Case della comunità ed integrazione sociosanitaria, ma come?

Maurizio Motta, | 23 luglio 2026

Il 23/6/2026 si è svolto un webinar promosso da Welforum.it sull'attuazione delle Case della Comunità in Italia, molto partecipato e con molti interventi interessanti[note]La registrazione del webinar è disponibile sul canale YouTube *Welforum Comunica*[/note]. Uno dei temi analizzati è stata l'integrazione sociosanitaria entro le Case della Comunità, ma è emerso che esistono diversi modelli per concepirla, soprattutto se la si esamina come meccanismo che produce offerte concrete per i cittadini che accedono. Modelli che derivano da diverse strategie, conducono a differenti risultati, ed implicano azioni diverse sia sul piano istituzionale (intese tra Ambiti Sociali e Aziende Sanitarie) che su quello organizzativo (quali operatori collocare dove, e per fare che cosa).

Analizziamo le diverse opzioni:

1) Una **prima strategia** prevede che entro le Case della Comunità debbano operare assistenti sociali incardinati nel Servizio Sanitario Nazionale, individuati come gli operatori che gestiscono la componente "sociale" dell'integrazione. Questo scenario produce una forma di integrazione da molto tempo già presente entro altri servizi del Sistema Sanitario, come i SERD ed i servizi di salute mentale, che sono luoghi di front office al cui interno il cittadino che accede trova assistenti sociali accanto ad altri profili professionali (infermieri, medici, educatori). Questa è la configurazione che prevedono per le Case della Comunità "Hub" le linee guida AGENAS sul tema.

Che cosa produce questo assetto per il cittadino?

a) **Vantaggi**: la compresenza di assistenti sociali ed operatori sanitari può facilitare sia analisi che azioni pluriprofessionali, offrendo al cittadino relazioni con diverse competenze entro un unico servizio.

b) **Svantaggi / rischi:** osserviamo cosa accade nei servizi sanitari che includono tra i loro operatori del SSN sia profili sanitari (medici, infermieri, psicologi) che sociali (assistenti sociali, educatori), come i SerD, i Servizi per la salute mentale e (in alcuni casi) i consultori familiari. Fermo restando il vantaggio sopra citato, poter offrire all'utente concrete prestazioni socio assistenziali non dipende in alcun modo solo dalla presenza di assistenti sociali all'interno del servizio, perché è decisivo verificare quali interventi essi possono offrire. Ad esempio una assistente sociale dei SerD e del Servizio per la Salute Mentale non può attivare sui suoi utenti interventi sociali che sono di competenza degli Ambiti o Comuni (come un sostegno al reddito, assistenza domiciliare, contributi per evitare sfratti, percorsi di inserimento lavorativo, e altri) solo in ragione del suo profilo professionale. Ciò che determina la possibilità di erogare interventi non è infatti la qualifica professionale dell'operatore bensì la competenza istituzionale dell'Ente al quale appartiene. Dunque se nella Casa della Comunità ci sono assistenti sociali dell'ASL questi potranno attivare solo interventi del SSN, mentre soltanto se questi operatori sono degli Ambiti potranno attivare i relativi interventi.

Se l'integrazione che si desidera consiste nel fatto che le Case della Comunità siano in grado di offrire anche interventi propri del settore socioassistenziale, possono esserlo solo facendo confluire sull'utente funzioni che sono svolte da Enti diversi (ad esempio ASL o Consorzi/Comuni).

Se la/le assistenti sociali nella Casa della Comunità dipendono dal SSN si potrebbero immaginare come correttivi due scenari nei quali l'assistente sociale dell'ASL che opera nella Casa della Comunità (o in un SERD o in un servizio di psichiatria) dice ai cittadini che riceve:

- "ho capito che avreste necessità di interventi anche dei servizi socioassistenziali; quindi tornate qui la settimana prossima e ci sarà anche un'assistente sociale dell'Ambito che potrà attivarli".
- oppure, "anche se gli interventi utili non sono dell'ASL ma dell'Ambito, io sono autorizzata ad attivarli".

Ma sono soluzioni quanto mai improbabili, soprattutto la seconda, salvo robustissime intese ad hoc tra ASL ed Ambito. E la prima in ogni caso impone un ritorno del cittadino.

Questa modalità non è una “integrazione di funzioni e interventi del comparto sanitario e di quello socioassistenziale entro lo stesso luogo” ma è una ”integrazione delle professioni”, ossia l’affiancamento del profilo professionale dell’assistente sociale (dipendente dall’ASL) ad altri profili sanitari. Ma non si integrano funzioni istituzionali e prestazioni solo inserendo assistenti sociali in tutti i servizi, bensì chiedendosi come integrare verso il cittadino non solo “professionisti diversi”, ma anche “interventi diversi” che sono di competenza di enti differenti.

2) In una **seconda strategia** l’obiettivo è portare entro le Case della Comunità l’accesso a tutti i servizi socioassistenziali gestiti dagli enti gestori per conto dei Comuni (Ambiti, Consorzi). Ossia di progettare la Casa della Comunità come porta di ingresso primaria (e unica) anche a questa rete di interventi, sostituendo con le Case della Comunità l’intero sistema attuale degli accessi ai servizi socioassistenziali. Così alle Case della Comunità si accederebbe per qualunque bisogno gestito dai servizi socioassistenziali, tra i quali i più frequenti (sebbene certo dipenda dai territori) sono povertà (e connessi problemi di abitazione e lavoro), non autosufficienza, rischi di pregiudizio per i minori (che implicano forti relazioni anche con la Magistratura minorile).

Che cosa produce questo assetto per il cittadino?

a) **Vantaggi:** un unico luogo (la Casa della Comunità) in grado di occuparsi di tutti i problemi afferenti anche alle funzioni socioassistenziali.

b) **Svantaggi / rischi:**

- il fatto che il cittadino possa trovare nelle Case della Comunità una risposta socioassistenziale, sociosanitaria e sanitaria davvero integrata dipende interamente da quali servizi sanitari sono presenti in quel luogo. Ad esempio per la non autosufficienza l’articolazione delle diverse possibili forme di assistenza domiciliare. Ma per la tutela dei minori e le commistioni con problemi di salute mentale e/o dipendenza può essere più rilevante l’interazione dei servizi socioassistenziali con altri dell’ASL che non hanno sede nelle Case della Comunità, come la neuropsichiatra infantile, i SERD, i servizi psichiatrici;
- data la diffusa rilevanza di problemi connessi all’abitazione (dagli sfratti alla difficoltà a trovare alloggi accessibili) ed al lavoro, va verificato se lo spostamento di tutti i servizi socioassistenziali di front office entro le Case della Comunità non implichi un loro “allontanamento” da altri servizi locali con i quali le interazioni sono importanti, come quelli dedicati alle politiche abitative e del lavoro.

Questa strategia assume che la compresenza nella stessa sede di diversi servizi li renda più facilmente interagenti; presupposto che certo ha fondamenti, ma non è sufficiente perché una integrazione operativa efficace richiede anche altri strumenti, come protocolli che chiariscano “chi deve fare che cosa e come”, e sistemi informativi interoperabili.

Lo scenario descritto non trova riscontri nella normativa sulle Case della Comunità, sebbene richiami l’idea del “distretto sociosanitario” molto caldeggiata nei primi anni dopo la prima riforma sanitaria (la legge 833/1978).

Questa seconda opzione (come peraltro le successive) deve anche considerare che gli accessi diffusi ai servizi socioassistenziali locali sono organizzati in modi molto diversi in base al tipo di territorio che servono. In estrema sintesi operano infatti:

- entro Comuni di grandi dimensioni accessi nei quali il cittadino incontra un gruppo consistente di diversi operatori sociali: o suddivisi in sedi diverse ciascuna dedicata ad un tipo di utenza (ad esempio minori, adulti, disabili e non autosufficienti), oppure con un servizio unificato di “prima accoglienza e segretariato sociale” che riceve cittadini con qualunque problema e poi, se necessario, indirizza ad equipe dedicate ai diversi tipi di utenza, anche entro la stessa sede;
- entro Comuni di medie dimensioni è a volte previsto che l’accesso ai servizi socioassistenziali avvenga presso una “unità minima” di operatori (ad esempio un’assistente sociale, un educatore, un OSS e talvolta un impiegato amministrativo). Unità che poi (ove occorra) può indirizzare ad ulteriori equipe dedicate ai diversi tipi di utenza, in altri luoghi;
- entro Comuni piccoli, soprattutto quando l’Ambito Sociale ne contiene molti, è diffusa la modalità di un’assistente sociale ”itinerante”, con la sua presenza in giorni diversi in comuni diversi, anche da sola.

3) Una **terza strategia** potrebbe valutare come poco realizzabile la seconda scelta sopra esposta, e ripiegare sul prevedere entro le Case della Comunità solo “Unità Minime” socioassistenziali di operatori dei Comuni o Ambiti.

Che cosa produce questo assetto per il cittadino?

a) **Vantaggi:** poter trovare nelle Case della Comunità un accesso anche a tutte le funzioni ed interventi socioassistenziali, sebbene con più frequenti necessità di un rinvio a equipe "specializzate", rispetto alla prima strategia. Ciò che il cittadino può ricevere in questo accesso dipende da quali funzioni/interventi sono attivabili autonomamente dalle Unità minime; ad esempio sicuramente informazioni di segretariato sociale[note]Ma in che cosa possono consistere queste informazioni ha molto a che fare con le scelte che si assumono sui PUA, come più avanti si richiama.[/note] e messa a fuoco dei bisogni, probabilmente anche un sostegno al reddito e un avvio di assistenza domiciliare, probabilmente non invece un affidamento familiare od una presa in carico più complessa.

b) **Svantaggi / rischi:**

- la possibile difficoltà di attivare tante "Unità minime" quante sono le Case della Comunità, salvo queste unità già siano diffuse e quindi occorra solo una loro ricollocazione fisica;
- la necessità di valutare se (in base al peso nell'utenza dei problemi abitativi e di lavoro) non sia più efficace una collocazione delle Unità minime in luoghi che facilitino relazioni con i servizi che si occupano dell'abitare e delle politiche del lavoro;
- il possibile limite di un frequente rinvio del cittadino ad equipe più accentrate e "specializzate" se le Unità minime possono attivare solo poche prestazioni.

4) Una **quarta strategia** potrebbe portare entro le Case della Comunità l'accesso solo ai servizi socioassistenziali dedicati alla disabilità e non autosufficienza, ipotizzando che questo sia il tipo di utenza che con più frequenza si può presentare alle Case della Comunità, e valutando come ridondante la seconda strategia sopra esposta.

Che cosa produce questo assetto per il cittadino?

a) **Vantaggi:** offrire alle famiglie con problemi di disabilità e non autosufficienza la Casa della Comunità come luogo che include anche i servizi socioassistenziali dedicati questi temi

b) **Svantaggi / rischi:**

- il fatto che il cittadino possa trovare nelle Case della Comunità una risposta sociosanitaria organica ai problemi di disabilità e non autosufficienza dipende completamente da quali servizi sanitari sono presenti (se la compresenza facilita l'integrazione con quelli socioassistenziali). Ad esempio articolazione delle diverse possibili forme di assistenza domiciliare (non solo infermieristica ma tutelare, per supportare negli atti della vita quotidiana), avvio alle valutazioni multidimensionali, possibilità di costruire il "progetto di vita" per persone con disabilità con più interlocutori, connessioni robuste con le dimissioni ospedaliere protette, gestione degli inserimenti in centri diurni e strutture residenziali;
- la persona (o la famiglia) portatrice contestualmente di più bisogni diversi, e non solo connessi alla disabilità e non autosufficienza, non trova un servizio socioassistenziale capace di una presa in carico organica, ma deve essere rinviata ad altri sedi di servizi socioassistenziali che di quei bisogni si occupano, col rischio peraltro della difficile costruzione di un progetto unitario sul nucleo. Puo' dunque profilarsi un rischio di frammentazione degli interventi sul nucleo e degli operatori che li gestiscono;
- non è in alcun modo attualmente prevedibile che l'utenza delle Case della Comunità consista solo (o soprattutto) di non autosufficienti. Dipende da come si concretizzano gli interventi sanitari offerti, e da come i cittadini percepiranno questi luoghi.

Qualche conclusione

È anche da valutare se la ricollocazione entro le Case della Comunità degli esistenti accessi ai servizi socioassistenziali possa ridurre per le comunità locali la prossimità attuale di questi accessi, in ragione della distribuzione fisica delle Case della Comunità nei territori. La logistica necessaria entro le Case della Comunità, ossia quanti spazi dedicare agli operatori socio assistenziali, deriva ovviamente dalla strategia che si persegue, con esigenze di più spazi per le opzioni 2 e 4, molto lontane dal prevedere solo "un paio di uffici per assistenti sociali". È quindi da approfondire quale modalità produca meglio il tipo di "integrazione sociosanitaria" che si desidera, soprattutto sperando che non arrivi a consistere di fatto solo nell'inviare i cittadini ad altri servizi che attivano interventi sociali, visto che il solo "invio" (specie per i più fragili) è sempre un cattivo servizio.

Qual è la scelta migliore tra le strategie esposte? Naturalmente non ne esiste una migliore a priori, perché tutto dipende dagli obiettivi che ci si pone e dalla configurazione dei diversi accessi nel territorio. Ma un dibattito sugli effetti (che cosa davvero offriranno le Case della Comunità rispetto all'integrazione sociosanitaria) e la praticabilità delle diverse strategie pare sinora troppo poco sviluppato. E si rischia di non tener conto che il modello della "presenza del sociale" entro queste nuove strutture

influenza in ogni caso fortemente l'insieme dei diversi flussi e percorsi di accesso verso il welfare locale.

C'è un altro importante snodo da non dimenticare: quali funzioni devono svolgere i PUA nel fornire informazioni ai cittadini. Qui però la scelta rilevante non è solo se i PUA devono essere gestiti da operatori sanitari e anche sociali (e da chi dipendenti), ma anche se i PUA devono:

a) Informare solo sui percorsi sociali e sociosanitari locali, entro le ASL e gli Ambiti

b) Oppure informare in modo più ampio su tutte le opportunità accessibili, non solo locali ma anche regionali e nazionali.

Non c'è dubbio che al cittadino ed alla famiglia è più utile la seconda ipotesi, ma questa scelta per i PUA non è netta entro la normativa nazionale , e dunque dipende molto da scelte locali. Infatti:

- il Piano Nazionale dei Servizi Sociali 2024-26, definisce i PUA come LEPS, ed assegna loro anche la funzione di fornire il massimo di informazioni ai cittadini sui loro diritti e sulla rete dei servizi. In questo Piano il PUA è un servizio fortemente sociosanitario, da gestire in modo integrato tra Ambiti Sociali e ASL, senza "PUA solo sociali" , che si affiancano ad altri "PUA solo sociosanitari o sanitari";
- il decreto 23/5/2022 n° 77 prevede invece un PUA per "l'accesso unitario ai servizi sanitari", e lo definisce "Punto Unico di Accesso sanitario".

Tuttavia le norme non chiariscono l'obbligo per i PUA di informare su tutte le opportunità gestite da qualunque amministrazione, perché limitano la funzione informativa di fatto solo a far conoscere i servizi locali. Solo l'articolo 5, c. 3, del ddl del Governo sulla tutela dei caregiver familiari prevede in modo chiaro che si forniscano al caregiver familiare informazioni su tutte le prestazioni e misure di supporto esistenti. Ma dovrebbe essere scontato che questa funzione non deve riguardare solo i caregiver familiari, bensì tutte le persone che accedono ai servizi (ed ai PUA) per persone con disabilità od anziani non autosufficiente. Quindi il PUA dovrebbe diventare il luogo di elezione per informare a 360 gradi su tutti i sostegni possibili, e questo è un miglioramento davvero cruciale da promuovere.

Però la mappa degli interventi utili è molto complessa, e muta continuamente, e non è pensabile confidare solo nella sua conoscenza da parte degli operatori. Occorre anche dotare i PUA di uno strumento, come un catalogo informatizzato delle prestazioni che una redazione ad hoc mantenga costantemente aggiornato; esperienza in corso in alcuni territori ma che meriterebbe una strategia nazionale[note]Analisi e discussioni sul tema sono disponibili su Welforum.it in altri articoli firmati dall'autore: qui, qui e qui[/note].