesti in cui, in un contesto organizzativo, molti di loro sono erano nei loro ambulatori e sono rimasti nei loro, però penso al fatto che comunque si insediano in contesto con degli orfani che a volte hanno bisogno di recuperare una serie di cose che si sono sfilacciate nel tempo, una richiesta di competenze informatiche veramente fuori di testa... Cioè ai medici di medicina generale viene chiesto di utilizzare una quantità di applicativi, che invece di essere *single sign on*, cioè centrati sull’operatore che si logga una volta e fa tutto nei diversi contesti, chiedono invece il *sign in* in ogni contesto, è una fatica inenarrabile. Poi nelle Valli talora la questione della connessione è un problema, quindi può ben capire come se metto insieme le competenze mediche, la questione delle abilità informatiche, della questione delle connessioni, eccetera, diciamo che il lavoro del medico di medicina generale è un lavoro molto complesso. (9C, 17)

Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC):

La figura dell'IFeC è stata la principale novità introdotta grazie alla CdC, come portatrice di competenze e di un mandato rivolti specificatamente ad un lavoro di prossimità e di connessione con gli altri professionisti e servizi. È vista come un grande valore aggiunto e, anche se è stata a volte accolta con diffidenza soprattutto dai MMG, una volta entrata nel sistema viene apprezzata e ne viene riconosciuto il fondamentale contributo.

Io partirei proprio dalla figura degli infermieri di famiglia che è stata un po' la novità, anche perché sono risorse fondamentalmente che hanno dato un po' il cambio di passo, per cui sicuramente all'inizio non è stato facile, nel senso che anche rispetto ai medici di medicina generale era una figura un po' che doveva prendere una sua connotazione, in alcuni casi era stata vista anche con una sorta di diffidenza e su questo si è lavorato molto. (21M, 14)

Gli IFeC si presentano quindi come molto proattivi sia nel proporre attività e progetti che nella promozione delle relazioni:

Gli infermieri di famiglia sono molto operativi, soprattutto, quelli dell'alta valle, proprio anche per la necessità di valorizzare al massimo la loro professionalità in un territorio comunque difficile.

Quindi è stata proprio anche molta da parte loro l'iniziativa di uscire dalla Casa, di andare a farsi conoscere dai comuni, dai medici di medicina generale, dalle associazioni e hanno fatto loro molta attività proattiva. (2A, 36)

Una IFeC, che si occupa di un territorio specifico, dice lì c'è un problema legato alla carenza dei medici o, meglio, legato all'adesione alla scelta del medico da parte dei cittadini. Quindi c'era una notte bianca e siamo andati lì a fare, a fare la serata, quindi con uno stand abbiamo fatto la prova pressione, glicemia e quant'altro e la promozione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità. Partono un po' da loro queste cose, di far conoscere il servizio, far conoscere le persone, poi in genere non so: c'è l'evento, e l'intervista la fa l'operatore che si occupa di quella cosa, per aumentare anche un pochino l'entusiasmo, quindi c'è un aggancio; la consegna dei farmaci l'ha chiesto una IFeC di farlo loro e quindi si attiva lei poi per tutte le varie procedure, le varie cose, parte molto da loro. (3B, 67)

Gli IFeC sono molto proattivi perché loro si inventano anche i modi per poter... per esempio: l'altro giorno si lamentavano, mi dicevano, ma perché i reparti ospedalieri ci segnalano come dimissioni protette i casi quelli più gravi con la Brass, se la Brass supera un certo punteggio, poi, però, i casi meno gravi non ce li segnalano? Ci devono segnalare anche quelli. Quindi loro sono, come dire, ricettivi, perché vogliono prendere in carico più persone. (25S, 27)

Assistenti sociali:

Anche la presenza degli assistenti sociali in CdC rappresenta una novità ed è quindi molto in divenire, è però accolta molto favorevolmente e viene riconosciuta l'importanza di un intervento anche sul piano sociale anche laddove il bisogno pareva puramente sanitario. Le connessioni erano già attive anche prima, ma la CdC ha attivato una collaborazione più prossimale e quindi più snella.

Che l'assistente sociale di ambito possa lavorare all'interno della COT e possa direttamente fare una presa in carico già a livello ospedaliero è uno snodo fondamentale, proprio perché i servizi si riescono poi ad attivare in tempistiche piuttosto rapide. (24S, 18)

Noi stiamo lavorando molto con l'azienda territoriale per i servizi alla persona che è l'ente gestore del sociale, per cui noi abbiamo con loro una collaborazione con l'unità di valutazione multidimensionale, in cui una loro assistente sociale fa parte della nostra unità di valutazione multidimensionale. (3B, 7)

È molto marcata la diversità tra i diversi contesti: da chi lavora già a pieno regime, magari anche grazie ad una collaborazione già storicamente solida o ad investimenti mirati, a chi non ha ancora la figura in organico, e anche con modelli diversi: a volte fanno parte del PUA e della COT, altre no, alcune volte sono presenti fisicamente in CdC, altre partecipano solo ad attività collegate, a volte c'è l'assistente sociale di ambito altre no. Si riportano molti stralci perché si ritiene significativa l'immagine variegata che rimandano:

Il modello che abbiamo in azienda è di avere un'assistente sociale in ogni Casa di Comunità, tranne X, che copre sia X che Y, che fa parte del pool degli assistenti sociali aziendali, quindi si lavora in stretto contatto con i nostri ospedali. (7C, 9)

Noi non abbiamo ancora l'assistente sociale, la stiamo aspettando, probabilmente a fine agosto- primi di settembre. È stato già fatto il concorso, deve solo iniziare, e quindi l'assistente sociale sarà un'altra figura che si integrerà all'interno del PUA. (8C, 9)

Gli altri arruolamenti sono legati alla figura degli assistenti sociali, anche lì l'investimento è stato importante. Diciamo che su questo fronte molto è stato l'investimento anche nei Comuni, cioè fondi dedicati per l'area degli ambiti, per collaborazione con noialtri. (9C, 14)

È arrivato da metà giugno o luglio e sta iniziando a lavorare direi positivamente. Lì appunto c'è molto bisogno, è una persona giovane, non ha grande esperienza alle spalle, quindi si sta un attimo orientando. Però sicuramente si capisce che quella figura è molto utile, indispensabile, sia per l'attività del PUA che quello che può essere il domicilio. Devo dire che dappertutto c'è una buona collaborazione con i Comuni, ad esempio con i servizi sociali dei Comuni. Quindi

anche le situazioni di disagio che non è solo sanitario ma è sociosanitario o sociale, si comincia a condividere. Uno le segnala al Comune, il Comune ce le segnala... si sta stabilendo questa rete che è indispensabile. (13D, 31)

E poi c'è una realtà di integrazione importante che riguarda il sociale e quindi tutta l'area sociale, con la presenza all'interno dei punti unici di accesso degli assistenti sociali degli ambiti territoriali. In particolare abbiamo una presenza di due assistenti sociali sul Distretto di X, che sono dipendenti dell'ambito territoriale di X, ce ne sono due anche sul Distretto Y, e gli altri si stanno attivando perché in tutte le Case della Comunità ci sia la presenza di almeno un'assistente sociale di ambito territoriale, per cui abbiamo attivato con loro una forte integrazione: abbiamo messo a disposizione non solo gli spazi, ma anche una dotazione rispetto all'utilizzo di alcuni nostri programmi informatici in modo che si possa avere un'integrazione anche dal punto di vista della gestione dei dati e dei percorsi comuni con i pazienti, in particolare sull'area della disabilità grave e gravissima. (24S, 18)

Le criticità sono rilevate a livello di sistema, in quanto dipendenti dalle strutture e dinamiche organizzative degli enti territoriali:

Loro hanno questo problema ad essere presenti, ad assumere personale dedicato che sia presente anche nel PUA nostro, che dovrebbe essere uno degli obiettivi, perché hanno dei vincoli di spesa: paradossalmente, pur avendo il finanziamento per assumere queste persone, non le possono assumere perché con quella "testa" in più eccedono i limiti di spesa percentuali del personale. Quindi son soldi che di fatto sono fermi, non possono utilizzarli. (13D, 31)

Lì siamo partiti con addirittura dei collegamenti da remoto, perché all'inizio le assistenti sociali non erano attribuite come funzione specifica sui PUA, e quindi all'inizio sono state cooptate in turni, per riuscire a garantire l'apertura dei PUA, le assistenti sociali che erano preesistenti in altri tipi di servizi: consultorio, neuropsichiatria. E per garantire l'apertura come da norma più o meno su entrambe le strutture abbiamo anche previsto proprio dei collegamenti da remoto. In quella fase, tra l'altro, i Comuni non mettevano a disposizione personale loro, come invece dovrebbe essere, a fronte anche del finanziamento sul Fondo per la non autosufficienza, oggi ci stiamo arrivando con i Comuni anche ad avere delle ore di assistente sociale sul PUA. (6B, 28)

Rispetto alla presenza degli assistenti sociali, dicevo che è un Distretto un po' particolare, perché mentre negli altri due distretti dell'ASST ci sono due aziende comunali speciali che forniscono l'assistente sociale per il PUA e con il quale si fanno dei progetti, cioè una coprogettazione, nel Distretto X invece no, noi abbiamo l'ambito territoriale, cioè l'ambito sociale che dovrà adesso assumere un'assistente sociale, quindi sarà di ambito, non sarà del comune o dei comuni o di una cooperativa dei comuni, perché i nostri comuni, ciascuno fa a sé, l'ambito è l'unico collante. Per cui loro hanno partecipato a un bando, adesso dovrebbero avere un'assistente sociale d'ambito dedicata anche al PUA; quindi al momento

nel nostro PUA non c'è l'assistente sociale, perché stiamo aspettando che ci sia l'assistente sociale dell'ambito. (15E, 11)

Personale amministrativo:

È poco menzionato, soprattutto quello dedicato a sportelli con un'attività consolidata (scelta e revoca, Cup...) che poco è stata toccata dalla nascita della CdC, se non dalla compresenza. Nei casi in cui il personale amministrativo sia coinvolto nel PUA, viene evidenziata la necessità di lavorare su un cambio di approccio:

Quello che faccio un pochino più fatica ancora è portare gli amministrativi a un concetto nuovo di accoglienza, ma ce la faremo, ci vuole un pochino più di pazienza perché vanno selezionati molto bene gli amministrativi del PUA, perché altrimenti o fanno la scelta e revoca o fanno... insomma, ci vuole un pochino, però, pian pianino arriveranno anche loro. (1A, 20)

Chi però li menziona, li definisce come linea di supporto fondamentale e capace di lavorare in modo integrato se ben coinvolto.

(L'amministrativa) si collocava benissimo, nel senso che noi siamo ridotti all'osso come personale amministrativo. Da noi, c'era una amministrativa segretaria che ha trovato lavoro più vicino a casa e quindi da due mesi è andata via. Ma lei praticamente sedeva proprio all'interno della grande stanza dove c'erano gli IFeC, per cui era integratissima, nel senso che oltre a fare la segreteria del distretto aveva sott'occhio un po' tutto, per cui era lei un punto di riferimento per il personale e viceversa, era proprio integratissima, non era una cosa a parte, è un peccato perché era veramente una risorsa, era una risorsa per loro, ma anche per me, perché non solo mi teneva sul pezzo delle questioni della più da segreteria di distretto, ma aveva in mente un po' tutto. (4B, 23)

Il personale amministrativo è fondamentale in tutto questo: sembra un po' di sfondo, ma riuscire a coinvolgere anche la componente amministrativa in questi percorsi, in questi processi, che in molti casi è anche la prima interfaccia con il cittadino, perché se pensiamo ai numeri delle persone che si rivolgono ai nostri sportelli di scelta e revoca per esenzioni, piani terapeutici, scelta dal medico, tutta la parte degli stranieri che ha tutta una sua dinamica e una normativa anche molto in divenire, molto in evoluzione, è fondamentale riuscire a condividere. Non è solamente un percorso sanitario, è un percorso che deve contaminare tutti gli operatori della Casa della Comunità, compresi gli amministrativi, che, se si sentono coinvolti, tra l'altro, rispondono anche molto bene. Se si sentono valorizzati nella loro funzione, perché ha valore al pari delle altre, riescono anche a rispondere a delle progettualità che noi stiamo portando avanti. (14D, 52)

Ce ne vorrebbero di più di amministrativi, perché poi si tende a fare delle attività, anche gli operatori sanitari devono un po' vicariare. (21M, 26)

Al momento pare esserci poco tempo e spazio di pensiero e coinvolgimento rispetto a questi ruoli, soprattutto appunto se non direttamente connessi con la quotidianità della CdC.

Specialisti (ambulatoriali e ospedalieri):

La presenza e la collaborazione con gli specialisti è davvero peculiare per ogni contesto e dipende molto dalla disponibilità del professionista per l'implementazione di progetti collaborativi, e dal posizionamento dell'ospedale per i percorsi di dimissione protetta. Anche in questo caso è significativo evidenziare parecchi stralci per far risaltare l'eterogeneità delle diverse situazioni:

Ho visto un'apertura che mi è piaciuta molto degli specialisti della Casa di Comunità: un gruppetto mi ha proprio chiesto, facci sapere che cos'è la Casa di Comunità. (1A, 48)

Peraltro, si collabora attivamente con la direzione medica e con i direttori delle strutture complesse di questo ospedale. La difficoltà grossa che loro hanno è nel coprire la turnistica, perché naturalmente la difficoltà a reperire personale che abbiamo sul territorio, ce l'hanno anche a maggior ragione in ospedale. (2A, 16)

Stiamo iniziando con altri specialisti, in particolare stiamo facendo degli incontri sulla diabetologia, e la cosa che stiamo osservando è che più l'ospedale che si apre al territorio, non viceversa: oggi mi ha cercato il primario di medicina dell'ospedale perché vuole proporre un progetto sulla presa in carico territoriale dello scompenso e che convoglierà con quello del cardiologo, ne faremo unico, però è più un'esigenza dell'ospedale ed è questa la cosa secondo me più significativa, che c'è uno spostamento rispetto a questo. (3B, 18)

Mi viene difficile appunto pensare adesso, in questo momento, al rapporto più fisso con degli specialisti che siano lì, perché di fatto a X non ci sono e a Y non siamo ancora riusciti a stabilire veramente un percorso o degli slot dedicati con qualcosa che ci aiuti. (4B, 13)

Gli ospedalieri sono ospedalieri per definizione e quindi cominciamo adesso a creare un po' di... sono poche le specialità in cui ancora abbiamo un tragitto biunivoco. (7C, 12)

Era stata fatta una riunione molto importante, con presente non solo me ma anche il direttore sociosanitario, in cui erano un po' emerse tutte le difficoltà che ci sono

tra l'equipe di dimissione protette, la nostra COT, ed erano già state individuate delle strategie di miglioramento, quali per esempio una formazione congiunta rispetto a quella che è la sanità territoriale o comunque il modello, anche nello specifico del territorio di X. Non è diverso, però, i medici ospedalieri della geriatria piuttosto che delle medicine non sanno neanche cos'è una Casa di Comunità. (20M, 17)

A volte si fa fatica, proprio perché anche lo stesso ospedale è poco avvezzo a vedere che esiste qualche cosa... (25S, 71)

Viene sottolineata anche la profonda differenza di approccio culturale degli specialisti, sia in relazione alla professione che al contesto ospedaliero:

Gli specialisti ambulatoriali non sono proprio contrattualmente abituati a percorsi di questo tipo, hanno un contratto molto singolare, ma nel senso singolare proprio del singolo, si ritrovano poco anche tra di loro e hanno al massimo un responsabile di branca, non hanno percorsi di integrazione completa. (7C, 30)

Lì si scontrano culture e gestioni che sono altamente specialistiche ospedaliere a cui afferiscono gli specialisti, che vengono sia assunti per il territorio ma, per mantenere le loro competenze, continuano per normativa ad afferire ad un polo ospedaliero, che comunque mantiene una cultura prevalentemente ospedaliera, se poi di mezzo c'è l'ospedale X che è un ospedale di rilevanza internazionale di alta specializzazione, è chiaro che questo è ancora più visibile. (9C, 16)

Laddove la collaborazione c'è o sta nascendo, produce risultati fruttuosi ed efficaci, nonché la nascita di molteplici progetti per l'implementazione delle cure territoriali, anche in questo caso a volte già a regime altre in fase di strutturazione.

In alcuni casi l'ospedale, capendo anche il vantaggio che ci può essere di ritorno, sta uscendo, alcuni specialisti stanno venendo sul territorio, reclutano pazienti che poi magari portano in ospedale. Non è così facile perché c'è una carenza di medici ospedalieri quindi loro devono farlo nei ritagli di tempo o in orario aggiuntivo. Comunque laddove si fa diciamo che qualche utilità sta venendo fuori. Io, ad esempio, a -paese X- ho preso una cardiologa, son riuscito a trovare, ma sul territorio non abbiamo anche le apparecchiature, cioè la cardiologa ha bisogno dell'ecocardio, a -paese X- non c'è, ci sarà quando ci sarà la CdC e lì è un problema. Allora abbiamo pensato, va bene tu fai le prestazioni di base, l'ECG e quello che è, quando devi fare l'ecocardio vai in ospedale. Quindi fisicamente lo specialista va alcuni giorni in ospedale a lavorare e si porta i pazienti che riesce a portarsi. Poi bisogna vedere se lo seguono, nel senso che uno dice ok mi hai inquadrato il problema, adesso se devo fare un secondo livello di analisi vado in un'altra struttura, più vicina, più comoda. (13D, 35-36)

Sulle dimissioni ospedaliere, noi stiamo lavorando molto bene su X, perché, appunto, l'ospedale interno è una situazione molto facile, dove anche qua vengono

gestite le dimissioni ospedaliere dai nostri operatori della fragilità, quindi comunque vanno in reparto, vedono il paziente, però capisci che salgono un piano e sono in reparto, collaborano con i medici, definiscono il fabbisogno... Anche qua scatta immediatamente l'attivazione della protesica, se ha bisogno del letto, del materasso antidecubito, e quindi stiamo davvero già funzionando in modo efficace e potrei dire che appunto tutte le dimissioni che avvengono, che ovviamente necessitano di dimissioni protette, su X viaggiano molto bene, abbiamo dei numeri molto elevati. (17G, 21)

Questo ci tengo a sottolinearlo: la fortuna di essere riusciti a reclutare queste figure consente anche, come dicevo, una costanza e una stabilità di queste figure professionali che sono un valore aggiunto per quelle che sono le relazioni che poi si instaurano principalmente con i pazienti, che ogni volta che vengono in Casa di Comunità ritrovano lo stesso medico e quindi si crea una conoscenza, uno sviluppo della relazione, così come per gli stessi medici curanti, che fanno di trovare la dottoressa X e il dottor Y, diversamente da come magari può accadere in ambito ospedaliero. (18G, 6)

Psicologi

È una figura ancora poco presente ma in attivazione, ne viene riconosciuto il potenziale sia per i pazienti ma anche verso l'interno della CdC, come risorsa di supporto per le équipe. Questa attenzione al supporto dell'équipe è un indicatore positivo del valore che viene attribuito al gruppo e alla necessità di prendersene cura.

L'altra questione è l'abbinamento di figure come gli psicologi: oggi ne abbiamo uno e da qui a fine novembre avremo altri due psicologi, quindi tre psicologi di comunità che sono per noi un potenziale eccezionale sia per l'utenza, assistiti e le loro famiglie, sia per gli operatori, perché spesso gli operatori gestiscono casi abbastanza difficili da elaborare. (9C, 13)

Poi abbiamo anche la presenza, tra gli specialisti della Casa della Comunità, dello psicologo di comunità, che ci aiuta anche a gestire l'équipe, perché se da un lato prende in carico gli utenti, dall'altro abbiamo iniziato anche questo percorso di supervisione o comunque di momento di confronto con l'équipe, in particolare con l'équipe infermieristica delle UVM, gli infermieri delle cure domiciliari e cure palliative, gli infermieri di famiglia e comunità per la gestione dei casi un po' più complessi o che mandano un po' in crisi l'équipe. Avevamo iniziato poi per problemi di orari e abbiamo dovuto interromperlo, adesso che è arrivato un nuovo psicologo di comunità lo riprenderemo, perché è una buona pratica che aiuta sicuramente a favorire la condivisione delle situazioni e di capitalizzare un po' anche quelle che sono le esperienze vissute dal singolo. (14D, 40)

Pediatri

Anche con i pediatri la collaborazione è sporadica, ma in questo caso pare principalmente dovuta alla necessità di agire per priorità: infatti la maggior parte della strutturazione dei nuovi percorsi della CdC riguarda la presa in carico del paziente cronico, tipicamente anziano o con patologie importanti. In alcuni casi i pediatri si sono però interessati alla CdC e ai suoi servizi e si sono stabilite delle connessioni:

Leggermente meno i pediatri, perché in questi primi due anni, insomma, ci si è orientati maggiormente all'utente adulto e tipicamente all'utente cronico ultrasessantacinquenne, molto problematico. Con i pediatri si sta avviando un lavoro magari estemporaneo, più focalizzato sulle vaccinazioni, per esempio. (20M, 20)

I pediatri sono una categoria particolare, oso dire molto organizzata: sono pochi, probabilmente quindi già questo dà loro... hanno un referente che è organizzatissimo, loro si incontrano periodicamente, so che fanno dei verbali, delle riunioni, tanto che l'anno scorso mi avevano chiesto anche proprio un incontro perché desideravano chiedermi che servizi fossero attivi, quindi mi hanno preceduto, è arrivata da loro la richiesta. (25S, 48)

In generale emerge un doppio piano di lavoro: sia diretto con le persone, da coinvolgere, da conoscere e da cui farsi conoscere, sia tra sistemi organizzativi diversi, in quanto molte figure si trovano a convivere a cavallo tra sistemi con regole, strutture, tempi e processi molto diversi, che devono trovare il modo di sintonizzarsi su alcuni passaggi in modo sostenibile ed efficace per entrambi. La CdC è un tramite funzionale per creare connessioni e le sta effettivamente favorendo, ma da sola non è sufficiente, in quanto mancano dei passaggi tra strutture organizzative che inceppano i processi.

Ostacoli culturali e storici

La CdC non si inserisce in un contesto neutro, pertanto come tutti i cambiamenti scatena curiosità ma anche diffidenza e fatica, che si traducono a diversi livelli. È importante evidenziare e riconoscere quali siano gli ostacoli culturali che intralciano l'implementazione della CdC per poter predisporre adeguate strategie di gestione.

I fattori emersi sono di diverso tipo, dall'iniziale diffidenza e non conoscenza tra categorie professionali, soprattutto dei medici verso gli IFeC e la CdC, che richiedono il tempo dell'avvicinamento e della familiarizzazione per essere superati, come si evince da questi stralci:

Non abbiamo ancora tanti invii, secondo me è un lavoro da fare ancora, sembrava banale, scontato, invece vedo che siamo ancora molto lontani dall'obiettivo, è quello di integrarli veramente bene nel territorio con i medici, perché appunto, a parte alcuni, gli altri fanno fatica. (4B, 15)

Ecco, tante volte loro interpretano male un po' il ruolo dell'IFeC, cioè non lo conoscono bene, quindi pensano sempre all'infermiere prestazionale come l'infermiere dell'Adi, o per esempio sull'educazione all'aderenza terapeutica, la confondono come l'infermiere che dà i farmaci, alcuni faticano ancora a comprendere proprio il nuovo ruolo, che è diverso dagli infermieri del passato o dall'infermiere dell'Adi, che esiste, ma è diverso. (12C, 21)

Il lavoro verso i medici di medicina generale era stato un lavoro inizialmente difficilissimo, perché all'inizio i medici venivano con una scia di informazioni, di convinzioni, di sollecitazioni che ovviamente rappresentavano l'aspetto "satanico" delle Case della Comunità, per mille ragioni, perché erano minacciati, perché erano: cosa vogliono, ci vogliono spostare, vogliono che andiamo tutti là, ma il paziente lo gestisco io, che bisogno c'è, lo mando in ospedale... Tutta una serie di modalità che hanno incrementato questa contrapposizione a priori pregiudiziale. (18G, 31)

fino alle distanze più radicate nelle identità professionali, non abituate al confronto con le altre: emerge trasversalmente l'abitudine a vedersi in modo separato e ricorre il riferimento ad una modalità di lavoro compartimentata, che non è così semplice intaccare:

Quello che io avverto ancora come sganciato è il personale dell'ex poliambulatorio, che fa fatica a sentirsi personale della Casa di Comunità. Su quello bisogna ancora lavorare parecchio. E d'altra parte, però, trent'anni di poliambulatorio e uno di Casa di Comunità ... insomma, almeno non litigano adesso, perché all'inizio litigavano fra infermieri, all'inizio era così: no qua ci sto io, tu non puoi metterti qui, tu non puoi andare là. (1A, 46-48)

C'è sempre questa distanza tra l'ospedale, le Case, il territorio e i medici di medicina generale che sono chiusi nel loro studio. (11C, 41)

Secondo me i servizi stanno funzionando molto bene, sono abituati però a lavorare abbastanza singolarmente, fanno un po' fatica ad integrarsi. (26S, 24)

Quindi stiamo proprio cogliendo l'esigenza di superare un po' la logica del medico singolo che fa la prestazione, che è più una logica da poliambulatorio, rispetto invece al puntare su dei modelli che prevedono la presa in carico e l'accompagnamento. (14D, 18)

Si riconosce quindi il peso delle culture professionali e la necessità di farne un tema di lavoro:

Siamo nella fase del processo culturale coi medici di medicina generale. Bisogna intanto fargli capire che cos'è questo Distretto e che differenza c'è dai distretti di un tempo, il Distretto solo amministrativo... e quindi insomma questa è un po' la situazione... È un discorso culturale che è un po' difficile da scardinare, sono contenta di dirlo io che faccio parte della professione che più tipicamente ha creduto di essere l'unico detentore della sanità... in realtà l'idea è proprio quella che non c'è un unico detentore, la salute dell'essere umano ha diversi aspetti e diversi aspetti che bisogna considerare. (7C, 18-25)

Sono categorie professionali, diciamo tutta la categoria dei sanitari e tutta la categoria del sociale, quindi il mondo degli assistenti sociali, e il mondo degli infermieri, fisioterapisti e di tutto ciò che è sanitario, sono appunto due mondi che fanno fatica ad incontrarsi, fanno fatica a capirsi e su cui c'è da lavorare molto, proprio perché l'uno impari dall'altro e viceversa, non perché faccia la stessa cosa, ma perché imparino proprio a leggere la complessità e a comunicarla in modo che l'altro possa capire. (24S, 38)

C'è una chiara lettura della necessità di lavorare su questi aspetti, uscendo dai propri schemi e confini organizzativi senza il timore di “perdere” qualcosa e sentendosi parte di un unico sistema:

Per riuscire a parlare, che vuol dire poi fondamentalmente integrarsi in un percorso di cura, bisognerà anche banalmente che entrambi abbandonino delle prerogative specifiche che hanno, e questo è difficile da fare, perché questo è il reale snodo attraverso il quale costruisci la rete, che non vuol dire far diventare l'MMG un mini specialista perché non è quello, però vuol dire che l'MMG nella cassetta degli attrezzi dovrà avere un qualcosa in più che probabilmente oggi ha, ma non sta usando per riuscire ad interpretare e veramente fare medicina di iniziativa. Dall'altra parte però lo specialista deve mollare un pezzo di questa roba qua e fare veramente solo il secondo livello, allora a quel punto il confronto su un percorso diagnostico terapeutico non diventa la guerra, ma diventa un mettere a fattor comune delle specificità che però, ripeto, non possono rimanere arroccate nella tradizionale modalità con la quale si sono esplicitate. (6B, 58)

Un'altra caratteristica intuibile dagli stralci precedenti è che la distanza e la non comunicazione tra categorie e culture professionali non dipende solo dai professionisti stessi, ma dalle condizioni di sistema, che hanno creato e promosso questa modalità di lavoro separato, in cui l'appartenenza aziendale metteva in contrapposizione anche

appartenenti alla stessa categoria. Si parla infatti di “modelli” e di “aziende”, ognuno con il suo funzionamento, come emerge in modo più esplicito nei seguenti passaggi:

Ci sono ancora degli attaccamenti, mi viene da dire, a modelli consolidati nel tempo, quindi se da un lato abbiamo dei team moderni, fra virgolette, cioè che nascono col cambiamento, per cui sono orientati proprio al cambiamento, dall'altra parte abbiamo dei team invece più attaccati al vecchio modello, però è sicuramente questo. (1A, 96)

C'è anche da dire che questo Distretto arriva da una storia ancora diciamo visibile tra il personale dell'ex Asl, personale dell'ospedale X, personale che afferiva prima a Y, un altro ospedale che aveva un'azienda ospedaliera sul territorio. Quindi diciamo che vengono messe a confronto sistematicamente anche questioni del passato, di diverse culture organizzative, per esempio di diverse modalità di gestione, non è raro che si dica “quando lavoravamo per Y”, “quando lavoravamo per ATS”, “quando lavoravamo per l'ospedale X”... (9C, 9)

Ciò pare confermare che un dispositivo organizzativo esplicitamente vocato all'integrazione la possa meglio promuovere e legittimare, in quanto generatore di appartenenza condivisa.

- Il focus sul paziente come punto d'incontro

Nelle tematiche precedenti si sono sottolineate le differenze e le peculiarità delle diverse professioni, nonché gli ostacoli culturali derivati sia dalla formazione di categoria che dalla storia del SSN.

Emerge però anche l'affermarsi progressivo di uno degli elementi cardine dell'idea di salute che la riforma vuole promuovere, così come riconosciuta anche a livello paradigmatico: il (ri)mettere al centro la persona piuttosto che la malattia o la prestazione. Questo pare davvero essere il punto di fuga - da valorizzare dove c'è già o da utilizzare come leva per costruire un dialogo ove non ci sia- per rimettere ordine nel quadro delle azioni di salute e muoversi verso la composizione di un disegno coerente: mettendo la persona al centro l'obiettivo diventa comune e ciò abilita l'armonizzazione degli interventi.

Certamente non è un'idea nuova, né per il livello programmatico, come mostrato dall'analisi della letteratura, né nella pratica degli operatori, che in tantissimi casi hanno già costruito percorsi integrati, ma l'occasione che offre la CdC è di sistematizzare e catalizzare questa modalità in modo che diventi lo standard, non l'eccezione.

Gli estratti seguenti mostrano come la Casa della Comunità sia diventata “manifesto” di questa focalizzazione:

Le persone che lavorano in Casa di Comunità hanno come vocazione quella della prossimità e non quella della prestazione semplice, ma quella di una presa in carico diversa. (3B, 81)

Abbiamo coinvolto tutti i medici con gli altri specialisti, i referenti, per cercare di capire se ciò che lo specialista proponeva come attività nella Casa della Comunità andasse effettivamente incontro alle esigenze che il medico di medicina generale, che vive nel territorio tutti i giorni, effettivamente raccoglie in termini di esigenze e non sempre c'era la coincidenza, per cui questi incontri sono anche proprio serviti per capire che tipo di assistiti prendere in carico nella Casa della Comunità (14D, 14)

Le persone quando si rivolgono a noi devono rivolgersi a un'unica persona, la quale si fa carico di, noi non dobbiamo mai dire a uno si rivolga a quell'altra parte, ma eventualmente noi insieme a lui, telefoniamo all'altro ente, diciamo il tal giorno mi dai un appuntamento per questa persona che così la vede di là. Questo per dirle in modo molto concreto che cosa facciamo, come ci stiamo muovendo, cioè lo spirito, stiamo cercando di essere in linea con l'idea dal creare delle Case di Comunità. (16G, 36)

I prossimi tre stralci possono essere utilizzati per rappresentare idealmente l'effetto positivo di un sistema costruito in questo modo, in cui lo sguardo singolo (1) si incontra con quello degli altri professionisti presenti in CdC (2) e produce un'azione che è il più vantaggiosa possibile per il paziente (3):

- (1) Io vedo tutte persone molto orientate al benessere del cittadino, questa cosa mi fa molto piacere perché sia da una parte sia dall'altra, sia gli infermieri del poliambulatorio che gli IFeC, hanno in mente tutti questo, cioè non il loro orto. (1A, 59)
- (2) La gestione del percorso di un paziente che va oltre la semplice prestazione infermieristica, diciamo dell'iniezione o della sostituzione di un catetere, va oltre, perché favorisce il legame, data la vicinanza con le altre professionalità, di una lettura, di un aiuto nella lettura a 360 ° del bisogno della persona. (18G, 23)
- (3) Pensi anche all'utente che si vede finalmente il suo medico e accanto lo specialista che parlano la stessa lingua e che gli dicono le stesse cose. (11C, 41)

Questo ri-direzionamento funziona se si inserisce nel contesto organizzativo generale del Distretto e si allarga poi agli interlocutori:

Questo è anche lo sforzo che in questo momento ci viene richiesto nella stesura del PPT, quindi stiamo portando avanti anche questa attività che ci vede impegnati proprio su questo fronte, del passare dalla logica dell'offerta alla logica della domanda, che è un po' il cuore del Distretto. (6B, 10)

È stata una collaborazione tra direzione di distretto e ospedale, direzione medica del presidio, proprio perché si era pensato, visto che i casi arrivavano, ne arrivavano parecchi e vista l'emergenza e l'urgenza con cui tante volte i colleghi ospedalieri devono agire, anche loro avevano già in qualche maniera fatto presente la necessità di poter raccordarsi con noi (25S, 27)

Le riflessioni degli intervistati riguardanti questa tematica raccontano che le culture dei professionisti sono ancora molto ancorate a modelli organizzativi e professionali autoreferenziali, con difficoltà a comprendere e accettare i cambiamenti necessari per un'effettiva integrazione interna del sistema sociosanitario.

La Casa della Comunità, avendo anche incarnato il mandato di riportare al centro del sistema il paziente, sta permettendo di mettere in discussione alcuni di questi assunti e creando dei movimenti, ma si è ancora in una fase esplorativa iniziale.

Assetti organizzativi: le relazioni nel contesto

Si riferisce a infrastrutture, risorse, strumenti e ruoli, preesistenti e confluiti nella CdC o suoi specifici, che facilitano o impediscono l'integrazione.

Include:

L'infrastruttura

Alla voce infrastruttura si sono fatti afferire tre fattori: le risorse umane, le caratteristiche strutturali e organizzative, l'attribuzione di ruoli e competenze.

Emerge una trasversale carenza di professionisti, soprattutto di medici e IFeC, e una difficoltà di reclutamento ancora più marcata nelle aree geografiche meno "appetibili". Questo fattore è indipendente dalla CdC ma ovviamente ne influenza l'implementazione.

Gli infermieri dovrebbero essere 110 son 48, per cui anche quelli che ci sono non è che hanno così tanto tempo. (1A, 37)

Non ci vuole venire a lavorare nessuno naturalmente, perché il problema della carenza di personale lo senti maggiormente in queste aree, per cui c'è poi anche il problema di reperire personale disposto a prendere servizio in una sede così disagiata. (2A, 12)

C'è un ambulatorio Amt che funziona sia la mattina che pomeriggio a settimane alternate perché ci sono sei ambiti carenti a X e nessuno la sceglie, non è ambita come Y, e in più ci sono ancora tre medici che non sono stati sostituiti, che sono andati in pensione e non sono stati sostituiti. (20M, 33)

Questi sono solo tre esempi, ma in quasi tutte le interviste il dato emerge, e non sorprende, in quanto da tempo noto e comune nel panorama nazionale.

Incidono molto, in positivo o in negativo, le impostazioni pregresse dei servizi e delle collaborazioni: nel primo caso hanno fornito una buona base di partenza su cui costruire il mandato della CdC, nel secondo caso invece rappresentano più un ostacolo da superare.

Ho ereditato questo territorio già costruito, perché da tutta la parte del DAPS, anche quando non c'erano più i Direttori di Distretto, è stato fatto un grossissimo sforzo di costruire i percorsi per cui sì, io sono arrivata nel ruolo di Direttore di Distretto con la nuova riforma, dovendo attivare tutta una serie anche di sedi fisiche nuove, cose così, ma ho trovato un territorio già pronto a tutta una serie di percorsi. (12C, 47)

La fortuna nostra è che in alcune Case di Comunità c'era già la presenza del medico, quindi si è instaurata la collaborazione. (3B, 7)

L'equipe di valutazione multidimensionale le abbiamo inventate trent'anni fa nei servizi per le tossicodipendenze e io che ho tirato su l'assistenza domiciliare Aids in questo territorio lavoravamo esattamente così: assistente sociale, infermieri, OSS, educatori, medici e quindi... io vedo abbastanza coesione tra i colleghi, devo essere sincera, nelle due Case di Comunità che ci sono, nelle due equipe. (20M, 32)

... le dinamiche di impoverimento di servizi attuate prima dell'attuazione dei Distretti e quindi, uno svuotamento di servizi che ora riposizionare diventa molto difficile. (9C, 9)

Quel passaggio lì è ancora critico perché chiaramente ogni Comune fa a sé, stanno facendo un po' fatica ad allinearsi tra le aziende e i Comuni, non è ancora tanto

chiaro ai Comuni che cos'è e cosa non è Leps, quindi la criticità l'abbiamo soprattutto per le persone fragili, nel senso che, se uno ha un trascorso di tossicodipendenza e ha 55 anni, talvolta i Comuni fanno fatica a riconoscere i bisogni di sostegno sociale di queste persone. È una questione in evoluzione, da approfondire. (16G, 11)

Interessante il prossimo esempio che riporta una situazione già altamente strutturata rispetto alla gestione dei pazienti da parte dei MMG in CdC in collegamento alla continuità assistenziale, con la costruzione di un sistema che pare altamente virtuoso e che è vincolato alla presenza fisica nella CdC:

Ce ne sono dentro 10/13 (riferito a MMG), quindi che lavorano all'interno della Casa di Comunità, prestano servizio dalle 8 del mattino alle 20:00 e alle 19 monta servizio la continuità assistenziale che in ASST X è organizzata con una centrale operativa che ha sede a Y, che risponde a tutte le chiamate e che poi dirotta sulle varie sedi periferiche. Quindi, qualora ci sia la necessità di far visitare un paziente al medico, di fare una visita domiciliare o qualunque necessità, la dirotta sul medico che è di stanza nella sede della Casa di Comunità, quindi praticamente noi abbiamo la copertura, aggiungo che i medici di medicina generale prestano servizio anche il sabato mattina, quindi, in contemporanea alla continuità assistenziale, hanno gli ambulatori anche il sabato mattina, garantiscono la loro presenza. (17G, 6)

Ci sono per contro anche diversi ostacoli di sistema, a cui diventa difficile far fronte con soluzioni definitive: sia perché sono “blocchi” che risiedono ad un altro livello, sia perché afferenti a cornici regolative diverse e molto spesso ancora in evoluzione:

Il DM 77 prevedeva per gli MMG 5 ore da passare nelle Case della Comunità, poi purtroppo il contratto regionale ha fatto una postilla, dove c'è scritto che queste 5 ore possono essere date nel proprio studio... mi spieghi lei chi è quel medico che va via dal proprio studio. (11C, 41)

Loro hanno questo problema ad essere presenti, ad assumere personale dedicato che sia presente anche nel PUA nostro, che dovrebbe essere uno degli obiettivi, perché hanno dei vincoli di spesa, cioè paradossalmente pur avendo il finanziamento per assumere queste persone, non le possono assumere perché con quella “testa” in più eccedono i limiti di spesa percentuali del personale. Quindi son soldi che di fatto sono fermi, non possono utilizzarli. Stiamo lavorando anche in Regione, ma credo sia un problema nazionale, perché è assurdo: abbiamo il finanziamento, tutti siamo d'accordo che sia importante, siamo disponibili eccetera, poi c'è un vincolo che impedisce. (14D, 24)

I Comuni sono tutti diversi, i servizi sociali hanno regole diverse, per cui anche nei rapporti con loro c'è sempre qualcosa da affinare, da perfezionare, alcuni sono in difficoltà e quindi dobbiamo anche saper gestire le variabili, non tutti i comuni sono uguali, non tutti i servizi sociali hanno regole identiche e quindi anche quando si tratta di prendere in carico qualcuno è chiaro che anche i servizi che un Comune può assicurare, un altro no e quindi ci sono queste difficoltà a volte a cui dobbiamo far fronte e quindi dobbiamo essere flessibili nella gestione. (18G, 25)

Lo stralcio seguente ben riassume la differenza più macroscopica tra servizi di tipo sanitario e sociale:

Quindi c'è un tema di comunicazione importante, quindi di comunicazione e relazione e, secondo me, un tema legato alle tempistiche: i tempi della sanità non sono i tempi del sociale: c'è una velocità che varia a seconda della necessità di gestione del caso, ma a volte le necessità sociali sono prevalenti rispetto a quelle sanitarie, ma i tempi di attivazione di un servizio piuttosto che, a volte sono complicati. L'ospedale non si ferma mai, il tempo è come dire infinito e se non c'è uno c'è l'altro e non c'è mai il buco. Nel sociale, cioè banalmente, l'assistente sociale del comune è in ferie, quel giorno non si può attivare nulla, per cui è un mondo un po' incomprensibile per il sanitario. (24S, 38)

L'integrazione cui è chiamata la CdC si incontra e scontra con la complessità e la frammentazione preesistenti e con difficoltà stratificate nel tempo. Non è facile inoltre trovare i canali di costruzione di processi compatibili tra servizi e sistemi con conformazioni totalmente diverse, rispondenti ad ambiti diversi e che hanno sempre viaggiato su binari univoci. In questo caso è a volte l'aspetto relazionale che consente di "alleviare" la fatica di operare in tale contesto, come detto da un partecipante, e di andare avanti:

Abbiamo un poco di difficoltà. Difficoltà dal punto di vista gestionale, non dei rapporti con le persone. Perché è difficile fare una programmazione territoriale come quella che adesso stiamo conducendo, anche nello scriverla, tenendo insieme due aziende così grosse, oltre a un territorio vastissimo. Però ecco, poiché i rapporti interpersonali e anche, come dire, la consuetudine di lavoro è stravecchia diciamo questo, allevia un pochettino, però dal punto di vista proprio dei rapporti interistituzionali è un po' complicato. (20M, 6)

Alcuni Direttori sottolineano anche la difficoltà di una gestione non gerarchica ma funzionale, laddove ci si sente limitati nel direzionare alcune scelte o risorse ma si è chiamati a rispondere dei risultati:

Il Cup invece loro sono un po' più staccati e sono meno integrati, anzi decisamente, nel senso che la sede principale di questo personale amministrativo è più sul X, perché sono lì storicamente già da prima, perché quella era la sede dell'Asl vecchia, quindi sono sempre stati lì, è proprio casa loro e quindi ed erano lì prima senza di noi quindi adesso c'è il loro ufficio, ma sono veramente meno integrate. A Y sono nella parte separata dove c'è l'équipe di valutazione multidimensionale, solo un paio di volte alla settimana e poi non afferiscono direttamente a noi, a me, ma afferiscono a un'altra unità, quindi anche lì, manca anche quel pezzo per dire che io posso metterci il becco su altre cose tipo orari, che ne so, in maniera diretta no. (4B, 33)

Di fatto abbiamo funzionalmente personale che però risponde gerarchicamente al dipartimento DAPS, quindi noi funzionalmente... per dire l'esempio di oggi, proprio appena successo: mi dice la mia corresponsabile della territoriale che non abbiamo in questo momento assistenti sociali: la coordinatrice degli assistenti sociali aziendale ha mandato in ferie le uniche due assistenti sociali. In questo momento ne abbiamo 3, una è in maternità e quindi non c'è. Sono rimaste due, lei ha firmato le ferie a tutte e due in contemporanea per una settimana. Quindi questo ha una ricaduta pesante perché vuol dire che io al PUA non ho nessuno per le dimissioni protette, mi hanno lasciato scoperta. Quindi adesso la coordinatrice mi ha chiamato e mi ha detto sono riuscita, dall'altro distretto ce ne mandano uno dalle cure palliative, si raccordano, insomma, e viene a fare le segnalazioni, ci aiuta praticamente se il reparto ci segnala. (25S, 13)

Uno dei problemi che noi riscontriamo è che il personale infermieristico dipende tutto dalla DAPS, dalla direzione infermieristica, e anche il personale sociale. Questa è una grossa criticità perché, se tu vuoi dire a un infermiere fermati, non lo puoi fare, devi passare dal coordinatore infermieristico, che deve passare dalla direzione territoriale, è così. Quindi anche, per esempio, organizzare degli ambulatori per i medici di base per vaccinare a tappeto durante l'antinfluenzale, però non puoi far conto sul personale infermieristico perché potrebbero non dartelo. Così come per gli assistenti sociali. Questo è una cosa, secondo me, da attenzionare e trovare una soluzione, perché non è possibile che il Direttore di Distretto non abbia medici, perché di fatto noi per scelta aziendale, perché c'era una criticità due anni fa, non abbiamo un medico assegnato.

Quindi anche solo dire a un medico devi andare a domicilio perché c'è una criticità su un paziente che mi ha segnalato l'infermiere, non glielo puoi dire... Poi glielo dici e loro lo fanno, però di fatto non glielo potresti dire, quindi non hai personale medico, non hai personale infermieristico, non dipende da te l'assistente sociale, non dipende da te il personale ostetrico... cosa dobbiamo fare? Cioè, diventa difficile. (8C, 32)

A fronte di tutta questa molteplicità di fattori, ogni Distretto sta mettendo in atto diversi meccanismi di lavoro e di integrazione, con quello che ha, come può e con proprie priorità. Anche in questo caso il numero di stralci riportati rende ragione della varietà:

Il modello che abbiamo in azienda è di avere un'assistente sociale in ogni Casa di Comunità, tranne X, che copre sia X che Y, che fa parte del pool degli assistenti sociali aziendali, quindi si lavora in stretto contatto con i nostri ospedali. Abbiamo anche la figura dello psicologo. In questo momento è previsto l'idea di avere uno psicologo di comunità per ogni Casa di Comunità (7C, 9)

Rispetto al distretto iniziale, abbiamo trasferito la continuità assistenziale che prima era a X, cioè la spoke, per consentire appunto la apertura più ampia delle 24 ore che però noi non riusciamo comunque a garantire, perché non abbiamo sufficiente personale infermieristico, abbiamo il PUA, quindi il PUA è stato implementato con personale infermieristico e amministrativo. (8C, 9)

Anche qui stiamo sperimentando la presenza del centro servizi dei medici di medicina generale che non sono dentro la nostra sede, perché appunto la Casa di Comunità cominciamo a dire che è in costruzione, ma non sono ancora partite le fondamenta, hanno solo sbancato il terreno qui davanti, ma non è ancora posata neanche la prima pietra, quindi arriverà nel 2026. (17G, 6)

Diciamo che è il capofila, non me ne voglia Paese X, delle due Case di Comunità: è quella che ha fatto più scuola, è partita subito con l'assistente sociale, e subito siamo partiti con le assistenti sociali di alcuni comuni. Non tutti, perché i comuni sono 9, quindi c'è da dire non riusciamo a far tutto ovunque. (19I, 31)

Nella organizzazione degli specialisti nella Casa di Comunità si è data anche una tempistica leggermente diversa, nel senso che tendenzialmente si hanno 30 minuti per ogni visita e almeno un'ora all'interno dell'arco della giornata di presenza dello specialista, un'ora da dedicare al contatto telefonico con il medico di base di quel paziente lì se c'è necessità. (20M, 24)

Noi ci siamo dati come approccio, quindi dal minuto zero, l'interessamento del medico di medicina generale o il pediatra di famiglia a prescindere. Quindi, quantunque il legislatore lasci al cittadino la possibilità di accedere al PUA e di fare le sue richieste, noi in prima battuta interessiamo sempre il medico di medicina generale, quantomeno con un'informativa. Quindi: “Caro collega, si è presentato oggi il signor Mario Rossi che richiede questo”. (22P, 28)

Gli esempi sono moltissimi: le disposizioni di legge hanno dato una cornice di indirizzo alle attività e strutture, convogliando nelle CdC e nei suoi operatori il ruolo di “motore”, ma ogni Distretto procede dandosi priorità diverse e secondo le risorse disponibili.

L'importanza di collegare

Un riconosciuto valore aggiunto portato dall'istituzione della CdC è la presenza di figure chiave di collegamento e di dispositivi di connessione.

In particolare viene attribuito grande valore alla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, non solo per il tipo di approccio al paziente ma per la possibilità di mantenere uno sguardo globale sulle situazioni e le rispettive evoluzioni, fungendo appunto da attivatore prima e da raccordo poi tra i vari attori.

Gli IFeC sono quelli che tengono un po' le fila di tante attività. Intanto, ovviamente, sono loro che sono presenti al PUA quotidianamente, sono loro che a turno ruotano all'interno della COT e quindi hanno anche modo di avere il polso, di vedere un po' tutti i pazienti che passano e quindi li hanno in mente; si sono suddivisi il territorio in Comuni, quindi ci sono degli IFeC che sono un po' referenti di alcuni Comuni in maniera fissa, in modo da favorire anche il contatto, la conoscenza con i medici di quei Comuni. (4B, 9)

La presenza infermieristica è fondamentale, cioè il territorio ruota attorno alla figura dell'infermiere, il quale accoglie, assiste, va a casa, cioè addirittura noi abbiamo anche dappertutto l'ambulatorio infermieristico che fanno gli IFeC. (13D, 52)

Lavorare quotidianamente sulle situazioni che il medico fa fatica a gestire da solo, soprattutto laddove ci sono anche delle fragilità che non sono solamente sanitarie, ma anche sociali, socio economiche e la presenza dell'infermiera di famiglia come interlocutrice del medico di medicina generale può fare emergere un po' questi aspetti, ma anche creare la rete con gli altri interlocutori del Distretto, quindi i servizi sociali del Comune, piuttosto che la rete della psichiatria piuttosto che le associazioni di volontariato che alla fine riescono a compensare un po' le situazioni anche a beneficio poi della gestione da parte del medico... Quindi la Casa della Comunità in questo senso è stata una grande opportunità ed è una innovazione che ci ha portato le Infermiere di Famiglia e di Comunità. Questa è stata in termini proprio di personale la vera novità che può andare a costituire un po' quel sistema connettivale che ci aiuta anche poi a tenere insieme le diverse realtà del territorio. (14D, 16-49)

Non è raro che l'infermiere di famiglia sia in grado di individuare un determinato problema sociale, quindi il coinvolgere parta da lui, senza che il familiare bussi alla porta. È l'Infermiere di Famiglia e Comunità che ha l'occhio e vede al domicilio una problematica sociale, quindi coinvolge l'assistente sociale. Ecco, mi sembra che anche questa formazione dei colleghi sia come dire positiva e in una funzione di integrazione con l'ambito sociale. (20M, 32)

Anche i coordinatori infermieristici ed i referenti AFT vengono riconosciuti come interlocutori centrali, soprattutto come tramite tra il Distretto, quindi il livello più gestionale, e i professionisti che a loro si riferiscono. Viene sottolineata quanto la loro

influenza di “sponsor” rispetto al coinvolgimento nel cambiamento e nelle attività sia determinante, sia in termini collaborativi che ostativi.

A proposito dei coordinatori infermieristici:

I coordinatori infermieristici, io non li conoscevo così da vicino, sono belli tosti, cioè, sono persone con una grossa competenza gestionale e questa è una cosa proprio bella, capaci di gestire bene le relazioni dei loro collaboratori. Quindi è una figura forte il coordinatore infermieristico. (1A, 63)

Poi bisogna anche essere fortunati perché, se hai un coordinatore infermieristico che ti segue, allora lavori insieme, se hai un coordinatore di quelli giovani, purtroppo... e così, il coordinatore infermieristico è molto importante, è proprio l'ago della bilancia, se hai un coordinatore che ha le idee un po' così di autonomia fai fatica ad integrare il personale... Il mio coordinatore ha fatto sì che anche gli infermieri delle vaccinazioni, che in qualche modo si sentono un po' in un mondo a parte, perché ovviamente il servizio vaccinazioni non fa parte della Casa di Comunità, però il coordinatore è riuscito a integrarli, e quindi a integrare l'infermiere delle vaccinazioni con il PUA e con l'Adi, soprattutto con molta parsimonia e in maniera “non violenta”. (8C, 32-34)

A proposito delle AFT i due stralci seguenti descrivono situazioni diametralmente opposte, che rendono evidenza di quanto le modalità di esercizio di questo ruolo abbiano esiti particolarmente impattanti, soprattutto durante un cambiamento:

Con le AFT collaboriamo bene, nel senso che facciamo ogni due mesi l'incontro con loro: i referenti AFT vengono sempre tutti ed è partecipato, quindi non posso dire che non ci sia l'interesse da parte loro a collaborare, a sederci al tavolo insieme. (3B, 26)

Ci si sta lavorando e il problema è proprio quello che si fa fatica per noi Direttori di Distretto, credo, almeno per me, a trovare un punto di riferimento vero nel referente della AFT, che dovrebbe essere colui che anche convoglia, che diffonde le informazioni e invece non sempre questa cosa avviene... adesso, verosimilmente andremo a una sistematizzazione anche dei rapporti, anche perché dovrà finalmente essere scritto, Insomma, delle linee guida che normino l'attività AFT e dei referenti AFT. (20M, 26)

Oltre al raccordo tra persone è necessario che ci sia anche un collegamento sui processi, affinché vengano gradualmente fatti confluire in un unico flusso. In questo caso sono il PUA e la COT i dispositivi organizzativi deputati a questa funzione: il PUA nel momento dell'ingresso e dell'attivazione, mentre la COT nel monitoraggio e nel passaggio tra

servizi, in particolare ospedale-territorio. Anch'essi sono attivi in tutti i Distretti (tranne in pochi casi dove la COT è in procinto di partire), e anche rispetto a questi organismi la composizione del personale e la modalità e tempi di funzionamento si stanno spesso modellizzando sulla base del preesistente e su scelte specifiche aziendali.

Una scelta in questo caso aziendale, della direzione strategica, è stata quella di prevedere all'interno anche della COT la figura del clinico che non è prevista dal d.m.77, ma che in questa fase per noi risulta grandemente utile in termini di raccordo sull'ospedale di comunità, che anche questo appunto è oggetto nuovo e anche lì forse ha bisogno di essere maggiormente esplicitato nelle sue finalità. Oggi stiamo vedendo che viene considerato un po' come una sorta di riabilitazione post ricovero che in realtà non è, però nella percezione delle unità operative ospedaliere c'è un po' questo, ed è invece una struttura che ha altre finalità e soprattutto non è un continuum rispetto alla degenza per acuti, è un passaggio sul territorio, quindi ci stiamo confrontando su questi aspetti e devo dire l'interlocutore del clinico rispetto al clinico dell'unità operativa in questo momento è un facilitatore rispetto a questo passaggio, che non è proprio fluidissimo. (6B, 11)

Abbiamo una COT che lavora 7 giorni su 7, è importante questo, e i PUA delle Case di Comunità lavorano o 6 giorni su 7 nei paesi piccoli o 7 su 7, quindi è un modo anche per comunicare questo, perché i medici, in generale, cominciano a sapere che se hanno un problema danno un colpo al PUA e poi il PUA si relaziona con la COT, si relaziona e si riesce a partire. (7C,16)

Adesso noi stiamo cercando di far confluire tutto nella COT, quindi a poco a poco tutto quello che riguarda le transizioni tra ospedale e territorio o territorio-ospedale. Siamo partiti a lavorare in questo modo con la COT da maggio- giugno. e in realtà stiamo a poco a poco costruendo tutta una serie di processi che sono effettivamente molto efficaci, stiamo lavorando bene in realtà. Piano piano però vogliamo veramente che non ci sia, sulle dimissioni protette, non ci sia il collegamento medico -medico, ma reparto- COT che gestisce, appunto perché questo è il modello definito dal d.m.77, e anche nei casi in cui c'è questo "vecchio rapporto" così, intendiamo comunque farlo modificare perché non è quello che viene richiesto dal d.m.77. (10C, 23)

PUA e COT risultano essere dispositivi organizzativi facilitanti rispetto alla gestione di processi che prima erano più frammentati e a titolarità non sempre chiara, così come ben espresso nel seguente stralcio:

C'è stata una transizione dal poliambulatorio alla Casa di Comunità proprio evidente, quindi secondo me, quantunque ci fosse la rete, perché i servizi c'erano, sia col PUA che con la COT si sono molto rinsaldati. (22P, 22)

Il funzionamento dei PUA e soprattutto delle COT (perché partite dopo) è ancora in fase di sperimentazione e rodaggio, ma i rimandi raccolti restituiscono una valutazione positiva dell'operatività iniziale.

Altro aspetto chiave dei collegamenti è l'infrastruttura tecnologica, centrale per la condivisione di informazioni e la facilitazione di interventi congiunti. Nello specifico si parla dell'implementazione del programma regionale SGDT e della telemedicina, rispetto ai quali insistono molte difficoltà.

Emergono alcune affermazioni che riflettono un senso di frustrazione e impotenza stante l'aggravio di lavoro per gli operatori:

Altro tema, la telemedicina, da implementare ormai da un anno con degli obiettivi delle misure da calcolare entro fine anno. È come se avessimo fatto praticamente nulla perché non è ancora integrato. Cioè, o uno strumento rispetto all'operatore gli agevola il lavoro o sennò è chiaro che diventa un ostacolo. Poi già le resistenze ci sono, figuriamoci usare uno strumento che non ti aiuta neanche. (15E, 36-37)

Li stiamo davvero definendo, perché poi c'è tutta la partita della telemedicina, c'è la piattaforma regionale che non è pronta, quindi non si sa bene dove andare perché poi c'è tutta l'interfaccia che manca ed è un macello da questo punto di vista. (3B, 41)

Allora, chiaramente adesso lo sto dicendo per i medici di medicina generale, ma vale anche per il nostro personale, i quali poveretti non possono dire “non lo inserisco” però effettivamente perdono del gran tempo, cioè non è possibile. Poi una volta non funziona quell'altro, si impalla, quell'altra non riescono a recuperare il dato che hanno inserito, poi le rendicontazioni non girano... è abbastanza faticoso. Ecco poi speriamo che, quando sarà a regime, ci auguriamo tutti che funzioni, sarà una cosa meravigliosa, bellissima, però nel frattempo siamo tutti un po' provati, diciamo così. (17G, 15-16)

Al momento la mancanza di un sistema unico e la fase di transizione richiedono purtroppo un grande sforzo da parte di tutti nel trovare soluzioni tampone che spesso comportano una duplicazione delle attività:

E allora diventa più faticoso, ma diventa più faticoso anche per gli operatori, perché le cose devono essere magari riportate più volte su software diversi, quindi devi tenere traccia sul vecchio file Excel (che alla fine spesso funziona), per tener conto delle cose fatte, però lo devi inserire anche nel gestionale, quello lì, però

quello lì non ti estrae i dati, quindi richiede un raddoppio del lavoro dal punto di vista burocratico, che non aiuta...

E in questo momento ci sono tanti software diversi, uno per una cosa, uno per un'altra, uno per un'altra. E questo costringe veramente a fare un po'..., chi è più abile, giovane, sveglio, ha meno problemi, ma io stessa faccio fatica a passare, io mi perdo, sono tanti, sono un po' complicati, quindi sicuramente lo sviluppo di un gestionale è fondamentale. Stiamo aspettando tutti, non mi accodo alle lamentele perché son quelle che han detto gli altri. Anche non poter estrarre i dati veramente in maniera puntuale, veritiera e attenersi ancora ai file, cioè scomodissimo. (4B, 51)

SGDT non mi consente di monitorare longitudinalmente il paziente: cioè lo prendo, lo metto in anagrafica, faccio una valutazione, c'è il pezzo delle cure domiciliari che è attivato, c'è un'equipe e via; stessa cosa posso fare se l'assistito arriva dal PUA... Ma la gestione dei transiti tra i setting oggi non c'è, quindi sostanzialmente se non c'è l'automazione c'è un umano che lo fa e quindi il personale della COT oggi lavora extra contabilmente questi percorsi, perché appunto SGDT non è ancora configurato fino in fondo, cioè dovremmo essere in un sistema in cui qualsiasi utente che viene agganciato ha uno stato di presa in carico finita, richiesta lavorata, stata di qui e di là, torna indietro...(6B, 50)

C'è anche la consapevolezza che tale sistema non poteva essere pronto in anticipo, che la sua strutturazione è necessariamente in corso d'azione ma che, una volta impostato, costituirà un supporto preziosissimo per la presa in carico globale del paziente, per la raccolta dati e il passaggio di informazioni.

L'aspetto informatico, con l'utilizzo di SGDT che è la piattaforma regionale, sta palesando delle difficoltà da parte di tutti, perché è un sistema che procede *ongoing*, in base a quelle che sono le trasformazioni, quindi, si adegua. E non precede i tempi, ma li succede, e quindi non è che sia il massimo della performance. (22P, 42)

SGDT per il momento è stato strutturato soprattutto per gestire il processo di Adi sia verso gli interlocutori esterni che interni, però ci sono grosse criticità sia di utilizzo ma soprattutto di rendicontazione e in particolare per l'Adi interna, dove abbiamo la necessità di produrre il flusso Siad, ecco, questo è una criticità enorme perché di fatto, se non lo permette, lo permette in modo parziale, sempre con errori, cioè è molto complessa questa fase, anche per gli enti erogatori esterni e c'è stato un grosso sforzo da parte nostra per trasferire tutti i pazienti nel nuovo gestionale con tutte le criticità del caso.

Quindi c'è stata questa transizione, però ancora adesso tanti interlocutori non si interfacciano con SGDT, quindi non vedono quello che inseriamo noi, noi non vediamo quello che inseriscono loro e quindi c'è un continuo scambio anche di mail, di telefonate, e questo sistema sicuramente ha gravato su tutti i processi, cioè invece di essere a supporto dei processi, è diventato un aggravio per tutti gli operatori. E poi abbiamo dovuto creare tutti dei sistemi di rendicontazione

paralleli, gravando ulteriormente tutto il debito informativo che hanno gli operatori. Ecco, questo è quello che accade ancora ora, anche se avevamo grossissime aspettative relative a questo portale. Perché l'idea di poter integrare le attività di tutti i servizi di territoriali è un po' un sogno, un'ideale per chi lavora nei servizi territoriali perché è un continuo inserire gli stessi pazienti in più portali perché di fatto spesso i pazienti hanno molteplici bisogni e sono presi in carico da diversi servizi e quindi questo sarebbe stato sicuramente nell'ideale un sistema vantaggioso ma di fatto al momento non è così. (12C, 29)

Purtroppo ancora fanno la doppia rendicontazione perché utilizzano tantissimo i fogli Excel nelle rendicontazioni, cartelle condivise piuttosto che programmi interni nostri aziendali che però non sono collegati, sono... funzionano, ma funzionano in maniera molto separata. E per la COT, qui ho spinto io, ma ce l'abbiamo fatta, c'è un modulo di gestione, c'è un programma di gestione per la COT che veniva già utilizzato come modello in alcuni nostri servizi, consultori e salute mentale e io ho chiesto, in attesa che venga adattato il modello COT per SGDT, che anche per la COT avessimo comunque uno strumento che ci potesse essere di aiuto. Però sono quasi tutti in questo momento fogli Excel e programmi interni aziendali singoli. (26S, 36)

Lo stesso vale per la telemedicina, altro tassello importantissimo per lo sviluppo della salute territoriale, che è molto attesa ma su cui al momento non ci sono risposte certe:

Speriamo a breve che arrivi la piattaforma regionale per la telemedicina, perché abbiamo una responsabile del progetto che ha preparato già tutte le procedure di base e ci ha dato la cultura per arrivare a pensare. Però purtroppo la Regione aveva detto che non aveva senso comprare nuove piattaforme perché sarebbe arrivata la loro piattaforma, ma al momento la stiamo attendendo, però ad aprile saremmo anche pronti per partire. (7C, 16)

Sulla telemedicina siamo proprio indietro, non è che siamo indietro, stiamo aspettando che Regione metta a disposizione gli accordi, strumenti, eccetera, quindi stiamo aspettando Regione perché tutti abbiamo capito l'importanza, ma dobbiamo capire come, e una volta chiarito questo, e se si dovesse avviare la telemedicina, risolveremo veramente tanti nodi che al momento sono legati alla presenza fisica o del paziente che deve andare dal medico o anche alle liste d'attesa. (19I, 54)

Tutti ammettono la fatica che il processo di implementazione dei programmi regionali comporta, d'altra parte c'è anche consapevolezza della portata del cambiamento e del fatto che questi programmi non avrebbero potuto essere già pronti e operativi. SGDT infatti si struttura in base ad un contesto in trasformazione, non ad un sistema consolidato e stabile, quindi necessariamente si deve regolare man mano. Questa piattaforma inoltre

non dovrà solo consentire una serie di operazioni, ma dovrà convogliare tutta una serie di sistemi, prassi, modulistiche che nel tempo ogni servizio e azienda ha sviluppato in modo separato.

Al momento la maggior parte dei sistemi sono non-dialoganti e ogni azienda o Distretto sta adottando soluzioni tampone.

Infine, ad un livello più macro, si riconosce alla CdC e al Distretto il ruolo di *bridge* in primo luogo al suo interno, tra i professionisti, ma anche tra i servizi e tra loro e il territorio, quali attivi promotori di un modello integrato e luoghi riconoscibili di riferimento. Un ruolo che si sta ancora definendo ed evolvendo:

Credo che la Casa di Comunità, per come è delineata dalla normativa e per come dovrà essere, la vedo molto interessante come punto di riferimento per la popolazione, perché diventa un luogo fisico più prossimo all'utenza, perché comunque sono di più rispetto ai singoli ospedali e ai singoli Distretti. (12C, 45)

La cosa che probabilmente è un po' cambiata con la Casa di Comunità è l'integrazione tra il personale all'interno del Distretto, barra Casa di Comunità, che ha imparato a integrarsi, a lavorare insieme. (8C, 32)

Questo sarà facilitato quando inizieremo veramente a mettere in atto anche la presa in carico del cronico dei medici che non aderiscono alle cooperative, con i singoli per i quali noi dobbiamo fare da centrale dei servizi, allora forse diventerà più semplice perché riservando poi degli slot, in particolare per loro, con gli specialisti, forse facendo un po' da tramite, diventerà più facile creare dei ponti. (4B, 13)

Forse il valore aggiunto di questa idea è quello di obbligarti, obbligarci tutti a parlarci, e dico soprattutto coi medici di medicina generale che sono di fatto i responsabili della presa in carico degli assistiti sul territorio, perché questo non si discute, e che sono sempre stati un po' staccati dalla realtà anche ospedaliera, invece la Casa di Comunità in qualche modo ci ha messo nelle condizioni di conoscerci, di cominciare a lavorare insieme. (2A, 40)

Cos'è che sta facendo il Distretto: oggi sta cercando di fare un po' da collante, in quella logica che si diceva di idea di comunità, perché nel momento in cui si parla di Distretto inevitabilmente si mette un limite rispetto ad un ad un territorio. (6B, 9)

L'analisi rispetto a questo tema fa risaltare in modo netto le distanze tra le due componenti citate, ovvero l'infrastruttura e i collegamenti. Ad un livello ideale dovrebbero essere

allineate e corrispondenti, muovendo il lavoro organizzativo nella stessa direzione. Nella realtà ciò che emerge è un faticoso cammino che ha come obiettivo la convergenza, ma che sta man mano affrontando una miriade di ostacoli e differenze stratificatesi nel tempo. La CdC ha portato novità favorevoli sia rispetto alle persone sia rispetto alle strutture, la sfida per loro è di lavorare per l'obiettivo a lungo termine ma con mani e piedi nella quotidianità.

Territorio e strutture: la logistica di prossimità

La capacità trasformativa della CdC dipende anche dalle caratteristiche del contesto locale che, soprattutto in questa prima fase, ha condizionato il posizionamento delle CdC e i servizi attivabili sia in termini logistico-geografici che in base a bisogni specifici. Questa area coincide con la tematica “quanto conta il contesto”, che già raccoglieva tutti i codici relativi, molto numerosi e ricchi di informazioni.

Caratteristiche territoriali

Il ruolo e lo sviluppo della CdC sono, per loro propria natura, fortemente influenzati da caratteristiche e vincoli territoriali, che determinano un certo tipo di bisogno e la necessità di soluzioni *ad hoc*. I seguenti stralci rendono evidenza della profonda differenza dei territori:

Siamo comunque in un territorio di provincia caratterizzato da indici di vecchiaia molto più alti rispetto alla Regione e questa caratteristica che ci descrive da tempo, ha fatto sì che il territorio della provincia di X si è caratterizzato anche da una numerosissima presenza di RSA, quindi noi siamo in un territorio che è vecchio, ma si è anche nel tempo strutturato e dotato per far fronte a questo. (6B, 9)

La Casa della Comunità di -paese X- di fatto si riferisce ad una popolazione intorno ai 15.000 abitanti che prende i comuni dell'alta valle, che sono pochi da un punto di vista diciamo assoluto, però dal punto di vista relativo è una popolazione molto impegnativa perché è una popolazione chiaramente anziana, come tutte le valli, tendenzialmente popolazione anziana che si distribuisce su un territorio molto vasto, quindi una difficoltà anche logistica nel raggiungere il domicilio di tutte queste persone, per loro chiaramente c'è problema nello

spostamento, quindi territorio impegnativo, territorio montano con tutte le caratteristiche che sempre hanno questi territori. (2A,7)

Poi -città X- ha un altro enorme problema: che, al di là del suo 1.000.000 di abitanti fissi, ogni giorno arriva esattamente la stessa quantità di persone che vengono da fuori e lavorano qui, quindi ci sono anche le liste d'attesa. (1A, 78)

Proprio questi piccoli Comuni sono quelli che hanno bisogno di essere accompagnati a far parte dei contesti più allargati, dove devono vedere la chance di usare servizi sovracomunali, approcci sovracomunali e quindi portare a casa quello che da soli non riuscirebbero ad avere. (9C, 25)

Per certi versi la realtà del distretto X ha delle caratteristiche importanti dal punto di vista sociale: è un capoluogo di provincia, ha tutta una sacca importante di quartieri popolari con basso livello di istruzione, con importante immigrazione, perché se non erro stiamo sull'11% di cittadini stranieri nel territorio del nostro distretto, 8% su tutta ASST. E -paese Y- altrettanto è un comune dove ci sono diverse problematiche di natura sociale per povertà, per presenza di persone tossicodipendenti piuttosto che di persone con disturbi psichici. (20M, 30)

Si può vedere quindi che il punto di attenzione prioritario può essere l'indice di vecchiaia, piuttosto che la distribuzione geografica o il flusso di non residenti, e come si può immaginare ognuna di queste caratterizzazioni richiede uno specifico adattamento dell'offerta.

Enti e associazioni

Si premette che la costruzione di collaborazione diretta con enti e associazioni non è stata esplicitamente indagata nelle interviste, seppur facente parte del mandato esplicito della CdC: in coerenza con gli obiettivi della ricerca lo sguardo è stato più rivolto all'interno del sistema sociosanitario in senso stretto.

Sono comunque emersi alcuni elementi che vale la pena riportare come indicatori delle attività di sviluppo messe in atto della CdC che, anche in questo caso, denotano una significativa caratterizzazione territoriale, nella maggior parte dei casi in una fase ancora molto nascente.

Allora non sono ancora presenti come associazioni di volontariato all'interno della Casa di Comunità. Ci danno una mano al bisogno, quindi vengono chiamati per delle cose, per esempio gli Open Day delle vaccinazioni e altre cose ... Facciamo gli organi consultivi distrettuali dove ci sono dei rappresentanti del volontariato,

però dire che sono partiti i progetti non corrisponde al vero. Siamo lì, ci guardiamo, cioè ci raccontiamo un po' a vicenda. (4B, 42)

Stiamo cercando di fare un lavoro molto importante proprio perché anche le associazioni si vedano in modo diverso, non solo come rappresentanti, ma che facciano all'interno della Casa della Comunità un lavoro che sia funzionale alla comunità, non solo ai loro soci e volontari, per cui è un cambiamento veramente grande a vari livelli. (24S, 43)

Abbiamo fatto degli incontri già da subito per entrare un po' in raccordo, conoscerci e quello su cui avevamo cercato di lavorare un po' di più, proprio siamo partiti da un bisogno nostro, è quella del supporto per i trasporti protetti, quindi cerchiamo di rafforzare questo settore che insomma... anche perché noi siamo un'area poco servita quindi potrebbe aiutare, dovrebbe aiutare molto.

Li abbiamo anche incontrati rispetto al PUA, perché il PUA l'abbiamo visto come un punto unico di accesso, ma anche abbiamo richiesto una loro collaborazione, certo con qualche preparazione, ma un volontariato formato può fare anche front Office e magari in questo modo presentare anche le iniziative da parte loro, delle associazioni, che a volte non si conoscono, è un momento anche per loro per mettere in mostra. Quindi questi sono tanti passaggi che abbiamo fatto, non è facile, perché poi le associazioni sono tante e anche loro lamentano di avere poche risorse (21M, 48)

Le potenzialità di una collaborazione con le associazioni sono chiaramente riconosciute e rientrano nella progettazione delle CdC. Come si può evincere anche qui è necessario costruire passo passo un incontro tra due mondi, di sicuro vantaggio per entrambi.

CdC e servizi attivati

La richiesta di una rapida presentazione della situazione delle CdC e dei servizi principali del Distretto è stata fatta ad inizio intervista a tutti i Direttori.

Non era parte dello scopo della ricerca effettuare una mappatura puntuale dell'offerta ma era importante per me poter avere una panoramica generale delle situazioni per contestualizzare l'evoluzione del modello della CdC nelle diverse realtà.

Anche questa voce restituisce l'estrema varietà degli sviluppi territoriali delle CdC e dei servizi connessi, in cui molto dipende dalle priorità individuate, dalle possibilità e dal preesistente.

Non si ritiene significativo riportare stralci delle interviste, in quanto prevalentemente descrittivi delle singole situazioni.

Aspetti logistici

Dalle interviste emerge una incidenza davvero notevole degli aspetti logistici, sia in termini abilitanti che ostacolanti.

L'aspetto più macroscopico riguarda proprio l'edificio delle CdC: la maggior parte delle sedi sono infatti provvisorie o in ristrutturazione, caratteristiche che comportano a volte limiti e disagi rispetto all'attività: a volte gli spazi non sono sufficienti per ospitare i MMG, altre volte le persone sono distribuite in postazioni in edifici diversi, oppure si è collocati all'interno di un poliambulatorio o di un presidio ospedaliero, pertanto è difficile essere identificati come CdC, sia dai professionisti che dai cittadini:

Al secondo piano è tutto vuoto. Io sopra potrei mettere almeno 3 o 4 ambulatori, posso portare il consultorio, posso portare qualche medico di base che in questo momento non ne ho neanche uno, quindi tutto dipende proprio dallo sblocco dei lavori su -paese X-, per quello che siamo rimasti un attimino. (8C, 24)

Purtroppo io devo dire che soffro molto del fatto che tutto questo arriva a cavallo di sedi che aprono, chiudono strutturalmente è una fatica, è come quando lavoriamo abbiamo i lavori a casa nostra, che niente più al posto suo, che dobbiamo riallocare, che dobbiamo spostare, che dobbiamo informare. (9C, 17)

Fortunatamente la maggior parte dei servizi siamo riusciti comunque ad attivarla, si fa fatica perché la logistica non aiuta. Diciamo che c'è tutto, in questo momento faccio fatica io a parlare con gli operatori perché la logistica non ci aiuta, però appena mi attivano il secondo piano ristrutturato e riesco ad accorpare un po' di operatori, quantomeno anche loro sono contenti proprio anche di potersi davvero anche parlare, perché in questo momento se devi parlare con noi, siamo al piano terra di una palazzina, ma i colleghi di dimissioni protette stanno nel monoblocco dell'ospedale, quindi ti devi fare un bel po' di percorsi per arrivare. (25S, 13)

D'altro canto, altre collocazioni magari provvisorie come le precedenti, in cui la CdC si inserisce in un poliambulatorio già esistente o in sedi che ad esempio già ospitavano degli MMG, hanno invece favorito l'avvicinamento dei professionisti e la creazione di percorsi congiunti.

Perché in buona sostanza sono diventate Case di Comunità gli ex poliambulatori e quindi gli ambulatori che c'erano specialistici ex sumaisti sono rimasti e abbiamo in questo modo garantito anche le specialistiche che sono richieste dagli standard della Casa di Comunità per cui pneumologo, diabetologo, cardiologo e oculista. (1A, 10)

C'è una Casa di Comunità, quella di -paese X- che adesso è in via di ristrutturazione ovviamente, come quasi tutte le Case di Comunità, è però diciamo

nella sede di uno storico poliambulatorio, cioè lì c'è già una storia territoriale, un punto di riferimento per tutta una serie di attività di tipo infermieristico e medico con il punto prelievi. (15E, 7)

La nostra *spoke* è già più operativa perché si è collocata sopra ad un presidio sanitario preesistente, per cui beneficia degli accreditamenti precedenti e quindi è più operativa. E lì abbiamo anche la sede di una cooperativa di medici di medicina generale dove il referente della cooperativa è anche il referente dell'aggregazione funzionale di quel territorio, quindi l'AFT è lì e c'è anche la continuità assistenziale. Lì, proprio perché appunto, insistono fisicamente già i servizi, (so che l'obiezione potrebbe essere non è necessario che siano fisicamente presenti, però si può, le reti... va bene, però non funziona così, cioè lì ci sono e ci sono gli accreditamenti, ci sono gli spazi, il PUA è a 10 m dallo studio di MMG) lì si è creato il passaggio che auspichiamo poi di riuscire a fare anche su X, quindi lì funziona. (6B, 19-20)

Poi anche questa Casa di Comunità di -paese Y- è all'interno del presidio ospedaliero, per cui fruisce di tutti i servizi, quindi il laboratorio analisi, punto prelievi, la radiologia, anche con radiologia di secondo livello e quindi diciamo, abbiamo la possibilità di interagire con i servizi ospedalieri in prima battuta e senza dover percorrere delle distanze, oppure avere trasporti secondari. (22P, 20)

Come si inizia ad intuire dallo stralcio precedente, la compresenza fisica è stata un potente attivatore di relazioni e collaborazioni. Gli intervistati quasi si stupiscono di fronte alle loro stesse constatazioni perché pare una banalità, ma la ricorrenza con cui si presenta denota l'incisività di questo fattore, e la CdC (seppure temporanea, o in ristrutturazione o incompleta) è il tetto sotto cui avviene questo incontro.

Fino a quando erano sempre all'interno, ma erano in due palazzine diverse, ognuno viaggiava per sé. Come li abbiamo messi sullo stesso piano, proprio attigui di uffici, magicamente è proprio nata, stoccata la scintilla e si è visto la differenza. (17G, 32)

Gli assistenti sociali sono lì, è molto facile condividere e oltretutto sono sempre a disposizione al PUA, per cui quando c'è il PUA sono sempre lì o magari non sono lì fisicamente, ma vengono attivate subito, sono nella stanza accanto se c'è bisogno e questo facilita molto il lavoro... Sembra una banalità, ma la collocazione fisica aiuta, nel senso che un conto è avere la segreteria del distretto col la sede del direttore di distretto staccata da un'altra parte, è un conto essere lì vicini, lei era addirittura nella stessa stanza, magari fin troppo, però proprio la vicinanza aiuta, è una roba banalissima, ma è così. (4B, 10- 27)

La vicinanza anche fisica favorisce la contaminazione, e la contaminazione di famiglie professionali diverse, perché il tema di far parlare il medico di medicina generale con lo specialista non nasce con il d.m.77, è un qualcosa che avrebbe

avuto senso anche prima. Oggi, se vogliamo, abbiamo una cornice e un perimetro di gioco favorente, proprio perché appunto c'è anche un luogo fisicamente riconoscibile dove questa integrazione può avvenire. Ripeto, condizione non necessaria, però sicuramente favorente almeno in una prima battuta. (6B, 58)

Entrando ancora più nel dettaglio di questa coabitazione, emerge quella che definirei “logistica di prossimità”, ovvero tutta una serie di interazioni collaborative vantaggiose abilitate proprio dall’essere fisicamente nello stesso luogo, che spaziano dalla condivisione di un frigorifero:

I vaccini sono nel frigo, dove sono contenuti anche i farmaci del poliambulatorio, quindi bisogna mettersi d'accordo su quale ripiano mettere i vaccini, quindi piccole cose che portano però magari proprio a conoscerti. (1A, 56)

al poter aprire la porta e trovare gli altri professionisti, mettendo davvero in continuità l’operato di uno con quello dell’altro, fluidificando i passaggi e permettendo di costruire in presenza i successivi step:

La possibilità di uscire, da parte del medico, dallo studio con la persona alla quale ha fatto quello che doveva fare a livello prescrittivo di diagnosi o quant'altro, rilevando la necessità che potesse aver bisogno anche di altro e quindi un approfondimento clinico specialistico o di un attenzionamento sulla situazione sociale socio sanitaria della persona e familiare, per cui si è trattato di spostarsi di qualche porta per incontrare l'infermiere, il PUA con l'assistente sociale, rappresentare quello che poteva essere un bisogno da poter affrontare perché la persona ha manifestato che era sola e magari faceva fatica ad aderire alle terapie e quindi manifestando delle difficoltà che andavano oltre l'aspetto clinico che il medico affrontava, e quindi la relazione è stata immediata, così come definire un appuntamento con la diabetologa, fissando in agenda già la prenotazione dell'esame... Quindi il vantaggio di essere presenti secondo una multiprofessionalità espone a queste facilitazioni nella presa in carico a 360°. (18G, 23)

L'infermiere di famiglia ha in carico un paziente ed entra nell'ambulatorio dello specialista insieme al paziente, quindi condivide anche questo momento. Magari il medico si confronta direttamente con lo specialista nelle ore in cui sono compresenti. Questo che vediamo adesso quotidianamente è sicuramente molto più produttivo che sentirsi a distanza, è proprio una vera presa in carico, molto integrata.

Poi nelle nostre Case di Comunità sono sempre presenti anche gli assistenti sociali, c'è anche tutta la parte di presa in carico sociale. (12C, 37)

I vantaggi della coabitazione non sono solo passivi, ma si traducono anche in scelte di logistica organizzativa efficace rispetto ad orari e pianificazione del lavoro:

Quindi diciamo che questa vicinanza, anche fisica, ha permesso davvero di strutturare delle relazioni ottimali, loro stanno funzionando come con un centro servizi perché loro sono in cooperativa, hanno un centro servizi che è collocato sempre lì, all'interno della nostra sede e hanno un ambulatorio infermieristico loro dove, se il paziente deve togliere i punti, deve fare un'iniezione, deve fare delle prestazioni, viene dirottato sul loro ambulatorio infermieristico, quindi quando sanno di avere questo tipo di prestazioni lo fanno negli orari in cui è aperto l'ambulatorio infermieristico. Devo dire che questo è un modello davvero ottimale perché ci consente di lavorare davvero in tandem. (17G, 6)

Gli ambulatori delle nostre IFeC abbiamo organizzato di farli quando loro sono presenti, quindi nei loro orari di visita. E questo fa sì che quindi, quando magari il medico vede un determinato paziente e sa che nella stanza accanto c'è l'infermiera con l'ambulatorio aperto, questo chiaramente consente, ti facilita il confronto o anche la discussione sulla presa in carico di quel determinato caso. Le infermiere allo stesso tempo, svolgendo la loro attività proattivamente, magari si accorgono di tutta una serie di situazioni meritevoli di essere prese in carico e a loro volta possono informare il medico di questo suo paziente, che magari lui non vede da un po', perché magari non ci va dal medico, ma per altri motivi è riuscito a entrare nel raggio d'azione dell'infermiera. E quindi c'è proprio la possibilità fisicamente di utilizzare questi momenti di convivenza, anche proprio temporale, cronologica per confrontarsi. (2A, 25)

È evidente quindi quanto la vicinanza fisica e la compresenza facciano da volano per l'integrazione professionale e si traducano non solo in soluzioni sul piano relazionale ma in effetti di sistema.

Focus Group: l'occasione di uno sguardo ravvicinato

La scelta di completare la ricerca effettuando alcuni focus group è stata dettata dalla volontà di indagare più in profondità il tema dell'integrazione professionale nelle CdC dando voce ad alcuni gruppi di operatori.

L'obiettivo era far emergere e mettere in dialogo lo sguardo di ogni professionista rispetto alla CdC e a come stesse cambiando il suo lavoro in relazione a quello degli altri, rendendo visibili i cambiamenti in atto (o la mancanza di cambiamenti). Il focus group si presenta come tecnica ideale a questo scopo, in quanto non ha obiettivi di convergenza delle opinioni espresse, ma piuttosto di favorire la libera espressione dei partecipanti (Delli Zotti, 2021). In particolare si può definire il focus group attuato come di tipo *conoscitivo* (Bertin, 2011 p.95), in quanto si sono interpellati componenti del gruppo sociale di studio (ovvero dei professionisti operanti internamente o in relazione alle CdC) con lo scopo di raccogliere informazioni da triangolare successivamente con quanto emerso dall'utilizzo di altri strumenti (in questo caso le interviste).

Scelta e contatto dei partecipanti

La scelta dei partecipanti è stata indiretta. Per lavorare in continuità con il passaggio precedente, si è chiesto ad alcuni Direttori la disponibilità a far da tramite coinvolgendo l'équipe della propria CdC (o di una delle proprie CdC) nell'attività di ricerca.

Si sono quindi contattati 4 Direttori di 4 ASST diverse, che nelle interviste avevano evidenziato che l'implementazione delle loro CdC era a buon punto e nelle cui strutture non erano al momento in atto passaggi straordinari e impegnativi (ad esempio un trasferimento di sede in atto o problemi marcati di mancanza di personale), in modo da poter immaginare la fattibilità organizzativa di un focus group.

Li si è contattati con una e-mail ricapitolando la ricerca e motivando la nuova richiesta. Si è data una spiegazione su modalità, tempi, argomento e scopo del focus group e l'indicazione dei professionisti auspicabilmente coinvolti (uno-due rappresentanti tra MMG, medico specialista, IFeC, amministrativo, assistente sociale, psicologo, coordinatore/responsabile, a seconda della disponibilità, per un totale di 6-8

professionisti). La proposta era un focus group di un'ora, da effettuarsi online, nel mese di febbraio-marzo 2025.

Come la volta precedente si è creata un'agenda online per gli appuntamenti. Si è inoltre creato un link ad un modulo di registrazione chiedendo di fornirlo ai professionisti in modo da tracciare la composizione dei gruppi, ma nessuno poi l'ha utilizzato. Si è fornito il consenso informato che non è stato restituito.

I 4 Direttori hanno accettato di collaborare e si sono organizzati con le rispettive équipe prendendo appuntamento.

Come anticipato, non è stato accolto l'invito ad utilizzare il modulo di registrazione, quindi non ho avuto modo di sapere in anticipo chi fossero i partecipanti, che ho quindi incontrato solo nel momento dell'appuntamento.

La composizione dei gruppi presentatisi sono riportati nella tabella seguente:

FOCUS GROUP 1	FOCUS GROUP 2	FOCUS GROUP 3	FOCUS GROUP 4
Coordinatrice infermieristica COT	3 Ifec	Amministrativo senior Pua	Coordinatrice Cot
Psicologa CdC	MMG	AFT	2 IfeC
Geriatra	Responsabile infermieristica	Assistente sociale	Assistente sociale coordinatrice
Responsabile integrazione	Dirigente Daps	Medico del Distretto	amministrativa
Responsabile EVM dell'ASST	Segreteria del Distretto	2 coordinatori infermieristici	Infermiera Cot
Assistente amministrativo Pua		MMG	MMG
Medico del Distretto		Direttore di Distretto	
TOT. 7	TOT. 7	TOT. 8	TOT. 7

Tab.10: Professionisti partecipanti ai focus group

Appare evidente che la composizione di ruoli è molto variegata, elemento favorente per il confronto proposto.

Tecnica di raccolta dati: il focus group

I focus group sono stati effettuati online, tramite la piattaforma Microsoft Teams, che consente di videoregistrare l'evento e fornisce la trascrizione automatica. Le trascrizioni sono state poi riviste e ripulite rivedendo le videoregistrazioni.

Il focus group è stato condotto da me sola, non erano presenti figure di supporto. Non sono state prese note sul campo, mi appuntavo solo alcune parole chiave emergenti che sarebbero state utili nei successivi passaggi: essendo da sola ho preferito dedicare completa attenzione alla conduzione.

Non sono stati restituite le trascrizioni ai partecipanti, ma si è specificato che i risultati finali della ricerca saranno condivisi con i Direttori di Distretto in un incontro dedicato e se possibile diffusi in modo più ampio, in modalità ancora non definita.

In apertura presentavo il disegno di ricerca e spiegavo il collocamento del focus group nel processo. Illustravo poi il principio metodologico e ponevo quindi il tema: in coerenza con l'obiettivo, chiedevo ai professionisti di condividere una riflessione rispetto alla propria visione della CdC e agli effetti sul proprio lavoro. Quando necessario intervenivo a ricapitolare quanto detto dai partecipanti e rilanciare il discorso.

Tecnica di analisi dei dati

Costruzione dell'albero di codifica

La metodologia adottata è stata l'analisi tematica (Braun e Clarke, 2008), svolta con il supporto del programma MAXQDA 24.

Superata la fase di familiarizzazione e revisione ripetuta del materiale, si è proceduto alla costruzione dell'albero di codici, che è stato più volte rivisto e aggiustato in corso d'azione.

La codifica si costruisce a partire dalle specifiche domande con cui si vogliono interrogare i dati (Braun e Clarke, 2006 p.89), in questo caso in quale modo e quanto la Casa della Comunità abbia influenzato e stia influenzando l'integrazione interprofessionale, secondo una prospettiva, in questo terzo step di ricerca, più individuale e di categoria professionale.

In tab. 11 si presenta l'albero definitivo adottato per la codifica.

Categoria	Codice	Descrizione
OBIETTIVI LAVORATIVI E MISSIONE PROFESSIONALE	Obiettivi Generali del Sistema/Riforma	Obiettivi trasversali a lungo termine
	Obiettivi Specifici dei Ruoli Professionali	Obiettivi dichiarati dai professionisti
FATTORI ABILITANTI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO	Ruoli e strutture di collegamento	Chi facilita i collegamenti e quali supporti sono necessari
	Formazione e metodologie	Modalità e contenuti formativi necessari/risultati utili
	Comunicazione efficace e visione comune	Ruolo della comunicazione nel realizzare una visione condivisa
	Vicinanza spaziale	Importanza degli spazi della CdC
CRITICITÀ E OSTACOLI	Limiti di sistema	Ostacoli a livello di sistema sanitario
	Carenza di risorse umane	Reclutamento e presenza dei professionisti
	Limiti strutturali e logistici	Aspetti specifici dei propri contesti
	Mancanza di chiarezza normativa/organizzativa	Limiti a livello normativo sulle azioni di integrazione
	Resistenza culturale	atteggiamenti delle culture professionali
INTEGRAZIONE E COLLABORAZIONE	Integrazione con specialisti	Caratteristiche dei rapporti
	Integrazione multiprofessionale interna	Caratteristiche del proprio contesto
	Integrazione con ambito territoriale	Caratteristiche dei rapporti
	Integrazione con l'ospedale	Caratteristiche dei rapporti
	Integrazione con MMG	Caratteristiche dei rapporti
	Superamento della settorialità	Rapporti tra categorie in generale
IMPATTO DELLA RIFORMA DELLE CASE DELLA COMUNITÀ	Visione teorica vs visione pratica	Tra intenti e fattibilità
	Ritorno al territorio	Focus territoriale
	Cambiamenti nel lavoro quotidiano	Impatto sulla quotidianità operativa

Tab. 11: albero codici focus group

Si è ritenuto valida la codifica qui elaborata in quanto permette di rilevare il punto di vista raccontato dagli operatori in relazione alle dimensioni dell'impatto delle Case della Comunità sull'integrazione multiprofessionale nel loro lavoro quotidiano, sia rispetto alle facilitazioni che alle criticità. Ciò è coerente con la precedente analisi delle interviste e con la domanda di ricerca.

Si è quindi proceduto con la codifica delle trascrizioni dei focus group, individuando 207 segmenti.

Individuazione dei nuclei tematici

Nel passaggio successivo si sono raggruppati codici e categorie in tre aree tematiche, riportate in tab.12, alla cui base si trova sempre il ruolo della CdC.

Tema	Codici associati	Focus Analitico
Percezioni e Visione Professionale	Obiettivi generali del sistema/riforma; obiettivi specifici dei ruoli professionali; visione teorica vs visione pratica; ritorno al territorio; cambiamenti nel lavoro quotidiano	Interpretazione del ruolo e valutazione della riforma rispetto all'identità professionale
Condizioni Organizzative e Dinamiche di Sistema	Ruoli e strutture di collegamento; formazione e metodologie; comunicazione efficace e visione comune; vicinanza spaziale; limiti di sistema; carenza di risorse umane; limiti strutturali e logistici; mancanza di chiarezza normativa/organizzativa; resistenza culturale	Aspetti organizzativi e gestionali che favoriscono o ostacolano l'integrazione
Pratiche di Integrazione e Collaborazione	Integrazione con specialisti; integrazione multiprofessionale interna; integrazione con ambito territoriale; integrazione con l'ospedale; integrazione con MMG;	Esperienze e modalità concrete di collaborazione tra professionisti

	superamento della settorialità	
--	-----------------------------------	--

Tab. 12: Temi di analisi

Si può notare che le tre tematiche riguardano prima un livello individuale-professionale, poi la collocazione rispetto al livello organizzativo (e come esso viene anche influenzato dal dettame normativo) ed infine la traduzione pratica dei due precedenti in termini di pratiche di integrazione.

Presentazione dei contenuti

Percezioni e visione professionale: tra speranze e fatiche quotidiane

Dalle testimonianze degli interlocutori emerge una visione complessa e sfaccettata delle Case della Comunità e del loro impatto sul lavoro quotidiano, che oscilla tra l'entusiasmo per il potenziale di miglioramento e le sfide concrete nell'implementazione, come ben argomentato nel seguente passaggio:

L'idea (*della CdC*) è molto bella perché ci sono tutti questi elementi. E poi gli infermieri di famiglia ci danno una mano enorme veramente, sono al di là della porta, ogni qualvolta c'è un cronico o anche una situazione sociale particolare da gestire.

Quindi c'è un fronte e un retro della medaglia, nel senso che da un lato è molto bello poter lavorare così, è molto più facile avere a disposizione professionisti con diverse competenze: noi non possiamo improvvisarci assistenti sociali, infermieri e quant'altro.

Dico subito l'altro lato: il progetto Case di Comunità in generale, come è stato pensato, è molto virtuoso, perché l'idea è fare degli ospedaletti in cui metti dentro i medici di famiglia, gli infermieri di famiglia e il consultorio, gli specialisti, bellissimo, per me è veramente stupenda come idea. Però questo progetto non tiene conto delle risorse, infatti noi siamo fortunatissimi che abbiamo loro, abbiamo alcuni specialisti eccetera. Però gli specialisti che abbiamo sono medici in pensione che vengono qua volontariamente, cioè non sono pagati per lavorare qui, eppure ci lavorano... perché non ci sono risorse umane da prendere, perché dovrebbero essere specialisti che hanno già il contratto ospedaliero, che faranno delle ore in CdC, ma lo sappiamo tutti che in ospedale c'è poco personale e quello che c'è è già spremuto all'inverosimile, secondo me hanno fatto i conti senza l'oste. Han fatto questo progetto bellissimo, hanno cominciato già a costruire perché avevano le calcagna gli obiettivi del PNRR, però, di fatto mancano medici. (F2, 5)

La visione che emerge dai professionisti è coerente con quella che sta alla base della CdC, ovvero un potenziamento del lavoro sul territorio che eviti ricorsi impropri all'ospedale e sia soprattutto una risposta più efficace ai bisogni delle persone. La centratura sui bisogni della popolazione emerge in modo trasversale tra i diversi operatori, ed è l'asse portante sia per orientare il proprio posizionamento sia per investire nell'integrazione.

Le CdC sono viste come un'opportunità che consente di andare in questa direzione di potenziamento dell'assistenza territoriale, perché può favorire l'integrazione dei servizi e la presa in carico dei pazienti:

Il fine di migliorare la capacità territoriale, di dare risposte ai cittadini è quello di cercare di assisterli a domicilio sul territorio e limitare al massimo i ricoveri inopportuni, inappropriati o i ricoveri perché non ci sono altri tipi di risposte. Ecco, possiamo fare questo quando abbiamo anche sul territorio la capacità diagnostica, e qua ci deve venire in supporto la Casa di Comunità per poter affrontare al meglio le varie situazioni di anche di emergenza che sono appannaggio dei cittadini con necessità, con richiesta di salute, di obiettivi di salute e garantire la permanenza di questi al proprio domicilio. (F3, 25)

Le CdC, promuovendo l'integrazione tra diversi professionisti e servizi, creano una rete di supporto più solida per i pazienti e le loro famiglie.

Secondo me le parole chiave dell'apertura: interconnessioni, che già è emerso, e visibilità. Interconnessioni che sono, con questo effetto volano della Casa di Comunità, aumentate, migliorate tutti i giorni, ne stiamo costruendo di nuove; visibilità, perché finalmente ha dato un luogo fisico e ha reso visibile anche al di fuori dei colleghi sanitari, ma anche dei colleghi non sanitari, la difficoltà, l'impegno che ci vuole per tenere assieme un po' tutte queste nostre caratteristiche in funzione di trovare poi un percorso comune per l'utente per il cliente, per la persona che si rivolge a noi. (F4, 28)

Questa interconnessione è vista come un modo per migliorare la comunicazione, velocizzare i tempi di risposta e garantire una presa in carico più efficace.

E poi il lavoro invece, che sicuramente è nuovo per noi, almeno per me che mi occupo da sempre di territorio, è quello in relazione più diretta, anche di spazi, con il medico di medicina generale e con lo specialista all'interno di un'unica struttura.

Sicuramente è questa la differenza e la parte virtuosa del nuovo progetto delle Case di Comunità, proprio perché velocizza, come diceva giustamente prima la collega, i tempi di comunicazione e ci si comprende meglio e anche molto più facilmente, perché ci si comunica proprio di persona in tempi brevi, questo è sicuramente l'aspetto virtuoso. (F2, 6)

La riforma e le CdC sono percepite quindi come un ritorno al riconoscimento dell'importanza dell'area territoriale, con una spinta verso una maggiore integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunali. Questo approccio mira a valorizzare le risorse locali e a rispondere in modo più efficace alle esigenze specifiche della popolazione.

Queste spinte verso una maggiore integrazione si traducono poi in cambiamenti nel lavoro quotidiano, che, come tali, vanno costruiti con tempo e fatica. In particolare l'apertura delle CdC richiede ai professionisti di ampliare le proprie competenze e di adottare un approccio meno settoriale, come espresso nel seguente stralcio, che mi pare significativo perché è intervento di un amministrativo, che dimostra come l'integrazione riguardi tutti i livelli professionali:

Sicuramente da parte nostra, dal punto di vista amministrativo, il cambiamento sulla Casa di Comunità si percepisce, perché va un po' a perdersi tutta quella preparazione settoriale che in un presidio che non è la Casa di Comunità era un po' la base, mentre sulle CdC l'amministrativo che va a essere competente e a presiedere il Distretto deve avere una preparazione molto ampia e maggiore rispetto a quella settoriale di una scelta e revoca, di una protesica maggiore, di una protesica minore [...] Quindi diciamo che l'amministrativo che presiede sulla CdC deve per forza di cose avere una preparazione sia sulla fatturazione, devono saper accogliere tutti i problemi, dobbiamo avere comunque una conoscenza di rete per reindirizzare l'utenza, perché principalmente come scelta e revoca diciamo che il biglietto da visita è la persona che si trovano davanti all'accoglienza, bene o male sono i dipendenti dell'amministrazione, e quindi bisogna avere un po' di preparazione su chi contattare per, bisogna avere una rete, bisogna essere ben competenti e coscienti di chi bisogna contattare per. Quindi sicuramente il cambiamento è stato questo, una preparazione sicuramente maggiore, ampliare le competenze e essere sicuramente meno settoriali, non la metodologia di lavoro a compartimenti stagni. (F4, 33)

L'ingresso nelle CdC comporta quindi un cambiamento nel modo di lavorare, con una maggiore interazione tra professionisti di diversa estrazione e la necessità di adattarsi a una realtà più fluida e dinamica. Questo richiede un impegno maggiore nella conoscenza

reciproca e nella costruzione di relazioni collaborative, ma con riconosciuti vantaggi reciproci.

Che cosa è cambiato sul modo di lavorare: è cambiato tanto perché contestualmente all'apertura della Casa di Comunità è coinciso il cambio proprio di lavoro, per cui molti di noi, come infermieri di famiglia, che prima lavoravamo all'interno di una struttura ospedaliera, per quanto mi riguarda ambulatoriale, l'uscita sul territorio e l'entrata nella Casa di Comunità ha chiesto uno sforzo maggiore di adattamento a una nuova realtà molto, molto più fluida rispetto alla rigidità (rigidità intesa come contorno che permette un buon lavoro) che c'è all'interno delle strutture ospedaliere.

È faticoso perché richiede il pensiero del rivolgersi ad altre figure professionali che non si conoscono. Quindi per prima cosa ha richiesto necessariamente la conoscenza. Faccio un esempio, la conoscenza del mondo dei medici di medicina generale, che noi non conoscevano, se non per nome o perché eravamo assistiti stessi, e la conoscenza delle modalità che portano ad esempio il medico di medicina generale a scegliere certe modalità di comportamento o delle scelte che deve fare e questo ovviamente ci richiede di dover conoscere per interagire.

Oppure il collegamento con figure che sono non- sanitarie, gli assistenti sociali, le associazioni a volte. E questo dover pensare, quando abbiamo il carico una persona o quando dobbiamo decidere riguardo a interventi più verso la popolazione, a tutto questo, rispetto all'ospedaliero a cui eravamo abituati, a cui io ero abituata, è decisamente un cambio di, lo chiamano sempre paradigma, nel senso di cambiare modalità. (F4, 22-24)

È vero che la normativa ci parla tanto di proattività, noi ci siamo spesi in progetti di proattività, però è molto difficile. È molto più facile per noi ricevere le segnalazioni o comunque lavorare insieme al medico di medicina generale che già conosce i pazienti con cui ha il rapporto di fiducia, ne conosce la storia. Andare ad intercettare i pazienti dal nulla è molto più complesso. (F2, 6)

Io aggiungo che avendo gli specialisti nella Casa di Comunità, alcuni di loro si sono resi disponibili, per esempio, ad effettuare anche delle visite domiciliari. E questo per noi è stato un grandissimo vantaggio perché di fatto specialisti che vanno a domicilio non ce ne sono. Secondo me questo è uno dei valori aggiunti che ha portato la Casa di Comunità, intesa come avere degli specialisti all'interno che possono però anche uscire e questa sicuramente è un'offerta diversa rispetto a quella che avevamo prima. (F2, 28)

La visione ideale e a lungo termine veicolata dalla riforma e dalle CdC si confronta con la concretezza delle sfide e dei limiti sul campo. Nonostante infatti la visione positiva, emerge una forte preoccupazione per la mancanza di risorse umane, in termini proprio di

reperibilità: questa difficoltà nel reperire specialisti e personale qualificato rischia di compromettere la piena realizzazione del modello delle CdC.

Diciamo che questa nuova riforma sulla carta è fantastica, ad andarla a leggere è una delle riforme che forse va più incontro al cittadino, in quelle che sono le sue esigenze e i suoi bisogni.

Dal punto di vista poi della messa in pratica e della gestione e delle attività così come sono e dovrebbero essere strutturate, chiaramente cozza con delle problematiche che sono fondamentali, come quella delle risorse umane, che con una riforma così dettagliata e con un percorso di sempre più vicinanza alla cittadinanza e sempre più prospiciente nei confronti delle persone, noi dovremmo essere triplicati e non dimezzati e quindi andiamo a cozzare con una di quelle che sono le cose più evidenti nel momento in cui si decide di fare una riforma a costo zero e questo costo zero comporta anche comunque una risorsa limitata dal punto di vista del personale, sia amministrativo sia sanitario sia medico, perché questo in realtà è quello che stiamo vivendo, per cui chi c'è si dà da fare nel cercare di smezzarsi in più attività per poter essere in qualche modo sempre più vicino ai bisogni della cittadinanza e dei pazienti. (F1, 16)

La riforma quindi, pur essendo apprezzata sulla carta, si scontra con la realtà delle risorse limitate e delle difficoltà organizzative. La necessità di "smezzarsi in più attività" sopra citata per sopperire alla carenza di personale evidenzia un divario tra gli obiettivi ambiziosi della riforma e la capacità di metterli in pratica. L'intervento precedente continua infatti in questo modo:

Proprio perché ho vissuto tutte le riforme e avendole vissute tutte, ho visto spesso un impoverimento di come il territorio comunque venga considerato relativamente, tanto più in un inserimento all'interno di un'azienda ospedaliera, quindi il fatto di essere diventati ASST, e alla fine essere inglobati all'interno delle attività di un ospedale, spesso cozziamo contro le regole ospedaliere che non possono essere rigirate sul territorio, il territorio ha esigenze completamente diverse, possiamo dargli regole, possiamo sicuramente migliorare anche noi nella ricerca come diceva la collega, di percorsi e di scelte da fare.

Ma le estemporaneità dell'attività di chi lavora sul territorio e la peculiarità di chi lavora sul territorio è completamente diversa e abbiamo necessità di dare risposte nell'immediato a un'utenza che è sempre più problematica e sempre più complessa (F1, 16)

L'altro elemento che viene attenzionato è l'obiettivo di standardizzare i modelli organizzativi tra i diversi distretti, che è visto come una sfida, data la difformità dei

territori e delle prassi consolidate. È importante trovare un equilibrio tra l'uniformità e la capacità di adattarsi alle specificità locali.

L'obiettivo da un punto di vista organizzativo è quello di standardizzare e uniformare i modelli organizzativi, quindi anche rendere meno evidenti le differenze tra i distretti, perché sia per conformazione dei territori ma anche per prassi sono un po' difforni, per cui adesso abbiamo questo obiettivo. Da un punto di vista generale, di assetto di personale, stiamo cercando di applicare il d.m.77, per cui sulle CdC mantenere gli organici in linea col d.m.77 ma anche in linea con quelle che erano le strutture e i poliambulatori preesistenti, per cui si stanno potenziando gli ambiti delle vaccinazioni e si stanno strutturando quelli che sono i gruppi legati ad infermieri di famiglia, per cui il percorso, come lo hanno già definito, parte dal PUA dove l'infermiere di famiglia dà un supporto perché è presente in COT, nonché in tutte le diramazioni poi distrettuali in ambulatorio, piuttosto che le varie attività connesse. Le progettualità che il dottor X ha già accennato sono dei primi esempi di integrazione ospedale territorio, quindi stiamo cercando sì di essere proattivi e prossimi, ma anche di creare un contatto con l'ospedale per quei processi che sono un continuum. (F3, 35)

In sintesi, gli interlocutori riconoscono il valore potenziale delle CdC nel migliorare l'assistenza territoriale e promuovere l'integrazione dei servizi. Tuttavia, sottolineano la necessità di affrontare le criticità legate alla mancanza di risorse e alla distanza tra teoria e pratica per garantire il successo della riforma.

La sfida principale è quella di tradurre gli obiettivi ambiziosi in azioni concrete, valorizzando le risorse locali e coinvolgendo attivamente i professionisti del territorio, calibrando l'offerta della Casa della Comunità sul contesto di appartenenza.

Nello sviluppo ulteriore della medicina territoriale va tenuto nel debito conto delle strutture di prossimità più vicine ai cittadini e questi, per adesso, sono gli ambulatori dei medici di famiglia, che capillarmente sono a contatto con i bisogni dei cittadini, soprattutto più fragili.

Una Casa di Comunità unica può avere il suo significato e ce l'ha, in un ambiente cittadino, in un ambiente dove c'è una grossa concentrazione di popolazione. Nei piccoli paesi, soprattutto conoscendo l'orografia del nostro territorio, vallate, montagne, paesini di montagna, è importante valorizzare e dare una mano soprattutto ai piccoli ambulatori che sono capillarmente diffusi sul nostro territorio. (F3, 25)

Secondo me le parole chiave dell'apertura sono: interconnessioni, che già è emerso, e visibilità. Interconnessioni che sono, con questo effetto volano della Casa di Comunità, aumentate, migliorate tutti i giorni, ne stiamo costruendo di

nuove; visibilità, perché finalmente ha dato un luogo fisico e ha reso visibile anche al di fuori dei colleghi sanitari, ma anche dei colleghi non sanitari, la difficoltà, l'impegno che ci vuole per tenere assieme un po' tutte queste nostre caratteristiche in funzione di trovare poi un percorso comune per l'utente, per il cliente, per la persona che si rivolge a noi. (F4, 28)

Condizioni organizzative e dinamiche di sistema: opportunità e vincoli

A livello organizzativo, l'integrazione multiprofessionale nel contesto delle Case della Comunità ha portato sia elementi facilitatori, che hanno consentito di introdurre positive novità e superare alcune criticità precedenti, sia generato inevitabili nuovi scogli da superare o fatto emergere limiti pregressi.

Aspetti positivi:

- Ruoli e strutture di collegamento definiti: La presenza di figure come l'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) facilita il coordinamento degli interventi e l'attivazione della rete di servizi. L'IFeC funge da tramite tra il medico di base e vari servizi, semplificando l'accesso alle risorse sanitarie e sociali. La COT (Centrale Operativa Territoriale) è identificata come un elemento chiave per la gestione della rete e il coordinamento tra i diversi attori coinvolti.

Il cervello, il movimento di tutti questi attori è la COT che gestisce gli infermieri di famiglia, il rapporto con l'assistente sociale del distretto... Il cervello ci si sta rendendo conto che è quello, che deve cercare di gestire la rete, quindi dal bisogno che viene espresso dalla rete, quindi che viene espresso alla COT dallo specialista ambulatoriale, dal medico curante, e cerca di dare quindi una risposta.

Se invece il paziente arriva al PUA allora lì la risposta ha un'altra regia che non è subito la COT, ovviamente, perché la risposta va data in quel momento, quindi va analizzato il bisogno che viene espresso al PUA e eventualmente confrontarsi successivamente con il Clinical Manager che è l'MMG capire qual è la modalità migliore per poter affrontare il bisogno che viene espresso in quel momento dal paziente che si presenta PUA, magari organizzando poi un incontro congiunto proprio con il curante o con altre figure territoriali, se ce ne fosse la reale necessità, per arrivare a domicilio e cercare di capire se c'è anche il bisogno inespresso. (F3, 63)

Emerge il ruolo proprio dell'Infermiere di Famiglia e Comunità quale coordinatore e attivatore della rete, cioè quando il medico di base si mette in contatto con l'IFeC in realtà si mette in contatto con tutta la rete, perché l'IFeC è il tramite di attivazione di tutto ciò che abbiamo nella rete: c'è da attivare l'ADI, sa come

interfacciarsi con l'equipe di valutazione multidimensionale che andrà ad attivare l'ADI; sa come interfacciarsi con l'ospedale, con quale figure; con i servizi sociali per tramite dell'assistente sociale, cioè il nostro assistente sociale aziendale fa da *trait d'union* con i servizi sociali comunali oppure con altri servizi, quali la disabilità, che abbiamo all'interno della nostra azienda, cioè è una porta aperta sulla rete sanitaria territoriale e anche ospedaliera, e questo semplifica molto, cioè non si deve più andare a cercare, pensare, c'è l'immediata attivazione da parte di un unico interlocutore. (F2, 21)

- Integrazione fisica e prossimità: la presenza fisica di diversi professionisti all'interno delle Case della Comunità favorisce la connessione e la collaborazione. La vicinanza logistica è considerata un elemento importante per facilitare l'interazione tra i vari ruoli e rispondere ai bisogni dell'utenza.

Gli si è dato anche un luogo fisico, nel senso che nella Casa di Comunità tutte queste figure sono presenti. Vedo proprio l'ambiente fisico strutturato dove riuscire a connettere i vari ruoli e i vari bisogni e le varie risposte che riusciamo a dare all'utenza. (F4, 19)

Qui poi siamo fortunati perché siamo sullo stesso piano, quindi si può interagire col PUA, il paziente è facilmente veicolabile: “guardi passi al PUA, prenda appuntamento, devo attivare l'ADI..., questo è molto semplice qui, effettivamente è un'isoletta felice dal punto di vista proprio logistico. (F3, 27)

La CdC di – paese X- ha quasi tutti i servizi o nello stesso edificio o in aree praticamente limitrofe. Quindi l'interlocazione con tutti gli altri colleghi è automatica. Anche a -paese Y- siamo in questa condizione, abbiamo interlocazioni anche molto spinte con la psichiatria, con la neuropsichiatria infantile, col consultorio, quindi si può dire che siamo in una più che buona simbiosi. (F3, 60)

- Percorsi formativi condivisi: la partecipazione a corsi di formazione congiunti, cosa che si è implementata a seguito della riforma, favorisce la conoscenza reciproca e la collaborazione tra i professionisti. La formazione condivisa promuove una visione comune e facilita l'integrazione delle diverse competenze.

Però già la formazione dell'anno scorso ha fatto sì che ci siamo parlati e quindi ognuno di noi sta collaborando col proprio ambito di competenza per sviluppare le varie criticità che ci sono. (F1, 33)

Quindi il discorso della formazione e della condivisione di una visione, di un obiettivo secondo me è davvero importante per il raggiungimento di questo

obiettivo grande del curare a casa, del curare sul territorio, del prevenire, secondo me è una delle questioni. (F4, 52)

Aspetti negativi:

- Mancanza di chiarezza normativa e organizzativa: vi è una diffusa difficoltà nell'avere indicazioni chiare, anche a livello normativo, su chi fa cosa, portando a frammentarietà nell'attuazione della riforma. La mancanza di chiarezza normativa riguarda ad esempio l'incertezza sulle zone di competenza, che esitano in sovrapposizioni o lacune operative. A livello organizzativo ciò si è tradotto in una interpretazione basata sulla contingenza del proprio territorio e delle proprie risorse che, come emerso in precedenza, è sicuramente necessaria per rispondere alle esigenze locali, ma deve essere governata.

Io e la collega abbiamo fatto un corso a Milano sulle cure domiciliari proprio voluto da Regione con PoliS. Credo che tutte le ASST abbiano espresso la stessa carenza e la stessa difficoltà: avere indicazioni chiare, ma anche a livello normativo, su chi fa che cosa. Nel senso che quello che il corso ha dimostrato è che ogni ASST, col personale che aveva, ha adattato la riforma e quindi facendo fare qualcosa a uno, qualcosa all'altro e quindi è emerso chiaramente che tutti abbiamo chiesto una normativa regionale chiara su quali sono le varie funzioni dei vari servizi e chi lo deve fare, perché altrimenti rischiamo davvero di andare ogni ASST verso realtà completamente diverse, quindi questo mostra una frammentarietà che a nostro avviso non ci porta a nulla. (F1, 25)

Si apre un panorama dove l'evoluzione delle competenze dovrebbe proprio essere condiviso e l'interfaccia medico-infermiere dovrebbe davvero trovare dei risvolti condivisi, mi verrebbe anche legalizzati perché dietro questa cosa della copertura legale rispetto ad alcune scelte degli infermieri in autonomia si aprono veramente panorami molto complessi, (F4, 42)

Ognuno ha la propria realtà proprio ambito ha la propria realtà, non possiamo renderli omogenei su tutta la ASST, perché ogni ambito ha i propri regolamenti e la propria organizzazione. (F1, 33)

- Limiti strutturali e logistici: le difficoltà logistiche e la mancanza di spazi adeguati all'interno delle strutture, spesso ancora provvisorie, possono ostacolare l'integrazione, così come la non omogeneità dell'organizzazione anche tra diverse CdC all'interno della stessa ASST.

Su altri versanti c'è molto ancora da fare, soprattutto a -paese X- all'interno della Casa della Comunità, che ancora non c'è di fatto perché il Distretto ha una vecchia struttura in cui si sta cercando di fare integrazione, ma non sarà la CdC definitiva, per cui all'interno non c'è ancora lo spazio fisico per i medici di medicina generale. Per cui su quel versante chiaramente l'integrazione è più complessa, il modo di lavorare all'interno dello spazio che c'è in via Y, quindi, che in questo momento sta vicariando la presenza della Casa della Comunità, lavora ancora su un modello che non è Casa della Comunità, un po' per la struttura organizzativa strutturale, un po' anche per un cambiamento culturale che è necessario all'interno di quello spazio. Dei cambiamenti come dicevo sono già stati fatti, altri percorsi devono necessariamente migliorarsi.

Quindi la previsione è che a -paese X- la Casa della Comunità sia proprio uno spazio fisico diverso rispetto all'attuale struttura in cui sono ubicati attualmente i servizi, in cui attualmente sono anche divisi, per cui la COT è in un posto, gli infermieri, l'equipe di valutazione, sono un altro posto, quindi anche gli aspetti strutturali non stanno aiutando. In questo momento però si stanno cercando delle metodologie proprio perché questi ostacoli vengano superati. C'è molto lavoro da fare, credo che ne siamo tutti consapevoli. (F1, 22)

Dall'altra parte io mi rendo anche conto che ci sono, per questa questione di vicinanza che è fondamentale, c'è l'aspetto brutto del territorio, che sono appunto le strutture.

Purtroppo, io penso a CdC X perché l'ho vista e perché è la Casa di Comunità a cui io mi afferisco dal punto di vista dei servizi, in questo momento lo spazio per tutti i medici che ci sono sul territorio è difficile. Bisogna secondo me trovare un modo, se non si riescono a superare certe difficoltà strutturali, per riuscire a confrontarsi. (F4, 45)

- Settorialità e difficoltà di comunicazione: la persistente settorialità tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico del paziente rende difficoltosa l'integrazione. Alcuni operatori faticano a sapere dove sono collocati all'interno dell'organizzazione, evidenziando una mancanza di condivisione del percorso e degli obiettivi. La comunicazione, pur riconosciuta come fondamentale, presenta delle criticità, con difficoltà nell'interloquire rapidamente e nel trovare canali efficaci.

La difficoltà sta proprio nel riuscire anche a trovare uno strumento per riuscire ad interagire con voi che siete sul territorio nei vari ambulatori. Chiaramente la Casa di Comunità rappresenta un teatro molto importante e, come diceva giustamente il collega, manca alle volte (per vari motivi: noi e voi pieni di lavoro, abbiamo tutti una giornata super intensa) manca la comunicazione. Proprio la settimana scorsa ho avuto, sotto input del nostro direttore sociosanitario, un incontro con la dottoressa che è il direttore delle cure primarie, per sederci ad un tavolo, io, che sono il coordinatore della specialistica sul territorio e i coordinatori di AFT

insieme ai vari Direttori di Distretto, per riuscire insieme a trovare degli strumenti. (F3, 27)

Però vedo e noto che spesso quello che io vedo e che io conosco, poi altri non lo conoscono, altri non si riconoscono. E spesso gli operatori proprio per questa forma di settorialità che abbiamo trovato all'interno, soprattutto noi che siamo entrati in un altro mondo, che noi abbiamo riscontrato all'interno della nuova azienda che ci ha accolto, proprio capisco che gli operatori facciano fatica in realtà a sapere dove sono collocati. (F1, 35)

Io credo di essere d'accordo con tutti i colleghi, nel senso che la vera sfida non è tanto la riforma territoriale, che è ben spiegata nel d.m. 77 e poi nell'attuazione da parte di Regione Lombardia, ma soprattutto superare la mera settorialità che è prevista da tutti i vari attori che partecipano appunto alla presa in carico del paziente.

La vera sfida, quindi, è superare questa settorialità per un'integrazione che risulta a volte molto difficoltosa, nel senso che siamo ancora legati ai compiti: questo è mio, questo non è tuo, invece ci dovrebbe essere un superamento e un'integrazione maggiore a tutti i livelli, dal medico di medicina generale, dall'ambulatorio specialistico, ai servizi diagnostici, anche se comunque come distretti stiamo lavorando tenacemente su questa cosa, e un punto di forza secondo me è dato anche dalla formazione di tutti gli operatori. (F1, 17)

- Problematiche contrattuali e disparità di trattamento: le diverse formule di contrattualità lavorativa (liberi professionisti convenzionati vs dipendenti) creano difficoltà nell'integrazione e nella gestione. Soprattutto le problematiche contrattuali dei medici di medicina generale ostacolano la possibilità della loro piena integrazione nelle Case della Comunità per la non chiarezza del loro ruolo nel contesto.

Si sta creando una bella squadra, dobbiamo integrarci meglio sulla comunicazione, soprattutto quando ce n'è necessità, a volte si può trovare della difficoltà a riuscire a interloquire subito. Mi rendo conto che abbiamo formule di contrattualità lavorativa diversa. Chi è libero professionista convenzionato, chi è dipendente. Quindi abbiamo degli orari diversi. Quindi però bisogna trovare il modo di integrarsi anche nei momenti vuoti, bui, quando per esempio la Casa di Comunità può essere chiusa. Ecco riuscire a collegarsi meglio, questo è uno degli spunti. Riuscire a interagire e avere dei canali di comunicazione che possono migliorare sia il rapporto tra di noi e sia la gestione degli ammalati a domicilio. Ce la stiamo mettendo tutta perché, se siamo qua è perché ognuno crede che il proprio lavoro lo sta facendo e anzi, c'è sempre comunque da migliorarsi. Non dico che siamo arrivati con la Casa di Comunità. Anche la Casa di Comunità è punto di partenza per la gestione del futuro della sanità territoriale e della sanità, anche integrata con l'ospedale. (F3,25)

Sicuramente da parte nostra c'è una necessità proprio di implementazione anche tra colleghi, quindi tra medici sul territorio. Io la vedo più come un problema di categoria anche forse, e siamo gli ultimi che stanno arrivando in questo processo che sono le Case di Comunità, anche per difficoltà, per quanto riguarda noi medici di medicina generale, contrattuali, perché è uscito l'anno scorso il nostro contratto collettivo, accordo collettivo che introduce poi l'obbligatorietà di entrare nelle Case di Comunità, ma siamo ancora privi dell'accordo integrativo regionale, quindi ci sono delle problematiche delle opposizioni anche a livello proprio di contrattazione a livello nazionale e regionale, che non hanno ancora permesso di rendere il nostro lavoro anche soltanto di integrazione con la Casa di Comunità al 100% (F4, 31)

In sintesi, l'integrazione a livello organizzativo nelle Case della Comunità è un processo complesso che presenta sia elementi di forza, come la presenza di figure di coordinamento e la prossimità fisica, sia criticità legate alla mancanza di chiarezza normativa, ai limiti strutturali e alle difficoltà di comunicazione. Superare queste criticità è riconosciuto come fondamentale per realizzare appieno il potenziale delle Case della Comunità come modello di sanità territoriale integrata e orientata ai bisogni del cittadino.

Pratiche di integrazione e collaborazione: approcci in costruzione

Emergono dai focus group diversi livelli, stadi e modalità di integrazione, influenzati da molteplici variabili.

Trasversalmente si nota un grande valore attribuito alla possibilità di interagire con altre figure professionali, sia perché ciò consente di comprendere meglio l'operato l'uno dell'altro, sia perché consente di raccordare gli interventi a beneficio del paziente e della qualità della presa in carico.

La presenza all'interno della Casa della Comunità di personale non della ASST ma afferente all'ambito territoriale, quindi all'ambito che fa riferimento ai Comuni, agli ambiti territoriali, la presenza e il lavoro di integrazione sono degli elementi che hanno dato proprio un cambiamento forte al modo di lavorare all'interno della Casa della Comunità, anche grazie alla presenza degli operatori come lo psicologo di comunità che era una figura che non esisteva, e a figure che sono andate via via ad integrarsi meglio. Quindi, secondo me su questo versante il lavoro è molto migliorato ed è in fase di crescita. (F1, 22)

È molto bello poter lavorare così, infatti io da qua non me ne andrei mai, perché conosco come si lavora da altre parti e qui più stimolante, perché è come lavorare in un piccolo reparto e poi è molto più facile avere a disposizione professionisti con diverse competenze. (F2, 5)

I confini tra i professionisti si stanno un po' riducendo, nel senso che ci si rende conto che il confronto con gli altri professionisti e altre persone multidisciplinari permette la conoscenza delle altre persone e quindi un'appropriazione di alcune competenze che prima non avevamo. È faticoso, però il risultato c'è, nel senso che, mentre all'inizio ci sentivamo soli come professionisti all'interno di questo territorio, perché all'inizio, nella Casa di Comunità eravamo in pratica quelle che aprivano e chiudevano, a parte quello che già esisteva precedentemente. Adesso sicuramente l'idea di lavorare in multidisciplinarietà ci permette, soprattutto nelle situazioni di difficoltà di avere dei supporti (F4, 24)

Come rappresentante della parte sociale: è una grandissima opportunità questa che ci viene offerta come operatori del territorio. È passato un anno, due anni, dall'inizio dell'esperienza, che ci hanno visto sicuramente migliorare dal punto di vista dell'integrazione tra professionisti che lavorano nello stesso ente, che ci ha permesso anche di migliorare la capacità di lettura dei bisogni, che diventa comunque sempre più integrata e anche la capacità di rispondere in modo sempre più integrato.

Che non vuol dire che lo sappiamo fare al meglio, ma sicuramente ci stiamo sempre di più abituando a coinvolgerci reciprocamente, con sempre maggior facilità rispetto al dare una visione globale, olistica di quelle che sono le situazioni. (F3, 37)

La CdC ha sia portato la ricchezza di nuove figure professionali che, grazie alla compresenza, una facilitata possibilità di collaborazione.

I professionisti non negano che questo processo non si possa dire compiuto, soprattutto con gli interlocutori che non operano solo nella e con la CdC, e quindi sono a volte difficilmente agganciabili.

Nodo particolarmente critico è il rapporto con i MMG, che è condizionato da vari fattori piuttosto rilevanti, che emergono con molta chiarezza: ci sono sì resistenze culturali, ma anche impedimenti oggettivi di sistema non imputabili alla volontà del singolo.

La criticità più grossa è quella di riuscire a integrare all'interno dei servizi nostri una disponibilità dei medici di medicina generale che a volte c'è, a volte spesso non c'è. Questa barriera culturale, anche qua molto molto grossa, e la paura degli MMG di perdere in qualche modo rendite già acquisite da tempo e quindi la difficoltà nella relazione all'interno dei servizi, anche qui è molto personale,

quindi ci sono medici molto molto disponibili, altri sui quali non riesci a fare affidamento. E anche qui c'è una carenza talmente tale e talmente strutturale che se non si mette fine al fatto che ci siano medici che hanno 1800,1900 o 2000 pazienti diventa un pochino complicato poi riuscire a coinvolgerli in attività extramurali e quindi che magari abbiano a che fare anche con noi. (F1, 24)

Si apre un panorama dove l'evoluzione delle competenze dovrebbe proprio essere condiviso e l'interfaccia medico- infermiere dovrebbe davvero trovare dei risvolti condivisi, diciamo così, condivisi, mi verrebbe anche legalizzati perché dietro questa cosa della copertura legale rispetto ad alcune scelte degli infermieri in autonomia si aprono veramente panorami molto complessi, però penso che lo sforzo che stiamo facendo come infermieri ma anche come medici, devo dire, è proprio quello di capire qual è il livello di connessione, qual è lo spazio di autonomia che la figura professionale può avere rispetto alla prescrivibilità di alcune attività.

E soprattutto, qual è la possibilità da parte dell'infermiere di appoggiarsi al medico di riferimento per l'assistito o presente in Casa di Comunità. Queste cose non sono ancora state chiarite e ci sono degli episodi che riportano all'attenzione questi problemi. Di sicuro per noi infermieri è preziosa la presenza del medico all'interno della CdC, è preziosa però nella misura in cui riusciamo a stabilire delle collaborazioni sulla popolazione, se queste collaborazioni sono molto settoriali e comunque esecutive, diventa difficile fare dei progetti e portare avanti dei discorsi che rendano più fluide le attività. (F4, 42)

Il modo per migliorare il mio lavoro è farmi fare il medico. Io il 50% del tempo che passo qua lo passo a fare ricette e cose burocratiche eccetera, quindi magari non so, si parlava di personale formato per la ripetizione delle ricette croniche o comunque cambiare qualche meccanismo di ricettazione. È possibile che io ogni mese devo ripetere la ricetta per l'antipertensivo? L'antipertensivo se lo prende facciamo il piano terapeutico che dura un anno, perché io ogni giorno 4-5 ore faccio le visite ma quattro ore almeno mi vanno in mail e ricette, cioè non è lavoro clinico, non faccio il medico, forse anche per questo poi che un sacco di neolaureati non vogliono fare il nostro lavoro. Anche in ospedale hanno le loro, però noi abbiamo tutte le ricette croniche da ripetere ogni mese barra due mesi per 1600 persone, cioè fatevi due calcoli, è un delirio. Poi ora la gente prende una marea di farmaci, perché giustamente si vuole arrivare a cent'anni stando bene, quindi penso che andrà sempre peggio il carico burocratico. Quindi se mi levassero quel carico burocratico, farei salti di gioia perché saprei che potrei dedicare più tempo alle visite, più tempo alla prevenzione perché io sono qui sempre a fare discorsi tipo, facciamo le giornate in Casa di Comunità sulla prevenzione cardiovascolare, però non ho mai tempo perché io, sabato e domenica se ho un attimo di tempo libero vado avanti con la burocrazia che ho indietro, che ho sempre dell'arretrato a fine settimana, e quindi se mi togliessero quella parte lì, io sarei più contenta perché potrei fare quello per cui ho studiato. (F2, 32)

Viene sottolineato quindi che, nonostante si riconosca estrema importanza all'integrazione, essa sia ancora in divenire e richieda attivo sforzo migliorativo da parte di tutti, dal mettersi in gioco per conoscersi fino all'organizzare la quotidianità operativa.

È faticoso perché richiede il pensiero del rivolgersi ad altre figure professionali che non si conoscono. Quindi la prima cosa ha richiesto necessariamente un po' la conoscenza. Faccio un esempio, la conoscenza del mondo dei medici di medicina generale, che noi non conoscevamo, se non per nome o perché eravamo assistiti stessi e la conoscenza delle modalità che porta ad esempio il medico di medicina generale a scegliere delle modalità di comportamento o delle scelte che deve fare e questo ovviamente ci richiede di dover conoscere per interagire. (F4, 23)

In quanto a integrazione e conoscenza dei vari servizi è stato molto difficile, nel senso che ci siamo dovute sperimentare e interfacciare con quelli che erano tutti i servizi, in modo tale da riuscire a garantire poi la risposta ai bisogni delle persone.

Piano piano nel tempo questa catena si fa sempre più fitta, per cui speriamo di poter far funzionare il motore. (F4, 38)

Sì, forse c'è un po' di criticità in alcuni, perché magari siamo ancora all'inizio e quindi bisogna amalgamarsi meglio. Secondo me bisogna avere, partendo dal presupposto che tutto da soli non ce la possiamo fare, quindi abbiamo bisogno uno dell'altro. Noi sappiamo come i medici del territorio, chi è più sensibile, chi meno sensibile, però, come norma, effettuiamo delle sorveglianze a domicilio per i pazienti più fragili. Il punto debole forse è che magari se io effettuo una sorveglianza e richiedo la collaborazione dell'infermiere di famiglia, poi il percorso è poi non dico conflittuale, però un pochettino crea delle criticità. Dobbiamo imparare a lavorare insieme, quindi se l'infermiere di famiglia a domicilio trova delle difficoltà, o il medico trova delle difficoltà, bisogna ognuno dare il proprio contributo, la presenza del medico non deve escludere gli infermieri di famiglia e l'infermiere di famiglia non deve escludere il medico ("la sorveglio io o la sorvegli tu") (F3, 58)

Nella pratica operativa quindi si può osservare un ecosistema in fermento e in sperimentazione, che non ha ancora però una cornice solida e certa di riferimento entro la quale muoversi e su cui poggiare le basi per alcune attività.

La trama relazionale della Casa della Comunità: le dimensioni dell'integrazione e il concetto di prossimità interna

La domanda che ha guidato la ricerca è se il modello organizzativo delle Case della Comunità stia abilitando o meno l'integrazione interprofessionale e in quale modo. Questo allo scopo di osservare se davvero si stia verificando il cambiamento per il quale le disposizioni legislative hanno tentato ancora una volta di fornire una cornice di riferimento, accompagnata da una specifica struttura deputata, e riflettere su come sostenerlo.

L'analisi delle interviste e dei focus group ha restituito un ricco patrimonio di elementi interessanti, che ora verranno ulteriormente sistematizzati e sintetizzati secondo una lettura che ha come baricentro il ruolo che la CdC riveste in tre configurazioni relazionali necessarie per l'integrazione interprofessionale: quelle tra persone, quelle tra persone e sistema e quella tra sistemi. Questi infatti sono tre snodi fondamentali in cui la componente sociale dell'organizzazione, quella attenzionata dal *change management*, gioca un ruolo fondamentale nel costruire e direzionare il cambiamento, che deve trovarsi però in un ambiente organizzativo favorente.

Questa prospettiva rispecchia l'evoluzione dell'approccio degli studi di *change management*, passato da uno sguardo storico e a-contestuale su episodi di cambiamento (Pettigrew *et al.*, 2001), ad un approccio processuale complesso e comprendente diversi fattori e livelli di analisi.

In particolare si possono qui identificare quelli che Armenakis e Bedeian (1999) identificano come fattori di contenuto (strategie, strutture e sistemi), di processo (interventi e processi coinvolti) e variabili criterio (ovvero atteggiamenti ed esperienze delle persone coinvolte dal cambiamento).

Relazioni tra le persone: la mobilitazione delle risorse

L'analisi del materiale raccolto ha evidenziato una importante mobilitazione (che per il momento si vuole intendere come *movimento*, senza attribuzione di valore) di *risorse relazionali*, a diversi livelli e secondo diversi canali.

Queste risorse erano già presenti e a volte già ampiamente visibili nei singoli contesti, ma con l'avvento della Casa della Comunità si son dovute necessariamente riconfigurare. Come affermano Crozier e Friedberg (1978), il mutamento in una organizzazione è una “trasformazione di un sistema di azione: gli uomini mettono in atto nuovi rapporti umani e nuove forme di controllo” (p.267). Questi nuovi rapporti sono creati nel contesto in cui avviene il cambiamento e sono strettamente intrecciati con le condizioni d'ordine organizzativo, che ha un'influenza notevole sull'orientamento delle azioni. Gli autori sostengono questa loro considerazione sottolineando che ciò che deve cambiare non sono le regole che disciplinano i rapporti, ma la natura stessa di quello che chiamano “gioco”, inteso come meccanismo di integrazione dei diversi fenomeni che intervengono nelle relazioni.

Quanto emerso anche dalla letteratura analizzata in precedenza ha confermato che le disposizioni normative succedutesi negli anni (le regole), seppure prescrivessero a più riprese la necessità di lavorare in modo integrato e multidisciplinare, non sono mai state sufficienti per realizzare appieno l'obiettivo, tant'è che le ultime disposizioni hanno dettagliato nuovamente questo aspetto e hanno dato mandato specifico di realizzazione nel contesto della CdC.

Se ad oggi non si può sicuramente arrivare a valutare un risultato ma solo osservare un processo, quello che emerge è che la CdC ha per sua struttura e natura perlomeno condizionato, modificato o avviato certi sistemi di azione, e interrogato in modo nuovo appunto le risorse relazionali.

La premessa che mancava

L'indagine ricognitiva ha mostrato come fin dagli inizi il tema dell'integrazione fosse sentito come prioritario e necessario, segno che l'obiettivo era molto chiaro e presente ai molteplici attori coinvolti.

Le interviste e i focus group hanno riportato il tema alla dimensione concreta, evidenziando quanto sia stato importante partire dalla base elementare, ovvero la conoscenza reciproca, sia a livello personale che professionale, che in molti contesti e tra

molti professionisti mancava. Rilevante è quanto questo dato abbia stupito sia i manager che gli operatori per primi ma anche quanto frequentemente sia emerso.

Questo aspetto risulta molto interessante pensando al mandato dell'integrazione e rende chiaro quanto fosse arduo da realizzare, nonostante se ne fosse parlato fin da molto prima della pandemia, dato che mancavano le basi minime a fondamento della costruzione non solo di un intervento integrato, ma a volte anche della semplice possibilità di interazione. Si è visto che questi passi di conoscenza si sono attivati a seguito di fattori riassumibili in due *driver* consentiti dalla CdC: condivisione e contiguità.

Rispetto alla condivisione si è rilevato che il mandato della CdC di chiamare in causa diverse figure professionali a lavorare congiuntamente, creare nuovi progetti, cogestire servizi come il PUA e la COT, ha reso necessario creare momenti di contatto e di formazione congiunti, dove appunto spesso per la prima volta ci si è visti e presentati tra professionisti di categorie diverse. Frequenti sono stati i riportati di scambi di numeri di telefono e informazioni sulle disponibilità orarie per confronti e consulti in queste occasioni, informazioni tanto semplici quanto basilari per potersi rapportare, e allo stesso tempo così difficilmente reperibili se non con un contatto diretto.

L'introduzione di nuove figure, soprattutto delle professioni sociali (assistenti sociali e psicologi) e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità negli organici della CdC, ha anch'essa "costretto" l'interfaccia reciproca e la possibilità di vedere in azione anche la professionalità dell'altro sullo stesso caso, quindi la condivisione di letture professionali distinte che rendono possibile realizzare che il proprio filtro non è l'unico e permettono di rimettere in primo piano la complessità che la salute di una persona porta con sé.

Per contiguità intendo invece la vicinanza fisica della coabitazione: il semplice essere "coinquilini" della CdC e quindi fisicamente vicini, incontrarsi anche in momenti informali, è in molti casi individuato come potente motore facilitante la cooperazione e la comunicazione. Avere uffici adiacenti o comunque potersi facilmente interfacciare di persona ha permesso sia di conoscere nuovi colleghi sia di collaborare meglio anche tra chi già si conosceva e aveva già strutturato rapporti collaborativi. Viceversa, laddove la struttura fisica della CdC era temporanea e frammentata, è emersa maggior fatica nel migliorare questo aspetto, che resta largamente dipendente dall'iniziativa del singolo.

Come già sottolineato in sede di analisi, quella che ho chiamato “logistica di prossimità” (v. pag. 150) risulta uno stimolo determinante nel generare nuove connessioni, mediante una gestione di tempi e spazi più funzionale e conveniente. Ciò dimostra l’influenza del contesto rispetto alla quantità e qualità delle relazioni, e la conseguente necessità di mettere a tema quanto aspetto nella riflessione organizzativa.

Avere un unico “tetto sopra la testa” abilita inoltre la percezione di appartenere ad uno stesso sistema, aiutando il pensiero a svincolarsi dalle settorializzazioni precedenti: come emerso dalla ricerca, la riallocazione anche fisica di persone e servizi dà corpo al significato di integrazione molto più che una norma scritta.

Dalla competizione al riconoscimento

Le narrazioni dei professionisti rimandano quanto il semplice venire a contatto gli uni con gli altri abbia generato l’emersione di primi tentativi di cooperazione e di scambio da una parte e l’inizio di una scoperta professionale reciproca dall’altra. Anche questo aspetto a prima vista può apparire banale, eppure mancava: chiedersi chi è l’altro e farsi conoscere dall’altro, non solo come persona ma come professionista portatore di competenze specifiche.

Se questo aspetto è così trasversale, seguendo l’assunto che sta alla base della domanda di ricerca e dell’approccio di *change management*, ovvero che il sistema condiziona le relazioni, si può ragionevolmente pensare che la CdC stia davvero giocando un ruolo attivo come sistema favorente delle relazioni. Non si può automaticamente affermare che di conseguenza ciò crea integrazione, ma si può sostenere che ne crea una buona premessa necessaria.

Premessa che non può che ancorarsi nell’auspicato cambiamento culturale più volte sottolineato sia dalle normative che dalla letteratura, ma che si riconosce anche come così complesso e di lunga realizzazione da dover essere costantemente tematizzato e promosso su più fronti.

Schein (1985) afferma che la cultura di un gruppo può essere intesa come l’insieme di assunti condivisi che si sono formati nel tempo attraverso l’esperienza collettiva di affrontare le sfide dell’adattamento all’ambiente esterno e dell’integrazione interna.

Questi modelli di pensiero e di comportamento, risultati efficaci, vengono riconosciuti come validi e trasmessi ai nuovi membri come riferimento su come interpretare e affrontare i problemi comuni. Quindi la cultura organizzativa si riferisce al sistema di valori, credenze, norme e comportamenti condivisi all'interno di un'organizzazione, che contribuisce a definirne l'identità. Tale definizione rende evidente quanto possa essere complesso il cambiamento culturale e quanto si collochi nel profondo di una organizzazione. Per questo infatti lo si colloca al termine del processo di cambiamento, in quello che Lewin (1947) definiva come "ricongelamento", ovvero la riacquisizione di un nuovo equilibrio, e Kotter (1995) individua come ottavo e ultimo step del suo modello. Per raggiungere quindi gli strati profondi della cultura organizzativa si passa prima dal processo di cambiamento della pratica quotidiana.

Riferendosi alla cultura organizzativa e all'assunto competitivo promosso da un sistema compartimentato, merita un cenno la consapevolezza dell'esistenza di un tema importante, ovvero una gerarchia di prestigio e potere tra le diverse professioni e a volte anche all'interno della stessa categoria professionale, ampiamente dimostrato e discusso dalla letteratura sociologica (si vedano ad esempio Tousijn, 2012; Neri e Vicarelli, 2020). Tali dinamiche, pur essendo sicuramente presenti, non sono emerse in modo esplicito nel corso della presente ricerca e non sono state assunte come oggetto di analisi. L'indagine non mirava infatti a ricostruire gli antecedenti strutturali e storico-professionali dei rapporti tra professioni, ma a comprendere i meccanismi relazionali emergenti nelle Case della Comunità e i fattori che ne stavano orientando l'evoluzione. Un approfondimento sistematico delle dimensioni di potere avrebbe richiesto un diverso disegno di ricerca e un distinto livello analitico.

Si può affermare che nel sistema sanitario ad oggi si è ben lontani da un cambiamento a livello di cultura organizzativa, ma si può anche sostenere che essa viene messa in discussione, perché si sta rendendo evidente che l'assunto competitivo e separativo, in cui si era abituati ad operare, non è funzionale al modo di lavorare richiesto nella CdC.

Si osservano tracce di una iniziale nascita di *riconoscimento* del reciproco valore. Tale riconoscimento può essere ricondotto alla definizione di Fraser e Honneth (2003) che lo descrivono come "relazione reciproca tra soggetti, in cui ciascuno vede l'altro come suo pari e, al tempo stesso, come distinto da sé". In particolare, in questo caso il riconoscimento si configura come appartenente ad una delle tre tipologie individuata da

Honneth (1992), ovvero la stima sociale, intesa come riconoscimento della capacità e dei contributi che ogni individuo (e professionista in questo caso) porta all'interno del gruppo. Honneth ripercorre la genesi del concetto di riconoscimento, partendo dai concetti di eticità di Hegel e di divisione democratica del lavoro di Mead, per affrontare poi una ri-concettualizzazione del termine a fronte dell'evoluzione della società, che abbandona la struttura cetuale nel passaggio alla modernità. Nel "vecchio" sistema l'ordine dei valori sociali stabilito dalla gerarchia e dall'appartenenza fungeva infatti da riferimento e da garante per l'attribuzione di una certa quota e tipologia di stima sociale. Nelle società moderne essa invece si trasforma in un valore non automaticamente attribuito per appartenenza, ma che deve trovare attiva manifestazione nella concretezza delle azioni. In tali condizioni quindi la stima sociale è generata dal riconoscimento del valore dei contributi di un soggetto da parte degli altri membri del gruppo.

Come chiarisce infine Honneth (1992) stimarsi significa "considerarsi vicendevolmente alla luce di valori che fanno apparire le capacità e qualità dell'altro come significative per la prassi collettiva" e continua spiegando che ciò richiede anche "una partecipazione affettiva alla particolare condizione individuale dell'altra persona: infatti, solo se mi impegno attivamente a far sì che egli riesca a dispiegare qualità a me estranee potremo realizzare fini comuni" (p.156).

Il collante che attiva il riconoscimento sono proprio questi fini comuni che, nel caso in oggetto, sono stati così ben richiamati ed enucleati dalle direttive internazionali e nazionali alla radice delle riforme, e che hanno appunto nella Casa della Comunità il simbolo evidente dell'orizzonte condiviso del rilancio delle cure primarie.

Il vedersi quotidianamente nella Casa della Comunità e costruire insieme processi di lavoro sviluppa la prossimità, ovvero il sentire il lavoro del collega vicino e intrecciato al proprio, non precedente o successivo. Ciò permette di andare oltre quella eterogeneità funzionale che conduce ad operare più secondo una serie di compiti sequenziali e interdipendenti piuttosto che un lavoro integrato e interdipendente (Fiscell e McDaniel, 2018): si sviluppa invece un processo riflessivo che consente di vedere con occhi diversi anche il proprio operato, proprio perché guadagna valore articolandosi con quello degli altri. Questo intreccio è ciò che può fare la differenza rispetto a prima: la consapevolezza che senza il lavoro dell'altro anche il proprio perde di una parte di efficacia. È evidente quanto tale prospettiva sia diametralmente opposta a quella di difesa del proprio confine

operativo e professionale promossa dall'apparato competitivo creato dagli assetti rispondenti alle leggi del mercato e della razionalizzazione delle risorse divenuti dominanti in campo sanitario.

Il riconoscimento abilita ed è abilitato anche da un altro cambiamento che si sta generando dal ritrovato e dichiarato valore delle cure primarie, ovvero la legittimità di poter mettere al centro l'obiettivo della cura della persona e non della prestazione. La prestazione in sé non è infatti facilmente condivisibile con appartenenti ad altre categorie, poiché comprende elementi specialistici, ma se l'oggetto di interesse è la persona e la cura ecco che diventa più facile riconoscere la necessità di intervento plurale e corale.

Mettendo al centro la cura anche la responsabilità dell'azione non è singolare ma si condivide con gli altri attori, e si genera anche un tempo legittimo per il pensiero e la condivisione, come testimoniato dai momenti di formazione congiunti e dagli incontri strutturati in momenti formali, ma anche l'apprezzata possibilità di scambio informale.

Questi elementi costituiscono buone premesse per decostruire le visioni e le modalità operative "a silos" che un sistema prestazionale e ospedale centrico ha chiaramente strutturato e che gli operatori stessi riconoscono condizionante nella loro quotidianità.

Come detto anche in precedenza, non si deve dimenticare che ciò che si rileva sono prodromi e non risultati, che fanno sì ragionevolmente ben sperare, ma non sono sufficienti per trarre conclusioni.

Relazioni tra persone e sistema

Il sistema come estraneo, "nemico" o alleato?

La chiave di lettura della mia analisi è il rapporto persone/sistema, e di come quest'ultimo abiliti o meno certe pratiche relazionali. Non posso prescindere quindi dal mettere in evidenza come il sistema organizzativo viene percepito dagli attori che lo abitano.

Il microcosmo di riferimento è la CdC, ma necessariamente inserita nel contesto più ampio del panorama regolativo ed evolutivo del Servizio Sanitario Nazionale, regionale e territoriale.

Dalla ricerca sono emersi tre aspetti di questo rapporto che mi paiono evidenti e degni di attenzione. Sono aspetti complementari e coesistenti, non solo nella stessa organizzazione ma anche all'interno di ogni singolo professionista. Non si tratta infatti di emozioni prevalenti o generalizzazioni, ma di relazioni causali e puntuali tra determinate caratteristiche strutturali e le rispettive conseguenze sul lavoro professionale.

Il sistema come estraneo

Negli aspetti per cui il sistema viene percepito come estraneo, di fatto viene considerato come difficilmente condizionabile, ovvero il pensiero prevalente è che non si possa avere nessuna influenza su di esso. Laddove le prescrizioni del sistema non vengano viste come desiderate o accettabili, si sviluppano una serie di pratiche parallele, che possono essere interpretate secondo due visioni, già citate in precedenza, che leggono il fenomeno secondo due diverse prospettive teoriche, che si riferiscono a tipologie di organizzazioni molto diverse e studiate in tempi diversi. La prima visione è quella che Crozier (1963) individua come volta a sostenere il sistema burocratico, ovvero “un’organizzazione che non arriva a correggersi in funzione dei suoi errori” (p.209), poiché è una manifestazione patologica dei sistemi sociali, in cui la prassi è agire secondo *routine*. Il dispositivo della *routine* svolge una funzione protettiva perché assicura al personale un margine di indipendenza d’azione nei confronti dei livelli gerarchici più elevati. Secondo questa lettura i gruppi agiscono secondo delle condotte di resistenza che contrastano la razionalità del sistema totale, rendendo molto difficile il cambiamento e creando di fatto un’organizzazione diversa da quella “su carta”.

La prospettiva di Kotter e colleghi (2022) definisce invece le pratiche parallele come parte di un “sistema binario”, in cui questo tipo di pratiche sono azioni di network e leadership diffusa che promuovono la messa in atto di iniziative strategiche che consentono poi di sostenere e incorporare dei cambiamenti. L’analisi in questo caso prende avvio dai contesti di imprese moderne, che nascono come piccole startup a struttura flessibile, ma che crescendo e complessificandosi devono strutturarsi in modo più gerarchico. La coesistenza dei due sistemi non è per nulla semplice, ma gli autori la ritengono indispensabile per consentire all’organizzazione di sopravvivere e adattarsi ad una realtà dinamica.

Riportando le due teorizzazioni a quanto emerso dalla ricerca, si può notare quanto entrambe le tipologie di “sistemi paralleli” siano presenti nel sistema sanitario. Tracce del primo si rilevano soprattutto in riferimento a quei medici di medicina generale, specialisti e al generico interlocutore “ospedale”, che oppongono resistenza ai tentativi di aggancio e interazione, nonostante ci sia un mandato normativo, cercando di restare ancorati alla routine conosciuta. In questo caso si intende come livello gerarchico più elevato il sistema stesso e appunto i mandati normativi. Il secondo tipo di sistema parallelo si può invece rintracciare in quelle sperimentazioni virtuose, e spesso *bottom-up*, attuate proattivamente per realizzare quanto indicato sì dal mandato generale ma non dettagliato a livello operativo, oppure in cui la cornice è ancora incerta (indicazioni poco chiare, risorse parziali o provvisorie). Sono ad esempio i progetti sperimentali, le iniziative di coinvolgimento, lo sviluppo di reti e contatti.

Il sistema come “nemico”

Il sistema è sotto certi aspetti un nemico, e vengono portati chiari esempi al riguardo, soprattutto quando contraddice se stesso. Ad esempio quando non rende possibile sbloccare delle risorse per normative confliggenti, o dà incarichi a due servizi diversi di fare la stessa cosa, oppure quando attribuisce responsabilità finali senza fornire risorse e poteri per raggiungere gli obiettivi. A volte queste contraddizioni non sono esplicitate ma si leggono tra le righe delle narrazioni: un sistema che promuoveva la logica del “noi e loro” da una parte e chiedeva integrazione dall'altra, oppure che chiede partecipazione ma non esplicita in quali termini tale partecipazione può essere data o richiesta, come nel caso dei MMG nella Casa della Comunità (ruolo che apre tematiche che meriteranno una trattazione specifica più avanti).

È emersa in modo prepotente la fatica dei sistemi informativi non dialoganti e dell'implementazione del nuovo sistema regionale, che al momento hanno creato più carico di lavoro e confusione invece che facilitazione. I professionisti mostrano la consapevolezza che sia un passaggio obbligato, ma nella quotidianità devono ingaggiare una battaglia continua per non essere travolti, riuscire ad orientarsi e adempiere agli obblighi con gran dispendio di tempo ed energie.

Il sistema è un “nemico” anche quando lascia impotenti di fronte ad una non disponibilità a collaborare, ad esempio di alcuni enti convenzionati od ospedali, che restano ancorati

al modello di funzionamento separato e accolgono a fatica gli approcci dei servizi territoriali, ma con cui diventa difficile trovare leve collaborative.

In tutti questi casi il sistema viene percepito lontano e non favorente nel migliore dei casi, controproducente e malato nel peggiore. Queste percezioni entro un certo limite si possono considerare come normali e facenti parti della complessità organizzativa, ma a lungo andare possono solidificare blocchi e storture da cui diventa complesso poi uscire, come l'analisi della letteratura sull'evoluzione del SSN ha dimostrato.

Il sistema alleato

Nella ricerca si rintracciano anche significative testimonianze positive rispetto alle disposizioni della CdC che sono riconosciute come migliorative e facilitanti per il mandato del potenziamento dell'approccio territoriale in generale e dell'integrazione in particolare.

Oltre l'aspetto logistico, di cui si sono evidenziati i vantaggi rispetto alle relazioni (vedi paragrafo precedente), notevole importanza rivestono le figure e le strutture di collegamento, che nella letteratura organizzativa sono riconosciute come essenziali per mantenere unità di obiettivi e strategie (Galbraith, 1973; Mintzberg, 1979)

In particolare si evidenzia la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità quale attivatore di relazioni tra i professionisti, "sentinella" rispetto ai bisogni dei pazienti, regista di comunicazioni tra servizi e spesso supervisore della qualità totale della gestione del caso. Le narrazioni dimostrano un grande investimento rispetto a questo ruolo⁵, che è stato istituito in concomitanza alla CdC dal d.m.77/2022, da parte di tutti gli attori coinvolti. Ciò fa sentire il sistema come "vicino" e alleato, come portatore di una novità positiva, di supporto e di stimolo per adempiere all'oneroso mandato di rilancio del sistema di salute territoriale.

Lo stesso vale in gran parte dei casi anche rispetto alle strutture del PUA e della COT (quest'ultima nelle fasi iniziali dell'implementazione) che, richiedendo la presenza e l'operatività di diverse professionalità e intervenendo uno nell'attivazione e l'altro nella gestione dei casi, hanno la regia degli interventi e della risposta ai bisogni sul breve e sul

⁵ Ciò si colloca all'interno di un processo già in atto di rivalutazione della professione infermieristica, che attualmente vede un disegno di legge in fase di valutazione per una revisione dei percorsi formativi.

lungo periodo, la gestione dei passaggi tra diversi *setting* di cura e (non ancora compiuto ma come obiettivo finale) la conduzione dei passaggi di informazioni e la raccolta dati.

In questo caso il sistema ha disegnato due strutture funzionali a realizzare integrazione e comunicazione, seppure con le inevitabili difficoltà iniziali dell'attivazione di tali servizi. Il PUA in particolare ha spesso consentito di istituire sin dalle prime fasi operative della CdC una migliore comunicazione e sinergia di intervento con le componenti sociali, data la presenza dell'assistente sociale in organico. Questa presenza si collega a quanto detto nel paragrafo precedente a proposito delle relazioni: il contatto ravvicinato giornaliero ha abilitato un maggiore riconoscimento del ruolo dello sguardo e dell'intervento sociale anche nei casi che paiono prettamente sanitari, e viceversa. Questo passaggio non è per nulla scontato, in quanto l'integrazione sociosanitaria ha degli elementi di complessità maggiori rispetto all'integrazione interprofessionale fra operatori dello stesso comparto. Come ha ben evidenziato la ricerca di Lusardi e Nicoli (2012), il mondo sociale e quello sanitario hanno caratteristiche culturali molto diverse, che si traducono in un'operatività altrettanto diversa in tempi, modalità e obiettivi, per cui è necessario costruire strategie di scambio e confronto.

La COT invece è in sperimentazione come struttura *bridging* tra servizi, in modo da rendere il processo di presa in carico fluido nella gestione dei tempi, delle risorse e delle informazioni. Tranne in alcune realtà, dove c'era un sistema simile preesistente, questa struttura è in fase embrionale a livello pratico, ma per come è progettata viene ritenuta una valida opportunità proprio per dare un ordine ai processi e costituire un punto di riferimento centrale.

Il contributo di queste figure e strutture è rilevante nel tentativo di costruire risposte efficienti a tutti i livelli: potenzialmente consentono infatti non solo un utilizzo più razionale delle risorse economiche, ma anche e soprattutto un intervento migliore per il paziente e più facile ed efficace per il personale sociosanitario.

Il Medico di Medicina Generale: da nemesi a potenziale capro espiatorio

Il Medico di Medicina Generale emerge come il ruolo più controverso sotto molteplici aspetti. Si è già osservato in fase di analisi che molti attori lo individuano quale ideale

registra dei progetti di salute delle persone che ha in carico, ma paradossalmente questa figura resta la più esterna e poco coinvolta a livello di sistema, anche nella riforma. La posizione di libero professionista ha collocato il MMG a lato del servizio sanitario⁶, in una quotidianità professionale che i medici stessi definiscono solitaria e isolata, in una progressiva svalutazione del ruolo di pari passo con la spogliazione della sanità territoriale a favore dell'ospedale.

Il MMG non ha voce nel sistema e il sistema si è limitato a indicare le linee di ingaggio in termini contrattuali. Paradossalmente però, come ogni cittadino sa, quasi tutte le prestazioni devono “passare” tramite il MMG, che pian piano anche nella considerazione comune è passato dall’essere il “medico di famiglia” ad un erogatore di ricette secondo quanto richiesto dagli specialisti, ad un prescrittore di esami secondo i desideri dei pazienti e poco altro.

Questa marginalizzazione è solo scalfita dalla riforma, che prescrive sì la necessaria presenza di MMG nelle Case della Comunità, ma non dà contenuto a questa presenza né disciplina le modalità con cui questa richiesta possa rendersi compatibile con l’attività di medicina di base in termini anche solo temporali. A ciò si aggiunge l’atteggiamento di chiusura e la percezione che molti medici non abbiano interesse nel cambiare le cose e “uscire dai loro studi” per sperimentare modalità collaborative.

L’attuazione del DM 77/2022 ha inoltre riaperto il dibattito sul possibile superamento del modello convenzionato dei medici di medicina generale a favore di un inquadramento alle dipendenze del SSN. Tuttavia l’ACN 28 aprile 2022 conferma la natura convenzionata del rapporto, mantenendo la distinzione tra autonomia professionale e integrazione organizzativa sul territorio. Anche questo peculiare posizionamento, rispetto a cui il dibattito resta aperto, contribuisce ad esporre il ruolo a tensioni e divergenze di opinione che coinvolgono istituzioni, rappresentanze sindacali e di categoria, contribuendo alla sua vulnerabilità.

L’art. 31 istituisce il “Ruolo Unico di Assistenza Primaria”, unificando i medici dell’ex assistenza primaria e della continuità assistenziale e prevedendo lo svolgimento dell’attività sia a ciclo di scelta sia su base oraria, con integrazione nelle Aggregazioni

⁶ Stante la specificità e complessità di questo aspetto ci si limita a recepire la constatazione del nodo cruciale della tensione qualificatoria tra autonomia e subordinazione del Medico di Medicina Generale, da sempre oggetto d’interesse della dottrina giuslavoristica (Buoso, 2024).

Funzionali Territoriali (AFT) e nelle forme organizzative multiprofessionali. Come si è visto le AFT (art. 29) sono il principale contesto in cui i MMG sono chiamati a operare *oltre* il proprio studio tradizionale, con implicazioni operative anche nelle strutture di presa in carico territoriale e quindi nelle CdC.

Le narrazioni evidenziano diverse esperienze di collaborazione con i MMG, più o meno mediate dalla AFT, sia di successo che di resistenza, ma anche una consapevolezza delle difficoltà di sistema e del carico di lavoro immane che questi professionisti oggi si trovano ad affrontare, sia in termini numerici di pazienti assegnati che di burocrazia.

Le collaborazioni quindi, seppur virtuose, sono limitate da fattori esterni, strutturali e normativi, e in altri casi sono difficili da attivare per motivazioni che non sono imputabili solo ad una “cattiva volontà” personale.

Non meno importante in questo momento è la pressione esterna che incombe sulla figura dei medici, soprattutto su quelli di medicina generale.

Sono tristemente noti gli episodi di cronaca che riportano aggressioni e denunce, le difficoltà generate dalla troppa e spesso errata informazione a disposizione dei cittadini rispetto alla salute che porta a pretendere dal medico la prescrizione di visite ed esami secondo richiesta del paziente e non viceversa, la difficoltà dovuta alla carenza di risorse e il carico burocratico.

La figura del MMG vive così un doppio paradosso: è lo snodo necessario per tutte le prestazioni ma senza potersi quasi più pronunciare in merito ad esse, privato di legittimità di ruolo e di prestigio. Allo stesso tempo è vittima di quella che Illich (1976) chiama “iatrogenesi clinica”, ovvero quell'insieme di conseguenze negative sulla salute generate dal monopolio radicale della medicalizzazione, che definisce “effetti collaterali della terapeutica” (p. 25). Secondo Illich la dominanza monopolizzatrice dell'intervento medico ha creato il moltiplicarsi di interventi inutili e dannosi, in un circolo vizioso esponenziale, che toglie parola ai pazienti a favore di imperativi assoluti della medicina. La conseguenza di questa tendenza è il ricorso massiccio a prestazioni specialistiche e l'affermarsi di un'azione centrata non sulla salute ma sull'eliminazione a tutti i costi di ogni sintomo o malattia. La teorizzazione di Illich, se pure a tratti estrema, descrive però esattamente le condizioni anche culturali che hanno portato alla creazione di un sistema sanitario ospedale centrico e prestazionale, di cui la Lombardia costituisce un lampante esempio. Come si è visto in tale modello le cure primarie sono state marginalizzate a

favore delle prestazioni ospedaliere, appunto centrate sulla malattia e sulla risoluzione della stessa con un intervento univoco. In tale modello operativo il Medico di Medicina Generale può posizionarsi in diversi modi, ma sempre con poca voce in capitolo e con pochi margini di azione. Può avvalorare questa modalità di funzionamento e questa idea di cura, quindi promuovere attivamente la medicalizzazione incoraggiando il consumo di prestazioni specialistiche. Può posizionarsi in modo passivo, quindi accettare di esaudire tutte le richieste di specialisti e pazienti producendo la prescrizione desiderata, rinunciando a dare il proprio contributo se non richiesto. Oppure può rivendicare il proprio ruolo e la propria professionalità, prendendo in carico il suo paziente e cercando di costruire un progetto di salute nonostante le spinte avverse del sistema. È evidente quanto l'ultimo tipo di posizionamento sia controcorrente rispetto all'evoluzione del sistema sanitario e dell'idea di salute, che si è visto aver assunto un'ottica prevalentemente ospedale centrica e prestazionale, che ha messo ai margini le cure primarie e quindi anche il MMG.

Un ulteriore aspetto che vorrei evidenziare riguarda alcune caratteristiche assunte dal ruolo del MMG, che lo rendono il candidato perfetto per correre il rischio di fungere da capro espiatorio in caso di fallimento del sistema, assumendo quella funzione di regolazione del conflitto sociale analizzata in origine da Girard (1972; 1982), attualizzata da Tomelleri (2023) e resa evidente in campo organizzativo da Catino (2022), che parla appunto di capro espiatorio organizzativo.

Quella che mi appresto a presentare è una costruzione ipotetica che nasce dall'aver colto nell'analisi dei risultati della ricerca alcuni segnali emergenti che si possono ricondurre alla letteratura consolidata citata poc'anzi. In quanto segnali emergenti, essi potrebbero sia evolvere nella direzione ipotizzata che, per effetti di interventi esterni o il verificarsi di altri fenomeni imprevisti e impensati, conoscere sviluppi totalmente differenti. Si ritiene perciò importante una riflessione a priori anche su questo aspetto ma da una prospettiva consapevolmente e dichiaratamente non deterministica.

Girard identifica il meccanismo del capro espiatorio quale dispositivo di risoluzione delle crisi sociali interne che si verificano in ogni comunità⁷, quindi come fenomeno ciclico nei passaggi inevitabili tra periodi di stabilità e cambiamento.

⁷ Il meccanismo del capro espiatorio si colloca nel pensiero dell'antropologo francese nella più ampia riflessione sul desiderio e la violenza, per cui si rimanda alle sue opere.

Il Medico di Medicina Generale si trova ai margini del sistema, è una figura liminale (Tomelleri, 2023): non è un escluso ma non è nemmeno in posizione di forza tale da aver garantite le tutele organizzative. È quindi una figura conosciuta e facilmente individuabile da tutti, sia interni che esterni al sistema, ed ha un ruolo ben definito nei maggiori processi, spesso non decisionale né importante, ma necessario (la prescrizione delle prestazioni e dei farmaci), caratteristiche tipiche della figura definita parafulmine (Catino, 2022) in una organizzazione. Sarebbe inoltre molto “spendibile” e alimentabile a livello mediatico: sarebbe molto facile far convergere su di lui anche le frustrazioni degli esterni al sistema (che in questo caso non sono solo alcune categorie di persone, ma tutti i cittadini).

Queste caratteristiche possono essere avvicinate a quelle che Girard (1972) identifica nel ruolo del *re sacro* quale probabile capro espiatorio. Pur non ricoprendo certo una posizione sovrana nel sistema, paragono al re sacro il MMG quale incarnazione dell'autorità data dal sapere medico che, come si è visto, è già in declino.

In particolare si può applicare la lettura attualizzata di Tomelleri (2023) che presenta tre elementi distintivi che esitano nella persecuzione del re sacro (il leader) quale capro espiatorio: essere un idolo infranto, prima adorato e considerato infallibile, poi screditato e bersaglio di risentimento. Attorno a questa figura si crea il vuoto sociale: viene guardata con atteggiamento sfavorevole e a volte apertamente criticata, ed infine viene abbandonata dai seguaci. Nella situazione di crisi il re sacro viene quindi sacrificato, ma questo sacrificio non è risolutivo, anzi, può condurre al collasso dell'intero sistema.

Pensando al MMG non si possono non rintracciare alcuni tratti della figura sopra descritta: sicuramente nell'evoluzione del ruolo si è passati da una condizione di venerazione e ammirazione ad un progressivo screditamento, seguito da un atteggiamento sfavorevole nei suoi confronti. La crisi è quella che può arrivare se il tanto necessario cambiamento invocato per il sistema sanitario pubblico non riuscirà a raggiungere i suoi scopi e a correggere il declino iniziato già da prima della pandemia.

Declinando il ruolo di capro espiatorio in chiave organizzativa, si attiva a puntualizzare quella che è la sua caratteristica specifica: Catino (2022) afferma che il capro espiatorio organizzativo assume su di sé colpe che sono anche di altri, e questo lo differenzia dalla figura archetipica (a cui vengono addossate delle colpe affinché vengano espiate) e da quella innocente (che paga per colpe commesse da altri), e diviene quindi uno “strumento

di razionalità organizzativa” (Catino, 2022 p.41). Questa caratteristica non scagiona dalle responsabilità del ruolo e della persona, ma sottolinea che esse sono una quota parte di un insieme più ampio di condizioni, non riducibili al singolo (o alla categoria professionale in questo caso) a fronte di fenomeni complessi.

Nella mia ricerca traspare in modo latente e discontinuo una distanza di fondo dal MMG: non ci sono elementi marcatamente “allarmanti”, ma, a fronte dei segnali evidenziati, ritengo che la figura si presti particolarmente a correre il rischio di diventare un capro espiatorio organizzativo designato se, soprattutto sul lungo periodo, la motivazione e l’entusiasmo generati dal rilancio delle cure territoriali non dovessero essere adeguatamente sostenuti e non fossero raggiunti risultati davvero concreti. Infatti motivazione ed entusiasmo potrebbero tradursi in frustrazione e fatica, che devono trovare una via di sfogo. L’avvento di una situazione di crisi importante potrebbe creare il vuoto sociale e la definitiva “caduta” del MMG, l’interfaccia più immediata con il servizio sanitario per la maggior parte dei cittadini, che sicuramente ha la sua quota di responsabilità ma che certamente non è il solo responsabile delle disfunzioni del sistema sociosanitario.

Nei confronti del MMG c’è da una parte solidarietà e comprensione per il carico di lavoro, dall’altra c’è spesso un’attribuzione di cattiva volontà nel voler restare ai margini delle Case della Comunità, di poca collaborazione, del non riconoscimento del valore del lavoro multidisciplinare. Questo aspetto a mio parere rappresenta appunto un fattore di rischio per una potenziale focalizzazione delle frustrazioni e difficoltà che sicuramente questo cammino di riforma porta con sé, a maggior ragione se non verranno accompagnate da costanti azioni di *change management*.

La posizione del MMG nella CdC emerge come non sufficientemente definita sotto molti aspetti, cosa che rende difficile una chiara attribuzione e assunzione di compiti e responsabilità, creando un importante nodo problematico nella realizzazione di un lavoro integrato.

In questa situazione la struttura presenta delle barriere importanti e difficilmente aggirabili senza un’azione diretta e consapevole di modifica.

Relazioni tra sistemi: disallineamento e non comunicabilità

La terza ed ultima configurazione relazionale è quella tra sistemi, che è emersa nella ricerca ma che non si è approfondita, in quanto apriva una complessità tale per cui sarebbe stato necessario approcciare ulteriori campi disciplinari. Rispetto all'oggetto della mia indagine, infatti, che ha riguardato le relazioni tra persone all'interno di una struttura organizzativa, questa analisi si posiziona ad un livello meta: è vero che i professionisti in quanto utilizzatori sono coinvolti, ma restano nel retroscena quando si osserva la possibilità di dialogo tra sistemi.

Essendo però emerso come dato frequente e rilevante rispetto ai processi di integrazione, è importante che sia presentato e tenuto in considerazione, e sicuramente approfondito da future ricerche.

La relazione tra sistemi presenta due rilevanti nodi critici: il primo nodo che si è rintracciato è quello del disallineamento del sistema burocratico e informativo con i mandati normativi e le esigenze del sistema organizzativo rispetto all'integrazione. Molte pratiche che si sperimentano e costruiscono in modo integrato non trovano poi riscontro in una possibilità di strutturazione in modo formale e replicabile, oppure nella possibilità di modificare l'apparato burocratico correlato in modo più funzionale alla modalità operativa implementata. Manca la possibilità di una retroazione della pratica sulle strutture, per cui il sistema formale e informale continuano a viaggiare su binari diversi, laddove il secondo tenta di mantenere in vita iniziative che non trovano legittimazione istituzionale. Ciò si è visto ad esempio nella difficoltà di rendere permanenti alcuni progetti sperimentali perché non era più previsto un finanziamento, anche se lo scopo iniziale era proprio creare nuovi canali di lavoro. Oppure, quando viene evidenziato un aspetto normativo che crea duplicazione di funzioni, la soluzione viene trovata in modo operativo, ma è difficile modificare la struttura a monte, e quindi il nodo resta irrisolto.

Il secondo nodo si è creato come conseguenza di una modalità di lavoro settoriale e a silos e si trasla sul livello informativo: ogni struttura organizzativa ha creato infatti il proprio sistema di raccolta e gestione di dati, informazioni e tracciamento dei processi, utile al proprio interno ma non dialogante con gli altri. Le conseguenze sono procedure ripetute di raccolta informazioni, ma ognuna in modo parziale, in quanto non è mai combinabile

con quelle degli altri. Ogni ramo del sistema non sa cosa fa l'altro, o se lo sa non ha modo di averlo visualizzato in una documentazione comune, in uno strumento completo e aggiornato che tracci il processo in atto e le azioni attivate dai diversi interlocutori coinvolti.

Il carico burocratico richiesto dall'utilizzo dei sistemi informativi è molto impattante in termini di tempo sulle prestazioni dei professionisti, ma il tempo dedicato non è proporzionalmente corrisposto da adeguata qualità e utilità del flusso informativo né da uno snellimento dei processi.

In alcuni casi si verifica inoltre quella che la letteratura organizzativa definisce *inversione mezzi-fini*, tipica dei modelli burocratici, ovvero accade che ciò che dovrebbe essere uno strumento facilitatore per raggiungere uno scopo, diventa talmente impegnativo che diventa esso stesso lo scopo da raggiungere.

Si può logicamente dedurre quindi che tali sistemi informativi sicuramente non sono rispondenti ad un proposito integrativo e di ottica di presa in carico globale, e necessitano anch'essi di una riprogettazione radicale.

In Lombardia è in realizzazione una nuova piattaforma regionale (SGDT) che ha l'obiettivo finale di essere proprio quello strumento comune che manca, che ad oggi sta incontrando notevoli difficoltà di implementazione. Tali difficoltà fanno parte di un percorso legittimo di realizzazione di uno strumento così complesso, ma proprio per questo, e per il tempo che sicuramente richiederà, è essenziale accompagnarlo con prospettive e azioni di *change management*, ovvero coinvolgere le persone nel processo. Il contributo degli utilizzatori non è solo essenziale per raccogliere i bisogni, ma è tanto più importante per sistemare i nodi critici e trovare gli anelli di congiunzione che permettono di sviluppare funzionalità utili per i diversi attori, creando interfacce condivise. Così come si creano infatti percorsi e processi integrati, trovando modalità di azione e comunicazione che uniscano i diversi linguaggi, così la traduzione dei processi in dati e informazioni deve rispecchiare l'intellegibilità e fruibilità condivisa.

La prossimità interna: la costruzione della vicinanza

Al termine della riflessione sulle dimensioni relazionali risultante dall'analisi dei dati della ricerca, penso di poter circoscrivere un elemento emergente nelle pratiche di integrazione rintracciate nelle Case della Comunità che si qualifica come abilitante per l'integrazione professionale. Definirei questo elemento *prossimità interna*, riprendendo di proposito uno dei termini fondamentali nella riforma delle cure territoriali, quello appunto di prossimità, per definire anche l'aspetto interno al sistema, che a mio parere è imprescindibile per la realizzazione della proiezione esterna. Il sistema di cure deve *in primis* essere vicino ai suoi stessi componenti che lo devono applicare e portare prossimo ai destinatari e agli interlocutori. La struttura organizzativa deve essere riconosciuta come vicina da chi la deve abitare e rendere viva e operativa, altrimenti non può funzionare. E allo stesso modo gli attori devono essere prossimi l'un l'altro per poter agire in modo davvero integrato.

Come evidenziato nel cap. 2, la prossimità è un concetto chiave nei cambiamenti in atto, che identifica sia una vicinanza logistica dei luoghi e dei professionisti della salute ai cittadini, sia l'orientamento culturale e organizzativo, che va incontro ai bisogni con un approccio di prevenzione e accompagnamento al di fuori delle strutture. Si è molto parlato di questo aspetto, ma sempre con uno sguardo rivolto all'esterno, quale mandato da realizzarsi in modalità integrata tra sociale e sanitario e interprofessionale. Sottolineo ancora una volta, come anche richiamato dalla letteratura, quanto la normativa passata e presente considerino l'integrazione come elemento causale, che si concretizza perché prescritta. Si è invece sostenuto che sia piuttosto un processo complesso, che inoltre richiede un cambiamento che, secondo l'approccio di *change management*, deve essere concomitante e coerente a quello del disegno e della strategia organizzativa. Quindi la nascita e messa a sistema delle CdC deve evolversi-con e abilitare l'integrazione per realizzare i propri obiettivi, nel corso di azioni a breve e a lungo termine.

Quanto emerso dalla mia ricerca mostra quanto il processo di integrazione sia ancora in costruzione, come evidenziato anche dalla letteratura sociologica specifica, quindi non si possa considerare un risultato raggiunto e sedimentato, né nella cultura relazionale né nelle caratteristiche organizzative dei servizi sociosanitari. È emerso anche che la Casa

della Comunità sta portando degli elementi di innovazione concreti che hanno creato un movimento relazionale, che, nelle sue manifestazioni virtuose, chiamo appunto *prossimità interna*, in quanto abilita un avvicinamento tra professionisti e tra professionisti e sistema. Viceversa, laddove si ravvisano delle criticità, si può osservare che la prossimità interna sia ostacolata o non favorita.

Il conoscersi e riconoscersi, l'avere occasioni di contatto e confronto costanti sia strutturate che informali, condividere momenti di formazione e obiettivi, sono tutti elementi che la Casa della Comunità ha implementato e che sono stati riconosciuti come favorenti per il processo di cambiamento culturale rispetto all'integrazione tra persone, veicolata dalle caratteristiche organizzative. I ruoli e le strutture di collegamento introdotti dalla CdC fanno percepire agli operatori il sistema come alleato, e quindi prossimo, e a sua volta favorente per la prossimità tra persone. Quando invece i diversi dispositivi sono non comunicanti o dove i ruoli vengono esclusi, il sistema blocca la possibilità di migliorare l'integrazione.

La ricerca restituisce dunque risultati di una nascente prossimità interna che riguarda alcune specifiche dimensioni. In primis la dimensione spazio-temporale, in quanto la condivisione di molteplici spazi e tempi, sia nel corso del ritmo quotidiano del lavoro, quindi più informali, che di momenti più formali ma ripetuti e densi di significato, attiva l'integrazione, rendendo visibile l'altro e il suo lavoro.

C'è poi una dimensione comunicativa: la CdC ha in primo luogo creato compresenza, che da sola è una prima comunicazione. Il mandato operativo ha poi generato bisogni e desideri comunicativi che stanno creando nuove pratiche, nuovi linguaggi e la condivisione di saperi e competenze.

Rispetto alla sfera cognitiva e valoriale si osserva che il mandato della CdC costituisce un orizzonte condiviso tra i diversi attori, che distolgono lo sguardo dalla propria prestazione per farlo convergere sulla globalità dell'idea di salute e presa in carico della persona, all'interno di una cornice riconoscibile e delineata che include altri professionisti e altri interventi.

La dimensione strategico-organizzativa è quella che identifica la concretizzazione del disegno organizzativo e del mandato della CdC nell'introduzione di figure e strutture di collegamento, che costruiscono connessioni tra persone e tra persone e sistemi. Questi sono elementi essenziali per evitare le chiusure nei microcosmi operativi e professionali:

la dimensione di gruppo è protettiva, soprattutto in un ambiente complesso e impegnativo quale quello del sistema sociosanitario, ma non deve trasformarsi in chiusura e barriera verso il contesto e gli altri gruppi.

Di centrale rilevanza è infine la dimensione simbolica che la CdC porta con sé: l'essere chiamati ad operare "sotto lo stesso tetto" ha una portata simbolica molto potente nell'attivare il senso di appartenenza ad un progetto comune.

Laddove la prossimità interna non si sta realizzando, si è ravvisato che l'integrazione incontra dei blocchi importanti, che si traducono nello sviluppo di pratiche parallele o nell'esclusione di alcuni attori.

Come evidenziato dall'analisi dei dati, la mancanza di prossimità interna si rintraccia tra alcune categorie di professionisti e con alcuni interlocutori esterni, e si evidenzia particolarmente nel rapporto tra sistemi informativi, che però si differenzia in modo sostanziale dalle altre forme di vicinanza qui discusse. Essa infatti non si realizza attraverso relazioni sociali o processi di coordinamento organizzativo, bensì tramite infrastrutture tecniche e standard di interoperabilità che consentono la condivisione e l'integrazione dei dati. Rappresenta quindi una condizione abilitante fondamentale ma di natura diversa, che richiederebbe un'analisi specifica orientata ai processi socio-tecnici, non approfonditi in questa ricerca.

È comunque importante segnalare questo *gap* perché ha notevole influenza anche sull'integrazione tra persone, in quanto i sistemi informativi sono essenziali strumenti comunicativi, che appunto ad oggi non agiscono in modo sincrono né tra di loro né con il cambiamento organizzativo in atto.

L'attivazione di prossimità interna si genera laddove c'è allineamento tra i fattori endogeni del sistema sociosanitario, allineamento veicolato dalla Casa della Comunità nelle sue funzioni di organizzazione per i suoi attori. Le sue caratteristiche hanno reso necessaria e possibile la creazione di pratiche di avvicinamento, conoscenza e apertura che stanno a loro volta abilitando la costruzione di pratiche d'azione integrata. Questo potrà consentire la progressiva realizzazione anche della prossimità del sistema sanitario (inteso come *ecosistema*, comprensivo di strutture, persone e azioni) ai cittadini e ai territori.

Si può infine definire la Casa della Comunità come un dispositivo che consente la riduzione delle distanze, in quanto favorisce pratiche osmotiche e contaminanti,

assottigliando le pareti dei silos operativi in cui il sistema sociosanitario si era cristallizzato.

In tale lettura si può anche aggiungere che la prossimità interna può essere collegata al concetto più ampio di capitale sociale, che, nella visione della coesione sociale, indica il livello di fiducia, reciprocità e senso di appartenenza che caratterizza una collettività (Maturò, 2025). In questa ottica, un modello organizzativo che promuove prossimità professionale, interazione regolare e condivisione di obiettivi può potenzialmente contribuire alla costruzione di fiducia sistemica tra attori del sistema sanitario, che si trasmette poi alle relazioni tra istituzioni e cittadini.

La prossimità interna come categoria analitica?

Si sono esplicitate le dimensioni in cui l'elemento individuato come prossimità interna si concretizza (spazio-temporale, comunicativa, cognitivo-valoriale, organizzativa, simbolica) e le relative caratteristiche. Tale struttura consente di poter ipotizzare di elevare il concetto di prossimità interna a categoria interpretativa, per poi sperimentarne la rintracciabilità anche in altri contesti di organizzazione pubblica.

La prossimità interna si può pensare infatti come categoria utile per indagare la qualità del vincolo esistente tra la struttura organizzativa e le relazioni tra persone, e tra persone e sistema stesso, all'interno di una organizzazione. Tale categoria consente di valutare il grado di coerenza e sintonizzazione tra questi elementi, soprattutto in una fase di cambiamento, in modo da attuare interventi in grado di armonizzarli maggiormente o confermare le linee d'azione intraprese.

La specificità di questa categoria consiste nel volersi collocare nell'intersezione tra persone e sistema, considerando tale intersezione come spazio di relazione, terreno dinamico e di influenze reciproche, che diventano oggetto di indagine. Inoltre, a differenza delle categorie organizzative classiche, comprese quelle di *change management*, che nascono dalla ricerca aziendale e vengono poi traslate nelle organizzazioni pubbliche, la prossimità interna nasce dalla ricerca nel settore pubblico per il settore pubblico, dove spesso la relazione tra operatori e sistema è vissuta in modo passivo. Ciò si verifica a causa della complessità e dell'estensione dell'apparato

organizzativo, in cui, anche non volendo applicare una lettura gerarchica piramidale, il livello locale è innegabilmente molto lontano da quello anche solo intermedio. La prossimità interna aiuta l'organizzazione nelle sue componenti fondanti ad avvicinarsi e a rendersi più presente al livello operativo, generando coerenza interna e, come si è detto, senso di appartenenza.

Le organizzazioni pubbliche, per quanto presentino modelli assimilabili alle organizzazioni aziendali, hanno negli scopi una fondamentale differenza che si discosta dalla generazione di profitto, dando più attenzione alla generazione di valore rivolto al cittadino, alla persona. Se si considera la prossimità come applicazione del valore universale del diritto alla salute a fondamento del SSN, la si deve necessariamente pensare incarnata dalle persone che lavorano in questo sistema. In una organizzazione sociosanitaria che si vuole "prossima", il valore deve quindi generarsi all'interno per proiettarsi nelle azioni esterne, altrimenti il concetto resta limitato alla sola dimensione spazio-temporale. Solo vivendo e sentendo il sistema e le sue componenti prossime a se stesso ogni operatore potrà essere la rappresentazione esterna di questo valore.

La prossimità interna si potrebbe considerare inoltre come fattore determinante sia per valutare il benessere organizzativo che la qualità degli interventi. La ricerca ha dimostrato che essa si accompagna ad un riconoscimento reciproco, ad una condivisione di valori e a progettualità condivise che sostengono la motivazione. Tutto ciò a sua volta si traduce in prestazioni migliori, un'offerta più ampia e ricca per il cittadino e a percorsi sempre più dedicati ai bisogni. È evidente che tali risultati sono desiderabili per tutte le organizzazioni, soprattutto se pubbliche.

In una fase in cui il sistema sanitario appare poco attrattivo sia per futuri operatori (come emerge dalla carenza di personale e dai dati disponibili rispetto alle iscrizioni ai corsi di laurea dedicati) che per il cittadino (basti vedere i fatti di cronaca rispetto alle aggressioni al personale sanitario o il poco prestigio attribuito alle professioni sociali), non si devono solo trovare nuove leve di attrattività, ma anche nuovi strumenti di tutela e valorizzazione dei professionisti presenti e della loro motivazione. La prossimità interna, così come la si è delineata, può essere uno di questi. Le stesse considerazioni si possono applicare ad esempio al sistema educativo e sociale, che accusano anch'essi i medesimi problemi di reperimento delle figure professionali.

Promuovere ciò che crea prossimità all'interno dell'organizzazione pubblica può contribuire a ridare significato al fondamento istituzionale- l'interesse collettivo, ovvero il cuore della missione pubblica- rafforzandone la centralità collettiva.

Si ritiene quindi la prossimità interna una promettente categoria interpretativa, sicuramente da verificare e affinare applicandola in successive ricerche, ma fin da ora utile a dare un nome a ciò che si sta generando nelle Case della Comunità.

Conclusioni

Questa ricerca ha esplorato se e come l'integrazione interprofessionale stia aumentando nelle Case della Comunità, attraverso un approccio qualitativo *grounded* ed una lettura multidisciplinare del rapporto tra aspetti organizzativi e sociali.

I risultati sono stati discussi secondo tre dimensioni relazionali ed è stato individuato il concetto di prossimità interna come elemento abilitante emergente nelle pratiche di integrazione nelle Case della Comunità. Grazie a questo concetto è stato reso evidente quanto la struttura organizzativa incida in modo rilevante nel plasmare i sistemi sociali interni e, quindi, quanto un cambiamento dell'una condizioni un certo tipo di cambiamento negli altri. Si sono potuti osservare e riportare esempi concreti sia di pratiche integrative innescate dalla Casa della Comunità che di ostacoli di sistema alle possibilità di collaborazione.

La ricerca, mediante l'analisi del concetto di prossimità e la proposta della categoria di prossimità interna, può costituire un contributo teorico apprezzabile per la sociologia della salute e della medicina. Inoltre, collocandosi in un momento storico decisivo per il futuro del sistema sanitario in generale e per le cure territoriali in particolare, ci si auspica possa essere un contributo utile ad una pratica riflessiva dei professionisti sociali e sanitari che operano nel contesto della Casa della Comunità, per la costruzione di quel cambiamento culturale tanto auspicato. Sarà infatti parte fondamentale del lavoro la restituzione finale dei risultati alla Comunità di Pratica dei Direttori di Distretto.

In un sistema così complesso l'applicazione dei principi di *change management* e l'attenzione rivolta ai professionisti diventano essenziali per sostenere un cambiamento che si vuole radicale, impegnativo, trasversale e che richiederà necessariamente una tenuta importante in termini temporali.

Ritengo che il valore di questo lavoro si collochi nella possibilità di restituire non solo una riflessione teorica sui processi relazionali, ma soprattutto rimandi concreti sulle pratiche, che facciano da rinforzo per l'incremento di quelle virtuose e da stimolo per la progettualità futura. Si sono infatti rintracciate azioni efficaci, aventi come epicentro la Casa della Comunità, che è utile diffondere e condividere per implementare l'integrazione e mantenere aperta la riflessione.

Tali elementi possono svilupparsi attraverso l'intreccio di tre principi trasversali: la costruzione di relazioni di prossimità, la creazione di contesti organizzativi abilitanti e la promozione di apprendimento e riflessività continua. L'integrazione si realizza innanzitutto attraverso relazioni dirette e riconoscimento reciproco. Le azioni proattive – come il coinvolgimento dei professionisti non collocati fisicamente nella CdC, l'avvio di momenti di conoscenza reciproca, incontri personali e contatti informali – si sono dimostrate leve efficaci per attivare processi di avvicinamento tra professionisti. In un contesto in cui la distanza professionale e organizzativa è spesso stata un ostacolo non affrontato, questi gesti relazionali rappresentano il primo passo dell'integrazione, capace di generare fiducia e apertura.

Accanto alla dimensione relazionale, la struttura organizzativa deve favorire connessioni e accessibilità. La condivisione di informazioni sui servizi, sui progetti in corso e sui referenti interni facilita lo scambio e permette ai professionisti di oltrepassare i propri confini funzionali. Anche gli aspetti logistici – come la gestione degli spazi e dei tempi – si rivelano determinanti: poter sincronizzare presenze e incontri, organizzare momenti comuni in orari accessibili, o predisporre luoghi informali di scambio contribuisce a rendere tangibile la prossimità organizzativa e far sì che struttura e relazioni si collochino in un quadro coerente. La comunicazione, intesa non solo come trasmissione di informazioni ma come processo bidirezionale e costante, è il collante di queste connessioni. Costruire un linguaggio comune e mantenere un flusso comunicativo regolare rafforza il senso di appartenenza e di direzione condivisa.

La formazione rappresenta uno strumento cruciale per sostenere l'integrazione e costruire il cambiamento culturale. È utile che essa agisca contemporaneamente su due piani: quello della costruzione di senso – attraverso momenti di confronto e di elaborazione collettiva, come focus group o percorsi esperienziali – e quello più operativo, incentrato sull'analisi condivisa dei problemi e sulla sperimentazione di soluzioni concrete. La valorizzazione delle competenze interne, tramite occasioni di formazione o di scambio di esperienze, contribuisce a consolidare la fiducia e a rafforzare la coesione dei gruppi multiprofessionali, nonché aumentare la conoscenza reciproca. Allo stesso tempo, mantenere uno sguardo aperto verso altre realtà territoriali e creare alleanze con contesti esterni amplia le possibilità di apprendimento e di innovazione.

Queste azioni confermano ancora una volta come l'integrazione non possa essere imposta per via normativa o strutturale, ma debba essere costruita quotidianamente attraverso un lavoro sincrono di pratiche, relazioni e strutture in un sistema abilitante. È in questa interazione tra relazioni, organizzazione e apprendimento che prende forma il cambiamento culturale necessario alla transizione dal pensiero prestazionale sulla malattia al paradigma più ampio di salute.

Traslare quanto si è argomentato nella pratica quotidiana è sicuramente una delle sfide del sistema sanitario per i prossimi anni: non è un compito facile, ma è l'unica strada percorribile.

L'integrazione non è un traguardo da rincorrere, ma un processo che si deve rinnovare ogni giorno. Le evidenze di questa ricerca suggeriscono che poterla realizzare dipenderà dalla capacità delle organizzazioni di promuovere una tipologia di relazioni tendenti a generare prossimità interna.

È in questa trama di prossimità tra relazioni e sistema che la Casa della Comunità può e deve trovare la sua forza generativa e la sua possibilità di futuro.

Lista delle figure

Fig.1: Starting points for change management [Source: Based on Staehle (1999, p. 934) and Kostka and Mönch (2002, p. 16)] (Lauer, 2021) 64

Fig. 2: Immagini presentate nel corso di Disegni organizzativi, Master HR Università di Bergamo, Prof. Brivio, O.: da Bartezzaghi, E., Lectio magistralis, 11 febbraio 2020, Politecnico di Milano 65

Lista delle tabelle

Tab.1: Confronto tra CdC previste e CdS preesistenti	47
Tab. 2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità	50
Tab.3: Categorie e sottocategorie	94
Tab.4: Cluster	94
Tab.5: Soggetti e focus	97
Tab.6: Keywords riassuntive	99
Tab.7: Albero di codifica per le interviste ai Direttori di Distretto	105-106
Tab.8: Prima enucleazione dei temi emergenti dalle interviste	107-108
Tab.9: Aree tematiche definitive	108-109
Tab.10: Professionisti partecipanti ai focus group.....	158
Tab.11: Albero codici focus group	160
Tab.12: Temi di analisi	161-162

Bibliografia

- AA.VV. (2021). *Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia. Applicare il modello della Primary Health Care*. https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_09_libroazzurro_1v.pdf
- AA.VV. (2023). *Responsabilità e prossimità. Rete welfare responsabile. Una proposta per la società italiana. Quaderno n.3*. <https://www.welfareresponsabile.it/wp-content/uploads/2023/01/Quaderno-RWR-n.-3-Responsabilita-e-prossimita-Intero.pdf>
- AGENAS (2022). *Documento di indirizzo per il metaprogetto delle Case della Comunità*. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2127-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-della-casa-della-comunit%C3%A0>
- AGENAS (2024). *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub*. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee_di_indirizzo_CdC.pdf
- Alastra, V., Bronzini, M. e Ingrosso, M. (2022). Ripensare le relazioni di cura. In Alastra V., Bronzini M. e Ingrosso M. (a cura di). *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze, Salute e società*, pp. 7-11. <https://digital.casalini.it/9788835150596>
- Ardigò, A. (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli
- Arlotti, M. e Marzulli, M. (202). La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA. In Vicarelli G. e Giarelli G., (a cura di). *Libro bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, pp. 41-48. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/604>
- Armenakis, A. A. e Bedeian, A. G. (1999). Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. In *Journal of Management*, 25(3), 293-315. <https://doi-org.unibg.idm.oclc.org/10.1177/014920639902500303> (Original work published 1999)
- Ascoli, U. e Pavolini, E. (2012). Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme. In *Stato e Mercato*, 96 (3), 429–464. <http://www.jstor.org/stable/24651066>

- Balduzzi, R. (2022). Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni. In *Corti Supreme e salute*, 2022, 2, pp. 461-473. <https://www.cortisupremeesalute.it/article/gli-standard-e-il-modello-dellassistenza-sanitaria-territoriale-prime-considerazioni/>
- Beck, U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci editore (ed. or. 1986, *Risikogesellschaft. Auf dem weg in eine andere moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag)
- Bellentani, M.D., Bugliari Armenio, L. e Catania, S. (2011). Riferimenti normativi. Il Distretto nella programmazione sanitaria nazionale. In *La rete dei Distretti sanitari in Italia*, Supplemento al numero 27 di *Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, pp.83-101. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4818800.pdf>
- Berger, P. e Luckmann, T. (1997). *La realtà come costruzione sociale*, Bologna: il Mulino (ed. or. 1966, *The social construction of reality*. New York: Doubleday and Co.)
- Bertin, G. (2011). *Con-sensus method. Ricerca sociale e costruzione di senso*, Milano: FrancoAngeli
- Bichi, R. (2007). *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Roma: Carocci
- Bifulco, L. (2023). Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, In *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*, pp. 24-34, ebook of the interdisciplinary research program "Organization and well-being", tao digital library by Bruno Maggi <https://iris.unisalento.it/retrieve/e8199147-c6d5-46fc-b1c9-25604f02d583/%5B2023%5D%20Rulli%20e%20Salento%20in%20TAO%20Sanita%C%80.pdf>
- Bifulco, L. e Neri, S. (2022). The Italian National Health Service: Universalism, Marketization and the Fading of Territorialization. In *Forum for Social Economics*, 51(2), 192–206. <https://doi-org.unibg.idm.oclc.org/10.1080/07360932.2022.2036625>
- Bissolo, G. e Fazzi, L. (2015). *Costruire l'integrazione sociosanitaria: attori, strumenti, metodi*. Roma: Carocci Faber

- Black, G.B., van Os, S., Machen, S., *et al.* (2021). Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review. In *BMC Medical Research Methodology* 21, 274. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01466-9>
- Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., Longo, F., Meda, F., Oprea, N., Tozzi, V. e Zazzera, A. (2022). Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di change management. In *Rapporto OASI 2022. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* a cura di CERGAS - Bocconi, pp. 349-379. https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi/_oasi-report-2022?_gl=1*13r3sb1*_up*MQ..*_ga*MTY5NDkwMjU5OS4xNzYyNzY4NzI4*_ga_S H2F98CFTM*czE3NjI3Njg3MjYkbzEkZzEkdDE3NjI3Njg3NDgkajM4JGwwJGgw
- Bourdieu, P. (2003). *Il senso pratico*. Roma: Armando editore. (ed. or., 1980, *Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit)
- Brambilla, A. e Maciocco, G. (2023). *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità*. Roma, Carocci editore
- Braun, V. e Clarke, V. (2008), Using thematic analysis in psychology. In *Qualitative research in psychology*, 3:2, 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Buongiorno Sottoriva, C., Meda, F., Longo, F. e Bobini, M. (2021). Proposte per l'attuazione del PNRR in Sanità: aree d'intervento. *Welforum.it Osservatorio nazionale sulla politiche sociali*. <https://www.welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/proposte-per-lattuazione-del-pnrr-in-sanita-aree-dintervento/>
- Buoso, S. (2024). La Casa della Comunità: un modello (per ora incompiuto) di professionalità collaborativa. In *Lavoro e diritto*, Fascicolo 3. DOI: 10.1441/114416
- Burnes, B. (2019). The Origins of Lewin's Three Step Model of Change. In *Journal of Applied Behavioral Science*, 56 (1), pp. 32-59. <https://doi.org/10.1177/0021886319892685>
- Busilacchi, G. e Toth, F. (2021). Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso? In *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2, pp.81-97. https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2_web-TEMA_Gianluca-Busilacchi-e-Federico-Toth.pdf

- Camera dei Deputati. *I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*. Documentazione parlamentare. <https://temi.camera.it/leg19/dossier/OCD18-17976/i-presidi-assistenza-territoriale-nella-missione-6-salute-del-pnrr.html>
- Carta dei Principi per la Ricerca nelle Scienze Sociali e Umane e Codice di Condotta (2017). Consiglio Nazionale delle Ricerche. https://www.cnr.it/sites/default/files/public/media/doc_istituzionali/ethics/Carta-dei-principi-per-la-ricerca-nelle-scienze-sociali-e-umane-4-5-2017.pdf
- Catino, M. (2022). *Trovare il colpevole. La costruzione del capro espiatorio nelle organizzazioni*. Bologna: il Mulino
- Cavicchi, I., (2016), *La quarta riforma*. https://www.quotidianosanita.it/la_quarta_riforma_ebook/quarta_riforma_cavicchi_.pdf
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage
- Charmaz, K. (2020). “With Constructivist Grounded Theory You Can’t Hide”. Social justice Research and critical inquiry in the public sphere. In *Qualitative Inquiry*, Vol. 26(2) 165–176. <https://doi.org/10.1177/1077800419879081>
- Charns, M., Lerner, B., Yakovchenko, V., Urech, T. H., Shin, M.H., Kim, B., Engle, R. L. e Vashi, A.A. (2022). Achieving transformation to lean management systems in health care. In *Health Services Research* 58, pp.343–355. DOI: 10.1111/1475-6773.14072
- Cinelli, G., Dalponte, F., Ferrara, L., Tozzi, V.D. e Zazzera, A. (2024). Gestire il cambiamento al tempo del PNRR e del d.m. 77: il caso delle COT. In *CERGAS - Bocconi Rapporto OASI 2024*, <https://hdl.handle.net/11565/4069478>
- Cirella, S. (2015). *Teoria e pratica del comportamento organizzativo*. Roma: Carocci editore
- Clemente, C., Favretto, A.R., Genova, A. e Servetti, D. (2021). Le cure primarie prima e dopo l'emergenza Covid-19. Dalle “Case della Salute” alle “Case della Comunità”: una riforma possibile? In *Salute e Società*, XX, suppl. 2/2021, pp. 152-169. DOI: 10.3280/SES2021-002-S1010

- Clemente, C., Favretto, A.R., Genova, A., Marzulli, M. e Servetti, D. (2021). Il territorio e la salute di comunità. In Vicarelli G. e Giarelli G. (a cura di) *Libro bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, pp. 93-98.
<https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/604>
- Commissione Europea, *Piano per la ripresa dell'Europa*.
https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it
- Colombini, L. (2021). L'evoluzione normativa del distretto fra la sanità ed il sociale con riferimento al servizio sociale professionale. *Mappeser.com*.
<https://mappeser.com/2021/03/19/l-evoluzione-normativa-del-distretto-fra-la-sanita-ed-il-sociale-con-riferimento-al-servizio-sociale-professionale-di-luigi-colombini-19-marzo-2021/>
- Crozier, M. (1978). Il fenomeno burocratico. Il significato della burocrazia nelle organizzazioni moderne, Milano: ETAS. (ed. or. 1963. *Le phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Paris: Éditions du Seuil)
- Crozier, M. e Friedberg, E. (1978). *Attore sociale e sistema. Sociologia dell'azione organizzata*. Milano: Etaslibri. (ed. or. 1977, *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil)
- Czarniawska, B. (2000). *Narrare l'organizzazione. La costruzione dell'identità istituzionale*. Torino: Edizioni di comunità (ed. or. 1997, *Narrating the organization. Dramas of institutional identity*. Chicago: The University of Chicago press)
- Da Col, P. e Trimarchi, A. (2022). Il distretto sanitario nel DM 77/2022. In Pesaresi, F., *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni*. Welfare ebook n.7/2022 pp. 7-31. https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/11/2022_5_DaColTrimarchi_rev-1.pdf
- Dalponete, F., Ferrara, L. e Tozzi V.D. (2022). La trasformazione del Distretto Socio Sanitario. In *Rapporto OASI 2022, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* a cura di CERGAS - Bocconi, pp.521-547.
https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-

2022?_gl=1*13r3sb1*_up*MQ..*_ga*MTY5NDkwMjU5OS4xNzYyNzY4NzI4*_ga_S
H2F98CFTM*czE3NjI3Njg3MjYkbzEkZzEkdDE3NjI3Njg3NDgkajM4JGwwJGgw

David, P.A. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. In *The American Economic Review*, 75(2), pp.332–337. <http://www.jstor.org/stable/1805621>

Delli Zotti, G. (2021). *Metodi e tecniche della ricerca sociale. Vol.1. La rilevazione dei dati*. Biblioteca della società aperta, <https://www.openstarts.units.it/server/api/core/bitstreams/75b653bc-3c78-40d6-81db-73d86b6c5191/content>

Del Vecchio, M. (2014). Assetti istituzionali, confini aziendali e problemi di gestione nel Servizio Sanitario Nazionale. In *Politiche Sociali*, Fascicolo 3, pp. 437-452. DOI: 10.7389/78436

Donati, P. (2001). La razionalizzazione dei servizi sociosanitari come costruzione di un welfare mix: fra quasi-mercati (soluzione lib/lab) e via societaria (soluzione statutaria). In *Sociologia e politiche sociali*, a. 4, n.2, pp. 109-137. <https://digital.casalini.it/10.1400/68669>

Donati, P. (2023). La ri-umanizzazione delle cure nel sistema sociosanitario. In (a cura di) Donati, P., Di Lollo, M., Giordano, M. e Russo, P. *Riumanizzare le cure*. FrancoAngeli Open Access. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/1002/864/5625>

Engel, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In *Science*, v. 196, n. 4286, pp. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460

European Commission: Directorate-General for Budget, *The EU's 2021-2027 long-term budget and NextGenerationEU – Facts and figures*. Publications Office of the European Union, 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2761/808559>

Favretto, A.R. (2018). Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari, In *Corti supreme e salute*, fascicolo 2, pp.1-13. <https://www.cortisupremeesalute.it/article/dalle-diadi-alle-costellazioni-considerazioni-sulle-pratiche-multiprofessionali-nei-contesti-sociosanitari/>

- Fernandez, S. e Rainey, H.G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector, In *Public Administration Review*, pp.168-176.
<http://www.jstor.org/stable/3542671>
- Ferrara, R. (2007). *L'ordinamento della sanità*. Torino: Giappichelli.
- Fiscell, K. e McDaniel, S. H. (2018). The complexity, diversity, and science of primary care teams. In *American Psychologist*, 73(4), 451–467. <https://doi.org/10.1037/amp0000244>
- Folgheraiter, F. (2009). Integrazione sociosanitaria. In *Lavoro sociale*, Vol. 9, n. 3, pp. 435-448.
<https://hdl.handle.net/10807/3188>
- Fondazione GIMBE (2019). *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*.
www.rapportogimbe.it
- Fraser, N. e Honneth, A. (2020). *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche*. Milano: Meltemi editore (ed. or. 2003, *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. London: Verso)
- Galbraith, J. R. (1973). *Designing Complex Organizations*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Garattini, L., Badinella Martini, M. e Zanetti, M. (2022). The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. In *The European Journal of Health Economics*, vol.3-1 pp.1-5. DOI: 10.1007/s10198-021-01322-z
- Gaus, N. (2017). Selecting research approaches and research designs: a reflective essay. In *Qualitative Research Journal*. 17, pp. 99-112. DOI: 10.1108/QRJ-07-2016-0041.
- Genova, A., Clemente, C., Favretto, A. e Servetti, D. (2024). Sperimentazioni e percorsi verso le Case della Comunità. In Ingrosso, M. (a cura di). *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia: Cultura e salute, pp. 135-151
- Genova, A., Favretto, A.R., Clemente, C., Servetti, D. e Lombardini, S. (2021). Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA. In Vicarelli, G. e Giarelli, G. (a cura di) *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, pp.58-66.
<https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/604>

- Giarelli, G. (2017). 1978-2018: quarant'anni dopo. Il Ssn tra definanziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione. In *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 3, pp. 455-482. DOI: 10.1447/89537
- Giarelli, G. (2024). La salute di prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale. In Ingrosso, M. (a cura di), *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia, Cultura e salute. pp. 22-38
- Giarelli, G. (2025). La salute di prossimità: una proposta per la ricalibratura del SSN. In *Salute di Prossimità e Valutazione Responsabile*, Rete welfare responsabile, Quaderno n.5, pp. 30-36. <https://iris.unive.it/retrieve/237f5117-6440-4590-b204-7026b1aa7696/Quaderno%20RWR%20n.%205%20Def.pdf>
- Giarelli, G. e Neri, S. (2020). Politiche sanitarie e sistemi sanitari. In Cardano M., Giarelli G. e Vicarelli G. (a cura di) *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna: Il Mulino
- Girard, R. (1980). *La violenza e il sacro*. Milano: Adelphi (ed. or. 1972, *La violence et le sacré*. Paris: Grasset)
- Girard, R. (1987). *Il capro espiatorio*. Milano: Adelphi (ed. or. 1982, *Le bouc émissaire*. Paris: Grasset)
- Glaser, B. G. e Strauss, A. L. (2009). *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Roma: Armando editore (ed. or. 1967, *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Transaction Publishers)
- Goffman, E. (2010). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi. (ed. or. 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books)
- Governo Italiano (2021). Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Handy, C. (1999). *Understanding organizations*. UK: Penguin books
- Honneth, A. (2002). *La lotta per il riconoscimento. Proposte per un'etica del conflitto*. Milano: Il Saggiatore. (ed. or. 1992, *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp)

- Illich, I. (2005). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Cornaredo: red (ed. or. 1976, *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*. Londra: Marion Boyars Publishers Ltd)
- Ingrosso, M. (2022). Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità. In *Sistema Salute*, 66, 1, pp.11-32. DOI: 10.48291/SISA.66.1.2
- Ingrosso, M. (2024a) Disegno e linee portanti delle Case della Comunità: valutazioni e prospettive. In Ingrosso M. (a cura di), *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia: Cultura e salute
- Ingrosso, M. (a cura di) (2024b). *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia: Cultura e salute
- Ingrosso, M., Lonati, F. (2024). Esperienze preparatorie e percorsi di avvio delle Case della Comunità. In *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia: Cultura e salute, pp. 413-424
- Kaneklin, C., Piccardo, C. e Scaratti, G. (a cura di) (2010). *La ricerca-azione: cambiare per conoscere nei contesti organizzativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Korstjens, I. e Moser, A. (2017). Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. In *European journal of general practice*, vol.23, n. 1, pp. 274-279. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375090
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. In *Harvard Business Review*, 73(2), pp. 59-67. <https://hbr.org/1995/05/leading-change-why-transformation-efforts-fail-2>
- Kotter, J. P., Akhtar, V. e Gupta, G., (2022). *Change. Come trasformare imprese e organizzazioni in tempi instabili*. Milano: Franco Angeli (ed. or. 2021, *Change. How organizations achieve hard-to-imagine results*, New Jersey: Wiley & Sons)
- Kuipers, B.N., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J. e van der Voet, J. (2014). The management of change in public organizations: a literature review. In *Public Administration* vol. 92, n. 1, pp.1–20. DOI: 10.1111/padm.12040

- Lauer, T. (2021). *Change management. Fundamentals and success factors*. Berlino: Springer.
<https://link-springer-com.unibg.idm.oclc.org/book/10.1007/978-3-662-62187-5>
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. In *Journal of Social Issues* 2(4), pp. 34–46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Lewin, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality. Social Science; Social Equilibria and Social Change. In *Human Relations*, 1 (1), pp. 5-41. <https://doi.org/10.1177/001872674700100103>
- Lonati, F. (2022). Il nuovo Distretto Lombardo. In *Salute Internazionale*, <https://www.saluteinternazionale.info/2022/09/il-nuovo-distretto-lombardo/>
- Lusardi, R. (2015). Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professionisti. In *Salute e società*, 3, pp.185-208. DOI: 10.3280/SES2015-003015
- Lusardi, R. (2024). *Dietro le quinte. Lavoro invisibile e collaborazione professionale nelle pratiche di cura*. Milano: Franco Angeli
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/94567/9788835168652.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lusardi, R. e Manghi, S. (2013). I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In Vicarelli, G. (a cura di), *Cura e salute, prospettive sociologiche*, Roma: Carocci, pp. 145-174
- Lusardi, R. e Nicoli, M.A. (2017). Le culture professionali dell'integrazione sociosanitaria. In *Mettere la cura in pratica: professioni e scene della cura fuori dagli ospedali. Studi organizzativi e dell'innovazione*. Milano: Ledizioni, pp. 123-144.
<https://digital.casalini.it/4221709>
- Lusardi, R. e Tomelleri, S. (2016). Non è solo retorica. Le immagini della collaborazione in sanità. In *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, pp. 55-80. DOI: 10.1423/82902
- Maciocco, G. (2018). A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo. In *La Rivista delle Politiche Sociali* 2, pp. 123-138.
<https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2019/09/09Maciocco.pdf>

- Maciocco, G. (2020). Il Distretto. In *Salute internazionale*.
<https://www.saluteinternazionale.info/2020/07/il-distretto/>
- Mapelli, V. (2012). *Il sistema sanitario italiano*. Bologna: Il Mulino
- Mapelli, V., De Stefano, A., Compagnoni, V., Gambino, A. e Ceccarelli, A. (2007). *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*. Roma: Formez.
<https://hdl.handle.net/2434/257532>
- Martino, A. e Paladini G. (2022). Case della Comunità: competenze e sfide del futuro. In *Sistema Salute*, 66, 3, pp. 353-366. DOI: 10.48291/SISA.66.3.10
- Maturo, A. (2014). Health Care Delivery System: Italy. In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. London: John Wiley & Sons, Ltd, pp. 823-829.
- Maturo, A. (2025). *Il primo libro di sociologia della salute*. Torino: Einaudi Editore
- Meraviglia, C. (2005). *Metodologia delle scienze sociali: un'introduzione*. Roma: Carocci
- Metelski, F.K., Santos, J.L.G., Cechine-Peiter, C., Fabrizio, G.C., Schmitt, M.D., Heilemann, M. (2021). Constructivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research. *Rev Esc Enferm USP.*; 55:e03776. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776>
- Mintzberg, H. (1985). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino (ed. or. 1979, *The Structuring of organizations: a synthesis of the research*. Prentice-Hall)
- Neri, S. (2020). Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario Nazionale e la pandemia. In *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 2, pp. 239-255
DOI: 10.1447/98719
- Neri, S. (2023). Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell'assistenza territoriale: tra collasso e rilancio, In *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 1, pp. 3-17. DOI: 10.1447/107347
- Neri, S. e Mori, A. (2017). Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato? In *Autonomie locali e servizi sociali*. Fascicolo 2, pp. 201-220. DOI: 10.1447/88329

- Neri, S. e Vicarelli, G. (2023). Programmazione delle Case della Comunità e modelli sanitari regionali: Lombardia e Marche a confronto. In *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 1, pp. 41-60. DOI: 10.1447/107349
- Nilsen, P. e Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. In *BMC Health Service Research* 19, 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
- Nobili, A., Barbato, A. e Remuzzi, G. (2024). Le Case della Comunità in Lombardia: un'indagine. *Welforum.it*. <https://www.welforum.it/le-case-della-comunita-in-lombardia-unindagine/>
- Pesaresi, F. (2022). *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni*. Welfare ebook n.7/2022 pp. 7-31. <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2023/02/ebook-77def.pdf>
- Pettigrew, A.M., Woodman, R.W. e Cameron, K.S. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. In *Academy of Management Journal*, 44, 4, pp. 697–713. <https://unibg.idm.oclc.org/scholarly-journals/studying-organizational-change-development/docview/199783433/se-2>
- Pozzoli, F. (2022). Case della Comunità in Lombardia. A che punto siamo? *Lombardiasociale.it* lombardiasociale.it/2022/11/18/case-della-comunita-cdc-in-lombardia-a-che-punto-siamo
- Rapporto di ricerca (2017). *Percezione dei bisogni della società lombarda percorso di ascolto diretto dei cittadini*, Piano delle ricerche 2017. https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/6dac7863-49e1-4b46-8acf-b510d791d5ba/PercezioneBisogni_SocietaLombarda_rapporto_ricerca.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-6dac7863-49e1-4b46-8acf-b510d791d5ba-mmVJ5iY
- Rapporto di ricerca (2021). *Il consiglio in ascolto. Come stanno cambiando i bisogni dei cittadini in Lombardia?* Programma Triennale di Supporto Informativo agli organi consiliari 2019/2021. https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/f4a7bf6a-61ca-47b4-812a-8f80407072be/210419IST_ConsiglioInAscoltoBisogniCittadiniRF_ed2021_ver202202

07_edCR.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-f4a7bf6a-61ca-47b4-812a-8f80407072be-nXzfd4K

- Rete Welfare Responsabile (2023), *Responsabilità e prossimità*, Quaderno n. 3. <https://www.welfareresponsabile.it/responsabilita-e-prossimita-q3-2023/>
- Ritzer, G. (2014). *Teoria sociologica. Radici classiche e sfide contemporanee*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore
- Rodgers, M., South, E., Harden, M. et al. (2025). Contextual factors in systematic reviews: understanding public health interventions in low socioeconomic status and disadvantaged populations. In *Archives of Public Health* 83, 153. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01644-x>
- Romeo, A. (2016). Il modello dell'azienda per le amministrazioni pubbliche. In Cavallo Perin, R., Aristide Polic, A. e Saitta, F. (a cura di), *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*. Firenze press, pp. 407-419. <https://iris.unito.it/retrieve/b8cb9ee3-d0d7-4aed-98b3-00c7a3bf35a4/150-ANNI.pdf>
- Saitta, F. (2016). L'organizzazione della salute: uno sguardo al (recente) passato per costruire il futuro. In Cavallo Perin, R., Aristide Polic, A. e Saitta, F. (a cura di), *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*. Firenze press, pp. 421-444. <https://iris.unito.it/retrieve/b8cb9ee3-d0d7-4aed-98b3-00c7a3bf35a4/150-ANNI.pdf>
- Schein, E. (2017). *Cultura d'azienda e leadership*. Milano: RaffaelloCortina Editore (ed. or. 1985, *Organizational culture and leadership*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.)
- Schot, E., Tummers, L. e Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. In *Journal of Interprofessional Care*, 34:3, pp. 332-342. DOI:10.1080/13561820.2019.1636007
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Edizioni Dedalo (ed. or. 1983, *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books)

- Silverman, D. (2008). *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*. Roma: Carocci editore (ed. or., 2000, *Interpreting qualitative data*, 3rd ed. London: Sage)
- Tomelleri, S. (2022). Salute circolare: l'urgenza di un nuovo modo di pensare ed agire per la salute. In Alastra, V., Bronzini, M. e Ingrosso, M. (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze. Salute e società*, pp. 13-21. <https://digital.casalini.it/9788835150596>
- Tomelleri, S. (2023). *Il capro espiatorio. L'uso strategico della violenza*. Milano: Utet Università
- Tomelleri, S. e Artioli, G. (2013). *Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*. Milano: FrancoAngeli
- Tong, A., Sainsbury, e Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In *International Journal for Quality in Health Care*; v.19, n. 6, pp. 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
- Tousijn, W. (2012). Integrating health and social care: interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy. In *Current Sociology* 60(4), pp. 522–537 DOI: 10.1177/0011392112438335
- Ugolini, C. (2004). Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata? In *La Rivista delle Politiche sociali*, 4, pp.197-212. <https://hdl.handle.net/11585/4211>
- Vallerani, S. (2022). Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e Pnrr tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative. In *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 2, pp. 255-272. DOI: 10.1447/105084
- Vicarelli, G. e Pavolini, E. (2009). The role of private providers in the Italian public health care system. In *Mecosan*, n. 71, pp.15-29. <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Mecosan-71.pdf>
- Vicarelli, G. (2021). Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza. In Vicarelli, G. e Giarelli, G. (a cura di) *Libro bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, pp.23-30. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/604>

- Vicarelli, G. (2022). DM 77: quale sviluppo per l'assistenza territoriale? In *Politiche Sociali*, Fascicolo 3, pp. 563-568. DOI: 10.7389/105765
- Vicarelli, G. (2023). L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del Ssn. In *Politiche Sociali*, Fascicolo 3, pp. 405-424. DOI: 10.7389/109055
- World Health Organization (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: Author. <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
- Williams, T., Wiles, J., Smith, M. e Ward, K. (2022). Combining action research and grounded theory in health research: a structured narrative review. In *Qualitative research in Health*, vol.2, pp.1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100093>
- Zanella, R. (2022). *La sanità di prossimità. Case della salute, ospedali di comunità, farmacie multi-servizi nelle "città dei quindici minuti"*. Roma: Il Pensiero Scientifico

Riferimenti normativi

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni

<https://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20260115131705797&tit=&cat=&ddal=&dal=19/02/2026>

Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32. *La Costituzione*.
<https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>

Decreto legislativo 9 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517. *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1993-12-07;517!vig=>

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

<https://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm#:~:text=La%20legge%20regionale%20istituisce%20e,delle%20autonomie%20locali%2C%20ove%20istituito.>

Decreto Ministeriale 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.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>

Decreto Ministeriale 10 luglio 2007, *Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano*

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false)

[10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2007-10-10&atto.codiceRedazionale=07A08580&elenco30giorni=false)

Delibera della Giunta Regionale n. 6080 del 7 marzo 2022. *(dl) modifica delle tabelle di cui all'allegato alla dgr n. xi/5723 del 15.12.2021 "ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali". Regione Lombardia.*

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6080-legislatura-11>

Delibera della Giunta Regionale n. 6760 del 25 luglio 2022. *Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento 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. Regione Lombardia.*

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6760-legislatura-11>

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale.* <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833>

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3. *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.*

<https://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>

Legge 27 dicembre 2006, n. 296. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).* <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2006-12-27;296!vig=>