

Enti del Terzo Settore e Case di Comunità: percorsi di partecipazione

Francesco Capone, | 28 aprile 2026

Premessa

Le Case di Comunità (CdC) sono la struttura cardine della riforma dell'assistenza territoriale avviata e finanziata con il PNRR e disciplinata dal DM 77 del 2022. Il decreto le definisce come il luogo fisico di riferimento per i bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale della popolazione, punto di accesso integrato alle cure primarie e alle reti di prossimità. Ogni CdC serve una popolazione di riferimento di 40-50.000 abitanti ed è tenuta a ospitare, tra i servizi obbligatori, il Punto Unico di Accesso, l'équipe multidisciplinare, i medici di medicina generale, i servizi infermieristici e il raccordo con i servizi sociali. A tali componenti si affianca la partecipazione della comunità e del Terzo Settore.

Gli Enti del Terzo Settore assumono un ruolo riconosciuto all'interno del modello. Il D.Lgs. 117/2017 prevede esplicitamente strumenti di co-programmazione e co-progettazione tra pubbliche amministrazioni ed ETS, definendo un quadro normativo in cui questi ultimi non sono semplici erogatori di servizi ma interlocutori della pubblica amministrazione. Il DM 77/2022 si inserisce in questa cornice, prevedendo il coinvolgimento degli ETS nella costruzione delle reti territoriali di prossimità e nei processi di integrazione socio-sanitaria. I due riferimenti normativi, letti insieme, disegnano un modello in cui gli ETS possono assumere funzioni che vanno dal supporto all'erogazione degli interventi fino alla partecipazione attiva alla loro programmazione.

Con questo articolo ci proponiamo di rispondere a una domanda precisa: in che condizioni questa partecipazione produce effetti reali, e in che condizioni si riduce a un adempimento formale?

Prima di addentrarci nel merito delle risposte, è utile fare un breve cenno alla situazione reale, che le conclusioni approfondiscono. I dati mostrano che oggi la partecipazione effettiva rimane l'eccezione: il coinvolgimento degli ETS nelle Case di Comunità è ancora limitato e disomogeneo sul territorio nazionale, con esperienze strutturate concentrate in alcune regioni del Centro-Nord e iniziative sporadiche altrove.

I paragrafi che seguono analizzano le condizioni che rendono possibile la partecipazione effettiva e propongono strumenti per produrla: la consapevolezza del contesto reale in cui questi strumenti devono operare è il presupposto per non ridurli a enunciazioni di principio.

La Casa di Comunità come scommessa partecipativa

La CdC non è un contenitore di servizi sanitari e sociali, in cui il cittadino rimane essenzialmente un utente-paziente. La differenza rispetto al passato è radicale: la Casa di Comunità è chiamata a riconoscere il cittadino come attore, portatore di saperi, esperienze e risorse che nessuna competenza tecnica può sostituire. Il progetto *“Prima la Comunità”* — sviluppato da CER GAS-SDA Bocconi e dalla Scuola Superiore Sant’Anna — propone una formulazione particolarmente efficace: la CdC è il *«luogo dei luoghi»*, ovvero un sistema di connessioni capace di mettere in relazione risorse formali e informali e di integrare istituzioni, professionisti e comunità dentro un progetto condiviso di salute.

Gli ETS sono già da tempo presenti nei servizi sociosanitari, spesso come erogatori o interlocutori istituzionali. Ma la loro presenza nella CdC richiede qualcosa di diverso: contribuire a costruire un progetto di salute e prevenzione collettiva, intercettare bisogni sommersi, connettere reti di prossimità che le istituzioni faticano a raggiungere. La domanda non è se gli ETS debbano partecipare — la risposta normativa è già scritta — ma come quella partecipazione possa essere sostanziale. Come ha osservato Pellegrino, quando la partecipazione viene attivata senza reali spazi decisionali e senza restituzione si produce nuova sfiducia, più intensa di quella che si voleva superare. Che la sfida sia praticabile lo dimostrano le Agorà della Salute dei Cantieri della Salute toscani: la partecipazione nelle CdC può tradursi in raccomandazioni operative concrete, costruite dal basso.

Fattori abilitanti e rischi di malfunzionamento

La partecipazione non è una tecnica, né un evento. È un processo che acquista senso solo se tiene insieme fattori abilitanti, rischi di malfunzionamento e azioni per contrastarli (*Pellegrino 2011*). Tra i fattori abilitanti, quattro sono centrali:

— **Inclusività reale:** chi partecipa — e chi resta fuori — non è mai neutro. Occorre una mappatura accurata degli attori, con attenzione ai gruppi meno rappresentati e alla rimozione di barriere fisiche, sociali, linguistiche.

— **Grado di potere effettivo:** è necessario chiarire sin dall'inizio quali decisioni sono realmente influenzabili. Come ha posto Arnstein con la sua scala della partecipazione, la distanza tra i gradini più bassi — informazione, consultazione — e quelli più alti — partnership, controllo delegato — misura esattamente la differenza tra coinvolgimento reale e di facciata.

— **Esiti concreti e verificabili:** la partecipazione produce cambiamento solo se genera risultati percepibili da chi ha investito tempo ed energia.

— **Rendicontazione pubblica:** le istituzioni devono spiegare pubblicamente quali proposte hanno recepito, quali hanno rifiutato e per quali ragioni. Senza questa trasparenza la partecipazione alimenta cinismo.

I rischi speculari sono altrettanto precisi: partecipazione solo formale, processi attivati a decisioni già prese, tavoli senza effetti concreti. In tutti questi casi, come ha documentato Pellegrino, si produce un effetto paradossale: chi si era mostrato disponibile a partecipare esce dal processo più sfiduciato di prima. La Consultazione civica di Cittadinanzattiva (2019) ha rilevato che questo rischio è sistematico nel contesto italiano: le istituzioni sanitarie coinvolgono gli ETS nelle fasi di implementazione, escludendoli dalle fasi di agenda e decisione — un'asimmetria che svuota la partecipazione proprio dove sarebbe più preziosa. Ma soprattutto occorre uno spostamento fisico e simbolico verso le comunità — andare nei luoghi di vita, intercettare chi difficilmente si sente chiamato in causa, costruire ponti con le comunità migranti, con i giovani, con chi vive in zone decentrate. Per gli ETS le conseguenze sono concrete: quando un processo si rivela rituale, l'organizzazione non solo spreca risorse proprie, ma consuma il credito costruito con le persone fragili e i caregiver che aveva coinvolto.

Una metodologia per la partecipazione

Se la partecipazione di qualità richiede condizioni precise, è necessario anche un metodo. Quello che proponiamo è un ciclo articolato in cinque fasi coerenti e sequenziali:

- **Mappatura degli attori.** È il lavoro preliminare che rende possibile tutto il resto: identificare chi ha interessi, competenze o bisogni legati alla Casa di Comunità: associazioni di volontariato, gruppi informali, rappresentanti di categorie fragili, operatori sanitari e sociali, amministratori locali. Si tratta di costruire la rete di relazioni, conflitti e alleanze potenziali presenti nel territorio. Senza questa fase, il rischio è convocare sempre gli stessi interlocutori istituzionali, escludendo chi non ha voce nei tavoli formali.
- **Animazione territoriale.** Precede ogni incontro strutturato e ne prepara le condizioni. Come ha argomentato Sclavi, l'ascolto attivo è un orientamento: presuppone la disponibilità a mettere in discussione le proprie premesse e a lasciarsi sorprendere da ciò che emerge. Occorre andare nei luoghi di vita — parrocchie, mercati, centri anziani, spazi aggregativi — non aspettare i tavoli tecnici. È in questa fase che gli ETS esprimono il loro vantaggio comparativo: radicati nelle comunità, conoscono i punti di accesso informali e intercettano bisogni che le istituzioni sanitarie faticano a raggiungere.
- **Ricerca-azione.** È un approccio in cui la produzione di conoscenza e l'azione sul territorio procedono insieme: si coinvolgono fin dall'inizio gli attori locali — operatori, cittadini, associazioni — nella definizione delle domande, nella raccolta delle informazioni e nell'interpretazione dei risultati. Attraverso interviste, focus group e osservazione partecipante, si costruisce una mappa dei bisogni reali del territorio, facendo emergere ciò che le rilevazioni istituzionali faticano a cogliere: la solitudine degli anziani non intercettata dai servizi, le barriere di accesso per le comunità migranti, i carichi invisibili dei caregiver, i bisogni di salute mentale non espressi.
- **Progettazione partecipata.** È il momento in cui la conoscenza prodotta nella fase precedente si trasforma in proposte concrete: cittadini, operatori e rappresentanti delle organizzazioni locali lavorano insieme per definire obiettivi, priorità e soluzioni, assumendo un ruolo attivo nella costruzione delle decisioni e non solo nella loro valutazione. Metodologie come l'EASW (European Awareness Scenario Workshop) consentono di strutturare questo processo attraverso gruppi misti paritetici, separando il momento visionario da quello operativo: prima si definisce insieme come si vorrebbe il territorio tra dieci anni, poi si identificano le azioni prioritarie nel breve periodo. Sono possibili, però, molteplici percorsi: i Cantieri della Salute toscani ne offrono una declinazione alternativa con la Bussola dei Servizi — un formato di gioco in cui i partecipanti simulano percorsi di presa in carico territoriale — dimostrando che, partendo dalla condivisione delle informazioni sui servizi disponibili, è possibile generare progressivamente letture comuni dei bisogni e approdare a risposte condivise. La scelta del metodo è secondaria rispetto all'orientamento che lo anima: come ha argomentato Bobbio, i processi decisionali inclusivi producono decisioni più legittime e qualitativamente migliori, perché costruite con più punti di vista.
- **Tavolo permanente.** Il punto critico di tutti i processi partecipativi è la discontinuità: si investe nell'ascolto, si producono

idee, poi il silenzio. Un tavolo stabile — con mandato definito, composizione plurale e verbali pubblici — trasforma la partecipazione da evento occasionale a pratica ordinaria, garantendo che le proposte emerse nelle fasi precedenti trovino concreta attuazione. Il DM 77/2022 non disciplina nel dettaglio le modalità di raccordo tra CdC e comunità: un tavolo permanente rappresenterebbe uno strumento coerente con lo spirito della norma. Co-programmazione e co-progettazione sono i dispositivi normativi e operativi di cui il tavolo potrebbe dotarsi per trasformare le proprie proposte in impegni formalmente riconosciuti dall'amministrazione. Come ha osservato De Ambrogio, la coprogettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal Terzo Settore: una definizione che descrive esattamente ciò che un tavolo permanente può rendere possibile.

Le figure che rendono possibile la partecipazione

Un metodo, per quanto solido, ha bisogno di chi lo metta in pratica. Le metodologie descritte nel paragrafo precedente — dalla mappatura degli attori al tavolo permanente — presuppongono figure professionali dedicate, con competenze specifiche e un radicamento territoriale reale.

I documenti analizzati ne identificano tre, collocate su livelli diversi di prossimità e istituzionalizzazione:

— **Il Facilitatore di Comunità** (Cantieri della Salute toscani): figura di frontiera, espressa dagli ETS, che presidia la relazione quotidiana tra la CdC e il territorio, intercetta chi fatica ad avvicinarsi ai servizi.

— **L'Agente di Comunità** (Prima la Comunità): figura strategica con ancoraggio istituzionale esplicito, che legge il contesto, mappa le reti sociali e traduce i bisogni in contributi utili alla programmazione.

— **Il rappresentante delle reti sociali nel comitato di coordinamento** (Prima la Comunità): soluzione formale che prevede gli ETS come membri costitutivi dell'organo che programma e rendiconta — non osservatori, ma soggetti che co-decidono.

Queste tre proposte sono livelli complementari di una stessa architettura — il Facilitatore che incontra le persone nei luoghi di vita, l'Agente traduce quella conoscenza in programmazione, il Rappresentante che porta la voce della comunità nelle sedi in cui si decide. Senza figure come queste, la partecipazione degli ETS rischia di restare superficiale e frammentaria, incapace di incidere realmente sulla programmazione e sull'accesso ai servizi. Eppure gli ETS, per il loro radicamento territoriale e la loro prossimità alle fasce più fragili, sono tra i soggetti meglio posizionati per svolgere questo ruolo. Perché possano farlo in modo stabile ed efficace, ruoli come questi devono essere riconosciuti e stabilizzati come condizione di funzionamento della Casa di Comunità stessa.

Il costo della partecipazione: una domanda aperta

Tutto questo ha un costo. Animare territori, facilitare processi partecipativi, presidiare tavoli di co-programmazione, formare figure dedicate: sono attività che richiedono tempo, competenze e risorse. Né il DM 77/2022 né i modelli di governance fin qui proposti affrontano esplicitamente la questione: chi finanzia la partecipazione? Chi remunera il lavoro degli ETS quando non è erogazione di servizi ma costruzione di processi? È una domanda a cui il sistema deve dare risposte. Senza risorse dedicate, il rischio è che il protagonismo chiesto al Terzo Settore resti un mandato senza mezzi: un'altra forma, più sofisticata, di retorica del coinvolgimento.

Conclusioni

I dati disponibili permettono una risposta provvisoria alla domanda posta in apertura: la partecipazione effettiva è oggi rara. Nella maggior parte dei casi si tratta di presenze marginali — sportelli informativi, iniziative occasionali di sostegno — non di coinvolgimenti stabili e codificati nella programmazione. L'indagine dell'Istituto Mario Negri sulle Case di Comunità lombarde ha documentato un quadro eterogeneo, con molte strutture ridotte a semplice poliambulatorio e una modesta partecipazione dei Comuni, ben lontana dall'integrazione socio-sanitaria prevista dal DM 77/2022. Su 105 CdC analizzate nel dettaglio, la presenza di volontari risultava pari al 21% nelle strutture hub e al 7% nelle spoke: cifre che misurano la distanza tra il modello previsto dalla norma e la sua attuazione concreta. Una distanza confermata da VDossier, che nel 2025 descriveva le Case di Comunità come luoghi in cui il Terzo Settore e il volontariato non sono ancora valorizzati, pur essendone parte integrante nell'ideazione e nella progettazione. Il Corriere della Sera, nel febbraio 2026, riportava un allarme dal Terzo Settore: risorse PNRR spese prevalentemente per adeguare gli immobili a fronte di un coinvolgimento delle organizzazioni ancora insufficiente. Le esperienze che si avvicinano al modello descritto nei paragrafi precedenti esistono, ma sono concentrate in Toscana ed Emilia-Romagna, dove CSV e ASL hanno avviato percorsi formali, e restano, secondo la definizione usata dagli

stessi protagonisti, "a macchia di leopardo". Alcuni percorsi avviati nelle fasi iniziali del PNRR non hanno consolidato i risultati e rischiano di restare sperimentazioni isolate; in altre realtà, come la USL Toscana Nord Ovest che nel febbraio 2026 ha pubblicato una manifestazione di interesse per il coinvolgimento del volontariato nelle CdC livornesi, si aprono processi nuovi. L'avvio è quindi disomogeneo, con attenzione crescente ma senza che si sia ancora definita una prassi consolidata. I paragrafi precedenti hanno delineato un percorso. La domanda, a questo punto, è cosa occorra perché questo percorso diventi pratica diffusa e non resti appannaggio di contesti virtuosi.

La domanda, in conclusione, è: cosa occorre per superare questa situazione? Gli strumenti, i metodi e le proposte per una partecipazione effettiva degli ETS nelle Case di Comunità esistono e sono consolidati: un ciclo metodologico collaudato, figure professionali identificate, modelli di governance delineati, esperienze territoriali da cui imparare. Tuttavia, è necessaria una cultura istituzionale che consideri la partecipazione una risorsa e non un adempimento. Questo significa aprire i processi decisionali al contributo di chi conosce il territorio dall'interno e intercetta bisogni che i servizi faticano a raggiungere. Finché questa cultura non si traduce in risorse dedicate, ruoli riconosciuti e processi trasparenti nei loro esiti, il passaggio dal coinvolgimento formale alla partecipazione effettiva potrà compiersi solo in parte.

Bibliografia

- Arnstein S.R. (1969), "A Ladder of Citizen Participation", *Journal of the American Planning Association*, 35(4).
- Bobbio L. (2004), *A più voci*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma.
- Cittadinanzattiva (2019), *Consultazione civica sulle politiche di partecipazione in sanità*, Roma.
- De Ambrogio U. (2018), "[Coprogettazione: a che punto siamo?](#)", *Welforum.it*, 22 novembre 2018.
- Federsanità ANCI Toscana / Sociolab (2022), *Case di Comunità: luoghi di partecipazione e co-produzione di servizi*, Regione Toscana.
- Pellegrino V. (2011), *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Prima la Comunità / CERGAS-SDA Bocconi / Sant'Anna di Pisa (2022), *Casa della Comunità. Progetto completo*.
- Sclavi M. (2005), "Ascolto Attivo e seconda modernità", *Rivista di Psicologia Analitica*, n. 19.
- USL Toscana Nord Ovest (2026), [Zona Livornese, pubblicata la manifestazione di interesse per il coinvolgimento del terzo settore nelle Case di Comunità](#).
- Cevot (s.d.), [Case della Comunità: stato dell'arte e ruolo centrale del terzo settore](#).
- Sensi G., (2026), "[Allarme dal Terzo settore: Case di Comunità? Sono a rischio flop.](#)", *Corriere della Sera*
- Nobili A., Barbato A., Remuzzi G., (2024), "[Le Case della Comunità in Lombardia: un'indagine.](#)", *Welforum.it*
- VDossier (2025), [Case in cerca di comunità](#).
- Forum Terzo Settore (2022), [Case della Comunità: analisi e proposte](#) (aggiornato al 12 settembre 2022).
- Istituto Mario Negri (2024), [Case della Comunità in Lombardia: a che punto siamo](#).